LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-TROISIÈME ANNÉE

1910

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1910

N° 1. — SAMEDI 1er & MARDI 4 JANV. 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 1er & MARDI 4 JANV. 1910. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 30 décembre. — MM. Massart, 8; Weissenbach, 14; Bloch (René), 10; Berlioz et Vignes, 9; Vincent (Max), 12; Renaud (Jean), 6; Monod (Robert), 13; Larroque, 6.

Prochaine séance, jeudi 6 janvier, à quatre heures et demie, à la Charité.

MM. les candidats sont informés que le jury d'anatomie a décidé qu'au début de chaque séance il serait procédé, d'après l'ordre de lecture établi le 20 décembre dernier, à l'issue de la composition écrite, à l'appel de dix candidats qui donneront lecture de leur copie à la séance du jour. En conséquence, MM. les candidats sont invités à se trouver présents à l'ouverture de chaque séance; ce mode de procéder sera appliqué à partir de la séance du 6 janvier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Prix décernés pour l'année 1909 :

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 400 francs). — Question : « Syndrome addisonien. »

Le prix est attribué à M. François Dunan (de Paris).

Prix Jeunesse (hygiène) [1 500 francs]. — Le prix est accordé à M. le docteur Lassablière (de Paris), pour ses travaux « sur les poudres de viande et sur le besoin d'énergie chez l'enfant ».

Prix Barbier (2 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Pachon (de Paris), pour ses travaux « sur les mesures des pressions artérielles chez l'homme ».

Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Amblard (de Paris) pour son appareil servant à mesurer la tension artérielle et artériolaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Helly est délégué, à titre de suppléant, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

M. Chatelain est délégué dans les fonctions d'aide de clinique.

Sont nommés aides d'anatomie : MM. Cadoré et Pidancet.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Chevillard a été nommé, après concours, chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Charles Monod (de Paris).

M. le docteur Pitot, médecin inspecteur; MM. les médecins principaux Barois, Dubrulle, Renaux, Villary; M. le médecin-major Le Marchand, de la guerre; M. le médecin principal Vaysse, des troupes coloniales; MM. les docteurs Picqué et Jalaguier, chirurgiens des hôpitaux de Paris, au titre de l'armée territoriale.

M. Duval, médecin en chef de première classe de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Barnsby, professeur honoraire à Tours, et Jules Basset, professeur honoraire à Toulouse; MM. les docteurs Brunswic le Bihan (de Tunis) et Siffre (de Paris).

MM. les médecins-majors Baumevieille, Bonnet, Braün, Cordillot, Descorps, Grémillon, Guirlet, Habert, Jacob, Larrieu, Manceaux, Payerne, Saltet, Tostivint, Coupry et Hénault, de la guerre; les médecins-majors Alliot, Bonain, Brochet et Hazard, des troupes coloniales.

MM. les docteurs Jullien, Finot, Girardeau, Meunier, Roque, Vacher, Barbaud, Bonnet, Gendron, Roulet, Viller, Brohon et Joy, au titre de la réserve ou de l'armée territoriale.

MM. les docteurs Suss (de Paris), Viguier, Crozet, Tribondeau, Le Floch, médecins de première classe de la marine.

— M. Martin (de Bordeaux) est nommé chevalier du Mérite agricole.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles de bronze pour services rendus à l'Assistance publique sont décernées à MM. les docteurs Broudic (de Paris) et Bascou (de Bouisse).

— Sont nommés médecins aides-majors de deuxième classe dans les corps de sapeurs-pompiers : MM. les docteurs Binet (du Raincy) et Gaillard (d'Aix-les-Bains).

NOMINATION. — M. le docteur Rénon, agrégé, médecin des hôpitaux, est nommé membre du comité de l'exploitation technique des chemins de fer.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La Société de l'internat des hôpitaux de Paris s'est réunie en assemblée générale et a constitué son bureau pour 1910 de la façon suivante : président, M. Triboulet; vice-président, M. Maurice de Fleury; secrétaire général, M. Jayle; trésorier, M. Hallion; archiviste, M. Le Fur; secrétaire des séances, MM. Trémolières et Agasse-Lafont.

(Voir la suite des **Nouvelles**, *p. 10.)*

RATIONS ALIMENTAIRES

DANS LA CONVALESCENCE DE LA SCARLATINE & DE LA ROUGEOLE

Par MM. P. NOBÉCOURT,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Paris,
et PROSPER MERKLEN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant le cours ou la convalescence des maladies infectieuses aiguës, on observe des variations de poids qui sont sous la dépendance du processus morbide et sont également en rapport avec l'alimentation. Dans des recherches antérieures (1), poursuivies dans le service du professeur Hutinel, nous avons essayé de préciser le rôle de ces deux facteurs chez les enfants atteints de rougeole ou de scarlatine, et montré les relations qui existent, d'autre part, entre le régime et les éliminations urinaires.

Ces différents points établis, il nous reste à déterminer les rations alimentaires qui conviennent le mieux à ces jeunes malades. Nous le ferons surtout à l'aide des observations de scarlatineux, qui ont pu être suivis plus longtemps que les petits morbilleux; les premiers, en effet, sont gardés une quarantaine de jours à l'hôpital, les seconds en sortent au bout de quinze jours.

*
* *

Les scarlatineux que nous avons étudiés, au nombre de 18, âgés de quatre à treize ans, se répartissent en trois groupes suivant l'alimentation qu'on leur donnait.

Dans le premier groupe, le régime lacté a été institué pendant une période qui a varié de dix-sept à trente-neuf jours; à partir de ce moment, l'alimentation a été plus complexe. Dans le deuxième groupe, les malades prenaient, après une diète hydrique durant les quatre premiers jours, une alimentation dépourvue de sel, variable suivant les périodes. Dans le troisième, les aliments étaient les mêmes que dans le groupe précédent, mais étaient additionnés de sel.

Nous établirons, dans l'étude qui va suivre, la teneur des aliments ingérés en substances azotées et leur valeur en calories, et nous verrons comment s'est comporté le poids avec des régimes plus ou moins riches.

Les aliments utilisés ont été les suivants, pour lesquels nous adoptons les valeurs moyennes rapportées à 100 grammes de substance de :

	Albumine.	Calories brutes.
Lait	3g,3	75
Beurre	»	770
Viande de bœuf	18g	87
Riz	7g	480
Pommes de terre	1g,50	50
Sucre	»	400

PREMIER GROUPE. — Ce groupe comprend 7 enfants de quatre ans à sept ans et demi atteints de scarlatine légère ou de moyenne intensité, qui ont pris exclusivement du lait pendant une période de dix-sept à trente-neuf jours.

Les constatations que nous avons faites sont résumées dans le tableau ci-après (*tableau I, p. 4*).

La lecture de ce tableau conduit à un certain nombre de déductions.

Nous envisagerons successivement la période d'alimentation lactée exclusive et la période d'alimentation mixte.

I. *Période d'alimentation lactée exclusive.* — La quantité de lait ingérée quotidiennement a été de 1500 à 2000 grammes. Elle a varié de 90 à 184 grammes par kilogramme du poids du corps. Pour avoir des résultats comparables, nous ne tenons compte que de la ration rapportée au poids.

L'enfant IX, qui ingère 90 grammes de lait jusqu'au vingt et unième jour, perd 900 grammes.

L'enfant X, qui prend 100 grammes de lait jusqu'au quatorzième jour, perd 2.500 grammes. Du quatorzième au dix-septième jour, il ingère 142 grammes et augmente de 100 grammes.

L'enfant XII reste stationnaire jusqu'au vingt-deuxième jour en prenant 107 grammes de lait.

Les enfants VI, VIII et XI prennent jusqu'aux vingt-quatrième, vingt-huitième et vingt-troisième jours 107, 117 et 121 grammes de lait; leur poids diminue de 500, 600 et 300 grammes. Ensuite, ils se comportent de la façon suivante. L'enfant VI prend jusqu'au trente-neuvième jour 156 grammes de lait pendant trois jours, puis 184 grammes de lait et augmente de 1.450 grammes. L'enfant VIII prend jusqu'au trente-cinquième jour 146 grammes de lait; son poids s'accroît de 800 grammes. L'enfant XI ne reste pas au régime lacté.

L'enfant VII prend 125 grammes de lait jusqu'au treizième jour et augmente de 100 grammes; puis jusqu'au dix-neuvième jour, il prend 151 grammes et augmente de 1.100 grammes.

Somme toute, voici ce que nous avons observé.

Pendant une première phase qui s'est prolongée treize à vingt-huit jours et durant laquelle chaque enfant a pris une quantité fixe de lait, le poids a diminué de 300 à 2.500 grammes pour 5 d'entre eux, et est resté à peu près stationnaire pour les 2 autres. Les pertes les plus fortes (900 et 2.500 grammes) ont été subies par des enfants qui ingéraient 90 et 100 grammes de lait. Des pertes moindres (300 à 600 grammes) ont été notées chez ceux qui prenaient 117 et 121 grammes de lait. Le poids stationnaire appartient à 2 enfants ingérant 107 et 125 grammes de lait.

Quatre des enfants précédents sont restés au lait encore quelque temps, avec une ration plus forte. L'un d'eux a augmenté de 100 grammes du quatorzième au dix-septième jour avec 142 grammes de lait. Un autre a augmenté de 1.100 grammes du treizième au dix-neuvième jour avec 151 grammes de lait. Un troisième qui a ingéré 146 grammes de lait du vingt-huitième au trente-cinquième jour a augmenté de 800 grammes. Le dernier a pris 156 grammes de lait du vingt-quatrième au vingt-septième jour, et 184 grammes jusqu'au trente-neuvième jour; il a augmenté de 1.450 grammes.

(1) Voir la bibliographie dans P. NOBÉCOURT et PROSPER MERKLEN. Alimentation dans la rougeole et la scarlatine de l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 18 février 1909, n° 20. — Les observations citées dans le mémoire actuel portent les mêmes numéros que dans les mémoires précédents.

Tableau I. — **Scarlatine.** — *Régime lacté.*

Numéros des observations.	Jours de la maladie.	Poids.	Perte ou gain:	Poids moyen.	Alimentation par 24 heures.	Alimentation par kilg.	Quantités d'albumine par 24 h.	Quantités d'albumine par kilg.	Quantités de calories par 24 h.	Quantités de calories par kilg.
Obs. VI....	3	12^{k}800								
		....	— 500	12^{k}800	Lait 1.500g.	117g	49	3,8	1120	87
	24	12.750								
		....	+ 150	12.800	— 2.000g.	156g	66	5,1	1500	117
	27	12.900								
		....	+ 1.300	13.550	— 2.500g.	184g	82	6,0	1870	137
	39	14.200								
		....	— 350	14.000	Lait 2.500g, riz 30g, NaCl 10g.		82 2,1 84,1	6,0	2014	142
	43	13.850								
		....	+ 500	14.000	*Idem* + viande bœuf 100g.		84,1 18 102,1	7,2	2101	150
	46	14.350								
Obs. VII...	2	15^{k}900								
		....	+ 100	15^{k}950	Lait 2.000g.	125g	66	4,1	1500	94
	13	16.000								
		....	+ 1.100	16.550	— 2.500g.	151g	82	4,9	1870	112
	19	17.100								
		....	+ 50	17.100	Lait 2.500g, riz 30g, NaCl 10g.		82 2,1 84,1	4,9	2014	116
	29	17.150								
		....	+ 400	17.350	*Idem* + viande bœuf 100g, beurre 5g.		84,1 18 102,1	5,8	2139	123
	33	17.550								
		....	+ 200	17.650	*Idem* + pommes de terre 200g.		102,1 3 105,1	5,9	2239	126
	39	17.750								
		....	+ 350	17.900	*Idem* + viande 100g, beurre 5g.		105,1 18 123,1	6,8	2364	131
	43	18.100								
Obs. VIII..	3	17^{k}300								
		....	— 600	17^{k}000	Lait 2.000g.	117g	66	3,8	1500	87
	28	16.700								
		....	+ 800	17.100	— 2.500g.	146g	82	4,7	1870	109
	35	17.500								
		....	+ 250	17.600	Lait 2.500g, riz 30g, NaCl 10g.		82 2,1 84,1	4,7	2014	113
	40	17.750								
		....	+ 400	17.950	*Idem* + viande bœuf 108g, beurre 4g.		84,1 18 102,1	5,6	2093	116
	45	18.150								
Obs. IX....	1	16^{k}800								
		....	— 900	16^{k}350	Lait 1.500g.	90g	49	2,9	1120	68
	21	15.900								
		....	+ 200	16.000	*Idem* + riz 60g, NaCl 5g.		49 4,2 53,2	3,3	1120 288 1408	88
	32	16.100								
		....	+ 100	16.050	Lait 1.000g, riz 30g, pommes de terre 200g, viande 100g, sel et beurre, 5g.		33 2,1 3 18 56,1	3, 5	747 144 100 87 38 1116	69
	38	16.200								
Obs. X.....	2	16^{k}000								
		....	— 2.050	15^{k}000	Lait 1.500g.	100g	49	3,2	1120	74
	14	13.950								
		....	+ 100	14.000	— 2.000g.	142g	66	4,7	1500	107
	17	14.050								
Obs. XI....	3	16^{k}600								
		....	— 300	16^{k}450	Lait 2.000g.	121g	66	4,0	1500	91
	23	16.300								
		....	— 1.200	16.900	Lait 2.000g, viande 100g, riz 60g, beurre 5g, sel 15g.		66 18 4,2 88,2	5,2	1500 87 288 38 1913	113
	38	17.500								

Tableau I (suite). — **Scarlatine.** — *Régime lacté.*

NUMÉROS des observations.	JOURS de la maladie.	POIDS.	PERTE ou GAIN.	POIDS moyen.	ALIMENTATION par 24 heures.	ALIMENTATION par kilg.	QUANTITÉS D'ALBUMINE par 24 h.	QUANTITÉS D'ALBUMINE par kilg.	QUANTITÉS DE CALORIES par 24 h.	QUANTITÉS DE CALORIES par kilg.
Obs. XII...	1	18k600								
		....	stationre.	18k600	Lait 2.000g.	107g	66	3,5	1500	80
	22	18.600								
		....	+ 500	18.850	Lait 2.000g, riz 60g, sel 5g.		66 4,2 70,2	3,7	1500 288 1788	94
	33									
		19.100								
		....	stationre.	19.100	Lait 1.500g, riz 30g, pommes de terre 200g, viande 100g, beurre et sel, 5g.		49 2,1 3 18 72,1	3,7	1120 144 100 87 38 1489	77
	39	19.100								

De ces données découlent les conclusions suivantes :

1° La perte de poids observée pendant la première phase relève pour une part, comme on pouvait s'y attendre, de l'insuffisance de l'alimentation. C'est en effet, chez les enfants qui ont pris les plus petites quantités de lait qu'elle a été le plus marquée; chez ceux, par contre, qui ont pris les plus fortes quantités, qu'elle a été moins accusée. Sur nos 7 malades, il n'y a qu'une exception; c'est celle de l'enfant XII dont le poids est resté stationnaire avec une faible ration.

2° L'augmentation de poids observée dans la seconde phase a coïncidé avec une augmentation de la ration. Nous voyons, en effet, les enfants VI, VII et VIII augmenter de 96, 183 et 114 grammes par jour avec des quantités de lait de 184, 151, 146 grammes; l'enfant X qui, pendant trois jours, prenait 142 grammes de lait, augmenter de 33 grammes par jour.

Il ne faut donc pas craindre de donner des doses assez fortes de lait aux scarlatineux dès que la fièvre est tombée, si l'on veut éviter des pertes de poids et surtout si on désire obtenir des accroissements. On peut admettre, chez des enfants de quatre à huit ans, pesant de 13 à 19 kilogrammes, comme ration journalière, 140 à 150 grammes de lait par kilogramme, correspondant approximativement à 4g,5 ou 5 grammes d'albumine et à 105 ou 110 calories. Ce n'est évidemment qu'une moyenne; il faut tenir compte, dans chaque cas particulier, des conditions individuelles et de l'état du tube digestif.

II. *Période d'alimentation mixte.* — Six des enfants, soumis tout d'abord au régime lacté, ont été mis, à un moment variable, à un régime comprenant du lait, de la viande, du riz, des pommes de terre et du beurre. Nous n'envisagerons ici que la valeur totale des régimes en albumine et en calories, en ne tenant toujours compte que des rations rapportées au kilogramme de poids.

Les enfants IX et XII, à partir des vingt et unième et vingt-deuxième jours jusqu'aux trente-huitième et trente-neuvième jours, ont ingéré successivement, le premier 3g3 et 3g5 d'albumine avec 88 et 69 calories, le second 3g7 d'albumine avec 74 et 77 calories. Le premier a augmenté de 300 grammes, le second de 500 grammes, soit par jour 17 et 35 grammes.

L'enfant XI, du vingt-troisième au trente-huitième jour, prenait 5g2 d'albumine et 113 calories; il a augmenté de 1200 grammes, soit 80 grammes par jour.

L'enfant VII, à partir du dix-neuvième au quarante-troisième jour, a ingéré successivement 4g9, 5g8, 5g9, 6g8 d'albumine, 116, 123, 126, 131 calories. Il a augmenté de 1000 grammes, soit 41 grammes par jour.

L'enfant VIII, du trente-cinquième au quarante-cinquième jour, a ingéré 4g7 et 5g6 d'albumine, 113 et 116 calories. Il a augmenté de 650 grammes, soit 65 grammes par jour.

L'enfant VI, du trente-neuvième au quarante-sixième jour, a pris 6 grammes et 7g2 d'albumine, 142 et 150 calories. Il n'a augmenté que de 150 grammes en sept jours, soit 21 grammes par jour.

Nous voyons donc que les enfants XI, VII et VIII ont augmenté de 80 grammes, 41 grammes et 65 grammes par jour, avec des rations moyennes contenant de 4g7 à 6g8 d'albumine et 113 à 131 calories; que les enfants IX et XII, qui ne prenaient que 3g3 à 3g7 d'albumine et 69 à 88 calories, n'ont augmenté que de 17 grammes et de 35 grammes par jour.

Il faut, comme le prouvent ces chiffres, pour obtenir une augmentation notable de poids, fournir par kilogramme une ration comprenant approximativement 5 grammes à 5g50 d'albumine et 115 à 120 calories. Les rations plus faibles de 3g50 d'albumine et de 80 calories environ ne donnent que des accroissements minimes.

Il est évident qu'il y a lieu de tenir compte des conditions individuelles, puisque l'enfant VI, avec des rations de 6 à 7 grammes d'albumine et de 140 à 150 calories, n'a gagné que 21 grammes par jour; mais dans les jours précédents cet enfant, qui d'ailleurs à son entrée à l'hôpital ne pesait que 12k800 à quatre ans, avait augmenté, avec 184 grammes de lait par kilogramme, de 1450 grammes en douze jours.

Ces nouveaux résultats concordent bien avec ceux fournis par le régime lacté exclusif.

Deuxième groupe. — Ce groupe comprend six enfants de neuf à treize ans, atteints de scarlatine légère ou de moyenne intensité.

L'alimentation était la suivante : pendant les quatre premiers jours, 2 litres d'eau d'orge ; du cinquième au huitième jour, 75 grammes de riz et 5 grammes de sucre, outre l'eau d'orge ; du neuvième au dou-

zième jour, 100 grammes de viande et 5 grammes de beurre en surplus; à partir du treizième jour, le riz est réduit à 50 grammes, tandis qu'on ajoutait à l'alimentation de certains malades du lait et des pommes de terre (*tableau II*).

Dans ces observations, il faut envisager séparément les huit premiers jours et la période consécutive.

Pendant les huit premiers jours la quantité d'albumine ingérée était nulle ou très faible (0^g16 à 0^g23 par kilogramme), de même que celle des calories qui, à partir du cinquième jour, a oscillé de 13 à 20 par kilogramme. La perte de poids a été constante et a varié de 900 à 1800 grammes.

A partir du neuvième jour les enfants ont ingéré (celui de l'observation V excepté) de 0^g83 à 1^g30 d'albumine par kilogramme et une quantité de calories comprise entre 18 et 28 par kilogramme. Pendant cette période le poids a diminué jusqu'à la fin de la maladie (obs. II, III, IV), ou bien après une chute est resté stationnaire du treizième au quarantième jour (obs. IV *bis*), ou bien après une chute jusqu'au vingt-huitième jour a augmenté de 1000 grammes (obs. I).

On peut donc dire que ces rations alimentaires étaient insuffisantes. Toutefois, malgré leur insuffisance en général, il est des cas où, avec une même ration que dans les périodes précédentes, le poids a

TABLEAU II. — **Scarlatine.** — *Régime hypo-azoté achloruré.*

NUMÉROS des observations.	JOURS de la maladie.	POIDS.	PERTE ou GAIN.	POIDS moyen.	ALIMENTATION.	QUANTITÉS D'ALBUMINE par 24 h.	QUANTITÉS D'ALBUMINE par kilg.	QUANTITÉS DE CALORIES par 24 h.	QUANTITÉS DE CALORIES par kilg.
OBS. I......	1	19k600							
		....	— 1k100		2 litres eau orge.	0	0	0	0
	5	18.500							
		....	— 300	18k350	*Idem*, + riz 75g, sucre 5g.	4,25	0,23	380	20
	9	18.200							
		....	— 300	18.050	*Idem*, + viande 100g, beurre 5g.	22,25	1,23	505	28
	13	17.900							
		....	— 100	17.850	*Idem*, mais riz 50g.	21,50	1,20	385	21
	28	17.800							
		....	+ 1.000	18.300	*Idem*.	21,50	1,10	385	21
	39	18.800							
OBS. II	1	23.800							
		....	— 600		2 litres eau orge.	0	0	0	0
	5	23.200							
		....	— 500	22.950	*Idem*, + riz 75g, sucre 5g.	4,25	0,18	380	16
	9	22.700							
		....	— 600	22.400	*Idem*, + viande 100g, beurre 5g.	22,25	1,00	505	23
	13	22.100							
			— 300	22.050	*Id.*, mais riz 50g, et pommes de terre 200g.	24,50	1,09	485	22
	36	21.800							
OBS. III....	3	28.400							
		....	— 800		Même alimentation que observation II.	0	0	0	0
	5	27.600							
		....	— 500	27.350	....	4,25	0,22	380	13
	9	27.100							
		....	— 700	26 750	....	22,25	0,83	505	18
	13	26.400							
		....	— 500	26.150	....	24,50	0,93	485	19
	40	25.900							
OBS. IV....	2	25.600							
		....	stationre.		Même alimentation que observation II.	0	0	0	0
	5	25.600							
		....	— 900	25.150	....	4,25	0,16	380	15
	9	24.700							
		....	+ 300	24.850	....	22,25	0,90	505	20
	13	25.000							
		....	— 1.000	24.500	....	24,50	1,00	485	19
	40	24.000							
OBS. IV *bis*.	2	20.300							
		....	— 900		Même alimentation que observation II.	0	0	0	0
	5	19.400							
		....	— 400	19.200	....	4,25	0,22	380	19
	9	19.000							
		....	— 300	18.850	....	22,25	1,10	505	26
	13	18.700							
		....	stationre.	18.700	....	24,50	1,30	485	20
	40	18.700							
OBS. V.....	2	22.900							
		....	— 600		Même alimentation que observation II,	0	0	0	0
	5	22.300							
		....	— 1.200	21.700	mais abstention de pommes de terre	4,25	0,19	380	17
	9	21.100							
		....	— 600	20.800	et 1.000g de lait à partir du neuvième jour.	54,50	2,60	1135	54
	20	20.500							
		....	+ 800	20.900	....	54,50	2,60	1135	54
	39	21.300							

pu rester stationnaire ou s'accroître. Mais chez tous les malades le poids de sortie était notablement inférieur au poids d'entrée ; la différence en moins variait de 800 à 2 500 grammes.

L'enfant de l'observation V diffère des précédents par une ration plus forte en albumine et en calories (2g60 et 54 par kilogramme), parce qu'il prenait un litre de lait en plus; il n'en a pas moins perdu 600 grammes entre le neuvième et le vingtième jour, tandis qu'il a augmenté ensuite de 800 grammes jusqu'au trente-neuvième jour, l'alimentation restant identique. Il pesait à la sortie 1 600 grammes de moins qu'à l'entrée.

Troisième groupe. — Les cinq enfants de ce groupe, âgés de huit à onze ans (observations XV, XVI, XVII, XVIII et XIX) avaient la même alimentation que les précédents, mais additionnée de sel (*tableau III*).

Les enfants de ce groupe se sont comportés, au point de vue qui nous occupe, de la même façon que ceux du deuxième groupe. Ils ont tous perdu du poids. Les trois premiers pesaient au moment de leur sortie de l'hôpital 1700, 2100, 1700 grammes de moins qu'au moment de leur entrée ; quant aux deux autres, observés seulement à partir du quatorzième jour, le poids était resté stationnaire pour l'un, avait diminué de 1200 grammes pour l'autre.

*
* *

La comparaison de nos différentes observations autorise les conclusions suivantes :

1° Avec une alimentation dépourvue de lait, comprenant du riz, des pommes de terre, de la viande, etc., en quantité suffisante pour satisfaire la faim de l'enfant, mais ne contenant qu'une dose minime d'albumine (1 gramme par kilogramme en moyenne) et d'une faible valeur en calories (24 par kilogramme environ), les enfants perdent tous du poids.

2° Avec le régime lacté, en donnant des quantités correspondant à 3g50 d'albumine et à 80 calories environ par kilogramme, on obtient rarement des augmentations de poids, et encore sont-elles minimes. Au contraire, en donnant des quantités correspondant approximativement à 4g50 ou 5 grammes d'albumine et à 105 ou 110 calories, les augmentations de poids sont très marquées.

Avec une alimentation mixte comprenant du lait et fournissant les mêmes quantités d'albumine et de calories, les résultats sont sensiblement analogues à ceux obtenus avec le régime lacté.

*
* *

Des observations faites dans la scarlatine il est intéressant de rapprocher les constatations faites au cours de la rougeole. Nous nous bornerons à mentionner les malades soumis au régime lacté jusqu'au quinzième ou vingtième jour. (Voir *tableau IV*.)

Nos observations portent sur 13 enfants âgés de trois à douze ans et demi, déjà étudiés dans des mémoires antérieurs.

Pour les raisons que nous avons développées antérieurement, nous ne nous occupons que des faits constatés à partir du quatrième ou du cinquième jour, c'est-à-dire après la terminaison de la période fébrile.

Les enfants atteints de rougeole n'ont pas pris, en général, des quantités de lait aussi fortes que les

Tableau III. — **Scarlatine.** — *Régime hypo-azoté chloruré.*

Numéros des observations.	Jours de maladie.	Poids.	Perte ou gain.	Poids moyen.	Alimentation.	Quantités d'albumine par 24 h.	Quantités d'albumine par kilg.	Quantités de calories par 24 h.	Quantités de calories par kilg.
Obs. XV...	1	24.200							
		....			Eau d'orge et NaCl 5g.	0	0	0	0
	5	24.500							
		....	— 900	24.050	Eau d'orge, riz 75g, NaCl 5g.	4,25	0,17	380	15
	11	23.600							
		....	— 1.100	23.050	*Idem*, + viande 100g et pommes de terre 200g (NaCl 5 et 10g).	24,50	1,06	485	21
	13	22.500							
Obs. XVI...	2	18.500							
		....			Même alimentation.	0	0	0	0
	5	18.000							
		....	— 500	17.750	NaCl 5g jusqu'au cinquième jour, puis 10g	4,25	0,23	380	21
	11	17.500							
		....	— 1.100	16.950	....	24,50	1,04	485	28
	40	16.400							
Obs. XVII..	2	19.800							
		....			Même alimentation que observation XVI.	0	0	0	0
	5	20.000							
		....	+ 400	20.200	....	4,25	0,21	380	18
	11	20.400							
		....	— 2.600	19.100	....	24,50	1,28	485	25
	30	17.800							
		....	+ 300	17.950	....	24,50	1,30	485	26
	40	18.100							
Obs. XVIII.	14	17.600							
		....	— 200	17.500	Même alimentation, avec NaCl 10g.	24,50	1,40	485	27
	40	17.400							
Obs. XIX...	14	24.400							
		....	— 1.200	23.800	*Idem.*	24,50	1,00	485	20
	38	23.200							

scarlatineux; ils ont ingéré par kilogramme des rations de 62 à 140 grammes de lait, contenant 2g5 à 4g6 d'albumine et 58 à 105 calories. Ils n'ont pas présenté de grandes variations de poids : celui-ci tantôt est resté stationnaire, tantôt a augmenté ou diminué légèrement.

Tout en tenant compte de ce fait que les observations n'ont pas été poursuivies aussi longtemps que dans la scarlatine après la phase aiguë de la maladie, il n'en est pas moins manifeste, si on se rappelle ce qui se passe dans cette dernière, que ces rations sont insuffisantes pour produire des accroissements de poids appréciables.

*
* *

L'étude que nous venons de faire confirme les données admises par la plupart des médecins; elle montre que, toutes les fois que la santé de l'enfant a été troublée par une maladie aiguë qui a plus ou moins modifié sa nutrition, il est utile pour assurer sa croissance de l'alimenter assez fortement, de lui prescrire un *régime de reconstitution*.

Sans vouloir apporter des chiffres trop rigoureusement précis, on peut admettre que des enfants de cinq à quinze ans gardent un poids stationnaire ou n'augmentent que faiblement avec une ration de 3g50 d'albumine et de 80 calories par kilogramme, tandis que, avec une ration comprenant par kilogramme 105 à 110 calories et 4g50 à 5 grammes d'albumine, l'accroissement de poids est manifeste. Ces chiffres sont supérieurs à ceux indiqués par les physiologistes pour les sujets normaux de même âge. Flügge admet 3g8 d'albumine par kilogramme pour un enfant de cinq ans, 3 grammes d'albumine pour un enfant de

Tableau IV. — **Rougeole.** — *Régime lacté.*

NUMÉROS des observations et âge.	JOURS de la maladie.	POIDS.	PERTE ou GAIN.	POIDS moyen.	QUANTITÉS DU LAIT par 24 h.	QUANTITÉS DU LAIT par kilg.	QUANTITÉS D'ALBUMINE par 24 h.	QUANTITÉS D'ALBUMINE par kilg.	QUANTITÉS DE CALORIES par 24 h.	QUANTITÉS DE CALORIES par kilg.
I	5	10k800								
3 ans.		....	— 200	10g600	1.500g	140g	49g	4g6	1120	105
	14	10.600								
II	8	12.200								
3 ans et 1/2.		....	+ 250	12.300	1.500	120	49	3,9	1120	91
	14	12.450								
III	5	13.100								
4 ans et 1/2.		....	+ 150	13.200	1.500	113	49	3,7	1120	84
	14	13.250								
IV	1	14.650								
4 ans et 1/2.		....	— 550	14.325	1.500	104	49	3,4	1120	78
	4	14.100								
		....	+ 350	14.275	1.500	104	49	3,4	1120	78
	21	14.450								
V	6	11.950								
5 ans et 1/2.		....	stationnre.	11.800	1.500	127	49	4,1	1120	94
	18	11.950								
VI	6	14.750								
5 ans et 1/2.		....	+ 500	15.000	2.000	133	66	4,4	1500	100
	14	15.250								
VII	3	16.500								
6 ans et 1/2.		....	+ 300	16.650	1.500	90	49	2,9	1120	67
	18	16.800								
VIII	5	21.800								
12 ans et 1/2.		....	+ 300	21.950	2.000	91	66	3,0	1500	69
	13	22.100								
IX	1	13.300								
4 ans.		....	— 300	13.100	1.250	95	40	3,1	930	70
	8	13.000								
		....	— 150	12.900	1.500	116	49	3,8	1120	85
	19	12.850								
X	2	12.500								
4 ans et 1/2.		....	— 100	12.500	1.400	112	47	3,7	1050	84
	17	12.400								
XI	2	14.670								
5 ans.		....	— 240	14.500	1.250	86	40	2,7	930	62
	6	14.430								
		....	— 430	14.200	1.400	100	47	3,3	1050	75
	18	14.000								
		....	+ 250	14.100	1.600	113	52	3,7	1200	84
	22	14.250								
XII	1	20.800								
8 ans.		....	— 250	20.700	1.300	62	43	2,0	970	46
	4	20.550								
		....	— 200	20.400	1.600	78	52	2,5	1200	58
	17	20.350								
XIII	4	16.800								
6 ans et 1/2.		....	+ 200	16.900	1.500	88	49	2,8	1120	66
	11	17.000								

six ans, 2 grammes pour un enfant de dix ans; Maurel conseille d'une façon générale 1g75 par kilogramme. Quant aux calories, Flügge fixe le taux de 84,5 calories à cinq ans et 48 calories de douze à quinze ans; Maurel 62 calories à partir de cinq ans; Rubner 59,5 calories à neuf ans, 52 calories de treize à quatorze ans. Ces différences n'ont rien de surprenant, car les maladies aiguës modifient la nutrition et exigent, surtout chez l'enfant en période de croissance, une alimentation plus forte qu'en pleine santé. Dans cette alimentation le lait, les féculents et les farineux représentent les aliments de choix.

Il est évident qu'il ne faut pas considérer les chiffres que nous venons d'indiquer comme ayant une valeur absolue. Les enfants observés à l'hôpital sont souvent des sujets qui ont souffert, qui ont été mal alimentés, dont le développement est retardé; ils ont à rattraper, non seulement les pertes occasionnées par la maladie aiguë, mais encore celles dues à leur situation antérieure. Il est en outre évident qu'il faut compter avec l'état des fonctions digestives, et que la première condition pour qu'un enfant puisse être alimenté fortement, c'est qu'il soit à même de bien digérer. Le médecin, guidé par des notions générales, doit toujours s'inspirer, dans chaque cas particulier, des conditions individuelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1909)

La mort de Malassez. — M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Malassez. Interne des hôpitaux en 1867, Malassez, dès le début de sa carrière, choisit la voie scientifique. Il s'adonna à l'histologie. En 1872, il fut attaché au Collège de France et devint, en 1875, sous-directeur de laboratoire. Il forma de nombreux élèves; il fit, avec M. Reclus, un travail sur la tuberculose du testicule. En 1894, il fut élu, à l'Académie, dans la section d'anatomie pathologique. C'était un exemple parfait du savant, modeste autant que travailleur. L'année dernière, il eut l'honneur d'être nommé président de la Société de biologie, après Claude Bernard, Paul Bert, Charcot, Brown-Séquard, Chauveau et tant d'autres savants illustres.

La mort de Malassez laissera de profonds regrets dans le monde savant. Au nom de l'Académie, M. Labbé envoie à sa veuve et à ses enfants l'expression de sa douloureuse sympathie.

M. Labbé annonce aussi la mort de M. Lortet, ancien doyen de la Faculté de Lyon, membre correspondant national de l'Académie. Chargé d'inspecter les écoles de Beyrouth il fit une enquête sur la lèpre et démontra que la lèpre n'était pas aussi contagieuse qu'on l'admettait. Il fit plusieurs voyages en Egypte d'où il rapporta des observations intéressantes. Sa mort est une perte pour la science.

Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. — M. A. PONCET, en son nom et au nom de M. Leriche, fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 148, p. 1867.)

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. LINOSSIER. Il est une ville de France, où les porteurs de bacilles se rencontrent chaque année en nombre exceptionnel : c'est Vichy où affluent les lithiasiques biliaires, considérés, d'après les théories modernes, comme bacillifères, tant que leur lithiase est en activité. Ils y vivent avec les autres baigneurs dans les conditions les plus favorables à la contagion directe : encombrement dans les hôtels; succession dans les mêmes chambres; repas pris en commun; usage des mêmes water-closets, etc. On devrait, si les porteurs de bacilles avaient, dans la propagation de la fièvre typhoïde, l'importance que certains leur ont attribuée, observer de nombreux cas contractés à Vichy; or les seuls cas relevés dans la clientèle saisonnière sont, sauf exceptions très rares, et d'interprétation douteuse, des cas importés, et, dans la population fixe, depuis que Vichy a de l'eau irréprochable et le tout-à-l'égout, la fièvre typhoïde a pour ainsi dire [illegible]

Réactions hématiques de l'hydrargyrisme professionnel. — M. le professeur HAYEM analyse un travail de MM. Agasse-Lafont et F. Heim sur ce sujet. En voici le résumé :

Au cours d'une étude sur le dépistage de l'imprégnation hydrargyrique, latente ou manifestée, de la population ouvrière des ateliers de couperies de poils (première phase de la fabrication des feutres de chapellerie), les auteurs ont été amenés à étudier les réactions hématiques consécutives à l'absorption journalière de nitrate solide de mercure (sous forme de fines gouttelettes de la solution dite en langage industriel « secret » pour les ouvriers secréteurs, ou sous forme de poussières organo-métalliques pour les ouvriers débardeurs, coupeurs, trieurs de poils).

Cette étude conduit aux conclusions suivantes :

Le nombre des globules rouges est assez souvent diminué, mais l'anémie reste en tout cas modérée. L'abaissement de la quantité d'hémoglobine et de la valeur globulaire est un peu plus accentué.

La résistance globulaire est normale, comme aussi la forme, les dimensions et les caractères de coloration des hématies; on ne trouve pas de globules anormaux (globules nucléés, basophiles ou granuleux).

Le nombre des leucocytes reste généralement normal; la leucopénie et la leucocytose sont, en effet, exceptionnelles.

La formule leucocytaire, normale en ce qui concerne les éosinophiles, est, par contre, souvent modifiée dans le sens de la mononucléose. L'augmentation du nombre des éléments mononucléés qui sont, dans ce cas, en grande quantité des lymphocytes, peut être assez marquée pour entraîner une inversion totale de la formule.

Ces lésions sanguines, sous la dépendance du nitrhydrargyrisme professionnel n'offrent pas, contrairement à celles d'autres intoxications professionnelles (saturnisme par exemple) des caractères constants, spéciaux, dont l'apparition précoce soit susceptible de fournir un élément précieux au dépistage d'une imprégnation latente de l'organisme par le toxique.

Par contre, la constatation de leur existence semble permettre de conclure à une imprégnation mercurielle, profonde, de date ancienne, qui est le sujet en imminence de manifestations neurologiques graves; leur intérêt pronostique n'est donc pas négligeable pour la surveillance médicale des professionnels du mercure.

Sur un sujet soustrait à l'action du mercure, la régression rapide des lésions sanguines s'établit corrélativement à l'élimination urinaire du métal.

Ces réactions hématiques restent assez exactement proportionnelles au degré d'intoxication chronique du sujet qui les offre, elles éclairent un chapitre jusqu'ici négligé de l'hydrargyrisme professionnel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE)

Kystes hydatiques du foie. — M. MAUCLAIRE apporte à la discussion pendante les faits qu'il a observés. Il a eu recours, suivant les cas, aux méthodes anciennes et aux méthodes nouvelles, et il arrive à cette conclusion que s'il y a des cas nombreux justiciables des nouveaux modes de traitement, il en est aussi qui doivent être traités par les anciens procédés, en particulier par la marsupialisation.

Volumineux fibrome kystique de l'utérus. — M. AUVRAY fait un rapport sur une intéressante observation de M. Mi-[illegible] elle de soixante-cinq ans qui était atteinte d'une ancienne tumeur abdominale, [illegible] de laquelle il fut appelé par le docteur Moutard-Martin, pour des accès de fièvre allant jusqu'à 40 et 41 degrés. Cette malade n'avait jamais présenté de troubles du côté de l'utérus et la ménopause s'était faite normalement. Il n'y avait rien de particulier du côté de la tumeur abdominale et on ne crut pas devoir lui attribuer les accès de fièvre que présentait cette malade. Six mois après, M. Michon est appelé de nouveau auprès d'elle pour les mêmes accidents fébriles accompagnant, cette fois, des accidents septiques du côté de la tumeur. M. Michon fit la laparotomie, ouvrit une poche qui contenait du pus, protégea la grande cavité abdominale et enleva un gros kyste à parois fibreuses. Il s'agissait d'un fibrome kystique formé par une poche unique dont les parois étaient constituées par du tissu fibreux, fibrome kystique qui était devenu suppuré.

La suppuration, dans ces cas, est une complication très rare. Il est difficile de se rendre compte de la cause de cette suppuration. Celle-ci se produit le plus habituellement au moment de la ménopause. Or il s'agissait ici d'une femme de soixante-cinq ans, qui portait sa tumeur depuis plus de vingt ans. On a vu dans certains cas cette suppuration des tumeurs survenir à la suite d'électrisations inopportunes, d'autres fois à la suite d'une infection intestinale, ou par voie ascendante, par voie vagino-utérine. Dans le cas de M. Michon, l'infection semble s'être produite par la voie sanguine générale.

MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, ROUTIER, ARROU et TUFFIER rapportent des cas analogues. Il résulte de ces faits que la pathogénie de l'infection suppurative de ces fibromes ou cysto-fibromes reste bien obscure.

Traitement des fractures par les appareils de marche. — M. REYNIER fait un rapport sur un travail de M. Savariaud relatif à cette question. M. Savariaud a obtenu par l'application des appareils de marche au traitement de l'extrémité inférieure du fémur d'excellents résultats confirmés par M. Reynier. Il a obtenu des cals solides avec un minimum de raccourcissement. L'appareil de M. Savariaud est simple et facile à appliquer. Il se compose d'attelles plâtrées, dont une antérieure en forme de pyramide, mesurant 20 centimètres de large en haut et 4 centimètres en bas, d'une attelle postérieure et d'une attelle en étrier, attelles de quinze à seize épaisseurs de tarlatane, placées après réduction sous l'anesthésie locale et maintenues par des bandes de Scultet. Dès le lendemain ces bandes sont enlevées et le malade se lève et marche avec des béquilles. On fait l'extension la nuit et l'appareil est enlevé le cinquante-cinquième jour. Les malades ainsi traités et observés, dans son service, par M. Reynier, ont présenté à peine 1 ou 2 centimètres de raccourcissement, un cal solide, pas d'atrophie ni de raideur. M. Reynier a été très frappé des bons résultats obtenus par M. Savariaud.

M. TUFFIER se montre de moins en moins satisfait des appareils de marche: l'important, dans le traitement des fractures, c'est d'obtenir une réunion bout à bout, et une bonne situation du membre dans l'axe vertical. Il faut que la jambe soit droite. Que ce résultat soit obtenu plus tôt ou plus tard, peu importe. C'est le résultat définitif qu'il faut juger.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'est pas autrement séduit par les appareils de marche. L'important est de placer le membre suivant un bon axe et pour avoir de bons résultats, il faut avoir affaire à de bonnes articulations et à de bons muscles.

M. REYNIER partageait les opinions de MM. Tuffier et Lucas-Championnière. Mais il doit à la vérité de dire qu'il a été très frappé par les bons résultats qu'il vient de signaler. Il a soigneusement examiné ces malades et n'a trouvé chez eux ni raideur, ni raccourcissement, ni hyperostose.

Pseudo-hermaphrodites. — A propos de la jeune personne présentée par M. Tuffier dans la dernière séance, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE montre les photographies d'une femme à barbe qui a été mariée pendant douze ans. Elle avait épousé un homme auquel elle donnait toute satisfaction, d'abord parce qu'elle travaillait comme un homme, ensuite parce qu'elle ne faisait pas d'enfants. Elle avait les seins extraordinairement développés et un cul-de-sac pseudo-vaginal qui pendant douze ans avait parfaitement servi au coït. Or cette femme était un hypospade qui est devenu célèbre, dans les foires, comme femme à barbe et qui est devenu, dans la suite, très porté vers les fillettes.

M. GUINARD raconte l'histoire d'une veuve ayant eu pendant très longtemps une dame de compagnie qui a été reconnue ultérieurement être un homme et qu'elle a épousé.

Traitement des fractures du radius par la mobilisation. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE en 1867 vit une femme de soixante-seize ans qui était tombée sur la main et s'était fait une fracture du radius. Cette fracture avait été méconnue et n'avait pas été traitée. Elle a très bien guéri avec conservation de tous les mouvements. C'est ce fait qui a rendu M. Lucas-Championnière partisan de la mobilisation précoce dans les fractures du radius. Le même fait vient de se produire récemment sur un homme dont M. Lucas-Championnière montre la radiographie : fracture du radius non traitée et guérie spontanément.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquante et unième semaine, 991 décès, au lieu de 962 pendant la semaine précédente et au lieu de 940, moyenne ordinaire de la saison. L'augmentation légère de la mortalité est due surtout aux maladies de l'appareil respiratoire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hamon (de Mayenne), Léon Cournier (de Fort-de-l'eau), Mugnerot (de Tours-sur-Marne), H. Le Barzic (de Trelazé), chirurgien de première classe de la marine en retraite ; Antoine Lacour, ancien médecin de l'Antiquaille (à Lyon) ; Legros, doyen des médecins de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 2. — JEUDI 6 JANVIER 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 6 JANVIER 1910. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — Un concours pour l'admissibilité au concours de nomination aux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 21 février 1910 à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront s'inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), du lundi 17 janvier au samedi 5 février inclusivement, de midi à trois heures.

Le nombre des places d'admissibles mises au concours sera annoncé aux candidats lors de la première séance, ce nombre ne pouvant être établi qu'après la fermeture du registre d'inscription.

A cet effet, les candidats dispensés du concours d'admissibilité devront se faire inscrire en vue du concours d'admission dans les mêmes délais que les candidats au concours d'admissibilité, savoir du lundi 17 janvier au 5 février inclusivement.

AVIS IMPORTANT. — Conformément aux dispositions qui précèdent, un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices s'ouvrira quinze jours après la clôture des opérations du concours d'admissibilité.

Seront admis à concourir les candidats dispensés de ce concours en raison de leurs admissibilités antérieures et les nouveaux admissibles, déclarés à la suite du concours du 21 février.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Les chirurgiens des hôpitaux viennent de désigner M. Nélaton pour les représenter au sein du conseil de surveillance.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Piettre, ancien sénateur et ancien président du Conseil général de la Seine est nommé directeur administratif de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Sigalas, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

(Voir la suite des « Distinct. honorif. », p. 20.)

MESURE DISCIPLINAIRE. — Dans sa dernière réunion tenue le 31 décembre, le Conseil de l'Université de Paris a prononcé l'exclusion à toujours de toutes les facultés d'un étudiant de la Faculté de médecine qui, récemment, au cours d'un examen, a injurié deux des examinateurs et s'est porté sur l'un d'eux à des voies de fait.

L'un des professeurs, M. Prenant, qui avait déposé une plainte au Parquet contre l'étudiant, vient de la retirer.

LES PÉRIODES D'INSTRUCTION DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE TERRITORIALE. — Les périodes d'instruction des médecins de réserve consistent le plus souvent en des remplacements de médecins de l'active dans les corps de troupes en dehors des manœuvres.

Quand les médecins veulent se préparer à leur rôle en cas de guerre il leur faut faire des périodes supplémentaires pendant les manœuvres spéciales du service de santé.

C'est là une anomalie contre laquelle vient de protester justement la Société des médecins du XIVe dans l'ordre du jour qui suit :

Considérant :

« Que les périodes d'exercices de réserve et de territoriale sont destinées à enseigner aux médecins leur rôle en temps de guerre;

Qu'elles sont actuellement déviées du but patriotique dans lequel la nation les a consenties;

Que les médecins, s'ils veulent apprendre leur rôle spécial, sont obligés de perdre du temps à des exercices supplémentaires;

Qu'il résultera fatalement de cette situation, lors de la mobilisation, un désordre dangereux, quand on compare notre organisation à celle de nos ennemis éventuels;

Emet le vœu :

Que les périodes d'exercices ne soient employées qu'à donner au corps médical l'instruction spéciale dont il aura besoin au lieu de le faire servir au remplacement de ses confrères de l'armée;

Que cet enseignement soit donné lors des manœuvres du corps de santé;

Qu'il porte sur le service en campagne, et en général tout ce qui a trait au triage des blessés, à la manœuvre de l'outillage de transport, l'établissement des services hospitaliers du champ de bataille; sur tout ce qu'il aura à faire, qu'il devrait connaître et qu'on ne lui enseigne pas;

Invite les sociétés médicales, le Congrès des praticiens, les syndicats médicaux, à user de leur influence afin d'obtenir ces réformes urgentes pour le bien de la nation. »

(Voir la suite des NOUVELLES, *p. 20.)*

AU SUJET DE DEUX CAS DE

PLAIES DU CŒUR PAR ARMES A FEU

Par le docteur Dupont,
Médecin aide-major de première classe.

L'étude des plaies du cœur par armes à feu est relativement récente et, chose paradoxale, au premier abord, ces blessures ont été observées et étudiées tout particulièrement dans la pratique civile. Parmi les blessures observées en temps de guerre, en effet, celles qui atteignent le cœur entraînent le plus souvent la mort, soit immédiatement, soit pendant le transport à l'ambulance. Les statistiques des guerres ne peuvent donc donner des indications sur la fréquence et la gravité des plaies du cœur. La guerre russo-japonaise elle-même malgré la précision avec laquelle les observations ont été établies échappe à peine à cette remarque. La statistique de l'hôpital n° 1 de Kharbine signale seulement deux plaies pénétrantes du cœur. L'une a amené la mort, l'autre blessé a pu être évacué. D'autre part Manteuffel a rapporté cinq blessures du cœur guéries sans traitement et trois autres cas ont été vus par le docteur Butz. Des radiographies publiées en Russie ne laissent aucun doute sur la réalité de ces blessures.

Dans la pratique civile la plupart des observations proviennent de duels, de tentatives de meurtre, de suicides, d'accidents... Dans ces conditions, il y a presque toujours autopsie et la lésion est soigneusement observée.

Aussi les essais de statistique des plaies du cœur par rapport aux autres blessures établies dans le milieu militaire et dans le milieu civil donnent-ils des différences très notables.

Kœrner (1880) sur 47 observations note deux blessures du cœur, soit un peu plus de 4 p. 100.

Klihn (1883) sur 91 coups de feu mentionne deux blessures du cœur, soit 2,19 p. 100.

De Santi admet que sur les champs de bataille si la proportion des coups de feu du thorax aux coups de feu en général est de 9,1 p. 100 (à Field Hopital dans la guerre anglo-boer on a trouvé 7 p. 100) la proportion des coups de feu atteignant la région cardiaque à celle des blessures en général est de 0,7 p. 100.

C'est à deux cas de suicide que nous devons les observations que nous rapportons ici, nous avons cru utile de les relater en raison de l'examen précis que nous avons pu en faire.

Observation I. — Le 25 juin 1906, nous sommes appelés auprès du sergent L., qui venait de se tirer une balle de revolver dans la région cardiaque. Nous trouvons le blessé étendu sur son lit, pâle, exsangue, les yeux fixes, les pupilles dilatées. La chemise entr'ouverte nous montre au-dessous et en dedans du mamelon gauche un orifice à bords noirâtres, d'où s'écoule une petite quantité de sang, qui tache la poitrine et les vêtements. Le pouls n'est pas perceptible, l'auscultation ne révèle aucun bruit au niveau du cœur. Des injections d'éther et la respiration artificielle ne produisent aucun résultat. La mort avait été instantanée.

A côté du lit se trouve un petit revolver du calibre de 6 millimètres, genre bull dogg, contenant un culot de cartouche tirée.

L'autopsie est faite le lendemain.

Le corps est celui d'un jeune homme de vingt ans. De constitution moyenne, la peau est pâle, la rigidité cadavérique est complète. On ne relève aucune trace de violences.

A 8 centimètres au-dessous du mamelon gauche et à 3 centimètres et demi en dedans de la ligne mamelonnaire se trouve un orifice légèrement elliptique dans le sens horizontal. Ses dimensions sont de 1 centimètre sur 6 millimètres. Les bords en sont nets, circulaires et sans dentelures. Le pourtour immédiat est tatoué par un piqueté noirâtre qui infiltre le derme. Dans une zone excentrique, les téguments sont rosés et la teinte devient violet foncé dans la région inféro-externe.

A la pression de la paroi costale, un liquide clair et rosé sort de la plaie.

Le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de poudre dans la région marginale est fortement ecchymosé à la périphérie, avec un prolongement de cinq centimètres dans la partie correspondant à la teinte violacée des téguments.

L'aponévrose présente une ouverture elliptique à grand axe horizontal (2 centimètres et demi sur 1 centimètre); les bords sont noirs et incrustés de poudre.

A travers les muscles intercostaux, la plaie affecte une forme elliptique dans le sens vertical (1 centimètre et demi sur un demi-centimètre); les bords en sont brunâtres. Aucune lésion aux cartilages du cinquième espace intercostal par lequel la balle a pénétré.

La plèvre pariétale présente une large ouverture de 3 centimètres et demi de hauteur environ.

A l'ouverture de la cavité thoracique nous voyons :

A 4 centimètres et demi de la ligne médiane et presque au contact du diaphragme, à travers la paroi antérieure du péricarde, un orifice circulaire de 1 centimètre de diamètre environ. Les bords sur une zone concentrique de 1 centimètre environ sont brunâtres et infiltrés de poudre. Le tissu graisseux prépéricardique, dont une frange vient affleurer le bord de l'orifice, est à cet endroit fortement ecchymosé et infiltré de sang.

La languette pulmonaire, au-dessous de l'encoche du bord antérieur, est violacée et infiltrée de sang sur une assez grande étendue, autour de la perforation péricardique.



Fig. 1.

A l'ouverture du péricarde, le cœur repose sur un gros caillot sanguin, qui en arrière remonte jusqu'à l'origine des vaisseaux.

Vu en place, le cœur ne présente aucune modification. En le faisant basculer autour des vaisseaux et en amenant en

avant sa face postérieure, on voit que la pointe du ventricule gauche est abrasée, sauf une mince languette qui unit encore le milieu de la face ventriculaire au sommet. La forme de la plaie de chaque côté de cette languette permet de considérer l'un des côtés comme la plaie d'entrée, l'autre comme la plaie

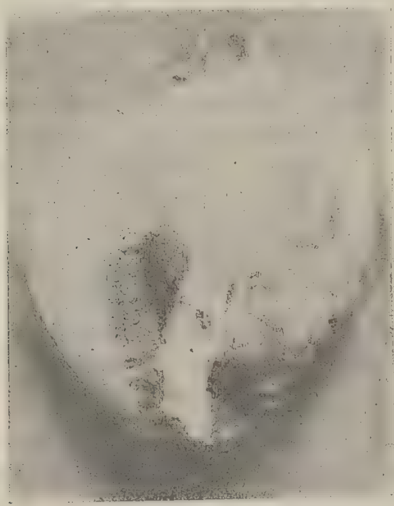


FIG. 2.

de sortie. Du côté de l'entrée, la paroi ventriculaire présente un orifice de 2 centimètres et demi environ, tandis que du côté de l'orifice de sortie le ventricule est détruit sur une hauteur de 4 centimètres. Dans son axe d'éclatement, la plaie



FIG. 3.

offre donc l'apparence d'un tronc de cône dont la petite base répondrait à l'orifice d'entrée. Au niveau des orifices, les parois sont déchiquetées, mais sans présenter de fissures. On se trouve donc en présence d'une gouttière très profonde (la languette ne tenant que par des attaches très tenues) comprenant toute la pointe du ventricule gauche et répondant à la partie qui repose sur le diaphragme.

Le caillot sanguin péricardique étant enlevé, on constate, à 4 centimètres environ de la ligne médiane et à 2 centimètres en arrière de l'insertion de la paroi antérieure du péricarde sur le diaphragme, sur la paroi inférieure et correspondant à la zone sur laquelle repose normalement la pointe du cœur, une fente mince, en coup d'ongle de 1 centimètre de longueur et à direction antéro-postérieure.

Au niveau du dièdre formé par l'insertion de la paroi postérieure du péricarde sur le diaphragme et dans le prolongement de la fente précédente, se trouve un orifice circulaire de 1 centimètre de diamètre aux bords légèrement déchiquetés et piquetés de noir.

Vue par sa face externe, la paroi postérieure du péricarde, autour de cet orifice, est le siège d'une infiltration sanguine très abondante.

La fente antérieure est borgne. L'orifice du bord postérieur pénètre à travers le diaphragme et conduit dans la cavité abdominale.

Celle-ci étant ouverte, on constate que le foie est creusé d'un sillon mince de 3 millimètres de largeur environ et de 3 centimètres de longueur. Sa partie antérieure correspond à l'orifice qui traverse le diaphragme.

Un stylet enfoncé dans le trajet qui fait suite à cet orifice fait de nouveau traverser le diaphragme et repénétrer dans la cavité thoracique.

Sur le trajet on trouve que la base du poumon gauche infiltrée par la congestion hypostatique présente une perforation circulaire de 1 centimètre de diamètre. Puis le trajet de la balle traverse les deux parois de l'aorte abdominale et en explorant le cul-de-sac pleural au contact de la colonne vertébrale, on trouve la balle fichée dans le corps de la dixième vertèbre dorsale.

Dans le cul-de-sac pleural on trouve un caillot de sang de 500 grammes.

OBS. II (due à l'obligeance de M. le médecin-inspecteur Nimier). — Le maréchal des logis chef S... était étendu sur son lit, couché sur le dos, les bras le long du corps, la main droite crispée. La tunique était déboutonnée du haut en bas et largement écartée. La chemise était inondée de sang qui s'était répandu également sur les vêtements et sur le lit. Un revolver d'ordonnance contenant un culot de cartouche tirée se trouvait sur le plancher à environ $1^{m}50$ du lit. Le cadavre était encore chaud et complètement inerte. Les paupières étaient entr'ouvertes, les pupilles ne réagissaient plus, le pouls et les battements du cœur avaient complètement cessé. La constatation de la mort étant faite, on procède à l'examen complet du cadavre.

On remarque sur le côté gauche de la chemise une déchirure du tissu, à bords renversés en dedans et déchiquetés. Après avoir écarté la chemise, on découvre à la surface de la peau, dans la région du cœur, un orifice correspondant à la déchirure de la chemise. Cet orifice siège dans le cinquième espace intercostal gauche à trois travers de doigt en dedans du mamelon gauche et un peu au-dessous de lui. La forme de l'orifice est celle d'un rectangle à bords renversés en dedans. La plaie représente bien l'orifice d'entrée d'un projectile de petit calibre. En déplaçant le cadavre, on constate à la partie postérieure du corps un trou de sortie intéressant toute l'épaisseur des vêtements et siégeant sur la couture médiane de la tunique. Le projectile est retrouvé dans l'épaisseur de la couverture de laine grise du lit, dans le tissu de laquelle il est arrêté. C'est une balle cylindro-conique de revolver d'ordonnance à revêtement de cuivre.

Après avoir soulevé les vêtements, on constate que la balle est sortie au niveau de la sixième vertèbre dorsale à peu près, un peu à droite de la colonne vertébrale. L'orifice de la peau est très petit, il a la forme d'une boutonnière de 7 à 8 millimètres de longueur. Il n'existe aucune trace de lésions sur le corps.

L'autopsie a donné lieu aux constatations suivantes. Le cadavre est celui d'un homme robuste et bien constitué. La rigidité cadavérique est complète, la peau présente au niveau des parties déclives des lividités cadavériques.

Le corps ne porte aucune trace de violences extérieures. On remarque seulement dans la région du cœur, entre le mamelon gauche et le sternum, une petite plaie rectangulaire de 12 millimètres de long sur 8 millimètres de large, à bords renversés en dedans. Une autre petite plaie siège à droite de la colonne vertébrale au niveau de la sixième vertèbre dorsale.

La peau et le tissu cellulaire enlevés, on découvre dans le cinquième espace intercostal gauche un orifice intéressant le muscle intercostal et correspondant à l'orifice cutané. Cet orifice est distant de 5 centimètres du bord gauche du sternum et de 5 centimètres également du mamelon gauche, mais un peu au-dessous de lui.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve une quantité considérable de caillots cruoriques remplissant le péricarde. Ceux-ci une fois enlevés, on aperçoit à la face antérieure du cœur et près du bord supérieur, à 2 centimètres et demi au-dessus de la pointe, une déchirure ayant la forme d'une étoile à trois branches inégales, les bords libres de la déchirure sont rejetés vers le centre de la cavité cardiaque.

Le cœur est enveloppé de tous côtés d'une atmosphère graisseuse abondante. Après avoir enlevé l'organe de la poitrine, on constate un véritable éclatement du cœur. Une énorme déchirure à bords irréguliers partage le ventricule gauche à sa face postérieure du haut en bas. La cloison interventriculaire est elle-même déchirée sur une petite étendue, le ventricule droit et les oreillettes sont intacts.

Toutes les cavités sont vides de sang, on constate des adhérences assez solides et assez étendues au sommet du poumon gauche. A la coupe, le parenchyme pulmonaire est sain. Il n'a pas été atteint par le projectile.

L'aorte est intacte, elle ne porte aucune trace de lésions dans aucun de ses points. La veine cave supérieure au contraire est déchirée au niveau de la sixième vertèbre dorsale, dans la gouttière vertébrale droite.

Le foie est volumineux et gros. Le péritoine est doublé d'un épais tissu adipeux. La rate et les reins sont normaux. L'estomac est volumineux et dilaté. Il est rempli d'un bol alimentaire grisâtre ayant déjà subi la digestion stomacale. L'intestin au contraire est vide.

Nous nous trouvons en présence de deux suicides dans lesquels la mort a été causée par lésion du ventricule gauche. La balle entrée au niveau du cinquième espace intercostal a dans un cas pris contact avec le ventricule gauche par le bord inférieur, dans le deuxième par le bord supérieur et leur trajet divergent les a conduites, l'une au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, l'autre au niveau de la sixième en produisant des blessures par éclatement.

Par la situation de l'orifice d'entrée de la balle, nos deux observations rentrent dans la majorité des cas observés, puisque dans les plaies par armes à feu la pénétration par le côté gauche est la règle. Dans 79,5 p. 100 des cas, d'après Loison, la balle a pénétré entre le mamelon et le sternum.

Lorsque le coup est tiré à bout portant, les bords de la plaie sont brûlés et incrustés de poudre sur une étendue plus ou moins grande et, comme dans le cas de Morestin, le premier suicide nous montre un décollement de la paroi, trajet secondaire réduit, dû à la déflagration de la poudre et au tatouage du derme par les grains qui l'ont profondément pénétré.

Grâce à la petitesse du calibre de la balle et à la mobilité de la cage thoracique, les côtes n'ont été ni dans l'un, ni dans l'autre cas, atteintes par le projectile.

Les perforations faites aux aponévroses sont toujours très étroites, linéaires, conditions éminemment favorables à l'occlusion spontanée de l'orifice. Mais contrairement aux exemples cités par M. le médecin-inspecteur Delorme, les dimensions de la boutonnière que nous avons observée, sont plus grandes que celles de l'orifice cutané.

Ainsi que le faisait prévoir la situation de l'orifice d'entrée, la plèvre a été atteinte par les deux projectiles. C'est presque un principe, en effet, que la plèvre soit intéressée au moins au niveau des culs-de-sac. Il faudrait que la balle ait rasé de très près le sternum, au niveau du sixième espace, pour que la plèvre ne fût pas intéressée. C'est là (Delorme et Mignon) le seul endroit où le triangle pré-médiastinal ne soit pas recouvert par la plèvre et donne une issue directe sur le péricarde et le cœur. Sur 110 cas (Loison), il y a 78 fois blessure d'une plèvre ou des deux, soit 70 p. 100. Guibal, sur 56 observations, trouve la plèvre intacte dans 6 cas seulement, ce qui porte la proportion des blessures de la plèvre à 89 p. 100.

Si la blessure de la plèvre est à peu près la règle, il n'en est pas de même pour celle du poumon qui n'est atteint que dans 47 p. 100 des cas (Loison). Dans nos observations, le poumon n'a pas été lésé dans sa partie antérieure, ce qui s'explique par la situation du trou d'entrée qui, dans les deux cas, se trouvait dans la région de l'encoche cardiaque. Il n'en est pas de même du bord postérieur du poumon gauche qui, dans l'observation I, est perforé comme à l'emporte-pièce. Le poumon descend pendant l'expiration jusqu'à la dixième vertèbre dorsale, pendant l'inspiration il recouvre la onzième. Puisque la balle s'est fixée dans la dixième vertèbre dorsale, elle devait fatalement rencontrer le poumon et la distance qui sépare l'orifice créé par la balle du bord du poumon, soit un centimètre et demi, peut même nous faire affirmer qu'au moment du suicide le poumon était en inspiration.

Le péricarde est rarement blessé isolément. Sur 110 cas, Loison trouve 12 fois le péricarde intact. Dans 4 cas il y avait eu contusion de la poitrine par coup de feu, éclatement du cœur, mais le péricarde était sain. Dans les huit autres cas, la paroi thoracique avait été perforée, le cœur était lésé, mais le sac péricardique ne portait aucune trace de blessure.

Plus fréquemment, le péricarde participe à la lésion du cœur et l'étude anatomo-pathologique des blessures du péricarde se rattache à celle des plaies du cœur.

Etant donnés les caractères du péricarde « résistant sans doute, mais mou et malléable » (Poirier), on n'a plus les mêmes préventions que Deschamps vis-à-vis de la théorie de Holmes, de Huquet et de Heydenreich et on peut dire avec Guibal : « Le péricarde repoussé par la balle et le coiffant peut être enfoncé par elle jusque dans le tissu propre du cœur en y produisant une vraie plaie par pénétration. Le péricarde revient ensuite à sa position normale en vertu de son intégrité propre. »

Les lésions du cœur dans ce cas n'obéissent nullement à une règle fixe. Ventricule droit ou ventricule gauche peuvent être atteints indifféremment. Dans un cas il y avait une perforation du volume d'une noisette n'occupant que la moitié de l'épaisseur de la paroi. Dans un autre cas, une perforation aux

bords déchiquetés occupait toute la paroi antérieure du ventricule droit.

Les vaisseaux issus du cœur participent aussi aux blessures du cœur. L'artère pulmonaire est celle qui est le plus souvent atteinte, elle est en général fissurée plus ou moins profondément dans les environs de son origine. Les valvules semi-lunaires peuvent être déchirées.

Plus fréquemment le péricarde participe à la lésion du cœur et l'étude des blessures du péricarde se rattache alors à celle des plaies du cœur.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1909)

Tumeurs vasculaires et anévrismes des os. — M. LE DENTU. Les prétendus anévrismes des os, pulsatiles ou non pulsatiles, doivent représenter réellement un reliquat de tumeurs disparues. En attendant que cette question soit encore plus absolument tranchée, M. Le Dentu pense que la meilleure dénomination qu'on puisse leur appliquer, avec Volkmann, est celle d'*hématomes des os* qui ne préjuge de rien.

Les centres bulbaires de la diaphylaxie intestinale. — M. P. BONNIER. Par de légères cautérisations en des points définis de la muqueuse nasale, qui permettent, par l'intermédiaire du nerf trijumeau, d'exciter expérimentalement telle ou telle région du bulbe, M. Bonnier montre que les centres qui président à la désinfection du milieu gastro-intestinal, sont distincts de ceux qui actionnent la chimie digestive, la tonicité des parois et leur trophicité.

Les expériences qu'il rapporte sont probantes à cet égard.

Deux cas de fièvre de Malte vraisemblablement contractés à Paris. — MM. J. AUCLAIR et Paul BRUN.

Sur les spirochètes salivaires. — M. Gabriel ARTHAUD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JANVIER 1910)

M. LABBÉ, en quittant le fauteuil de la présidence, résume les travaux de l'Académie.

M. DIEULAFOY prend place au fauteuil et prononce un discours applaudi.

La fièvre typhoïde. — Après ces discours traditionnels, l'Académie reprend ses travaux.

M. KELSCH, dans une étude très consciencieuse et très documentée, reprend l'histoire de la fièvre typhoïde, de son étiologie, de sa prophylaxie, et tout en admirant les recherches de la bactériologie, n'admet pas sans réserves toutes les conclusions qu'on voudrait nous imposer en son nom.

« En résumé, dit-il en terminant, les moteurs pathogènes de nos maladies infectieuses les plus communes sont, bien souvent, le plus souvent peut-être, en nous, réduits au silence, dépourvus de fonctions spéciales. La détermination des facteurs qui créent ou exaltent leur virulence n'est pas moins importante que les recherches entreprises pour les découvrir : elle est la clef, l'objectif de l'épidémiologie. Essayer de détruire les infiniment petits est, sans doute, très rationnel ; mais n'est-ce pas une tentative qui dépasse nos forces ? Nous avons certainement plus de prise sur les facteurs capables d'accroître leur virulence que sur eux-mêmes. La haute signification des causes secondes reste donc debout, intacte, devant les révélations du laboratoire, si lumineuses soient-elles. La prophylaxie exclusivement anti-bacillaire, dans la fièvre typhoïde comme dans toutes les affections similaires, m'apparaît comme insuffisante. C'est dans cette conviction que je reste fidèle aux leçons traditionnelles qui nous prescrivent de nous défendre contre notre vieille endémie, avant tout par la suppression des grandes infractions à l'hygiène, sans négliger, bien entendu, la lutte directe contre son moteur pathogène.

Je suis convaincu que chacune des grandes maladies infectieuses, qui mettent les agglomérations en coupes réglées, reconnaît des conditions génératrices multiples, diverses, parfois disparates, qui ne se dévoilent qu'aux investigations patientes et pénétrantes. En fin de compte, l'étiologie de chacune d'elles est loin de se réduire toujours à la transmission plus ou moins directe d'un contage, ou, d'une manière plus générale, à un mode pathogénique exclusif de tout autre. »

Traitement bio-kinétique des engelures. — M. L. JACQUET, en son nom et au nom de M. P. JOURDANET, fait une communication sur ce sujet.

L'un de nous, dit-il, a indiqué il y a quelques années un traitement nouveau des engelures.

Ils ont perfectionné cette méthode, d'ailleurs aussi peu connue qu'efficace.

Les auteurs considèrent les engelures comme la résultante d'irritations multiples entrant en conflit aux extrémités.

D'une part le froid, ou plutôt, les alternatives brusques et répétées de froid et de chaud.

D'autre part, une série d'irritations organiques variées et variables, émanant du rhino-pharynx, de l'appareil gingivo-dentaire, des voies respiratoires, des voies digestives, du corps thyroïde, etc.

Il en résulte deux indications :

1° La recherche de ces diverses irritations organiques, ou, tout au moins, leur atténuation (végétations adénoïdes, rhinite, lésions gingivo-dentaires, affections broncho-pulmonaires, troubles digestifs, viciations digestives : polyphagie, tachyphagie, polydipsie, etc.).

2° La réparation des lésions et le renforcement des tissus.

On les réalise au plus vite et au mieux par l'élévation gymnastique des extrémités.

On sait l'influence décongestionnante de l'élévation. Nos comédiennes y recourent volontiers, pour se faire la main plus blanche, au moment d'entrer en scène.

Or on décèle son effet en y associant la mobilisation des mains.

Il va sans dire qu'on protégera de son mieux les extrémités contre le froid.

En très peu de jours, l'acro-asphyxie diminue, l'empâtement se dissipe, les doigts boudinés et gourds retrouvent aisance et forme.

Et dès que, ce qui est rapide, on a transformé l'engelure ouverte en engelure fermée, et seulement alors, on joint efficacement à la mobilisation des mains, le massage.

Cette méthode est puissante. De plus, corollaire rationnel pour une méthode vraiment étiologique, elle réalise efficacement la prophylaxie de cette infirmité si incommode, parfois si douloureuse, si désobligeante enfin au point de vue esthétique.

Nouveaux procédés pour fixer la ration du nourrisson. — M. LASSABLIÈRE lit un travail dont voici les conclusions :

On connaît l'importance et les difficultés actuelles à fixer la ration des nourrissons.

De l'ensemble des résultats de recherches établies dans des conditions optima de santé, de développement chez des enfants observés pendant la presque totalité de leur allaitement, il résulte que pour fixer la ration :

1° Il est impossible de se baser sur le poids des enfants, comme on le fait, car la quantité de lait ingérée rapportée au kilo varie considérablement d'un à douze mois.

2° La quantité de lait ingérée par décimètre carré de surface est plus fixe, elle correspond à 27 grammes. La formule suivante établie et vérifiée par l'auteur permet de calculer rapidement la surface.

$$S = (\text{périmètre thoracique})^2 \times 2,3.$$

3° En multipliant la taille en centimètres par 15, ou le

périmètre thoracique par 24, ou bien la somme de ces deux mensurations par 9, on obtient très exactement la quantité de lait qu'il convient de donner à un enfant quelconque.

4° Ces procédés nouveaux, outre leur mérite d'être simples, ont encore l'avantage, à cause de la rapidité de leur exécution, de pouvoir être employés simultanément et par suite de se contrôler mutuellement.

5° Il y a plus, les procédés peuvent s'appliquer non seulement aux enfants normaux mais encore aux enfants retardés dans leur croissance, momentanément amaigris. En effet, la taille, le périmètre thoracique, la surface ne subissant pas ou très peu les influences qui font varier le poids, ont un développement qui se fait plus régulièrement et par suite constituent des repères excellents pour proportionner la ration aux besoins des jeunes organismes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1909 [*fin*])

Le rythme de la glycosurie dans le diabète sucré. — MM. A. GILBERT et P. LEREBOULLET exposent les résultats des recherches qu'ils poursuivent depuis dix ans sur le rythme de la glycosurie diabétique au cours du nycthémère. L'examen fractionné des urines, tel qu'ils l'ont méthodiquement pratiqué, leur a permis d'apprécier exactement l'influence alimentaire et de reconnaître ainsi plusieurs aspects de diabète, justiciable d'un pronostic et d'un traitement différents.

Leur méthode consiste à examiner l'urine d'un diabétique de midi à midi en ne faisant prendre au malade que deux repas à midi et à huit heures du soir et en recueillant l'urine toutes les quatre heures; ainsi il y a de huit heures du soir à midi le lendemain une longue période dans laquelle on peut d'abord saisir l'influence alimentaire puis, à mesure qu'on s'éloigne du repas, l'influence du jeûne.

Après avoir rappelé l'existence et le degré de la glycosurie physiologique, MM. Gilbert et Lereboullet montrent que les faits de diabète peuvent être rangés en trois catégories, selon que la glycosurie est, au cours du nycthémère, *intermittente*, *subcontinue* ou *continue*.

Dans la première, la glycosurie *intermittente* n'existe que dans les heures digestives, après l'un des deux repas, et le plus souvent alors après le repas du soir, ou après les deux à la fois, fréquemment plus abondantes après le repas du soir; elle disparaît complètement en dehors des périodes digestives.

Lors de la glycosurie *subcontinue*, le sucre urinaire existe non plus seulement dans les quatre heures digestives, mais dans les heures subséquentes, manquant toutefois à la période la plus éloignée des repas.

Enfin, dans un troisième type, la glycosurie communément plus marquée, est *continue* et le sucre se retrouve en quantité dosable dans tous les échantillons. Dans une première variété, la prédominance digestive de l'émission du sucre reste accentuée, que le taux du sucre émis fléchisse brusquement au delà des quatre heures digestives, qu'il reste encore relativement élevé. Dans une seconde, le taux du sucre au litre s'élève loin des repas, mais l'abondance plus grande des urines digestives explique que pourtant la quantité du sucre émis reste plus élevée dans les urines post-prandiales. Enfin, dans une troisième variété, le sucre émis est lui-même plus abondant de quatre à huit heures après les repas; souvent alors l'abondance plus grande des urines à ce moment du nycthémère (opsiurie) semble expliquer le phénomène. L'influence des repas, même dans ces faits, n'en est pas moins réelle, puisque l'échantillon le plus éloigné du repas reste ordinairement le plus pauvre en sucre et puisque pour ne pas être immédiatement consécutive aux repas, l'élévation max ma du taux du sucre émis s'y rattache néanmoins.

L'opposition manifeste des faits extrêmes (glycosurie intermittente et digestive, glycosurie continue à maxima éloignés des repas) qui se superpose à une opposition semblable du taux de la glycémie dans les deux cas, ne doit toutefois pas justifier une division trop tranchée entre les divers faits. MM. Gilbert et Lereboullet apportent en effet une série d'exemples établissant tous les intermédiaires de la glycosurie physiologique au diabète le plus marqué. Ils citent de plus des faits démonstratifs de passage d'un type dans un autre. A côté des cas, très nombreux dans lesquels le rythme de la glycosurie, au cours du nycthémère reste toujours à peu près identique, il en est d'autres qui s'aggravent et passent du type intermittent au type subcontinu et au type continu. Il est inversement des diabétiques qui guérissent, et ce sont ces malades chez lesquels on peut observer de beaux exemples de transition du type continu aux types subcontinu et intermittent et même de retour à la glycosurie physiologique. Ils montrent bien qu'il n'y a pas de barrières entre les divers types du diabète. Mais ils sont relativement rares et n'infirment nullement la réalité clinique des divisions établies plus haut.

L'examen fractionné des urines, qui permet souvent de reconnaître des diabètes légers, lesquels seraient tous très méconnus, peut donc en outre faire préciser l'influence constante de l'alimentation. Il montre comment cette influence se modifie selon les types du diabète. S'il établit que ces divers types sont vraisemblablement liés à des conditions pathogéniques communes, il permet toutefois d'apprécier dans quelle mesure un régime alimentaire approprié est susceptible d'agir sur la glycosurie et aide à fixer le pronostic et le traitement du diabète.

(SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1909)

Action de la morphine sur les leucocytes. — MM. ACHARD, H. BÉNARD et GAGNEUX. La morphine injectée sous la peau abaisse la résistance et l'activité des globules blancs; mais cette chute n'est que passagère. Elle est surtout nette pour l'activité. In vitro l'on voit aussi, dans les solutions salines renfermant de la morphine à des taux très faibles, diminuer la résistance et l'activité des leucocytes. Ceux de ces éléments qui avaient préalablement incorporé des levures ou s'étaient chargés de vacuoles colorables par le rouge neutre les expulsent sous l'influence de l'alcaloïde.

Chez un sujet accoutumé à la morphine, les leucocytes sont moins sensibles à ce poison, in vivo comme in vitro. Il est possible de mesurer cette sensibilité in vitro en plaçant les leucocytes dans une série de tubes renfermant des solutions de morphine à des taux décroissants. Le taux qui permet le maintien d'un minimum d'activité donne la mesure de la sensibililé des globules blancs à la morphine. L'activité peut, d'ailleurs, s'évaluer aussi bien par les levures incorporées que par les vacuoles colorables par le rouge neutre. La première technique est peut-être plus précise, la seconde est plus simple.

Chez les jeunes enfants, qui supportent moins bien la morphine que les adultes, les leucocytes sont aussi plus sensibles à l'alcaloïde.

La tolérance leucocytaire s'efface quelque temps après la suppression du poison. Chez un asthmatique, dont les leucocytes restaient peu sensibles quinze jours après la suppression des piqûres, la sensibilité était redevenue normale au bout d'un mois.

L'héroïne produit sur les globules blancs des effets comparables à ceux de la morphine. Mais elle leur laisse une sensibilité normale pour la morphine, et réciproquement. La réaction est donc spécifique, malgré la parenté chimique des deux alcaloïdes.

En somme cette réaction de leuco-diagnostic permet de reconnaître le morphinisme, de surveiller la démorphinisation et de distinguer l'héroïnisme du morphinisme.

Arthrite sporotrichosique du genou. — M. P. MOURE. C'est le premier cas d'arthrite sporotrichosique humaine intéressant une grosse articulation. Les deux seuls cas connus jusqu'ici sont ceux de Bruno Bloch (de Bâle) et celui de Lagoutte et Briau intéressant, le premier l'articulation sterno-claviculaire, le second les articulations interphalangiennes.

L'arthrite du genou évolua comme une arthrite tuberculeuse. Elle débuta par une hydarthrose de forme idiopathique qui, soignée dans un service de médecine, fut considérée comme de nature syphilitique et améliorée par le sirop de

Gibert. Continuant à évoluer, la sporotrichose donna des gommes rotuliennes et tibiales. L'une d'elles produisit un véritable abcès froid ossifluent qui fut soigné dans le service de chirurgie. Le malade, considéré une première fois comme syphilitique, fut alors considéré comme tuberculeux. L'abcès ponctionné se fistulisa, c'est alors qu'apparurent, depuis le genou jusqu'aux ganglions inguinaux, vingt-huit gommes sous-cutanées, dont la présence orienta le diagnostic dans le sens de mycose.

Le sporotrichum Beurmanni fut décelé à l'état de pureté dans le liquide articulaire, les gommes osseuses et sous-cutanées. La culture à l'étuve du liquide articulaire ne donna que des colonies de sporotrichum, ce qui élimine l'idée d'une association bactérienne.

On ne peut objecter que l'arthrite était tuberculeuse puisque l'inoculation à deux cobayes est restée négative. L'arthrite aboutit à la guérison complète par le traitement ioduré. La sporoagglutination et la fixation du complément furent positives avec le sérum et le liquide articulaire.

Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique par altérations globulaires. — MM. Ch. Foix et H. Salin relatent l'observation d'un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique a frigore classique chez un ancien spécifique.

Cliniquement le malade présente quelques points spéciaux : un ictère hémolytique, des crises d'albuminurie passagère, ayant la valeur d'équivalents, la présence dans les urines de cylindres granuleux donnant au ferrocyanure la réaction des sels ferriques. Au point de vue hématologique, le phénomène de Donath et Landsteiner est absent, malgré que le sérum du malade soit alexique. Par contre, les globules du malade sont hémolysés par un sérum normal.

Il s'agit donc d'une fragilité globulaire spéciale qui décèle également une résistance globulaire légèrement diminuée et la présence d'hématies granuleuses, 10 grammes p. 100 donnent à l'ictère hémolytique sa véritable signification.

Les auteurs ont rencontré cette même fragilité spéciale chez un ancien spécifique avec splénomégalie.

La fragilité globulaire spéciale ne suffit donc pas à expliquer l'hémoglobinurie paroxystique ; il faut invoquer en outre la présence d'une lésion rénale établie par les équivalents albuminuriques et la présence de cylindres granuleux donnant au ferrocyanure la réaction des sels ferriques.

Un cas de mort par accidents sériques chez un malade atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques et traité par le sérum de Flexner. — MM. Courtois-Suffit et Dubosc rapportent une observation relative à un cas de mort par accidents sériques chez un malade atteint de méningite cérébro-spinale à pneumocoques et traité par le sérum de Flexner. Les auteurs font tout d'abord remarquer que, dans ce cas, ce n'est pas absolument le sérum lui-même qu'il faut incriminer, mais son application que l'évolution tout à fait anormale des phénomènes cliniques a rendue malheureuse. Le fait est le suivant. Il s'agit d'un malade âgé de trente-neuf ans, entré à la Maison Dubois le 7 juin dernier avec les signes classiques de la méningite cérébro-spinale. Diagnostic pleinement confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; le traitement classique est institué par les bains chauds et les injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique. Cinq injections de 30 centimètres cubes de sérum amènent assez rapidement une évidente amélioration ; après la cinquième, le tableau clinique change brusquement : la température qui était tombée à 37 degrés, remonte tout d'un coup à 40°5. Le malade est en proie à une gêne respiratoire très spéciale ; il respire comme une personne qui vient de faire une marche forcée et le nombre des mouvements respiratoires n'est pas augmenté. Il semble que le patient cherche à se débarrasser par une expiration prolongée d'un poids lui comprimant le thorax. L'examen des poumons est négatif. Le lendemain, après une nouvelle injection de sérum, la maladie semble marcher vers la guérison. La température baisse, on cesse les injections. Quelques jours après, cinq jours exactement après la dernière injection de sérum, douze jours après la première injection, apparaissent des arthralgies localisées aux petites articulations des pieds ; et presque de suite, les signes cliniques de la méningite, qui paraissaient éteints, reparaissent au grand complet : contracture de la nuque, signe de Kernig, céphalée, etc. En présence de cette reprise d'accidents méningés aigus, les auteurs se croient autorisés à refaire une nouvelle injection de sérum, malgré l'aspect plus favorable du liquide céphalo-rachidien. Le lendemain, les signes de la méningite sont plus accentués encore, la fièvre remonte d'abord à 38°4, puis bientôt à 40 degrés, et le malade meurt sans autres signes cliniques.

L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures plus tard demeure entièrement négative. Il n'y a pas de lésions pulmonaires, il n'y a plus de lésions méningées.

Comment expliquer la mort dans ce cas ? La réponse nous semble avoir été donnée par M. Netter dans sa communication du 28 mai, et par MM. Ménétrier et Mallet. Il s'agit vraisemblablement d'accidents consécutifs à l'emploi du sérum, cette observation ne se différenciant des précédentes que par sa terminaison malheureuse. Ce sur quoi il nous paraît nécessaire d'insister, c'est sur la reprise des accidents méningés au grand complet, à un moment où les résultats de la ponction lombaire étaient plutôt favorables : recrudescence des phénomènes cliniques paraissant rendre urgente une nouvelle injection de sérum.

Pourquoi le malade présentait-il une semblable sensibilité au sérum ? Son histoire antérieure ne renseigne nullement à ce sujet, et les auteurs tiennent à insister sur ce fait que jamais auparavant il n'avait reçu d'injection de sérum de cheval.

M. Letulle étudie un cas de **tuberculose pulmonaire fébrile et ulcéreuse** traité par le sérum de Marmorek.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Alexandre (de Paris), Angelvin (de Marseille), Anthomy et Ballon (de Paris), Batailler (de Cette), Béal (d'Arcueil), Béliard (de Paris), Bernal (de Nice), Berruyer (de Paris), Bertrand (de Domène), Betous (de Saint-Bierre), Beuleygue (de Paris), Bienfait (de Vichy), Bloc (de Paris), Blond (de Châteauneuf), Boccard (de Jujurieux), Bolognési (du Mans), Boniface (de Montreuil), Bonnel (de Saint-Chély-d'Apcher), Bonnet (d'Aiguilles), Borello (de Saint-Paul-de-Fenouillet), Borne (de Paris), Bourdette (d'Angoulême), Bourgain (de Boulogne-sur-Mer), Burg (de Nice), Burot (de Rochefort), Burat (de Paris), Caillet (d'Amboise), Callégari (de la Haye-du-Puits), Camus (des Lilas), Capette (de Paris), Carageorgiadès (de Vichy), Castan (de Pignan), Cattier (de Paris), Cauvy (de Lamalou-les-Bains), Chateau, Chatin et Chauvelot (de Paris), Chayron (de Longchapt), Chevrier (de Reims), Chobaud (d'Avignon), Clary-Bourguet et Collinet (de Paris), Contal (de Blénod-lès-Toul), Contet (de Paris), Corbin (de Niort), Cottu (de Paris), Courtois (de Thorigny), Creuzan (de Floirac), de la Croix (de Lisieux), Darget (d'Orthez), Desmier, Destouches et Dorliat (de Paris). Duchateau (de Gardanne), Dunand (d'Esternay), Faré (de Tours), Faucillon (de Chinon), Ferry (de Romorantin), Feuvrier (de Maisonnais), Gambier (de Thiais), Gandon (du Bourg-des-Comptes), Gendre (de Toulouse), Ginestous (de Bordeaux), Giocanti (d'Ajaccio), Giuliani (de Paris), Guibaud (de Toulon), Guilleminot (de Paris), Hacque (de Mazé), d'Hennecart (de Sedan), Hochet (de Paris), d'Hotel (de Vendresse), Housquains (de Paris), Janin (de Vertus), Jourdan et Kraus (de Paris), de La Chapelle (de Laforce), Lafon (de Saint-Cernin-de-Larche), Lafount (de Paris), Lalanne (de Maréville), Lapalle (de Pau), Laquerrière (de Paris), Larnaudie (de Saint-Pierre-Toirac), Laurent (de Noisy-le-Sec), Lefèvre, Lemaître, Lemoine (Georges) et Lemoine (Henri) (de Paris), Leroux (de Villenaux-la-Grande), Le Roy, Lesur, Lévy (Edmond), Lévy (Léon), Lièvre (de Paris), Lora (de Djidjelli), Louart (de Lamotte-Beuvron), Louët (de Paris), Louradour (d'Eygurande), Lozé (de Paris), Lyons (du Cap-d'Ail). Magnan (de Nice), Maire (de Vichy), Mangin (de Saint-Martin-d'Ablois), Marini (de Colomier), Martin (d'Issoudun), Mathieu (de Pa-

ris), Mercier (de Montluçon), Mézange (de Lassay), Mignen (de Montaigu), Monod (de Bordeaux), Monteux (de Marseille), Moreau-Marmont (de Paris), Munot (de Chalon-sur-Saône), Page et Palle (de Paris), Pellet (de Maringues), Peloni (de Bastelica), Persillard (de Saint-Benoit-sur-Loire), Pillot (d'Auxerre), Poingt (de Donzy), Porge (de Neuilly-sur-Seine), Pouchet (de Grignols), Pradère (d'Aspet), Puygauthier (de Tocane-Saint-Apre), Quidet, Quiserne et Regimbeau (de Paris), Regnault (de Sèvres), Ringuet (de Trélon), Rouffilange (de Paris), de Sardac (de Lectoure), Savidan (de Lannion), Sereno (de Paris), Sérieux (de Neuilly-sur-Marne), Simon (de Tourrette-Levens), Simonneaux (de Montfort-sur-Mer), Sterne (de Nancy), Tixeron (de Savigny-sur-Braye), Valat (de Cahors), Vauthrin et Vermesch (de Paris), Vignaud Dupuy de Saint-Florent (de Saint-Junien), Viple (d'Ebreuil), Waton (de Montpellier), Wuillomenet (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Albert (de Saint-Nazaire), Albert (d'Amplepuis), Allombert-Goget (de Marseille), Amelin (de Culan), Audibert (de Marseille), Audoin (de Beauvais-sous-Matha), Balland (de Saint-Porchaire), Baronaky (de Blois), Barthès (de Paris), Mlle Bass (de Montpellier), MM. Batsère (de Tarbes), Battier (du Kremlin-Bicêtre), Beaudy (de Paris), Bellet (de Clermont-Ferrand), Bellin (de Tencin), Bene (de Cieutat), Benoît (de Marseille), Bérard (d'Angoulême), Bérard (de Constantine), Béraud (d'Arles), Bernard (de Rians), Bertrand (de Nice), Bertrand de Nevrezé (de Paris), Bibent (de Toulouse), Billet (de Clermont-Ferrand), Boëteau (du Mans), Bongrand (de Paris), Bonnet (de Colmars), Bouis et Bouisson (de Toulon), Boutant (d'Arnac-la-Poste), Boutry (de Varennes-sur-Allier), Briançon (de Saint-Etienne), Burlat (de l'Alma), Camus (de Gerbévillier), Candegabe (de Paris), Canel (de Mirecourt), Cazaban (d'Arcachon), Cellerier (de Toulon), Chahuet (de Paris), Challiol (de Joinville-le-Pont), Chassy (d'Arles), Chouquet, Christin et Clément (de Paris), Clerc (de Saillagousse), Collon (de Niort), Comoy (de Moulins-Engilbert), Corby (de Paris), Cormier (de Villiers), Coronat (de Gap), Coulouma (de Saint-Chinian), Courréjou (de Fumades-les-Bains), Courtade (d'Outarville), Daroux (de Maillezais), Debrie (de Camou), Delabost (de Rouen), Demahis (de Cérilly), Deneuville (de Lucheux), Dercle, médecin-major au 28e d'infanterie, Dhery (de Guise), Drout (de Moutiers-sur-Saulx), Dubois (de Paris), Dubos (de Saramon), Duchesne (de Gournay-en-Bray), Dufougeré (de Saint-Louis), Duval (de Dunkerque), Estéoule (de Paris), Faussié (de la Livinière), Ferrand (du Parc-Saint-Maur), Ferté et Foatelli (de Paris), Fontaine (de la Ferté-sous-Jouarre), de Fornel (de Pessac), Fournier (de Toulon), Frappaz (de Villeurbanne), Gallo (de Festubert), Gauthier (de Lyon), Geiger (d'Asnières), Giraud et Girauld (de Paris), Girma (de Toulouse), Goislard (de Paris), Golaz (de Parigné-l'Evêque), Gouin (de Poiré-sur-Vic), Granboulan (de Nohic), Grandchamp, Grelley, Grillon et Guérin (de Paris), Gullon (de Secondigny), Hayem et Hellion (de Paris), Henriot (de Montargis), Henry (de Saulx), Hourdel (de la Richardais), Houriez (de Lallaing), Hubert (de Paris), Huleux (de Nogent-sur-Marne), Jambon et Jarricot (de Lyon), Joffrion (de Saint-Martin-de-la-Coudre), Joly (de Fauquembergues), Küss (de Paris), Labalette (de Lécluse), Labarère (de Monein), Lajoux (de Miremont), Lallemant (de Saint-Etienne-du-Rouvray), Landouzy (de Bourges), Lapomarède (de Chambly), Larauza (de Dax), Le Gad (du Havre), Legillon (d'Hazebrouck), Legrand (de Limon), Le Nadan (de Lorient), Lerat (de Roubaix), Leroy des Barres (de Saint-Denis), Lescarret (de Bélier), Létang (de Paris), Levassort (de Caen), Malairalle (de Parlan), Malbois (de Bessèges), Manet (d'Etampes), Marcland (de Limoges), Marcotte (de Saint-Mandé), Marotte (d'Oran), Massonet (de Gouraya), Mathieu (de Lure), Maucuer (de Bollènes), Maurel (d'Orange), Maurette (de Castelnaudary), Mendiondo (de Bidache), Mercadier (de Crandelles), Méret (de Rouen), Michallon (de Grenoble), Milhiet (de Bourges), Moliner-Violle (de Boghar), Monestier (de Pau), Monod (de Grasse), Moreau (de Couilly), Morel (de Vron), Moret (de Courlon), Mouflier (de Villers-Cotterets), Moulin (de Ligugé), Mouret (de Beauvoisin), Muret (de Montluçon), Olivet (du Vigan), Oudard, médecin de la marine, Papillon (de Bron), Papillon (d'Avignon), Papon (de Combronde), Papon (de Mareuil-sur-Tay), Parturier et Paul (de Paris), Pauly (des Mureaux), Paumés (de Toulouse), Pélas (de Verdun), Perrot (de Levallois-Perret), Petit (de Château-Thierry), Peyri (de Bazas), Piaget (de Grenoble), Picandet (de Montmarault), Picheral (de Nîmes), Planque (d'Arras), Poix (du Mans), Pommier (de Saintes-Maries-de-la-Mer), Pourrat, médecin-major au 36e d'artillerie, Pous, médecin-major au 6e d'artillerie, Quermonne (de Caen), Rabant (de Paris), Rabec (de Chizé), Ramond (de Ponthierry), Rampal (d'Aix), Raoulx (de Mézières-en-Brenne), Rascalou (de Charleville), Raulot-Lapointe (de Paris), Raynal (d'Albi), Reboul (de Châtelguyon), Renault (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Rinckenback (de Maffliers), Robert (de Clermont-Ferrand), Roché (de Charny), Rochon (de Clermont-Ferrand), Roger (de Levroux), Rogès (de Gondrin), Rolet (de Paris), Rondel (de Saint-Fromond), Rouchaud, médecin-major au 46e d'infanterie, Roullet-Audy (d'Ussel), Rousseau, médecin-major de la guerre, Sales (de Tarbes), Saurel (de Saints), Saurel (du Pouget), Simon (de Paris), Specker (de Nancy), Thévenard et Thil (de Paris), Toujan (de Toulouse), Toupet (de Paris), Tourmente (de Courseulles), Vaillant, médecin-major de l'armée coloniale, Vannier (de Paris), Vaudey (de Gréoux), Verrier (d'Albert), Vezard (de Domfront), Viardot (de Paris), Vidal (de Percy), Vignol et Virolle (de Paris).

M. Mallein, interne des hôpitaux de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Félix Dupré (de Wattrelos); Kahn (de Saint-Etienne); Mergaut (de Bayon); Roux (de Fleurs).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur Paul Dalché commencera ses leçons sur les maladies des femmes le jeudi 20 janvier, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants (laboratoire de la salle Serres).

Sujet du cours : 1° Les leucorrhées et leur traitement; 2° Accidents de la puberté et leur traitement.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRANULIE — PHTISIE AIGUE GRANULIQUE

La granulie est une tuberculose aiguë caractérisée anatomiquement par la présence, soit dans les poumons presque seuls, soit plutôt dans tous les organes, d'innombrables produits tuberculeux jeunes, les granulations miliaires; cliniquement, la phtisie granulique a le plus souvent les allures d'une maladie générale aiguë; dans la plupart des cas, elle conduit rapidement à la mort. Laënnec avait bien vu que les granulations miliaires ne sont qu'une forme anatomique du tubercule; il avait établi la doctrine de l'unité de la tuberculose. Après des discussions nombreuses, cette conception est aujourd'hui définitivement adoptée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On trouve, à l'autopsie, dans les poumons, les plèvres, et généralement dans la plupart des tissus, des tubercules se présentant sous la forme de granulations petites, dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à un grain de mil; ces granulations sont parfois si petites qu'on les voit à peine à l'œil nu et qu'on les apprécie plus facilement par le toucher (granulations sub-miliaires de Virchow); dans certains cas, il faut les rechercher avec une loupe à l'éclairage oblique. Elles sont plus ou moins abondantes, dures au toucher; elles font corps avec les parenchymes dans lesquels elles siègent; on ne peut ni les isoler, ni les énucléer.

D'abord transparentes et de coloration grise (granulations

grises), elles deviennent ensuite un peu opaques, avec tendance à prendre une coloration jaune à leur centre (granulations jaunes); mais, en général, la marche de la maladie étant rapide, le tubercule miliaire n'a guère le temps de se caséifier et on ne trouve que des granulations grises transparentes, avec un point opaque au centre. Au microscope, les granulations sont surtout formées de lymphocytes agglomérés, parmi lesquels ceux du centre se transforment en cellules épithélioïdes, qui elles-mêmes peuvent donner naissance à une cellule géante; elles sont donc constituées par une réunion de *follicules tuberculeux* plus ou moins parfaits, les uns avec cellule géante, cellules épithélioïdes et cellules embryonnaires, les autres simplement embryonnaires composés de cellules rondes.

On peut rappeler en quelques mots les discussions sur la formation histologique du follicule tuberculeux; les éléments qui entrent dans la constitution du tubercule sont-ils des leucocytes venus par diapédèse, ou proviennent-ils soit de l'endothélium des vaisseaux, soit des cellules des différents organes?

Dans les *poumons*, les granulations miliaires sont disséminées du sommet à la base; presque toujours il existe en même temps d'autres lésions; les poumons sont gonflés, tendus, emphysémateux; on note de la congestion aux bases et souvent des noyaux de broncho-pneumonie ou une splénisation diffuse. La *plèvre*, semée de granulations, est tapissée de fausses membranes fibrineuses; un épanchement pleural, hémorragique ou non, n'est pas très rare. Mêmes granulations dans le *foie*, surtout chez l'enfant; dans la rate qui est, de plus, hypertrophiée, ramollie et diffluente; dans les reins, dans le péritoine, et l'ascite est fréquente; dans les autres séreuses (méninges, péricarde); et même sur la membrane interne du cœur (endocardite bacillaire), des veines et des artères.

Enfin, presque toujours, on trouve, à l'autopsie, un foyer tuberculeux ancien dans le poumon, les ganglions trachéo-bronchiques, les os ou les articulations; la tuberculose miliaire est en effet le plus souvent secondaire et ne survient que chez un malade ayant d'anciens foyers caséeux (loi de Bühl).

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Ces constatations anatomo-pathologiques permettent de comprendre l'étiologie et la pathogénie de la phtisie aiguë granulique. Cliniquement, la granulie peut sembler primitive; mais en réalité, il existait dans l'organisme une lésion tuberculeuse d'où sont partis les bacilles de Koch qui ont envahi tout l'organisme par voie sanguine. Ceci est la règle générale, avec très rares exceptions; on a rapporté quelques cas où l'autopsie ne montra aucun foyer caséeux capable d'avoir infecté secondairement l'organisme. Le plus souvent, le malade était antérieurement tuberculeux; c'est à l'occasion de surmenage physique (granulie chez les jeunes soldats), d'une rougeole, d'une coqueluche (chez l'enfant) que la granulie survient; comme autres causes occasionnelles, on cite les hémoptysies, le sang chargé de bacilles se répandant dans les bronches et infectant tout le poumon. On a vu aussi la granulie se développer à la suite d'une opération sanglante sur un foyer tuberculeux; l'intervention ouvre des vaisseaux et favorise ainsi la généralisation tuberculeuse; ces faits sont exceptionnels.

Quand la granulie est limitée au poumon et à la plèvre, quelques auteurs admettent une infection par inhalation. Il est possible aussi que le bacille puisse se diffuser rapidement par voie lymphatique, dans certaines tuberculoses miliaires pleuro-péritonéales par exemple. Mais la granulie est surtout essentiellement une infection par voie sanguine, une véritable septicémie à bacille de Koch. Il arrive parfois que cette septicémie bacillaire n'aille pas jusqu'à la production de granulations miliaires; c'est alors une entité morbide décrite par Landouzy sous le nom de typho-bacillose, de fièvre bacillaire non granulique à forme typhoïde; dans d'autres cas, l'infection sanguine aboutit à des productions folliculaires; et l'expérimentation a permis récemment de reproduire ces deux formes d'infection à bacille de Koch.

SYMPTOMES. — Il faut distinguer deux groupes de faits. Dans le premier, les phénomènes généraux prédominent; ce sont les formes typhoïde et septicémique atténuée. Dans le second, des symptômes locaux occupent le premier plan : formes thoraciques, et, beaucoup plus rarement, formes pleuro-péritonéale, cérébrale et même articulaire.

Forme typhoïde de la granulie. — Le début est lent et insidieux; un sujet, notoirement tuberculeux (tuberculose ostéo-articulaire par exemple) ou simplement suspect de tuberculose, éprouve des malaises vagues, une grande lassitude, de la courbature et de la céphalalgie; l'appétit est diminué, des frissons surviennent et surtout le malade maigrit; cette période d'invasion dure de quelques jours à quelques semaines.

A la période d'état, les symptômes rappellent, dans l'ensemble, ceux de la dothiénentérie, mais avec quelques particularités. La *fièvre* est quelquefois continue, moins élevée toutefois que dans la fièvre typhoïde; elle a en général une marche beaucoup moins régulière et moins cyclique; plus souvent, l'évolution fébrile se compose d'accès irréguliers; quelquefois elle est nettement intermittente, avec accès le soir, ou le matin; ce dernier cas constitue le type inverse. Le *pouls* est très accéléré; cette accélération est proportionnellement plus élevée que la température, caractère très important, puisque dans la fièvre typhoïde, la courbe du pouls est au-dessous de la courbe thermique.

Les *symptômes nerveux* ne sont pas très marqués; en dehors d'une céphalée diffuse, on ne remarque ni adynamie profonde, ni délire. Par contre, un signe fréquent est l'*hyperesthésie cutanée*, bien décrite par Empis; elle siège parfois aux membres inférieurs, plus souvent à l'abdomen et à la poitrine; aussi la percussion du thorax est-elle douloureuse. La photophobie est souvent très accentuée. Hyperesthésie et photophobie sont des signes indiquant la participation des méninges dans le tableau de la granulie; la raie méningitique est presque constante.

Les *symptômes thoraciques* existent presque toujours et sont souvent au premier plan. Le malade a une toux quinteuse et fatigante, avec une expectoration insignifiante, rarement hémoptoïque, pouvant contenir ou non des bacilles de Koch; mais le principal symptôme est la dyspnée, en général assez vive, s'accompagnant souvent de cyanose des lèvres et des extrémités. A l'examen des poumons, les signes physiques sont quelquefois très peu importants : ce sont quelques frottements pleuraux ou quelque anomalie respiratoire des sommets : inspiration rude et saccadée, expiration prolongée, vibrations vocales exagérées; après la toux, quelques râles fins et secs; cette faible intensité des signes physiques fait contraste avec la dyspnée, ce qui constitue un syndrome important.

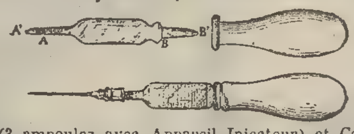
Les *troubles digestifs* consistent en anorexie, d'ailleurs inconstante, quelques vomissements, diarrhée, s'il existe des ulcérations tuberculeuses de l'intestin; sinon on peut observer de la constipation. La langue reste assez souvent humide, caractère important d'après quelques auteurs. L'état du ventre est très variable : normal, rétracté en bateau ou météorisé; la rate et le foie sont augmentés de volume. Les taches rosées manquent dans la très grande majorité des cas. L'*albuminurie* est presque constante.

Tous ces symptômes persistent pendant quelques semaines, quelquefois ils diminuent ensuite d'intensité et la phtisie aiguë se transforme en phtisie chronique. Beaucoup plus souvent, la mort survient dans l'adynamie ou à la suite de phénomènes méningés; quelquefois une hémoptysie, une hémorragie intestinale terminent l'évolution clinique (granulie à forme hémorragique).

Forme septicémique atténuée. — C'est la forme gastrique (Empis), la phtisie aiguë à forme d'embarras gastrique ou de fièvre synoque (Hanot), la tuberculose infectieuse à forme atténuée (Grancher et Hutinel). La maladie évolue en deux périodes : une période latente plus ou moins longue, pendant laquelle un malade, avec ou sans fièvre, présente un état gastrique, avec quelques phénomènes de bronchite; on ne pense alors presque jamais à la tuberculose, on fait le diagnostic de grippe ou d'embarras gastrique; une période terminale, très courte, où éclatent des accidents manifestement tuberculeux, en particulier des phénomènes de méningite, ou des symptômes d'asphyxie suraiguë (Marfan). (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 3. — SAMEDI 8 JANVIER 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 8 JANVIER 1910. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CHANGEMENT DES DATES D'OUVERTURE DU CONCOURS DE L'INTERNAT ET DU CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR ET DE LA DATE D'ENTRÉE EN FONCTIONS DES INTERNES ET EXTERNES. — Par un arrêté en date du 22 novembre 1909, pris après avis du conseil de surveillance et approuvé par M. le préfet de la Seine le 20 décembre suivant, les modifications ci-après ont été introduites dans le règlement général sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris, en ce qui touche la date d'ouverture des concours de l'internat en médecine et des prix de l'internat en médecine, la date d'entrée en fonctions des élèves internes et externes en médecine, et leur répartition dans les établissements hospitaliers, savoir :

1° *Concours de l'internat en médecine.* — « Art. 15, § 2. — Le concours pour les places d'élève interne en médecine s'ouvre le troisième lundi du mois d'octobre... »

Cette disposition sera appliquée à partir du concours de l'année 1910.

En conséquence, la première séance de ce concours aura lieu le lundi 17 octobre 1910.

Les candidats seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, du jeudi 1er septembre 1910 au vendredi 30 du même mois inclusivement.

L'administration croit devoir, à cette occasion, inviter MM. les externes à obtenir de leur chef de service, avant le départ en congé de ce dernier, le certificat d'assiduité indispensable à leur inscription.

Elle leur rappelle également que ledit certificat sera refusé à ceux d'entre eux qui ne se conformeraient pas aux dispositions arrêtées sur l'état des congés, soit en avançant leur départ, soit en ne reprenant pas leurs fonctions à la date fixée pour leur retour.

2° *Concours des prix de l'internat en médecine.* — « Art. 256, § 1. — Au mois de janvier de chaque année, il est ouvert pour les prix à décerner aux internes en médecine qui terminent leur quatrième année d'exercice, deux concours différents qui portent, l'un sur la médecine, l'autre sur la chirurgie et les accouchements. Le concours de médecine s'ouvre le troisième lundi du mois de janvier ; le concours de chirurgie et d'accouchement le troisième jeudi de ce mois. »

En conséquence, les concours des prix de l'internat en médecine seront ouverts pour l'année scolaire 1910-1911 :

Le concours de médecine le lundi 16 janvier 1911 ;

Le concours de chirurgie et d'accouchement le jeudi 19 janvier 1911.

Les candidats seront admis à se faire inscrire en déposant leur mémoire du lundi 31 octobre au samedi 5 novembre 1910 inclusivement.

3° *Date d'entrée en fonctions des élèves.* — « Art. 15, § 4. — ... la date d'entrée en fonctions des élèves est fixée : pour les élèves internes en médecine au 15 février, et pour les élèves externes au 1er mars. »

En conséquence, la répartition des élèves aura lieu, pour l'année scolaire 1911-1912 :

En ce qui concerne les internes, dans la première quinzaine du mois de février 1911 ;

En ce qui concerne les externes, dans la seconde quinzaine du même mois.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 5 janvier 1910. — MM. Berthomier-Lamer, 2 ; Vosy, 6 ; Ghiorghiu, 7 ; Salès, 9 ; Blum, 8 ; Le Grand, 14 ; Maurel, 8 ; Réchad, 6 ; Eudel, 5 ; Philippon, 10.

Anatomie. — Séance du 6 janvier. — MM. Pignot, 9 ; Malet (Charles), 10 ; Bruel, 7 ; Girault (Albans), 10 ; Pilatte, 8 ; Godlewski, 10 ; Périn (Lucien), 8 ; Lévy (Alfred), 12 ; Ribo, 8.

MM. les candidats sont informés que, dès l'ouverture de chaque séance, il sera procédé à l'appel des dix candidats qui devront donner lecture de leur copie, ainsi que des deux candidats suivant le dixième et qui devront surveiller celui-ci. Les candidats qui ne répondraient pas à l'appel de leur nom seraient considérés comme renonçant à concourir.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations de MM. Moiroud, Monier, Ourgaud, Escande, Dor, de Luna, internes titulaires ; Barbe, Gallerand, de Saboulin, Charlet, Planche, Bernard, Nalin, internes provisoires,

Le *concours de l'externat* s'est terminé par les nominations de MM. Hayem, Tabet, Charpin, Laplane, Longe, de Castelet, Tourette, de Vernejouls, Aynaud, Bocca, Gérin, Nalin, Gamel, Aubert, Perrin, Sicard, Lombard, Chanson, Bodetti, Daniel, Desanti.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Bouchard, titulaire de la chaire de pathologie et thérapeutique générales, vient de demander sa mise à la retraite à partir du 1er janvier.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER. — On sait qu'un vote récent du parlement vient de décider la création de l'Université d'Alger.

Le *Journal officiel* du 7 janvier publie un décret du 4 janvier, nommant professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger :

MM. Guillemin, professeur de physique médicale ; — Tro-


Sirop Roche
COMPRIMES DE THIOCOL ROCHE

lard, professeur d'anatomie; — Battandier, professeur de pharmacie; — Trabut, professeur d'histoire naturelle médicale; — Rey, professeur de physiologie; — Soulié, professeur de pathologie générale, microbiologie et parasitologie; — Vincent, professeur de clinique chirurgicale; — Brault, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées; — Crespin, professeur d'hygiène et médecine légale; — Rouvier, professeur de clinique obstétricale; — Cange, professeur de clinique ophtalmologique.

MM. Malosse, agrégé des facultés de médecine, professeur de chimie médicale; — Hérail, agrégé des facultés de médecine, professeur de matière médicale; — Curtillet, agrégé des facultés de médecine, professeur de clinique des maladies des enfants; — Ardin-Delteil, agrégé des facultés de médecine, professeur de clinique médicale; — Weber, agrégé des facultés de médecine, professeur d'anatomie pathologique et histologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — M. Barnsby, professeur de pathologie externe, est nommé professeur de clinique chirurgicale; M. Baudouin, suppléant d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie; M. Delagenière, ancien professeur de clinique externe, est nommé professeur honoraire.

ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE DE BORDEAUX. — M. le médecin en chef de première classe Ambiel, membre du Conseil supérieur de santé de la marine, est nommé sous-directeur de l'Ecole principale de Bordeaux.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil est convoqué en session ordinaire pour deux jours, le 7 février.

DÉCRET ORGANISANT LE SERVICE MÉDICAL DANS LES INDUSTRIES OU LE PERSONNEL EST EXPOSÉ A L'INTOXICATION SATURNINE. — Sur la proposition du ministre du Travail, le Président de la République a signé le 28 décembre 1909 le décret suivant :

ARTICLE PREMIER. — Dans les établissements où sont exécutés les travaux dangereux énumérés à l'article premier du décret du 23 avril 1908, les chefs d'industrie, directeurs ou gérants sont tenus d'assurer le service médical dans les conditions définies ci-après.

ART. 2. — Un médecin désigné par le chef d'établissement procède aux examens et constatations prévus aux articles 3 et 4.

La rémunération de ces visites est à la charge de l'entreprise.

ART. 3. — Aucun ouvrier ne doit être admis aux travaux visés à l'article premier du décret du 23 avril 1908, s'il n'est muni d'un certificat délivré par le médecin, et constatant qu'il ne présente aucun symptôme d'affection saturnine ni de maladie susceptible d'être aggravée dangereusement par le saturnisme.

ART. 4. — Aucun ouvrier ne doit être maintenu aux mêmes travaux, si le certificat n'est pas renouvelé un mois après l'embauchage et ensuite une fois par trimestre.

En dehors des visites périodiques, le chef d'établissement est tenu de faire examiner par le médecin tout ouvrier qui se déclare indisposé par les travaux auxquels il est occupé, ou qui exprime le désir d'être soumis à un examen médical.

ART. 5. — Un registre spécial mis constamment à jour et tenu à la disposition de l'inspecteur du travail, mentionne pour chaque ouvrier :

1° Les dates et durées d'absence pour cause de maladie quelconque ;

2° Les dates des certificats présentés pour justifier de ces absences, les indications d'ordre médical qu'ils contiennent et la mention du médecin qui les a délivrés ;

3° Les avis donnés par le médecin de l'établissement par application des articles 3 et 4 ci-dessus.

ART. 6. — Le délai d'exécution des mesures édictées par le présent décret est fixé à trois mois à partir de sa publication.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — La séance annuelle de la Société aura lieu le mercredi 19 janvier 1910, à quatre heures très précises.

Ordre du jour : 1° discours du président; 2° compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1909, par M. Félix Lejars, secrétaire annuel; 3° éloge du professeur Paul Berger, par M. E. Rochard, secrétaire général; 4° proclamation des prix.

La **SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS** et la **SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS** se réuniront à nouveau le jeudi 13 janvier, rue de Seine, 12, à neuf heures du matin, pour terminer la discussion de la question : « Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. »

LE JUBILÉ DE « LA MÉDECINE PRATIQUE » DE SAINT-PÉTERSBOURG. — Notre excellent confrère russe « la Médecine pratique » célébrera le 29 décembre-10 janvier son vingt-cinquième anniversaire.

Nous sommes heureux de lui adresser nos félicitations et nos vœux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lenoir, médecin sanitaire maritime.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JANVIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Gosset et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Lœper; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 18 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Marion et Lecène; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 19 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel et Pierre Duval.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Mulon; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Branca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Proust et Couvelaire; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 20 janvier, à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lecène; — (2e série) : MM. Bar, Thiéry et Lenormant.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Balthazard; — M. Brumpt, suppléant.

Vendredi 21 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 22 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 19 janvier, à une heure. — M. GRAS. Contribution à l'étude du traitement des dermatoses par le radium. (MM. Gaucher, président; Roger, Macaigne et Zimmern.) — M. SALEIL. Contribution à l'étude de la technique de la radiothérapie. (MM. Gaucher, président; Roger, Macaigne et Zimmern.) — M. DUBOIS. De la fièvre typhoïde et des accidents infectieux causés par les huîtres. (MM. Roger, président; Gaucher, Macaigne et Zimmern.) — M. ROBIN. Quelques notes d'orthopédie. (MM. Segond, président; Delbet, Hartmann et Ombrédanne.) — M. LEHUCHER. Traitement chirurgical des rétrécissements cicatriciels et inflammatoires du rectum par le procédé Braquehaye. (MM. Delbet, président; Segond, Hartmann et Ombrédanne.) — M. BAUDAILLIEZ. Contribution à l'étude chimique des sigmoïdites et des hérisigmoïdites d'origine inflammatoire. (MM. Hartmann, président; Segond, Delbet et Ombrédanne.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MYÉLITE TYPHIQUE AIGUE

Par MM. Roger VOISIN,
Ancien chef de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine,
et ATANASSIÉVITCH.

La fièvre typhoïde occasionne d'une manière toute particulière des symptômes de nature nerveuse : tantôt on ne constate que l'exagération des phénomènes habituels de l'infection, le délire, la stupeur, l'excitation, tantôt il s'agit de véritables complications. De nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des méninges et de l'encéphale au cours de la fièvre typhoïde, par contre celle de la moelle a été fort longtemps délaissée, et ce n'est que dans ces dernières années que des documents ont été réunis sur ce sujet.

C'est l'état actuel de la question des réactions de la moelle dans la fièvre typhoïde que nous désirons exposer ici. Avec MM. Pierre Marie et A. Léri (2) nous acceptons en effet la définition suivante du terme myélite : « Le syndrome de l'altération aiguë de la moelle due directement ou indirectement à une infection ou à une intoxication », quoiqu'il serait peut-être préférable de réserver le terme de myélite au processus anatomique de réaction phagocytaire des éléments de la moelle, et de ne pas en faire l'équivalent de réaction de la moelle à une infection.

Cette étude de la moelle typhique montre qu'il en est de la moelle infectieuse comme de l'encéphale infectieux. On y constate toute la gamme des lésions réactionnelles et des manifestations cliniques, l'unité de nature du processus est ainsi démontrée.

I

Historique. — La fièvre typhoïde est une des maladies infectieuses qui entraîne le plus fréquemment des paralysies, ce qui ne veut pas dire pourtant que les paralysies typhiques soient très fréquentes. La nature de ces paralysies typhiques fut d'abord complètement méconnue; et sans discuter ici toutes les anciennes opinions émises sur leur origine, nous citerons cependant celle soutenue par Gubler (3) en 1860 dans un mémoire important. Cet auteur les rattachait à l'asthénie de l'organisme et à la dénutrition musculaire. Nothnagel en 1872 (4) étudie tout particulièrement ces accidents paralytiques. Mais ce ne fut qu'en 1874 que Leyden (5) émit l'hypothèse que dans un certain nombre de cas ces paralysies relevaient d'une myélite; il a bien soin cependant de faire remarquer que la myélite n'est pas la cause de toutes ces paralysies et il émet l'avis que certaines formes de paralysies typhiques, la forme circonscrite, entre autres, étaient vraisemblablement l'expression d'une névrite périphérique.

Dans sa thèse d'agrégation le professeur Landouzy (1) cite plus de vingt observations de paralysies typhoïdiques ou post-typhoïdiques. Il distingue celles qui ne sont que l'exagération des symptômes de la maladie et celles plus tardives dépendant d'une complication, paralysies d'origine spinale, bulbaire ou cérébrale, enfin celles qui se montrent pendant la convalescence. Tous ces troubles sont bien d'origine nerveuse, mais quelques-uns d'entre eux seulement paraissent de nature médullaire.

Kümmel (2) en 1881 apporte la preuve anatomique de la possibilité d'une myélite dans la fièvre typhoïde. A l'autopsie d'un typhique ayant succombé à une paralysie ascendante, survenue pendant le quatrième septenaire de l'affection, il constate un gros foyer bulbaire hémorragique.

Vulpian (3) en 1883, dans une note parue dans la *Revue de Médecine*, insiste sur l'origine médullaire probable de certaines de ces paralysies typhoïdiques, et le professeur Raymond (4), en 1885, s'appuie sur certains faits cliniques, troubles sphinctériens, escarre fessière, pour porter le diagnostic de myélite dans deux cas de paralysie ascendante terminés par guérison qu'il est à même d'observer.

Mais cette même année, MM. Pitres et Vaillard (5), dans un mémoire fort important de la *Revue de Médecine*, établissent d'une manière péremptoire l'existence de la polynévrite typhique. Aussi pendant quelque temps nous ne trouvons plus publiés de cas de myélite typhique.

Et pourtant Curschmann (6), dès 1886, en constatant des bacilles d'Eberth dans la moelle d'un typhique succombant à une paralysie ascendante aiguë, apportait la signature microbienne de l'origine médullaire possible de ces accidents.

Aussi lorsqu'en 1895 le professeur Grasset (7) fut chargé au Congrès de Médecine interne de Bordeaux d'un rapport sur les myélites aiguës, écrit-il la phrase suivante sur la myélite typhique : « En somme les myélites post-typhoïdiques existent; mais, ajoute-t-il, elles sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, ou du moins les preuves certaines de leur existence sont beaucoup moins nombreuses qu'on ne le croit généralement et il ne faudrait pas négliger de publier de nouveaux documents sur la question toutes les fois que l'occasion s'en présentera. »

Ce conseil du professeur Grasset fut suivi et,

---

(2) P. Marie et A. Léri. Art. myélites, in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, 2e édition.

(3) Gubler. Des paralysies dans leur rapport avec les maladies aiguës et spécialement des paralysies asthéniques diffuses des convalescents, *Arch. gén. de méd.*, 1860, t. X, p. 257.

(4) Nothnagel. Die nervosen Nachkrankheiten des Abdominaltyphus, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1872, Bd. IX.

(5) Leyden. *Klinik der Rückenmarkskrankheiten*, Berlin 1871-1876. Traduction française de MM. Richard et Piry, 1878.

(1) Landouzy. *Les paralysies dans les maladies aiguës*, Th. agrégation de Paris, 1880.

(2) Kümmel. *Zeit. f. klin. Med.*, 1881, Bd. II.

(3) Vulpian. Note sur deux cas d'accidents survenus dans la convalescence de la fièvre typhoïde, *Revue de méd.*, 1883.

(4) Raymond. *Revue de méd.*, 1885.

(5) Pitres et Vaillard. *Revue de méd.*, 1885.

(6) Curschmann. *Verhandl. der Ve Congr. f. in. Med.*, 1886.

(7) Grasset. Les myélites aiguës *Rapport au IIe Congrès de médecine interne*, Bordeaux 1895

depuis ce rapport, plusieurs travaux sur la myélite typhique ont été publiés que nous ne pouvons que signaler ici, les discutant dans le courant de ce travail.

Les uns concernent les myélites graves à type ou non de paralysie ascendante [observations d'Etienne (1), de Schiff (2), de Pearce (3), de Jean Lépine (4), thèses de Ganiez (5), de Parot (6)].

Les autres, l'anatomie pathologique de la moelle chez le typhique [Voinot (7), Longworth Nichols (8)], ou les essais expérimentaux tentés avec le bacille typhique ou la toxine chez l'animal [Vincent (9), Lebon (10), Babès (11), etc.].

D'autres enfin ont attiré l'attention sur l'origine médullaire probable de certains symptômes transitoires que l'on observe dans la fièvre typhoïde. Les travaux du professeur Bernheim (12), de M. Léopold-Lévi (13), les thèses de M. Artaud (14), de M. Libert (15), etc., et surtout celle de M. Stouff de Nancy (16), nous ont appris à connaître la possibilité de myélite fruste au cours de la fièvre typhoïde.

C'est un cas de myélite fruste qu'ont publié MM. Roger Voisin et Milhit (17), et qui a servi de point de départ à la thèse de l'un de nous (18).

II

Symptomatologie. — Les accidents aigus qui traduisent la lésion de la moelle dans la fièvre typhoïde peuvent être groupés en deux ordres de faits :

1° Les *myélites confirmées* dont le complexus symptomatique est varié.

2° Les *myélites frustes*, qui ne se traduisent que par quelques légers symptômes et passent souvent inaperçues.

I. Les myélites confirmées ont été divisées par Leyden d'après leur aspect clinique en trois groupes, la myélite transverse, la myélite diffuse aiguë, la myélite disséminée, la poliomyélite formant un groupe à part. Nous retrouverons ces trois groupes dans la myélite typhique.

D'un autre côté, en se basant sur leur évolution, M. Stouff sépare parmi ces myélites confirmées les myélites qui guérissent, les myélites abortives.

A. *Myélite transverse.* — L'aspect clinique de la myélite transverse typhique, ainsi que le montrent les observations de Schiff, de Jean Lépine, ne diffère en rien du type habituel de cette affection. L'affection débute par la faiblesse des membres inférieurs qui ne tarde pas à devenir une véritable paralysie. Dans cette première période, Lépine a constaté l'exagération des réflexes tendineux.

A la période d'état, la myélite se caractérise par des troubles moteurs, des troubles sphinctériens, des troubles sensitifs, des troubles trophiques.

La paraplégie, complète, est flasque, avec abolition des réflexes ; les sphincters sont relâchés ; plus rarement il y a rétention. On constate de la diminution de la sensibilité ou même l'anesthésie totale, par contre dans ces deux cas il n'existait aucun trouble subjectif, tel que douleurs dans les lombes, picotements, fourmillements. Des escarres au sacrum, même au talon (Lépine), s'étaient formées. L'évolution fatale fut rapide.

B. *Myélite diffuse aiguë.* — Cette forme de myélite correspond à la paralysie ascendante aiguë connue sous le nom de *maladie de Landry* ou mieux de syndrome de Landry.

Ce syndrome est caractérisé par l'évolution progressive et rapidement ascendante de la paralysie. Les prodromes et le début de l'affection sont les mêmes que dans la myélite transverse. Seule l'évolution clinique différencie cette forme de la précédente.

La paraplégie ne reste pas localisée aux membres inférieurs, bientôt les membres supérieurs s'affaiblissent et se paralysent à leur tour (phase quadraplégique), puis ce sont les muscles du cou et la tête retombe sur la poitrine.

Mais déjà les phénomènes bulbaires ont paru ; le diaphragme se paralyse, la respiration s'accélère, devient superficielle, suspirieuse, puis la dyspnée augmente, on note des irrégularités, souvent le type Cheyne-Stokes. La parole est difficile, lente, à peine articulée. Les muscles du pharynx se prennent à leur tour, la déglutition ne se fait qu'avec beaucoup d'efforts. Plus tardivement les lèvres et la langue sont intéressées. Enfin le pouls devient filiforme, à peine perceptible, irrégulier. Cependant le malade a assisté avec toute sa lucidité à cette mort progressive et il succombe, sitôt que le délire ou le sommeil le prennent.

Cette évolution ascendante de la paralysie est signalée dans les cas de Leudet (1), de Curschmann,

(1) Etienne. *Revue neurol.*, 1899, p. 86.
(2) Schiff. Myelitis hœmorragica acutissima transversalis bei typhus abdominalis, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, t. LXVII, 1900, p. 175.
(3) Pearce. Post-typhoïd myelitis, *The med. Bull.*, janv. 1901, p. 3.
(4) Jean Lépine. Contribution à l'étude de la myélite typhique, *Revue de méd.*, 1903, p. 230.
(5) Ganiez. Th. de Nancy, 1899.
(6) Parot. *Contribution à l'étude de la myélite typhique*, Th. de Lyon, 1903-1904.
(7) Voinot. *Recherches anatomo-pathologiques sur la moelle épinière dans certaines maladies infectieuses*, Th. de Nancy, 1897.
(8) Longworth Nichols. A study of the spinal con by Nissl's method in typhoïd fever and in experimental infection with the typhoïd bacillus, *The Journ. of exper. Med.*, 1899, p. 189.
(9) Vincent. *Arch. de méd. expér.*, 1893, p. 376.
(10) Lebon. *Contribution à l'étude des myélites infectieuses expérimentales*, Th. de Paris, 1896.
(11) Babès. Ueber den Einfluss der verschiedenen Infektionen auf die Nervenzellen des Rückenmarks, *Berl. klin. Woch.*, 1898, p. 6, 36, 56.
(12) Bernheim. De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde, *IIe Congrès de médecine interne*, Bordeaux 1895.
(13) Léopold-Lévi. Signe de Babinski dans la fièvre typhoïde, *Revue neurol.*, 1900.
(14) Artaud. *Forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures*, Th. de Paris, 1901.
(15) Libert. *Des réflexes dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1902.
(16) Stouff. *Contribution à l'étude de la pathogénie et des évolutions cliniques diverses des myélites*, Th. de Nancy, 1908.
(17) Roger Voisin et Milhit. Myélite fruste au cours de la fièvre typhoïde, *Progrès méd.*, 1909.
(18) Atanassiévitch. *La myélite typhique aiguë*, Th. de Paris, 1909.

(1) Leudet. *Gaz. méd. de Paris*, 1861.

de Kümmel, d'Etienne. Ganiez les a réunis dans sa thèse inaugurale. Il est démontré que ce syndrome ne correspond pas dans tous les cas à une lésion médullaire et que la polynévrite peut donner un tableau analogue. Mais puisqu'il est reconnu que dans certains cas le syndrome de Landry est d'origine médullaire, rien ne permet d'affirmer qu'il n'en est pas ainsi dans quelques-uns au moins des cas observés dans la fièvre typhoïde.

C. Certains faits observés par Westphal (1), Eibstein (2), Eisenlohr (3), prouvent que dans la fièvre typhoïde le processus infectieux myélitique peut affecter la *forme aiguë disséminée*. Dans ces cas, en effet, les auteurs ont noté des accidents rappelant beaucoup la sclérose en plaques; en particulier dans le cas d'Eibstein existaient des troubles de la parole et de l'ataxie des membres. Cette forme de myélite n'est en définitive qu'une forme de passage entre la myélite aiguë et la myélite chronique.

Ces faits prouvent que, dans le développement des accidents médullaires de l'adolescence ou de l'âge adulte, il faut faire une large part aux processus d'infection médullaire au cours des diverses maladies et aux scléroses qui en sont la conséquence.

D. *Myélites abortives*. — « La désignation d'abortives, dit Stouff, indique que le processus toxique qui a créé la myélite s'arrête dans sa marche. » Ces myélites abortives ne sont en réalité que des myélites confirmées arrêtées dans leur évolution. Les observations de Landouzy, surtout celles de Raymond (4) en sont de beaux exemples. Nous y trouvons en effet, comme dans les cas précédents, des phénomènes paraplégiques, des troubles trophiques, des troubles sphinctériens, des modifications de la sensibilité. Même dans ces trois observations les auteurs ont noté des fourmillements, des élancements, des douleurs. Seule leur évolution favorable permet de les décrire séparément; la connaissance de ces myélites permet de mieux comprendre les myélites frustes.

II. Myélites frustes. — Il existe en effet un grand nombre de cas dans lesquels l'altération médullaire se traduit uniquement par des symptômes légers, qui, non cherchés, pourraient passer inaperçus, mais dont la constatation permet d'affirmer l'existence d'une myélite fruste.

Ces symptômes sont les uns d'ordre physique, les autres de nature fonctionnelle.

1° Les *symptômes physiques* peuvent exister seuls. Ils consistent dans :

L'exagération des réflexes tendineux;

La trépidation épileptoïde;

Le réflexe de Babinski.

A. *L'exagération des réflexes tendineux* est d'une constatation fréquente au cours de la fièvre typhoïde. La plupart des auteurs l'ont recherchée uniquement au niveau des tendons rotuliens, mais on l'a constatée aussi, peut-être un peu moins souvent (Libert), au niveau du tendon achilléen, et même aux membres supérieurs.

Strümpell (1) paraît avoir été l'un des premiers qui ait attiré l'attention sur ces faits; ses constatations, controuvées par Petitclerc (2), ont été confirmées par Pluyaud (3), par le professeur Ballet (4), etc.

La seule exagération des réflexes tendineux peut-elle permettre d'affirmer l'existence d'une lésion médullaire? Oui, affirme le professeur Bernheim (5) de Nancy et ses élèves.

« Je pense, dit le premier qu'il s'agit dans ces cas d'une véritable myélite toxique due à la localisation d'une toxine « sur les faisceaux pyramidaux de la moelle, myélite curable, passagère, par lésion dénutritive infectieuse ».

« L'exagération des réflexes tendineux, écrit Stouff, constatée chez un malade au cours d'une maladie générale ou pendant la convalescence, constitue un symptôme d'une valeur considérable en faveur d'une détermination spinale de l'infection et, en pratique, il suffit à la diagnostiquer même si elle en est le signe unique, ce qui arrive rarement. »

Mais pour que cette exagération des réflexes tendineux ait toute sa valeur, il faut qu'on ait pu la voir apparaître chez le malade, ou disparaître ensuite, car les réflexes tendineux sont très variables selon les individus et sur sa seule constatation chez un malade que l'on ne connaît pas avant sa maladie, il est impossible d'affirmer si l'exagération des réflexes tendineux que l'on constate est normale chez le malade ou pathologique.

Le nombre des cas où existe ce symptôme est considérable et le professeur Bernheim leur assigne une proportion d'environ 7 sur 10.

Cette exagération des réflexes rotuliens s'observe ordinairement des deux côtés, cependant elle peut prédominer d'un côté; son importance est plus ou moins considérable.

Nous acceptons complètement l'opinion du professeur Bernheim, et il nous paraît bien que l'exagération de la réflectivité tendineuse relève d'une modification de la moelle; Jendrassik (6) a indiqué en effet que, si les réflexes cutanés ont une origine corticale, les réflexes tendineux sont d'origine médullaire.

B. S'il peut y avoir discussion sur la nature médullaire de l'exagération des réflexes rotuliens, il ne semble pas qu'il puisse en être de même de la *trépidation épileptoïde* ou clonus du pied.

Si le professeur Gilbert Ballet avait déjà noté

(1) Westphal. *Arch. f. Psych.*, 1871, Bd. CXI.
(2) Eibstein. Sprach und coordination störung in Armen und Beinen in Folge von Typhus abdominales, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1872, Bd. IX, p. 528 et Bd. X, p. 595.
(3) Eisenlohr. Ueber einen eigenthümlichen Symptomencomplex bei Abdominaltyphus, *Deuts. med. Wochens.*, 1893.
(4) Raymond. *Revue de méd.*, 1885.

(1) Strümpell. Zur Kenntniss der Schneureflexe, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1879, p. 24, 175, 191.
(2) Petitclerc. *Des réflexes tendineux*, Th. de Paris, 1880.
(3) Pluyaud. *Etude des réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1883, p. 783, 785, 803, 804.
(4) Ballet. Note sur l'état de la réflectivité spinale dans la fièvre typhoïde, *Progrès méd.*, 1881.
(5) Bernheim. Phén. du pied et du genou, *IIe Congrès de méd. intern. de Bordeaux*, 1895.
(6) Jendrassik. *XIIIe Congrès intern. de Paris*, 1900 (section de neurologie).

cette trépidation épileptoïde, elle a été tout particulièrement étudiée dans ces dernières années. Les thèses de M. Renard, 1895 (1), de M. Beaujeu, 1899 (2), de M. Libert, 1902, de M. Stouff, 1908, en rapportent plusieurs observations.

G. Un autre symptôme, le *signe de Babinski*, peut dans certaines conditions être un indice de lésions médullaires. Le signe de Babinski, en effet, réflexe cutané, d'origine centrale (Jendrassik), ne révèle, ainsi que l'a noté M. Babinski, qu'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal. Cette perturbation peut dans certains cas être d'origine médullaire, quoique le plus souvent peut-être elle soit d'origine encéphalique [van Gehuchten (3)].

Aussi sa constatation seule ne permet pas d'affirmer une altération de la moelle, mais son association aux symptômes précédents est un argument de plus à faire valoir pour légitimer l'hypothèse d'une lésion médullaire de nature organique [Raymond (4)].

M. Léopold-Lévi l'a constaté 10 fois sur 20 cas; il coexistait presque toujours (10 fois sur 20) avec l'exagération des réflexes rotuliens, et dans 10 cas où la trépidation épileptoïde a été également recherchée 5 fois, celle-ci coexistait. Par contre, dans 4 cas, la trépidation épileptoïde existait alors qu'il n'y avait pas le signe des orteils. Chez le malade de MM. Roger Voisin et Milhit il y avait également absence du phénomène des orteils avec trépidation épileptoïde.

Tels sont les signes physiques qui permettent de poser le diagnostic d'altération ou plutôt d'irritation médullaire.

Dans certains cas on trouve associés le signe de Kernig et de la contracture, mais ces symptômes ne sont pas d'origine médullaire.

Le *signe de Kernig* a été tout d'abord considéré comme une manifestation d'une réaction des méninges spinales; c'est l'opinion soutenue par le professeur Dieulafoy dans ses *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*. Mais certains faits, sur lesquels MM. Paul Sainton et Roger Voisin ont insisté dans une communication au Congrès de médecine interne de 1907 (5), ne tardèrent pas à montrer l'indépendance clinique fréquente de ce signe et d'une lésion méningo-spinale. Même on peut le constater en dehors de toute lésion méningée. Mais le signe de Kernig, puisqu'il n'est pas dû à une lésion méningée, est-il un symptôme d'une irritation de la moelle? Nous ne le croyons pas. Qu'est-ce en effet que le signe de Kernig? C'est la traduction clinique d'un état d'exagération du tonus musculaire des muscles fléchisseurs du genou; il dépend d'un état de contracture des fléchisseurs du genou. La définition même qu'en donne Kernig : « Flexions contractur », le qualifie bien.

Cette *contracture* musculaire peut dans certains cas de fièvre typhoïde être des plus marquées et M. Artaud a ainsi décrit une « forme nerveuse de la fièvre typhoïde avec contractures ». Mais ces contractures ne sont pas d'origine médullaire. La question du tonus musculaire et de la contracture a fait l'objet d'un rapport important de M. Crocq (de Bruxelles) au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bruxelles de 1900 (1) et cet auteur est arrivé à cette conclusion que, chez l'homme, le tonus musculaire est d'origine corticale. Même conclusion a été soutenue par M. Félix Rose (2) dans sa thèse.

Aussi la constatation de contractures et du signe de Kernig n'est-elle pas une preuve de l'altération médullaire; elle indique une altération des cellules cérébrales; celle-ci se traduit aussi souvent par du *délire* ou des troubles mentaux. L'axe cérébro-spinal dans ces cas a été touché par le poison typhique dans ses diverses parties, alors que dans d'autres cas sa localisation est, soit exclusivement cérébrale (délire, méningisme), soit exclusivement médullaire.

2° *Symptômes fonctionnels*. — Dans les cas les plus frustes, l'exagération des réflexes rotuliens, la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski indiquent seuls l'altération médullaire et, si on ne les recherche pas de parti pris, celle-ci peut passer inaperçue.

Assez souvent pourtant quelques symptômes fonctionnels attirent l'attention du clinicien sur l'état de la moelle et l'incitent à rechercher l'état de la réflectivité. Parfois, il est vrai, ces troubles fonctionnels peuvent être masqués par l'intensité des manifestations de l'état général : ataxo-adynamie, délire, somnolence, etc.

Ces symptômes fonctionnels sont de trois ordres : troubles sensitifs, troubles moteurs, troubles sphinctériens.

A. Les *troubles sensitifs* sont ordinairement uniquement subjectifs; ce n'est pas, en effet, dans ces myélites frustes que l'on trouve ces troubles objectifs consistant en hyperesthésie ou anesthésie, que nous avons signalés dans les myélites confirmées.

Les troubles subjectifs sont variables : tantôt le malade accuse de vives douleurs, localisées au niveau des reins, irradiant dans les membres inférieurs. Rarement continues, elles affectent le plus souvent le caractère fulgurant et peuvent être comparées aux douleurs fulgurantes du tabes. Spontanées habituellement, elles sont pourtant ordinairement réveillées ou exagérées par les mouvements qu'exécute le malade. Mais la pression des masses musculaires ou des troncs nerveux n'a aucune influence sur leur production.

Tantôt le malade n'accuse que des fourmillements dans les membres, surtout à leurs extrémités, au

(1) Renard. *De l'exagération des réflexes tendineux du pied et du genou dans la fièvre typhoïde*, Th. de Nancy, 1895.

(2) Beaujeu. *De la dissociation du réflexe rotulien et de la trépidation plantaire dans la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1899.

(3) Van Gehuchten. Le phénomène des orteils, *Journ. de neurol.*, 9 avril 1898.

(4) Raymond. Valeur séméiologique du signe des orteils, *Leçons de la Salpêtrière*, 1898.

(5) Paul Sainton et Roger Voisin. Le signe de Kernig d'origine cérébrale, *Congrès de méd. interne*, Paris 1907; — *Tribune méd.*, 26 oct. 1907, p. 677.

(1) Crocq. *Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Bruxelles 1900.

(2) Félix Rose. Th. de Paris, 1904.

niveau des orteils, des crampes ou des engourdissements.

B. Les *troubles moteurs* demandent à être recherchés, surtout à la période d'état de la fièvre typhoïde; le malade reste accablé dans son lit, il ne remue que peu ou pas, et il est difficile en l'absence de leur recherche systématique de dire s'il a vraiment de l'impotence fonctionnelle.

Mais lorsque la myélite survient au cours d'une dothiénentérie bénigne, ou au moment de la convalescence, on peut alors facilement les observer. Le malade ressent comme un engourdissement dans ses membres, ils lui semblent alourdis, et il a peine à les soulever du plan du lit. Si on lui dit de résister à des mouvements de flexion ou d'extension provoqués, on vainc facilement sa résistance musculaire.

Lorsque l'impotence gagne les membres supérieurs, le malade présente un certain degré de maladresse, il saisit difficilement les objets, et au dynamomètre on note un affaiblissement marqué de la force musculaire.

La *marche* de tels malades, lorsque la gravité de l'affection n'empêche pas de les faire lever, a le caractère nettement spasmodique. Le malade marche les jambes raides en tricotant, en appuyant la pointe du pied sur le sol avant le talon.

C. Les *troubles sphinctériens* dans ces myélites frustes et les *troubles trophiques* n'existent pas le plus souvent. A peine parfois sont-ils esquissés. De même les troubles amyotrophiques y sont très rares, les cellules des cornes antérieures sont en effet rarement atteintes.

Une place particulière doit être donnée ici à l'observation intitulée par M. Conor : « Phénomènes de sclérose en plaques consécutifs à une fièvre typhoïde chez un sujet à système nerveux prédisposé » (1). Nous voyons en effet dans ce cas, outre l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde, la paresse des masses musculaires, tous symptômes qui traduisent une irritation médullaire légère, survenir dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, des troubles de la parole. Tous ces accidents disparurent et l'on ne peut classer cette observation dans le cadre des myélites confirmées à forme disséminée. Mais leur constatation montre la possibilité de myélite fruste disséminée associée à une irritation des centres supérieurs, et cette observation apporte un document important à la connaissance de l'origine infectieuse du syndrome clinique de la sclérose en plaques.

III

Evolution. — Les localisations spinales de la fièvre typhoïde s'observent soit au cours même de la fièvre typhoïde dès la période d'invasion, plus souvent à la période d'état (Schiff, Lépine, Roger Voisin et Milhit), soit à la phase de déclin (Libert), et même dans la convalescence, aux trente-neuvième, soixantième jours de la maladie dans les cas de Raymond. Elles s'observent plus souvent dans l'adolescence et l'âge adulte que dans l'enfance.

(1) Conor. *Gaz. des hôpit.*, 21 avril 1904, p. 447.

Le type de myélite confirmée avec abolition des réflexes, troubles sphinctériens, etc., se termine le plus souvent par la mort, soit que la lésion médullaire elle-même détermine l'issue fatale, soit que celle-ci soit la conséquence de la gravité de l'infection causale. Mais pourtant il faut bien faire remarquer qu'il n'y a pas de rapport entre la gravité de la dothiénentérie et l'apparition d'une myélite. Les formes d'allure la plus bénigne peuvent présenter des accidents médullaires. La guérison pourtant est possible et paraît s'observer surtout dans les myélites de la convalescence. Elle peut être complète ou bien laisser après elle des *séquelles* plus ou moins importantes, troubles de la marche, atrophie musculaire, phénomènes ataxiques, etc.

La myélite fruste aux réflexes exagérés se termine par contre, on peut dire toujours, par la guérison.

Mais il est fort possible que ces guérisons ne soient que relatives et que ces diverses myélites jouent un rôle important dans l'éclosion des diverses scléroses médullaires.

Dès 1883, le professeur Marie (1) avait signalé la possibilité de cas cliniques rappelant la sclérose en plaques survenant après la fièvre typhoïde. Plus récemment, MM. Achard et Demanche (2) ont rapporté une observation d'accidents spasmo-cérébelleux dont l'origine typhique paraît des plus probables. Enfin nous ferons observer d'autre part que ces lésions minimes de la moelle au cours de la fièvre typhoïde peuvent expliquer le rôle occasionnel que joue dans certains cas l'infection éberthienne dans l'éclosion d'une syringomyélie, d'une maladie de Friedreich, d'une hérédo-ataxie cérébelleuse, par exemple.

Le *pronostic* d'une myélite confirmée est donc toujours sérieux; si la mort en effet n'en est pas la conséquence, elle peut assez souvent occasionner des lésions irrémédiables de la moelle. Ces séquelles paraissent pouvoir s'observer également dans certains cas de myélites frustes, mais elles y sont si exceptionnelles, que le pronostic de cette variété de myélite doit être considéré comme généralement favorable.

IV

Anatomie pathologique. — Les matériaux qui peuvent servir à établir l'anatomie pathologique de la myélite typhique sont encore peu nombreux.

On peut les classer en : 1° autopsies de myélites confirmées; 2° recherches histologiques sur les moelles des typhiques; 3° recherches expérimentales.

1° Les AUTOPSIES des myélites confirmées sont encore rares.

Kümmel en 1881 constata dans un cas un gros foyer bulbaire hémorragique. Curschmann en 1886 nota des hémorragies capillaires et du ramollissement au niveau du bulbe. Seules, deux autopsies dans ces dernières années, celle de Schiff et celle de

(1) Marie. Sclérose en plaques et maladies infectieuses, *Progrès méd.*, 1884, p. 287.

(2) Achard et Demanche. Troubles spasmo-cérébelleux consécutifs à la fièvre typhoïde, *Soc. de neurol.*, in *Revue neurol.*, 1906, p. 1088.

J. Lépine, renferment des renseignements histologiques précis.

Les *lésions macroscopiques* sont donc des lésions de ramollissement ordinairement hémorragique; même, dans un cas (Lépine), il existait un véritable infarctus et des lésions de congestion au pourtour du foyer ramolli.

Le *microscope* dénote des altérations importantes tant par leur intensité que par leur diffusion. Les vaisseaux congestionnés, dilatés, présentent de l'infiltration de leurs parois. Cette même infiltration embryonnaire se retrouve dans la substance nerveuse. Les cellules des cornes de la moelle sont nettement altérées et leurs altérations paraissent plus marquées que celles constatées au niveau de la substance blanche. Enfin dans le cas de M. Lépine, la méninge épaissie était très nettement le siège d'une infiltration leucocytaire.

2° Les recherches histologiques faites sur les MOELLES DES TYPHIQUES ont été effectuées tout d'abord par le professeur Bernheim.

Cet auteur rapporte l'observation de deux malades morts de fièvre typhoïde et qui avaient présenté de l'exagération des réflexes. La moelle présentait dans les deux cas des altérations myéliniques, surtout accusées à la région lombaire : fragmentation de la myéline, disposition en grains et en croissants, même disparition complète. La lésion affectait surtout les gros tubes nerveux et les cordons latéraux à leur partie profonde (1).

Puis M. Voinot, d'une manière systématique, a étendu son étude de la moelle typhique à douze cas de fièvre typhoïde; il a trouvé par les méthodes récentes de laboratoire des lésions dans tous ces cas; un seul d'entre eux avait présenté de légers symptômes d'altération médullaire : incontinence des sphincters (2). Les altérations portent sur la substance blanche et la substance grise. Dans la substance blanche, la myéline, liquéfiée au centre des tubes nerveux, a subi une modification chimique telle qu'elle ne se colore plus comme à l'état normal; elle peut même disparaître. Le cylindre-axe est tuméfié, se vacuolise, se rompt et même disparaît sur plusieurs points. Les cellules nerveuses sont très altérées, les éléments chromatophiles se dissolvent, le noyau émigre à la périphérie, parfois ces éléments disparaissent totalement de telle sorte que la cellule présente l'aspect d'une masse uniformément teintée; on peut même noter la fragmentation de la masse cellulaire et son atrophie.

Les lésions prédominaient au niveau du renflement lombaire et des cordons postérieurs. Elles paraissent plus accentuées dans les fièvres typhoïdes à évolution lente ou ayant présenté une infection surajoutée.

Des lésions cellulaires analogues sont rapportées par MM. Marinesco (3) et Longworth Nichols.

(1) Cité par RENARD. Th. de Nancy, 1894.

(2) VOINOT. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la moelle épinière au cours de la fièvre typhoïde, *Cong. franç. de méd.*, Nancy, 1896; — *Recherches anatomo-pathologiques sur la moelle épinière dans certaines maladies infectieuses*, Th. de Nancy, 1896-1897.

(3) MARINESCO. Lésions du système nerveux central au cours des maladies infectieuses, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1897.

3° A côté de ces constatations faites à l'autopsie de typhiques, les RÉSULTATS EXPÉRIMENTAUX ont une importance d'autant plus grande qu'ils les ont confirmées dans la totalité des cas.

Pourtant le bacille typhique a été peu employé dans les recherches expérimentales sur les myélites infectieuses.

M. Vincent (1) en 1893 obtint le premier des résultats positifs; il inocule à un lapin le bacille d'Eberth en même temps qu'un bacille indéterminé; il provoque des accidents médullaires à peu près analogues à ceux de la maladie de Landry. L'animal succombe vingt-huit jours après l'inoculation et la région médullaire lombaire est trouvée gravement atteinte; les cellules médullaires sont très altérées, plusieurs en voie de disparition, les cylindres-axes sont tuméfiés; les cellules névrogliques, les cellules endothéliales des capillaires sont proliférées, les capillaires dilatés sont parfois rompus.

Bianchi Mariotti (2), avec des cultures filtrées de bacille d'Eberth, obtient des lésions marquées des cellules des cornes antérieures, de la prolifération de celles de la névroglie, et une infiltration abondante dans toute la substance grise d'éléments ronds (neuronophages). Par contre la substance blanche peu altérée ne présentait que de la dégénération de quelques tubes nerveux.

M. Lebon, chez un lapin qui présenta, vingt et un jours après l'inoculation de bacilles, des phénomènes paralytiques auxquels il succomba au bout de onze jours, décrit des lésions cellulaires caractérisées par la déformation globuleuse et la vacuolisation.

MM. Babès en 1898, Longworth Nichols en 1899 ont également étudié les lésions expérimentales de la moelle consécutives à l'infection éberthienne. M. Longworth Nichols dans un travail documenté est arrivé aux conclusions suivantes : l'infection expérimentale par le bacille typhique produit dans les cellules nerveuses de la moelle épinière chez les lapins en expérience des lésions en tous points identiques à celles observées dans la moelle des malades ayant succombé à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire désintégration et disparition de la substance chromatique des cellules, excentricité du noyau, altérations du noyau et du nucléole. Cette chromatolyse peut se localiser à la partie périphérique de la cellule.

Tels sont les faits anatomiques que nous fournissent l'observation et l'expérimentation.

Comment permettent-ils d'interpréter les symptômes observés pendant la vie? C'est ce qu'il nous faut maintenant essayer d'élucider.

V

Pathogénie et physiologie pathologique. — Un premier point découle tout d'abord de ces constatations: la nature infectieuse des symptômes.

(1) VINCENT. Sur un cas de poliomyélite infectieuse ayant simulé le syndrome de Landry, *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, mai 1893.

(2) Bianchi MARIOTTI. Poliomyelite acuta anteriore da tossine del tifo, *Att. dell' Acad. med. chir. di Perugia*, 1895, vol. VII.

Nous ne discuterons donc plus le rôle de l'épuisement ni de la débilité de l'organisme (Strümpell), celui de la fièvre, de l'altération du sang, de l'anémie, toutes hypothèses anciennement émises.

Il est maintenant hors de doute que ces accidents dépendent de l'action sur la moelle du bacille typhique ou de ses toxines.

La présence du bacille d'Eberth au niveau d'une moelle, normale cependant à l'examen macroscopique, a été constatée par Curschmann dans un cas de paralysie ascendante, mais les recherches de Schiff, de Jean Lépine ont été négatives.

Il ne s'ensuit pas que le bacille n'ait pas existé à un moment donné dans les moelles qu'ils ont examinées. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question, en particulier Marinesco (1), ont insisté en effet sur la disparition rapide des microbes dans la moelle.

D'un autre côté, on sait maintenant, grâce à de nouveaux procédés de culture, que le bacille d'Eberth se trouve fréquemment dans le sang des typhiques. Sa localisation au niveau de la moelle est donc chose possible.

Cependant il est plus probable que le bacille d'Eberth agit surtout au niveau des éléments nerveux par la toxine qu'il sécrète, dont se charge rapidement le torrent circulatoire.

C'est donc par la *voie sanguine* que le bacille d'Eberth et sa toxine sont amenés jusqu'au niveau de la moelle.

M. Parot, dans sa thèse, a émis l'hypothèse que la voie d'apport du bacille puisse être la *voie méningée*; il est vrai que dans le cas de Lépine il existait une lésion des méninges, mais rien ne permet de dire que cette lésion méningée a précédé l'altération médullaire.

Nous admettons plutôt la concomitance des lésions médullaires et des lésions méningées que leur dépendance. D'ailleurs la réaction méningée n'est pas constante dans la myélite; si elle existait dans le cas de Lépine, elle manquait par contre dans ceux de Schiff, de Roger Voisin et Milhit. L'étape méningée n'est donc pas nécessaire dans l'infection médullaire.

Si l'on peut sans difficulté admettre que les troubles médullaires relèvent de l'action sur la moelle du bacille d'Eberth et de sa toxine, il devient malaisé d'expliquer la nature et la modalité de cette action. Deux faits sont tout d'abord à considérer suivant qu'il s'agit de myélite avec abolition des réflexes ou de myélite avec exagération des réflexes.

1° *Myélites avec abolition des réflexes.* — Dans certains cas, la toxine typhique détermine dans la moelle des lésions destructives et les symptômes cliniques découlent tout naturellement de cette destruction des centres et des faisceaux médullaires.

Dans d'autres cas où les lésions macroscopiques manquent, on n'observe que des lésions histologiques; parmi celles-ci les lésions cellulaires semblent être les plus importantes. Il est cependant à remarquer avec Longworth Nichols que ces lésions cellulaires nerveuses sont en tous points identiques à celles que l'on crée chez l'animal par section, destruction ou lésion des nerfs périphériques.

Cette similitude de lésions cellulaires avec celles consécutives aux lésions des nerfs périphériques qui en prennent naissance, peut faire admettre que ces lésions médullaires, loin d'être à l'origine des accidents, sont simplement consécutives à des altérations primitives des nerfs périphériques. Cette hypothèse trouve un appui dans les constatations de Longworth Nichols qui a noté de la dégénération parenchymateuse des nerfs périphériques dans ses recherches expérimentales.

La même question se pose pour toutes les infections: elle est longuement discutée pour la diphtérie dans la thèse de M. Babonneix (1). Nous ne la reprendrons pas ici.

Le rôle respectif des nerfs et de la moelle est difficile à délimiter dans l'apparition des accidents. Il ne s'agit souvent en réalité ni d'une poliomyélite, ni d'une névrite, mais d'une *cellulo-névrite*, en englobant ainsi sous le même terme la lésion inflammatoire de la cellule originelle et celle du cylindre-axe, dont les symptômes cliniques relèvent plus de la lésion médullaire que de la lésion nerveuse.

2° *Myélites avec exagération des réflexes.* — Il est impossible d'invoquer des lésions profondes destructives ou dégénératives des faisceaux médullaires dans ces cas où la guérison définitive ne tarde pas à s'installer. Il ne peut s'agir que de lésions irritatives, mais cette hypothèse d'une irritation de la moelle par le poison typhique devient, elle aussi, difficile à préciser.

On admet généralement que les centres cérébraux supérieurs ont une action modératrice sur les centres médullaires inférieurs. L'hyperexcitabilité médullaire peut donc relever soit d'une lésion des cellules cérébrales qui supprime le contrôle cérébral modérateur sur les cellules nerveuses de la moelle, soit d'une lésion des faisceaux pyramidaux qui portent à la moelle l'influx nerveux cérébral, soit d'une irritation des cellules médullaires, accroissant leur pouvoir excito-moteur dans des proportions telles que les cellules cérébrales ne peuvent le contrebalancer.

Les constatations anatomiques sont en faveur de l'origine médullaire des accidents. S'agit-il dans ces cas d'une lésion cellulaire ou d'une lésion fasciculaire? Il est probable que la lésion cellulaire ne joue aucun rôle; mais cependant on peut aussi admettre que, étant donné nos faibles connaissances actuelles sur le mécanisme des cellules nerveuses, un même aspect anatomique, fourni par une méthode donnée de recherches, la méthode de Nissl dans le cas particulier, ne correspond pas toujours au même processus réactionnel, et que, s'il traduit parfois une diminution de force de la cellule nerveuse, il puisse également traduire une augmentation de son pouvoir réactionnel, cette hyperexcitabilité étant en effet tout aussi pathologique que son épuisement.

---

(1) Marinesco. Les myélites aiguës. Rapport au *XIIIe Cong. int. de méd.*, Paris 1900.

(1) Babonneix. *Nouvelles recherches sur les paralysies diphtériques*, Th. de Paris, 1904.

L'origine fasciculaire des symptômes est plus plausible. Le professeur Bernheim avait supposé que les faisceaux pyramidaux, par suite d'une véritable myélite localisée à ces cordons blancs, devaient être le substratum anatomique de ces cas de myélites frustes.

Or les recherches anatomiques de M. Voinot n'ont pas confirmé cette hypothèse. Voinot a constaté, en effet, des lésions diffuses de la substance grise comme de la substance blanche, n'épargnant aucune région, dans tous les cas de fièvre typhoïde qu'il a étudiés.

Cette constance de lésions histologiques de la moelle, tant dans les cas à symptômes réactionnels de myélite que dans ceux où ils manquent, nous montre que, dans l'état actuel de notre technique histologique, l'anatomie pathologique ne permet pas encore d'assigner avec certitude au syndrome connu de myélite fruste telle ou telle lésion. Elle montre seulement que la moelle ne reste pas indifférente au processus infectieux typhique; qu'elle réagit, mais ces réactions, d'ordre banal parce que constantes, ne suffisent pas à créer le syndrome sans l'intervention d'un autre facteur, la *prédisposition*, dont l'importance devient ainsi l'égale de la réaction à l'infection.

C'est la prédisposition particulière du typhique qui paraît donc conditionner l'apparition des accidents; les réactions médullaires sont identiques dans tous les cas, elles ne se manifestent que si l'individu présente une susceptibilité toute spéciale.

Quant à cette prédisposition, elle relève dans certains cas de l'hérédité névropathique du sujet, dans d'autres de son passé pathologique, et les intoxications antérieures, plomb, alcool, etc., jouent certainement un rôle dans leur apparition.

Par contre, le fait que ces accidents médullaires s'observent aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves nous fait penser que la virulence du microbe causal ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire dans l'apparition des accidents.

Un autre point pathogénique demande maintenant à être discuté.

Nous avons supposé dans ces cas de myélite fruste une action irritative sur la moelle du bacille d'Eberth et surtout de sa toxine. Or on sait que l'action de la toxine typhique est plutôt une action déprimante, et ce fait est facile à vérifier par inoculation de toxine à un animal. Faut-il admettre une action anormale du poison typhique? Nous ne le croyons pas. MM. Chantemesse et Lamy (1), à la suite d'expériences instituées précisément pour expliquer ces faits paradoxaux d'excitation, supposent que la toxine produit dans l'organisme des substances réactionnelles, se manifestant par des effets contraires à ceux que produit le poison typhique. Cette hypothèse d'une antitoxine, d'une cytotoxine, est d'autant plus probable que des travaux récents ont montré que la lésion par suite d'infection de certaines glandes vasculaires sanguines pouvait provoquer des phénomènes de contracture [Babonneix et Harvier (1)]. On peut donc supposer que le bacille d'Eberth agit sur la moelle en lésant une de ces glandes à sécrétion interne et en en modifiant les sécrétions.

(1) CHANTEMESSE. *Cong. d'hyg.*, Madrid.

En tout cas, nous le répétons, une prédisposition particulière du sujet paraît jouer un rôle de premier ordre dans le déterminisme de ces localisations spinales.

En somme la fièvre typhoïde au niveau de la moelle peut créer tous les degrés de l'inflammation, depuis la simple altération de la cellule nerveuse ou du cordon nerveux sans réaction névroglique jusqu'au ramollissement hémorragique. Mais l'étude de ces altérations médullaires typhiques minimes montre de plus que leur présence ne suffit pas pour donner lieu à un syndrome clinique puisqu'on peut rencontrer des lésions de la moelle, même dans les cas de fièvre typhoïde sans symptômes médullaires.

VI

Diagnostic. — Le *diagnostic absolu* de la myélite typhique s'établira sur les symptômes suivants : la *myélite confirmée* est caractérisée par l'apparition d'une paraplégie flasque avec abolition des réflexes tendineux, qui s'associe à des troubles sphinctériens et à des troubles trophiques, et qui peut s'accompagner de troubles sensitifs, soit subjectifs, soit objectifs, ces derniers consistant le plus souvent en hypoesthésie.

Pour affirmer l'existence d'une *myélite fruste*, l'exagération des réflexes patellaires, signe sérieux de présomption, devient un signe de certitude lorsqu'elle coexiste avec la trépidation spinale réflexe, sans préjudice des autres signes qui peuvent ou non l'accompagner (Stouff).

Cependant le *diagnostic différentiel* est parfois délicat :

1° Le fait est surtout fréquent dans les *myélites confirmées*.

La paraplégie flasque qui caractérise cette forme de myélite se retrouve en effet dans la *polynévrite*; or la polynévrite est relativement assez fréquente dans la fièvre typhoïde. Les paralysies qu'elles déterminent apparaissent, surtout dans la convalescence de l'affection, peut-être plus souvent que celles dues à la myélite. Mais nous avons vu que cette apparition tardive se rencontre aussi dans la myélite. La date d'apparition des accidents ne peut donc servir pour en reconnaître l'origine.

Certains caractères cliniques permettent cependant le plus souvent de séparer les deux affections. Dans la polynévrite les troubles sphinctériens et les troubles trophiques cutanés, principalement les escarres, sacrées ou fessières, sont tellement exceptionnelles que leur constatation est presque un signe de certitude de l'origine centrale de la paralysie. D'ailleurs cette paralysie affecte dans la polynévrite une marche particulière; le début des accidents est beaucoup plus insidieux que dans la myélite; la paraplégie s'installe petit à petit, et non, comme dans cette dernière affection, d'une façon rapide ;

(1) BABONNEIX et HARVIER. *Soc. de biol.*, 1909.

elle n'affecte d'ailleurs pas toujours ce caractère paraplégique, mais quand celui-ci existe on remarque que les différents groupes musculaires sont inégalement touchés par la paralysie, tandis que dans la myélite les lésions sont absolument symétriques et intéressent tous les groupes musculaires des membres. Surtout dans la polynévrite les paralysies siègent d'une manière prédominante aux extrémités des membres et gagnent progressivement les muscles de la racine; dans la myélite la totalité du membre est atteinte d'emblée. Dans la polynévrite les accidents paralytiques guérissent habituellement, disparaissent relativement rapidement; dans la myélite la mort est fréquente, et s'il y a guérison, celle-ci est longue à survenir et est souvent incomplète.

Les symptômes sensitifs sont d'un autre côté plus marqués dans les polynévrites que dans les myélites et il est rare que dans la névrite la palpation des masses musculaires, la pression le long des troncs nerveux ne déterminent pas de vives douleurs, ce que l'on n'observe pas dans la myélite.

Enfin le professeur Raymond (1) attire l'attention sur un autre signe, le caractère diffus de l'atrophie musculaire qui est propre aux polynévrites, la précocité et l'intensité de cette atrophie dans la myélite.

Le diagnostic pourtant est parfois tellement délicat que le clinicien est obligé de rester dans l'expectative, car il observe des symptômes relevant les uns d'une lésion médullaire, les autres d'une lésion périphérique.

C'est que le nerf et la cellule médullaire nerveuse ne sont en réalité que les deux parties d'un même tout, le neurone moteur périphérique, et la lésion de l'une influe sur l'autre; souvent aussi l'une et l'autre sont prises de pair.

C'est pourquoi certains auteurs ont associé les deux ordres de lésions; sous le nom de *cellulo-névrite*, ils décrivent l'altération globale des deux parties du neurone (Raymond, Brissaud). Schupfer, Etienne ont rapporté des cas de cellulo-névrite typhique.

Le diagnostic de polynévrite et de myélite est à peu près le seul diagnostic que soulève la constatation, au cours d'une fièvre typhoïde, d'une paraplégie flasque.

Nous ne ferons que signaler la paraplégie due à une *compression de la moelle* et coexistant avec la fièvre typhoïde, et l'*hématomyélie*, dont on peut admettre la possibilité dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Mais dans ce dernier cas le début est excessivement brusque, la paraplégie se trouve totale immédiatement; une chute ou plus rarement un effort a précédé l'apparition de la paraplégie; enfin les troubles sensitifs sont plus accusés que dans la myélite. La paraplégie due à l'hématomyélie reste stationnaire, celle qui relève d'une myélite augmente habituellement dans les jours qui suivent son apparition.

2° Le diagnostic de *myélite fruste* n'est délicat que par l'intensité que peuvent présenter les symptômes fonctionnels.

(1) RAYMOND. *Clin. de la Salpêtrière*, 1897, 2e série.

L'existence de douleurs vives irradiées aux membres inférieurs peut faire croire à une névrite, celle de douleurs lombaires à une radiculite.

La *névrite* sera facilement éliminée : les douleurs névritiques en effet sont influencées par la pression des nerfs et des masses musculaires; elles sont superficielles et peuvent occasionner ces hyperesthésies sur lesquelles MM. Rénon et L. Tixier (1) et, plus dernièrement, MM. Paisseau et Tixier (2) ont attiré l'attention; enfin et surtout dans la névrite les réflexes tendineux sont diminués ou abolis.

La *radiculite* peut dans certains cas accompagner la myélite. Mais elle se reconnaîtra par la topographie radiculaire des troubles de la sensibilité objective, par l'intensité des douleurs à caractère pseudo-névralgique; elle s'accompagne le plus souvent d'une réaction méningée que traduit la ponction lombaire.

La *méningite* et les *réactions encéphaliques* ne peuvent simuler la myélite fruste, mais elles peuvent masquer son existence, car les symptômes qui leur sont propres, raideur de la nuque et des membres, contractures, sont souvent si marqués que seuls ils attirent l'attention du médecin et que l'on ne note pas les petits signes cliniques, l'exagération de la réflectivité tendineuse, qui permettent d'affirmer l'irritation médullaire.

Il ne faut pas oublier que ces diverses affections, névrite, radiculite, méningite, *coexistent* parfois avec la myélite.

Signalons enfin que l'*hystérie* peut donner un tableau de paraplégie analogue à celui de la myélite. C'est surtout dans la convalescence de la fièvre typhoïde que ce diagnostic doit être discuté.

Enfin, en présence d'un syndrome médullaire spasmodique atrophique ou même ataxique observé chez un malade ayant présenté précédemment une fièvre typhoïde, il faudra parfois faire le *diagnostic de séquelle* d'une myélite typhique.

VII

Traitement. — La thérapeutique est trop souvent désarmée en face des accidents de myélite confirmée. Le médecin ne peut que se borner à essayer d'empêcher la production des accidents d'infection urinaire ou cutanée. Il évitera surtout d'ouvrir à l'infection de nouvelles portes par un traitement intempestif de révulsion le long de la colonne vertébrale.

Les cathétérismes, en cas de besoin, seront pratiqués avec une propreté méticuleuse, car la vessie mal nourrie s'infecterait facilement. Le malade sera tenu très proprement et, comme les téguments ont tendance à s'ulcérer à tous les points de pression, sacrum, fesses, talons, on couchera le malade sur un matelas d'eau, on saupoudrera les surfaces de contact avec une poudre absorbante, légèrement antiseptique, comme la poudre de Lucas-Championnière. Le tannin sera utilement employé.

On n'interrompra pas cependant le traitement de

(1) RÉNON et TIXIER. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907.

(2) PAISSEAU et TIXIER. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, mai 1909.

la fièvre typhoïde causale; on sera souvent pourtant obligé de remplacer les bains par les enveloppements humides et les injections de sérum artificiel, les piqûres d'huile camphrée seront pratiquées dans les régions non paralysées pour éviter à leur niveau l'apparition possible d'escarres. Les injections de strychnine peuvent donner de bons résultats.

Dans les formes frustes les précautions hygiéniques indiquées ci-dessus n'ont plus la même utilité. Contre l'élément douleur, souvent assez marqué, on se trouvera très bien, ainsi que l'ont indiqué MM. Roger Voisin et Milhit, de pratiquer la ponction lombaire. Souvent la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien provoquera une sédation très marquée des accidents.

Souvent à ces symptômes de myélite sont associés des symptômes de réaction encéphalique, signe de Kernig, contractures; la balnéation chaude qui leur convient sera continuée.

Le traitement des séquelles que peuvent créer les diverses myélites ne présente aucune considération spéciale; on aura recours avec persévérance à l'hydrothérapie, à l'électricité, mais le plus souvent ces accidents sont définitifs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1909)

Cryoscopie du suc gastrique, présentation d'un nouveau cryoscope. — M. LEMATTE présente un nouveau cryoscope qui a l'avantage de n'employer que quelques centimètres cubes d'éther pour faire une expérience. De plus on peut l'employer près d'une flamme sans aucun danger. L'auteur a communiqué des documents relatifs à la cryoscopie appliquée à l'étude du suc gastrique.

Surdité et altitude, rééducation méthodique de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen des diapasons. — M. Marcel NATTIER. Les sourds ont été vivement engagés depuis quelques années à se rendre à une station d'altitude particulière où on les soumet à des pratiques hydro-minérales capables, a-t-on dit, de restaurer plus ou moins complètement la fonction auditive altérée. Or, une expérience déjà ancienne démontre que les résultats favorables obtenus de la sorte sont purement temporaires et doivent être exclusivement reportés au compte de l'altitude. La cure hydrominérale surajoutée aggrave plutôt qu'elle n'amende la situation, aussi vaut-il mieux la proscrire.

L'opinion précédente se trouve pleinement confirmée par l'histoire de deux malades ainsi traités sans succès. Une rééducation de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen des diapasons détermina chez chacun d'eux un bénéfice évident. Celui-ci fut surtout sensible chez le premier malade âgé d'une cinquantaine d'années, sourd depuis vingt-quatre ans et soigné vainement à plusieurs reprises par tous les procédés usuels.

Il récupéra environ 40 p. 100 de son ouïe et vit disparaître tout à fait des bourdonnements tenaces et désespérants. L'amélioration, qui remonte maintenant à trois ans, reste définitivement acquise et s'accentue même avec le temps.

M. CARRON DE LA CARRIÈRE demande que l'on précise bien exactement ce que l'on entend par le mot « surdité » et demande à son confrère le résultat de son examen direct auquel il attache plus d'importance qu'au récit du malade. Le mot surdité était bien vague. Pour la critique faite de Luchon, jamais cette station n'a réclamé les vrais sourds, mais elle rend de très grands services par ses humages et ses insufflations tubaires à tous ceux dont la trompe d'Eustache est enflammée par suite de rhino-pharyngite aiguë ou chronique et qui sont ainsi sur le chemin de la surdité par propagation du pharynx à la caisse.

M. ALQUIER demande quel était chez ces malades l'état de l'oreille interne et spécialement s'il existait des troubles labyrinthiques, ensuite si ces malades présentaient une modification notable de la pression artérielle. En effet, chez certains sujets hypertendus ou présentant des troubles labyrinthiques, on peut voir des modifications transitoires et parfois rapides de l'audition qui ne paraissent pas attribuables à la décompression de la caisse dont il vient d'être parlé.

M. LAUSSEDAT estime également que Luchon peut modifier les troubles de l'audition d'origine pharyngée, ce qui avait été démontré par de La Varenne; que le procès fait aux eaux thermales est en général trop sévère.

Il y a trois catégories de troubles de l'audition qui peuvent être améliorées par les eaux minérales : 1° ceux qui dépendent d'une affection rhino-pharyngée; 2° les malades atteints de troubles de l'audition d'origine digestive que les eaux alcalines améliorent en modifiant la digestion; 3° les troubles de l'audition dépendant de l'hypertension artérielle dans la période de pré-sclérose souvent confondue avec la sclérose du tympan. Dans ces cas-là, les eaux minérales peuvent agir de deux manières, d'abord en augmentant la diurèse par ingestion des eaux minérales, ensuite par le traitement externe sous forme de bains carbo-gazeux qui, en abaissant la pression artérielle, entraîne l'amélioration de l'audition.

Prix Duparcque. — M. GRIFFON, rapporteur de la Commission a déposé des conclusions qui ont été adoptées par la Société. En conséquence une première mention (400 francs) a été accordée au professeur Cassaët (de Bordeaux) et une deuxième mention (300 francs) au docteur Milhit (de Paris).

Agenda médical pour 1910, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur BARTH, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, revisé conformément au Codex de 1908, par M. Paul ROBIN. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT. — 5° *Médecine thermale*, par le docteur MACREZ.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom des professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 10 janvier 1910.

L'arrêté du préfet de la Seine qui vient de changer la date des concours de l'internat n'a pas été sans soulever une certaine émotion parmi les internes en exercice.

C'est la quatrième ou la cinquième fois depuis vingt ans qu'on change la date de l'entrée en fonctions des internes qui tous autrefois prenaient leur service le 1er janvier.

L'augmentation du nombre des candidats prolongeant la durée du concours malgré les séances supplémentaires et la bonne volonté du jury, il fut reconnu que le concours ne pouvait guère se terminer que dans le courant de janvier et l'entrée en fonctions fut reportée en février, puis en mars, puis en mai comme elle l'est actuellement.

Ce retard apporté à l'entrée en fonctions des nouveaux nommés ne fut préjudiciable à personne, car les anciens, ceux qui terminaient leur quatrième année, eurent de ce fait quelques mois de plus à rester titulaires et ne s'en plaignirent pas.

Mais aujourd'hui il n'en est plus de même. Les internes, nommés pour quatre années, du 1er mai au 1er mai, voient leur temps de titulariat abrégé de deux mois. Ils protestent et ils demandent comment on entend respecter leurs droits acquis au concours. Nous ne doutons pas que l'administration ne fasse connaître bientôt une solution qui sauvegardera tous les intérêts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 7 janvier 1910. — MM. Lefèvre, 12; Virenque, 9; Avezou et Fourrière, 10; Coppin, 7; Moulonguet, 11; Écalle, 9; Besnard (Jean), 6; Busson, 5; Philip, 4; de Cumont, 9.

Séance du 8 janvier. — MM. Gouguet de Girac, 10; Vincentelli, 6; Nielle (Albert) et Achard, 8; Bel, 2; Noël, 6; Mlle Monbiot, 8; MM. Pruvost (Pierre) et Jumon, 12.

Anatomie. — Séance du 7 janvier. — MM. Lévi-Franckel et Juin, 8; Masselot, 4; Feil, 10; Leroy (Maxime), 4; Larcher, 8; Dupradeau, 7; Gillard, 13; Miégeville, 10.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Mongour, agrégé, est chargé du cours de thérapeutique et de pharmacologie.

M. Princeteau, agrégé des sciences biologiques, est rappelé à l'exercice pour trois ans.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil qui était convoqué pour le 7 février se réunira le 14 du même mois.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Edgard Hirtz, médecin de l'hôpital Necker; Castex, médecin de l'Institution des sourds-muets; Baudin, vice-président du Conseil général de l'Ain.

Au grade de chevalier — MM. les docteurs Louis Labbé, chef du service d'électrothérapie à la Charité; Belin, médecin des hôpitaux; Gautier (Georges) et Savoire (de Paris); Mauny (de Saintes), Tapie (de Toulouse), Merlin, conseiller général de la Loire; Lambret (de Lille), Pauthier (de Senlis) et Bachelez (de Saint-Omer).

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — Ce Congrès qui doit se tenir à Paris du 29 mars au 2 avril 1910 est divisé en 7 sections.

La 3e section, climatothérapie et thalassothérapie, sera présidée par M. Huchard, assisté de M. Lalesque (d'Arcachon), secrétaire général.

Voici la liste des rapports de cette section :

RAPPORTS. — « Mer et montagne. Climatophysiologie comparée ». — Rapporteurs : MM. les docteurs Huggard (de Londres) et Sardou (de Nice).

« Les cures forestières ». — Rapporteurs : MM. les docteurs Mol (de Scheveningue) et Lalesque (d'Arcachon).

« Climatothérapie dans les affections du cœur et de l'appareil circulatoire ». — Rapporteurs : MM. le professeur Gibson (d'Edimbourg) et le docteur Laubry (de Paris).

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS vient de renouveler son bureau pour l'année 1910 :

Ont été nommés : MM. les docteurs Le Filliâtre, président; Regnault et Georges Rosenthal, vice-présidents; P. Barlerin, secrétaire général; Maurice, trésorier; Risacher et Wurtz, secrétaires des séances.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 49.*)

AU SUJET DE DEUX CAS
DE
PLAIES DU CŒUR PAR ARMES A FEU

Par le docteur DUPONT (1),
Médecin aide-major de première classe.

PLAIES DU CŒUR ET DU PÉRICARDE. — Le projectile qui atteint le cœur pénètre généralement au niveau de la région précordiale, c'est-à-dire au niveau de la partie gauche du thorax. Dans sa statistique Loison signale que l'orifice d'entrée siégeait :

A gauche du sternum 70 fois, soit 79,5 p. 100.
A droite du sternum 14 fois, soit 16 p. 100.
A travers le sternum 4 fois, soit 4,5 p. 100.

Si on recherche la position exacte du point de pénétration, on voit que le point d'élection paraît siéger dans les quatrième et cinquième espaces gauches et d'une façon telle qu'on peut les grouper dans une zone correspondant à peu près à l'aire cardiaque. Comme siège anormal de l'orifice d'entrée on peut citer le quatrième espace intercostal droit et le bord gauche de l'appendice xyphoïde. Dans un cas, la balle qui avait pénétré par le dos est ressortie en avant, en dedans du mamelon gauche.

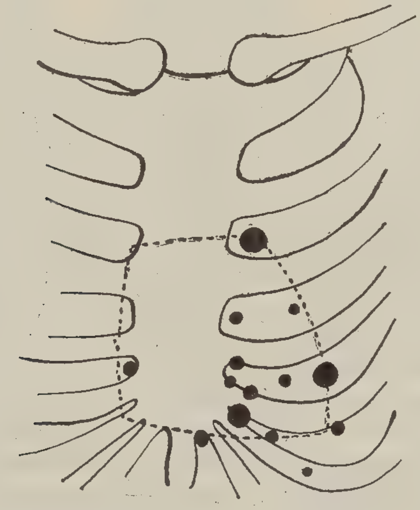


FIG. 4. — *Schéma représentant la position des divers orifices d'entrée par rapport à l'aire cardiaque. La grosseur des points est calculée en raison de la fréquence des blessures (de 1 à 4).*

La position de l'orifice d'entrée loin de la région cardiaque est surtout fréquente dans les blessures de guerre.

C'est ainsi que dans la guerre de sécession on trouve le cas d'un blessé recevant un coup de feu qui fracture le maxillaire inférieur, passe sur le côté gauche du cou et pénètre dans le thorax par la partie supérieure. Un autre coup de feu frappe le blessé au niveau de l'avant-bras, puis pénètre dans la poitrine au niveau du cinquième espace intercostal gauche, à la jonction du cartilage avec la côte. Dans un troisième cas la balle entrée quatre pouces au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche sortit au niveau de l'aisselle du côté opposé.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nº 2, p. 15.

Il est assez rare que la balle perfore la poitrine de part en part. Le plus souvent la force vive s'épuise dans les lésions produites et celle-ci va se ficher soit dans les muscles du dos, soit dans la colonne vertébrale.

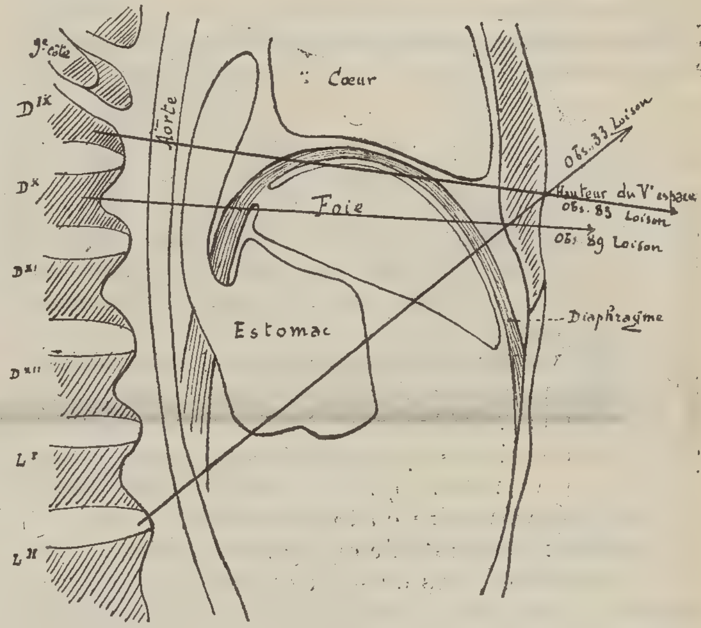


FIG. 5. — *Coupe sagittale du tronc (d'après Testut). Les flèches représentant le trajet approximatif des balles dans les observations mentionnées.*

Toutes les parties du cœur peuvent être atteintes, mais certaines cavités présentent une vulnérabilité plus grande tenant à leur situation anatomique.

Sur 94 cas, Loison trouve que

Le ventricule gauche a été atteint dans	38 cas,	soit	40,8 %.
Le ventricule droit	18 cas,	—	19,3 %.
L'oreillette droite	7 cas,	—	7,6 %.
L'oreillette gauche	2 cas,	—	2,1 %.
La cloison intra-ventriculaire et les vaisseaux coronaires	4 cas,	—	4,3 %.
La pointe du cœur	5 cas,	—	5,4 %.
Les gros vaisseaux	4 cas,	—	4,3 %.
Blessures multiples	16 cas,	—	17 %.

Avec Jamain, on peut diviser les plaies du cœur en plaies non pénétrantes et plaies pénétrantes.

PLAIES NON PÉNÉTRANTES. — Les coups de feu les provoquent rarement. Il faut, en effet, pour qu'elles se produisent, que les parois aient une épaisseur assez considérable (ventricule ou pointe du cœur) ou que la balle rencontre le cœur bien obliquement.

Le ventricule gauche est environ trois fois plus atteint que le ventricule droit.

La blessure au cœur peut affecter la forme d'une gouttière qui peut aller de quelques millimètres jusqu'à occuper presque toute l'épaisseur de la paroi.

Ce peut être un canal que le projectile se creuse. On y rencontre souvent dans sa lumière des corps étrangers, débris de vêtements, de bourres.

Pisarzewski rapporte un cas dans lequel la gouttière n'était séparée de la cavité ventriculaire que par une mince couche musculaire présentant par places des fissures.

Dans ces cas, ou bien si la plaie est petite, les

bords s'accolent et se cicatrisent facilement comme l'ont démontré Bode et Rehn. La lame de tissu cicatriciel étalée n'offre qu'une résistance modérée à la pression ventriculaire et un anévrisme peut facilement se former.

Si la plaie est large, bâille et tend à s'agrandir, la blessure primitivement non pénétrante peut sans le moindre effort se transformer en plaie pénétrante.

Plaies pénétrantes. — « Le cœur atteint par un projectile peut être totalement mis en pièces et former une bouillie noirâtre, de telle façon qu'il n'y a que dans quelques parties qu'il est possible de reconnaître encore la substance cardiaque » (Fischer); mais ces cas sont très rares. Loison n'en rapporte qu'un seul.

Les blessures produites par les projectiles d'arme à feu peuvent affecter des aspects très divers.

Le cœur peut présenter une fissure suivant une direction en général peu définie. Le plus souvent, il semble cependant qu'elles suivent les sillons (auriculo-ventriculaire ou longitudinal).

La cause favorisante de ce genre de lésions paraît être l'emploi d'armes de petit calibre et par conséquent de projectiles animés d'une faible vitesse. Lorsque les fissures sont produites par des armes de gros calibre, elles sont profondes, multiples et partagent le cœur en fragments inégaux. Quelquefois la fissure se continue sur les vaisseaux.

Dans une deuxième catégorie de faits, la balle se creuse sur la paroi un sillon conduisant dans la cavité par un orifice quelquefois bien étroit.

Le plus souvent il y a perforation. La balle traverse le cœur de part en part en se creusant un canal à travers une ou plusieurs parois de l'organe.

L'orifice d'entrée en général net, taillé à l'emporte-pièce, rond, présente quelquefois un aspect étoilé, frangé, semé dans la zone concentrique de petites taches brunes produites par l'incrustation de grains de poudre. De cet orifice peuvent s'irradier de fines fissures, qui pénètrent plus ou moins loin la substance cardiaque.

Le canal de la balle est formé par des fibres musculaires déchirées. Il présente un aspect noirâtre et il est le plus souvent rempli de caillots. Il peut renfermer aussi des corps étrangers (esquilles, bourres, poils, débris de vêtements...).

L'orifice de sortie est déchiqueté avec de longues fissures. Il est toujours plus grand que l'orifice d'entrée (de Santi).

Dans la systole, le cœur étant vide et le muscle contracté, le cœur se comporte comme un muscle ordinaire, les gouttières sont simples, les lésions nettes et peu étendues.

Dans la diastole, le cœur étant rempli de liquide, il faut faire intervenir l'action de la pression hydrostatique. Le canal est plus large, plus déchiqueté; la paroi est déchirée sous la poussée du liquide dont les molécules sont entraînées par la balle comme les particules de neige jaillissent en éclat dans la direction du choc du pied qui frappe la masse.

Dans une dernière catégorie, il faut envisager les phénomènes d'éclatement, fréquents avec les armes de gros calibre, principalement les armes de guerre ou encore avec les armes de petit calibre, lorsque la force vive du projectile ne s'est pas épuisée sur un obstacle et arrive encore très élevée au contact du cœur.

Si la plaie a été produite par une charge de plomb, on trouve en général plusieurs blessures. Elles sont espacées et chacune présente un canal avec un orifice d'entrée et un orifice de sortie, ou bien plusieurs plombs peuvent se concentrer au même endroit. La blessure est alors large et peut présenter les caractères d'une plaie par balle (Le Gludic).

Le cœur, outre les blessures de sa paroi, peut être aussi atteint dans ses parties constituantes.

Les piliers sont rarement atteints. Dans le cas de Marion, le pilier de la tricuspide était sectionné à son insertion sur la paroi.

Parmi les valvules des orifices auriculo-ventriculaires, la valvule mitrale semblerait jouir d'une immunité particulière.

Les valvules peuvent être atteintes par la balle suivant un trajet ascendant ou bien le projectile rencontre la valvule dans son trajet horizontal et la détruit.

Dans la cloison interventriculaire, la balle peut se creuser un trajet plus ou moins long, de telle façon que le fond du canal n'est séparé de la cavité ventriculaire que par une faible épaisseur de muscle. La cloison peut être aussi déchirée. Plus souvent la balle passe d'une cavité dans l'autre en perforant la cloison et crée ainsi un canal interventriculaire.

Pour les vaisseaux, il peut arriver que les déchirures produites au niveau du cœur, surtout au niveau de l'orifice de sortie se propagent le long de l'artère pulmonaire et de l'aorte. « Si les vaisseaux sont atteints directement ils se déchirent comme tous les autres grands vaisseaux sur toute l'étendue de leur longueur, lorsque la pression hydrostatique dépasse le coefficient d'élasticité » (Bircher).

La blessure peut être minime lorsque, comme dans le cas de Le Gludic, ce sont de petits grains de plomb qui viennent se loger à la base de l'aorte.

Parmi les vaisseaux, c'est l'aorte qui est le plus souvent atteinte (6 fois d'après Loison).

Presque jamais les vaisseaux ne sont blessés dans leur trajet intra-cardiaque. Ils sont surtout vulnérables à leur origine et plus particulièrement dans la zone extra-cardiaque (crosse de l'aorte, aorte descendante).

Les blessures isolées des vaisseaux coronaires sont peu fréquentes. Le plus souvent le projectile se creuse un trajet dans la paroi du cœur coupant sur son passage un ou plusieurs rameaux coronaires.

A propos de l'examen de la blessure de nos deux cas, nous avons examiné parmi les organes voisins blessés la plèvre et le poumon. Nous n'y reviendrons pas. Mais il est un point spécial à analyser et qui tire son intérêt dans le cas particulier de ce qui a été constaté dans l'observation I, c'est de considérer dans quelle mesure le diaphragme participe aux plaies du cœur.

Le diaphragme, cloison mobile qui sépare le tho-

rax de l'abdomen, présente des mouvements d'élévation et d'abaissement.

Dans la position d'expiration qui est la plus élevée, le diaphragme vient se placer dans le voisinage de la région d'élection des coups de feu du cœur. D'après Testut, en effet, dans l'expiration normale, le diaphragme du côté gauche est placé au niveau de la sixième côte; dans l'expiration forcée, il arrive au niveau de la cinquième.

Le diaphragme voyage donc entre la cinquième et la sixième côte.

Dans la statistique de Loison, sur ses 110 observations, le diaphragme n'est blessé que 12 fois, soit 10,9 p. 100.

Si nous examinons ces 12 cas, nous voyons que parmi eux il en est 5 seulement qui, par la localisation exacte des orifices d'entrée et de sortie, nous donnent des renseignements comparables.

SOURCE DE L'OBSERVATION.	ORIFICE D'ENTRÉE.	ORIFICE DE SORTIE.
In Loison nº 83.	5e espace gauche.	9e vert. dorsale à droite.
In Loison nº 33.	5e espace gauche.	Intervalle entre la 1re et la 2e vert. lombaire.
In Loison nº 18.	5e espace gauche.	11e esp. intercost.
In Loison nº 89.	3 pouces au-dessous du mamelon gauche.	10e vert. dorsale.
In Loison nº 13.	1 p. 1/4 au-dessous du mamelon gauche.	Intervalle entre la 9e et 10e côte.

Donc la balle entrée quatre fois au niveau du cinquième espace intercostal (trois pouces au-dessous du mamelon gauche correspondant à peu près au cinquième espace) et une fois au niveau du quatrième espace (un pouce un quart au-dessous du mamelon) est sortie après avoir lésé le diaphragme dans un espace compris entre la neuvième vertèbre dorsale et la deuxième vertèbre lombaire.

Faut-il en conclure que toute balle qui suivra ce trajet rencontrera le diaphragme ?

Sur les 110 observations de Loison, on en relève 4 où les trajets sont à peu près analogues sans avoir rencontré le diaphragme.

SOURCE DE L'OBSERVATION.	ORIFICE D'ENTRÉE.	ORIFICE DE SORTIE.
In Loison nº 79.	5e espace gauche.	10e vert. dorsale.
In Loison nº 75.	Au-dessous du sein gauche.	Entre la 10e et la 11e vert. dors.
In Loison nº 39.	5e espace gauche.	10e vert. dorsale.
In Loison nº 23.	5e espace gauche.	10e côte.

Cette différence tient à la mobilité du diaphragme. Est-il en expiration, il présente une plus grande surface vulnérable. En inspiration, il descend au-dessous de la zone d'élection des plaies cardiaques et il échappe à la blessure.

Le foie peut, comme dans l'observation I, être creusé d'une simple gouttière lorsque la balle effleure seulement sa surface. Il peut aussi se comporter comme un organe spongieux et éclater lorsque le projectile le perfore.

Il en est de même pour le rein.

Il reste maintenant une dernière question à envisager, celle de la cause de la mort immédiate.

Il est difficile de faire remonter la mort à une cause unique dans le cas de blessure du cœur. « Ainsi que le fait remarquer Lennertz, le cœur est un organe insuffisamment connu, et pour se rendre compte du mécanisme de la mort, il faut tenir compte d'un très grand nombre de facteurs » (Loison).

On peut envisager avec Loison quatre causes principales qui provoquent la mort immédiate dans le cas de blessure du cœur : les troubles mécaniques de la circulation, l'hémorragie, l'action musculaire et nerveuse, l'infection.

Les troubles mécaniques de la circulation, lorsqu'ils sont intra-cardiaques, proviennent de désordres profonds résultant de traumatismes graves. Ce sont les valvules qui sont rompues ou la cloison interventriculaire qui est déchirée.

Les troubles intra-cardiaques résultent de la compression du cœur. Lorsqu'un caillot obstrue la plaie péricardique ou que le péricarde est intact, celui-ci peut se laisser distendre, à condition cependant que l'épanchement soit progressif et peu abondant (Prodrey, Mausell-Moulin).

Lorsque le saignement est rapidement abondant, le cœur est comprimé de plus en plus. Fr. Franck a montré comment, sous l'effet de la pression, le cœur ne pouvant réagir par la contre-pression nécessaire, privé de sang, continue à battre sans envoyer d'ondée artérielle, faute d'afflux, les oreillettes étant aplaties sous la pression. Lagrolet a confirmé en tous points les observations de Franck. Les constatations cliniques (Horodynski, Mignon et Sieur, Savariaud, Mancini, Janari, Marion) ont fait remarquer que dès que le péricarde est ouvert et le sang évacué le cœur peut recommencer à battre.

Le sang épanché peut venir d'une des cavités du viscère ou bien de la portion intra-péricardique des gros vaisseaux, des vaisseaux coronaires, des vaisseaux du péricarde, quelquefois même de la mammaire ou de l'intercostale.

La mort peut survenir par hémorragie. Celle-ci peut être externe ou interne. La blessure des vaisseaux coronaires est quelquefois abondante et peut entraîner la mort, malgré les faibles dimensions de la lumière de ces vaisseaux. En outre la blessure des coronaires peut provoquer une anémie cardiaque avec paralysie consécutive du cœur par défaut d'irrigation de la fibre musculaire (expériences de Chirac, Erichsen, Schiff, Vulpian, Sée, Rochefontaine et Roussy).

Les plaies non pénétrantes s'accompagnent souvent d'une hémorragie abondante (Ferraresi, Fummi, Maliszewski).

Les plaies pénétrantes donnent lieu à des hémorragies très dangereuses. Si le péricarde est fermé, on observe les phénomènes de compression déjà envisagés ; s'il est en communication avec la plèvre, les phénomènes d'anémie l'emportent.

Les plaies produites pendant la systole saignent plus que celles produites pendant la diastole; les premières s'élargissent pendant la diastole, les autres se rétrécissent durant la systole (Niétert, Rehn). A dimensions égales, les plaies du ventricule droit saignent plus que celles du ventricule gauche

(Prodrez) et les plaies perpendiculaires à la paroi saignent plus que les obliques.

L'hémorragie auriculaire se fait en masse et n'est pas influencée par les mouvements du cœur, celle des ventricules est continue avec renforcement systolique. Souvent même le jet de sang est uniquement systolique (Fontan, Horodynsky, Lisanti, Malizewski, Pomara, Ramoni, Tully Vaughan, Velo).

La blessure du tissu musculaire du cœur, si elle est restreinte, ne présente aucune gravité réelle. Dans le cas de lésion étendue, la mort est rapide par suite de suppression de l'action de l'organe.

Mauclaire, à la séance de la Société de chirurgie du 9 janvier 1907, disait que toutes ces causes sont insuffisantes à expliquer la mort, car on a vu celle-ci se produire malgré une perte de sang insignifiante, une gêne mécanique absente et des lésions musculaires peu étendues. Il faut faire intervenir, à son avis, un trouble apporté à l'innervation du cœur.

Kronecker et Schmey ont cru découvrir sur le chien et le lapin un centre de coordination des mouvements du cœur dans le sillon interventriculaire antérieur à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur. Une piqûre en ce point provoquerait la mort subite en arrêtant les battements du cœur. Camus eut une mort au moment où il serrait un point de suture dans cette région. Bien que Rodet et Nicolas d'un côté, Elsberg d'un autre, n'aient pas confirmé l'existence de ce centre, les conclusions de Kronecker, l'observation de Moreau, celles de Camus et de Baudet prouvent qu'un traumatisme du cœur peut produire, en dehors de toute hémorragie ou compression, des troubles graves de la fonction cardiaque, troubles pouvant aller jusqu'à la cessation complète des battements.

On peut remarquer cependant que l'acupuncture est d'un usage courant au Japon et que certains auteurs ont conseillé d'agir de même en cas de syncope chloroformique pour réveiller l'activité cardiaque.

L'influence du shock est très connue. Celui-ci joue un rôle important dans les blessures du cœur par armes à feu, où l'ébranlement nerveux est parfois considérable.

La mort par infection peut survenir à une date variable avec des accidents locaux ou généraux. Mais ce n'est pas là une cause de mort immédiate, la seule que nous ayons voulu envisager ici.

MÉDECINE PRATIQUE

COMMENT ÉLEVER UN PRÉMATURÉ?

Sous ce titre, M. Grosse vient de résumer, en un excellent article (1), les soins multiples qui doivent être prodigués au prématuré, mais grâce auxquels on peut souvent assurer à l'enfant né viable avant le terme de la grossesse un développement normal. Nous avons emprunté à cet article presque tous les détails qui vont suivre.

Il est inutile de rappeler l'aspect du prématuré, de l'avorton; notons seulement que, pour apprécier sa vitalité, on tiendra compte de deux éléments : le poids et la durée de la vie intra-utérine. Le poids, inférieur à celui d'un enfant né à terme, oscille entre 1000 et 2500 grammes; on a vu très exceptionnellement survivre des prématurés dont le poids, à la naissance, n'atteignait que 800 ou 900 grammes; pour la durée de la vie intra-utérine, ce n'est guère qu'à partir de six mois et demi que le fœtus présente quelque aptitude à vivre et ses chances de survie sont d'autant plus considérables que la naissance a lieu à une époque plus rapprochée du terme de la grossesse.

(1) A. Grosse. *Gaz. méd. de Nantes*, 14 et 21 août 1909.

Beaucoup de prématurés sont des débiles, atteints de faiblesse congénitale, en raison de l'inachèvement de leurs organes; quelques-uns cependant sont vigoureux et ne demandent qu'à vivre. Tous présentent une tendance très marquée au refroidissement; chez le nouveau-né à terme, la température tombe à 36 ou 35 degrés le jour de la naissance, mais revient à la normale dès le lendemain; chez le prématuré, l'hypothermie qui suit la naissance est beaucoup plus prononcée et plus durable; la température tombe à 34, 32 degrés, quelquefois même plus bas, jusqu'à 20 degrés (Hutinel); et, si on ne donne pas au débile les soins nécessaires pour lutter contre l'hypothermie, il n'est pas rare que survienne le sclérème : c'est un œdème dur, ne se laissant pas déprimer par le doigt, occupant surtout les membres inférieurs. La première indication pour assurer la vie et le développement d'un prématuré est tirée de cette hypothermie; il faut préserver l'avorton du refroidissement et le réchauffer.

Sitôt la naissance, l'enfant sera nettoyé dans un bain chaud, puis entouré d'ouate, habillé, et mis dans un berceau muni des couvertures suffisantes; on placera auprès de l'enfant trois boules d'eau chaude, une aux pieds et une de chaque côté, recouvertes d'un manchon de flanelle. Si la température du prématuré est au voisinage de 36 degrés, il suffira de le placer dans une pièce chauffée à 18 ou 20 degrés. Si la température s'abaisse à 35 degrés et au-dessous, il faut le mettre en couveuse; on utilisera la couveuse de Tarnier ou la couveuse des Enfants-Assistés; celle-ci (2) se compose d'un bac de faïence émaillée dont le fond est remplacé par une plaque de tôle galvanisée percée de trous; cette plaque sert en même temps de couvercle à une caisse métallique sur laquelle repose le bac; on glisse dans cette caisse trois boules d'eau chaude par une porte qui se trouve sur l'un des côtés; l'appareil est recouvert d'une vitre épaisse pouvant être soulevée au moyen d'une vis pour faciliter l'aération; enfin, dans le bac de faïence où l'enfant est couché, on place un thermomètre et l'on fixe à l'une des parois une éponge imbibée d'eau qui donne à l'air de la couveuse une humidité suffisante. Quelle doit être la température de la couveuse? 28 à 30 degrés pour Budin, 33 degrés pour Hutinel; ce chiffre variera d'ailleurs selon que l'avorton est plus ou moins hypothermique. Pendant que l'enfant est dans la couveuse, il faut prendre quelques précautions : veiller que la température soit constante et empêcher le refroidissement quand l'enfant est retiré de couveuse pour téter ou être changé; on fera donc téter l'enfant et on le changera devant un bon feu de bois. Quand la température du prématuré est remontée, quand elle se maintient de façon constante à 36 degrés et au-dessus, on supprimera peu à peu la couveuse, c'est-à-dire qu'on en abaissera progressivement la température, qu'on l'ouvrira chaque jour à plusieurs reprises, puis qu'on en sortira l'enfant d'abord le jour pour l'y remettre la nuit; on supprimera enfin complètement la couveuse après s'être assuré que l'enfant supporte bien ces essais successifs.

Si la couveuse a des avantages, elle présente aussi des inconvénients, car elle constitue une véritable étuve dans laquelle les germes trouvent une température constante favorable à leur développement; or on sait que le prématuré s'infecte très facilement. MM. Marfan, Hutinel et Delestre ont

(1) Hutinel et Lesné. *Les Maladies des enfants*, t. I.

insisté sur ce danger et Marfan a même écrit(1) : « Les bénéfices de la couveuse nous ont paru douteux et ses inconvénients très grands. »

Aussi bien souvent, quand la température du prématuré n'est pas très basse, on peut se contenter de le maintenir dans une chambre surchauffée. Marfan conseille le dispositif suivant : devant une cheminée où on fait un grand feu, on installe un paravent ; l'espace ainsi limité est recouvert par un drap de lit ou une couverture ; on a ainsi une chambre d'incubation où sera facilement obtenue une température de 25 à 28 degrés.

Les bains chauds seront parfois utiles pour aider au réchauffement du prématuré ; on les donne à 38 degrés, ou mieux on commence par mettre l'enfant dans un bain dont la température est supérieure d'un degré à celle de son corps et on élève ensuite progressivement la température jusqu'à 38 et même 40 degrés. Les injections sous-cutanées ou plutôt les lavements de sérum artificiel sont également à conseiller.

Reste à régler l'alimentation du prématuré, ce qui est toujours difficile, car le tube digestif est imparfaitement développé, très fragile ; il faut donc éviter une suralimentation qui conduirait fatalement à l'entérite, tandis qu'une alimentation insuffisante produit l'arrêt de croissance et les accès de cyanose décrits par Budin. Le lait de femme est le seul qui convienne au prématuré ; l'enfant sera donc mis au sein de la mère ou d'une nourrice. Premier cas : le prématuré est nourri par sa mère ; pendant les premiers jours, une difficulté surgit ; la montée laiteuse est souvent, surtout chez les primipares, tardive et peu abondante ; la sécrétion lactée est d'autant plus faible que le prématuré peu vigoureux tète sans énergie ; dans ces conditions, il est bon qu'une nourrice vienne aider la mère pour quelques jours ; le prématuré est mis au sein de la nourrice dont le lait vient facilement et près de laquelle il trouve sans efforts une nourriture suffisante ; pendant ce temps, l'enfant de la nourrice prend le sein de la mère, ses succions énergiques activent la sécrétion lactée. Deuxième cas : le prématuré est allaité par une nourrice ; au début, tout va bien, mais, le prématuré tétant faiblement et ne prenant qu'une quantité minime de lait, bientôt la sécrétion lactée diminue et elle finirait par faire presque totalement défaut ; aussi, lorsqu'une nourrice allaite un avorton, elle devra conserver près d'elle son enfant qui sera mis au sein après le débile et dont les succions entretiendront la sécrétion lactée. Quelquefois le prématuré est tellement faible qu'il n'a pas la force de téter ; une nourrice expérimentée peut alors arriver assez facilement à faire couler directement le lait dans la bouche de l'enfant par une sorte de traite, par des pressions exercées de la périphérie du sein vers le mamelon ; ce procédé est bien supérieur aux téterelles et aux tire-lait. Dans certains cas même, il faut nourrir l'enfant avec du lait tiré par expression du sein et donné à l'enfant avec une cuiller ou même avec une sonde par gavage.

La quantité de lait nécessaire au prématuré est variable suivant les cas ; on procédera toujours, pour la fixer, par tâtonnements en suivant la courbe de poids au moyen de pesées quotidiennes ; il est aussi indispensable de peser chaque jour plusieurs tétées, et même, pendant les premiers jours, de les peser toutes ; avec la balance seulement, on sait, de façon précise, ce que prend le nourrisson. A titre d'indication, voici, d'après Budin, quelle serait en moyenne la quantité de lait nécessaire aux débiles :

	Enfants pesant moins de 1800 gr.	Enfants pesant de 1800 à 2200 gr.	Enfants pesant de 2200 à 2500 gr.
2e jour......	115 gr.	128 gr.	180 gr.
3e —	160 —	175 —	236 —
4e —	210 —	226 —	295 —
5e —	225 —	308 —	335 —
6e —	250 —	324 —	370 —
7e —	280 —	335 —	375 —
8e —	285 —	350 —	385 —
9e —	310 —	380 —	415 —
10e —	320 —	410 —	425 —

(1) MARFAN. *Traité de l'allaitement.*

Après le dixième jour, l'enfant doit absorber une quantité de lait dépassant un peu le cinquième du poids du corps ; pour faire rapidement ce calcul, on prend les trois premiers chiffres du poids et on multiplie par 2. Un prématuré de 2000 grammes, par exemple, doit prendre un peu plus de 400 grammes de lait. Ces données ne peuvent, il faut bien le retenir, ne fournir que des moyennes.

La capacité de l'estomac étant limitée chez l'avorton, et l'enfant ayant cependant besoin d'une quantité relativement considérable de nourriture, il y a souvent avantage à conseiller des tétées plus fréquentes qu'à l'état normal, mais moins copieuses ; c'est ainsi qu'au lieu de régler les tétées à des intervalles de deux heures et demie, on mettra l'enfant au sein toutes les deux heures et même toutes les heures et demie pendant le jour, toutes les trois heures ou trois heures et demie pendant la nuit ; au lieu de huit tétées par vingt-quatre heures, on en donnera ainsi dix ou douze au prématuré. Notons encore que l'avorton a des fonctions digestives longtemps insuffisantes ; aussi doit-on chez lui prolonger l'allaitement au sein et faire le sevrage tardif (Hutinel et Lesné).

Ainsi réchauffé et nourri, le prématuré pourra souvent survivre et devenir un enfant normal ; toutefois, dans les hôpitaux et hospices surtout, il conviendra encore de réaliser une asepsie aussi parfaite que possible de l'enfant et de son entourage, car l'avorton est fort exposé aux infections diverses, en particulier aux infections cutanées, respiratoires et digestives ; les conjonctives, les fosses nasales, la plaie ombilicale et toute la surface cutanée devront donc être toujours surveillées et protégées avec le plus grand soin.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1910)

M. BOUCHARD, président sortant, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie et les changements survenus parmi les membres et les correspondants pendant le cours de l'année 1909.

M. Emile PICARD prend place au fauteuil de la présidence et prononce l'allocution d'usage.

La paralysie infantile expérimentale. — MM. LEVADITI et LANDSTEINER.

Etude de l'action des rayons ultra-violets sur les microbes. — Mlle P. CERNOVODEANU et M. Victor HENRI.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1910)

Les kystes hydatiques du foie. — M. DELBET a rencontré 6 cas de kystes multiples sur 25 cas de kystes hydatiques du foie. Voici très résumée l'histoire de ces 6 cas : chez un de ces malades un seul kyste fut reconnu et opéré ; le malade succomba à la rupture du kyste méconnu dans une bronche et après une vomique. Le second malade, opéré de ses deux

kystes, mourut peu de temps après de tuberculose pulmonaire. Le troisième, opéré de ses deux kystes en deux séances très rapprochées, guérit et resta guéri. Dans les trois autres cas, il y avait des kystes multiples du foie et de l'abdomen, soit qu'il s'agisse de cas de ruptures de kystes hépatiques dans l'abdomen, soit qu'il s'agisse de kystes contemporains. Ces trois malades ont guéri.

M. Delbet a traité 6 de ces cas par la réduction simple sans capitonnage, 9 par le capitonnage, 11 par la marsupialisation.

M. Delbet, qui a préconisé le capitonnage il y a déjà quelques années, s'étonne que ses collègues n'aient pas plus souvent recours à cette méthode qu'il considère comme excellente de tous points.

M. Quénu fait observer qu'il résulte de cette discussion que les kystes hydatiques multiples du foie sont plus fréquents qu'on ne le croyait. Les chiffres fournis dans la discussion actuelle atteignent 190 cas sur lesquels on compte 39 cas de kystes multiples, soit une proportion de 23 p. 100.

Les kystes multiples présentent incontestablement plus de gravité : sur ces 39 cas, il y a eu 9 morts post-opératoires, soit une mortalité de 23 p. 100.

Au point de vue du traitement, M. Quénu est d'avis qu'il faut inciser les kystes là où ils font saillie, par des incisions séparées, là où il y a le moins de tissu hépatique à traverser.

M. Quénu fait l'histoire des diverses discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie sur les kystes hydatiques du foie. Il donne sa statistique personnelle : sur 45 opérations de kystes hydatiques qui ont été faites dans son service et en ville, il relève 10 kystes multiples, soit 22 p. 100. L'opération est plus grave quand il s'agit de kystes multiples. Cela est incontestable. Le pronostic opératoire doit être plus réservé.

Les trois méthodes de traitement, extirpation, marsupialisation, réunion sans drainage, ont chacune leurs indications. L'extirpation ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement. La marsupialisation est l'opération de choix dans les kystes suppurés. La réduction sans drainage ne doit être pratiquée qu'à bon escient. M. Quénu fournit les statistiques relatives à chacune de ces interventions.

La discussion sur les kystes hydatiques du foie est close.

Grossesse extra-utérine croisée. — M. Marion fait un rapport sur une observation de M. Silhol (de Marseille) relative à une jeune femme qui, brusquement, fut prise de tous les symptômes d'une inondation périnéale. M. Silhol la voit quarante-huit heures après. Les symptômes graves s'étaient amendés. Il constate une collection dans le cul-de-sac postérieur et diagnostique une hématocèle par rupture d'une grossesse extra-utérine.

M. Silhol suivit cette malade pendant plusieurs semaines et vit se développer dans le cul-de-sac gauche une tumeur qui s'accroissait rapidement et présentait tous les caractères d'une grossesse tubaire. L'opération fut décidée; elle montra qu'il y avait en effet un épanchement sanguin enkysté dans le Douglas et une grossesse extra-utérine développée au niveau du pavillon de la trompe gauche. L'examen de la pièce montra que cette trompe était perméable et que l'ovaire, de ce côté, était kystique. Du côté droit l'ovaire était normal et présentait seulement un caractère de corps jaune récent et la trompe était oblitérée. M. Silhol conclut que dans ce cas il s'agit d'une grossesse croisée.

M. Potherat met en doute la grossesse croisée; il lui semble que l'ovaire gauche n'était pas entièrement détruit.

MM. Schwartz, Lucas-Championnière et Delbet admettent parfaitement la possibilité de la grossesse croisée. Il y en a eu de nombreux exemples.

Traitement des grands évidements osseux. — M. Chaput. Les grands évidements osseux guérissent difficilement pour les raisons suivantes : persistance des lésions d'ostéite, insuffisance du bourgeonnement du tissu osseux, profondeur et rigidité des parois des cavités osseuses, cicatrisation trop rapide des parties molles au-devant de l'os, d'où rétention et fistulisation.

M. Chaput a opéré avec succès six grands évidements osseux : un cas par un aplanissement très complet, deux cas par l'autoplastie cutanée, trois cas par la greffe de tissu graisseux introduit dans la cavité osseuse (greffe adipeuse ou plombage organique).

Les indications des diverses méthodes sont les suivantes :

L'aplanissement est toujours indiqué en combinaison avec les autres méthodes ;

L'autoplastie cutanée est excellente pour les os situés sous la peau, surtout lorsqu'on la combine avec l'aplanissement et la greffe adipeuse ;

La mobilisation des parois osseuses est le plus souvent difficile ou impossible à exécuter correctement ;

La greffe osseuse prise à distance sur le sujet est mutilante ; prise sur un autre sujet elle est compliquée et peu pratique; les greffes osseuses peuvent se nécroser, s'infecter, s'éliminer, se résorber ;

Le plombage métallique ou minéral ne donne pas de résultats pour les grandes cavités ;

Le plombage de Mosetig ou de Reynier est préférable; il s'élimine souvent et n'est pas toujours d'une asepsie ni d'une consistance parfaites, il peut être toxique ;

La greffe adipeuse paraît devoir donner de très bons résultats, si on s'en rapporte à ceux qu'elle a fournis jusqu'ici.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1910)

Eloge du professeur Brissaud, par M. Souques, président pour 1910.

Asymbolie et troubles de la sensibilité. — M. Egger dit qu'on peut voir l'asymbolie tactile chez des malades qui n'ont d'autres troubles de la sensibilité qu'un certain degré d'élargissement des cercles de Weber; inversement, certains tabétiques ayant de gros troubles des sensibilités superficielles et profondes n'ont pas d'asymbolie tactile; la malade que présente l'auteur rentre dans ce deuxième groupe; malgré des troubles considérables des diverses sensibilités, elle reconnaît parfaitement non seulement les étoffes, mais encore divers objets fins : bec de plume, pointe de crayon, etc. M. Egger essaie d'expliquer ce fait par l'hypothèse que les conducteurs des diverses sensibilités étant spécialisés pourraient être touchés isolément à la périphérie, et non dans les centres nerveux. — M. Déjerine conteste qu'on puisse voir l'asymbolie tactile sans troubles de la sensibilité, et considère comme paralytique général le malade objet d'un travail de MM. Egger et Rose. M. Egger répond que ce sujet avait une asymbolie seulement unilatérale, ce qui ne cadre guère avec la paralysie générale.

Hémianopsie homonyme latérale par tumeur hypophysaire sans acromégalie. — MM. de Lapersonne et Cantonnet. Le sujet âgé de vingt-trois ans souffre depuis deux ans de céphalée intermittente, et présente une hémianopsie latérale droite, avec atrophie papillaire commençante à droite et plus marquée à gauche, où la vision est fortement troublée dans la partie conservée du champ visuel. La radiographie montre l'élargissement considérable de la selle turcique, sans signes de compression cérébrale, la ponction lombaire est négative. Comme signes d'insuffisance glandulaire, on note : taille petite (1^m59), aspect infantile avec testicules peu développés et un léger œdème dur de la peau, pas d'acromégalie. L'opothérapie thyroïdienne et testiculaire n'ont donné aucun

résultat, les auteurs se proposent d'instituer le traitement par la radiothérapie.

Déformation de l'épaule. — M. CHAVIGNY (médecin militaire) présente un soldat dont l'épaule droite est très abaissée, la gauche étant élevée. Cette attitude est permanente dans la station debout et disparaît dans le décubitus; trois autres soldats ont été considérés comme simulateurs pour des attitudes analogues. — M. MEIGE rapproche ce fait des tics convulsifs de l'épaule, la gauche est élevée, l'abaissement de la droite n'étant qu'apparent, mais il n'y a pas de phénomènes toniques ou cloniques comme dans les cas ordinaires.

Polynévrite. — MM. BAUDOUIN et CHABROL apportent un fait analogue à ceux récemment rassemblés, au nombre d'une vingtaine, dans la thèse de Laurans (1909). Il s'agit d'une polynévrite à début par les membres inférieurs, qui sont frappés de paraplégie flasque; les supérieurs sont parésiés, et rapidement, ici en vingt-quatre heures, apparaît une diplégie faciale, avec troubles de la phonation. Les troubles s'améliorent rapidement (dans le cas actuel, sous l'influence de l'électricité, précédée de traitement mercuriel, la paraplégie a vite disparu). M. Laurans ne cite qu'un seul cas à terminaison fatale par troubles bulbaires, ceux-ci font défaut ici.

Syndrome bulbo-protubérantiel et cérébelleux. — M. F. LÉVY. Son malade présente l'exagération des réflexes tendineux avec clonus léger et mauvaise interprétation de certaines excitations cutanées. On trouve les signes de l'asynergie cérébelleuse, et, comme phénomènes bulbo-protubérantiels, l'ophtalmoplégie externe incomplète, avec paralysie linguo-glosso-pharyngo-laryngée. L'auteur n'a pas de diagnostic (l'aspect est assez analogue à celui de certaines scléroses en plaques).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

UN PALAIS DU RADIUM. — Le *Bulletin médical* annonce que l'Institut Pasteur a décidé de contribuer par une subvention de 400 000 francs à la construction du grand laboratoire dont M. Nénot a présenté les plans à l'Université de Paris, et qui, sous le nom de « Palais du radium », sera consacré à l'étude des phénomènes de radio-activité et aux applications thérapeutiques de ces phénomènes.

M. Nénot va commencer sans retard les travaux. La subvention offerte par l'Institut Pasteur sera prélevée sur les arrérages du legs Osiris.

Le « Palais du radium » sera construit sur une portion des terrains appartenant à l'Université, entre les rues d'Ulm et Saint-Jacques. Il comprendra deux parties, l'une pour les recherches scientifiques, sous la direction de Mme Curie, l'autre pour les applications médicales, sous la direction de l'Institut Pasteur.

Le Conseil de l'Université a chargé M. Liard de transmettre ses remerciements au directeur et au Conseil d'administration de l'Institut Pasteur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la cinquante-deuxième semaine, 897 décès, au lieu de 991 pendant la semaine précédente et au lieu de 940, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 15 décès, au lieu de 10 pendant la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 260, au lieu de 179 précédemment (moyenne 144). Elle est rare dans les dix arrondissements du centre (au total 33 cas nouveaux et 2 décès seulement). Les quartiers les plus atteints sont : Clignancourt (60 cas) et loin derrière celui-ci, les Grandes-Carrières (18) et la Goutte-d'Or (15). La Villette compte 14 cas, Belleville, 13, enfin la Roquette, 15; les autres quartiers périphériques ont des chiffres bien moindres.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 178 décès, au lieu de 194 pendant la semaine précédente (moyenne 166).

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès (moyenne 200).

On compte en outre 4 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 8.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auphan (d'Ax-les-Therme) et Queirel, directeur de l'Ecole de Marseille.

HOPITAL SAINT-LOUIS (service de M. le docteur Brocq). — *Démonstrations de dermatologie pratique.* — Sous la direction de M. le docteur Brocq, avec sa participation effective et la collaboration de ses assistants, élèves et internes, MM. Lenglet, Pautrier, Belot, Civatte, Simon, Fage, Fernet et Lutembacher, cinquante démonstrations pratiques de dermatologie auront lieu dans son service du lundi 10 janvier au 24 mars.

Dix conférences de thérapeutique clinique seront faites par M. Brocq le lundi matin à neuf heures. Elles seront consacrées à l'examen de malades se rapportant aux leçons qui auront été faites pendant la semaine.

Les conférences de clinique dermatologique et syphiligraphique seront accompagnées de présentations de malades, de moulages, de photographies. Elles auront lieu les mardis, jeudis et samedis à deux heures.

Les conférences de thérapeutique dermatologique générale auront lieu le vendredi matin à dix heures.

Clinique dermatologique et syphiligraphique. — I. 11 janvier. Lésions élémentaires : M. Pautrier. — II. 13 janvier. Eruptions artificielles : M. Civatte. — III. 15 janvier. Gale, phtiriase : M. Fernet. — IV. 18 janvier. Trichophyties, favus : M. Lutembacher. — V. 20 janvier. Sporotrichose : M. Lutembacher. — VI. 22 janvier. Pyodermites, impétigo, ecthyma : M. Fernet. — VII. 25 janvier. Les acnés : M. Civatte. — VIII. 27 janvier. Lupus tuberculeux : M. Pautrier. — IX. 29 janvier. Lupus érythémateux : M. Pautrier. — X. 1er février. Les tuberculoses cutanées atypiques (tuberculides) : M. Pautrier. — XI. 3 février. Lèpre : M. Fernet. — XII et XIII. 5 et 10 février. Eczéma et dysidrose : M. Civatte. — XIV. 12 février. Psoriasis : M. Civatte. — XV. 15 février. Parakératoses psoriatiformes. Parapsoriasis : M. Civatte. — XVI. 17 février. Erythèmes. Pityriasisrose de Gibert : M. Fernet. — XVII. 19 février. Dermatites exfoliatrices : M. Simon. — XVIII. 22 février. Lichen plan : M. Pautrier. — XIX. 24 février. Prurit, névrodermites : M. Pautrier. — XX. 26 février. Urticaire, prurigo : M. Civatte. — XXI. 1er mars. Dermatite polymorphe douloureuse, pemphigus : M. Lutembacher. — XXII. 5 mars. Séborrhée, pelade : M. Fernet. — XXIII. 8 mars. Sclérodermie, ichthyose, chéloïdes : M. Simon. — XXIV. 10 mars. Tumeurs épithéliales : M. Civatte. — XXV. 12 mars. Tumeurs conjonctives, mycosis fongoïde : M. Pautrier. — XXVI. 15 mars. Chancre induré, chancre mou, herpès : M. Simon. — XXVII. 17 mars. Manifestations secondaires de la syphilis : M. Simon. — XXVIII. 19 mars. Manifestations cutanées tertiaires de la syphilis : M. Simon. — XXIX et XXX. 22 et 24 mars. Traitement de la syphilis : M. Simon.

Thérapeutique dermatologique générale. — I. 14 janvier. Principes de la thérapeutique des dermatoses, hygiène générale, régimes alimentaires : M. Lenglet. — II. 21 janvier. Médication interne proprement dite : M. Lenglet. — III. 28 janvier. Matière médicale, les excipients : M. Pautrier. — IV. 4 février. Les médications locales : M. Pautrier. — V. 11 février. Les médications locales (*suite*) : M. Pautrier. — VI. 18 février. Petite chirurgie dermatologique : M. Lenglet. — VII. 25 février : Notions générales d'électrothérapie : M. Belot. — VIII. 4 mars. Hygiène locale cutanée, les résistances cutanées, massages et cosmétiques : M. Lenglet. — IX. 11 mars. Soins à donner aux cheveux, teintures, l'hyperthricose : M. Lenglet. — X. 18 mars. Les eaux minérales et la climatothérapie : M. Lenglet.

Ce cours est public et gratuit. Ceux qui désireraient prendre une part active aux conférences et avoir un certificat d'assiduité sont priés de s'inscrire le plus tôt possible, de neuf à onze heures du matin, au laboratoire du service du docteur

Brocq. Ils auront à verser un droit d'inscription et de certificat de 20 francs.

Cours annexes. — I. Un cours annexe d'histologie pathologique et de bactériologie dermatologique avec méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic, par MM. Pautrier et Lutembacher, sera organisé dès que seront réunies six inscriptions.

Droit d'inscription : 60 francs. Se faire inscrire spécialement au laboratoire le matin de neuf à onze heures. Ce cours aura lieu le mardi, jeudi et samedi, à dix heures et demie.

II. Un cours annexe de radiothérapie et d'électrothérapie dermatologiques, par M. Belot, sera organisé dès que seront réunies huit inscriptions.

Droit d'inscription : 50 francs. Se faire inscrire au service de radiothérapie et d'électrothérapie.

III. Cours pratique de thérapeutique dermatologique appliquée, par MM. Pautrier et Fernet. Immédiatement après le cours complet, un cours pratique de thérapeutique dermatologique appliquée, en douze leçons, sera organisé. Les élèves seront exercés individuellement à la pratique des petites opérations : râclages, scarifications, piqûres, etc. Ils examineront individuellement les malades.

Le nombre des inscriptions est limité à douze. Droit d'inscription : 50 francs. Se faire inscrire spécialement au laboratoire.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — M. le docteur Chevallereau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts, commencera ses leçons le mardi 11 janvier, à une heure et demie, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Sujet : Maladies de l'iris et du cristallin. Glaucome. Ophtalmie sympathique. Accidents du travail.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JANVIER 1910

THÈSES

Jeudi 20 janvier, à une heure. — M. Gilbert. De la température et en particulier de l'hyperthermie dans l'hémorragie et le ramollissement du cerveau. (MM. Raymond, président; Hutinel, Claude et Nobécourt.) — Mlle Feldzer. Le thymus des athrepsiques : essai d'opothérapie thymique. (MM. Hutinel, président; Raymond, Claude et Nobécourt.) — M. Fayolle. La croissance de l'encéphale dans l'hypertrophie. (MM. Pozzi, président; Ribemont-Dessaignes, Auvray et Demelin.) — M. Cardot. De la colpotomie dans le traitement de la péritonite généralisée d'origine puerpérale. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Pozzi, Auvray et Demelin.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 49, 4 déc. 1909.) Von Moraczewski : Sur le défaut de relation entre l'indican urinaire et l'indol des fèces.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 4 nov. 1909.) H. Oppenheim : Diagnostic et traitement des tumeurs du canal rachidien. — Horstmann : Pathogénie et traitement de l'ophtalmie sympathique. — Schumacher : Le séro-diagnostic de la syphilis en oculistique. — Herzenberg : Sur les tumeurs de la région frontale. — Friedländer : Anémie pernicieuse et affections de la moelle épinière. — Graef : Atrophie jaune aiguë du foie au cours de la syphilis secondaire. — Brückner : Sur la signification pronostique de la pression sanguine dans la diphtérie. — Mallincrodt : Sur la tuberculose du nourrisson. — O. Meyer : La mobilisation des hanches ankylosées.

Medizinische Blætter. — (Nos 49 et 50, 4 et 11 déc. 1909.) Kutschera : Sur l'épidémiologie du crétinisme. — (N° 51, 18 déc.) Löser : Quelques constatations bactériologiques intéressantes dans les ulcérations de la cornée. — (N° 52, 25 déc.) Ripa : Expériences cliniques sur le pyrénol.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 2 nov. 1909.) Wessely : Recherches sur l'œil à la période de croissance. — Konjetzny : Sur la pathologie et la clinique des diverticules acquis de l'appendice. — Jach : Sur la teneur en antitrypsine du sang des déments. — Apelt : Examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue de l'augmentation des cellules et de l'albuminurie dans la trypanosomiase des chiens. — Rose : Une épidémie de pneumococcie simulant la grippe. — Hoffmann : L'arythmie cardiaque à l'électrocardiogramme. — Saathoff : Contribution à l'étude de la pyélite primitive. — Simon : Deux cas de tétanos grave traités avec succès par l'antitoxine de Höchst. — Wolf-Eisner : Vaseline à la tuberculine pour l'ophtalmo-réaction. — Dessauer et Wiesner : Un nouveau dispositif radiologique. — Herhold : Dissimulation des abcès sous-phréniques par les épanchements séreux secondaires de la plèvre et de l'abdomen. — P. Sommerfeld : Présence de bacilles pyocyaniques dans la vessie. — Schwiening : Sur la question de l'aptitude au service militaire des volontaires d'un an en Allemagne. — Volpino : Sur la mobilité des corpuscules de la vaccine et de la variole. — Raebiger : Cas de maladies provoquées par les bacilles de la septicémie des souris.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 49, 5 déc. 1909.) Kuthy : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — (N° 50, 12 déc.) Marer : Accouchement prématuré dans un cas de prolapsus utérin accentué. — Zsako : Cas d'asphyxie dans l'épilepsie. — (N° 51, 19 déc.) Kuthy : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — Barla-Szabo : La tourbe et son utilisation.

Riforma medica. — (N° 47, 22 nov. 1909.) Alfonso Sertoli : Volumineuse tumeur mixte du lobe pharyngien de la parotide énucléée par la voie buccale. — Candido Mantelli : Un point particulier de la cure de la hernie inguinale. — Ernesto Fonoglietto : L'ictère syphilitique de la période secondaire. — (N° 48, 29 nov.) Luigi de Gaetano : Iléosigmoïdostomie pour entérocolite chronique. Exclusion totale du côlon. Guérison. — Ferruccio Sicuriani : Oxygénation et suroxygénation extra-pulmonaire. — D. Castelli : A propos d'une forme rare d'ectopie testiculaire. — Michele Marcialis : Contribution clinique à l'étude des tumeurs du grand épiploon. — (N° 49, 6 déc.) Arnaldo Cantani : A propos du pouvoir pyogène du micrococcus melitensis. — Ferdinando Gangitano : Deux cas de tumeurs bilatérales à type familial, portant sur les glandes mammaires mâles. Leur signification probable. — Leonardo Paglieri : Provocation indirecte de la douleur typique au point de Mac Burney dans l'appendicite. — R. Massalongo et A. Calderara : L'intra-dermo-réaction à la tuberculine. — (N° 50, 13 déc.) R. Feletti : Le kala-azar à Catane. — Sebastiano Cannata : A propos d'un cas de sclérose en plaques infantile. — Giulio Diatti : Disjonction traumatique de la suture fronto-pariétale chez l'enfant. — E. Fossataro : Carie syphilitique du rebord et de la voûte orbitaires avec extension au sinus frontal. — (N° 51, 20 déc.) Spiro Livierato : Certaines particularités de la transmission des vibrations respiratoires à la paroi thoracique dans les états pathologiques. — Candido Mantelli : Deux cas de dilatation sacciforme de la saphène, près de son abouchement dans la veine fémorale. — Ernesto Pesci : Contribution à l'étude thérapeutique des métaux colloïdaux.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 10 janvier 1910. — MM. Baumgartner, 10; Buc et Villette, 11; Murga, 5; Sourdille, 7; Feldstein, 9; Pottecher, 3; Vaudescal, 9; Chichmanian, 7; Luquet, 4; Teisset, 5.

Anatomie. — Séance du 10 janvier. — MM. Girard, 12; Sébillotte, 5; Jacquet, 8; Ducamp, 12; Monod (André), 8; Prigent, 10; Bloch (André), 9; Alexandre, 11.

Prochaine séance jeudi 13 janvier, à cinq heures un quart, à la Charité.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES A MARSEILLE. — Sont nommés : Professeur adjoint de bactériologie, le médecin-major de deuxième classe Kéraudel.

Professeur adjoint de clinique externe, le médecin-major de deuxième classe Imbert.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major Bec (des troupes coloniales).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur L. Cottard (de Vincennes).

HOPITAL TROUSSEAU (Service du docteur Savariaud). — Radiographie : Tous les jours (M. le docteur Albert Weill).

Traitement de la scoliose : Lundi, mercredi, vendredi, (M. le docteur R. Mesnard). — Appareils pour scoliose : le lundi (M. le docteur R. Mesnard).

Leçons de clinique et de thérapeutique infantiles : le samedi, à dix heures et demie (M. le docteur Savariaud).

Des cours pratiques d'appareils seront faits par MM. Bonvoisin, Vullet et Pellot, internes du service, pour les élèves qui leur en feront la demande, si le nombre de ces derniers est suffisant. Ce cours privé se fera l'après-midi.

HOPITAL NECKER. — Service de la consultation. — M. A. Pissavy. A partir du 15 janvier, tous les jours à dix heures, examen des malades par les élèves.

Le mardi à onze heures : conférence clinique élémentaire à propos de cas simples observés à la consultation.

Le samedi à onze heures : conférence de thérapeutique sur les médicaments d'usage courant, leurs indications et leurs modes d'administration.

ÉCOLE DE MÉDECINE PRATIQUE. — Cours libre sur le traitement des fractures. — M. le docteur Dupuy de Frenelle reprendra son cours sur le traitement des fractures de l'humérus le jeudi 20 janvier à l'amphithéâtre Cruvelhier à six heures.

Ce cours essentiellement pratique aura lieu tous les jeudis à six heures.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE. — M. le docteur Bérillon reprendra son cours à l'école de psychologie, 49, rue Saint-André-des-Arts, le jeudi 13 janvier à cinq heures.

Objet du cours : 1° L'hypnotisme et les méthodes de rééducation en psychothérapie ; 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : les arriérés du jugement.

Il le continuera les jeudis suivants, à cinq heures.

CONFÉRENCES DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE SCOLAIRES PRÉPARATOIRES AU CONCOURS DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES (organisées par la Société des médecins inspecteurs des écoles). — Ces conférences auront lieu au laboratoire d'hygiène scolaire, musée pédagogique, 41, rue Gay-Lussac, les samedis à huit heures et demie du soir, à partir du 15 janvier 1910.

15 janvier 1910 : Diagnostic clinique de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire à l'école. — M. le docteur Méry, directeur du laboratoire d'hygiène scolaire.

22 janvier : Développement des principaux organes pendant la période scolaire. — M. le docteur Gillet, médecin inspecteur des écoles.

5 février : Le mobilier scolaire (banc, table). — M. le docteur Dufestel, médecin inspecteur des écoles.

12 février : Rôle du médecin scolaire. Prophylaxie des maladies transmissibles à l'école. — M. le docteur Louis Gourichon, médecin inspecteur des écoles.

19 février : Hygiène collective des écoliers (hygiène du corps, hygiène du vêtement, hygiène alimentaire, cantines

scolaires). — M. le docteur Jouliard, médecin inspecteur des écoles.

26 février : Hygiène intellectuelle. Pédagogie psychologique (mesures de la fatigue intellectuelle, surmenage, horaires). — M. le docteur Raimondi, médecin inspecteur des écoles.

5 mars : Examen anthropométrique de l'écolier (procédés, instruments, carnet de santé). — M. le docteur Paul Raymond, médecin inspecteur des écoles.

12 mars : Examen de la vue, de l'ouïe, du naso-pharynx et des dents à l'école. — M. le docteur Stackler, médecin inspecteur des écoles.

19 mars : Examen médico-psychique de l'écolier (anormaux pédagogiques, arriérés et instables, stigmates de dégénérescence). — M. le docteur Mallet, médecin inspecteur des écoles.

9 avril : Vaccination dans les écoles (procédés, dossier vaccinal). — M. le docteur Tolédano, médecin inspecteur des écoles.

16 avril : Education physique (différentes méthodes, gymnastique, etc.) - M. le docteur Cayla, médecin inspecteur des écoles.

23 avril : Hygiène morale de l'écolier (discipline, surveillance, éducation sexuelle, etc.) — M. le docteur Butte, médecin inspecteur des écoles.

ANALYSES

MÉDECINE

Examen du liquide céphalo-rachidien au point de vue de la multiplication des éléments cellulaires et de l'albumine dans la trypanosomiase du chien. (F. APELT. *Münch. med. Wochens.*, 2 nov. 1909, n° 44, p. 2256.) — Spielmeyer a établi qu'il existe entre les lésions nerveuses de la syphilis et celles des trypanosomiases les analogies les plus frappantes. Il a reproduit expérimentalement chez le chien, par inoculation de trypanosoma Brucci une maladie qui, par sa symptomatologie et par son anatomie pathologique mérite le nom de tabes à trypanosomes. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 3, p. 32.)

Apelt, se fondant sur l'état du liquide céphalo-rachidien au cours des affections syphilitiques des centres nerveux et au cours de la maladie du sommeil chez l'homme, a eu l'idée de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les chiens atteints de trypanosomiase expérimentale.

Normalement le liquide céphalo-rachidien du chien ne contient pas la moindre trace d'albumine et renferme en moyenne quatre à cinq éléments cellulaires par centimètre cube.

Des chiens ayant été inoculés avec des trypanosomes ont été anesthésiés par la morphine et l'éther au bout de quatre à six semaines, puis la ponction lombaire a été pratiquée dans l'intervalle des dernières vertèbres lombaires ; et les 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ont été soumis à l'examen.

Dans la plupart des cas on a décelé de cette façon la présence d'albumine et un grand nombre de lymphocytes. Le nombre des éléments cellulaires semble croître avec les progrès de la maladie; il n'en est pas de même de la quantité d'albumine.

A. LEMIERRE.

Le diagnostic radioscopique du cancer de l'estomac. (LEVEN et BARRET. *Bull. de la Soc. anat.*, 1909, pp. 46-52, 6 fig.) — L'introduction d'un lait de bismuth gommé dans l'estomac, donne une opacité aux rayons X, qui diminue ou devient nulle, aux points où une tumeur empêche le remplissage d'être aussi complet, sauf les cas où la tumeur est trop petite ou trop molle. Une tumeur du voisinage peut donner le même résultat, par compression de l'estomac, mais la radioscopie permet souvent d'éviter ces causes d'erreur (3 observations personnelles).

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Rétablissement de la portion périnéale de l'urètre après sa destruction dans les fractures du bassin. (Hugh CABOT. *Ann. Surg.*, vol. XLIX, n° 1, janv. 1909, p. 76-79.) — Remplacer un long segment manquant d'urètre a toujours été un problème difficile. On a essayé des greffes de Thiersch, des greffes d'un segment d'urètre d'animal, d'opérations plastiques et de la mobilisation des portions restantes du canal.

Dans un cas de fracture du bassin, pour lequel Cabot eut à intervenir six mois après l'accident, pour rétention aiguë, il fit d'abord une cystostomie sus-pubienne; puis, deux jours après, une périnéotomie, la prostate mise à nu fut libérée et mobilisée; puis l'urètre antérieur fut mis à nu et libéré entièrement sur une longueur de 5 centimètres. Alors on put suturer les deux portions, sans tension, immédiatement au-dessous du bord inférieur du segment du pubis consolidé dans une position abaissée. Guérison sans incidents. On peut passer une bougie flexible dans le canal, mais non une sonde, à cause de l'angle aigu que le canal fait au-dessous de l'os.

Ce cas est intéressant surtout en ce qu'il montre jusqu'à quel point on peut disséquer l'urètre antérieur sans danger pour sa circulation. La distance entre les deux bouts était d'au moins 5 centimètres. L'abaissement de la prostate donna environ un centimètre, l'urètre antérieur le reste. Théoriquement le danger pour la circulation est plus grand quand l'on dissèque l'urètre d'arrière en avant que lorsqu'on le dissèque d'avant en arrière, mais ce cas démontre que pratiquement il n'y a pas grand'chose à craindre. Le grand point à obtenir, c'est l'approximation sans tension. Si on l'obtient, cela vaut beaucoup mieux que n'importe quelles greffes.

F. GARDNER.

ANATOMIE

Les artères de la moelle dorso-lombaire. Considérations anatomiques et cliniques. (L. TANON. Th. de Paris, 1908; Vigot frères, édit.). — Les artères de la moelle doivent, au point de vue anatomique et clinique, être divisées en trois groupes, et non en deux comme l'indiquent les classiques. Cette division se base sur l'étendue du territoire pie-mérien propre à chaque artère.

A. *Artères grêles*, radiculaires. — Région moyenne et région inférieure de la moelle dorsale : 6, 7, 8, 11, 12 dorsales; 5e lombaire; — 3, 4, 5 sacrées. Ce sont là des artères grêles constantes.

B. *Artères moyennes*, radiculo-pie-mériennes. — Partie supérieure de la moelle dorsale, 1, 2, 3, 4, 5; 1, 2, 4 lombaires d'une manière inconstante, et 2 sacrée.

C. *Artères principales*, radiculo-médullaires. — Artères lombaires et 2e sacrée; rarement les 9, 10 dorsales. Les symptômes qui résulteront de leur lésion, viendront se surajouter aux lésions médullaires propres, et pourront exister indépendamment d'elles.

A. La lésion d'une artère grêle n'entraînera que des troubles radiculaires.

B. Celle d'une artère moyenne déterminera des troubles segmentaires, la moelle pouvant rester normale dans les segments voisins si la nutrition de ces derniers reste assurée (cas de Gaukler et Roussy, d'Homolle).

C. Celle d'une autre artère principale entraînera des troubles à distance, qui seront définitifs si la lésion est définitive. Ils seront caractérisés par des symptômes portant sur la zone motrice, et accessoirement sur la zone de sensibilité (*syndrome vasculaire antérieur*).

Les infections vasculaires suivront une voie ascendante (syndrome de Landry), s'il n'existe qu'une seule artère principale pour toute la région inférieure de la moelle (Exp. XIX).

L. GAYARD.

LE SYNDROME HYPOPHYSAIRE ADIPOSO-GÉNITAL

Par MM. P.-E. LAUNOIS,
Médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé, chargé de cours,
et M. CLÉRET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans une série de travaux antérieurs*, l'un de nous s'est efforcé de mettre en valeur les relations qui unissent les tumeurs de l'hypophyse aux dystrophies des tissus dérivés du feuillet moyen (conjonctif, cartilagineux, osseux), telles qu'on les observe dans l'acromégalie et le gigantisme acromégalique. Le présent mémoire a pour but de montrer comment les lésions de la glande pituitaire, s'associant à des troubles évolutifs, pathologiques ou fonctionnels de l'appareil génital, sont susceptibles d'agir d'une façon élective sur les cellules conjonctives, en provoquant et en exagérant leur surcharge graisseuse.

La meilleure justification du titre de *syndrome hypophysaire adiposo-génital*, que nous lui avons donné, nous paraît devoir être l'exposé primordial des faits que nous avons personnellement observés ou rassemblés. Nous avons choisi parmi les plus typiques de façon à montrer successivement comment les stigmates de la dystrophie peuvent s'associer chez la femme, pendant la période active de la vie génitale, aux approches de la ménopause, après la castration ovarienne, puis chez l'homme adulte et enfin chez les enfants et les adolescents.

OBSERVATION I. — *Polysarcie. Cyanose de la face et des mains. Troubles menstruels. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Le 15 mars 1908, entrait salle Trousseau, hôpital Lariboisière, une femme de trente-trois ans, attirant et retenant l'attention par une dyspnée intense, une teinte cyanotique de la face et des mains, une polysarcie considérable.

En l'interrogeant, on apprend que son père et un oncle étaient obèses et que son passé pathologique est assez chargé.

Dans l'enfance, elle a eu successivement la rougeole, la scarlatine et une pneumonie. Réglée pour la première fois à onze ans, elle s'est mariée à seize ans et demi. Une première grossesse s'est normalement terminée deux ans après son mariage et a été suivie d'une fausse couche de quatre mois et demi. A l'âge de vingt-cinq ans, un curettage a du être pratiqué à l'hôpital Saint-Antoine; à vingt-sept ans, la malade subit l'ablation d'un fibrome utérin; à trente ans, une cure radicale de hernie ombilicale. Elle aurait souffert aussi, à plusieurs reprises, de crises de rhumatisme articulaire aigu.

Ce qui frappe le plus lorsqu'on s'approche de la malade, c'est son embonpoint; il paraît d'autant plus excessif que sa taille est plus petite; elle ne mesure, en effet, que $1^{m}56$.

Son engraissement a commencé à apparaître à l'âge de vingt et un ans et a subi des variations plus ou moins grandes. En 1895, son poids était de 59 kilogrammes; il augmenta progressivement jusqu'en 1904, époque à laquelle il atteignit 117 kilogrammes. Au cours d'un séjour d'un mois qu'elle fit à l'hôpital Bichat en janvier 1908, elle pesait $101^{k}500$. Au moment de son entrée à Lariboisière, elle ne pèse plus que 95 kilogrammes.

Sa face est large, épanouie, elle est encadrée à sa partie inférieure par un collier adipeux, ferme et résistant. Les seins sont tombants sur le ventre et tous deux également hypertrophiés. La paroi abdominale surchargée de graisse s'étale sur les cuisses dans la position assise et se dispose en forme de tablier dans la station debout.



FIG. I*. — Malade de l'observation I (de face).

Au niveau des seins, des parties latérales du ventre existent de nombreuses vergetures allongées, parallèles les unes aux autres, remarquables par leur coloration violacée. Ces déchirures du derme sont plus en rapport avec les variations de l'adiposité qu'avec les deux grossesses.

Le développement des membres est adéquat à celui du tronc; toutefois les segments distaux, mains et pieds, ont conservé leurs dimensions habituelles; les doigts sont à peine boudinés.

Une coloration violacée, répandue sur la face, le cou, la partie supérieure du thorax et les bras, donne à la malade un aspect particulier, que rend plus étrange encore la blancheur des sclérotiques et un léger exorbitisme des deux yeux. La teinte cyanotique, très marquée au niveau des oreilles, des lèvres, de la langue, des mains, augmente d'intensité à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort. Le tégument prend un aspect bleu rougeâtre dans tous les segments précédemment indiqués lorsqu'on prie la malade de s'étendre dans le décubitus dorsal.

* P.-E. LAUNOIS et P. ROY. *Etudes biologiques sur les géants*, Paris, Masson, 1904. — P.-E. LAUNOIS et H. CESBRON. Acromégalie, en cours de publication dans l'*Encyclopédie médicale de Philadelphie*.

* Les photographies sont de E. Duvau; les dessins de A. Bessin.

De cette adiposité, de ces troubles de la vascularisation périphérique nous rapprocherons les désordres de la menstruation. Dès l'époque où commença à apparaître l'engraissement, les règles devinrent irrégulières, tantôt très abondantes et persistantes pendant une semaine, elles étaient d'autres fois presque insignifiantes. La moindre contrariété, la plus minime émotion suffisaient pour arrêter l'écoulement menstruel. Il a persisté après l'ablation du polype utérin et ne s'est supprimé complètement que quatre ans après, c'est-à-dire en 1906.

L'état mental était très particulier; très émotive, très loquace, la malade pleurait facilement et à sa tristesse passagère succédait une gaîté qui se traduisait par des chants.

Une notable dyspnée attirait l'attention du côté du thorax; on constata un léger degré de congestion des deux bases et on ne nota aucun bruit morbide du côté des sommets. Le pouls est fréquent, donnant 110 pulsations à la minute. Les bruits du cœur sont légèrement assourdis, mais non soufflants : la tachycardie est considérée comme une manifestation nerveuse. La tension artérielle est voisine de 21. L'appétit est faible, capricieux, la soif assez vive, la diarrhée est assez fréquente. L'urine, émise dans la proportion quotidienne de deux litres à deux litres et demi, renferme 13g800 d'urée, 12 à 13 grammes de chlorures par litre; elle ne contient ni sucre, ni albumine.

L'examen du sang a donné les résultats suivants : obtenu par piqûre de la pulpe du doigt, il renferme 5 200 000 globules rouges par millimètre cube. De nouvelles numérations, pratiquées au lendemain d'une saignée rendue nécessaire par l'exagération brusque de la cyanose, permirent de constater 5 024 000 hématies dans le sang recueilli au niveau du lobule de l'oreille et 4 800 000 dans le sang recueilli au niveau de l'index. Un troisième examen, portant sur le sang du doigt pratiqué un mois après, donna 5 192 000 globules rouges et 17 600 globules blancs.

La malade fut soumise à l'opothérapie ovarienne, médication qui était suspendue de temps en temps.

Grâce à un repos prolongé, sa dyspnée, sa tachycardie, sa cyanose diminuèrent, mais sans disparaître complètement; son état psychique présenta les plus grandes variations : tantôt elle était triste et taciturne, tantôt au contraire elle écrivait des lettres qu'elle distribuait à tout venant et se livrait à des actes relevant d'un véritable puérilisme mental. Jamais elle ne présenta de troubles de la vue. C'est la raison pour laquelle l'étude radiographique du crâne ne fut pas pratiquée; elle ne nous aurait d'ailleurs fourni aucun renseignement utile, étant données les faibles dimensions de la tumeur hypophysaire que révéla l'autopsie.

Pendant le séjour que fit la malade à l'hôpital, deux incidents méritent d'être signalés : le 4 juin, les règles réapparurent et durèrent pendant trois jours. Les 9 et 10 juin survinrent des hémoptysies peu abondantes s'accompagnant de quelques râles dans les deux poumons.

L'embonpoint demeura stationnaire tout d'abord. Au cours du mois d'août, la malade se mit à maigrir et à délirer d'une façon plus continue, aussi bien le jour que la nuit.

Une syncope l'emporta brusquement dans la soirée du 17 septembre.

L'autopsie, faite le lendemain, permit de constater tout d'abord une surcharge graisseuse généralisée, aussi développée en surface (parois du thorax et de l'abdomen) qu'en profondeur et l'existence d'une tuberculose aiguë en voie de généralisation, due vraisemblablement à une infection récente.

Les ganglions inter-trachéo-bronchiques volumineux et durs sont bourrés de cellules géantes encerclant des amas de bacilles de Koch.

Dans les poumons on trouve de multiples noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le foie présente, malgré la conservation de ses caractères macroscopiques normaux, de place en place de petits nodules infectieux qui, pour ne pas posséder de cellules géantes, n'en paraissent pas moins être d'origine tuberculeuse.

Dans les reins existent des îlots de néphrite épithéliale, au niveau desquels on observe des cellules troubles, gonflées, dont les noyaux ne se sont pas colorés.

Beaucoup plus intéressantes sont les altérations qui ont pu être observées au niveau des ovaires, de la thyroïde et de l'hypophyse. Les coupes ont été obtenues sur des portions de ces organes préalablement fixés dans le liquide de Bouin.

Sur une *coupe totale de l'ovaire*, on note une hyperplasie très marquée de la trame, en particulier du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses. La tunique moyenne des artères est considérablement hypertrophiée; la sclérose s'étend autour des vaisseaux. Les veines très dilatées sont remplies de globules rouges.



Fig. II. — Malade de l'observation I (de profil).

Dans la couche corticale, les follicules et les corps jaunes ont complètement disparu. Ils sont remplacés par de petits kystes à paroi conjonctive épaisse, à contenu hyalin et amorphe.

Les lésions sont celles que l'on observe habituellement dans les ovaires scléro-kystiques.

Au niveau de la *thyroïde*, les vésicules sont petites et pauvres en produit colloïde. En certains points elles sont tassées les unes à côté des autres; en d'autres, elles sont séparées par des bandes de tissu fibreux.

La glande est en voie de sclérose et d'hypofonctionnement.

La *selle turcique* est élargie dans tous ses diamètres, comme en témoigne la figure III, qui la représente dans ses dimensions exactes.

L'*hypophyse* pèse 90 centigrammes. Son diamètre transversal est de 17 millimètres; l'antéro-postérieur est de 12; le vertical de 8.

Son étude histologique détaillée nous a donné les résultats

suivants*. Une coupe totale (fig. V), examinée à un faible grossissement, montre que le parenchyme glandulaire est profondément remanié. Si le lobe nerveux a conservé son aspect et ses caractères normaux, le lobe épithélial se montre formé par deux portions bien distinctes, l'une périphérique en forme de couronne, l'autre centrale en forme de noyau, enclavée dans la première.



FIG. III. — *Elargissement de la selle turcique* (1/3 en plus de la grandeur naturelle).

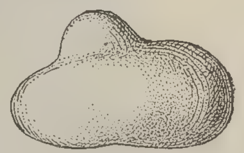


FIG. IV. — *Hypophyse* (1/3 en plus de la grandeur naturelle).

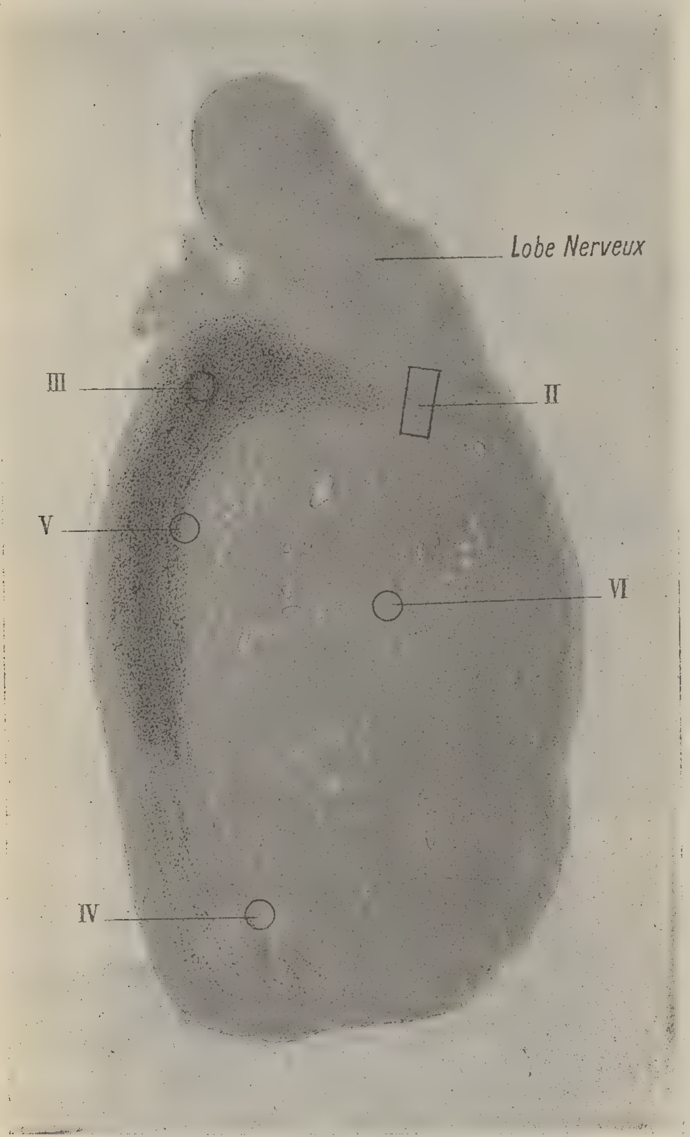


FIG. V. — *Coupe sagittale totale de l'hypophyse* (faible grossissement). — Les chiffres II, III, IV, V marqués dans le lobe épithélial, VI dans la tumeur, indiquent les régions utilisées pour les descriptions cytologiques. — Grossissement 13/1.

La couronne est faite de boyaux cellulaires aplatis, disposés concentriquement, séparés par des travées conjonctives; elle représente les vestiges de l'hypophyse normale refoulée vers la périphérie.

Quant au noyau, qui correspond à la partie surajoutée, il s'est développé au centre même de la glande. Sur des coupes en séries, il apparaît d'abord enveloppé sur toute sa périphérie par des cordons cellulaires de l'hypophyse; puis, progressivement, par le fait de son accroissement, il a déterminé un éclatement de la glande de façon à affecter, comme l'indique la figure V correspondant à une coupe médiane, la forme d'une masse enveloppée à sa partie inférieure par un croissant glandulaire et dans le reste de sa circonférence par une capsule conjonctive.

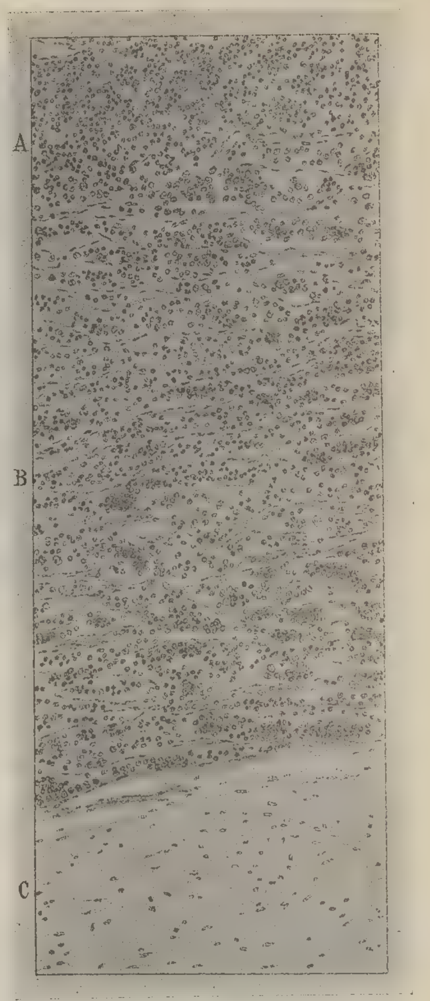


FIG. VI. — *Coupe totale montrant la structure des trois parties de l'hypophyse.* — *A.* Tumeur : cellules épithéliales non ordonnées ; absence de travées conjonctives. — *B.* Cordons glandulaires normaux disposés concentriquement; travées conjonctives; déhiscence des cordons glandulaires à l'union de *B* avec *A.* — *C.* Lobe nerveux. — Grossissement 200/1.

Cet examen à un faible grossissement permet de constater dans la coque glandulaire l'existence d'épaisses travées conjonctives et d'y distinguer deux zones, l'une foncée, proche du lobe nerveux, l'autre claire située au pôle opposé. Nous dirons de suite que la première représente la zone de sécrétion et que la seconde correspond à la zone de repos.

Par contre, le noyau central, plus pâle, est d'aspect uniforme; on ne constate à son niveau ni travées conjonctives, ni traces d'ordination des cellules.

Enfin, au niveau des deux portions, on note l'existence de nombreux vaisseaux sanguins, dilatés par places en forme de véritables lacs et gorgés de globules rouges; ils sont l'indice d'une vascularisation et d'une congestion très marquées de la glande.

Une bande de tissu glandulaire condensé sépare la masse néoformée du lobe glandulaire.

Les rapports topographiques de chacune des parties constituantes sont nettement indiqués sur la figure VI, reproduisant l'aspect d'une coupe longitudinale : A représente la tumeur, B la glande normale, C le lobe nerveux.

Une étude cytologique plus détaillée a été faite sur les différents points marqués par des chiffres romains (III, IV, V, VI) sur la figure V, et empruntés dans la zone de sécrétion, dans la zone de repos, dans la région où tumeur et tissu glandulaire se confondent, enfin dans le centre même de la tumeur.

Au niveau de la zone foncée (fig. VII) on retrouve les dispositions normales d'une hypophyse en voie de sécrétion. On y constate, en effet, la présence de nombreuses cellules sidérophiles à tous les stades de leur évolution sécrétrice, quelques cellules chromophobes à protoplasma vacuolaire, quelques rares cellules acidophiles et pas de plasmodes. Il faut cependant noter la disposition concentrique des travées épi-

* Les figures annexées à notre description représentent les coupes teintées par l'hématoxyline au fer; mais sur d'autres coupes les éléments ont été identifiés au moyen des autres colorations, en particulier par celles de l'hématéine-éosine, hématéine-éosine-orange et par le réactif de van Gieson.

théliales, leur non-enchevêtrement et l'épaisseur des cloisons conjonctives qui les séparent. L'abondance en ce point de cellules sidérophiles mérite également de retenir l'attention.



Fig. VII. — *Les cellules sidérophiles normales de la portion glandulaire.* — Grossissement 650/1.

Dans la zone claire (fig. VIII) apparaissent des cellules jeunes acidophiles à noyau compact, des cellules chromophobes et quelques rares plasmodes. Si les cellules sidérophiles font défaut, on constate cependant que quelques éléments se différencient des autres en amassant dans leur protoplasma quelques granulations sidérophiles. Dans toute cette région la glande semble formée presque exclusivement de cellules au repos ou au premier stade de leur évolution fonctionnelle.

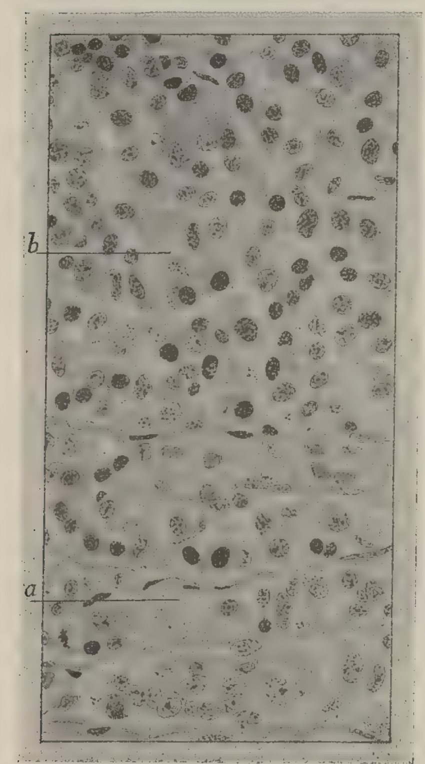


Fig. VIII. — *Zone d'union de la glande normale* (a) *avec la tumeur* (b). — Grossissement 650/1.

Des coupes intéressant la région où le tissu glandulaire et la tumeur sont au contact (fig. VIII et IX, *a*, glande, *b*, tumeur) montrent nettement que cette dernière n'est pas encapsulée. Les travées conjonctives subissent une véritable déhiscence, disparaissent et permettent une fusion intime entre les cellules du tissu glandulaire normal et celles du tissu néoplasique. Ces dernières semblent être une continuation de la lignée des cellules glandulaires. La tumeur, en effet (fig. X), renferme : des cellules acidophiles (*a*), des cellules basophiles (*b*), des cellules sidérophiles au premier stade (*c*), des cellules atypiques (*d*). Tous ces éléments sont petits et non ordonnés, leurs réactions tinctoriales ne sont pas nettement tranchées. Les noyaux, foncés ou clairs, sont cependant chargés de chromatine. Le protoplasma de certaines cellules est nettement acidophile : dans d'autres il est amphophile, dans la plupart, basophile. En se basant sur les réactions tinctoriales, on

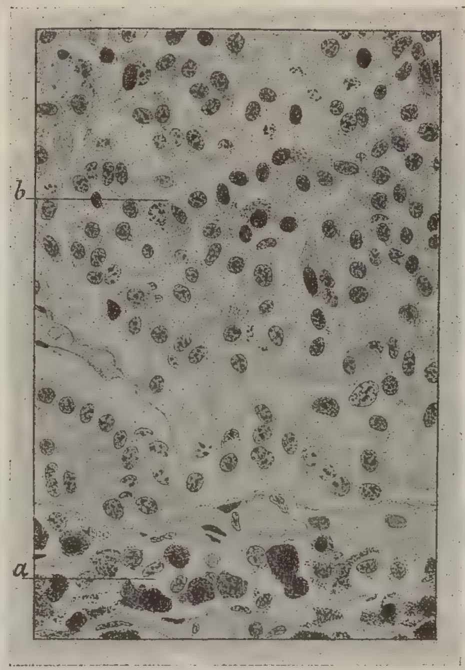


Fig. IX. — *Zone d union de la glande normale* (a) *riche en cellules sidérophiles avec la tumeur* (b). — Déhiscence et disparition des travées conjonctives. — Grossissement 650/1.

peut établir la classification suivante : 1° cellules acidophiles, peu abondantes, semblables aux cellules constituant la tête de lignée des cellules hypophysaires normales ; 2° cellules, moins nombreuses, mais plus volumineuses, à noyau plus clair, à protoplasma se chargeant de granulations sidérophiles ; 3° cellules plus grandes, à noyau plus clair, à protoplasma basophile ; 4° quelques cellules chromophobes ; 5° enfin des cellules atypiques, disséminées mais peu nombreuses, les unes multinucléées, les autres à volumineux noyaux polylobés,

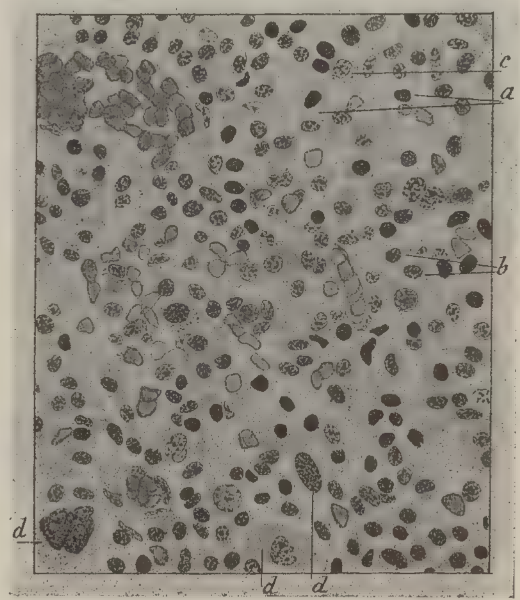


Fig., X. — *Etude cytologique de la tumeur.* — *a.* cellules acidophiles ; *b.* cellules basophiles ; *c.* cellules à granulations sidérophiles ; *d.* cellules atypiques. — Grossissement 650/1.

difficilement rattachables à la lignée hypophysaire. Les formations conjonctives se réduisent à quelques travées environnant les vaisseaux nombreux et gorgés de globules rouges.

En résumé, la tumeur, développée aux dépens des éléments glandulaires, est formée en majorité par des cellules que l'on peut rapprocher des jeunes cellules hypophysaires normales, ne dépassant pas les stades un et deux de la lignée évoluant dans le sens basophile et par quelques rares éléments atypiques, multinucléés ou à noyaux polylobés, mais ne présentant pas de divisions karyocinétiques.

La conclusion générale qui se dégage de cette description cytologique, c'est que la tumeur hypophysaire doit être considérée comme un épithélioma primitif.

Obs. II. — Le facies cyanotique, la polysarcie, les troubles cérébraux que présentait la malade, dont nous venons de rapporter l'histoire clinique et anatomo-pathologique, nous



Fig. XI. — Malade de l'observation II (de face).

avaient frappés déjà chez une femme de trente-huit ans, que nous avions observée pendant quelques jours à l'hôpital Tenon, en 1904. Nous n'avons conservé d'elle que la photographie ci-jointe, que nous reproduisons à titre documentaire.

Nous devons à l'obligeance de notre ami Milian (1), médecin des hôpitaux, l'observation suivante, dans laquelle se trouvent rassemblés les caractères cliniques du syndrome hypophysaire. L'absence d'examens ophtalmoscopique et radiographique, ce dernier n'étant pas possible encore à l'époque où il a été recueilli, n'enlève aucune valeur à un fait si minutieusement analysé.

Obs. III (résumée). — *Aménorrhée. Obésité. Troubles nerveux et oculaires. Tumeur probable de l'hypophyse.* — Marie B..., âgée de trente-cinq ans et demi, est examinée le 18 septembre 1900. Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant; elle a deux sœurs de santé délicate, dont l'une, nerveuse, réglée tard et difficilement, a eu la danse de Saint-Guy. Dans son passé pathologique personnel on note de l'hyperacidité gastrique. Mariée, elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche.

Réglée depuis l'âge de treize ans, elle l'est demeurée, perdant peu, jusqu'en 1898. Elle a vu, à cette époque, sa menstruation diminuer progressivement, puis cesser complètement. Le chirurgien Schwartz, qu'elle consulta à cette époque, ne constata ni grossesse, ni lésion de l'appareil génital.

Son obésité, depuis son adolescence, a toujours été assez marquée; elle pesait 108 livres à 15 ans ; elle en pèse aujourd'hui 128. Elle se plaint de grossir démesurément. Les seins sont assez volumineux, mais la graisse s'est surtout amassée au niveau de la paroi abdominale, des fesses, de la racine des membres.

Le mamelon est, au niveau de chaque mamelle, remplacé par une dépression en forme de fente. Le système pileux est peu développé; il fait presque complètement défaut au niveau des aisselles. La frigidité génitale est très marquée.

La malade s'attriste et pleure volontiers; de même elle s'irrite pour les causes les plus futiles. Sa mémoire est bien diminuée. Bien que son sommeil soit excellent pendant la nuit, elle éprouve un besoin invincible de dormir dans la journée.

Au point de vue nerveux, on note une hyperesthésie généralisée; les réflexes sont normaux.

Il existe une légère diminution de l'acuité auditive des deux côtés.

La vision est trouble. Les réflexes pupillaires sont conservés. La malade se plaint de ne pas voir devant elle quand elle tourne légèrement la tête. Du côté de l'œil gauche, il existe un rétrécissement externe très marqué du champ visuel. Ce même rétrécissement externe existe au niveau de l'œil droit.

Cette hémianopsie bitemporale associée à de l'obésité, à des troubles mensuels, à des troubles cérébraux, a fait supposer l'existence d'une tumeur encéphalique développée dans la région antérieure, peut-être dans l'hypophyse.

Ce n'est pas seulement pendant la période active de la vie génitale de la femme que peut s'installer le processus dystrophique, mais encore aux approches de la ménopause, ainsi qu'en témoigne le fait suivant publié par Zak (2).

Obs. IV (résumée). — *Obésité. Troubles oculaires. Tumeur de l'hypophyse.* — Une femme de cinquante et un ans est admise à l'hôpital Rudulf, le 13 mai 1902. Mère de six enfants, elle est aveugle depuis six ans; elle se plaint de soif très vive et de polyurie. Son urine ne renferme pas de sucre mais des traces d'albuminurie. Les jambes sont paresthésiées.

Au moment de l'examen, on est frappé par l'œdème des membres inférieurs et une adiposité vraiment extraordinaire, atteignant son summum de développement au niveau de la paroi abdominale.

Il existe une amblyopie bilatérale par atrophie des deux nerfs optiques.

L'œdème augmente, l'ascite apparaît en même temps que l'ictère, signes révélateurs d'une cirrhose hépatique. Le cœur faiblit progressivement et la malade ne tarde pas à mourir.

A l'autopsie on peut juger du développement généralisé de la surcharge graisseuse, surtout marquée aux mamelles et au ventre. La rate est quatre fois plus grosse que normalement; le foie pèse 3.300 grammes. Le muscle cardiaque est infiltré de graisse; la valvule mitrale est épaissie.

La place de l'hypophyse est occupée par une tumeur logée dans une selle turcique profondément excavée. La tumeur est constituée par des cordons et des nids de cellules, présentant des caractères analogues à ceux que Benda a assignés aux cellules chromophiles de l'hypophyse.

On connaît l'engraissement que provoque la castration faite chez les femelles des animaux domestiques, celle en particulier pratiquée chez la vache d'après la méthode imaginée par Charlier. Mais on discute encore sur le mécanisme intime de sa production. Peut-être l'ablation des ovaires entraîne-

t-elle des modifications dans les glandes à sécrétion interne, en particulier dans l'hypophyse. Le fait suivant que nous empruntons à Strumpell (3) pourrait être invoqué pour appuyer semblable hypothèse.

Obs. V (résumée). — *Castration ovarienne double. Obésité. Diabète. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Il concerne une jeune femme de vingt-huit ans qui, une année auparavant, avait subi l'ablation des ovaires.

En 1888, la malade pesait 192 livres; elle présentait surtout des mamelles très adipeuses, un lipome de la nuque ayant acquis le volume du poing, un abdomen pendant et volumineux, des fesses énormes.

On constata, au moment de l'examen, qu'elle était diabétique; elle présentait de la torpeur cérébrale, de l'anesthésie généralisée, elle se plaignait de fatigue. Il existait une amaurose bilatérale par atrophie des deux nerfs optiques et de l'anopsie.

L'autopsie révéla l'existence, dans la selle turcique, d'une tumeur de la grosseur d'une noix, ayant enveloppé l'hypophyse, envahi la région ethmoïdienne et la cavité nasale. L'examen microscopique démontra la nature sarcomateuse de la néoplasie.

Parmi les faits, dans lesquels se trouvent rassemblés chez l'homme adulte les éléments du syndrome, nous avons choisi les deux suivants, l'un [Gläser (4)] parce qu'il est le plus ancien, l'autre [Galliard et Milian (5)] parce qu'il est le plus récent.

Obs. VI (résumée). — *Obésité. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Elle concerne un homme très gros, ayant de volumineuses joues livides parsemées de veines très dilatées. Il était dans un état stupide, apathique. Il mourut subitement.

A son autopsie, on trouva une tumeur de l'hypophyse (sarcome) du volume d'une grosse noix et de l'hydrocéphalie chronique. La tumeur comprimait le chiasma optique et les nerfs olfactifs.

Obs. VII [résumée d'après G. Boyé (6)]. — *Obésité. Ulcère de l'estomac. Somnolence. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Adhémar D..., trente-huit ans, instituteur, mesurant 1m68, pesant 101 kilogrammes, est venu mourir pendant les dernières vacances à l'hôpital Lariboisière. Fortement obèse, il présente un épaississement de tous ses téguments. Les plis de l'aine sont complètement cachés par des bourrelets tégumentaires de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses. La peau, d'aspect cireux, est sèche, dure et peu dépressible au doigt. Le développement pilaire est peu marqué, les ongles sont striés longitudinalement. La face est pâle, bouffie, d'aspect adénoïdien et infantile; la barbe est très peu fournie. Le cou est proconsulaire, le corps thyroïde normal, autant que la palpation permet de le constater. Les bras sont presque cylindriques et cependant le système osseux n'est pas hypertrophié. Au niveau des seins on trouve de grosses masses adipeuses. L'abdomen s'étend latéralement et sur les cuisses. La verge est peu développée, les deux testicules, atrophiés, ont chacun la grosseur d'une petite amande. Les membres inférieurs sont courts, mais énormes.

Le malade somnole la plupart du temps et présente pendant le sommeil des mouvements rotatoires de la tête. Il ne parle que lorsqu'on l'interroge et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Les poumons, les urines, le cœur semblent normaux. A noter une tachycardie à 120, due probablement aux hémorragies gastriques.

La mort survient dans le coma.

A l'autopsie on constate la présence, dans la région hypophysaire, d'une volumineuse tumeur, dont une étude histologique complète sera ultérieurement publiée.

De toutes les observations, assez nombreuses déjà, intéressant des enfants obèses porteurs d'une tumeur ou d'une lésion de l'hypophyse, nous ne retiendrons que les quatre suivantes.

La première a été publiée par Fröhlich (7); à cette occasion, cet observateur a rassemblé les différents cas épars dans les périodiques et écrit un mémoire des plus richement documentés.

Obs. VIII (résumée en partie par l'auteur). — *Obésité. Troubles cérébraux. Troubles oculaires. Tumeur de l'hypophyse. Ablation chirurgicale par v. Eiselsberg.* — Nous avons affaire à un individu bien développé et gras. Le poids de ce garçon de quatorze ans est de 54 kilogrammes. En consultant son histoire recueillie à la clinique de Nothnagel, on constata que les premiers signes de l'affection, céphalée et vomissements, étaient apparus deux ans et demi auparavant. Ce n'est qu'après l'apparition de ces symptômes que le patient, qui jusqu'alors avait été assez maigre, a commencé à engraisser rapidement. Les doigts, sauf au niveau des troisièmes phalanges, sont gros, les mains potelées, mais le squelette osseux n'a pas augmenté de volume. La graisse est localisée le plus abondamment dans la peau du tronc, surtout à l'abdomen et au pubis. Là, les masses de graisse sont si volumineuses qu'elles bombent fortement autour des organes génitaux. Le pénis, qui est normalement développé, apparaît petit au milieu de ces amas de graisse et l'aspect de l'appareil génital rappelle le type féminin. Les testicules, palpables au milieu de la graisse, présentent des caractères infantiles. On trouve de même dans la région mammaire des amas de graisse et de petites nodosités, mais sans sécrétion liquide. Le système pileux axillaire manque; au pubis, il n'existe que quelques poils. Les cheveux sont durs, courts, clairsemés et tombent continuellement. La peau est sèche, desquamante par endroits. En certaines régions, elle se laisse soulever avec le tissu graisseux sous-jacent sous forme de gros bourrelets. En d'autres points, notamment aux doigts, aux poignets, on a au palper l'impression d'un épaississement du tégument.

Quand je vis le malade en septembre 1901, je pensais à une tumeur de l'hypophyse (il y avait des troubles oculaires caractéristiques) liée au myxœdème, mais les altérations habituelles de la peau faisaient défaut, l'intelligence était complète, la thyroïde existait. Cependant bien des signes plaidaient en faveur du myxœdème et, malgré cela, l'adipose restait, au point de vue dystrophique, le symptôme capital.

Sous l'influence du traitement thyroïdien, il se produisit une régression de la céphalée, une amélioration des troubles visuels et le 27 janvier 1903 l'état paraissait redevenu normal, bien que l'adiposité ait subsisté et que l'appétit sexuel demeurât nul.

L'affection évoluant très lentement et une nouvelle aggravation étant survenue (1907) le malade fut observé par von Eiselsberg (8).

La radiographie faite chez Holzknecht montra la destruction du corps du sphénoïde et de la selle turcique avec conservation des apophyses clinoïdes antérieures.

L'ablation de la tumeur hypophysaire fut pratiquée par von Eiselsberg le 21 janvier 1907; il choisit la voie nasale. La masse était formée par un kyste hématique de l'hypophyse renfermant plusieurs cuillerées de sang. L'examen de la paroi du kyste faite par Stœrck permit de supposer « qu'il s'agissait d'un carcinome ».

Les suites opératoires furent très simples. La plaie était cicatrisée le douzième jour. Il ne restait qu'une déformation due à l'ablation de la glabelle.

L'état du malade s'améliora beaucoup à tel point que les douleurs de tête, les troubles oculaires disparurent.

La première observation publiée en France nous a paru être celle que Babinski (9) a rapportée le 7 juin 1900 à la Société de Neurologie.

Obs. IX (résumée). — *Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt de développement des organes génitaux.*

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans observée pour la première fois dix ans auparavant.

Elle se plaignait de douleurs de tête qui apparues depuis trois ans, avaient progressivement augmenté d'intensité et étaient devenues très violentes. Depuis plusieurs mois, elle était sujette à *des crises épileptiformes et sa vue s'était notablement affaiblie.*

On est frappé, après avoir fait déshabiller la malade, par *la surcharge adipeuse du corps* et *l'aspect infantile des organes génitaux*, qui contraste avec la taille d'une hauteur moyenne.



Fig. XII et XIII. — Malade de l'observation IX (Babinski).

La malade, du reste, *n'est pas menstruée*. L'intelligence paraît normale, mais la mémoire a beaucoup diminué. Il n'y a pas



Fig. XIV et XV. — *Tumeur occupant la selle turcique, adhérant au corps pituitaire, englobant le tuber cinereum* (d'après les dessins d'Henry Meige).

de paralysie localisée. Les réflexes tendineux sont exagérés et il y a de la trépidation épileptoïde du pied.

A l'examen ophtalmoscopique on constate de l'*œdème de la papille des deux côtés*.

La malade succomba peu de temps après. La nécropsie décela l'existence d'*une tumeur qui occupait la selle turcique, adhérait au corps pituitaire* et *englobait le tuber cinereum*. D'après Onanoff, il s'agirait d'un épithélioma développé aux dépens de la portion épithéliale de l'hypophyse, du type malpighien, en pleine évolution hyperplasique, s'effectuant par division indirecte, avec dégénérescence myxomateuse du stroma conjonctif.

De l'observation de Babinski, nous rapprochons celle, non moins intéressante publiée par Arthur Berger (10), dans laquelle les symptômes de tumeur cérébrale et la polysarcie présentèrent des alternatives parallèles d'augmentation et de diminution.

Obs. X. — *Obésité. Troubles cérébraux et spinaux. Troubles oculaires. Atrophie génitale. Tumeur de la région hypophysaire.* — Ayant joui auparavant d'une bonne santé et étant d'une intelligence normalement développée, un jeune écolier de quatorze ans commença à se plaindre, vers la fin de l'année 1900, de douleurs de tête qui ne l'empêchaient pas cependant de vaquer à ses occupations. Au mois de mars 1901, il fit, en patinant, une chute assez grave sur l'occiput. On ne constata aucune plaie, l'enfant ne perdit pas connaissance. Dans les premiers jours de mai, la céphalalgie reparaît, occupe la région frontale, persiste par crises pendant trois ou quatre jours, s'accompagnant de vomissements abondants.



Fig. XVI. — Malade de l'observation X (A. Berger).

Au mois de juin, il est admis à l'hôpital dans le service du professeur Kraft-Elbing. On constate une altération de la voix, une parésie du facial droit, de la stase papillaire bilatérale. On diagnostique l'existence d'une tumeur cérébrale.

L'enfant retourne à l'école et bientôt survient un amoindrissement des facultés visuelles qui, en 1902, aboutit à la cécité presque complète. La mère remarqua que son enfant engraissait d'une façon démesurée et continue, malgré une alimentation précaire et des vomissements fréquents. La peau est sèche, desquamée; la transpiration, qui autrefois était abondante, a disparu; l'alopécie est complète.

Le cou est court, le menton est double. La thyroïde paraît normale à la palpation.

Le tégument est pâle, très épais, infiltré de graisse. Les mamelles sont très développées. La paroi abdominale, ridée, renferme de gros nodules graisseux. La verge et les testicules paraissent d'autant plus petits que l'accumulation de graisse est plus abondante dans leur voisinage. Le pubis et les aisselles sont dépourvus de poils. Les extrémités des membres sont hypertrophiées, spécialement le dos des mains; les doigts sont cependant demeurés élancés. La sensibilité et les réflexes sont normaux.

L'année suivante, de nouveaux troubles nécessitent son retour à l'hôpital : il tient constamment la tête rejetée en arrière et éprouve de grandes douleurs quand il cherche à la redresser. Cet opisthotonos s'accompagne de paralysie des sphincters.

Le malade fut présenté, à cette époque, à la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Vienne, avec le diagnostic de « tumeur cérébrale avec participation de l'hypophyse ».

Peu de temps après, opisthotonos, crampes, céphalalgie, vomissements, incontinence disparurent, la vision s'améliora et l'amaigrissement devient considérable.

En avril 1904, le malade engraisse à nouveau : l'opisthotonos et les troubles nerveux réapparaissent et il meurt subitement le 14.

A l'autopsie, on trouva une tumeur du cerveau comprimant l'hypophyse. Il s'agissait d'un cancer épithélial, mais, d'après l'examen histologique fait par Erdheim à l'Institut d'anatomie pathologique, l'hypophyse elle-même ne présentait rien d'anormal. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1910)

M. LE PRÉSIDENT fait l'éloge de M. Queirel (de Marseille).

Les porteurs de germes et l'organisation scientifique de la lutte antityphique. — M. H. VINCENT, rappelant les principales conclusions du rapport qu'il a présenté à l'Académie sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, indique un long programme de lutte antityphique et répond aux observations qui ont été faites sur la défense contre les porteurs de germes et sur l'organisation de laboratoires de recherches épidémiologiques. A Paris, à Vienne, à Berlin, etc., partout où on a distribué de l'eau pure, on a abaissé considérablement le taux de la mortalité par fièvre typhoïde, mais on ne l'a pas fait disparaître. C'est qu'en effet d'autres causes interviennent aussi, dont l'hygiène doit se préoccuper : infections alimentaires, lait, glace, légumes, huîtres, apport du germe par les mouches, contagion directe par les malades et par les *porteurs de bacilles*. Tous ces facteurs étiologiques doivent, par conséquent, être visés par une prophylaxie rationnelle.

Analysant et discutant la place qu'il faut attribuer aux porteurs de bacilles, M. H. Vincent signale les recherches du docteur Louis, qui a trouvé en période épidémique, le bacille typhique dans le sang des sujets sains. Outre les anciens typhiques, les sujets sains peuvent donc héberger le germe de la fièvre typhoïde et le disperser. La contagion directe par les porteurs de germes est possible et réalisable dans certains milieux sociaux; elle se fait par les mains. C'est par excellence la *maladie des mains sales*. De là les cas surtout dus aux personnes exerçant des professions alimentaires : cuisinières, garçons de restaurant, charcutiers, pâtissiers, boulangers, filles de laiterie, etc., qui négligent de se laver les mains souillées par les matières fécales.

Cette contagion *directe* ne s'exerce donc que dans des conditions spéciales, beaucoup plus rares que lorsqu'il s'agit de porteurs de germes localisés au nez, à la bouche et au pharynx : bacille diphtérique, méningocoque, bacille de Pfeiffer, pneumocoques, etc. Ici la contagion directe se produit à tout instant car le microbe est projeté sur la figure de l'interlocuteur à l'occasion de la toux, de la parole, de l'éternuement, de l'acte d'embrasser. La contagion par extériorisation directe du bacille typhique est, au contraire, exceptionnelle. C'est ce qui explique les faits relatés par M. Linossier, et démontrant que dans les villes telles que Vichy, où les porteurs de bacilles se donnent rendez-vous par milliers, la fièvre typhoïde est néanmoins très rare parmi la population saine.

Par contre, la contagion *indirecte* par les porteurs de germes retrouve toute sa valeur dans les campagnes. Dans les villes, elle est limitée, parce que les matières fécales de l'habitant vont dans les latrines où elles sont séquestrées et isolées. Mais dans les campagnes il n'en est pas ainsi : les jardins, le sol, les fumiers, les légumes, les routes, les abords des sources et des puits, etc., reçoivent en permanence le bacille pathogène déposé par le porteur de germes. De là les épidémies de famille, de maisons, de villages, qui peuvent tout à coup s'étendre au loin en poussées formidables par l'intermédiaire des eaux de boisson.

Il ne faut donc ni s'exagérer ni cependant rabaisser le rôle des porteurs de bacilles dans l'épidémiologie de la fièvre typhoïde.

M. Vincent recommande de dépister les bacillifères et de les initier aux dangers qu'ils constituent; enfin de leur indiquer par quelles mesures très simples ils pourront conjurer leur pouvoir contagieux. La prophylaxie de la fièvre typhoïde doit être établie sur des bases scientifiques. Les laboratoires sont indispensables pour la découverte de ces porteurs de germes, pour les analyses périodiques d'eaux, pour le diagnostic précoce des cas avérés et des formes atypiques de l'infection éberthique. Il faut attacher un laboratoire à chaque Conseil départemental d'hygiène.

L'hépatome, tumeur primitive du foie. — M. RÉNON lit un travail sur ce sujet.

Maladie de Little. — M. P. DELBET communique un cas de la maladie de Little. Il a opéré un enfant antérieurement traité par des résections musculaires avec des résultats insuffisants; il a fait sur la cuisse une ostéotomie au-dessous du trochanter et a obtenu une très grande amélioration. Celle-ci sera plus grande, pense-t-il, quand il aura pratiqué une seconde ostéotomie au-dessus des condyles.

Un point intéressant de la communication de M. Delbet, c'est qu'il rattache nettement la maladie de Little à la syphilis héréditaire. Dans trois cas qu'il a observés, il a chaque fois trouvé la réaction de Wassermann. Ainsi s'explique pourquoi cette maladie est tout particulièrement fréquente chez les enfants nés avant terme, qui renferment eux-mêmes une si forte proportion d'hérédo-syphilitiques.

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE QUESTION NOUVELLE DE THÉRAPEUTIQUE ! LES FERMENTS MÉTALLIQUES OXYDANTS

Par M. le docteur M. CHEVRIN.

L'utilisation de la fermentation oxygénée en pathologie interne est relativement récente, puisque les travaux d'Hélouis, Laran, Lyonnet, Martz et Martin datent de 1900 à peine. A part les vanadates et les phosphovanadates, la thérapeutique n'offre guère au médecin le moyen pratique d'utiliser à l'intérieur cette puissance à la fois antiseptique et reconstituante qu'est l'oxygène naissant. Il faut arriver ces temps derniers à l'apparition de l'oxyol pour constater que la médication vanadique a pris une réelle importance dans le traitement de la chlorose, des dyspepsies, des entérites, parce que dans ces affections comme aussi en pathologie infantile, l'oxyol exerce une influence très nette sur la fonction digestive et sur la nutrition générale.

En quoi consiste exactement ce remède ? C'est, avons-nous dit, un nouveau sel de vanadium capable d'emprunter à l'air atmosphérique son oxygène et de le fixer sur le globule rouge qui le transporte dans les tissus — action reconstituante globulaire et générale — et capable, d'autre part, de produire cet oxygène d'une façon régulière et illimitée à l'état naissant dans l'estomac et l'intestin — action désinfectante, gastro-intestinale et eupeptique.

En réalité, ce sel vanadique n'est pas, par lui-même, un

corps fabricant l'oxygène, il est le support de l'oxygène atmosphérique, le trait d'union entre cette substance et les tissus, le moyen chimique grâce auquel l'oxygène passe indéfiniment de l'atmosphère dans le milieu intérieur où il est utilisé au fur et à mesure des besoins antiputrides et antianémiques de l'économie.

« Pour effectuer, écrit M. Bach (1), les oxydations énergiques qui constituent la base des fonctions vitales, l'organisme doit avoir à sa disposition une source abondante d'oxygène actif. »

Par l'oxyol, la thérapeutique possède cette « source abondante d'oxygène actif »; de plus, si nous empruntons à Traube (2) l'énoncé du fait suivant, d'ailleurs indiscutable, nous aurons presque la définition scientifique de ce corps chimique, le plus puissant de toute la série des vanadiums.

« Si l'on met en présence deux corps, dit Traube, dont l'un est capable de s'emparer de l'oxygène de l'air et l'autre incapable de prendre l'oxygène libre, mais susceptible d'enlever au premier corps l'oxygène dont il s'est emparé, il suffit d'une quantité infiniment petite du premier pour déterminer l'oxydation lente d'une quantité indéfinie du second. » Tel est l'oxyol.

Il est représenté par deux substances, l'une réductrice, l'autre indéfiniment oxygénée, et dès que l'une et l'autre sont introduites dans l'organisme, la première fait dégager l'oxygène de la seconde et détermine ainsi d'une façon indéfinie, antisepsie gastro-intestinale, stimulation générale de la nutrition, reconstitution globulaire.

On voit donc l'importance que prend désormais, grâce à ce remède, la fermentation oxygénée vanadique en pathologie interne. Ce n'est pas seulement la question de l'antisepsie gastro-intestinale qui reçoit un puissant moyen d'action et sans inconvénients, c'est encore la grande influence générale si souvent démontrée des oxydases et des ferments métalliques qui se développe nettement.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies mentales dans l'armée française (3), par MM. A. Antheaume et R. Mignot.

Depuis quelques années, sous l'inspiration du professeur Régis, la question de l'aliénation mentale dans l'armée française a retenu l'attention des psychiatres et a suscité déjà de nombreux travaux. Cette année même elle était à l'ordre du jour du Congrès de Nantes et à la suite de deux remarquables rapports de MM. Granjux et Raynaud elle a donné lieu à des discussions et communications intéressantes. Aussi les auteurs ont-ils eu raison, en apportant les résultats de leurs recherches, d'exposer sous un jour nouveau et de mettre au point cette importante question.

Ce volume comprend quatre parties. La première porte sur les données des statistiques globales d'aliénation mentale, la seconde sur les variétés cliniques de ces affections dans l'armée. La troisième a trait au côté médico-administratif et médico-légal et aux mesures qui s'imposent pour remédier notamment à la méconnaissance trop fréquente chez les militaires des maladies mentales. La quatrième partie enfin comprend l'ensemble des documents de tous ordres utiles pour tous ceux, médecins, parlementaires, juristes, etc., qui s'intéressent à cette question.

Pour mener à bien cette tâche difficile, personne n'était, semble-t-il, mieux placé que MM. Antheaume et Mignot. La documentation inédite et si précieuse qu'ils apportent est celle qu'ils ont puisée dans leur service de la Maison nationale de Charenton où, avant même la promulgation de la loi de 1838 sur le régime des aliénés, et depuis cette promulgation, sont internés les officiers, sous-officiers et soldats de la garnison de Paris.

Ce sont les résultats des diagnostics de Calmeil, de Christian et de leur expérience personnelle poursuivie pendant plusieurs années, qui ont servi de point de départ à ce très intéressant travail et qui en constituent la substance fondamentale.

P. CAMUS.

Traité de pathologie exotique, par MM. Grall et Clarac. — Le Paludisme (1), par MM. Grall et Marchoux.

La nécessité d'un *Traité de pathologie exotique* se faisait sentir. L'étude des maladies tropicales a fait faire depuis quelques années un pas énorme à la pathologie des pays chauds. Bien des entités morbides ont été édifiées; et au milieu du chaos confus des fièvres des dissociations ont été faites, permettant aux médecins de nos colonies d'apposer actuellement des étiquettes exactes sur la nature de tel ou tel état fébrile, et de lui opposer tel ou tel traitement convenable. Toutes ces notions récemment acquises réclamaient des descriptions nouvelles: un groupement était indispensable; c'est ce qu'ont fait les directeurs du Traité.

Le premier fascicule est réservé à l'étude du paludisme. On y trouvera exposés en détail les divers points de vue qu'elle comporte: étiologie, étude de l'hématozoaire chez l'homme et le moustique; clinique, anatomie pathologique, etc.; enfin la prophylaxie qui fut récemment l'objet de nombreux travaux retentissants par le rôle humanitaire considérable qu'ils ont été appelés à jouer. Ouvrage complet, consciencieux, facile à lire, intéressant, instructif. On ne peut que louer MM. Grall et Marchoux d'avoir su mener à bien une tâche difficile et souhaiter à leur livre tout le succès qu'il mérite.

C. DOPTER.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRANULIE — PHTISIE AIGUE GRANULIQUE (2)

Typho-bacillose. — La typho-bacillose est un type de tuberculose aiguë qui a été décrit par Landouzy et qui, pour être très distinct de la granulie, doit cependant être mentionné à côté d'elle. La typho-bacillose « se dénonce exclusivement par un état typhoïde, avec fièvre continue et splénomégalie, sans signes de localisations viscérales »(Landouzy). L'aspect général du malade est celui d'un typhique avec quelques nuances symptomatiques : irrégularité de la courbe thermique, dissociation du pouls et de la température, absence de localisations viscérales, c'est-à-dire absence de catarrhe pharyngé et bronchitique, absence de catarrhe intestinal; enfin on ne constate pas de taches rosées. La typho-bacillose guérit le plus souvent; après trois à quatre semaines de fièvre continue, le malade entre en convalescence; mais généralement cette convalescence n'est pas franche, puis quelques semaines ou quelques mois plus tard, apparaissent des signes d'une localisation tuberculeuse, pulmonaire ou pleurale le plus souvent, assez fréquemment méningée chez l'enfant. Si, par exception, la typho-bacillose aboutit à la mort en quelques semaines, on trouve à l'autopsie des lésions congestives et dégénératives communes à toutes les grandes septicémies; quelquefois, il existe de

(1) Du rôle des peroxydes dans les phénomènes d'oxydation lente, *Acad. des sc.*, t. CXXIII, 3 mars 1897.

(2) Ueber aktivierung des Sauerstoffes, *Ber. D. chem. Gesell.*, t. XV, p. 656, 1882.

(3) In-18 de 253 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, H. Delarue.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1910.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 2, p. 21.

rares granulations grises et translucides dans quelques organes.

Il y a donc une différence anatomique, symptomatique et évolutive entre la granulie d'Empis et la typho-bacillose de Landouzy. Le diagnostic entre la fièvre typhoïde et les paratyphoïdes d'une part, la granulie et la typho-bacillose d'autre part, doit toujours être contrôlé par les méthodes de laboratoire, en particulier par le séro-diagnostic, car, pour l'intradermo-réaction à la tuberculine, certains typhiques peuvent y réagir au début de la maladie en dehors de tout épisode tuberculeux. (Paisseau et Tixier. *Soc. de biol.*, 29 mai 1909.)

Formes thoraciques. — Dans un premier type, *forme asphyxique*, le symptôme capital est la dyspnée. Cette forme est observée presque exclusivement chez les jeunes enfants et chez les adultes de vingt à trente ans; elle peut survenir d'emblée ou plus souvent au cours d'une tuberculose préexistante. Sans point de côté, sans toux, sans expectoration, le malade est pris d'une *dyspnée* violente qui arrive bientôt à l'orthopnée avec menace de suffocation; la fièvre peut atteindre 39°5 le soir avec rémission matinale, elle peut être très modérée et même manquer; à l'examen des poumons, très peu de signes physiques, au sommet seulement diminution du murmure vésiculaire et quelques vagues bruissements; on ausculte le cœur, le malade ayant l'aspect d'un cardiaque, on n'y trouve rien d'anormal. Pendant quelques jours, la dyspnée persiste sans détente, puis la cyanose apparaît et le malade succombe à une *asphyxie tuberculeuse aiguë*. La durée varie de vingt à trente jours (Jaccoud). On trouve à l'autopsie d'innombrables granulations dans les poumons; et cette éruption confluente ne s'accompagne ni de bronchite, ni de broncho-pneumonie, ce qui explique les symptômes.

Très différentes sont les *formes catarrhales*, car aux granulations miliaires se joignent des lésions des bronches ou des poumons donnant lieu à plusieurs variétés : forme bronchitique, forme broncho-pulmonaire... Voici par exemple un malade suspect de tuberculose, ou un convalescent de grippe, de rougeole, qui se présente comme atteint d'une *bronchite généralisée*; il a de la toux, des crachats d'aspect banal, ne renfermant que rarement du sang; la dyspnée est assez vive, la fièvre quelquefois peu élevée est irrégulière. La percussion, parfois un peu douloureuse, peut donner de la submatité aux sommets; à l'auscultation, on entend des râles ronflants et sibilants très fixes et des foyers de râles sous-crépitants, foyers congestifs. En même temps, le malade est prostré, amaigri; après cinq à huit semaines, il succombe avec tous les signes de l'asphyxie ou à la suite d'une hémoptysie foudroyante; quelquefois une rémission survient, les symptômes généraux s'apaisent, les signes physiques se localisent au sommet et la maladie se transforme en une phtisie pulmonaire chronique.

Chez l'enfant, la forme thoracique de la granulie prend souvent l'aspect d'une *broncho-pneumonie subaiguë*. A l'examen des poumons, on trouve d'abord aux bases, plus souvent qu'aux sommets, tous les signes stéthoscopiques d'une broncho-pneumonie banale; les râles sonores de grosse bronchite se mêlent aux râles muqueux sous-crépitants, crépitants, aux souffles fugaces de congestion; puis les signes de grosse bronchite rétrocèdent, les râles muqueux diminuent, mais il persiste un foyer de râles sous-crépitants ou crépitants, foyer très localisé et très fixe. La dyspnée a parfois un type un peu spécial; le chiffre des respirations est considérable, jusqu'à 80 et plus par minute; cependant l'enfant supporte bien cette dyspnée, sans lutte, sans inquiétude; la respiration est courte, superficielle, mais on ne voit pas les muscles respiratoires accessoires entrer en jeu.

Il existe souvent une discordance entre les signes physiques et les signes généraux, en ce sens, qu'avec des lésions pulmonaires quelquefois presque insignifiantes à l'oreille, la santé générale s'altère gravement; l'enfant est pâle, amaigri, les traits tirés; la température n'est pas très élevée (Mouriquand).

Dans la *forme pleurale* de la granulie, on observe, avec des signes généraux de tuberculisation (fatigue, amaigrissement, fièvre), les symptômes fonctionnels de la pleurésie et on constate la présence d'un épanchement remarquable par la faible quantité du liquide, la bilatéralité et la mobilité des signes stéthoscopiques; par une ponction exploratrice, on reconnaît qu'il s'agit d'une pleurésie séro-fibrineuse, quelquefois hémorragique. Le poumon est atteint en même temps que la plèvre; aussi trouve-t-on soit le schéma de Grancher, soit des signes de lésion tuberculeuse. Le malade meurt au milieu de phénomènes typhoïdes, méningitiques ou asphyxiques; dans d'autres cas, l'épanchement se résorbe, et à la granulie succède une tuberculose pulmonaire chronique.

Forme pleuro-péritonéale. — C'est la tuberculose miliaire pleuro-péritonéale subaiguë, décrite par Fernet et Boulland; anatomiquement il s'agit de productions granuliques disséminées sur le péritoine et la partie inférieure des plèvres; le début a lieu par le péritoine, l'infection gagne par les voies lymphatiques une ou les deux plèvres; elle s'accompagne d'épanchement au niveau de ces séreuses. Après un début insidieux, marqué par des troubles généraux, de l'amaigrissement, un état fébrile continu et rémittent, le ventre se ballonne, des vomissements apparaissent, la constipation est de règle; l'abdomen est douloureux; en même temps petite toux sèche, légère dyspnée, et à l'examen du thorax, on trouve des frottements ou les signes d'un léger épanchement souvent bilatéral. Après quelques semaines d'état fébrile, l'affection passe à la chronicité et devient une péritonite tuberculeuse fibreuse ou fibro-caséeuse; la guérison est assez fréquente.

Forme cérébrale. — Dans cette forme, les granulations des méninges sont nombreuses et se traduisent par l'ensemble des symptômes de la méningite tuberculeuse; les phénomènes observés du côté du thorax, du côté de l'abdomen indiquent la présence de granulations dans tout l'organisme. Cette forme est à rapprocher des faits décrits sous le nom de forme typhoïde de la méningite tuberculeuse. Quelquefois, le début est marqué brusquement par une perte de connaissance suivie de coma; c'est la forme cérébrale apoplectique.

Forme articulaire. — Elle est tout à fait exceptionnelle; on ne connaît guère qu'une observation de Laveran, dans laquelle la granulie présenta au début l'aspect d'un rhumatisme articulaire aigu; les granulations tuberculeuses s'étaient développées dans les synoviales; ce cas est devenu fort intéressant depuis les travaux de Poncet sur le rhumatisme tuberculeux.

Chez l'*enfant*, la granulie peut se présenter sous les différents aspects décrits plus haut; à propos des formes généralisées, on peut toutefois remarquer, avec Marfan, que la granulie des nourrissons âgés de moins de six mois est surtout une cachexie apyrétique, mais à marche rapide, avec gros foie et grosse rate; la granulie des enfants de six mois à deux ans est plutôt une forme typhoïde, tandis que chez les enfants de deux à six ans les symptômes méningés sont souvent au premier plan. Chez le *vieillard*, Marfan décrit une forme latente, une forme cardiaque, une forme cérébrale, une forme catarrhale et une forme fébrile; le diagnostic ne se fait le plus souvent qu'au moment de l'autopsie.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC. — A propos de chaque forme, les principaux points du diagnostic ont été indiqués : fièvre typhoïde et paratyphoïde, grippe pour les formes généralisées; bronchite, bronchite capillaire et broncho-pneumonie pour les formes thoraciques. Dans tous ces cas, l'irrégularité de la courbe thermique, la tachycardie, la dyspnée et l'amaigrissement rapide sont toujours les éléments principaux du diagnostic; en cas de phtisie aiguë catarrhale, on recherchera le bacille dans les crachats; la recherche du bacille dans le sang pourra aussi être pratiquée.

Le pronostic est presque fatal, réserves faites pour la typho-bacillose et pour certains cas dans lesquels l'explosion granulique ne conduit pas immédiatement à la mort et n'est que le prélude d'une tuberculose chronique.

TRAITEMENT. — Il sera surtout symptomatique : abattre la fièvre, diminuer la dyspnée et soutenir les forces sont les principales indications.

BIBLIOGRAPHIE. — MARFAN. *Traité de méd.*, t. VII; — *Traité de méd. et de thérap.* — GRANCHER et HUTINEL. *Dict. encyclop. des sc. méd.* — LANDOUZY. La typho-bacillose, *Presse méd.*, 24 oct. 1908. — MOURIQUAND. Le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile, *Gaz. des hôpit.*, 1er août 1908.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat de 1910-1911. — L'administration n'a encore rien décidé au sujet de la situation des internes de quatrième année que nous signalions l'autre jour.

Mais, conformément aux nombreux précédents, les internes seront certainement maintenus en fonctions pendant quatre années complètes.

— Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 12 janvier 1910. — MM. Parin, 4; Vincent (René), 8; Bougot, 9; Rudelle, 11; Angot, 5; Paley, 6; Lamy, 5; Ferté, 3; Thiers, 9; Chataing, 2.

Anatomie. — Séance du 13 janvier. — MM. Touvenin, 6; Camboulives, 9; Delivet, 8; Madier, 12; Bailleul, 9; Tissier, 10; Maleyx et Barthélemy, 9; Desbouis, 13; Ramadier (Henri), 5.

— Concours pour la nomination a deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 21 mars 1910, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du lundi 21 février au samedi 5 mars 1910, inclusivement.

— Concours de la médaille d'or. — *Médecine.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Dalché, Klippel et J. Renault qui acceptent, et Boulloche et Carnot qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Mémoires déposés : MM. Foix, Cawadias, Pinard, Troisier, Duvoir, Merle, Lyon-Caen, Tinel, Debré, Leconte, Bénard, de Brunel de Serbonnes, Schæffer, Joltrain, Lévi-Valensi et Chabrol.

La première séance d'oral aura lieu le 7 mars, à quatre heures, à la Charité.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est provisoirement composé de MM. Labey, Picqué et Peyrot, qui acceptent, et Delens et Bar qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Mémoires déposés : MM. Roux, Bazy, Monsaingeon, Olivier, Hovelacque, Combier et Le Mée.

La première séance d'oral aura lieu le 10 mars, à quatre heures, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — On sait que le cours de M. Nicolas, professeur à la Faculté de médecine, a été troublé à différentes reprises, depuis deux mois, par des incidents tumultueux qui en ont provoqué la fermeture provisoire.

Ce cours a été rouvert la semaine dernière. Le professeur n'a pu prendre la parole. Mardi dernier, des incidents, plus graves encore que les précédents, l'obligeaient à quitter une fois de plus l'amphithéâtre.

Des affiches apposées à la porte de la Faculté annoncent aux étudiants que le cours est suspendu une seconde fois.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 11 janvier 1910 :

Médecin principal de première classe. — M. Véron est maintenu médecin chef à l'hôpit. milit. Villemanzy, à Lyon.

Médecins-majors de première classe. — MM. Bernardy, passe médecin chef aux salles milit. de l'hosp. mixte de Chartres; Fradet, à l'hôpit. milit. de Toul; Eymeri, médecin traitant aux salles milit. de l'hosp. mixte de Limoges.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Haury, passe au 106e d'inf.; Leniez, au 1er tirailleurs algériens.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Hémery, passe au 150e d'inf.; Madranges, au 22e d'art.; Morisot, au 163e d'inf.; Wickler, au 69e d'inf.; Drouhet, au 33e d'inf.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les docteurs de Boyer de Camprieu et Giraud, médecins de première classe de réserve de la marine sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a commencé le vendredi 14 janvier, à dix heures, salle Axenfeld, une série de conférences de clinique et de thérapeutique sur les maladies du tube digestif et de la nutrition et les continuera tous les vendredis à la même heure.

ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DE TECHNIQUE CLINIQUE A L'USAGE DES ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE. — M. le docteur Bergé (huit leçons), hôtel des Sociétés savantes, à onze heures du matin, à partir du 17 janvier 1910.

Première leçon : Conseils généraux à l'étudiant qui fréquente les hôpitaux. — Deuxième leçon : Méthode générale d'examen des malades. — Troisième leçon : Difficultés propres aux enquêtes cliniques. — Quatrième leçon : De la clinique comparée à la pathologie. — Cinquième leçon : Du diagnostic. — Sixième leçon : Plan général pour la prise des « observations » cliniques. — Septième leçon : Topographie clinique. — Huitième leçon : Examen clinique des urines.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES MIGRAINES

Par MM. FERNAND LÉVY et PAUL BAUFLE.

I

Définition. — Les migraines sont des *syndromes paroxystiques* (2), en général *périodiques*, essentiellement caractérisés par une *céphalée* le plus souvent unilatérale (hémicranie) et par des *nausées* ordinairement suivies de *vomissements*. Elles peuvent s'accompagner de troubles variés surtout sensoriels (phénomènes oculaires, vertiges), exceptionnellement moteurs (paralysies transitoires et aphasie).

II

Historique. — Les auteurs de l'antiquité, tout en décrivant bien la migraine, la confondaient avec la névralgie faciale et les céphalées symptomatiques.

Si Hippocrate ne la mentionne pas, Arétée (de Cappadoce) semble l'avoir signalée sous le nom d'hétérocranie. Galien (3) sans préciser non plus la symptomatologie de cette affection essaie d'en fixer la pathogénie. « A l'état normal, dit-il, il y a entre les vaisseaux intra et extra-craniens des communications par lesquelles les premiers se débarrassent des vapeurs et des humeurs qu'ils renferment en trop grande abondance ; quand on souffre de cette région, c'est que certaines parties du corps envoient au cerveau avec le sang des liquides ou des vapeurs de mauvaise qualité. »

Nous passerons rapidement sur les œuvres médicales du moyen âge et de la Renaissance, purs travaux de compilation : les descriptions souvent confuses semblent se rapporter à des céphalalgies fort différentes de la migraine et les théories pathogéniques ne sont qu'un reflet des doctrines de Galien.

C'est seulement au début du XVIIIe siècle (1726) que Wepfer isole nettement la névralgie faciale d'avec les céphalées. Cependant il faut arriver jusqu'à Tissot (fin du XVIIIe siècle) qui résume avec clarté les travaux antérieurs pour trouver un essai de pathogénie susceptible de soutenir l'analyse : cet auteur montre les rapports de la migraine avec certaines névroses convulsives (asthme, épilepsie) et défend son origine gastrique.

Au siècle suivant, la délimitation du syndrome se précise; les auteurs décrivent non pas une, mais des migraines différentes au double point de vue clinique et pathogénique. Des théories plus adéquates basées sur des faits physiologiques bien établis se font jour : nous les analyserons plus loin.

III

Symptômes. — On pourrait renouveler la description de la migraine à propos de chaque malade : c'est dire que chaque variété d'hémicranie présente, chez le sujet qui en souffre, ses particularités.

Prodromes. — Les prodromes sont en général variables, mais ils sont toujours les mêmes pour les mêmes individus. Ils peuvent rentrer dans les deux cadres d'excitation ou de dépression. La dépression plus fréquente se traduit par un malaise général au réveil : pesanteur de tête, inaptitude au travail, parfois tristesse; en un mot existe une véritable atonie physique et morale.

D'autres fois, au contraire, le sujet éprouve une sensation de bien-être anormal, de vivacité intellectuelle plus grande. Des phénomènes analogues d'hyperexcitation s'observent dans le domaine de la vie végétative, tels la boulimie, la gastralgie, l'entéralgie. Egalement fréquents sont les troubles sensoriels (phosphènes, hémiopie, bourdonnements d'oreille), les troubles moteurs (fourmillements, spasmes, contractions fibrillaires des muscles du cou), les troubles sensitifs (engourdissement du petit doigt remontant au bras, à la région cervicale, à la langue), mais on note surtout des signes vaso-moteurs (taches rouges au-dessus du sourcil), parfois pollakiurie et érections chez l'homme.

La crise. — Un peu plus tard, dans la journée, apparaît la crise. La *douleur* en est la manifestation essentielle : c'est tantôt une sensation diffuse de tension intra-cranienne et tantôt un point douloureux fixe qui rapidement s'étale. Elle acquiert une intensité progressivement croissante au point de sidérer le patient. En général unilatérale, plus souvent localisée à gauche, parfois alternante, la douleur peut cependant brusquement, au cours d'une attaque, se déplacer suivant les deux grands méridiens antéro-postérieur et transversal de la boîte cranienne. La zone douloureuse peut occuper tout l'hémicrâne, mais d'ordinaire la souffrance se fixe soit au front, soit à la tempe et plus fréquemment aux régions pariétale et sus-orbitaire (Lasègue, James Clarke). Certains sujets l'accusent dans l'œil et au fond de l'orbite. Caractère important : la douleur n'irradie pas. Les comparaisons employées par les malades pour la dépeindre sont des plus variées : les uns parlent d'une sensation de vrille, d'autres se plaignent d'un martellement continuel, d'autres croient ressentir des pointes qui les piquent, des tenailles qui les déchirent; certains ont la tête comprimée dans un étau ou bien encore éprouvent une sensation d'éclatement, de disjonction des os. Chez d'autres enfin, cette douleur qui n'est point lancinante revient à coups réguliers comme une sensation intra-cranienne de ballottement. En général elle se manifeste toujours de la même façon chez les mêmes individus.

Les *troubles gastro-intestinaux* constituent le second signe important de l'accès de migraine. On a dit très justement qu'ils rappelaient les accidents analogues du mal de mer. Ils vont du simple bâillement et de la nausée aux éructations et aux *vomissements* presque incoercibles. Les anciens auteurs (Tissot, Pison) distinguaient les vomissements du début ou *convulsifs* provoqués par l'intensité de la douleur, des vomissements termi-

(1) Reproduction interdite.

(2) Comme le dit très justement LASÈGUE, « la migraine est une maladie d'accès, et tout homme qui souffre d'une céphalalgie continue est par ce seul fait hors de cadre ».

(3) Cité par THOMAS.

naux, utiles ou *critiques*. D'après de nombreuses observations (409) Mangelsdorf a signalé une augmentation constante de tous les diamètres de l'estomac au cours de la crise migraineuse. Après des alternatives de distension et de resserrement, survient le retour à la normale. Il n'a pas à notre connaissance paru de travaux sur l'état du chimisme gastrique au cours de l'accès.

Le tube digestif semble, au reste, frappé dans toutes ses portions. Il existe assez souvent de la *constipation* et la fin de l'attaque est, chez beaucoup de malades, marquée par un impérieux besoin d'aller à la selle.

Les *troubles nerveux*, s'ils sont plus rares que les désordres gastro-intestinaux, n'ont pas moins d'importance. Dans le domaine des organes des sens, les bourdonnements d'oreille, l'hyperacousie, l'hyperesthésie et les fourmillements ascendants déjà signalés aux prodromes, les troubles oculaires variés sont assez communs. On a noté aussi des phénomènes moteurs tels que tremblements, parfois même de véritables convulsions et enfin de l'aphasie, soit simple aphasie d'expression, sans troubles de l'idéation, soit aphasie totale d'expression et de compréhension. Ces troubles de langage ont pu coïncider avec une hémiplégie transitoire.

Les troubles vasomoteurs ont été plus étudiés bien qu'ils ne soient pas également marqués chez tous les malades. Les auteurs à leur sujet sont partagés. Tandis que les Anglais les regardent comme insignifiants, les Allemands au contraire, imbus d'idées pathogéniques que nous analysons plus loin, leur attribuent un rôle prépondérant. Ils distinguent deux types de migraines :

1° Les *migraines blanches* ou *sympathicotoniques* dans lesquelles la face est pâle, froide, les pupilles dilatées; les temporales sont dures et sinueuses. Ces troubles augmenteraient par la compression de la carotide correspondante, tandis que la compression du côté opposé les ferait régresser.

2° Les *migraines rouges* ou *sympathicoparalytiques*. Les caractérisent la rougeur de la face et des oreilles, l'élévation de la température locale et les signes oculaires généralement observés à la suite de la section du sympathique : enophtalmie, larmoiement avec rougeur conjonctivale, myosis.

Allant plus loin, certains cliniciens (Jaccoud) ont voulu étroitement associer ces deux types de migraines et considèrent dans l'accès deux phases, l'une qui traduit l'excitation, l'autre la paralysie du sympathique. Cependant, au dire de Thomas, les troubles vasomoteurs ne seraient pas tellement constants puisqu'il ne les a notés que 37 fois sur 92 cas.

Les *troubles urinaires* au cours de la migraine ont été jusqu'à présent peu étudiés. Cependant Bioglio a constaté qu'au cours de l'accès il y avait accélération des échanges azotés, et au contraire retard, c'est-à-dire hypoazoturie, hypochlorurie, hypophosphaturie, dans les périodes intercalaires. Guido Guidi, deux fois, pendant un accès seulement, observa de la glycosurie; migraine et glycosurie auraient disparu sous l'influence du traitement.

Évolution. — Il est rare que la migraine dure plus d'une journée et la douleur disparaît graduellement, mais parfois irrégulièrement avec des arrêts puis des retours offensifs. La terminaison est annoncée par un sommeil réparateur qui en est comme la clôture naturelle; cependant on a signalé d'autres phénomènes critiques : épistaxis (Gübler), sudations locales, limitées d'ordinaire aux extrémités du membre inférieur; rhinorrhée unilatérale, sialorrhée ou larmoiement, vomissements. Immédiatement après l'accès, certains sujets éprouvent une amélioration subjective de leur état général qui bientôt décline jusqu'à une nouvelle migraine, et Gübler signale que certains malades sont ainsi amenés à souhaiter le retour de leurs crises. A ce propos il n'est pas inutile de rappeler la comparaison imagée de Liveing, envisageant la migraine comme un exutoire, « comme une véritable éruption volcanique venant débarrasser de temps en temps le système nerveux d'un excès de tension acquis par la force nerveuse ». (Liveing cité par Grasset et Rauzier.)

Cependant un certain nombre de troubles locaux ont été signalés en suite de migraines : tels l'altération des traits consécutive à la contraction habituelle du visage sous l'influence de la douleur, l'amaigrissement du temporal, le blanchissement prématuré des cheveux. A ce propos Gübler rapporte le cas d'une malade dont quelques cheveux présentaient des zones alternativement blanches et noires. Ce fait était dû à ce que la portion du cheveu, qui se développait pendant la crise ou quelque temps après, restait décolorée.

La *périodicité* des accès est parfois remarquable chez certains individus (hémicraniens horologiques). D'autres sujets présentent un véritable *état de mal migraineux* avec accès subintrants (Féré). Plus souvent, les paroxymes sont séparés par des intervalles variables et réapparaissent sous l'influence des causes occasionnelles les plus diverses. La durée des poussées de migraine ou période migraineuse est difficile à déterminer. Il est néanmoins possible d'établir une sorte de courbe des accès qui vont d'abord se rapprochant, puis au bout d'un certain temps décroissent de fréquence. Chez la femme il est rare qu'ils survivent à la ménopause, mais toujours ils disparaissent aux environs de la soixantaine.

IV

Formes cliniques. — A. Migraine ophtalmique. — Signalée pour la première fois par Vater (1723), étudiée dans le mémoire de Piorry (1835), surtout bien décrite par Galezowski (1878), Féré (1881), Sarda (1886), elle a été décrite sous des noms divers. C'est l'irisalgie (Piorry), l'hémiopie périodique, la migraine de l'œil de Galezowski. Elle survient le plus souvent chez d'anciens migraineux (Galezowski) où elle remplace la migraine ordinaire : quelquefois elle est héréditaire et frappe les enfants d'une mère migraineuse. Les accès sont souvent provoqués par un travail intellectuel prolongé.

Dans sa forme la plus simple elle se traduit par du *scotome scintillant* binoculaire pour la majorité des cas : dans le champ visuel apparaît une tache sombre qui s'auréole de lumière et présente une bordure

irrégulièrement découpée en zigzag comme les fortifications à la Vauban. Cette zone lumineuse revêt l'apparence d'une roue de feu dentée qui serait animée d'un rapide mouvement de rotation. Ce phénomène dure de quelques minutes à une demi-heure, rarement une heure. L'arc scintillant va s'élargissant jusqu'à atteindre la limite du champ visuel au moment de sa disparition. L'apparence du scotome est toujours la même chez le même individu.

D'autres sujets présentent des *phosphènes lumineux*, lignes tantôt blanches, jaunes, rouges, bleues ou phosphorescentes, qui peuvent se combiner au scotome. « L'*hémiopie*, dit Galezowski, est monoculaire ou binoculaire... quelquefois latérale ; d'autres fois elle occupe la moitié supérieure du champ visuel. Dans la forme binoculaire, le champ visuel est perdu, tantôt latéralement, tantôt dans la moitié droite ou gauche des deux yeux. La vue est complètement abolie dans une moitié du champ visuel; néanmoins l'acuité visuelle se conserve presque normale.

Cette hémiopie n'est que passagère, elle ne dure que vingt, trente à cinquante minutes, et se dissipe ensuite complètement ; quelquefois je l'ai vue se transformer en une *cécité* complète de courte durée, dans d'autres cas elle est suivie d'une *faiblesse de la vue* qui se prolonge jusqu'à la fin de la journée. L'hémiopie peut venir très souvent, deux à trois fois par semaine ; alors surviennent un trouble de la vue et une sorte d'asthénopie presque permanente qui rendent tout travail impossible. » Scotome, phosphènes, hémiopie peuvent se manifester isolément. Cependant Galezowski a vu trois fois le scotome central se transformer en une hémiopie. Pendant que surviennent ces troubles, l'examen de l'œil révèle la dilatation ou le rétrécissement pupillaire, parfois une teinte écarlate du fond de l'œil ou au contraire de l'anémie papillaire. Le malade se plaint d'une sensation de tension oculaire et accuse des douleurs névralgiques, siégeant au niveau du globe oculaire et analogues à celles du glaucome aigu. Bientôt la douleur ophtalmique se diffuse, prend les caractères de l'hémicranie de la migraine vulgaire ; souvent aussi apparaissent des phénomènes cérébraux divers, identiques à ceux qui peuvent accompagner la migraine vulgaire, mais plus fréquents dans la migraine ophtalmique ; enfin des nausées et des vomissements terminent l'accès. Bien entendu ce syndrome complet peut être remplacé par une migraine ophtalmique fruste où seuls se manifestent les troubles visuels.

Chez d'autres sujets, les accès sont dissociés et revêtent alternativement la forme oculaire et la forme douloureuse.

B. Migraine ophtalmoplégique. — Cette variété appelée encore paralysie oculo-motrice périodique fut décrite pour la première fois par Charcot (1890). Elle s'observe dès le tout jeune âge. A la douleur à maximum en général sus-orbitaire succède brusquement après vingt-quatre ou trente-six heures et du même côté, une paralysie en général complète de la troisième paire se traduisant par du ptosis, du strabisme externe, de la mydriase, de la diplopie croisée, et une abolition absolue de l'accommodation. Cette paralysie peut durer jusqu'à une et deux semaines. Elle aurait pour caractère de revenir environ tous les mois, les accès se rapprochant au fur et à mesure que la maladie devient plus ancienne. On a même prétendu que, dans des cas exceptionnels, l'affection aboutissait à une paralysie définitive du moteur oculaire commun.

C. Névralgie-migraine. — Non seulement il existe des relations étiologiques entre les migraines et les névralgies, mais encore au point de vue clinique, on a signalé des types intermédiaires. C'est ce qui explique que certains auteurs aient confondu les deux affections (Schwann). Valleix ne les avait pas laissé passer inaperçues. « Chez les individus qui étaient sujets à des névralgies de différentes parties du corps, des attaques de migraine avaient lieu de temps en temps, et les douleurs, commençant par un des points qui ont été signalés plus haut, tels que la partie interne du sourcil, la bosse pariétale, l'angle inférieur de la tempe, s'étendaient bientôt à tout un côté de la tête et devenaient très violentes. Il y avait alors une sensibilité générale dans toute la partie affectée, mais elle était toujours plus considérable dans les lieux primitivement atteints d'où les élancements partaient le plus ordinairement. »

Plus récemment Putnam a décrit des névralgies-migraines de l'ophtalmique.

IV

Etiologie. — Il est relativement fréquent d'observer la migraine et plus souvent encore en clientèle qu'à l'hôpital. La *femme* y est surtout prédisposée (5 femmes pour 1 homme d'après Eulenburg). C'est que le molimen menstruel semble être fréquemment sa cause occasionnelle. On a vu l'hémicranie apparaître à l'époque de la puberté, revenir régulièrement chaque mois avec les règles et disparaître à la ménopause. Cependant cette coïncidence peut manquer et il est des patientes qui font leur accès en dehors des périodes menstruelles. La migraine frappe surtout l'*âge adulte* ; il est rare en effet de l'observer dans l'enfance : il est exceptionnel de l'observer chez les vieillards. Si, comme le dit Tissot, ceux qui ne l'ont pas eue à vingt-cinq ans ne l'auront jamais, il est non moins certain que les migraineux cessent d'avoir des accès après la soixantaine.

On a publié des cas d'hérédité directe où la transmission s'était le plus souvent faite de la mère à la fille (Romberg, Symmonds, Eulenburg). C'est rare, et comme la migraine est en rapport fréquent avec les manifestations dites arthritiques, elle a été considérée comme un des stigmates de la diathèse. Liveing (cité par Thomas) plaçait déjà dans un même groupe naturel : l'épilepsie, le vertige épileptique, la laryngite striduleuse, l'asthme, l'angine de poitrine, la migraine, le tic douloureux de la face, la folie intermittente et paroxystique. L'hérédité unit toutes ces maladies ; leurs symptômes à toutes sont purement fonctionnels ; elles ne se développent qu'à une certaine période de la vie, affectent surtout un sexe ; elles sont toutes paroxystiques et périodiques ;

leurs attaques sont produites par les mêmes causes efficientes Elles peuvent se transformer l'une dans l'autre (métastases). Tissot pense que « c'est un malheur de ne plus avoir la migraine parce que souvent un autre accident de même famille le remplace ». Trousseau est du même avis.

Cependant il faut reconnaître que le terrain arthritique, s'il favorise la migraine, ne la conditionne pas. Aussi un certain nombre d'auteurs admettent-ils qu'une lésion locale est nécessaire pour déchaîner l'accès. Les Anglais, en particulier Clifford Allbutt, ont fait dépendre la migraine d'une *affection gastro-hépatique*. Plus récemment Jacquet et Jourdanet ont attiré l'attention sur la *tachyphagie* ou rapidité de la mastication qui serait pour eux le facteur étiologique le plus important.

On a prétendu également que la migraine était causée par certaines affections chroniques des fosses nasales (Hack, Renous) et des maladies de l'œil, telles l'astigmatisme (Sinclair, Martin, Gessop). Il n'est pas difficile d'ailleurs de trouver à l'origine de chaque accès une cause occasionnelle provocatrice, en général toujours la même pour un même individu.

Il n'est même pas, en ce temps d'endocrinologie, jusqu'aux insuffisances glandulaires qu'on ait rendues responsables et l'on a décrit des migraines ovariennes et des migraines thyroïdiennes (Léopold-Lévi et H. de Rothschild).

V

Pathogénie. — On peut grouper sous trois chefs les théories qui prétendent expliquer la migraine.

I. Origine encéphalique. — La migraine est une *névralgie cérébrale* : c'est l'opinion de Romberg, Calmeil, Leubuscher, Liveing. Cette théorie a peu d'adeptes aujourd'hui, bien qu'elle ne soit pas aussi irrationnelle qu'elle semble à première vue. Axenfeld fait remarquer qu'on l'écarte trop facilement en admettant que le cerveau n'est pas sensible. « Ce qui est vrai au point de vue expérimental et pour un cerveau sain peut être inexact pour un cerveau malade. Cette théorie peut expliquer certains symptômes de la migraine, telle la douleur qui semble profonde et non superficielle comme cela aurait lieu dans une névralgie; d'autre part, parmi les symptômes, les uns semblent révéler directement la souffrance cérébrale, les autres paraissent être des irradiations sympathiques de cette même affection centrale (troubles visuels, auditifs). Le lieu d'origine de la migraine n'est pas toujours dans l'organe même qui, pendant les accès de cette névrose, présente les signes fonctionnels les plus apparents. Les symptômes considérés comme la preuve de l'irradiation dans le cerveau ne sont le plus souvent que les signes éloignés de la souffrance de la tête. »

Se basant sur les recherches de Bonnier, Léopold-Lévi considère la migraine comme « un *syndrome bulbo-protubérantiel* à étiologie variable » dont le point de départ serait dans les noyaux du quatrième ventricule.

II. Origine périphérique. — La migraine est une *névralgie du trijumeau* : c'est l'opinion soutenue par Chaussier, Pinel, par Wepfer et Tissot qui la considèrent comme une névralgie sus-orbitaire. Eulenburg en fait aussi une névralgie de la cinquième paire, mais il admet que seuls sont intéressés les filets intra-craniens de ce nerf qui se rendent à la dure-mère (nerf récurrent d'Arnold, nerf satellite de l'artère méningée moyenne, nervus spinosus de Luschka). Anstie va plus loin, dans son *Essai pathogénique*, puisqu'il la rapporte à une irritation moléculaire atrophique des racines du trijumeau. Brissaud, tout en admettant que la maladie n'a que des « analogies avec la névralgie du trijumeau », croit avec Eulenburg et Thomas que « la migraine est une névralgie diffuse des filets intra-craniens du trijumeau ». Si cela est, nous comprendrons d'autant mieux la migraine et la névralgie faciale, stigmates d'arthritisme, nous nous expliquerons mieux leur coexistence fréquente, leur succession, leurs balancements réciproques (F. Lévy).

III. Origine sympathique. — La migraine reconnaît pour cause une irritation du grand sympathique.

A. Dubois-Reymond (1860) place dans le sympathique cervical le point de départ de la migraine : pour lui *c'est l'excitation de ee cordon nerveux qui détermine l'accès de migraine.* Il apporte à l'appui de cette opinion de nombreux arguments :

1° Au cours de la crise on constate des troubles qu'on peut réaliser expérimentalement par excitation du sympathique cervical :

Dilatation pupillaire ;
Anémie et pâleur de la face ;
Battements énergiques de l'artère temporale qu'on sent sinueuse et tendue sous le doigt.

Tous ces phénomènes indiquent que la musculature des vaisseaux de la région affectée est en état de contraction permanente.

2° C'est également cette tétanisation des fibres musculaires qui permet d'expliquer les grands symptômes migraineux :

La *douleur* qui résulte de la sensation pénible provoquée par la contracture des vaisseaux ;

Les *nausées* et les *vomissements*, fonctions des oscillations de la pression sanguine intra-encéphaliques ;

Les *troubles visuels* et *auditifs*, résultante des phénomènes vasomoteurs qui entraînent, en suite de la contracture des artérioles, l'ischémie du nerf correspondant.

Celle-ci se traduit d'abord par la suppression de la conductibilité (cécité partielle), puis par des phénomènes d'excitation (scintillement).

Quant aux signes passagers d'*engourdissement avec parésie du bras, de la jambe, aphasie*, ils seraient dus à la prédominance de l'anémie localisée au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche.

Cependant on a objecté à cette théorie que les phénomènes observés du côté de l'œil ne correspondent pas à une excitation du sympathique. En effet, l'œil est plus petit, le globe oculaire paraît plus enfoncé dans l'orbite, la conjonctive est plus rouge,

phénomènes qui indiquent tous la paralysie du sympathique cervical.

« Le défaut de concordance entre les phénomènes vasomoteurs de l'œil et ceux de la face ne peut s'expliquer en aucune façon par l'action isolée du grand sympathique, tandis que, si le point de départ est *dans la moelle*, ce défaut de concordance trouve son explication dans les expériences de Cl. Bernard qui tendent à faire admettre deux ordres de nerfs antagonistes : les vasomoteurs dilatateurs qui partent directement de la moelle et les vasomoteurs constricteurs qui dépendent du sympathique. Dans cette hypothèse, on comprend très bien comment les constricteurs vasculaires d'une région déterminée, la face par exemple, peuvent être excités à leur point d'origine dans la moelle, ce qui produit l'anémie locale et la pâleur, tandis que, pour la région voisine, pour l'œil par exemple, ce sont les nerfs dilatateurs qui sont excités dans leur centre médullaire et qui produit la congestion locale et la rougeur. Il suffisait pour expliquer la diversité des phénomènes vasomoteurs dans les différents cas, d'admettre que la moelle est excitée en deux points différents (Axenfeld.)

Le point de départ de la migraine serait ainsi, non dans le sympathique cervical, mais dans cette partie de la moelle désignée par Budge et Haller, sous le nom de *centre cilio-spinal*. Brünner fait d'ailleurs remarquer que la pression de la première apophyse épineuse dorsale est souvent douloureuse au cours de l'accès.

B. Mollendorf admet aussi l'origine sympathique de la migraine, mais soutient une opinion tout à fait opposée à celle de Dubois-Reymond. Pour lui *il y a paralysie du sympathique cervical.*

Il apporte également de sérieux arguments à sa manière de voir.

Il a constaté en effet dans certains cas :

La contraction de la pupille;

Une injection périkératique manifeste;

De la dilatation des artères et des veines de la rétine et de la choroïde.

Il fait remarquer que, contrairement à l'opinion de Dubois-Reymond, la compression carotidienne du côté de la migraine diminue la douleur parce qu'elle lutte contre l'hyperhémie vasculaire, conséquence de la vasodilatation paralytique. Cette hyperhémie encéphalique expliquerait, d'après l'auteur, le ralentissement du pouls observé plusieurs fois (56-48) : l'irritation de la moelle allongée qu'elle entraîne réagit sur le pneumogastrique.

C. Les faits apportés à l'appui de ces deux théories opposées sont certainement exacts, et il semble difficile d'adopter l'une d'elles, à l'exclusion de l'autre. Ainsi Jaccoud admet-il l'existence de deux variétés distinctes au point de vue clinique comme au point de vue pathogénique : la migraine sympatico-tonique et la migraine sympatico-paralytique. Il croit en outre que ces deux phases peuvent se rencontrer au cours d'une même attaque; il y aurait *d'abord excitation, puis paralysie du sympathique.* « L'accès de migraine est constitué par une excitation anormale du sympathique suivie d'une paralysie par épuisement qui marque le déclin et le terme du paroxysme. »

Hartenberg, partisan de la théorie sympathique de la migraine, ne veut pas voir, comme Dubois-Reymond, dans le spasme et la douleur des phénomènes consécutifs, mais au contraire des phénomènes simultanés, puisque le sympathique envoie aux vaisseaux et des fibres motrices vasoconstrictives et des fibres sensitives. Il croit que chez certains sujets ayant de la myosite rhumatismale des muscles du cou, « l'irritation produite par la myosite est transmise jusqu'au sympathique cervical et provoque périodiquement des accès d'hémicranie. »

Si on admet qu'un grand nombre d'irritations sensorielles, digestives, musculaires, génitales, glandulaires sont capables de déchaîner l'accès de migraine, à quelle théorie doit-on se rallier pour expliquer la douleur? Lequel des deux, du trijumeau ou du sympathique est en cause? Ou bien encore la migraine traduirait-elle simplement la réaction de certains centres sensitifs de l'encéphale?

Actuellement même on ne saurait mieux répondre qu'Axenfeld à ces diverses questions :

« Les théories vasomotrices, dit-il, expliquent un grand nombre de phénomènes observés dans un accès d'hémicranie, mais nous avons vu aussi qu'elles ne les expliquaient pas tous parce que les signes de la migraine sont variables. Si l'on observe bien réellement des troubles oculo-pupillaires en rapport avec l'excitation ou la paralysie du sympathique, on ne peut affirmer que le trijumeau soit absolument passif dans ce concert de symptômes qui caractérisent la migraine et que le cerveau ne joue pas aussi un certain rôle dans cet état morbide, ce qui a pu faire dire à Calmeil que la migraine consiste dans une double lésion du système nerveux central et périphérique et qu'elle doit figurer au nombre des névroses cérébrales comme l'hystérie et l'épilepsie. »

Migraine ophtalmique et ophtalmoplégique. — On a pour expliquer la migraine ophtalmique, invoqué des troubles de circulation encéphalique, alors que dans l'ophtalmoplégique le bulbe serait en cause.

Mais on a aussi considéré la migraine ophtalmoplégique comme une migraine simple, cause efficiente de la paralysie de l'oculo-moteur. Suivant cette théorie (Plavec) toutes deux sont des affections de la base de l'encéphale dues très probablement à un gonflement périodique de l'hypophyse, soumises à des influences vasomotrices autorégulatrices spéciales. La migraine simple serait la résultante d'un gonflement total ou unilatéral. La migraine ophtalmique et ophtalmoplégique dépendrait toujours d'une augmentation de volume unilatérale. C'est une autointoxication qui déterminerait une dislocation latérale ou une déformation de la glande. Dans la migraine simple l'hyperémie serait donc active, alors qu'il y aurait stase veineuse dans la forme ophtalmoplégique.

VI

Diagnostic. — L'accès de migraine typique ne présente aucune difficulté de diagnostic. Mais il faut savoir que, chez les migraineux, on peut obser-

ver une série de syndromes douloureux qu'il est nécessaire de différencier de la migraine elle-même.

C'est le cas, par exemple, de la *névralgie faciale* qui, nous l'avons vu, apparaît souvent sur un terrain migraineux. Les deux affections ont du reste été longtemps confondues. La névralgie est « un éclair de douleur qui arrache un cri aigu et fait tressaillir. Dans la migraine la douleur est rongeante, continue ; ce n'est pas un élancement par éclair, c'est une ondée de douleur ». Il faut d'ailleurs remarquer que les difficultés d'interprétation ne se présentent que s'il s'agit de névralgies intéressant la branche ophtalmique de Willis ou les rameaux temporaux du maxillaire inférieur.

Les *céphalées symptomatiques* d'une maladie générale ou d'une affection localisée de l'encéphale se confondront difficilement avec la migraine. La *céphalée syphilitique* de la période secondaire est généralement nocturne, ne constitue pas un accident isolé et enfin cède au traitement spécifique.

La *céphalée des tumeurs encéphaliques* pourrait plus facilement en imposer. En effet elle s'accompagne ordinairement de nausées, de vomissements, de vertiges, et quand manquent les symptômes de localisation, le diagnostic serait délicat, si la céphalée n'avait pas tendance à devenir continue. D'autre part le ralentissement du pouls assez commun, la stase papillaire à peu près constante dans les néoplasies cérébrales permettront une fois constatés d'éviter l'erreur. Nous ne mentionnerons que pour mémoire la céphalée des brightiques et des artério-scléreux, des hystériques, des neurasthéniques, qui n'ont toutes que des analogies fort éloignées avec l'accès de migraine.

VII

Traitement. — Le traitement des migraines doit à la fois s'adresser aux accès et, dans leur intervalle, à l'état général plus ou moins connu qui les détermine.

Pendant l'accès, on a essayé toutes les médications *antinévralgiques* (antipyrine, pyramidon, phénacétine, opiacés, etc.), *digestives* (purgatifs), donc purement symptomatiques. Les Allemands ont voulu remplacer cette thérapeutique presque toujours impuissante, par une médication qu'ils considèrent comme pathogénique. Suivant la forme de migraine, ils préconisent les vasodilatateurs ou les vasoconstricteurs soit chimiques (nitrite d'amyle ou au contraire ergot de seigle), soit physiques (électricité). En réalité, une fois l'accès de migraine déclaré, il est préférable de se limiter à des prescriptions hygiéniques : repos au lit dans le calme et l'obscurité, suppression de toute alimentation.

Contre la tendance aux migraines il est évident qu'une médication pathogénique serait de beaucoup la meilleure, mais elle est impossible à appliquer en l'état actuel de nos connaissances. Nous croyons inutile de transcrire une fois de plus le soi-disant régime qu'il est d'usage d'imposer aux arthritiques. Mieux vaut avouer que, jusqu'à présent, aucun traitement « antimigraineux » ne s'est montré spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

ABUNDO (D'). *Revista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia*, vol. I, fasc. I, p. 1, 20 déc. 1907. — ALCHÉ (D'). *La migraine ophtalmoplégique*, Th. de Paris, 1896. — ARCHIPOFF. *Contribution à l'étude de la migraine*, Th. de Paris, 1883. — AXENFELD. *Traité des névroses*, 2e édition, 1873, t. I, p. 476.

BALLET. Migraine ophtalmoplégique, *Méd. mod.*, fév.-mars 1896, p. 137-145. — BIOGLIO. Contribution à l'étude clinique de la migraine simple et compliquée, *Tip. operaia romana*, Rome 1905. — BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882.

DARQUIER. *La migraine ophtalmoplégique*, Th. de Paris, 1893.

FÉRÉ. Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique, *Revue de méd.*, 1881, p. 644 ; — De l'état de mal migraineux, *Revue de méd.*, 1892, p. 25 ; — Note sur un cas de psychose migraineuse, *Revue de méd.*, 1897, p. 390 ; — Note sur quelques signes physiques de la migraine et en particulier sur un cas de migraine ophtalmo-spasmodique, *Revue de méd.*, 1897, p. 954. — FABRE. *La migraine chez les enfants*, Th. de Paris, juillet 1904.

GALEZOWSKI. Etude sur la migraine ophtalmique, *Arch. gén. de méd.*, 1878, vol. I, p. 669, vol. II, p. 36. — Guido GUIDI. Symptômes psychiques prémonitoires de l'accès de migraine, *Riv. sper. di frenatria*, 1907, vol. XXXIII, fasc. 2-3, p. 440-448. — GRASSET et RAUZIER. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 4e édition, 1894, t. II, p. 160.

HAMMOND. *Traité des maladies du système nerveux*, trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 1252. — HARTENBERG. La migraine des arthritiques : pathogénie et traitement, *Presse méd.*, 17 janv. 1906, n° 5, p. 34.

JACCOUD. *Traité de pathologie interne*, 3e édition, 1873, t. I, p. 476. — JACQUET et JOURDANET. Etude étiologique, pathogénique et thérapeutique de la migraine, *Revue de méd.*, 10 avril 1909.

KOVALESKY. *La migraine et son traitement*, Paris 1902.

LABARRAQUE. *De la migraine*, Th. de Paris, 1883. — LAFON et VILLEMONTE. Un cas de migraine ophtalmoplégique, *Journ. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 13 fév. 1905 ; — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 avril 1905, n° 14, p. 237. — LAMY. Migraine ophtalmoplégique au cours de syphilis cérébrale, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 déc. 1900. — LASÈGUE. De la migraine, *Arch. gén. de méd.*, 1873. — LECLEZIO. *Contribution à l'étude de la migraine ophtalmoplégique*, Th. de Bordeaux, 1904. — LEGROS, *Nerfs vaso-moteurs*, Th. d'agrégation, 1873. — LÉOPOLD-LÉVI. La migraine commune, syndrome bulbo-protubérantiel à étiologie variable, *Revue de neurol.*, 15 fév. 1905, n° 3, p. 166. — LÉVY (F.). *Essai sur les névralgies faciales*, Th. de Paris, 1906. — LOPEZ. La migraine. *Recueil d'ophtalmologie*, 1906, p. 347. — LYON (G.). Les migraines ophtalmique et ophtalmoplégique, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 56, p. 555.

MANGELSDORF. Phénomènes gastriques au cours de la migraine et de l'épilepsie, *Berl. klin. Wochens.*, 1903, n° 44. — MATHIEU et ROUX. La migraine tardivement aggravée, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 130. — MENDEL. La migraine, *Deuts. med. Wochens.*, 17 mai 1906, p. 785-788.

PARINAUD et MARIE. La migraine ophtalmoplégique, *Arch. de neurol.*, 1885. — PLAVEC. Beitrag zur Erklärung der ophtalmoplegischen Migräne, *Deuts. Zeits. f. Nervenh.*, 1907, t. XXXII, p. 183-232. — PUTMANN. The relation between trigemin Neur. and Migraine, *The Journ. of nerv. and mental diseas.*, March, 1900, p. 129.

RAULET. *Etude sur la migraine ophtalmique*, Th. de Paris, 1883. — RAUZIER. Traitement de la migraine, *Arch. gén. de méd.*, mai 1906, n° 18, p. 1109.

SARDA. *Des migraines*, Th. d'agrégation, 1886. — SMITH

ELY JELLIFFE. Aphasie, hémiparésie et hémianesthésie dans la migraine, *New-York med. Journ.*, 6 janv. 1906.

THOMAS. *La migraine*, Paris 1887.

VALLEIX. *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*, Paris Baillière, 1841 ; — *Guide du médecin praticien*, t. I, p. 4. — VULPIAN. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, 1875, t. II, p. 610.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1910)

Plaies, par balle, de l'articulation de la hanche. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation adressée par M. Jacob (de l'armée). Il s'agit d'un soldat de trente-quatre ans qui, en Algérie, reçoit une balle au niveau du triangle de Scarpa. Il est transporté péniblement à l'ambulance. On constate la plaie d'entrée au niveau du triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux. Il y a paralysie du nerf sciatique; quelques jours après se déclara une arthrite suppurée de la hanche avec des douleurs intolérables. La température s'élève et surviennent des signes de septicémie. M. Jacob fait une incision postérieure, met à nu le nerf sciatique, enlève des esquilles; puis il fait une incision antérieure pour drainer complètement l'articulation de la hanche. La fièvre tombe, mais bientôt elle reparaît et, dans une seconde intervention, M. Jacob fait la résection de la hanche et immobilise le membre, en abduction, dans un appareil plâtré, muni de fenêtres permettant les lavages. Les résultats furent excellents. Le malade guérit avec une ankylose incomplète. La radiographie montre une ébauche de cal fémoral. La sensibilité du nerf sciatique a reparu.

M. Mauclaire rapproche de ce fait un cas analogue. Un jeune homme, en 1902, reçoit une balle dans le col fémoral. Deux mois après apparaît de la suppuration. Les douleurs ne sont pas très vives. M. Mauclaire fait une incision sur le trajet de la balle; il y trouve une série de débris vestimentaires et la balle à la partie antérieure du col fémoral. Il enlève les débris, la balle et aseptise de son mieux la plaie. Le malade a guéri sans autre opération. La suppuration a cessé après l'ablation des débris vestimentaires et de la balle; le blessé a guéri avec ankylose.

Ostéomes du brachial antérieur. — M. MAUCLAIRE fait un second rapport dans lequel il analyse quatre cas d'ostéomes du brachial antérieur adressés par M. van der Bosck (de Lyon).

Dans le premier cas il s'agit d'une luxation traumatique du coude en arrière, avec réduction immédiate sans massage. Très rapidement se produisit un ostéome du brachial antérieur dont la résolution se fit assez vite. On fit de la mobilisation après le huitième jour. Les mouvements du coude sont revenus.

Dans le second cas, il s'agit d'une luxation récidivante du coude en arrière avec hématome. Pas de massage, après mobilisation et apparition quinze jours après d'un ostéome. On met un appareil plâtré; après un mois il y avait de l'amélioration, mais les mouvements restent gênés. Le malade refusa toute opération.

Le troisième cas a trait à un jeune homme de vingt et un ans qui, dix ans auparavant, avait eu une luxation du coude en arrière et qui présenta un ostéome. Celui-ci diminua beaucoup sans opération. Les mouvements sont très peu limités. Le résultat définitif est assez bon.

Pour le quatrième cas, luxation traumatique, formation d'un ostéome; extirpation; six mois après, récidive avec hématome énorme; massages légers, immobilisation pendant quinze jours. Ce fut un mauvais résultat de l'extirpation. Ce soldat dut être réformé.

L'auteur envisage les théories pathogéniques de l'ostéome et tend à se rattacher à la théorie de l'ossification de l'hématome.

Au point de vue thérapeutique, il ne faut pas se presser de faire l'ablation de ces ostéomes.

Aux exemples précédents, M. Mauclaire en joint dans lequel l'ablation de l'os n'a pas donné un bon résultat.

Une discussion s'engage sur la pathogénie des ostéomes, discussion à laquelle prennent part MM. Reynier, Picqué et Mauclaire.

Transformation et dégénérescence des papillomes vésicaux. — M. F. LEGUEU fait un rapport sur une observation envoyée par M. Tanton (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un malade qui vint mourir dans son service avec des tumeurs multiples de la vessie et une tumeur secondaire de la fosse iliaque externe. En 1893, il avait été opéré pour papillome. Douze ans après, il récidivait et fut opéré quatre fois de 1905 à 1907. La dernière fois on trouva la vessie pleine de papillomes; on fit un curettage et une cautérisation ; c'est à la suite de cette dernière opération que se développa dans l'os iliaque à droite une tumeur qui entraîna la mort. Cette tumeur était un épithélio-sarcome avec cellules musculaires lisses; elle était une métastase de la tumeur vésicale.

Les récidives des papillomes vésicaux sont communes; elles restent souvent bénignes bien qu'elles se multiplient, et M. Legueu cite des observations de malades opérés trois fois et qui, après quinze ans, restent encore bien guéris. Ces récidives n'indiquent donc pas toujours la malignité de ces tumeurs ; elles n'ont aucun rapport avec l'opération et souvent on peut retrouver sur la muqueuse vésicale au delà de la tumeur les premiers stades histologiques de papillomes qui ne se produiront que plus tard.

Les transformations de ces papillomes en cancer sont contestées par quelques histologistes : l'observation actuelle en est un exemple. Sur d'autres pièces, M. F. Legueu a pu retrouver par des examens multipliés dans une même tumeur tous les stades de cette transformation. Aussi bien doit-on considérer la bénignité de ces tumeurs comme très relative et s'efforcer de les enlever tôt et largement.

Brulûre du bras. Autoplastie. — M. MORESTIN présente une malade qui était atteinte d'une brûlure étendue de la partie interne du bras et de la partie antérieure du cou; restauration autoplastique ; très bon résultat.

Kyste hydatique du foie s'évacuant spontanément par une fistule biliaire. — M. TUFFIER a opéré un malade de lithiase biliaire par la cholécystotomie ; après évacuation des calculs, il a examiné le foie et les canaux biliaires sans y rien trouver. Quelques jours après, un énorme kyste hydatique s'est éliminé spontanément par la fistule biliaire.

Calculs rénaux. — M. DELBET montre deux gros calculs rénaux qu'il a enlevés par la néphrotomie. Difficultés de la suture du bassinet, pas de drainage. Infection secondaire légère, pas d'écoulement d'urine par la plaie. Guérison.

Fibrome du maxillaire. — M. DELBET présente un fibrome du maxillaire supérieur. Extirpation par la bouche. Identité de structure et de développement avec les polypes naso-pharyngiens.

M. NÉLATON possède une observation calquée sur celle de M. Delbet. Il la présentera dans la prochaine séance.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DES ABCÈS COXALGIQUES

Par le docteur Em. Dossol.

Il en est des abcès coxalgiques comme des autres abcès tuberculeux, il ne faut pas les inciser ; il faut, ou les respecter en espérant une résolution spontanée, ou bien les vider très aseptiquement par ponction, puis injecter dans la poche un liquide modificateur.

Telle est la règle ; et les exceptions sont rares à signaler.

En pratique, une distinction est à faire. L'abcès coxalgique est-il unique ou multiple, est-il peu ou très volumineux, prend-il l'allure et les caractères d'un abcès chaud, prêt à s'ouvrir lui-même ? Voilà autant de questions importantes et réclamant des interventions diverses.

Un abcès coxo-fémoral unique et peu volumineux doit être surveillé simplement mais non traité, il pourra se résorber par l'influence seule de l'immobilité.

Un abcès volumineux doit être ponctionné, vidé et injecté de glycérine iodoformée ou d'anios à 10 p. 100 (solution concentrée).

Si les abcès sont multiples, il faut de nouveau soumettre le malade à l'extension continue.

Enfin, quand un abcès menace de s'ouvrir lui-même, quand la peau rougit, s'amincit, que la température s'élève, il vaut mieux aller au devant du pus et ouvrir.

En agissant ainsi, on évite, ou tout au moins on rend plus curables les fistules consécutives.

Qui n'a vu, en effet, ces abcès tuberculeux s'ouvrant à l'arcade crurale et formant chaque jour sous le pansement de véritables nappes purulentes que rien n'arrête ?

On ouvre donc les abcès, puis on les nettoie largement avec une solution d'anios à 2 p. 100 et on les panse ensuite chaque jour avec de grandes précautions antiseptiques. Il faut, à tout prix, éviter dans ce cas les infections secondaires qui seraient une véritable complication et, par les suppurations intarissables qu'elles amènent, précipiteraient l'évolution fatale.

Ce résultat semble obtenu avec le trioxychlorométhyle de vanadium (solution à 2 p. 100) peut-être mieux qu'avec d'autres antiseptiques. Ce germicide en effet est sans dangers. On peut l'employer largement en lavages dans les fistules, et en pansements humides à demeure sans redouter la moindre toxicité ou causticité. Avec ces pansements nettement modificateurs, l'abcès tuberculeux suppure moins, sa désodorisation est complète, et même la cicatrisation des trajets se fait progressivement et parfois d'une façon définitive, en un temps relativement court.

Dans ces suppurations chroniques et abondantes, infectant les régions qu'elles traversent et ouvrant de larges portes à l'absorption médicamenteuse, aux infections secondaires, il est fort utile d'avoir ainsi un moyen antiseptique et cicatrisant au moins aussi puissant que n'importe quel autre et tout à fait sans inconvénients. Pour le pansement des fistules, sans séquestre ou nécrose, les propriétés kératoplastiques de ce sel de vanadium rendent aussi de grands services, et la fistule anale, quand elle n'est pas ouverte dans le rectum, peut se combler en peu de temps sous l'action excito-cellulaire de la poudre d'anios.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Eaux minérales milieux vitaux. Sérothérapie artificielle et balnéothérapie tissulaire par leur injection dans l'organisme, par le docteur C. Fleig (de Montpellier). In-8 de 513 pages avec 16 figures, dont 15 planches hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 JANVIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset ; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 25 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Lecène ; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Raymond, Jeanselme et Claude ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 26 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Monod, Gosset et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Teissier et Legry.

1er (oral) : MM. Nicolas, Hartmann et Proust.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Branca ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Mulon ; — (3e série) : MM. Pouchet, Retterer et Zimmern ; — (4e série) : MM. Roger, Desgrez et Macaigne ; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 27 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Pozzi, Morestin et Lenormant ; — (2e série) : MM. Thiéry, Marion et Auvray.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Remy et Nicloux ; — (2e série) : MM. Pouchet, Launois et André Broca ; — (3e série) : MM. Prenant, Gley et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Retterer ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Rénon et Gouget.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 28 janvier, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Nicolas et Lepage ; — (2e série) : MM. Segond, Wallich et Rieffel ; — (2e partie) : MM. Roger, Marcel Labbé et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne ; — M. Mulon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Ombrédanne ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 29 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

LE JEUDI 27 JANVIER 1910

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 85 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1910. Ces fournitures sont comprises dans les 11e, 13e, 18e, 20e, 35e, 37e, 38e, 45e, 51e, 52e, 68e, 81e, 84e et 85e lots de l'adjudication du 23 décembre 1909.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3 avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 14 janvier 1910. — MM. Durœux, 9; Viel (Emile), 10; Villechaise, 9; Usse, 7; Huber, 12; Lavalée, 7; Lœwy, 4; Croissant, 12.

Séance du 15 janvier. — MM. Gouverneur, 11; Guerrero et Denet, 6; Delot, 3; Bloch (Jacques), 11; Vinçotte, 4; Dufourmentel, 10; Lehmann (Pierre), 7; Tzanck, 6; Goret, 3; Lambert, 5.

Anatomie. — Séance du 14 janvier. — MM. Brenot, 4; Darrieux, 8; Legal-Lasalle, 10; Leblanc, 13; Meaux-Saint-Marc, 8; Gautruche, Dubois-Robert, Papillon et Roy, 10.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Le jury est définitivement composé de MM. Boulloche, Dalché, Klippel, Jules Renault et Carnot.

Chirurgie et accouchements. — Le jury est définitivement composé de MM. Delens, Bar, Peyrot, Georges Labey et Picqué.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — *Médaille d'or de l'internat.* — Après concours, la médaille d'or est attribuée à M. Vanhœcke.

Les *prix de l'externat* sont attribués à MM. René Legrand, Culot, Valette, Bocquillon, Levret (prix de 100 francs). — MM. Mausse, Guenez, Boez, Rovilé, Oyez, Grumeau, Lalisse, Wéry, Béal et Cornette (prix de 50 francs).

— BAR-LE-DUC. — M. le docteur Gelly est nommé médecin adjoint.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le conseil de la Faculté vient de réélire comme doyen M. le professeur Pitres.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Delorme est désigné pour exercer en 1910 la présidence du comité technique de santé.

— TROUPES COLONIALES. — Sont promus au grade de médecin aide-major de deuxième classe MM. les docteurs Flourens et Jamot.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la première semaine, 925 décès, au lieu de 897 pendant la semaine précédente et au lieu de 1098, moyenne ordinaire de la saison. On remarquera la fréquence de la rougeole dans certains quartiers pauvres de la périphérie.

La rougeole a causé 13 décès, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 247, au lieu de 260 précédemment (moyenne 184). Les quartiers les plus atteints sont : Epinettes (19 cas), Grandes-Carrières (17 cas), Clignancourt (43 cas) et la Goutte-d'Or (22 cas). Les autres quartiers présentent des chiffres bien moindres.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 169 décès, au lieu de 178 pendant la semaine précédente (moyenne 234).

La phtisie pulmonaire a causé 196 décès (moyenne 217).

Il n'y a pas de décès causé par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 2.

HOPITAL COCHIN-ANNEXE. — M. le docteur Michon, chirurgien des hôpitaux, commencera le mercredi 19 janvier 1910 une série de conférences cliniques avec présentation de malades, sur les maladies des voies génito-urinaires de l'homme, et les continuera les mercredis suivants.

Ces conférences cliniques auront lieu salle de la polyclinique chirurgicale de l'hôpital Cochin-annexe, de dix à onze heures du matin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 26 janvier, à une heure. — M. BOURROUILLON. Contribution à l'étude des gourmes syphilitiques précoces. (MM. Gaucher, président; Segond, Delbet et Lœper.) — M. GIROUX. Sclérose et athérome de l'artère pulmonaire. Rôle des conditions mécaniques. (MM. Gaucher, président; Segond, Delbet et Lœper.) — M. MAYNIER. Contribution à l'étude du traitement des fractures diaphysaires compliquées de l'humérus. (MM. Segond, président; Gaucher, Delbet et Lœper.) — M. NORY. Ruptures d'hydrocèles traumatiques et spontanées. (MM. Delbet, président; Gaucher, Segond et Lœper.)

Jeudi 27 janvier, à une heure. — M. CERISIER. Enseignement de l'hygiène à l'école et à la caserne. (MM. Hutinel, président; Bar, Brindeau et Nobécourt.) — M. CHEVALIER. Etude statistique des présentations de la face à la clinique Tarnier de 1900 à 1910. (MM. Bar, président; Hutinel, Brindeau et Nobécourt.) — M. FOUCHET. Sur les appareils amovibles en orthopédie. (MM. Alb. Robin, président; Quénu, Chauffard et Lecène.) — M. BURKER. De la vaso-vésiculectomie par voie inguinale. (MM. Quénu, président; Alb. Robin, Chauffard et Lecène.) — M. NÈGRE. Quelques recherches sur le cancer spontané et expérimental des souris. (MM. Chauffard, président; Alb. Robin, Quénu et Lecène.)

LE SYNDROME HYPOPHYSAIRE ADIPOSO-GÉNITAL (1)

Par MM. P.-E. LAUNOIS,
Médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé, chargé de cours,
et M. CLÉRET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous finirons notre exposé des faits en résumant l'observation publiée par Madelung (11) parce qu'elle nous paraît avoir la valeur d'une véritable expérience.

Obs. XI (résumée). — *Plaie par arme à feu. Troubles oculaires (œil droit). Troubles cérébraux. Obésité. Lésion de l'hypophyse.* — Avant janvier 1901, Marie n'avait jamais été sérieusement malade et n'était pas particulièrement grosse. Elle était gaie comme une autre enfant, et semblait avoir un développement intellectuel normal.

Le 1er janvier 1901, elle avait alors six ans, elle reçoit dans la tête une balle de carabine Flobert, tirée par un garçon à une distance de huit à dix pas et tombe sans connaissance. Le médecin appelé trouva l'enfant dans le coma, couchée sur le côté droit, et présentant du strabisme. Le quatrième jour, elle reprit connaissance. Pendant les trois jours elle s'était alimentée mais avait eu de l'incontinence des sphincters. Ce n'est que le huitième jour qu'elle demanda à boire et à manger et réclama le bassin. Elle n'avait pas présenté de troubles de la parole. Le trajet de la balle se cicatrisa en dix jours. Au bout de cinq mois, l'enfant, qui restait confinée au lit, put se lever et se promener seule sans le secours d'une chaise. La céphalée ayant disparu, elle put, pendant l'automne de 1901, retourner à l'école. La faiblesse de son bras droit l'obligea à écrire avec la main gauche; elle apprit moins vite ses leçons que ses camarades. Son état mental présentait quelques particularités : elle n'aimait pas à causer avec les autres, préférait rester seule et silencieuse et se plaignait constamment d'être fatiguée.



Fig. XVII. — Malade de l'observation XI (Madelung).

Au moment de son entrée à la clinique, les troubles étaient demeurés les mêmes. La démarche est nonchalante, elle traîne le pied droit dévié en dedans, la pointe frôlant le sol (paralysie incomplète des muscles de la jambe droite). L'examen ophtalmoscopique fait par Laqueur démontra l'intégrité de l'œil gauche et une perte complète de fonction visuelle à droite (amaurose).

Cette enfant de neuf ans mesurait 1 m. 24 et pesait 42 kilogrammes; son poids était le double de celui d'une fillette du même âge. Le monstrueux changement de la forme de son corps était dû à un développement excessif de la graisse. Cet engraissement avait commencé peu de temps après la blessure.

L'exploration à l'aide des rayons de Röntgen permit de suivre le chemin du projectile de 9 millimètres de diamètre, grâce à des éclats de plomb. Le trajet parvenait directement à la selle turcique et, un peu à gauche du plan sagittal, on apercevait le projectile. Il n'est pas possible, en raison de sa situation, qu'il n'ait pas atteint l'hypophyse ou le pédicule qui la relie au cerveau.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 5, p. 57.

D'après Madelung, des lésions de l'hypophyse auraient été signalées dans la *maladie de Dercum* et, à l'appui de son dire, il cite les deux faits suivants.

Chez une malade de trente-six ans, observée par Burr (12), malade qui était atteinte d'adipose douloureuse, il y avait une augmentation de volume avec dégénérescence gliomateuse de l'hypophyse. La lésion coexistait avec une atrophie de la thyroïde.

Dans un cas rapporté par Dercum (12bis) lui-même, avec la collaboration de mac Cathy, on constata à l'autopsie d'un homme de trente-neuf ans l'existence d'un carcinome de l'hypophyse.

Nombreux aussi sont les faits où *une lésion hypophysaire s'accompagnait des manifestations habituelles du myxœdème.* Entre l'observation ancienne déjà de Nonnan Dalton (13) et celle plus récente de Sainton et Rathery (14) prennent place de nombreux faits publiés par Boyce et Beadles (15), Gloser (16), Pechkranz (17), Stewart (18), Wadsworth (19), Schlessinger (20).

Malgré l'intérêt qu'ils présentent, nous devons nous contenter de les signaler, nous proposant d'en faire ultérieurement une étude d'ensemble.

Dans le syndrome hypophysaire adiposo-génital, il est trois éléments fondamentaux qui dominent tous les autres et qui nous paraissent mériter une description détaillée.

L'adiposité est généralisée, aussi bien superficielle que profonde. En surface, la graisse s'accumule d'abord dans les régions qui constituent de véritables sièges de prédilection. Au cou, on voit se développer une collerette en forme de croissant; le menton est à deux ou trois étages. Contrairement à ce que l'on observe chez les obèses gros mangeurs, la nuque n'est généralement pas épaissie. Au thorax, ce sont surtout les mamelles qui présentent la surcharge la plus abondante. Chez la femme adulte, elles forment des masses volumineuses et pendantes.

Capitonné de graisse, le revêtement cutané de la paroi abdominale se transforme en un véritable tablier qui pend au-devant du pubis, des cuisses, au point de rejoindre parfois les genoux. La formation de replis cutanés entraîne souvent la production de lésions intertrigineuses.

Au niveau du pubis la graisse accuse la saillie du mont de Vénus.

A la racine des bras, la peau distendue se dispose en forme de manche pendante.

Les fesses sont parfois énormes, de même que les régions avoisinant les bords des os iliaques.

Les membres inférieurs sont considérablement élargis à leur racine; la dépression correspondant au triangle de Scarpa disparaît. L'envahissement graisseux des cuisses modifie leurs formes anatomiques et les transforme en colonnes plus ou moins boudinées. On peut de même observer de véritables colliers graisseux au-dessus des malléoles.

Chez les adolescents, le corps conserve l'aspect potelé qu'il avait dans l'enfance et ne laisse apercevoir ni les saillies osseuses, ni les reliefs musculaires. L'adiposité de la puberté s'observe d'ailleurs assez fréquemment chez les descendants de neuro-arthritiques et contraste alors avec le faible développement de l'appareil génital. Elle n'est le plus souvent que passagère.

La surcharge adipeuse se faisant parfois très rapi-

dement et étant sujette à des variations, il n'est pas rare que le tégument, au niveau des mamelles, du thorax, de l'abdomen, des membres, soit sillonné de vergetures, les unes minces, les autres plus larges. Le plus souvent blanches, elles peuvent présenter une teinte violacée; elles se disposent parallèlement ou s'écartent en rayonnant. Toujours elles sont dues à la rupture par distension des formations élastiques du derme.

La graisse abonde également en profondeur. Elle s'emmagasine dans le médiastin, pouvant vraisemblablement provoquer les troubles circulatoires veineux que traduit, chez quelques malades, un état cyanotique particulier. Les pelotons graisseux péricardiques, de même que ceux qui garnissent les sillons du cœur, augmentent de volume.

Dans l'abdomen, la surcharge de graisse est tout particulièrement grande au niveau de l'épiploon et des replis mésentériques. Elle n'épargne pas les couches celluleuses rétro-péritonéales.

Le tégument présente le plus souvent une coloration blanchâtre; il donne au toucher l'impression du froid. Il est difficile, pour ne pas dire impossible de le faire glisser sur les plans profonds. La palpation révèle souvent dans l'hypoderme la présence de masses plus résistantes que molles; elles sont formées par les pelotons adipeux hypertrophiés.

La peau, surtout au niveau des membres inférieurs, peut présenter un aspect œdémateux, mais la pression ne détermine pas de godet. Parfois l'épaississement est assez marqué pour rappeler celui que l'on observe dans le myxœdème.

Quelles que soient les modifications de la peau chez ces polysarciques, elles diffèrent toujours de celles qui sont le propre de l'éléphantiasis. Cette surcharge adipeuse généralisée rappelle un peu ce qu'Arnold a décrit sous le nom de *pachyacria mollis*.

La DYSTROPHIE GÉNITALE varie tout naturellement avec l'âge. Chez les sujets encore jeunes, elle se traduit par un arrêt de développement, surtout apparent chez les garçons. L'atrophie paraît même, chez eux, d'autant plus marquée que l'appareil génital est comme perdu au milieu des masses adipeuses qui occupent les creux inguinaux et le mont de Vénus.

A la puberté, la verge, les testicules restent petits. De plus, les caractères sexuels secondaires ne s'accusent pas ou demeurent peu marqués. Le pubis, les aisselles, les joues restent glabres ou se couvrent seulement de quelques poils follets. Seules les mamelles prennent un développement exagéré, plus en rapport avec la surcharge en graisse qu'avec la croissance de la glande.

Chez les jeunes filles, la menstruation est lente à s'établir et demeure irrégulière.

Les mêmes troubles se retrouvent chez les femmes adultes, la périodicité des règles subit des modifications qui précèdent leur disparition complète de façon tout à fait précoce. L'aménorrhée peut être, comme nous l'avons observé, en rapport avec une lésion des ovaires. Mais on est amené à se demander si la lésion hypophysaire ne commande pas la dystrophie et le vice de fonctionnement de l'appareil génital. Aucun fait précis ne permet d'étayer cette hypothèse ; né d'hier, le problème des relations qui unissent les troubles génitaux et les altérations de la pituitaire ne peut encore recevoir de solution.

Chez la femme, on a encore signalé la frigidité.

On la retrouve également chez l'homme adulte. Les observations que nous avons colligées, sauf celle qui porte le numéro VII, n'ont pu nous renseigner sur l'état anatomique et fonctionnel des glandes génitales. Une enquête plus minutieuse permettra de combler cette lacune.

La LÉSION OU TUMEUR HYPOPHYSAIRE qui constitue le dernier terme du syndrome est aujourd'hui relativement facile à reconnaître. On peut, à l'exemple des accoucheurs, diviser les signes et symptômes qui permettent d'établir le diagnostic de tumeur de l'hypophyse en trois groupes.

Les *signes et symptômes de probabilité* sont ceux d'une tumeur cérébrale à localisation particulière, s'accompagnant d'hypertension intra-cranienne. Le premier est la céphalée, surtout frontale, bien étudiée par Rayer (21), à laquelle peuvent s'ajouter des crises névralgiques [Bartels (22), Infeld (23)]. De la céphalée il faut rapprocher les vertiges, les vomissements à type cérébral, la perte de la mémoire, la tristesse, la torpeur, l'apathie, les crampes, les contractures, le trismus. Ces derniers troubles sont probablement en rapport avec l'hydrocéphalie concomitante, car chez un malade observé par von Hippel, ils disparurent après l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par le nez. On a cité de curieux troubles du goût et de l'ouïe.

La torpeur, l'asthénie s'accompagnent souvent d'envies de dormir qui constituent une véritable passion de sommeil.

Toutes les psychoses peuvent s'associer aux autres manifestations du syndrome hypophysaire, comme le prouvent les statistiques recueillies par Boyce et Beadles qui, sur 3 000 autopsies pratiquées chez des aliénés, ont trouvé 20 tumeurs cérébrales, dont 6 avaient pour siège l'hypophyse.

La polyurie, la glycosurie (24), que l'un de nous a étudiées s'observent assez souvent chez les malades atteints de tumeurs hypophysaires ; il en est de même pour les troubles sudoraux.

La compression, quand la tumeur a acquis un certain volume, peut porter sur les sinus avoisinants et déterminer des troubles locaux de la circulation veineuse (œdème de la face).

Parmi les modifications observées du côté de l'appareil circulatoire, il en est deux assez paradoxales, c'est l'accélération du pouls, signalée par Engel (25), Rosenhaupt (26), Infeld, Bartels; c'est aussi l'abaissement de la température centrale.

Les *signes et symptômes de quasi-certitude* de l'existence d'une tumeur de l'hypophyse sont fournis par l'analyse des troubles oculaires et les recherches ophtalmoscopiques. Diminution de l'acuité visuelle, diminution du champ visuel, hémianopsie bitemporale, amaurose, cécité complète, telles sont les constatations les plus fréquentes. On peut observer d'ailleurs les combinaisons les plus variées dans l'association des troubles oculaires. Si l'atrophie de la papille est fréquemment observée, il n'en est pas de même pour l'œdème papillaire qui est plutôt rare. Cette rareté de la stase papillaire s'expliquerait par les lésions mêmes que provoque la compression directe des bandelettes optiques. On peut, en effet, admettre avec Terrien (26) qu'il se fait de façon très précoce une soudure entre les gaines et les fibres nerveuses du tractus optique et que les adhérences établies entre ces éléments rendent

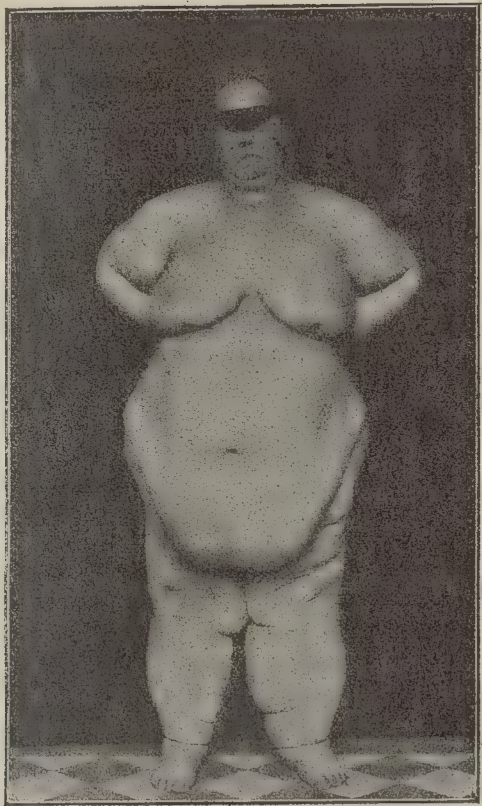


Fig. XVIII. — Malade de l'observation XII (de face). [Photog. d'Aureille].

Les règles à suivre pour explorer le crâne à l'aide des rayons de Röntgen ont été pour la première fois indiquées par Béclère (27); elles ont été perfectionnées par Holzknecht et tout dernièrement par Toupet et Infroit (28). En plaçant dans un stéréoscope une épreuve sur verre réduite, représentant la radiophotographie du crâne, on voit se dessiner en relief le massif du sphénoïde et nettement apparaître les contours osseux de la selle turcique. Simple cupule à l'état normal, permettant à peine l'introduction de la pulpe de l'auriculaire, elle devient, quand il existe une tumeur de l'hypophyse, un véritable bénitier dans lequel on pourrait entrer deux, trois doigts et même davantage.

L'association de ces trois éléments est indispensable pour la constitution du syndrome; aussi doivent-ils être recherchés avec soin. Une adiposité énorme, même accompagnée de troubles oculaires, ne peut suffire pour en affirmer l'existence.

Obs. XII. — *Polysarcie énorme. Troubles oculaires.* — Une semblable association existait chez une femme de soixante-six ans, qui a été hospitalisée dans notre service au mois d'août dernier et dont l'observation a été recueillie avec beaucoup de soin par notre élève M. Aureille. Mesurant 1^m54, elle arriva à peser 155 kilos, c'est dire que, chez elle, un centimètre de taille correspondait à un kilogramme de poids. L'examen ophtalmoscopique démontra l'existence de lésions anciennes d'irido-choroïdite dans l'œil droit et d'hémorragies rétiniennes dans l'œil droit. Il n'existait pas de signes de tumeur hypophysaire.

Tel est dans son ensemble le syndrome hypophy-

difficile, pour ne pas dire impossible, la pénétration du liquide céphalo-rachidien jusqu'à la papille.

On peut enfin dans quelques cas observer la réaction pupillaire hémianopsique sur laquelle ont insisté Wernicke et Déjerine, et qui serait un élément intégrant et presque exclusif du syndrome de la région hypophysaire.

Quant aux *signes de certitude*, révélateurs d'une tumeur de la glande pituitaire, ils sont fournis par l'examen radiographique du crâne. Ce nouveau procédé de recherches, aujourd'hui communément employé, est basé sur la donnée suivante : toute augmentation de volume de l'hypophyse entraîne un agrandissement proportionnel de la selle turcique, le contenant demeurant, à l'état pathologique, adéquat au contenu. L'allongement de la fosse pituitaire se fait le plus souvent dans le sens antéro-postérieur, plus rarement dans le sens vertical. L'excavation offre alors l'aspect d'une coupe plus ou moins évasée. Parfois les modifications atteignent un degré considérable, s'accompagnant même par usure ou par propagation, d'une destruction plus ou moins étendue de la loge osseuse.



Fig. XIX. — Malade de l'observation XII (de trois quarts).

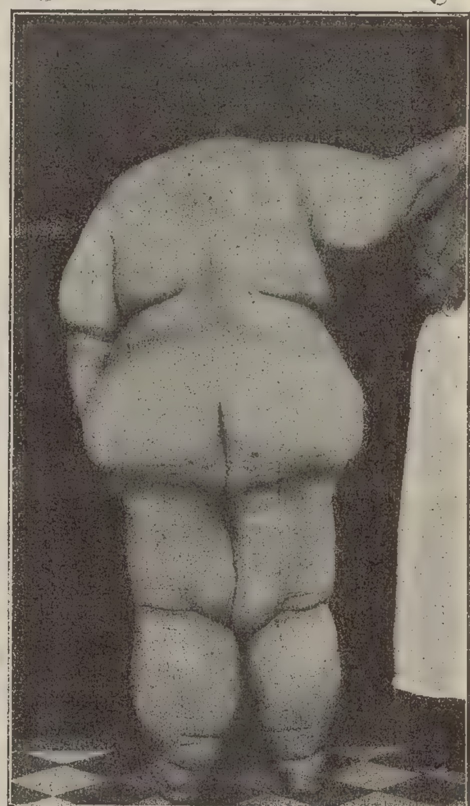


Fig. XX. — Malade de l'observation XII (de dos).

saire adiposo-génital. Pour compléter son étude, il serait nécessaire de déterminer en premier lieu les relations qui unissent les glandes génitales à l'hypophyse. L'un de nous (29) a étudié les modifications

que subit la glande pituitaire chez la femme pendant la gestation, mais les changements que présentent les glandes closes après la castration ovarique ou au moment de la ménopause sont complètement inconnues. On sait seulement que, dans ces conditions, l'obésité peut ou apparaître ou augmenter. Il serait désirable également de préciser la nature des troubles du métabolisme qui provoquent et entretiennent l'exagération des réserves graisseuses de l'organisme, mais c'est chose impossible à l'heure actuelle.

En nous bornant à une étude descriptive, nous croyons avoir fait cependant œuvre utile pour les physiologistes, les médecins et les opérateurs, car la chirurgie moderne, d'autant plus audacieuse qu'elle dispose de moyens plus sûrs, ne craint pas de s'attaquer à la plus profondément cachée des glandes closes et à en pratiquer l'ablation.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE *

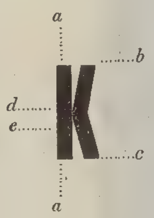
1. MILIAN (communication écrite).
2. ZAK. *Wiener klin. Rundschau*, nos 10 et 11, 1904, p. 165.
3. STRUMPELL. *Deuts. Zeich. f. Nerv.*, Leipsig 1897, t. XI, p. 51 à 87.
4. GLÄSER. *Berl. klin. Woch.*, 1883, n° 52.
5. GALLIARD et MILIAN (communication orale).
6. G. BOYÉ. *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hémophilie*, Th. de Paris, 1909.
7. A. FRÖHLICH. Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie, *Wien. klin. Rundschau*, 23 et 30 nov. 1901.
8. BABINSKI. Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie, etc., *Revue neurol.*, 1900, t. VIII, p. 531.
9. A. BERGER. Ein Fall von Tumor der Hypophysengegend, etc., *Zeits. f. klin. Med.*, chap. XXV, p. 448.
10. VON EISELSBERG und Frank HOCHWART. *Wien. klin. Woch.*, 1907, p. 1341.
11. MADELUNG. Ueber Verletzungen der Hypophisis, *Arch. f. klin. Chir.*, von Langenbeck 1904, p. 1067.
12. BURR and RIESMANN. *Journ. of nerv. and ment. Diseas.*, 1899, t. XXVI, p. 20.
12bis DERCUM et Mac CARTHY. Autopsy in a case of adiposis dolorosa, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1902, t. CXXIV, p. 994; analysé in *Sem. méd.*, 4 fév. 1903.
13. Normann DALTON. *The Lancet*, 6 nov. 1897, t. II, p. 1190.
14. SAINTON et RATHERY. Myxœdème et tumeur de l'hypophyse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 mai 1908.
15. BOYCE et BEADLES. A further contribution to the study of the hypophysis cerebri, *Journ. f. path. a. bact.*, 1893, t. I, p. 223 et 359.
16 GLOSER. *Virch. Arch.*, Bd. CXXII, 1890, p. 389.
17. PECHKRANZ. Zur Kasnistik der Hypophysis Tumoren, *Neurol. Centralbl.*, 1899, t. XVIII, p. 202.
18. STEWART. Tumor in volving the Hypophysis, *Boston med. a. surg. Journ.*, t. CXL, p. 501.
19. WADSWORTH. *Boston med. a. surg. Journ.*, 1885, p. 5.
20. SCHLESINGER. *Wiener klin. Rundschau*, 1900, n° 15.
21. RAYER. *Arch. gén. de méd.*, 1823, t. III, p. 350.
22. BARTELS. *Zeits. f. Augenheilk.*, 1906, t. XVI, p. 407 et 530.
23. INFELD. *Sitzung des Vereins Psych.*, Vienne 1902.
24. P.-E. LAUNOIS et P. ROY. Glycosurie et hypophyse, *Arch. gén. de méd.*, 5 mai 1903.
25. ENGEL. *Inaug. Dissert.*, Vienne 1839.
26. ROSENHAUPT. Ein Beitrag für klin. des Tumoren der Hypophysis, *Berl. klin. Woch.*, 1903, n° 39.
27. BÉCLÈRE. Le radio-diagnostic de l'acromégalie, *Presse méd.*, 1903, p. 845.
28. TOUPET et INFROIT. Mensuration radiographique de la selle turcique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 4 nov. 1909.
29. P.-E. LAUNOIS et P. MULON. Etude de l'hypophyse humaine à la fin de la gestation, *Comptes rendus de l'Association des anatomistes*, Ve Congrès, Liége 1903, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, janv. 1904.

(1) La bibliographie complète se trouvera dans la thèse en cours de préparation de E. GRAHAUD : *Le syndrome hypophysaire adiposo-génital.*

LE K DE LA NUTRITION

Par M. PHILIPPE TISSIÉ (de Pau),
Président-fondateur de la *Ligue française de l'Education physique.*

J'appelle *K de la nutrition* le système établi sous la forme de la lettre K entre la colonne vertébrale (*a*)-(*a*) d'une part représentée par la barre verticale de cette lettre majuscule de l'alphabet, et de l'autre par les deux barres obliques, la supérieure représentant les deux piliers du diaphragme (*b*), l'inférieure représentant les deux psoas (*c*); ces deux barres forment un V très ouvert dont le sommet prend un point d'appui sur la colonne vertébrale. On comprend dès lors l'importance de la valeur de ce point d'appui pour les piliers diaphragmatiques et pour les psoas, ces deux muscles étant des agents très importants de la nutrition gazeuse et solide. Si la rigidité de ce point d'appui n'est pas assurée, la fonction du diaphragme et des psoas est d'autant atténuée que le centre de gravité du corps humain (*d*) situé à la onzième vertèbre dorsale (face inférieure, bord antérieur) est placé à une distance très rapprochée du point d'insertion du psoas, c'est-à-dire de la douzième vertèbre dorsale (*e*) et des quatre premières vertèbres lombaires, de même que du point d'insertion des piliers du diaphragme. D'où nécessité de fixer tout d'abord les onzième et douzième vertèbres dorsales et les quatre premières vertèbres lombaires, dans toute gymnastique qui s'adresse à la nutrition générale, gazeuse et solide. Cette fixation s'établit *en partant des pieds*, articulation par articulation, pour *remonter* jusqu'à la onzième vertèbre dorsale : cou-de-pied, genou, bassin, sacrum, vertèbres lombaires, vertèbres dorsales ; et *en partant de la tête*, articulation par articulation : tête, vertèbres cervicales, vertèbres dorsales, pour *redescendre* jusqu'à la onzième vertèbre dorsale. La fixation de tous ces segments articulaires s'obtient par le raccourcissement des muscles extenseurs, de la cuisse, du bassin, du dos, de la tête. Le massif musculaire sacro et dorso-lombaire, de même que le massif musculaire de la région postérieure du cou et des omoplates jouent un rôle prépondérant dans la fixation du système du K.



L'attitude en *Fixe établie en huit temps*, telle que je l'ai décrite (1), l'immobilise fortement sur le bassin.

ANATOMIE. — Il est nécessaire pour bien comprendre la valeur de la gymnastique suédoise qui base précisément son action principale sur la fixation du point d'appui vertébral du diaphragme et du psoas, de citer les insertions anatomiques de ces muscles ainsi que leurs rapports avec les divers organes.

Le psoas. — Le psoas s'insère *en haut* : 1° à la face latérale du corps vertébral de la douzième vertèbre dorsale et des quatre premières lombaires; 2° sur les disques intervertébraux qui les unissent; 3° à la base des apophyses transverses de ces mêmes vertèbres. La partie la plus épaisse du psoas est située au niveau de la symphyse sacro-iliaque (d'où nécessité de fixer le sacrum pour donner un point d'appui intermédiaire plus fort à cette partie importante du psoas). *En bas*, le psoas s'insère à la face postérieure du petit trochanter par un fort tendon. A ce tendon s'insère également la portion inférieure du muscle iliaque dont la partie supérieure s'étale

(1) Docteur Ph. TISSIÉ. *Précis de gymnastique rationnelle*, 3e édit., p. 58; Pau, Garet, édit.

en éventail dans la fosse iliaque interne en s'insérant : 1° sur les deux tiers supérieurs de cette fosse ; 2° sur la lèvre interne de la crête iliaque ; 3° *sur la base du sacrum* ; 4° sur les deux épines iliaques antérieures ; 5° sur la face antérieure de la capsule articulaire de la hanche. Les faisceaux de ce muscle convergent avec ceux du psoas sur le bord antérieur de l'os coxal pour se fixer sur le tendon du psoas et, par son intermédiaire au petit trochanter. Ils forment ainsi la branche inférieure de la lettre K.

RAPPORTS. — Dans l'*abdomen* le psoas répond en *avant*, au diaphragme, au rein, aux vaisseaux rénaux, à l'uretère, aux vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens, aux portions verticales du côlon. Dans son ouverture inférieure en forme de V renversé, le psoas est chez la femme en contact de voisinage avec les organes utérins et leurs annexes. La contraction du psoas rétrécit l'espace angulaire du V, d'où auto-massage de ces organes dans les mouvements de flexion des jambes sur le bassin, ou du bassin sur les jambes. Le muscle *iliaque* est en rapport en *avant* avec le cæcum à droite ; avec l'S iliaque du côlon, à gauche.

L'action du psoas-iliaque porte donc sur le diaphragme, le rein, les vaisseaux rénaux, l'uretère, les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens, le côlon, l'utérus et ses annexes, le cæcum, l'S iliaque.

Le diaphragme. — Le diaphragme possède trois groupes de faisceaux :

1° Les faisceaux *antérieurs* ou *sternaux* s'insèrent sur la base de l'appendice xiphoïde ;

2° Les faisceaux *latéraux* ou *costaux* s'insèrent sur la face interne, bord supérieur des six dernières côtes, par autant de digitations qui s'entrecroisent avec les digitations correspondantes du transverse de l'abdomen ;

3° Les faisceaux *postérieurs* ou *lombaires* forment les deux piliers du diaphragme, ils descendent obliquement en avant sur la colonne vertébrale et viennent se fixer, le *droit*, sur le corps vertébral des *trois* premières vertèbres lombaires; le *gauche*, sur les deux premières lombaires.

Ils forment ainsi la branche supérieure de la lettre K en s'entrecroisant en forme d'X avec les faisceaux supérieurs du psoas qui s'insèrent à la douzième vertèbre dorsale.

Au *niveau* du *psoas* les faisceaux descendants du diaphragme viennent se jeter sur l'arcade fibreuse du psoas qui s'étend du corps de la deuxième vertèbre lombaire à la base de l'apophyse transverse de la première lombaire et qui croise à la manière d'un pont la face antérieure du psoas. *Au niveau* du *carré des lombes*, les faisceaux postérieurs s'insèrent à l'*arcade du carré des lombes* en avant du carré, aux apophyses transverses des *deux* premières vertèbres lombaires, au sommet de la douzième côte.

Orifices. — La voûte du diaphragme ou centre phrénique est percée d'orifices qui donnent passage à la veine cave inférieure, l'œsophage, l'aorte, le canal thoracique, la grande veine azygos.

RAPPORTS. — La *face supérieure convexe* ou *thoracique* est en rapport avec la plèvre et les poumons; avec le péricarde et le cœur par le ligament suspenseur du cœur.

L'enveloppe *non élastique* du péricarde se continuant avec la gaine des gros vaisseaux qui s'attache aux aponévroses du cou par le *fascia cervicalis*, le diaphragme *se trouve ainsi suspendu au crâne* (*apophyse basilaire de l'occipital*), *à l'os hyoïde, au cartilage thyroïde, au sternum, aux clavicules, à l'épine dorsale*.

De ce fait le cœur et le péricarde *s'allongent* et se *rétrécissent* dans l'*inspiration*, c'est-à-dire dans l'abaissement de la voûte du diaphragme; ils se *raccourcissent* et *s'élargissent* dans l'*expiration*, c'est-à-dire dans l'élévation de la voûte du diaphragme (1). Dans l'expiration normale le diaphragme s'élève jusqu'à la cinquième côte à droite, et à la sixième côte à gauche ; dans l'expiration forcée il remonte jusqu'à la quatrième côte à droite, et à la cinquième côte à gauche.

La *face inférieure concave ou abdominale* est en rapport à droite, avec le foie ; à gauche, avec la grosse tubérosité de l'estomac et la rate ; en arrière, avec l'extrémité supérieure des reins et les capsules surrénales.

A *la partie postérieure*, *les piliers* sont en rapport par leur face antérieure, avec le pancréas et la troisième portion du duodénum qui les croisent transversalement.

Le diaphragme est le muscle inspirateur. Son centre phrénique, fibreux, est immobile ; ses fibres musculaires, en prenant un point d'appui sur ce centre rendu rigide par la contraction de la ceinture musculaire abdominale qui fixe la masse intestinale, projettent les côtes *en dehors* et *en avant*, élargissant la cage thoracique dans ses diamètres transverses et antéro-postérieurs.

On comprend mieux ainsi les raisons anatomiques qui font que la gymnastique respiratoire telle qu'elle est appliquée d'après la méthode suédoise est, avant tout, une gymnastique de la nutrition générale, gazeuse, solide et liquide.

L'action du diaphragme porte sur les poumons et sur le cœur, par sa face supérieure; sur le foie, l'estomac, les reins, les intestins, etc., par sa face inférieure qui agit par auto-massage.

On comprend également le rôle important joué par les piliers du diaphragme, par le psoas et l'iliaque dans la digestion gastro-intestinale ; sur la circulation et sur des organes utérins chez la femme.

Fait important à signaler, les principaux mouvements de la gymnastique suédoise ont une action *directe et bien définie* sur le K de la nutrition. Ils immobilisent la tête et la colonne vertébrale afin de mieux faire fonctionner le diaphragme par son point d'appui au crâne et au cou, ainsi que par ses piliers mieux fixés sur les vertèbres, et le psoas-iliaque par les mêmes appuis vertébraux. Les mouvements des jambes et du tronc si nombreux et si bien réglés par les Suédois ont pour effet de provoquer une nutrition plus active et plus profonde. Cela explique les résultats hygiéniques et sociaux de la méthode suédoise sur la race scandinave au cours du XIXe siècle, et ces mêmes résultats chez tous ceux qui appliquent exactement les principes de Ling, sous quelque latitude mondiale qu'ils existent et à quelque race qu'ils appartiennent, car le diaphragme a la même fonction respiratoire dans toute l'humanité.

Chez tous les hommes, tous les principaux organes de la nutrition générale sont groupés autour de ce muscle inspirateur, qui ouvre et qui ferme la vie ; ce sont, au-dessus du diaphragme, les poumons pour la respiration, le cœur pour la circulation ; au-dessous du diaphragme, l'estomac, le foie, le pancréas, les intestins pour la digestion. Chaque mouvement du diaphragme a donc une répercussion directe ou indirecte sur les trois grandes fonctions de la vie organique : la respiration, la circulation, la digestion, et par ce fait même sur la vie humaine individuelle et sociale.

Petites causes, grands effets. La race scandinave a été régénérée, en partie par la gymnastique physiologique, parce que Ling dans un coup d'aile du génie a su fixer le K de la nutrition. Il en ignorait probablement la raison scientifique que je crois avoir établie le premier. Mais le fait important en cette affaire est que l'observation l'avait conduit à l'acte essentiel de la nutrition générale.

L'éducation physique du globule rouge. — Il semble que

(1) Docteur HALLS DALLY (de Londres). Contribution à l'étude du mécanisme de la respiration envisagé surtout au point de vue de l'action de la colonne vertébrale et du diaphragme, in *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 31 janv. 1909, p. 51.

l'entraînement physique ne s'adresse pas seulement aux muscles et aux organes vitaux, mais que la cellule du sang, le globule rouge, acquierre par la gymnastique du diaphragme et du psoas-iliaque, dans l'entraînement du K de la nutrition, un pouvoir plus grand de vie et d'action.

Il semble que le globule rouge bénéficie de l'entraînement comme la cellule musculaire, la cellule nerveuse, etc.

Voici un exemple. *Le 27 janvier 1909* j'applique la gymnastique du K à une dame approchant de la cinquantaine. L'analyse du sang donne par millimètre cube 2 950 000 globules rouges et 7 240 globules blancs, le taux de l'hémoglobine est de 29 p. 100. C'était une *anémie du 2e au 3e degré* (Hayem) non infectieuse.

Le 29 avril 1909, après soixante-dix séances de gymnastique d'une durée de 20 à 30 minutes chaque, le nombre des globules rouges s'élève à 4 770 000 par millimètre cube et celui des globules blancs à 8 280. Le taux de l'hémoglobine atteint 51 p. 100. D'où rénovation considérable des globules rouges dont l'augmentation est de 1 527 000 et cela *en moins de 35 heures totales de traitement*. Le gain en hémoglobine est de 22 p. 100.

Le 10 novembre 1909, après un arrêt de plusieurs mois de la gymnastique et une grippe assez sérieuse, le nombre des globules rouges tombe à 3 700 000, soit une perte de 1 070 000; les globules blancs sont descendus à 7 700, mais, fait très suggestif à noter, tandis que le nombre des globules rouges diminue *d'un million*, le taux de l'hémoglobine atteint 59 p. 100, soit un gain de 8 p. 100 sur la deuxième analyse et de 30 p. 100 sur la première.

Le pouvoir de fixation de l'oxygène par les globules rouges a augmenté progressivement bien que le nombre des globules rouges ait diminué. On peut conclure de ce fait que le globule rouge, comme le corps humain, acquiert la *forme*, c'est-à-dire un pouvoir de vie, d'activité et d'adaptation plus grand par l'entraînement physique du K de la nutrition.

Ce fait méritait d'être signalé; il semble expliquer le pourquoi hématologique du relèvement de la race scandinave par la méthode de Ling, en même temps que la cause de l'infériorité de la méthode d'Amoros aux agrès de suspension. Celle-ci violente le diaphragme par ignorance de la valeur biologique du K de la nutrition.

Telle est, je crois, l'explication physiologique des résultats négatifs, quand ils n'ont pas été pathologiques, donnés par la gymnastique aux agrès d'Amoros. Celle-ci n'est pas de la gymnastique, c'est *du sport aérien à poids lourd asphyxiant* (1). Son action sur le K de la nutrition est déplorable. Ce sport ignore la fonction du psoas, il violente celle du diaphragme, il supprime la fixation des onzième et douzième vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires, alors que tous les autres sports, avec point d'appui sur les pieds ou sur le corps lui-même, comme dans la natation, agissent plus ou moins sur le K de la nutrition, tels la marche, l'alpinisme, la course, la chasse, le cyclisme, le foot-ball, les jeux de boule, etc., car ils ont une action directe sur le psoas, par les mouvements des jambes, et sur le diaphragme, par la libre respiration. Les sports qui ont le plus d'action sur le K par la fonction du psoas, du diaphragme, en même temps que par la fixation du point d'appui du K, grâce au travail plus grand des muscles sacro et dorso-lombaires, sont l'escrime, la lutte, la boxe, le chausson, la danse, le patinage, le ski, la natation et surtout l'équitation, l'aviron et le saut suédois; c'est ce qui explique les bénéfices physiologiques qu'ils donnent. Comment se fait-il que pendant un siècle et jusqu'à nos jours le *sport aérien à poids lourd asphyxiant* d'Amoros ait été imposé officiellement dans l'enseignement public à l'école, à l'association et à la caserne? Les résultats sont déplorables. Mauvaises causes, mauvais effets sur l'indivividu et sur notre race qui dégénère.

Il est temps d'aviser et de conclure scientifiquement. La solution de la question physique est au foyer par la mère, à l'école par l'instituteur, à la caserne par l'officier.

Quant à l'association qui se trouve placée entre l'école et la caserne pour les adolescents, et après la caserne, pour les adultes, elle constitue une œuvre d'initiative privée indépendante et livrée comme telle à des suggestions d'ordre divers, politique ou religieux même.

— « Nous cherchons avant tout, dit le président d'une grande association de gymnastique, à donner à nos jeunes gens une éducation patriotique, républicaine et laïque. » A quoi, le président d'une association adverse répond que « le but de nos patronages n'est pas tant de grouper les jeunes gens en vue de leur éducation physique que de leur éducation religieuse ».

Il faut en finir. La science seule peut imposer sa neutralité. Mais pour cela il faut que le médecin connaisse la question, il l'ignore, aucun cours d'éducation physique n'est professé dans les facultés de médecine. Les choses de la science ne s'improvisent pas. L'éducation physique est une science très complexe. Il faut éduquer. La Belgique nous indique la voie à suivre : une chaire d'éducation physique vient d'être créée à la Faculté de médecine de l'Université de Gand, comme conclusion aux vœux émis au Congrès international d'Expansion économique mondiale, tenu à Mons, en 1905. Notre race dégénère, sauvons-la par une meilleure application de l'éducation physique. Par ce temps de machinisme à outrance, la mentalité publique est toute préparée à mieux concevoir le rôle nouveau du médecin : celui d'ingénieur biologiste dont la fonction est plutôt de maintenir l'état de santé que de le rétablir. On ne paie pas tant un chauffeur pour réparer les pannes d'une automobile, que pour les empêcher de se produire.

La maladie est une panne de la machine humaine. Le médecin, conseiller technique de la mère, de l'instituteur, de l'officier au foyer, à l'école et à la caserne, voit ainsi son rôle social s'élever au-dessus de celui qu'on l'accuse d'être, un distributeur d'ordonnances pharmaceutiques. Il sera mieux encore, il sera le banquier de vie de la Nation. La vie est un capital dont la santé sert les intérêts.

(1) Docteur Ph. Tissié : « Jeux et sports en thérapeutique », in *Bibliothèque de thérapeutique* de MM. Gilbert et Carnot, p. 166, Paris, 1909, J.-B. Baillière.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1910)

Immunisation contre le cancer de la souris inoculée avec des tumeurs modifiées par les rayons X. — M. A. Contamin. Une souris cancéreuse dont la tumeur s'est résorbée sous l'influence des rayons X est immunisée.

L'inoculation d'une tumeur en voie de résorption sur l'animal ou mieux d'une tumeur irradiée après ablation, peut également provoquer l'immunité.

Le mode et la puissance de l'irradiation ont une grande importance, puisqu'une irradiation trop intense peut neutraliser le pouvoir immunisant, ou même le transformer en pouvoir favorisant.

Recherches sur la paralysie infantile expérimentale. — MM. C. Levaditi et K. Landsteiner apportent quelques faits nouveaux d'où il résulte que la vaccination préventive des animaux au moyen des moelles desséchées est possible. Il faut ajouter que ces moelles sont virulentes en injections intra-cérébrales.

Sur une nouvelle formation de la gaine de myéline; le double bracelet épineux de l'étranglement annulaire. — M. J. Nageotte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1910)

Séance de transmission des pouvoirs.

Allocution de M. Oulmont, président sortant.

M. Gilbert Ballet, vice-président par l'année 1910, prend place au fauteuil en remplacement de M. de Beurmann, président, indisposé.

M. Siredey lit les notices biographiques sur les membres de la Société morts dans l'année : Lamy, Moissenet, Besnier.

Aplasie congénitale localisée de la paroi thoracique. — MM. Apert et Buc présentent un homme dont la paroi thoracique, au niveau de la région pectorale gauche, est réduite à la peau doublée d'un plan de consistance fibreuse. Les troisième et quatrième côtes avec leurs cartilages costaux font défaut dans leur moitié antérieure, la cinquième côte est refoulée en bas, la deuxième côte en haut, le grand pectoral est réduit à ses faisceaux claviculaire et manubrial, le petit pectoral est absent, le mamelon est moitié plus petit qu'à droite et dévié en haut et en dedans.

Il s'agit là d'une malformation dont on peut observer tous les degrés, depuis l'absence isolée des pectoraux jusqu'à l'aplasie de tous les plans, sauf la peau, avec hernie souscutanée du poumon. Dans un quart de ces cas, on trouve en même temps des lésions des extrémités des doigts du même côté. Chez quelques nouveau-nés, on a trouvé la main encore en place dans la dépression pectorale, ce qui permettait d'attribuer la malformation à la pression de la main sur la paroi à une période précoce de la vie embryonnaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1910)

Recherches sur le rôle des plaquettes dans la rénovation sanguine. — La crise hématoblastique décrite par Hayem au début de la rénovation sanguine consécutive aux saignées, observée également par Cantacuzène à la suite d'injections de sérums hémolytiques, l'absence de plaquettes dans l'anémie aplastique incitent à se demander si multiplication des plaquettes et multiplication des hématies sont deux phénomènes indépendants ou s'il n'existe pas entre eux un lien de causalité, quel qu'en soit d'ailleurs le mode.

MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont, pendant plusieurs jours, chez des lapins soumis à une forte saignée, fait des injections de sérum anti-plaquettes; par ces injections on fait disparaître de façon durable les plaquettes du sang circulant. Malgré cela, la réparation sanguine se fait sans retard important par rapport aux animaux témoins.

En combinant la splénectomie et les injections de sérum anti-plaquette, la rénovation sanguine n'est pas davantage entravée.

Il est donc bien peu probable que les plaquettes exercent, même indirectement, un rôle favorisant de l'hémopoïèse.

Altérations des canalicules biliaires intra-cellulaires. — MM. N. Fiessinger et L. Lyon-Caen. Toute cause de dégénérescence cellulaire atrophique du foie entraîne une altération du canalicule biliaire, dilatation régulière, puis dilatation irrégulière avec état bosselé, pour aboutir à la communication canaliculo-interstitielle. Il faut voir dans cette altération une cause importante des ictères biliphéiques au cours des infections et des intoxications.

L'indosé urinaire anormal, symptôme précoce du diabète, sa valeur dans les états diabétiques frustes. — MM. L. Lortat-Jacob et H. Labbé rapportent résumées les observations de neuf malades présentant tous des symptômes cliniques du diabète et chez lesquels l'indosé urinaire s'est toujours montré en excès, 4 1/2 à 16 1/2. Chez certains, l'indosé anormal était associé à la glycosurie; dans une autre catégorie de malades assez nombreux, où il s'agissait d'états diabétiques frustes ou transitoires, l'indosé existait en dehors de la glycosurie, celle-ci constituant un symptôme transitoire, tandis que l'indosé et les symptômes cliniques persistaient.

Les auteurs estiment qu'il y a dans la recherche systématique de l'indosé anormal un élément de diagnostic précoce du diabète et un moyen de dépister des états diabétiques frustes.

Variations du pouvoir chimiotaxique en rapport avec la virulence du bacille tuberculeux. — MM. F. Arloing (de Lyon) et H. Grimbert (de Cannes). Par la méthode des sacs de baudruche introduits dans le péritoine du lapin, les auteurs ont recherché le pouvoir chimiotaxique exercé par les bacilles tuberculeux en cultures solides, humains, bovins, aviaires de virulence variable, par des cultures homogènes en bouillon d'âge varié de bacilles humains et aviaires, et enfin par une culture de Timothée-bacilles. Ces diverses variétés du bacille tuberculeux possèdent un pouvoir chimiotaxique positif. L'intensité de ce pouvoir chimiotactique est en raison inverse de la virulence. Plus la virulence est faible, plus grand est le nombre de leucocytes appelés. L'activité chimiotactique positive se modifie au cours du développement des cultures, à mesure qu'apparaît leur pouvoir tuberculigène. La capacité chimiotaxique doit être conférée aux bacilles par des substances particulières détruites par le chauffage à 100 degrés. Elle semble s'exercer surtout sur les leucocytes polynucléaires.

Arrêt et séjour prolongé du sulfate de radium dans les tissus vivants, pendant une durée excédant une année. — MM. Dominici et Faure-Beaulieu ont déjà démontré que le sulfate de radium introduit dans les tissus vivants, par injection, y persistait pendant une durée pouvant atteindre au moins soixante-sept jours.

Leurs nouvelles recherches leur ont démontré que le sulfate de radium insoluble pouvait persister dans l'organisme vivant pendant une période d'au moins une année et demie.

Ces injections furent inoffensives aux doses indiquées, ainsi qu'il ressort de l'observation d'animaux sur lesquels elles furent pratiquées depuis plus d'un an et demi.

Ce fait présente quelque intérêt en raison de la possibilité d'utiliser les sels de radium insolubles, en thérapeutique. En effet, des doses de sulfate de radium incapables de troubler l'état physiologique normal de l'homme semblent douées de propriétés thérapeutiques à en juger par les résultats obtenus par M. Dominici sur des tumeurs malignes, sur des adénopathies tuberculeuses, voire la tuberculose pulmonaire, dans une série de recherches pratiquées avec le docteur Goyon, dans le service du professeur Robin, pendant les années 1908-1909.

Toutefois, ces recherches sur les applications thérapeutiques des sels de radium insolubles doivent être multipliées, approfondies et contrôlées avant d'être soumises aux sociétés compétentes.

Dysenterie bacillaire expérimentale par ingestion. — MM. Dopter et Repaci ont pu réaliser expérimentalement la dysenterie bacillaire chez le lapin par ingestion de grandes quantités de culture du bacille de Shiga (une demie à deux boîtes de Roux émulsionnées dans de l'eau physiologique). Ils ont obtenu dans un délai de quatre à vingt jours des phénomènes dysentériques typiques (selles diarrhéiques, muqueuses, amaigrissement marqué, paralysie du train postérieur). A l'autopsie, on retrouve toutes les lésions classiques (œdème du gros intestin, diffusions hémorragiques, nécrose, etc.).

Des injections préventives de sérum antidysentérique empêchent l'éclosion de ces accidents.

Bacille bulgare contre l'anhémobacille entérocogène du rhumatisme (bacille d'Achalme, variété rhumatismale). — M. G. Rosenthal continue son enquête sur les bases scientifiques de la bactériothérapie par les ferments lactiques. Le bacille du rhumatisme ne pousse pas dans les cultures de bacille bulgare (principe de l'incontamination du lait caillé). Mais la culture mixte de bacille bulgare et de bacille du rhumatisme s'épure par disparition de la bactérie anaérobie.

Les bases scientifiques de la bactériothérapie par les ferments lactiques. Bacille bulgare contre bacille pyocyanique. — MM. G. Rosenthal et Chazarain-Wetzel ont

mis en présence dans des tubes de lait du bacille bulgare et du bacille pyocyanique. La culture en lait caillé du bacille bulgare ne permet pas le développement du bacille pyocyanique, l'ensemencement simultané est suivi de la mort du bacille pyocyanique en quarante-huit heures. Les cultures de bacille pyocyanique suspiquées de bacille bulgare s'épurent en quatre jours. Cette action antiseptique est due uniquement au développement d'acide lactique. Dans les symbioses maintenues presque neutres, le bacille pyocyanique vit abondamment, et le bacille bulgare se transforme en totalité ou partiellement en streptocoque lactique.

Biligénie hémolytique locale dans les mucocèles des sinus frontaux. Analyse chimique et cytologique d'un nouveau cas. — M. Mestrezat a analysé un liquide de mucocèle des sinus frontaux et a trouvé que la coloration que présentait ce liquide était due à un mélange de pigments biliaires : *bilirubine* et *biliverdine*. Cette observation saisit sur le vif le processus de *biligénie locale* par lequel s'expliquent les pigmentations si diverses (variant du rouge hématique au jaune en passant par le brun) que l'on a signalées dans les mucocèles.

La fièvre de Malte dans l'Hérault. — MM. Lagriffoul, Arnal et H. Roger relatent une épidémie de fièvre de Malte ayant sévi dans le cours de 1909 à Saint-Bauzille-de-Monturel.

Des faits observés au cours de cette épidémie, ainsi que des constatations qu'ils font actuellement dans nombre d'autres localités, les auteurs concluent que la fièvre de Malte, considérée jusqu'ici comme exceptionnelle en France, s'y rencontre au contraire fréquemment; elle est loin de revêtir toujours les allures cliniques décrites par les classiques; assez souvent aussi elle est associée à la dothiénentérie; ces deux causes ont certainement contribué à la faire méconnaître. Le pronostic est en général bénin. A côté des chèvres, les auteurs pensent qu'il faut faire jouer dans la propagation de la maladie un rôle à d'autres animaux domestiques, la brebis en particulier. La fièvre de Malte semble en voie de progression et des mesures sanitaires s'imposent.

Communication faite dans la séance du 18 décembre 1909 : **Méthode de transfusion du sang par anastomose, entre l'artère et la veine, de segments de vaisseaux hétérogènes.** — M. C. Fleig (de Montpellier). Les procédés de transfusion directe du sang actuellement en faveur consistent à anastomoser l'artère du transfuseur à la veine du transfusé, soit directement par suture circulaire, soit par l'intermédiaire d'un tube de Payr légèrement modifié, le tube de Crile. Mais cette technique nécessite une large dénudation des vaisseaux et l'opération est peu commode, les avant-bras des deux sujets étant appliqués l'un contre l'autre et le moindre déplacement de l'un d'eux peut avoir de fâcheuses conséquences. L'auteur préconise alors un procédé consistant à interposer entre l'artère et la veine un segment artériel ou veineux prélevé sur un animal, l'anastomose de ce segment pouvant être faite soit par l'intermédiaire d'un tube de Payr (en métal quelconque) placé à chacune de ses extrémités, soit en l'introduisant dans un tube aux deux bouts duquel on l'éverse pour introduire ensuite respectivement chaque extrémité de ce tube dans l'artère et dans la veine : de cette façon, la distance entre l'artère et la veine est beaucoup plus grande et la continuité de l'endothélium reste néanmoins parfaite d'un bout du vaisseau à l'autre. Pour justifier ce procédé, l'auteur montre qu'on peut interposer sur le trajet d'une artère ou d'une veine de chien un segment de vaisseau d'un animal d'espèce différente, sans observer la moindre coagulation, même au bout de plusieurs heures et qu'on peut faire des transfusions prolongées entre deux chiens en réunissant les vaisseaux par des segments vasculaires hétérogènes. On obtient les mêmes résultats en se servant de vaisseaux conservés pendant longtemps à la glacière ou même congelés à — 18 degrés ou encore de vaisseaux certainement privés de toute vie (conservés dans l'eau distillée ou l'eau salée chloroformée).

Avis. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.**

PRATIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Par M. Fageol.

Le diagnostic de la gangrène pulmonaire peut être des plus difficiles et, pour l'établir, on se basera sur l'état général des malades, la marche de l'affection et les caractères de l'expectoration. Ces malades sont des affaiblis, cachectiques, alcooliques, diabétiques; de plus, leur abattement, la douleur thoracique intense, l'hyperthermie, phénomènes ne correspondant pas avec le peu d'étendue des lésions, la marche rapide de la maladie, l'odeur *sui generis*, gangreneuse de l'expectoration doivent amener le médecin à préciser son diagnostic; la constatation des débris de tissu pulmonaire (parenchyme et fibres élastiques *non isolées*) sera enfin un signe de certitude.

Bien que le pronostic de la gangrène pulmonaire soit des plus graves (26 morts sur 32 cas), il n'est pas impossible d'obtenir une amélioration durable par une médication énergique.

On soutiendra les forces du malade, on s'efforcera aussi de diminuer l'abondance des crachats, de combattre leur évolution putride et enfin on luttera contre les phénomènes infectieux.

Pour obtenir ce résultat deux moyens sont offerts au médecin :

L'action purement *médicale*, par les antiseptiques et les désinfectants pulmonaires;

L'action *chirurgicale*, c'est-à-dire l'ouverture du foyer par la pneumotomie.

Dans le premier cas, qui, malgré les quelques observations publiées favorables à la pneumotomie, reste la méthode habituellement employée, on fera appel à l'acide phénique, à l'eucalyptol, au thiocol. La liqueur de Labarraque et l'hyposulfite de soude ont aussi leurs partisans.

La plupart des médecins préconisent cependant les comprimés de thiocol à raison de 6 à 10 par jour, contre la gangrène pulmonaire, et ils admettent que si l'eucalyptol et l'hyposulfite de soude donnent des améliorations fréquentes dans les bronchites putrides, les comprimés de thiocol ont des effets antiseptiques et modificateurs plus nets dans la gangrène broncho-pulmonaire. Ils désodorisent les crachats, détruisent au niveau des lésions les germes putrides, développent l'énergie leucocytaire et ils parviennent à fluidifier, puis à diminuer nettement les crachats.

On obtient par ce traitement des rémissions durables et l'on évite la résorption des matériaux putrides dont l'abondance finit par amener un véritable empoisonnement. On a même signalé quelques cas où, grâce à cette médication, on provoquait l'*oblitération* complète des cavités gangreneuses par du tissu cicatriciel, et même on empêchait, en utilisant 6 comprimés de thiocol par jour et pendant des mois entiers, de nouvelles poussées gangreneuses.

L'injection directe de substances antiseptiques dans le foyer lui-même peut donner de bons résultats. Mais elle a le tort de manquer de précision en ce sens qu'on ne peut exactement connaître la profondeur et l'étendue du foyer gangreneux.

Quant à l'ouverture du foyer et à son nettoyage complet, on ne peut rien trouver de plus radical, mais il est prudent d'attendre à ce sujet les statistiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 17 janvier 1910. — MM. Gautier (Claude), 11; Escallier, 7; Delort, 12; Pezon, 13; Piot, 6; Mossé, 4; Giraud (Jean), 5; Dubois (Jean), 8; Butin, 7; Mériel, 10; Truffert, 5.

Anatomie. — Séance du 17 janvier. — MM. Besançon, 8; Ohanianz et Faveret, 9; Marcorelles, 7; Sédillot, 11; Rol, 6; Lucas-Championnière, 11; Héricourt, 12; Strauss, 9.

Prochaine séance jeudi 20 janvier, à cinq heures un quart, à la Charité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Séance annuelle. — La Société a tenu aujourd'hui sa séance annuelle.

Voici la liste des prix décernés en 1909 :

Prix Marjolin-Duval (300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Ch. Moreau, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour son travail intitulé : « Des suites de la gastro-entérostomie pratiquée pour sténose non cancéreuse du pylore. »

Prix Ricord (300 francs). — Le prix est accordé à M. le docteur Louis Batut, pour son travail sur la « Tuberculose génitale chez l'homme ». Une mention honorable est accordée au travail de MM. L. de Munter et R. Ledent. (Mensurations de l'appareil locomoteur.)

Prix Laborie (1200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Guibé, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour un travail intitulé : « Contusions et ruptures traumatiques du duodénum. »

Nous publierons dans un prochain numéro l'éloge de Berger prononcé par M. Rochard, secrétaire général.

TUNIS. — Hôpital Sadiki. — Une place d'assistant-interne est vacante à l'hôpital Sadiki. Cet établissement comporte un mouvement très important de malades indigènes, notamment au point de vue chirurgical.

Bibliothèque. Laboratoires. Amphithéâtre.

Avantages matériels. — Traitement annuel de 2400 francs, logement, éclairage, chauffage; voyage payé en deuxième classe de Paris à Tunis.

Conditions. — Etre Français, moins de trente-cinq ans, scolarité médicale terminée (avec ou sans thèse), préférence accordée à ancien interne de province ayant une éducation chirurgicale sérieuse.

Adresser les demandes avec pièces justificatives à M. le docteur Brunswic-Le Bihan, médecin en chef de l'hôpital Sadiki à Tunis.

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS (*Paris, 1910*). — Programme du Congrès. — Les questions suivantes sont, jusqu'ici, à l'ordre du jour du Congrès :

La loi de 1902 sur la santé publique. — MM. les docteurs Declercq (de Lille) et Wicart (de Paris).

Le relèvement des honoraires médicaux. — M. le docteur Brossolle (du Vésinet).

L'avortement, au point de vue médico-social. — M. le docteur Bertillon (de Maisons-Laffitte).

Exercice illégal de la médecine. Les remplacements médicaux. — M. le docteur Levassort (de Paris).

Structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger. — M. le docteur Léon Archambault (de Paris).

L'hôpital aux indigents. — M. le docteur Régis (de Paris).

Libre choix du médecin et sociétés de secours mutuels. — M. le docteur Bolliot (de Lyon).

Libre choix et grandes administrations. — M. le docteur Vallat (de Joinville).

Limitation ou non limitation du nombre des étudiants dans les écoles de médecine. — M. le docteur Tourtourat (de Paris).

Conseil médical supérieur. — M. le docteur Le Für (de Paris).

Adresser les communications relatives au Congrès au docteur Leredde, secrétaire, 31, rue La Boëtie, Paris. — Les adhésions, avec un mandat de 5 francs, au docteur Quidet, trésorier, 54, rue Bonaparte, Paris.

La date exacte du Congrès, qui se tiendra dans les premiers jours d'avril, sera publiée incessamment.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. — Le IIIe Congrès international de thérapeutique physique, qui se tiendra à Paris du 29 mars au 2 avril 1910 (Pâques), sous la présidence de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, est divisé en sept sections comprenant : la thérapeutique par le mouvement et le repos (1re section); par l'eau, l'air, la chaleur et le froid (2e section); par les climats, le soleil et la mer (3e section); par l'électricité (4e sec-

tion); par les radiations lumineuses et obscures : radium, etc. (5e section); par les eaux minérales (6e section); par la diète, l'alimentation et les régimes (7e section).

Première section : *Cinésithérapie.* — Les matières de la première section sont : Le massage. La mécanothérapie. La gymnastique. L'éducation et la rééducation des mouvements. L'orthopédie. Les jeux et sports. La cure d'exercice et la cure de repos.

Le Comité français de propagande de la première section est composé de :

MM. Lucas-Championnière, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, président d'honneur : professeur Gariel, président : professeur Kirmisson, vice-président : Maurice Faure, secrétaire.

MM. Stappfer, Mesnard et Kouindjy, délégués de la société de Kinésithérapie de Paris; le président du Syndicat des médecins kinésithérapeutes de France; Demeny, directeur du cours supérieur d'éducation physique de la Ville de Paris; Tissié, président de la ligue d'éducation physique (Bordeaux);

MM. Calot (Berck), Cautru (Paris), Chervin (Paris), Chipault (Paris), Dagron (Paris), Desfosses (Paris), Gautiez (Paris), Guermonpez (Lille), professeur Imbert (Montpellier), Jacquet, médecin des hôpitaux de Paris, R. Loewy (Paris), Menard (Berck), Mencière (Reims), J. Philippe (Paris), Redard (Paris), professeur Sigalas (Bordeaux).

Secrétaires des séances. — MM. Durey (Paris), Weterwald (Paris).

Programme des travaux. — Les sujets de rapports, de communications et de discussions déjà inscrits sont :

Rapport I. — L'éducation de la fonction respiratoire. Rapporteurs : MM. Sigalas (Bordeaux), de Munter (Liége) et Gunzburg (Anvers). Discussion. MM. Philippe (Paris), Tissié (Pau), Rosenthal (Paris), H. de Cardenal (Argelès), M. Faure (La Malou), Mencière (Reims).

II. — Traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. Rapporteurs : MM. Kirmisson (Paris), Lorentz (Vienne), Gourdon (Bordeaux). Discussion. MM. Redard (Papis), Calot (Berck), Schultess (Zurich), Joachimsthall (Berlin), Tubby (Londres), Petren (Upsal), Mencière (Reims).

III. — Traitement de la constipation. Rapporteurs : MM. Kisch (Prague), Cautru (Paris), Colombo (Rome). Discussion. MM. de Munter, Gunzburg, H. de Cardenal.

IV. — Cinésithérapie gynécologique. Rapporteur : M. Stapfer (Paris).

Thèmes de communications. — I. Action de la gymnastique active et passive sur les troubles de l'appareil circulatoire. M. Hazebroeck (Hambourg).

II. — L'éducation moderne. MM. P. Tissié, M. Faure, J. Philippe.

III. Le traitement des affections organiques du système nerveux autres que l'ataxie, par les exercices méthodiques. — MM. Petren, M. Faure, Mencière.

IV. Traitement des déviations de la colonne vertébrale. — MM. Redard, R. Mesnard (de Paris).

V. Traitement des névralgies. — MM. Weterwald (de Paris), Petren.

MM. les docteurs qui désirent prendre part aux travaux de la section de cinésithérapie sont instamment priés d'adresser, sans retard, leur demande à M. le docteur Maurice Faure, 2, rue de la Bienfaisance, à Paris, en y joignant, s'il y a lieu, le titre de la question choisie (s'ils désirent parler sur l'une de celles inscrites au programme ci-dessus), ou le titre de leur travail, s'ils désirent en présenter un sur un autre sujet.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bazélis (d'Armentières), Blancheton, doyen du Conseil général du Puy-de-Dôme; Smagghe (d'Hazebrouck) et de M. Paul Assumel, externe des hôpitaux de Lyon.

Hopital de la Pitié. — Gynécologie médicale. — M. le docteur Paul Dalché commencera ses leçons sur les maladies des femmes le jeudi 20 janvier, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants (laboratoire de la salle Serres).

Sujet du cours : 1° Les leucorrhées et leur traitement; 2° Accidents de la puberté et leur traitement.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

CENTRES NERVEUX
BROME OU VALÉRIANE (NEURÈNE)

Certaines névroses — épilepsie essentielle ou secondaire, chorée, ainsi que certaines psychoses toxiques — paraissent être caractérisées anatomiquement par un état congestif de certaines régions de l'encéphale. Aussi sont-elles améliorées par des médicaments tels que le bromure dont l'action vaso-constrictive abaisse l'afflux sanguin.

Dans d'autres cas plus complexes accompagnés d'états psychiques de dépression (neurasthénie) ou d'excitation comme certaines formes d'hystérie, de névropathie cérébro-cardiaque, le nervosisme semble dû au dérèglement de certains centres nerveux par affaiblissement ou éréthisme. Dans ce cas le neurène (principe actif de la valériane) agit efficacement, d'abord par la régularisation de la circulation sanguine, mais aussi comme tonique et régulateur des centres nerveux eux-mêmes.

En résumé, brome et neurène ont des actions contraires. Le brome étant vaso-constricteur doit s'employer dans l'épilepsie, la chorée. Le neurène étant toni-régulateur des centres nerveux doit s'employer dans la neurasthénie, l'hystérie, la névropathie cérébro-cardiaque.

LIVRES NOUVEAUX

Curiosités médico-artistiques (1) [deuxième série], par M. le docteur Lucien Nass.

Le même succès qui a accueilli la première série des *Curiosités médico-artistiques* est réservé à la deuxième série qui paraît aujourd'hui chez Albin Michel. Ce volume s'adresse non point seulement aux confrères de l'auteur, le docteur Lucien Nass, mais aussi au grand public, pour lequel la critique médico-artistique ne doit point rester lettre morte. D'autre part les artistes aimeront à voir les œuvres d'art jugées à un point de vue spécial, mais combien nécessaire : le critique-médecin qui a appris l'anatomie et la physiologie, qui connaît par expérience la mentalité des hommes, met à profit ses connaissances pour estimer quelle part de vérité entre dans la conception et la facture d'une œuvre d'art.

La deuxième série des *Curiosités médico-artistiques* contient plus de trois cents gravures, représentant des tableaux célèbres ou peu connus, des caricatures et des estampes, des toiles anciennes ou modernes; de nombreux artistes passent ainsi au crible de la critique médico-artistique depuis les primitifs jusqu'aux contemporains. L'ensemble forme un recueil documentaire des plus précieux, malgré le prix modique du volume.

Ces gravures sont groupées sous différents chapitres, expliquées et commentées par un texte clair qui développe et généralise les observations critiques de l'auteur : les aveugles dans l'art, la pathologie par l'image, l'obstétrique dans l'art, les mains, clysteriana, les bains, la médecine dans le portrait, le rire, la douleur, en marge de l'amour, la gourmandise, bourreaux et suppliciés, la passion dans l'art, les saints guérisseurs, Rabelais artiste, etc.

Cette rapide énumération de chapitres montre l'intérêt que présente ce volume pour tous ceux qui sont curieux de critique et d'anecdotes artistiques. Cette série des *Curiosités médioo-artistiques* affirme une fois de plus l'importance de l'œuvre poursuivie par le docteur Lucien Nass.

(1) In-16 carré illustré de 300 gravures d'après les maîtres anciens et modernes. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

SUR LA PROPHYLAXIE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Par M. L. VAILLARD,

Médecin inspecteur général de l'Armée, membre de l'Académie de médecine (1).

Mon intention n'est pas de prolonger une controverse désormais sans objet après le lumineux exposé de M. Vincent, d'une précision si persuasive; tout a été dit et bien dit par notre collègue. Je ne viens donc pas ajouter un discours de plus à ceux que l'Académie a déjà entendus, mais, très simplement et sans recourir à la magie des mots, présenter une brève explication, produire surtout des faits dont le langage mérite d'être entendu.

Au préalable cependant, suis-je obligé, pour la deuxième fois, de dissiper l'équivoque qui n'a cessé de peser sur ce débat. Dans la forme où la question a été posée, il semblerait vraiment que la prophylaxie de la fièvre typhoïde se trouve aujourd'hui à un tournant critique de sa route, hésitante et troublée entre deux conseillers contraires : l'un, seul orthodoxe, lui fixerait pour objectif à peu près unique la transmission de la maladie par les eaux souillées; l'autre, schismatique, et de ce chef condamnable, l'inviterait à négliger l'eau potable afin d'épuiser ses efforts dans une lutte contre la contagion et les porteurs de bacilles. Rien n'est plus arbitraire, rien n'est plus inexact que de situer ainsi le problème actuel. Personne ne veut induire cette prophylaxie dans une voie funeste à ses destinées, mais on lui demande de poursuivre son évolution naturelle dans le sens indiqué par le progrès des connaissances étiologiques. Ainsi a déjà évolué la prophylaxie de la diphtérie, de la malaria, de la peste, de la fièvre jaune, du choléra, de la méningite cérébro-spinale : il faut bien marcher avec son temps et obéir aux suggestions de la science dont les hygiénistes doivent être les interprètes mais non s'ériger les maîtres; le seul maître en l'espèce, c'est la vérité démontrée et la voici.

La fièvre typhoïde s'entretient et se propage par des moyens différents. La logique élémentaire exige donc que l'on se préoccupe de toutes les voies par où le danger d'infection peut venir. L'adultération des eaux potables est la cause principale de l'épidémicité typhoïde dans les villes de France; le fait est certain, partout reconnu et la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique s'en est inspirée dans ses prescriptions. Dès lors, le constant souci des municipalités, l'impérieuse obligation des pouvoirs doit être d'assurer aux populations le bienfait d'une eau pure, sauvegarde contre les agressions périodiques ou épisodiques du mal.

Mais si la souillure des eaux assume la responsabilité des épidémies qui frappent la population tributaire de leur distribution, elle ne régit cependant pas à elle seule l'endémie de la maladie dans les lieux ainsi éprouvés. La souillure de l'eau a disparu, l'épidémie prend fin, et la fièvre typhoïde persiste encore, parfois pendant longtemps, mais sur le mode mineur et comme en sourdine. D'autre part dans les villes ou régions insalubres les épidémies d'origine hydrique ne constituent pas l'état permanent, mais des incidents épisodiques qui viennent se greffer presque toujours sur le règne continu et plus discret de la maladie. La fièvre typhoïde n'est jamais absente pendant les périodes intercalaires; elle se manifeste par des atteintes clairsemées dans le temps, parfois groupées, s'égrenant le long des saisons avec une sorte de fatalité : c'est l'endémie, et l'eau ne suffit plus à l'expliquer. A Paris, après les grands et silencieux efforts accomplis sous l'impulsion de Duclaux pour préserver toutes les sources qui desservent la capitale contre les souillures dans leur périmètre d'alimentation, après les mesures prises pour assurer aux habitants une eau originellement pure ou suffisamment épurée, la fièvre typhoïde garde encore une fréquence qui ne manquera pas de surprendre. Négligeant la période 1899 et 1900 qui marque la part de l'Exposition universelle avec 9 251 cas déclarés et 2 456 décès, on constate que, pour les sept ans écoulés de 1901 à 1907 inclus, le chiffre global des fièvres typhoïdes déclarées à Paris *intra muros* a été de 15 376 avec 5 460 décès, soit une moyenne annuelle de 2 195 cas et 780 décès. Berlin, après l'épidémie de 1889 provoquée par l'eau mal épurée de la Sprée, s'est désormais prémuni contre le retour de pareils accidents. Cette capitale peut être aujourd'hui considérée comme assainie quant à ses eaux potables et au sous-sol. Cependant au cours des six années comprises de 1901 à 1906 inclus, et pour une population supérieure à 2 millions d'habitants, Berlin a compté 4 332 cas déclarés de fièvre typhoïde et d'embarras gastrique fébrile avec 669 décès, soit une moyenne annuelle de 722 cas et de 111,5 décès. Même dans les villes de France et des autres pays où la qualité de l'eau est tenue pour irréprochable, la fièvre typhoïde, si rare soit-elle, ne se trouve pas définitivement rayée de la pathologie urbaine. M. Vincent vous l'a justement rappelé.

La maladie peut donc s'entretenir autrement que par l'ingestion d'une eau souillée, et il faut bien le dire sous peine de négliger la vérité. Le lait, les aliments, les fruits et légumes mangés crus, les huîtres et autres mollusques, le cidre, la glace sont autant de véhicules occasionnels pour l'agent infectant. Les mouches, surtout dans les milieux ruraux, les casernes et les camps, jouent dans la transmission de la maladie, par souillure des aliments, un rôle dont on n'apprécie pas l'importance au degré qu'il mérite. Enfin la contagion par ses modes directs ou détournés, ses moyens si nombreux, ses occasions si fréquentes, assume une part que l'on s'efforcerait en vain de diminuer, tant elle apparaît visible là où naguère on ne pouvait la soupçonner. Jadis le typhoïsant alité semblait seul se prêter aux transmissions plus ou moins directes. Les typhoïsants frustes que le médecin méconnaît presque toujours ne sont pas moins dangereux; et l'on a appris, de plus, que les sujets guéris peuvent aussi par les fèces et les urines répandre autour d'eux, dans tous les milieux, l'agent de la contagion.

Qui oserait prétendre que ces notions doivent rester lettre morte pour la prophylaxie? Ne doit-on pas réserver à ces modes de transmission la part qu'ils méritent, et rien de plus, dans la hiérarchie des objectifs à poursuivre. Il ne s'agit donc pas de substituer la lutte contre la contagion et les porteurs de bacilles à la lutte contre les eaux malsaines (ce serait pure folie), ni de retrancher ou d'amoindrir

(1) Communication faite à l'Académie de médecine, séance du 18 janvier 1910.

quoi que ce soit des mesures recommandées jusqu'ici, mais d'ajouter quelques forts d'arrêt à tout le système défensif pour qu'il ne se trouve pas affaibli par des trouées dangereuses. La prophylaxie de la fièvre typhoïde doit être façonnée à la mesure de son étiologie, et je suis de ceux qui pensent que rien n'est fini tant qu'il reste encore quelque chose à faire.

II

Au cours de ma communication du 30 novembre j'ai fait allusion aux enquêtes épidémiologiques poursuivies sur les bords du Rhin par les médecins des stations de recherche. Quelques-uns de nos collègues ont pu être surpris du rôle attribué à la contagion plus ou moins directe dans la propagation de la fièvre typhoïde et de la part si minime, presque négligeable, imputée à l'eau de boisson. Une courte explication est nécessaire. Klinger, dont j'ai cité les chiffres, énonce tout d'abord que l'origine des épidémies est le plus souvent d'une détermination difficile. Cet aveu d'un homme éclairé impressionnera peut-être ceux qui réduisent volontiers l'étiologie de la fièvre typhoïde en une formule simpliste et commode, mais abusive, dont l'eau fait à peu près tous les frais; il est cependant dans l'ordre des contingences fréquentes. Klinger établit ensuite que sur 1.397 cas d'origine précisée, 1.315 étaient imputables au contact d'un typhoïsant (1272) ou d'un porteur de germes (125), 59 au lait, 22 à d'autres aliments, 2 au linge et 2 seulement à l'eau. L'intervention de l'eau ressort donc bien rare en ces régions? Oui, et pour une cause que je dois dire.

En raison même de la fréquence traditionnelle de la fièvre typhoïde aux pays annexés et en certaines parties du Palatinat, les autorités allemandes se sont imposé comme premier devoir prophylactique d'assurer aux populations des villes et des centres industriels une eau rigoureusement pure. Surtout lorsqu'il s'agit des villes de garnison (elles sont nombreuses en ces pays), la volonté impériale n'hésite pas à peser de tout son poids dans la balance des intérêts à servir. Permettez-moi, à ce sujet, de citer l'exemple de Metz. Cette ville s'alimente par plusieurs sources dont la plus importante est celle des Bouillons captée à Gorze depuis 1865 et qui fournit une eau reconnue très pure. En août 1903, dix cas de fièvre typhoïde se produisent au village de Gorze, dans des habitations situées au-dessous du terrain des sources. Le laboratoire de Metz signale la souillure de l'eau des Bouillons. L'autorité militaire demande sa mise en décharge et des travaux d'assainissement de la source. Le Conseil municipal résiste en protestant de la pureté de l'eau. Un ordre télégraphique de l'Empereur prescrit à l'administration du pays de commencer immédiatement, aux frais de la ville, les travaux jugés nécessaires. Ainsi fut fait. Dès lors, pour les villes de ces régions, la question de l'eau, toujours étroitement surveillée, se trouve résolue depuis plusieurs années et ce grand facteur des épidémies françaises n'entre pour ainsi dire plus en ligne de compte, sauf dans les localités rurales où les puits sont en usage. On comprend aisément pourquoi l'eau figure à titre exceptionnel parmi les causes constatées. Et si, malgré les progrès hygiéniques accomplis, la fièvre typhoïde s'entretient encore, c'est que la source n'en vient plus de l'eau dont la pureté est certaine, mais de l'homme lui-même, car dans l'état actuel de nos connaissances rien n'autorise à croire qu'il existe des réservoirs de virus en dehors de l'organisme humain. Ce bref commentaire n'était pas inutile pour expliquer le rôle attribué à la contagion dans les enquêtes citées, contagion par les typhoïsants avérés, par les typhoïdiques frustes et méconnus, contagion par les porteurs de germes qui contribuent à souiller le lait, les aliments, à faire les endémies, les épidémies de maisons et de villages. La lutte instaurée sur ce nouveau terrain par les stations bactériologiques a déterminé, dans les pays rhénans, cet abaissement progressif de la morbidité que Fornet enregistrait avec une légitime satisfaction et dont la valeur significative reste entière, quoi qu'on en ait pu dire.

III

Le rôle des porteurs de germes a été souvent mis en cause au cours de ce débat. Pour mieux confirmer leurs méfaits, je crois nécessaire d'ajouter quelques exemples à ceux que M. Vincent a cités dans son rapport. L'occasion est bonne de faire parler les faits.

1° Dans une propriété située près de Königsberg, trente-deux décès par fièvre typhoïde se produisent en quatorze années, tandis que le village voisin restait entièrement indemne. Ni les désinfections répétées, ni les autres mesures prises en pareille circonstance n'avaient empêché la maladie de se reproduire. Invité à déterminer les causes de cette endémie, R. Scheller constate que toutes les personnes décédées depuis 1894 s'approvisionnaient à une laiterie de ladite propriété. En serrant l'enquête il apprend qu'une femme employée à la laiterie avait eu la fièvre typhoïde dix-sept années auparavant; or c'est peu de temps après l'arrivée de cette femme à la laiterie qu'apparaissent les premiers cas de la série commencée depuis quatorze ans. Les selles de cette femme sont examinées; on y trouve le bacille typhique presque à l'état de culture pure. Sur 40 personnes en rapport avec la laiterie, 18 sont reconnues porteurs de bacilles; il n'en fut pas trouvé parmi 140 autres personnes n'ayant aucune relation avec la laiterie. Naturellement on éloigna la femme qui, hébergeant le bacille typhique depuis dix-sept ans, avait été la cause inconsciente de la plupart, sinon de la totalité des cas mortels disséminés dans son entourage. (R. Scheller, *Centr. f. Bakt.*, 1908.)

2° Au même Scheller j'emprunte l'exemple suivant :

Une femme P..., atteinte en 1902 d'une fièvre typhoïde non précisée, est reconnue porteur de germes en 1908. Au cours de l'année 1905 elle avait déjà contaminé ses deux domestiques, sa servante, un enfant et trois blanchisseuses de la localité dont une lavait son linge personnel. En 1908, une nouvelle servante de la femme P... contracte la fièvre typhoïde et se rend dans une localité distante, chez sa grand'mère E..., pour s'y faire soigner. Cette grand'mère vend le lait de sa vache qu'elle trait elle-même; huit personnes de sa clientèle sont atteintes de fièvre typhoïde. La grand'mère est prise à son tour et guérit. Elle envoie du lait à sa fille mariée à Königsberg; cette fille et son mari contractent la maladie et tous deux succombent. (*Centr. f. Bakt.*, 1908.)

Voilà les répercussions que peut avoir l'infection par un porteur de germes et leur rôle éventuel dans la dissémination de la fièvre typhoïde.

3° L'épisode suivant, brièvement résumé d'après Kossel, n'est pas moins significatif.

Dans une ville de 60000 habitants, 25 cas de fièvre typhoïde se produisent en trois groupements distincts de mai à août 1906. Toutes les recherches pour en expliquer l'étiologie demeurent infructueuses. L'enquête établit cependant que parmi les 25 personnes atteintes, 21 achetaient leur lait à la même laiterie et le consommaient cru. Cette laiterie s'approvisionne à trois fermes différentes dont l'une est établie sur un domaine où la fièvre typhoïde est endémique, particulièrement chez les enfants et les ouvriers agricoles de passage. Déjà une poussée typhoïde survenue dans une localité voisine du domaine avait été attribuée au lait de cette ferme. Un examen méthodique du personnel employé à la laiterie suspecte fait découvrir qu'un porcher fréquemment occupé à la traite des vaches était un porteur chronique de bacilles.

A la demande de Kossel, ce porcher dangereux est éloigné du service de la laiterie. La fièvre typhoïde cesse aussitôt. En mai de l'année suivante, un nouveau cas se produit que l'on attribue au lait de la ferme visée. Une enquête immédiate apprend que le même porcher avait été de nouveau employé aux travaux de la laiterie. (Kossel. *Deut. med. Wochen.*, 1907.)

4° A l'asile de Hördt, 14 cas de fièvre typhoïde se produisent en cinq mois dans deux quartiers unis par une cour commune. Les cas se succèdent malgré toutes les mesures de désinfection et d'isolement. La poussée typhoïde s'arrête dès que l'on a pu découvrir et isoler deux porteurs chroniques de bacilles. (Kayser. *Arb. a. d. Kais. Gesund.*, XXIV.)

5° Dans un village des Vosges existe une maison à typhus ; de 1900 à 1907 on compte successivement 6 atteintes parmi des habitants, auxquelles il faut ajouter 3 cas portant sur les personnes du village qui viennent y chercher leur lait. On découvre un porteur de germes employé précisément à la laiterie. (Forster. *Münch. med. Wochen.*, 1908.)

6° Seize cas de fièvre typhoïde se produisent en l'espace de dix mois dans trois fermes voisines appartenant au même cultivateur. L'eau n'est pas à incriminer, mais le cultivateur souffre de coliques hépatiques et ses selles renferment le bacille typhique. Aucune autre cause ne peut être trouvée. (Baumann. *Arb. a. d. Kais. Gesund.*, 1908.)

Sans doute me reprochera-t-on encore d'avoir fait appel aux documents de la science allemande. Voici d'autres exemples empruntés à divers pays.

7° Une poussée typhoïde éclate à bord d'un bâtiment de guerre japonais et se reproduit peu de temps après malgré les mesures énergiques de désinfection. On reconnaît alors l'existence de deux porteurs de germes parmi le personnel. Ces porteurs sont isolés et la maladie disparaît définitivement. (Analysé d'après le mémoire japonais, in *Deut. mil. Zeits.*, 1908.)

8° En 1908 plusieurs cas de fièvre typhoïde se déclarent successivement dans une caserne du camp d'Aldershot (Angleterre). Malgré la plus minutieuse enquête, l'origine de cette épidémie ne peut être établie. On examine alors tous les hommes sains appartenant à la chambrée des malades. L'un d'eux avait contracté la fièvre typhoïde à Aden en 1904 ; ses urines renfermaient le bacille typhique. Cet homme fut isolé et depuis lors aucun nouveau cas de fièvre typhoïde ne s'est produit.

9° Une mission ministérielle m'a récemment conduit dans une grande garnison de l'Est pour y rechercher la cause d'une petite épidémie typhoïde. A côté de quelques cas épars sur l'ensemble des troupes et sans relations entre eux, un groupement de 21 atteintes s'était produit dans une partie restreinte d'une caserne occupée par deux batteries d'artillerie et un escadron de cavalerie. De ces trois unités, une batterie est seule intéressée ; les autres fractions restent absolument indemnes. Toutes les conditions de casernement sont cependant identiques, l'eau de boisson est stérilisée et les deux batteries exécutent le même travail journalier. Mais dans la batterie si éprouvée se trouve un jeune soldat ayant eu la fièvre typhoïde sept ans auparavant et dont les selles renferment du bacille typhique en abondance ; or c'est peu de temps après l'incorporation de ce porteur chronique de bacilles que la fièvre typhoïde apparaît dans l'unité à laquelle il appartient. Ce porteur de germes a-t-il été la cause de la localisation de la maladie dans son entourage ? Je ne puis l'affirmer et me borne à signaler cette singulière coïncidence.

IV

On a mis en doute le rôle que certains convalescents de fièvre typhoïde, sortis des hôpitaux après guérison complète, peuvent jouer dans la propagation de la maladie. Voici des exemples bien dignes d'être médités.

1° En août 1901 revenait en Angleterre un jeune soldat qui, au mois de mai de la même année, avait contracté la fièvre typhoïde dans l'Afrique du sud ; il rentrait chez ses parents affaibli, mais guéri. Quinze jours après son retour, un ami qui le visitait quotidiennement contracte la fièvre typhoïde. Le même jour, une de ses sœurs s'alite. Puis, successivement, deux autres sœurs, ses deux frères, un jeune domestique, la cuisinière, un autre ami et deux habitants de la maison contiguë sont atteints à leur tour. Au total, onze personnes frappées soit dans la maison du convalescent, soit dans la maison attenante. Bien que guéri, le jeune militaire n'en était pas moins la cause de l'infection.

Le puits d'alimentation commun aux deux maisons recevait les infiltrations de la fosse d'aisance. Cependant, avant le retour du soldat, aucun accident ne s'était produit. Dans l'urine du convalescent on trouva 172 millions de bacilles typhiques par centimètre cube ; c'est cette urine qui avait semé la contagion. (*Brit. med. Journ.*, 1902.)

2° Le fait suivant a été rapporté par les docteurs L. Martin et Vaudremer à la Réunion sanitaire Provinciale tenue en novembre 1909.

« Dans une ville voisine de Paris (Fontainebleau), survient, il y a quelques années, une épidémie de fièvre typhoïde disséminée dans les différents quartiers ; les atteintes ne présentent entre elles aucun lien évident. On multiplie les recherches, on analyse l'eau des puits, on ne trouve rien. Le docteur Lapeyre poursuit son enquête, seul et en silence ; et voici ce qu'il apprend. Un laitier avait un fils, jeune soldat convalescent de fièvre typhoïde. Le jeune homme travaillait avec son père et satisfaisait volontiers ses besoins naturels sur le tas de fumier placé à côté d'un puits au ras du sol. Dans ce puits coulait le purin et, avec le purin, les bacilles typhiques du jeune homme. C'était en été, les étrangers affluaient, grands buveurs de lait et d'eau bacillifère dont le

laitier mouillait son breuvage. Grâce à M. Lapeyre l'épidémie cessa. »

3° Un sculpteur de grand talent mourait récemment, à Paris, d'une fièvre typhoïde contractée dans le Midi; un membre de sa famille également atteint survécut. Ce sculpteur et les siens avaient passé les vacances sur une plage où se fait l'élevage des huîtres. Amateurs de ces mollusques ils s'approvisionnaient chez un petit ostréiculteur, leur voisin, dont l'habitation était proche du parc d'élevage. Dans cette maison se trouvait un jeune soldat récemment sorti de l'hôpital où il avait été traité pour fièvre typhoïde; faute de latrine, les matières fécales étaient jetées à la mer à 10 ou 12 mètres au droit du réservoir d'huîtres. Les conséquences sont faciles à saisir et, sans doute, d'autres personnes que l'on ignore ont été victimes de la même cause d'infection.

En vérité, des faits aussi douloureux ne sont-ils pas facilement évitables, et faudrait-il donc renoncer à prévenir les dangers que recèlent en eux les convalescents, porteurs plus ou moins temporaires de bacilles typhiques! Un tel abandon du devoir serait réellement coupable.

La ville de Paris, si soucieuse de la protection de ses sources, n'a pas attendu la présente discussion pour les défendre contre une souillure éventuelle par les convalescents de fièvre typhoïde. Dans le système de surveillance sanitaire proposé par notre collègue M. Roux et remarquablement organisé par le docteur Thierry figure la mesure suivante : en vertu d'une entente avec le ministre de la guerre, tout militaire convalescent de fièvre typhoïde, envoyé en congé dans le bassin des sources, est télégraphiquement signalé au préfet de la Seine la veille du jour où il doit quitter l'hôpital; et le service local agit en conséquence.

Il m'aura suffi, je crois, de citer à l'Académie les faits qui précèdent pour éclairer son opinion sur la nécessité d'organiser en France une lutte méthodique et raisonnée contre la fièvre typhoïde.

V

Je termine par un document officiel emprunté à l'Angleterre. Sa valeur n'échappera pas à ceux qui critiquent si vivement les mesures prises dans notre armée, car les Anglais, que je sache, ne passent guère pour des gens utopistes, dénués de sens pratique ou capables d'un engouement irréfléchi à l'endroit des choses d'outre-Rhin. Il s'agit des mémorandums que le Directeur du service médical de l'armée a présentés en 1909 aux deux chambres du Parlement britannique sur la transmission de la fièvre typhoïde par les « porteurs chroniques ». Le Parlement britannique s'intéresse, en effet, à ces questions d'actualité et les rapports qui lui ont été remis méritent une succincte analyse.

« Les résultats des travaux allemands, dit le premier mémorandum, ont été accueillis avec beaucoup d'intérêt partout, et principalement aux Indes où, *malgré la pureté des eaux potables*, la fièvre typhoïde sévit à l'état endémique en maints endroits. En 1906 le gouvernement des Indes nomma une Commission chargée d'étudier les modes de propagation de la maladie. En 1907 cette Commission formula les conclusions suivantes : « Il a été prouvé qu'un certain nombre de ceux qui ont eu la fièvre typhoïde soit sous une forme nettement caractérisée, soit sous une forme assez légère pour n'être pas reconnue, et certaines personnes de leur entourage, hébergent et excrètent des bacilles pendant des périodes de temps fort longues, bien que ne présentant aucun signe de maladie. Ces porteurs de bacilles sont la cause d'épidémies. »

En conséquence la Commission proposa d'établir dans les montagnes des établissements pour isoler les convalescents de fièvre typhoïde, de façon à ne pas les laisser en contact avec les autres troupes. Les stations ainsi choisies devaient être pourvues de laboratoires où l'on pût faire journellement des examens de selles pour déterminer le moment où les individus cessaient d'être infectés.

Le dépôt de Naïni-Tal fut affecté à cet usage et pendant l'année 1908 plusieurs porteurs chroniques furent découverts, réformés et renvoyés en Angleterre, dont un sergent de lanciers déclaré responsable de l'apparition de plusieurs cas dans son régiment et d'autres unités logées dans le même quartier. »

Dès la première année du fonctionnement de ce dépôt (1908), la morbidité typhoïde a baissé de 9 p. 100 par rapport à 1907 parmi les divisions qui envoyaient leurs convalescents à Naïni-Tal, tandis que dans le reste des troupes elle augmentait de 26,6 p. 100. Aussi une nouvelle station de convalescents a été établie à Wellington (1).

Le mémorandum rend compte des essais entrepris à Hospital Milbank par le *Army medical Advisory Board* pour traiter et guérir ces porteurs chroniques. Bien des détails intéressants seraient à consigner ici; je me borne à noter l'extraordinaire profusion de bacilles que ces sujets peuvent éliminer en un jour : de 30 millions à 190 millions par gramme de fèces. L'ingestion de ferments lactiques suivant la méthode de Metchnikoff et Cohendy a donné quelques résultats favorables et mis fin à l'excrétion des bacilles. Mais en d'autres cas le microbe, solidement implanté dans les parois de la vésicule biliaire, résistait à tout traitement. Ces sujets furent alors soumis à la vaccination de Wright dans le but de provoquer la formation d'anticorps capables d'agir sur les bacilles et de favoriser leur phagocytose. Chez deux traités sur trois l'excrétion bacillaire qui était continue devint très nettement intermittente. Cette modification parut encourageante et le premier mémorandum s'achève en faisant connaître que les essais d'immunisation seront poursuivis, non plus avec le vaccin ordinaire, mais avec le vaccin préparé au moyen du bacille provenant du porteur à traiter.

Le deuxième mémorandum a été présenté au Parlement en décembre dernier. Ce document officiel n'est pas encore entre mes mains et je ne puis en donner une analyse détaillée. Mais une courte note publiée par *The Lancet*, le 25 décembre, en donne le sens général; je la reproduis textuellement : « Le directeur général du service médical de l'armée vient de présenter au Parlement son second rapport sur la transmission de la fièvre typhoïde par les porteurs chroniques, sous la forme d'un livre blanc qui contient une série de tableaux montrant les résultats thérapeutiques obtenus par le vaccin spécifique. Ce rapport formule les conclusions suivantes. Puisque les dispositions sont désormais prises pour découvrir et traiter rapidement les porteurs de germes, il est désirable que tout homme reconnu tel soit, après une période d'observation en Angle-

(1) Docteur ALDRIDGE. The prevention of the enteric fever, in *India Journ. of Royal army med. corps*, 1909.

terre n'excédant pas trois mois, libéré du service, à moins qu'il ne préfère rester à l'hôpital pour y être soumis au traitement. Pour tout homme libéré du service dans ces conditions, avis sera donné au médecin du service d'hygiène dans la localité où il va demeurer. » Soulignerai-je en passant que, malgré sa pénurie d'hommes à mettre sous les armes, l'Angleterre n'hésite pas à réformer ses porteurs chroniques de bacilles.

Les conclusions de ce rapport ont été approuvées par le comité central du service médical de l'armée anglaise.

Ces mesures que l'Angleterre vient d'adopter après quatre années d'études minutieuses sont à peu près celles que l'armée française, sur ma proposition, a déjà prises en 1908 ; et je crois savoir que d'autres pays, en dehors de l'Allemagne, se proposent de recourir aux mêmes moyens.

Je ne saurais faire de meilleure réponse aux critiques qui prétendaient me convaincre d'erreur dangereuse. Les faits parleront pour moi.

Puissent tous ces exemples mieux affermir encore le jugement de l'Académie en lui montrant ce que doit être la prophylaxie moderne pour combattre le fléau invétéré de la fièvre typhoïde en France !

Devant les questions que le rapport de M. Vincent a si opportunément posées, notre responsabilité se trouve fixée par cette belle parole de Pasteur : « En fait de vérités à répandre, de misères à éteindre, de douleurs à soulager, le devoir ne cesse que là où le pouvoir manque. » Notre devoir est clairement tracé. Le pouvoir ne nous manque pas. Agissons sans hésiter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1910)

De la déminéralisation chez les tuberculeux. — M. Robin rappelle avoir, il y a deux mois, attiré l'attention de l'Académie sur un des principaux caractères observés chez les tuberculisables et les tuberculisants, la déminéralisation. Dans cette communication il veut faire connaître les applications thérapeutiques qui découlent de ses recherches sur cette déminéralisation. M. Robin a donc cherché un traitement ayant pour effet la reminéralisation du tuberculeux ou du prétuberculeux.

Il ne faut pas songer à reminéraliser par de simples apports, dans l'organisme, d'éléments minéraux. C'est là un problème très difficile et on ne peut arriver à sa solution que par des moyens indirects.

Dans les divers et nombreux traitements de la tuberculose on n'a pas toujours assez tenu compte de ce fait très important de la déminéralisation. La cure de repos depuis longtemps déjà préconisée en France, la cure de travail en usage en Angleterre sont également dangereuses à ce point de vue. L'excès d'alimentation peut avoir des inconvénients. Il faut aussi compter avec la grande fabrique d'acides qu'est l'estomac. Pour saturer ces acides il faut recourir, non pas aux alcalins, mais aux alcalino-terreux. Il faut éviter les aliments acides.

Au point de vue thérapeutique, les arsenieux sont antidéminéralisateurs. Après de nombreuses expériences M. Robin a pu constater que l'arrhénal arrête la déminéralisation.

L'auteur s'est également appliqué à rechercher s'il était possible d'agir directement sur les bacilles, d'obtenir la désinfection pulmonaire directe. Il croit avoir trouvé, d'accord avec M. Armand Gautier, un nouvel antiseptique local dans l'iodure d'allyle. Mais comme c'est là un corps irritant, MM. Robin et Gautier ont cherché une formule qui permette son emploi en supprimant son action irritante. Ils y sont arrivés en mélangeant cet iodure d'allyle à l'acide hydrofluosilicique qui est, lui aussi, puissamment antiseptique.

Ils prescrivent cette médication sous forme d'*inhalations* au moyen de pulvérisateurs à vapeur d'eau.

Voici la formule employée :

Iodure d'allyle.............	1 à 4 grammes.
Acide hydrofluosilicique....	2 à 6 —
Goménol ou eucalyptol.........	10 —
Décoction de lichen carragheen.. pour émulsionner	Q. s.
Eau bouillie pour un litre.......	Q. s.

F. s. a. — Emulsion.

La décoction de lichen carragheen est destinée à émulsionner les deux antiseptiques et le goménol qui sont insolubles dans l'eau.

Poursuivant l'étude du traitement de la tuberculose, M. Robin regrette qu'on ait abandonné l'usage des sulfureux qui lui paraissent donner de bons résultats. Il indique également dans quelle mesure la tuberculine peut être utile, même au point de vue thérapeutique.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — L'Académie reprend la discussion sur cette question. M. Vaillard prend la parole. (Voir plus haut, p. 97.)

M. Landouzy, après l'irréfutable plaidoyer de M. Vaillard, ne veut pas entrer dans le fond du débat. L'intervention de MM. Vincent et Vaillard dans cette discussion, leur grande expérience de la bactériologie et de l'épidémiologie ont mis au point cette question de la prophylaxie de la fièvre typhoïde, et il n'y a rien à y ajouter. Toutes les données acquises jusqu'ici au point de vue de l'origine hydrique de la dothiénentérie conservent toute leur valeur. Il n'y a rien à y reprendre, rien à y retrancher.

Mais l'influence étiologique des porteurs de bacilles n'est pas moins vraie et vient s'ajouter à celle de l'eau souillée. Ce sont de nouveaux faits à l'appui de cette influence étiologique que vient apporter M. Landouzy.

Il communique, en effet, trois observations de malades séjournant depuis trois mois à l'hôpital pour des paralysies et ayant contracté, dans leur lit, la dothiénentérie par le fait seul du voisinage de convalescents de fièvre typhoïde. Dans une maison riche des Champs-Elysées, dans laquelle ne pénètre que de l'eau d'Evian, est survenue une petite épidémie locale de fièvre typhoïde, par suite du retour, dans cette maison, d'une domestique venant d'avoir la dothiénentérie.

Ces faits, ajoute M. Landouzy, comportent leur moralité : à côté des cas de fièvre typhoïde résultant de l'absorption d'eau souillée il y a place pour des conceptions exceptionnelles mais réelles résultant de la présence de porteurs de bacilles. Il faut reconnaître qu'il existe de nouveaux procédés instrumentaux de contagion de la fièvre typhoïde. Il y a des cas de propagation de la maladie qui sont dus à des fuites et qui échappent, sans conteste, à la théorie hydrique. Il est indispensable qu'une défense soit organisée contre les convalescents de dothiénentérie. Il y a des faits de contagion extra-hydrique. Il y a une surveillance à exercer sur les porteurs de bacilles.

On retrouve ici d'ailleurs les mêmes règles que pour bien d'autres maladies infectieuses, en particulier que pour la diphtérie.

Des faits cliniques apportés dans cette discussion, il résulte l'obligation de resserrer les mailles du filet à travers lequel passent les causes de cette morbidité typhoïdique si terrible et si tenace. La prophylaxie doit devenir plus vigilante. Il importe que de ces débats découlent des enseignements qu'il appartient à l'Académie de formuler. Parmi les moyens à proposer, il faut songer à la sérothérapie, au sérum immunisateur. Il est de notre devoir, à nous médecins, dit en terminant M. Landouzy, de devenir plutôt des empêcheurs de maladies que des guérisseurs de maladies.

C'est sur les **vaccinations antityphiques** que porte l'argumentation suivante de M. Netter. Il estime que l'Académie est en mesure d'émettre dès à présent un avis favorable à leur emploi, sans qu'il soit besoin de nommer la commission spéciale demandée par M. Chantemesse.

Aux documents consignés dans une revue de 1906 empruntés aux armées anglaises et allemandes, aux hôpitaux anglais, à la population civile italienne, M. Netter ajoute ceux qui ont été fournis en 1907 par Kuhn, en 1909 par Leishman.

Le premier compara l'évolution de la typhoïde chez 7 287 soldats inoculés et 9 209 non inoculés au cours de la campagne contre les Herreros. Chez les premiers la proportion des cas est de 51 pour 1000, chez les seconds de 99. La mortalité typhoïde chez les inoculés est de 1 sur 8, chez les non inoculés de 1 sur 15. Elle est de 1 sur 9 chez les sujets qui n'ont été vaccinés qu'une fois, 1 sur 22 chez ceux qui ont subi 2 vaccinations, 1 sur 36 chez les sujets qui ont été vaccinés trois fois.

Sur 11 corps de troupe anglais expédiés après vaccination dans des régions où la typhoïde est très répandue, 3 667 inoculés ont 21 malades, 2 morts; 4 212 non inoculés, 187 typhiques et 26 décès. Sur 3 123 soldats pour lesquels on a employé un vaccin chauffé seulement à 53 degrés, il y a 8 cas et aucun décès, soit une morbidité de 2,5 pour 1000 au lieu de 44,4. Chez ceux qui ont subi deux inoculations le nombre des cas tombe à 4. Sur ces 4 typhoïdes, une est même douteuse et deux ont été insignifiantes.

Ces résultats anglais offrent les meilleures garanties. A chaque corps de troupe la commission anglaise avait attaché un médecin spécial qui avait assisté à la vaccination dans la métropole et qui était tenu à contrôler le diagnostic de chaque cas de typhoïde par les procédés modernes.

L'efficacité de la vaccination n'est donc point douteuse. Malheureusement l'opération n'est pas sans inconvénients passagers. Elle entraîne souvent de la fièvre, de la douleur et de la tuméfaction au point inoculé et il convient d'éviter au vacciné les premiers jours toutes causes de fatigue et surtout le surmenage. L'immunisation n'est pas acquise de suite, mais seulement après une dizaine de jours et même plus. Pendant cette période, le sujet pourrait même être en état de moindre résistance. Aussi convient-il de pratiquer l'immunisation dans une région où la fièvre typhoïde ne sévit pas et de n'envoyer les vaccinés que plus tard dans un foyer épidémique.

On arrivera sans doute à trouver les méthodes mettant à l'abri de ces inconvénients. M. Besredka a conseillé l'emploi d'un vaccin dans lequel les cultures de bacilles avaient été oumises au contact du sérum antityphique. Ce vaccin paraissait susceptible de réaliser une immunisation plus prompte et provoquer moins d'accidents. Les docteurs Loussot de Landivisiau, Prouff et Querneau de Morlaix, Lucas de Saint-Renan ont inoculé le vaccin en Bretagne dans des familles où existaient des cas de typhoïde. Trois inoculés ont pris la typhoïde après dix-huit, dix-neuf et vingt et un jours. L'immunité n'a donc pas été immédiate. D'autre part la vaccination a été suivie d'accidents locaux et généraux. Il est vrai que la dose initiale de vaccin a été trop élevée.

Cet insuccès apparent ne doit nullement amener à repousser la vaccination antityphique. Il prouve seulement que le vaccin de Besredka dans les conditions où il a été employé n'a pas mis à l'abri des inconvénients relevés avec les vaccins de Wright et de Pfeiffer et Kollé.

Il justifie le conseil de ne pas vacciner dans un foyer infecté, conseil que l'on trouve formulé par tous les auteurs qui ont écrit sur la matière dans ces dernières années.

ANALYSES

MÉDECINE

Rapports entre les accidents et les tumeurs. (Gebele, *Münch. med. Woch.*, 15 juin 1909, n° 24, p. 1230.) — Il est hors de doute que le traumatisme, envisagé dans son sens le plus large, joue un rôle dans l'apparition de certaines tumeurs : les cancers du rein et de la vessie chez les ouvriers en aniline, les tumeurs du poumon chez les métallurgistes, les tisserands, les cigariers, les carcinomes développés sur l'eczéma du scrotum chez les ouvriers en paraffine et chez les ramoneurs en constituent quelques exemples.

Les traumatismes proprement dits, chocs, contusions, blessures précèdent parfois aussi l'éclosion de certaines néoplasies et particulièrement des sarcomes. Mais ici il faut soumettre les faits à une critique sévère et ne pas établir trop rapidement un rapport entre le traumatisme et le néoplasme. Certaines conditions sont nécessaires pour pouvoir établir la vraisemblance de ce rapport.

Les observations rapportées par Gebele semblent ne laisser aucun doute sur le rôle du traumatisme chez les malades soumis à son observation. Il s'agit de neuf cas d'ostéo-sarcomes diagnostiqués par la radioscopie, et l'étude histologique après incision ou ponction exploratrice. Dans ces neuf cas on note l'existence d'une contusion ayant porté exactement sur la région où l'ostéo-sarcome s'est montré dans la suite : cette contusion a toujours été suivie de douleurs, de gonflement, de gêne dans les mouvements articulaires quand elle avait porté au niveau d'une jointure. Dans deux cas il s'était même formé un hématome important au niveau du point lésé.

Peu de temps après la cessation de ces phénomènes réactionnels (au bout de trois semaines dans un cas, de quatre semaines dans un autre), des symptômes nouveaux ont fait leur apparition qui ont permis de penser à un ostéo-sarcome et d'en faire le diagnostic.

Une dernière observation concerne un sarcome cutané développé au niveau d'une cicatrice peu de temps après la formation de celle-ci, et qui, après être resté stationnaire pendant plusieurs années, a grossi subitement, et s'est accompagné de plusieurs autres tumeurs semblables de la même région.

Gebele déclare qu'il serait prématuré d'adopter une théorie rendant compte de l'influence du traumatisme sur le développement des tumeurs, mais que le fait est certainement hors de doute. A. LEMIERRE.

De l'ulcère de l'estomac consécutif aux traumatismes externes. (Œttinger. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, fév. 1909, p. 61.) — Dans ce travail, M. Œttinger démontre que l'ulcère de l'estomac, l'ulcère simple, reconnaît certainement parfois une origine traumatique; il en relate trois cas nouveaux bien étudiés. Mais on doit distinguer tout d'abord les cas dans lesquels un sujet présente, après un traumatisme de la région épigastrique, tous les symptômes d'un ulcère, puis guérit après un temps relativement très court; il s'agit alors d'ulcérations traumatiques de l'estomac, de suffusions hémorragiques, de déchirures de la muqueuse gastrique. On ne doit décrire comme ulcère de l'estomac consécutif aux traumatismes externes que la maladie chronique se développant à la suite d'un traumatisme et ayant tous les caractères de l'ulcère rond.

Dans les trois cas de M. Œttinger, l'ulcère est survenu dans ces conditions chez des sujets dont aucun ne présentait auparavant de troubles dyspeptiques quelconques; on ne peut donc pas admettre qu'il existait un ulcère stomacal à l'état latent et que le traumatisme l'a seulement aggravé et en a accentué les symptômes. D'autre part, malgré l'absence d'autopsie, le diagnostic n'était pas douteux; l'évolution et la recherche méthodique des hémorragies occultes imposaient le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

La pathogénie de l'ulcère consécutif au traumatisme peut être comprise de la façon suivante : la lésion traumatique de la muqueuse ou de la sous-muqueuse siège le plus fréquemment sur la petite courbure, non loin du pylore; elle peut, dans un certain nombre de cas, guérir comme guérirait une plaie banale. Mais si la motricité de l'estomac est troublée, soit qu'il s'agisse d'une sorte de parésie traumatique, soit que la lésion provoque un spasme du pylore, la partie traumatisée de la muqueuse subit l'action digestive et corrosive du suc gastrique retenu dans la cavité stomacale; l'ulcère se développe ainsi et le spasme pylorique persiste. Il est évident qu'un trouble gastrique antérieur, qu'un état latent d'hyperchlorhydrie favorise le développement de l'ulcère après un traumatisme; mais il n'est probablement pas nécessaire que ce facteur intervienne dans tous les cas.

Ces faits d'ulcère traumatique de l'estomac présentent un grand intérêt non seulement au point de vue scientifique et pathogénique, mais encore au point de vue pratique, en ce qui concerne par exemple l'ulcère consécutif à un accident du travail. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Traitement chirurgical de la pleurésie tuberculeuse, l'abcès du poumon et l'empyème. (Emil G. BECK. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LIII, n° 25, 18 déc. 1909, p. 2060-2068.) — La ponction est illogique dans le traitement de la pleurésie tuberculeuse séro-fibrineuse, à moins de symptômes mécaniques urgents, et alors il ne faut retirer que ce qu'il faut pour rétablir l'équilibre. La notion fondamentale sur laquelle est basée le traitement chirurgical de toute tuberculose pulmonaire (pneumothorax, injections d'air stérilisé, d'azote, d'huile, désossement thoracique, c'est la compression du poumon et son immobilisation.

Dans l'empyème et dans l'abcès du poumon, Beck s'est servi depuis deux ans des injections de pâte de sous-nitrate de bismuth, 1 partie dans 2 parties de vaseline. Personnellement, il a traité dix cas d'empyème dont deux tuberculeux démontrés histologiquement et trois abcès du poumon. Les résultats, surtout dans les cas de vieilles fistules avec cavités suppurantes à parois rigides, si décourageantes pour le traitement chirurgical, ont été très beaux. L'une datait de vingt-huit ans chez un homme de trente-neuf ans ! Elle guérit en deux mois sous l'influence d'injections répétées tous les trois ou quatre jours.

Comment agissent les injections : par chimiotaxie et leucocytose provoquée, non pas par le pouvoir antiseptique du bismuth qui est faible, ni par remplissage de la cavité, car on a obtenu de bons résultats avec de très petites quantités. L'examen du pus montre que, après injection de bismuth, le contenu de l'abcès devient stérile, quoique gardant l'apparence de pus.

La technique est simple : injection directe d'un mélange chauffé à 45 ou 47 degrés. Il y a possibilité d'empoisonnement. Alors il faut évacuer le bismuth. Injecter dans la cavité de l'huile d'olive chaude : le lendemain la masse est transformée en une émulsion grise qu'il est facile d'aspirer. Ne jamais faire de grattage dans ces cas, on provoque par le grattage une absorption massive, parfois mortelle, ainsi que Beck le vit une fois dans un cas traité par un autre chirurgien.

Les injections sont répétées à intervalles variables, lorsque la quantité injectée antérieurement a été rejetée avec le pus. La méthode d'injection de pâte de bismuth répond parfaitement à deux indications nécessaires pour obtenir l'oblitération de la cavité : stériliser la membrane pyogénique et la ramollir. Beck n'a que 13 cas, mais d'autres, dont Ochsner, en ont un nombre plus considérable et se déclarent aussi satisfaits que Beck.

F. GARDNER.

Rétrécissement du rectum. [Cassius C. ROGERS. *The Boston med and surg. Journ.*, 10 juin 1909, vol. CLX, n° 23, p. 748 (avec 9 fig.)]. — A propos d'un cas qu'il a eu à traiter, l'auteur, satisfait par aucune des méthodes opératoires courantes, a employé une technique assez simple et nouvelle de la cure du rétrécissement du rectum.

Il s'agissait d'une stricture ancienne très serrée située à 7 centimètres de l'anus. Le malade étant endormi et dilaté à fond, Rogers pratique une incision semi-circulaire antérectale, et dissèque la paroi antérieure du rectum le plus haut possible, bien au-dessus du rétrécissement, jusqu'au péritoine. Introduisant par cette incision une pince mousse, il saisit la paroi antérieure du rectum bien plus haut que le rétrécissement et cherche à l'attirer en bas, un doigt introduit dans le rectum et ayant franchi le rétrécissement aide à ce mouvement. Ce repli intestinal est abaissé jusqu'au sphincter, il y est suturé, puis suturé sur les deux bords aux côtés du rectum. Il se trouve ainsi former deux cavités en canon de fusil séparées par une cloison en éperon dont la partie antérieure du rétrécissement forme le bec. On place des écarteurs dans le rectum et on incise cet éperon depuis le rétrécissement jusqu'au sphincter. Les deux lèvres de l'incision s'écartant jusqu'au point où la suture extérieure du cul-de-sac abaissé les maintient à cette limite intérieurement, on fixe ces lèvres par deux lignes de suture, on a ainsi formé une paroi postérieure au rectum avec toute la paroi rectale au niveau du rétrécissement, et la paroi antérieure se trouve formée par un cul-de-sac abaissé. Il ne reste qu'à fermer la plaie périnéale.

Le résultat opératoire fut simple, très bon, et un an après l'opération le malade ne présentait aucun signe de récurrence de son rétrécissement.

M. LANCE.

Des ruptures spontanées de la rate au cours de la fièvre typhoïde. (Robert C. BRYAN. *Annals of Surg.*, vol. L, n° 5, pp. 856-874.) — Il y a lieu de s'étonner, avec Osler, de la rareté de cette complication de la fièvre typhoïde, étant données les grosses lésions dont la rate est le siège constant dans cette maladie. Avec son cas personnel, Bryan en a colligé 28 dont 3 douteux. La rate rompue variait de 10×12 centimètres à $10 \times 20 \times 7$ centimètres, et en poids de 225 grammes à 6 livres, ce qui démontre qu'une grosse hypertrophie de la rate n'est pas une condition nécessaire pour qu'une rupture se produise. La rupture variait de 3 centimètres de long à la presque totalité de l'organe; elle était unique dans 20 cas, une fois elle était double, trois fois elle était triple. La profondeur a varié de 2,5 centimètres à 6 centimètres. La rupture siège de préférence près du milieu (9 fois sur 13 où il est fait mention du siège). Une fois, la rate se rompit dans l'estomac auquel elle adhère. Le plus souvent, l'hémorragie intra-péritonéale est formidable : un litre à trois litres. Dans deux cas, l'artère splénique était rompue. L'agent direct de la rupture est probablement une contraction musculaire, qui serait négligeable si l'organe n'était hypertrophié, mou et friable; les adhérences aux organes voisins jouent probablement un grand rôle.

Au point de vue symptomatique, il n'y a rien de bien caractéristique. Un peu de douleur dans l'hypocondre gauche puis subitement un tableau de grande hémorragie abdominale; le seul élément particulier, qui permette de différencier l'hémorragie de rupture de la rate d'avec une hémorragie intestinale est la température élevée, 41 à 42 degrés. Cela, et la douleur vague de l'hypocondre gauche sont les seuls éléments qui puissent faire soupçonner le vrai état de chose.

Il ne faut donc guère s'étonner que dans tous les cas publiés et dans dix autres cités mais non publiés, le diagnostic n'ait jamais été fait. Deux fois, on intervint par laparotomie pour perforation supposée; une fois, on ne reconnut pas la rupture de la rate, une autre fois, on la trouva et l'on pratiqua la splénectomie; le cas se termina par la mort, comme les trente-sept autres. Et pourtant, la laparotomie rapide, avec splénectomie, est la seule chose rationnelle à tenter.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSUFFISANCE GASTRIQUE

Les affections de l'estomac seraient, en général, faciles à soigner, si elles n'étaient si souvent compliquées d'insuffisance gastrique, c'est-à-dire diminution soit de la quantité, soit de la qualité du suc gastrique. Presque toutes les gastrites finissent par amener une atrophie des glandes, et par suite cette insuffisance; l'atonie gastrique et la dilatation en sont souvent compliquées; dans le cancer de l'estomac, elle vient accroître les tourments du malade; dans les dyspepsies, elle peut être soit cause, soit effet.

Dans ce dernier cas, il n'est pas rare de voir l'affection enfermée dans un véritable cercle vicieux, car la diminution du pouvoir digestif du suc gastrique laisse le champ libre à toutes les fermentations anormales, butyrique, acétique, etc. Or, la présence de nombreux produits irritants ou toxiques, au contact de la muqueuse digestive contribue à maintenir et même à augmenter les lésions inflammatoires. Il faut donc que le praticien rompe ce cercle vicieux, d'autant plus grave que le passage d'un chyme fermenté et plus ou moins toxique, dans l'intestin, amène trop souvent des phénomènes d'entérite et même l'entéro-colite muco-membraneuse.

On tend actuellement à voir aussi, dans la plupart des troubles gastro-intestinaux des nourrissons, un résultat de la mauvaise digestion du lait. Ce serait donc, au moins dans un grand nombre de cas, l'estomac qu'il faut d'abord soigner.

Les ferments digestifs ont alors une indication impérieuse; si l'on peut obtenir une digestion normale dans l'estomac, on coupe court aux fermentations butyriques et autres, les

lésions de gastrite et d'entérite se réparent souvent d'elles-mêmes, et l'état général s'améliore, l'intestin n'offrant plus au sang de produits toxiques ou inassimilables.

On doit donner la préférence à la papaïne, qui a l'avantage d'être un ferment végétal. Il ressort des expériences du professeur Wurtz, et plus récemment de Caroll Chase, qu'elle est un peptonisant énergique des matières albuminoïdes. Chose des plus intéressantes, la réaction du milieu ne peut entraver son action, et elle agit toujours, qu'elle soit en milieu acide, neutre ou alcalin. De plus, elle transforme aussi l'amidon en maltose, elle émulsionne les graisses et digère parfaitement le lait.

Depuis trente ans, les observations cliniques ont été en complet accord avec les expériences de laboratoire. Elle a été utilisée avec succès dans toutes les dyspepsies, aussi bien chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques. Chez ces derniers malades, on peut l'associer au bicarbonate de soude, qui n'entrave pas son action. On l'a donnée avec le plus grand profit dans la tuberculose pour conserver ou faire récupérer aux malades l'intégrité de leurs fonctions digestives.

Elle triomphe surtout dans la médecine infantile et peut être donnée, même pendant les premières semaines de la vie, pour combattre les vomissements, les lientéries, les diarrhées de l'enfant élevé soit au sein, soit au biberon. Quelle que soit la théorie par laquelle on explique le fait, tous les troubles dyspeptiques de la première et de la seconde enfance sont améliorés par la papaïne — depuis les plus légers jusqu'aux plus graves — et il nous a encore été donné d'assister récemment à deux véritables résurrections : il s'agissait d'enfants athrepsiques, ne digérant rien, n'assimilant rien, arrivés à la dernière période de la cachexie, qui furent ainsi sauvés rapidement.

Ce produit est donc une arme que le médecin doit avoir entre les mains et dont il doit se servir.

On le conseille sous forme de sirop pour les enfants, par cuillerées à dessert ou à café suivant l'âge, et, pour les adultes, sous forme de sirop, cachets ou élixir. Donner la préférence aux préparations de Trouette-Perret pour avoir un produit actif et irréprochable.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1909.) S. Nicolau : Etudes sur la tricophytie du cuir chevelu en Roumanie (trychophyton violaceum). — P. Brisson : Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie. — G. B. Dalla Favera : Réponse à la critique du docteur Sabouraud à l'occasion de mon travail « sur l'état actuel des trichophyties de la province de Parme ».

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 11, nov. 1909.) J. Garel : Une révolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope de Harold Hays. — S. Lautmann : Traitement de la syphilis des voies respiratoires supérieures. — K. Hié : Procédés cliniques de rhinométrie. — Ricardo Botey : Les injections de paraffine dans l'ozène sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection ? — L. Bar : Toxidermie après trépanation mastoïdienne pour septicopyémie otogène.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, nov.-déc. 1909.) Alvarez G. Salazar : Psychoses toxi-infectieuses et démence précoce. — G. de Clérambault : Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique (*suite*). — Rémond (de Metz) et Voinenel : Délire aigu avec syndrome choréique et mort subite. — Jean Lépine : Hypothermie dans la paralysie générale sans ictus ni agitation, survie. — A. Adam : Un cas de dépossession et un cas de fétichisme. — Hospital : Kleptomanes et vols aux étalages.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 20, 11 nov. 1909.) Etudes sur une épidémie de dysenterie bacillaire survenue au Danvers state Hospital (Massachusetts) en 1908. 1° C. T. Ryder : Rapport statistique sur cette épidémie (avec 5 tableaux); — 2° C. T. Ryder : Investigations sur les sources possibles et probables de l'infection et de la propagation des cas de dysenterie dans le Danvers hospital (avec 5 graphiques et 1 tableau); — 3° E. T. T. Richards, A. H. Peabody et M. M. Canavan : Identification de la dysenterie épidémique du Danvers hospital avec celles qui ont été causées principalement par le bacillus dysenteriæ [type Shiga] (avec un tableau); — 4° E. T. T. Richards, A. H. Peabody et M. M. Canavan : Etude des agglutinations dans les cas observés au Danvers hospital ; comparaison des essais d'agglutination sur des cultures de bacille de la dysenterie type Shiga et type Flexner-Harris (avec 3 tableaux) ; — 5° Myrtelle M. Canavan : Sur la formule du sang dans la dysenterie bacillaire (avec 3 graphiques); — 6° E. E. Southard et E. T. T. Richards : Les lésions de la dysenterie bacillaire (avec 1 tableau, 1 graphique et 7 planches) ; — 7° E. E. Southard et C. G. Mac Gaffin : Le système nerveux dans la dysenterie bacillaire ; — 8° Myrtelle M. Canavan : Vaginite ulcéreuse dans un cas de dysenterie bacillaire; — 9° C. T. Ryder : Sur la production de la dysenterie dans les hôpitaux et dans la vie en commun, avec un résumé des mesures prophylactiques qui doivent être employées pour arrêter la maladie (avec un tableau). — 10° E. E. Southard : Conclusions du travail sur l'épidémie de dysenterie du Danvers hospital en 1908. — Trimothy Leary : Sur le traitement vaccinal de la pneumonie lobaire. — Fred T. Murphy : Sur les résultats immédiats et les complications chirurgicales de la gastro-entérostomie. — W. B. Cannon : Etude physiologique sur la gastro-entérostomie. — (N° 21, 18 nov.) William Palmer Lucas : Une revue sur les récents travaux expérimentaux sur les états hémorragiques. — Charles Hunter Dunn : Le traitement des diarrhées estivales selon leurs différences étiologiques. — Harlsey de Wolf : Description d'un cas de maladie de Hodgkin chez un enfant (avec 1 figure et 1 graphique). — Albert Ehrenfried : Le traitement du pied bot dans l'enfance sans opération (avec 6 figures). — (N° 22, 25 nov.) E. A. Codman : Le diagnostic de l'ulcère du duodénum (*à suivre*). — F. J. Cotton : Quelques points de diagnostic dans les traumatismes (avec 4 figures). — E. J. Curran : Variations de la corne postérieure du ventricule latéral avec des notes sur son développement et des indications sur leur importance clinique (avec 6 figures). — Fritz B. Talbot : Examen clinique des fèces des nouveau-nés et des enfants après la gastro-entérostomie (avec 2 tableaux).

NOTES POUR L'INTERNAT

CALCULS VÉSICAUX

PATHOGÉNIE. — Les pierres qu'on trouve dans la vessie peuvent reconnaître deux origines différentes.

1° **Calculs primitifs.** — Les plus fréquents. Ils viennent du rein, après une longue période d'élimination de sables. Ils sont donc dûs à la diathèse urique et oxalique. Aussi les rencontre-t-on surtout chez des enfants au-dessous de quinze ans, dans la classe pauvre, nourris grossièrement et chez des vieillards de la classe aisée, trop nourris. Ce sont surtout des

calculs uratiques (60 p. 100 de la totalité des calculs), parfois oxaliques (3 p. 100). Ce sont les calculs d'organisme (Guyon).

2° **Calculs secondaires.** — Ils se forment dans la vessie et sont dus à la stagnation et à l'infection. Celle-ci favorisée par celle-là produit la décomposition, par le micrococcus ureæ, de l'urée en carbonate d'ammonium qui centralise l'urine. Les phosphates tenus en solution par l'acidité se précipitent sous forme de phosphate ammoniaco-magnésien.

Ils constituent 27 p. 100 des calculs vésicaux. Ce sont les calculs d'organe (Guyon).

3° Les **calculs mixtes** enfin sont assez fréquents et dus à ce que des pierres uratiques venues du rein s'enrobent de phosphates dans une vessie qui s'infecte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — NOMBRE. — Ordinairement uniques chez l'enfant (calcul uratique), ils sont multiples chez le vieillard (calcul phosphatique).

VOLUME. — Inverse du nombre ; ordinairement de 2 à 3 centimètres.

POIDS. — En moyenne de 20 à 60 grammes (jusqu'à plus d'un kilogramme).

FORME. — Ovoïde et lisse dans les calculs uratiques ; elle est très irrégulière dans les calculs phosphatiques ; les calculs oxaliques sont mamelonnés, bosselés, muriformes.

A la COUPE, on trouve un noyau central formé par des débris de matière organique ou parfois un corps étranger. Tout autour les sels se sont déposés en stratifications concentriques.

Les urates sont denses, rouge brique ; les oxalates très durs, brun rougeâtre ; les phosphates sont spongieux, friables, blanc grisâtre ; la cystine est gris jaune.

Situation. — Legueu en distingue trois sortes :

1. CALCULS VÉSICAUX. — Ils sont généralement dans le bas-fond vésical. Parfois une contraction irrégulière de la vessie (vessie en portefeuille) peut les retenir au sommet du réservoir. Ils sont généralement *libres*, parfois *adhérents* ; la muqueuse enflammée envoie des bourgeons qui pénètrent dans les anfractuosités du calcul.

2. CALCULS DIVERTICULAIRES. — Ils sont contenus dans une poche diverticulaire de la vessie, communiquant par un orifice plus ou moins large. Les calculs *enchatonnés*, c'est-à-dire fixes et serrés dans une cellule vésicale dont ils ne peuvent sortir sont exceptionnels pour Guyon.

3. CALCULS VÉSICO-PROSTATIQUES. — Ceux-ci sont logés à la fois dans le col vésical et la partie supérieure de l'urètre prostatique ; ils sont d'ailleurs rares.

SYMPTOMES. — 1° **Début.** — Généralement insidieux, il est précédé par une histoire de lithiase rénale : coliques néphrétiques, émission de sables, etc. Ces antécédents sont parfois très obscurs.

2° **Signes fonctionnels.** — Ce sont eux qui attirent l'attention. Les trois principaux sont : les *hématuries*, la *pollakiurie* et les *douleurs*, tous trois influencés par le mouvement et le repos.

1. HÉMATURIES. — Après une secousse, une course en voiture, elle apparaît, surtout marquée dans la fin de la miction ; elle disparaît par le repos. Parfois des poussées congestives donnent des hématuries totales pendant quelques jours, puis elles redeviennent intermittentes. Elles sont toujours moins abondantes que dans le cancer et manquent ordinairement chez l'enfant.

2. POLLAKIURIE. — Elle est surtout intense quand le malade est debout. La nuit il n'a que deux ou trois mictions (sauf si c'est un prostatique) ; chez l'enfant on observe de l'*incontinence* (elle doit toujours faire rechercher un calcul vésical dont elle est le premier signe).

3. DOULEURS PROVOQUÉES par les secousses, elles disparaissent la nuit. Elles sont surtout intenses à la fin de la miction et suivies de ténesme pendant un instant. Le malade les localise à la base du gland ; c'est une brûlure, une piqûre ; parfois une douleur plus vague hypogastrique. Les tiraillements de la verge peuvent la soulager.

4. BRUSQUE INTERRUPTION DU JET D'URINE. — C'est un bon signe dû à ce que la pierre vient s'appliquer sur l'orifice urétral, mais il faut pour cela : une pierre petite et libre, une vessie à parois régulières convergeant vers l'orifice, une miction debout.

5. La RÉTENTION est rare.

6. Les URINES en dehors des hématuries sont claires, avec peu ou pas de sable (qui ne charrie pas, bâtit-Guyon).

Exploration physique. — 1. Les TOUCHERS RECTAL ET VAGINAL, combinés à la palpation hypogastrique, permettent surtout chez l'enfant de sentir le calcul et d'apprécier sa dimension.

2. L'EXPLORATEUR A BOULE OLIVAIRE renseigne sur l'état du canal et donne sur le calcul une sensation de frottement caractéristique.

3. L'EXPLORATEUR MÉTALLIQUE DE GUYON reste l'instrument de choix.

Après avoir injecté 50 à 150 grammes d'eau bouillie dans la vessie on introduit l'instrument à fond ; puis on incline méthodiquement le bec à droite, à gauche, en bas et en haut (surtout à droite). L'explorateur métallique indique ainsi : *a.* la présence de calculs par une sensation tactile et audition de choc ; *b.* leur nombre, bruit de cliquetis quand on le fait tourner au milieu de calculs nombreux ; *c.* leur dimension, longueur de contact avec l'explorateur ; *d.* leur consistance, son sec avec les calculs durs, sensation rugueuse, pâteuse avec les calculs phosphatiques ; *e.* leur situation, pour les calculs diverticulaires on la trouve toujours la même quand on les atteint ; les calculs vésico-prostatiques empêchent l'introduction de l'instrument.

4. Le LITHOTRITEUR rend encore mieux compte de la dimension et de la consistance des calculs.

5. La CYSTOSCOPIE ne peut se faire qu'avec une vessie tolérante.

6. La RADIOGRAPHIE peut déceler un calcul, chez l'enfant surtout (paroi mince).

ÉVOLUTION. — Elle est très lente.

La *période latente* peut être très longue, le calcul augmente un peu à la fois. Puis vient la *période de réaction* avec les symptômes caractéristiques : douleur, pollakiurie, hématuries. On peut observer des rémittences plus ou moins longues, mais tôt ou tard arrive la *période de cystite*, la vessie s'infecte : la pollakiurie devient diurno-nocturne, douloureuse, les urines sont troubles, sanglantes. Cette cystite procède généralement par crises. Notons d'ailleurs que dans certains cas elle précède la pierre (calculs phosphatiques purs). A sa suite apparaît l'uretéro-pyélonéphrite qui conduit à l'infection urineuse, fin ordinaire de ces infectés.

L'expulsion spontanée est possible chez la femme, rare chez l'homme où le calcul s'arrête dans l'urètre et donne une rétention.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile.

1° **S'il y a cystite.** — 1. CHEZ L'ENFANT. — On peut penser à une *cystite tuberculeuse* mais l'examen bactériologique et l'exploration physique éviteront l'erreur.

2. CHEZ LE VIEILLARD. — On peut croire à une *cystite de prostatique*, la persistance de symptômes après traitement doit faire songer au calcul.

2° **S'il n'y a pas cystite.** — On ne peut guère croire à un *calcul rénal* qui donne des hématuries totales et des douleurs à localisation plus haute, ni à un *néoplasme vésical* qui provoque des hématuries plus abondantes, spontanées, silencieuses.

TRAITEMENT. — Il faut intervenir ; deux opérations se présentent :

1. **Lithotritie.** — C'est le broiement de la pierre fait avec un lithotriteur. Les fragments sont évacués par l'aspirateur à poire de Guyon.

2. **Taille sus-pubienne.** — On ouvre la vessie, on extrait les calculs et on suture la plaie vésicale. S'il y a infection ou hémorragie on fait une cystostomie et on draine avec un tube siphon de Perrier.

En principe, la lithotritie avec aspiration est la méthode de choix. On fera la taille pour des calculs enchatonnés ou énormes, ou quand la cystite intense, rétractant la vessie, empêche de manœuvrer le lithotriteur. Beaucoup d'auteurs conseillent de préférence la taille chez les enfants.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » . — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 19 janvier 1910. — MM. Devilliers, 7; Guillermain, 4; Krebs, 9; Haguenau, 11; Frette, 5; Barat et Bonnet (Flavien), 6; Wallimann, 3; Michel, 8; Koëchlin, 7; Monod (Raoul), 8.

Anatomie. — Séance du 20 janvier. — MM. Lamare, 6; Hébrard, 13; Durand (Henri), 9; Morancé, 14; Petit (Charles), 7; Michaux, 4; Bloch (Sigismond), 8; Castex, 7; Gougelet, 9.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juillet 1910 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le mercredi 9 mars 1910, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er février jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Ecole d'accouchement de la maternité, 119, boulevard de Port-Royal. — A la suite du décret du 23 décembre 1908 portant réglementation nouvelle du régime des examens à l'Ecole de la Maternité de Paris, l'administration de l'Assistance publique s'est trouvée dans la nécessité d'apporter des modifications au programme des examens d'entrée et de fin d'études à la Maternité, ainsi qu'aux dates d'entrée et de sortie des élèves de cette école. Elle vient donc de publier un nouveau programme.

L'Ecole d'accouchement de Paris n'admet que des élèves payantes (1.000 fr. par an plus 300 fr. environ de frais).

La durée des études est de deux années : l'année scolaire commence le 1er octobre et finit le 30 septembre. Lors de leur admission, les élèves doivent prendre par écrit l'engagement de rester deux années *entières* à l'Ecole.

Par exception, les sages-femmes de deuxième classe et les élèves sages-femmes admises à l'examen probatoire de première année dans une Faculté ou Ecole de médecine peuvent être autorisées à entrer à la Maternité, *après avoir subi l'examen d'entrée*, pour y accomplir *une* année d'études à la suite de laquelle elles pourront obtenir le diplôme de sage-femme de première classe.

Aucune élève ne peut être admise à l'Ecole après le commencement de l'année scolaire ; cette règle est absolue et ne saurait souffrir aucune exception.

Les élèves sont reçues à l'Ecole de la Maternité depuis l'âge de dix-neuf ans révolus jusqu'à celui de trente-cinq.

Elles doivent se faire inscrire auprès du directeur de la Maternité du 1er au 30 septembre (*passé cette date, il ne peut plus être reçu de demande d'inscription*).

Pour tous autres renseignements s'adresser au Directeur de la Maternité.

MARINE. — M. le médecin de première classe Donnart est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé de Brest.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier (au titre étranger). — MM. les docteurs Guglielminetti (de Monte-Carlo) et Magnin, médecin en chef de l'hôpital américain à Paris.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Potocki, accoucheur des hôpitaux de Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la deuxième semaine, 912 décès, au lieu de 925 pendant la semaine précédente et au lieu de 1098, moyenne ordinaire de la saison. On remarquera la rareté relative des maladies de l'appareil respiratoire. On signale un assez grand nombre de cas de rougeole dans les arrondissements excentriques du nord de la ville. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La rougeole a causé 9 décès (chiffre identique à la moyenne), au lieu de 13 pendant la semaine précédente. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 272, dont 221 dans les dix arrondissements de la périphérie (au lieu de 247 précédemment, moyenne 184). Les quartiers les plus atteints sont les mêmes que pendant la semaine précédente : Epinettes (28 cas), Grandes-Carrières (34 cas), Clignancourt (20 cas) et la Goutte-d'Or (14 cas).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 175 décès, au lieu de 169 pendant la semaine précédente (moyenne 234).

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès (moyenne 217).

On a signalé en outre 4 cas de méningite cérébro-spinale, dont 1 décès.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — M. le docteur Lesage commencera vendredi 21 janvier, à deux heures, à l'Hôtel des Sociétés savantes, ses cours sur : « Le nourrisson, sa vie, ses maladies. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre seulement aujourd'hui le décès survenu, il y a déjà trois mois, de M. le docteur A. Robin, qui exerçait à Paris dans le XIIe arrondissement depuis 1864. Notre regretté confrère a succombé aux suites d'une piqûre anatomique, ajoutant ainsi à la trop longue liste des victimes du devoir professionnel le nom respecté d'un confrère qui laisse d'unanimes regrets.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1909.) Paul ADAM : Hygiène des villes. — COULLAUD : L'intoxication par les fumées chez les sapeurs-pompiers.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 274, 25 nov. 1909.) H. BORDIER : Sur quelques résultats fournis par les radiations ultra-violettes (lampe à vapeur de mercure de Kromayer) en thérapeutique). — Th. NOGIER : Comment on peut distinguer pratiquement les petits calculs de la vessie des « taches du bassin ». — Wertheim SALOMONSON : La radiographie rapide et l'appareil de Shook. — (N° 275, 10 déc.) BROCA : Quelques considérations sur la radiothérapie intensive dans les maladies cutanées. — HOLZKNECHT : Le péristaltisme normal du côlon. — NOGIER : Attaches instantanées « universelles » pour tous les appareils électriques,

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1909.) NOBÉCOURT et FORSIN : L'appareil cardio-vasculaire dans les néphrites de l'enfance. — Vila ORTEZ : Babeurre et maladie de Barlow.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1909.) LABOUGLE et PÈNELET : Sur la situation anatomique de l'orifice du conduit de Sténon. Des causes de son inflammation. — G. LAPORTE : Abcès de la voûte palatine à bacilles de Vincent. — MARTIN et FÉVRIER : Luxation incomplète du genou. — A. VIDAL : Les complications de la blennorragie dans l'appareil respiratoire. — G. ESPRIT : Fracture du corps du premier métatarsien. — H. PETIT : Phlegmon septique diffus du membre inférieur. — J. GAURAN : Orchidolyse pour ectopie iliaque rétro-pariétale. — PALOQUE : Du danger de la réunion immédiate dans les plaies par coups de feu. — (N° 1, janv. 1910.) TOUSSAINT : Diastasis tibo-malléolaire. — H. VENNIN : Mensuration clinique des angles de flexion des articulations à l'aide d'un ruban métrique. — GRANDMAIRE : Deux pieds-bots varus équins osseux, chez le même sujet. — R. FOLLY et F. ROBERT : Tuberculose de la prostate à forme urétro-cystique. — WEITZEL : Chancre tuberculeux de la verge. — ANDRIEU : Carie profonde de la deuxième grosse molaire gauche. — CATHOIRE : Quelques expériences sur la transmission dans les chambres des germes morbides. — G. LAPORTE : Un cas d'intoxication par la phénacétine. — COURTOT : Action de l'iode sur l'alcool.

Archives de médecine navale. — (N° 11, nov. 1909.) DUCLOT : Etude sur le Maroc. — BARTHÉLEMY : Fièvre typhoïde et eau distillée à bord du *Bouvet*. — QUÉRÉ : Voyage de la *Zélée* dans le Pacifique (1908). — NOLLET : La tuberculose à bord. — PELLÉ : Le paludisme à Madagascar. — GOUDY : Ictère syphilitique secondaire précoce. — DANGEIN : Un cas de rétrécissement mitral pur. Discussion sur l'origine de cette affection.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 11, nov. 1909.) A. MATHIEU et H. MILLON : Etude sur quelques formes cliniques de réaction côlique. — A. CADE et Ch. GARIN : Relations entre le parasitisme intestinal et les entérorragies occultes. — (N° 12, déc.) HUGOUNENG et A. MOREL : Formation des sucres aux dépens des albumines. — J.-Ch. ROUX : Des diarrhées consécutives au régime amylacé dans le traitement des entérites.

Archives générales de chirurgie. — (N° 11, 25 nov. 1909.) LEROY et MINET : Ulcère perforé de l'estomac traité et guéri par le drainage sans suture. — POTEL : Traitement des sténoses cicatricielles de l'utérus par autoplastie intra-utérine d'un lambeau de muqueuse vaginale (fig.). — MAUCLAIRE et BURNIER : Les sténoses cicatricielles de l'utérus d'origine thérapeutique (fig.).

Archives générales de médecine. — (Oct 1909.) F. CORRITTI : Théorie adipogénétique des escarres produites par les injections sous-cutanées de quinine. — EUZIÈRE : Les troubles psychiques dans la sclérose en plaques. — MARCOU : La pleurite exsudative du sommet. — MENIER : Un cas d'hémiatrophie faciale par les injections de paraffine. — (Nov.) RIEUX et SAVY : Un cas de cancer primitif du poumon (forme métatypique d'origine alvéolaire) avec pleurésie hémorragique et métastase encéphalique. — LAVENANT : Epididymite blennorragique à répétition suppurée.

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 6, nov. 1909.) A. ROBIN : Documents sur les échanges respiratoires et les principes de la reminéralisation organique. — Léon BERNARD : La bacillurie tuberculeuse. — M. BERTIER : Recherches sur la bacillurie tuberculeuse au cours de la tuberculose pulmonaire. — Noël FIESSINGER : Rôle de la lipase dans la défense antibacillaire.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 8, oct. 1909.) M. LETULLE : Contribution à l'étude de la syphilis artérielle. Les ruptures spontanées de l'aorte par aortite scléro-atrophique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 47, 21 nov. 1909.) GUYOT : Tuberculose hypertrophique du cæcum avec envahissement de la paroi abdominale. Résection de la moitié droite du gros intestin. — (N° 48, 28 nov.) J. SELLIER : Du rôle de la mastication (3 fig.). — (N° 49, 5 déc.) J. SELLIER : Du rôle de la mastication (*fin*). — (N° 50, 12 déc.) J. SABRAZÈS : Mode d'emploi et nouvelles applications de la coloration des frottis par le bleu de méthylène en solution aqueuse à 1/500, entre lame et lamelle. — E. DARAIGNEZ : A propos du traitement des kystes hydatiques multiples du foie. — (N° 51, 19 déc.) LAFON-GRELLETY : A propos de : « Le cœur et l'électricité. » — (N° 52, 26 déc.) P. BUSQUET : De l'influence de l'épandage de l'eau du ruisseau sur la chaussée pour le développement des maladies infectieuses. — (N° 1, 2 janv. 1910.) SABRAZÈS : Hématozoaires de paludisme (formes tropicales) ; leur pénétration dans les hématies granulo-réticulo-filamenteuses contrastant avec l'abondance des autres hématies parasitées; mise en évidence de ces faits par notre coloration au bleu de méthylène à 1/500 entre lame et lamelle, sur frottis desséchés; leur importance au point de vue de la régénération du sang dans les accès de malaria. — Ch. MONGOUR : Quelques considérations sur la valeur thérapeutique de la ponction lombaire.

REVUE GÉNÉRALE (1)

FIÈVRE DE MALTE

Par M. HENRI ROGER,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Définition. — On désigne sous le nom de fièvre de Malte une infection générale, endémo-épidémique, commune à l'homme et à certains animaux, due au *micrococcus melitensis* et évoluant généralement, chez l'homme, sous forme de poussées fébriles récidivantes.

Signalée tout d'abord et bien étudiée à Malte, elle est loin d'y être localisée; on la retrouve dans toutes les contrées méditerranéennes, d'où la dénomination de *fièvre méditerranéenne* proposée en remplacement de celles de fièvre de Malte, fièvre napolitaine, fièvre de Chypre, fièvre de Gibraltar ou Rockfever (fièvre des rochers), fièvre de Barcelone, données par les médecins de chacun de ces pays. Mais comme cette infection est encore plus généralisée, comme on la retrouve un peu dans toutes les parties du monde, il serait rationnel d'abandonner toutes ces désignations géographiques pour celle beaucoup plus significative de *fièvre ondulante* (Hughes) qui a le mérite de rappeler le caractère le plus frappant de la maladie, du moins dans sa forme classique.

Ont encore été proposés les termes de septicémie à micrococcus melitensis (Eyre et quelques auteurs anglais), de septicémie de Bruce, du nom du bactériologiste anglais qui en a découvert le germe pathogène (Tambrusti, Giuffré et quelques auteurs italiens).

Pour nous conformer à l'usage établi en France, nous conserverons celui de fièvre de Malte qui, malgré les critiques très justes dont il est passible, a toutefois le mérite de rappeler le pays d'origine — pour ainsi dire — de la maladie et les innombrables travaux des médecins qui l'y ont le mieux étudiée et en outre ne préjuge pas de la forme symptomatique, souvent très variable, suivant laquelle elle se produit (2).

II

Historique. — 1° PHASE CLINIQUE. — *Marston*, médecin de la marine anglaise à Malte, paraît avoir été le premier, en 1863, à séparer nettement des autres fièvres la fièvre de Malte qu'il appelle fièvre rémittente méditerranéenne ou rémittente gastrique. Il en indique les principaux symptômes et les plus importantes complications.

Avant lui, quelques auteurs anglais, Æghorn, Irvin, Hennen, Burns, Baxter, Clark, Davy et surtout Bennet en 1814 en avaient décrit quelques cas assez nets au point de vue clinique, mais il les avaient confondus avec les autres infections fébriles. Au dire de Eyre, on pourrait même retrouver jusque dans Hippocrate quelques observations, assez peu détaillées d'ailleurs, de cette maladie.

Après Marston, Boileau (1865), Chartres (1866) relatent toute une série de cas à Malte; Turner (1884) et surtout Maffet (1889) à Gibraltar.

De 1871 date le premier travail italien de Giulia. Dès lors les médecins de la Sicile et de l'Italie méridionale discutent sur la place à accorder en nosologie à cette fièvre que les uns rattachent à la suette miliaire à cause des sueurs abondantes (Frederici et Galassi), au paludisme (Martini, Schronn), à la fièvre typhoïde, tandis que d'autres en font une infection spéciale [Rummo et surtout Tomaselli (1879)].

2° PHASE BACTÉRIOLOGIQUE. — *Bruce* (1887-1893) découvre dans la rate un petit microcoque qu'il isole et dont il montre, par des inoculations aux singes, le rôle spécifique : il lui donne le nom de micrococcus melitensis. Gipps, *Hughes* (1893-1897) confirment ces recherches.

Wright (1897) établit que le sérum des malades atteints de fièvre méditerranéenne agglutine le microbe de Bruce, et crée ainsi le séro-diagnostic.

Les auteurs autrichiens (Krest, von Schrötter, Brunner, Neisser) confirment ces deux importantes découvertes anglaises.

3° PHASE PATHOGÉNIQUE. — Dès 1900 les travaux se multiplient. Citons en première ligne ceux de la *Mediterraneanfever Commission*, composée de bactériologistes éminents, Horrocks, Shaw, Zammit, Naught, Johnstone, Eyre, Kennedy, Clayton, Davis, Culloch, Basset-Smith, nommés par la Royal Society de Londres pour aller étudier à Malte même cette maladie. Cette commission fait paraître de 1905 à 1907 une quarantaine de rapports d'une importance capitale. C'est un de ses membres, *Zammit*, qui en 1905 établit la fréquence de l'infection chez la chèvre et la transmission de la maladie de cet animal à l'homme. Il inaugure la phase actuelle surtout consacrée à la pathogénie.

Signalons en Italie les travaux de l'école de Messine qui, elle aussi, a fait toute une série d'impor-

(2) Pour la bibliographie détaillée se reporter aux thèses d'HAYAT (Montpellier 1903, n° 83) et ROUSSEAU-LANGWELT (Paris 1909, n° 303) et à l'opuscule de EYRE, *Bibliography of Mediterranean fever*, 1837 à 1907.

PRINCIPAUX TRAVAUX D'ENSEMBLE RÉCENTS. — *Anglais.* — *Reports of the Commission of Mediterraneanfever* (1905-1907). Ref. *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 1905, pp. 498 et 1001; 1906, p. 521; 1907, p. 745. — EYRE. The Milroy lectures on melitensis septicæmia (Malta or medit. fever), *Lancet*, 1908, pp. 1677, 1747, 1827. — BRUCE. Maltafever. *Journ. roy. army med. Corps*, 1906, p. 330.

Français. — WURTZ. Art. FIÈVRE DE MALTE, in *Nouveau Traité* de Gilbert et Thoinot, fasc. 6. — JEANSELME et RIST. Art. FIÈVRE DE MALTE, in *Précis de pathologie exotique*, 1909. — SOULIÉ. La fièvre méditerranéenne d'après les dernières recherches, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1906, p. 274. — GARDON. Etude descriptive de la fièvre méditerranéenne, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1907, pp. 49 et 74. — CARDALIAGUET. *Nos connaissances actuelles sur la fièvre méditerranéenne en Tunisie*, Th. de Bordeaux, 1906. — GEORGIADÈS. *La fièvre ondulante*, Th. de Paris, 1908, n° 209 et surtout les thèses de HAYAT et ROUSSEAU-LANGWELT, déjà citées.

Italie. — Travaux de l'Université de Messine, 1907-1908. — CANTANI. La febbre di Malta. Ricerche clin. et bacteriol., *Acad. med. chir. di Napoli*, 1907.

Espagne. — DURAND (de Cottes). Fiebre medit. o del Malta in Espana, *Clin. med. Zaragoza*, 1909, pp. 127-274.

Grèce. — BENSIS. Contribution à l'étude de la fièvre de Malte, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 oct. 1909.

tantes recherches (Cantani, Spagnolio, Pollacci, Cannata, Vaccaro); — en Espagne, ceux de R. y Cajal, Gallart et Ferran, l'important mémoire de Durand (de Cottes); — en Grèce, ceux de Mavrakis, Cardamatos, Manoussos, Bensis; — en Tunisie, ceux de Schoull, Giuffré, Nicolle, Cardaliaguet, Hayat, Cathoire; — en Algérie, ceux de Brault, Gillot, Lemaire, Gardon, Sergent et Borie, Soulié, Scherb, Sicre; — en France, les thèses de Cardaliaguet, Georgiadès, Gardon, Rousseau-Langwelt et surtout celle d'Hayat, les récents articles de Wurtz (1) et un certain nombre d'observations sur lesquelles nous allons revenir.

III

Distribution géographique. — La maladie prédomine à Malte et dans les contrées baignées par la Méditerranée. Elle a été signalée cependant un peu dans tous les points du globe.

Iles méditerranéennes. — *Malte* est et reste pour ainsi dire la patrie de la fièvre à laquelle elle a donné son nom. Elle y est à l'état endémique. Jusqu'à ces derniers temps elle sévissait avec une certaine intensité en particulier dans la population militaire. D'une statistique de Shaw s'étendant à sept années (1898-1905) nous extrayons les chiffres suivants :

	Morbidité p. 1000.	Mortalité pour 100 cas de maladie.
Population civile..........	3,3	9,1
Armée de terre...........	31,3	3,6
Armée de mer............	19,3	1,6

Actuellement, grâce aux mesures prophylactiques prises dans l'armée, la fièvre de Malte a beaucoup diminué dans la population militaire.

	Armée de terre.	Armée navale.	Population civile.
Année 1901.....	253	252	642
— 1905.....	643	270	663
— 1907.....	9	12	714

Elle sévit dans toute la partie habitée, aussi bien dans le centre que dans les ports.

Elle règne aussi dans les autres *îles de la Méditerranée*, Baléares, Corse (Ajaccio), Sardaigne, Crète et surtout à Chypre et en Sicile [Palerme, Syracuse, Messine (2)].

Europe. — Elle sévit surtout dans l'*Italie* méridionale (Naples, Bénévent, Campobasso, Caserte), moins souvent à Padoue, Rome (Gabbé insiste sur sa croissance en Italie); — en *Grèce*, Athènes, Céphalonie; — en *Espagne* (3), Gibraltar, Barcelone, Malaga, Madrid, Tolède, Murcie, Cadix, etc.; — en *Autriche*, Trieste, sur le bas Danube; — en *Turquie*, Salonique, Constantinople (4). Deux cas auraient été signalés en Angleterre, mais il s'agit très probablement de cas contractés à Malte (Birt et Lamb, Mangin).

Asie. — Arabie (Aden); — Asie-Mineure, Beyrouth, Jérusalem, Smyrne; — Chine, Hong-Kong, Shangaï; — Inde.

Afrique. — Egypte, Alexandrie, Le Caire, Port-Saïd, Massouah; — sur le Nil Bleu (1); au Soudan; dans le Sud-Africain (2), Basutoland, colonie du Cap, Orange, Sud-ouest africain (3), Transvaal.

Amérique. — Vallée du Mississipi, Brésil, Venezuela, Montevideo, Cuba, Porto-Rico.

Océanie. — Iles Philippines, îles Fidji.

Une mention particulière doit être réservée pour la Tunisie, l'Algérie, la France.

Tunisie (4). — Schoull, Funaro (1902), établissent l'identité de la fièvre dite méditerranéenne, qui sévit à Tunis, La Goulette, au cap Bon, avec la fièvre de Malte.

Algérie (5). — Legrain est un des premiers (1900) à parler de fièvre de Malte; le professeur Brault en signale quelques cas; Gillot, Lemaire établissent bactériologiquement la présence de l'infection à micrococcus melitensis, que d'autres auteurs (Scherb, Soulié, Gardon, Souleyre, etc.) y ont ensuite amplement étudiée, à Alger, Oran, Bougie, etc. Sergent et Bories observent une épidémie dans la région d'Arzew, en particulier dans le village de Kléber (province d'Oran).

En France, les deux premières observations de fièvre de Malte scientifiquement établies ne remontent guère à plus d'un an, [Danlos, Wurtz et Tanon (6)]. Il s'agissait d'un philanthrope, qui, pour éviter aux habitants de son village les risques de la contamination tuberculeuse par le lait de vache, voulut acclimater dans son pays des chèvres venues de diverses contrées; certaines de ces chèvres, venues de Mauritanie, infectées par le micrococcus melitensis, lui communiquèrent leur infection, à lui et à son jardinier.

(1) Wurtz. La fièvre de Malte en France, *Acad. de méd.*, 26 oct. 1909, et *Revue scient.*, 25 déc. 1909.

(2) Spagnolio. La febbre di Malta o del Medit. a Messina. Setticemia del Bruce, *Riforma med.*, XXIII, p. 48.

(3) Ramon y Cajal. Las febres ondulantes mediterraneas an Aragon, *Clin. med. Zaragossa*, 1904 et 1905. — Gallart et Ferran. Formas clinicas observades in Barcelona di febris melitensis, *Gaz. san. di Barcelona*, 1902.

(4) Euthyboule et Gabrielidès. *Presse méd.*, 1909, p. 555. — Apéry. *Id.*, tirage à part, 1908.

(1) Simpson et Birt. *Journ. of the royal army med. corps*, 1908, p. 593.

(2) Stracham et Birt. *Ibid.*, 1909, p. 153.

(3) Werner. *Arch. f. Schiffs u. Tropenhygien*, 1909, p. 333.

(4) Nicolle et Triolo. La fièvre de Malte en Tunisie, *Presse méd.*, 1905, p. 113. — Scialom. Contribution à l'étude de la fièvre méditerranéenne en Tunisie, *Revue de méd. et d'hyg. trop.*, 1908, p. 253. — Nicolle et Conseil. Recherches sur la fièvre méditerranéenne entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis, *Bull. de la Soc. de path. exot.*, 1909, p. 191.

(5) Gillot. La fièvre de Malte, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Cherbourg 1905; — Fièvre de Malte en Algérie. Revision nécessaire des maladies du Nord Africain, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Lyon 1906. — Lemaire. Sur la fièvre dite de Malte à Alger, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1905, p. 818. — Sergent et Bories. Statistique sur la fièvre de Malte dans le village de Kléber (Oran), *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1908.

(6) Danlos, Wurtz et Tanon. Deux cas de fièvre de Malte observés aux environs de Paris, *Soc. méd. des hôpit.*, 4 déc. 1908. — Lapeyre (de Fontainebleau) a depuis observé dans la même région quatre autres cas auxquels manque le contrôle bactériologique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 26 juillet 1909.

Mais il est certain que la fièvre de Malte existait depuis longtemps avant cette époque en France, la petite épidémie de Cannes (1901), observée par Roustan, était probablement une épidémie de fièvre ondulante, à en juger d'après les symptômes et les courbes thermométriques. Mais si dans ces cas la preuve bactériologique manque, nous avons pu, avec Lagriffoul, obtenir une séro-réaction positive et faire un diagnostic rétrospectif chez un malade qui, il y a quatre ans à Montpellier, réalisa tout le tableau symptomatique de la fièvre méditerranéenne. Nombre des anciennes typhoïdes sudorales de Jaccoud et en particulier de la forme décrite par Layré-Dufau dans sa thèse (Montpellier 1900) n'étaient très probablement que des fièvres de Malte associées ou non à la dothiénentérie. Signalons cependant que Shaw, recherchant la fièvre de Malte, sur le littoral méditerranéen, s'est rendu en 1904-1905 à Marseille, Toulon, Cannes, Nice, s'est livré à l'examen de nombreux malades suspects, de leurs courbes, de leur sang, et n'a obtenu dans aucun cas de séro-réaction positive.

Depuis la communication de Danlos et Wurtz, le nombre des cas observés en France s'est multiplié (1). Ce sont des cas d'origine exogène, importés de Shanghaï (Rist), de Tunisie (Haushalter), de Grèce (Weil), de Malaga (Sicard et Lucas); ou bien des cas autochtones : Simond, Aubert, Blanchard et Arlo publient 7 cas à Marseille dont 5 chez des malades n'ayant jamais quitté la région. Cantaloube observe, à Saint-Martial (Gard), une épidémie portant sur 106 cas de janvier à juillet 1909; le diagnostic basé sur l'examen clinique est confirmé par les recherches de laboratoire dues à Aubert et Thibault. Fowler se plaint d'un cas contracté sur la Riviera et évoluant en Angleterre.

Guillain et Troisier relatent un cas évoluant à Paris et originaire de Provence ; Gouget, Agasse-Lafont et Weil, le premier cas français où le diagnostic ait été fait dès le début; Auclaire et Brun relatent l'histoire de deux bouchers qui ont vraisemblablement contracté leur infection à Paris. Notre maître, M. le professeur Rauzier, dans une de ses cliniques récentes (18 janvier), vient de relater l'observation de deux malades originaires de la région, que nous avons suivi dans son service. Nous-même, avec Lagriffoul et Arnal, venons d'observer une petite épidémie de vingt-cinq cas ayant sévi dans un petit village situé sur les contreforts des Cévennes, Saint-Bauzille-de-Montmel, épidémie qui se distingue par l'association fréquente avec la dothiénentérie (9 cas). Il résulte d'une enquête que nous sommes en train de poursuivre avec Lagriffoul que la fièvre de Malte est assez fréquente dans l'Hérault et les départements voisins.

Le nombre des cas observés en France est déjà considérable. Si la région languedocienne paraît jusqu'ici une des plus éprouvées (deux petites épidémies, d'autres cas sporadiques), Marseille, Fontainebleau, Paris ont été eux aussi atteints. Il n'est pas douteux que les cas se multiplient à mesure que sera mieux connue chez nous cette maladie, qui était restée jusqu'ici à peu près complètement ignorée des praticiens.

IV

Etude clinique. — *A.* Description d'ensemble de la forme commune. — « C'est une maladie infectieuse caractérisée cliniquement par la fièvre, les sueurs profuses, la constipation, les rechutes fréquentes, et qui est accompagnée ou suivie de douleurs vives à caractère rhumatismal ou névralgique, avec fluxion parfois des articulations, et d'orchite » (Bruce). Ses principales caractéristiques sont : le type *ondulant* de sa fièvre avec alternance de poussées fébriles et de périodes apyrétiques, et son évolution *acyclique* et *atypique*. « Sa règle est de ne point avoir de règle » (Giuffré). Aussi est-il assez difficile de donner un tableau d'ensemble d'une maladie si variable.

Après une période d'*incubation*, dont la durée n'est point fixe (trois à dix-sept jours suivant les cas) même dans les cas expérimentaux, la fièvre de Malte *débute* progressivement par un malaise général, vague durant quelques jours, rappelant celui de la fièvre typhoïde : céphalée, courbature, insomnie, anorexie, langue saburrale, nausées ou vomissements élévation progressive de la température avec rémissions matinales. La constipation, la sensibilité du creux épigastrique, les sueurs apparaissant à chaque rémission thermique doivent déjà éveiller l'attention du clinicien. Rarement le début se fait brusquement en pleine santé par un frisson avec ascension thermique à 40 degrés.

A la période d'état, le malade présente une certaine asthénie, différente du tuphos et une pâleur spéciale. La fièvre ne dépasse guère 39°5 ; elle présente des rémissions matinales d'un degré qui s'accompagnent la nuit de sueurs profuses.

La constipation persiste. Le malade tousse et crache, se plaint de quelques douleurs névralgiques ou arthralgiques fugaces.

Puis la température descend en lysis. Au bout d'une vingtaine de jours de maladie (de deux à cinq semaines suivant les cas), la température est normale; le malade se sent mieux, se croit guéri. Mais après une dizaine de jours d'apyrexie absolue ou relative, il fait une rechute dont l'évolution est analogue à la première attaque, le plus souvent plus courte et plus légère. On croit la maladie terminée, et une nouvelle rechute, ou toute une série de rechutes irrégulières lui succèdent, accentuant l'anémie, l'amaigrissement du patient qui prend finalement

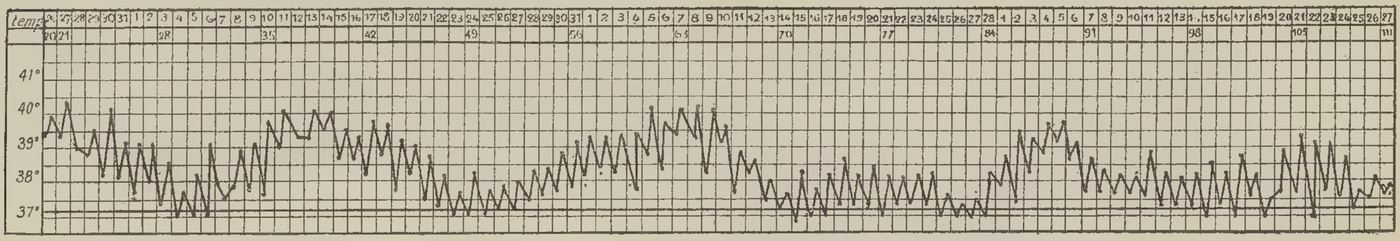
(1) Haushalter. Fièvre méditerranéenne chez un enfant de trois ans, *Province méd.*, 1908, p. 1. — G. Weil. Fièvre de Malte, *Journ. de méd. de Paris*, 1909, p. 236. — Sicard et Lucas. Fièvre de Malte avec contrôle bactériologique. Guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 461. — Simond, Aubert, Blanchard et Arlo. *Réunion biol. Marseille*, 18 mai 1909, et *Soc. de path. exot.*, 21 juillet 1909. — Aubert, Cantaloube et Thibault. Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard, *Soc. de biol.*, 27 nov. 1909. — Fowler. Maltafever on the Riviera, *Lancet*, 24 juillet et 3 sept. 1909. — Guillain et Troisier. Un cas de fièvre de Malte à Paris, *Soc. de biol.*, 4 déc. 1909. — Gouget, Agasse-Lafont et Weil. Un nouveau cas de fièvre de Malte contracté en France et observé à Paris, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 déc. 1909. — Auclair et Brun. Deux cas de fièvre de Malte vraisemblement contractés à Paris, *Acad. des sc.*, 27 déc. 1909. — Lagriffoul, Arnal (de Tréviers) et Roger. La fièvre de Malte dans l'Hérault, *Soc. de biol.*. 7 janv. 1910.

dans les cas prolongés l'aspect cachectique d'un bacillaire à la dernière période.

La *guérison* est la règle : on ne peut la considérer comme sûre que quand l'apyrexie date d'au moins dix jours, que la langue s'est tout à fait dépouillée, que l'appétit est revenu (Hughes).

La *convalescence* est traînante (quatre à huit semaines) et pénible à cause de névralgies passagères, de gonflement articulaire, d'orchite légère.

La *durée* totale de la maladie est dans 50 p. 100 de deux mois, dans 25 p. 100 de trois mois, dans 15 p. 100 de plus de trois mois (Eyre). Il y a des formes courtes (deux à quatre semaines) et d'autres qui se prolongent six mois — ce qui n'est pas très



rare — un an et demi (Bruce), deux ans (Veale, Hughes), deux ans et demi (Weil), jusqu'à trois ans (Eyre). La durée des ondes fébriles est en moyenne de dix jours sauf pour la première qui en compte une vingtaine : elles varient d'une à trois semaines. L'intervalle apyrétique est plus court, trois à quatre jours en moyenne, parfois jusqu'à quinze jours.

Le nombre des rechutes va de 1 à 7.

B. Etude détaillée des phénomènes morbides : symptômes et complications.—Phénomènes généraux. — La longueur et l'irrégularité de la *courbe thermique* (fièvre folle de Schoull) sont caractéristiques : un examen attentif permet le plus souvent d'y discerner une série d'ondes thermiques plus ou moins régulières, séparées par des périodes d'apyrexie; la fièvre, qui est rémittente au début de chaque onde, devient vers la fin intermittente ; elle a toujours son maximum de deux heures à six heures du soir. Pendant les rémissions, surtout de une à quatre heures du matin, le malade est baigné de *sueurs profuses* qui mouillent complètement son linge, son oreiller et parfois même jusqu'à son matelas : d'où le nom de fièvre sudorale donné par Galassi. Ces sueurs auraient une odeur spéciale de paille putréfiée (Tomaselli) à laquelle Hughes attache une certaine valeur diagnostique. Dans quelques cas la sudation est légère ou peut manquer. Il y a, durant la maladie, de l'asthénie, mais sans état typhoïde. L'amaigrissement est très marqué dans les formes prolongées.

Appareil digestif. — La langue est généralement saburrale, étalée, humide, rouge à la pointe et sur les bords ; sèche, dans quelques cas graves. L'anorexie est de règle, persistant jusqu'à la fin; les convalescents présentent rarement la boulimie des typhoïsants guéris. Le pharynx est congestionné avec parfois quelques ganglions sous-maxillaires tuméfiés et douloureux. Les vomissements peuvent être si fréquents qu'ils passent au rang de complications : Sicard et Lucas ont même signalé l'hématémèse.

La *sensibilité douloureuse du creux épigastrique* allant de la simple hyperesthésie cutanée à la gastralgie violente est fréquemment signalée.

La *constipation* est habituelle (81 p. 100), souvent opiniâtre, ne cédant guère, à l'inverse de la dothiénentérie, aux purgatifs ou aux laxatifs; il est des cas graves et même quelques cas bénins (Sicard et Lucas) où il y a de la diarrhée. L'hémorragie intestinale a été signalée, surtout à la fin du premier septenaire [Modinos (1)], parfois plus tard (Lagriffoul, Arnal et Roger) : elle est tout à fait exceptionnelle.

Le *foie* dépasse sensiblement les fausses côtes : légèrement douloureux à la pression, il peut s'accompagner de subictère. Il est très hypertrophié dans quelques formes graves où il simule un abcès du foie [De Brun (2)].

La *rate* est un peu augmentée de volume. Exceptionnellement elle atteint les dimensions de 27×23 (Manoussos), descend jusqu'à la crète iliaque (Durand de Cottes), ou est frappée de splénite et périsplénite [Mastrolini (3)].

Des douleurs abdominales localisées peuvent simuler une appendicite (Gillot), une périhépatite, une périsplénite.

Certains malades réalisent le tableau d'une périto nite aiguë (Gardon); d'ailleurs peut-être dans ces cas là y a-t-il en même temps une véritable réaction péritonéale légère. Cochez et Lemaire ont opéré une femme présentant les signes d'une obstruction intestinale (fièvre élevée, vomissements bilieux et fécaloïdes, constipation opiniâtre, défense musculaire abdominale) et qui n'avait qu'une fièvre de Malte.

Système nerveux. — C'est l'un des plus touchés : au début de la maladie, céphalée, douleurs lombaires, courbature; plus tard asthénie et *douleurs diverses*, névralgiques, myalgiques, osseuses, arthralgiques, qui n'ont pas toujours de localisation bien précise, peuvent présenter chez le même individu divers types et sont le plus souvent dues à une légère atteinte des nerfs périphériques. Elles peuvent ne survenir qu'au début de la période de convalescence.

Les *névralgies* s'observent dans 50 p. 100 des cas

(1) Modinos. L'enterorragie dans la fièvre de Malte, *Presse méd.*, 6 nov. 1909.

(2) De Brun. Fièvre de Malte simulant un abcès du foie. Guérison rapide par la quinine à haute dose, *Soc. de path. exot.*, 11 nov. 1908.

(3) Mastrolini. *Gazz. di osped.*, 1907.

(Eyre), 75 p. 100 (Hayat), surtout vers la fin de la maladie; à début brusque et allure grave, elles passent souvent rapidement, en quarante-huit heures, mais dans les formes subaiguës, elles persistent longtemps après le début de la convalescence. Leurs localisations les plus fréquentes sont le sciatique, les nerfs intercostaux. A signaler la douleur localisée à la région plantaire (Hughes).

Les réflexes cutanés et profonds sont généralement accrus (Eyre).

Quelques troubles psychiques de la convalescence, quelques troubles sphinctériens, quelques phénomènes méningés (Scherb) ont été notés.

Le liquide céphalo-rachidien est normal (Gillot), agglutine le micrococcus melitensis (Gouget, Agasse-Lafont et Weil).

Appareil locomoteur. — Les *symptômes articulaires et osseux* sont des plus fréqnents. Il s'agit soit d'arthralgies simples, soit d'arthrites : avec douleur et gonflement articulaire, sans rougeur, à localisation unique ou multiple, à caractère erratique et fugace (quatre à six jours), à pronostic bénin (guérison sans suppuration ni ankylose). On a décelé le micrococcus melitensis dans l'épanchement (Gilmour, Kennedy).

Les grandes articulations des membres sont les plus fréquemment atteintes. Parmi les petites articulations, les plus généralement touchées sont les articulations chondro-sternales, qui quelquefois passent à la suppuration.

Certaines arthrites persistantes de la hanche (avec atrophie et légère ankylose) en imposent pour une localisation bacillaire (*pseudo-coxalgie* méditerranéenne de Gillot).

Les gaines synoviales du cou-de-pied et du poignet sont quelquefois enflammées.

On a signalé des douleurs osseuses localisées à l'épine iliaque (Gouget, Agasse-Lafont et Weil), de véritables périostites [Gillot (1)].

Appareil respiratoire. — Il y a presque toujours des troubles du côté de cet appareil : au début bronchite légère ; à la période d'état, congestion des bases (expectoration striée de sang, nombreux râles). Cette congestion prédomine assez souvent au sommet et à cause des autres symptômes de la maladie (fièvre, asthénie, sueurs) simule la tuberculose (*phtisie méditerranéenne*), l'examen bactériologique des crachats, la rétrocession complète de ces divers symptômes au bout d'un, deux, trois mois trancheront le diagnostic.

On a décrit des bronchopneumonies, des pneumonies avec expectoration contenant le micrococcus melitensis (Fiorentini), un empyème à micrococcus.

Bronchopneumonie ou congestion pulmonaire retentissent dans quelques cas fâcheusement sur le cœur (Hughes) chez des sujets prédisposés.

Les épistaxis sont rares.

Appareil circulatoire. — Du côté du *cœur* il n'y a guère que des troubles nerveux (palpitation, arythmie), et des souffles d'anémie quand l'affection se prolonge. Quelques rares cas de myocardite ayant entraîné la mort par syncope, deux cas de péricardite avec épanchement sont toutes les complications cardiaques signalées. L'existence d'une endocardite est douteuse : mais les lésions d'endocardite ancienne sont fortement aggravées par les complications pulmonaires de la maladie.

Le *pouls* est plutôt lent, en discordance avec la température (Hughes), sauf dans les cas graves, les formes prolongées et les formes pulmonaires.

La *tension artérielle* est abaissée, l'hypertension est peut-être l'indice d'une évolution grave (Gardon).

Gillot a constaté dans un cas une phlébite légère.

On peut voir survenir diverses *hémorragies* : épistaxis, hémoptysie, gastro et entérorragie, purpura, métrorragie, spermatorragie (1).

L'examen du sang montre une *anémie* constante et persistante, souvent considérable, jusqu'à deux à trois millions d'hématies (Spagnolio) avec diminution relativement plus marquée de l'hémoglobine, d'où diminution de la valeur globulaire. La résistance globulaire serait affaiblie d'après Bensis, Gabbé, accrue d'après Spagnolio (2).

Il y a *leucopénie* (quoique Eyre admette une légère hyperleucocytose) et la mononucléose est la règle (Manoussos, Nicolle, Gardon, Cathoire, Cardaliaguet, Eyre, Spagnolio) : celle-ci atteint jusqu'à 80 p. 100 (Nicolle) et s'accompagne, surtout à la convalescence, d'éosinophilie, jusqu'à 8 à 15 p. 100 (Bensis).

Appareil urinaire. — La quantité d'urines est diminuée, ce qu'explique facilement l'intense diaphorèse. Elles sont colorées, riches en acide urique et urates (Eyre), en phosphates (Federici). Bensis note l'urobilinurie, l'abaissement de l'urée qu'il attribue à l'insuffisance hépatique. La diazo-réaction est souvent positive (Bensis), 4 fois sur 12 (Gardon); elle n'a pas de valeur diagnostique.

Les reins sont à peu près indemnes, quoique le microbe s'élimine par l'urine; il n'y a guère qu'une *albuminurie* légère (habituelle pour Schoull, dans la moitié des cas pour Gardon, rare au contraire pour les auteurs anglais et italiens). Exceptionnellement le malade succombe à de l'urémie aiguë (Schoull).

Appareil génital. — Chez l'homme, l'orchite épididymite est assez fréquente : 8 p. 100 (Eyre), 10 p. 100 (Gardon). Ordinairement unilatérale (75 p. 100 des cas), elle est très douloureuse. Elle guérit au bout de quelques jours sans laisser d'atrophie testiculaire. Elle se complique parfois de spermatorragie (Gillot).

Chez la femme on a noté : de l'ovaralgie (Durand de Cottes), de la mammite (Lagriffoul, Arnal et Roger); des troubles menstruels, qui à vrai dire sont plutôt

(1) Gillot. Pseudo-coxalgie méditerranéenne, *Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 1908.

(1) Gillot. Hémorragie dans la fièvre de Malte, *Assoc. fr. av. sc.*, 1907.

(2) Spagnolio. La résistance des globules rouges dans la fièvre de Malte, *Congrès de méd.*, Palerme 1907. — Axica. La leucopénie dans la fièvre de Malte, *Centralbl. f. Inn. Med.*, 3 mars 1905. — Pollacci. Recherches hémo-bactériologiques sur la fièvre de Malte, *Op. di Palermo*, 1908, t. I, fasc. 2.

rares, dysménorrhée au début, plus tard aménorrhée (Eyre), exceptionnellement métrorragie (Gillot); des avortements assez rares eux aussi; la diminution de la sécrétion lactée [Scherb (1)].

Peau et ses annexes. — La peau, au début de la maladie, est parfois le siège d'érythèmes simulant la scarlatine, la rougeole (Gillot). Au cours de la fièvre, survient dans quelques cas un érythème papuleux (Manoussos), apparaissant par intermittence (Brault). Les sudamina sont abondants. Les cas graves s'accompagnent souvent de taches purpuriques, d'escarres qui sont d'un fâcheux pronostic.

Les taches rosées font habituellement défaut : quelques observateurs (Hayat, Gouget, Agasse-Lafont et Weil) en ont trouvé de typiques, mais se distinguant par leur petit nombre.

A la convalescence, assez souvent les mains et les pieds, parfois tout le corps desquament par grands lambeaux ou petites squames. Les cheveux devenus cassants, plus clairs pendant l'évolution, tombent et repoussent d'ailleurs ensuite. Les ongles sont cassants et striés longitudinalement (Shaw).

Les furoncles sont fréquents à la convalescence. Parfois des abcès sous-cutanés (Durand) à micrococcus melitensis, ou des gommes (Gillot) se forment dans le tissu conjonctif.

En *résumé*, l'on voit que les *symptômes les plus fréquents* sont : la fièvre avec ralentissement du pouls, les sueurs, la sensibilité épigastrique, la constipation, l'hypertrophie légère du foie, les phénomènes douloureux (arthralgies ou névralgies), la bronchite, l'anémie.

Les *complications* sont rares : broncho-pneumonie, myocardite, néphrite, surtout orchite.

VI

Formes cliniques. — 1° suivant le type fébrile. — La fièvre de Malte est loin d'évoluer suivant un type unique. Si fréquemment elle revêt cet aspect *ondulant* que nous avons à peu près seul étudié jusqu'ici, elle ne se produit pas toujours par ces « vagues » plus ou moins régulières de fièvre et d'apyrexie. Elle affecte parfois le *type intermittent*; la fièvre ne s'allume que le soir, produisant un accès (38°6-39 degrés) un peu analogue à celui du paludisme; la nuit le malade est baigné par d'abondantes sueurs; mais le matin, du moins au début où l'état général est peu atteint, il vaque à des occupations habituelles. Une autre forme est la *forme continue*, ascension thermique progressive, plateau, descente en lysis, comme dans la fièvre typhoïde normale, sans rechute ou avec une seule rechute.

Ces trois types, rémittent, intermittent, continu, se mélangent, se transforment souvent l'un dans l'autre au cours de la même évolution, pour peu qu'elle ait une durée assez longue.

2° suivant la marche. — A côté de l'*allure subaiguë* habituelle, la fièvre méditerranéenne a parfois une *marche aiguë*, que Birt et Lamb ont particulièrement étudiée. On peut distinguer :

a) des cas aigus mortels : le début est brusque, la fièvre atteint d'emblée 40 degrés; la face est vultueuse, l'état général prostré, la langue vernissée, la respiration accélérée, le pouls fréquent. La mort survient en quelques jours ou bien au cours d'une rechute, soit par hyperthermie, soit par collapsus cardiaque. C'est la forme maligne de Hughes, la forme typhique ou hyperpyrétique de Durand de Cottes.

b) des cas aigus aboutissant en dix-huit à vingt jours à la convalescence, sans rechute; ce sont les cas de fièvre continue.

c) des cas à début brusque, mais passant ensuite à l'état subaigu et chronique.

3° Formes symptomatiques. — Suivant la prédominance de tel ou tel symptôme on a décrit des formes *nerveuse*, *respiratoire*, *gastro-intestinale*. A côté des formes à symptomatologie classique (forme à symptômes de Nicolle) on peut voir évoluer des formes *atténuées*, dans lesquelles l'état général est conservé, dans lesquelles de temps en temps sans ordre aucun survient quelque poussée fébrile; cette poussée fébrile est peu intense, 38°6-39 degrés [febricula des Italiens (1)], ne s'accompagne pas de sueurs; mais sa durée est longue (trois à quatre mois). Il est encore des *formes frustes*, où tel ou tel symptôme, telle ou telle complication prédomine : tels malades entrent à l'hôpital pour une appendicite, une obstruction intestinale, une coxalgie, une sciatique, des douleurs en ceinture simulant le tabes (Bensis), chez lesquels une observation attentive montre un peu de fièvre, quelques sueurs, et chez lesquels la séro-réaction de Wright est positive.

Il y a même des *fièvres ambulatoires*; sur 187 individus d'apparence saine examinés par Vaccaro (2), en Sicile, quatorze agglutinent le micrococcus melitensis : un d'entre eux éliminait ce microbe par ses urines.

Shaw sur 525 dockers de Malte trouve 79 séro-réactions positives, dont 29 très fortes.

4° Formes associées. — La fièvre de Malte peut être associée au paludisme (cas de Craig avec hématozoaire dans le sang) — à la tuberculose (Critien), qui en serait aggravée (Lemaire et Dumolard), — à l'infection paratyphoïde [Sammut (3)], — à la fièvre typhoïde (Gardon). Nous retrouvons cette association dans un des cas que M. le professeur Rauzier a étudié dans sa leçon clinique et dans neuf cas sur vingt-cinq de notre épidémie de Saint-Bauzille (avec Lagriffoul et Arnal) : le pronostic n'en a pas été très aggravé.

VII

Anatomie pathologique. — La mortalité de la fièvre de Malte étant assez faible, les constatations anatomiques ne sont pas très nombreuses.

(1) Scherb. Fièvre de Malte et puerpéralité, *Bull. méd. d'Alger*, 1908, p. 722.

(1) Cantani. Sulle forme leggierissime di febre di Malta in Napoli, *Riforma med.*, 1905, p. 365.

(2) Vaccaro. *Congrès de méd. de Palerme*, 1907.

(3) Sammut. Paratyphoïd infection durant the course of med. fever, *Journ. of royal army med. corps*, 1908.

Le tube digestif présente des plaques de congestion localisée à la muqueuse et siégeant sur l'intestin, parfois sur l'estomac (Marston). Les follicules clos et les plaques de Peyer sont normaux. Exceptionnellement, on y trouve une ou deux petites ulcérations (2 cas de Brun, 1 cas de Gillot). Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume.

Le foie, congestionné, hypertrophié, ressemble à un foie cardiaque au début. Les lobules hépatiques sont légèrement infiltrés de graisse à leur périphérie.

La rate, rouge foncé ou noire, très friable, souvent hémorragique, est hypertrophiée et pèse de 57 à 810 grammes. Son tissu lymphoïde a beaucoup proliféré.

Les reins sont congestionnés; ils sont rarement le siège de glomérulo-néphrite, et présentent tout à fait exceptionnellement le type du gros rein blanc.

Les poumons offrent de la congestion des bases et quelques foyers de broncho-pneumonie; ils baignent, dans quelques cas, dans un épanchement pleural abondant et aseptique. Le larynx peut être complètement ulcéré [Soulié (1)].

Le cœur est d'aspect normal, parfois flasque et mou; le péricarde contient un peu de liquide séreux ou sanguinolent.

Le micrococcus melitensis se trouve: souvent dans le tissu hépatique, la bile, le sang du cœur, le liquide péricardique, la rate, la moelle osseuse, les ganglions mésentériques; rarement dans le rein; exceptionnellement (un seul cas) dans le contenu du côlon. On ne l'a jamais trouvé dans le liquide pleural, le cerveau ni le liquide céphalo-rachidien.

Les autopsies de chèvre, naturellement ou expérimentalement infectées par le micrococcus, n'offrent, elles non plus, aucune lésion bien spéciale.

Ainsi, au point de vue macroscopique, il n'y a aucune lésion anatomique caractéristique de la fièvre de Malte. Ce qui domine comme lésions histologiques, c'est la réaction lymphoïde de la rate et de la moelle osseuse avec, dans la rate, réaction hématolytique se traduisant par la présence de nombreuses cellules globulifères [Carbone, Carraciolo (2)].

(A suivre.)

FORMULAIRE

SAVON DENTAIRE POUR SYPHILITIQUES (Queyrat.)

Savon amygdalin		40 grammes.
Glycérine neutre		25 —
Extrait de ratanhia	*ââ*	1g40
Borate de soude		
Essence d'anis		1g50
— de menthe		7g50

On enduit une brosse molle de ce savon pour en brosser les dents. *(Nouveaux Remèdes.)*

(1) SOULIÉ. Un larynx provenant d'un malade mort de fièvre méditerranéenne, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1906.

(2) CARRACIOLO. La cellule globulifère des chèvres atteintes d'infection spontanée due au micrococcus melitensis, *Lavori Istit. clin.*, Messina 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉS DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Première réunion annuelle.)

(SÉANCE DU 15 JANVIER CONSACRÉE A L'ÉTUDE DU RÔLE DE L'ÉMOTION DANS LA GENÈSE DES ACCIDENTS PSYCHOPATHIQUES)

Le rapporteur, M. DUPRÉ, se demande d'abord s'il existe une constitution psychopathique émotive, et si celle-ci se révèle par certains signes objectifs. Il répond par l'affirmative, et « les signes par lesquels se révèle la constitution émotive sont : l'exagération dans leur instantanéité et leur amplitude, plutôt que dans leur vitesse, des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés, l'hyperesthésie sensorielle, le déséquilibre des réactions vaso-motrices et sécrétoires, la tendance aux spasmes, enfin, la diffusion anormale des effets physiques et psychiques des émotions.

La constitution émotive semble donc caractérisée non seulement par l'éréthisme diffus de la sensibilité, mais encore par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire. Elle s'associe souvent à une intelligence normale, parfois supérieure, et n'arrive à troubler la lucidité de la conscience que dans ses manifestations violentes et ses paroxysmes aigus. » D'après l'orateur, la constitution psychopathique émotive diffère de celle de l'hystérie et de la neurasthénie.

M. DÉJERINE demande si l'état émotif est toujours identique à lui-même, ou au contraire variable? Les uns se reprennent, d'autres non; ces derniers fléchissent progressivement, et ce sont eux qui finissent par aboutir aux manifestations psychopathiques. Cela dépend du terrain mental. — M. DUPRÉ partage cette manière de voir.

M. JANET observe que la réaction émotive peut être plus ou moins intense, mais que l'essentiel est d'avoir une réaction volontaire : les émotifs dangereux sont ceux qui ne s'adaptent pas rapidement à la situation, mais en présence de l'émotion, réagissent par de l'aboulie, des doutes. — M. DUPRÉ répond que, chez les enfants, la constitution émotive se manifeste bien avant les réactions d'adaptation dont il vient d'être parlé.

M. BABINSKI n'a pas observé de parallélisme entre l'intensité des réactions réflexes et vaso-motrices et l'émotivité. — M. ALQUIER a en vain étudié, pendant plusieurs années, les réactions vaso-motrices des émotifs; il a cru un moment qu'une rougeur diffuse sur plusieurs centimètres, provoquée par la recherche de la raie méningitique de Trousseau sur la peau du tronc, pouvait être un indice d'émotivité exagérée, mais les faits lui ont démontré le contraire. Il estime, au contraire, que l'hypotension artérielle, par rapport à l'état habituel de la tension chez le sujet, est souvent l'indice d'une dépression nerveuse. Il faut, bien entendu, éviter les causes d'erreur, l'hypotension relative peut être due à la fièvre, à l'action thérapeutique, la tension peut être momentanément abaissée par certaines causes physiologiques. — Avec les orateurs précédents, M. DUPRÉ admet qu'il n'y a pas de critérium physique de l'émotivité; ce qu'il a dit n'est vrai qu'au sens général.

M. BONNIER revient sur la nécessité qu'il y aurait, selon lui, à distinguer les phénomènes bulbaires et corticaux parmi les manifestations émotives. C'est dans cette distinction, dit-il, qu'il faut chercher le guide pour interpréter les phénomènes émotifs.

La deuxième question envisage le rôle de l'émotion dans les obsessions, phobies, impulsions et perversions sexuelles. — Pour M. DUPRÉ, l'émotivité constitutionnelle est le terrain commun de toutes ces anomalies psychiques : presque seule en cause dans les phobies, elle se complique, dans les obsessions, d'un trouble de l'intelligence; dans les impulsions,

d'une insuffisance de la volonté et dans les perversions génitales, de déviations de l'instinct sexuel.

M. ARNAUD remarque qu'il est difficile de passer de l'émotivité diffuse à l'émotivité particularisée par une phobie, par exemple; d'ailleurs, les phobiques se plaignent souvent de ne pas être assez émotifs, s'accusent d'insensibilité.

M. JANET répond que les psychasténiques, d'ordinaire émotifs, ne présentent l'insensibilité dont parle M. Arnaud que pendant les périodes de dépression, et se demande si ces dernières appartiennent nécessairement à la maladie elle-même, ou bien dépendent de causes physiques ou psychiques; il adopte la deuxième manière de voir, et estime considérable le rôle de l'émotion dans la genèse des périodes de dépression. — M. DUPRÉ, au contraire, pense qu'il y a là une véritable constitution cyclothymique. Il n'y a pas lieu, pour lui, de décrire à part la psychasthénie. — M. BALLET remarque que la phobie peut être provoquée par une crise de dyspepsie, le mauvais fonctionnement du foie, uue fatigue physique ou morale : elle peut être systématisée par une cause extérieure qui, souvent, échappe. Il faut distinguer l'obsédé primitif de celui dont l'obsession vient, pour ainsi dire, s'insérer sur une crise de dépression : entre les accès, le vrai phobique reste un douteur, hésitant, et passe petit à petit à la phobie : si l'obsession se développe sur un fonds de psychose périodique, elle peut apparaître et disparaître rapidement, entre les crises, le malade n'est pas un phobique, un douteur, et peut présenter des crises d'excitation maniaque. — M. JANET objecte qu'il ne faut pas rattacher à la périodicité tous les cas qui en ont l'apparence. — Cependant, répond M. DENY, chez les hospitalisés les accidents psychopathiques périodiques apparaissent sans qu'on puisse saisir le moindre changement dans les conditions extérieures. — Pour M. ARNAUD, les phénomènes psychopathiques apparaissent dans l'enfance, avant l'émotivité, puis les malades prennent de plus en plus conscience de leur insuffisance, et l'émotivité se développe et éclate à propos de causes de plus en plus futiles.

La question suivante est celle des syndromes mélancoliques et maniaques. La constitution émotive, dit le rapport, « est le terrain sur lequel apparaissent les syndromes mélancoliques et maniaques de la psychose intermittente et de la cyclothymie. La prépondérance de l'élément émotif dans la genèse des accidents se marque par la forme anxieuse du syndrome ». — M. DENY observe que la périodicité est un caractère accessoire des psychoses maniaco-dépressives, où les deux éléments sont intriqués, entremêlés, mais non nécessairement alternés. — Cependant, objecte M. JANET, ce mélange des deux éléments se retrouve dans nombre d'états psychopathiques : si on supprime la périodicité, comment distinguer ces malades des neurasthéniques, des déprimés en général ?

La question des psychoses confusionnelles, ensuite posée, ne soulève aucun débat.

Relativement aux psychoses traumatiques, M. BABINSKI se base sur des documents de M. d'Abundo, pour dire nulle l'influence d'un tremblement de terre sur la genèse des psychoses. — Au contraire, M. CLAUDE a vu un jeune homme pris en quelques secondes de confusion mentale, à l'occasion d'une secousse sismique violente. — MM. DUPRÉ, DUFOUR et JANET rapportent chacun un exemple de psychose de Korsakoff avec polynévrite, succédant à une émotion. — MM. BABINSKI et CLAUDE n'admettent pas l'origine émotive des polynévrites.

A propos des psychoses collectives, M. ROUBINOWITCH rappelle ce qui a été publié en Russie, lors de la Révolution de 1905-1906. La psychose apparaît dans les vingt-quatre heures qui suivent l'émotion, et n'a de danger que pour les dégénérés.

La question des psychoses chroniques hallucinatoires et interprétatives, des psychopathies organiques et des démences, des débilités psychiques et des démences précoces, posées par le rapport, ne sont pas examinées.

Enfin, M. DUPRÉ avait posé la question de l'influence sur l'enfant, des émotions de la mère pendant la grossesse; il rappelle simplement l'avis d'accoucheurs, tels que MM. Pinard et Bar, pour qui les seules émotions dangereuses sont celles qui surviennent au moment de la conception et peu après elle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1910)

M. Paul GUILLON, secrétaire général, passe en revue les travaux de l'année et prononce l'éloge de tous les membres disparus pendant le cours de 1909.

M. BOURSIER, en prenant possession du fauteuil de la présidence, prononce l'allocution d'usage.

Fracture de la tête du radius chez un enfant (présentation de radiographies). — M. CAUDRAY. Relatives à une fillette de onze ans ayant subi un violent accident du coude gauche six semaines auparavant, ces radiographies dues à M. Lacaille montrent un détachement de la tête du radius à 2 ou 3 millimètres au-dessous de la capsule. L'auteur insiste sur la nécessité des radiographies sous des plans différents et sur la comparaison avec l'état sain.

M. DESTERNES présente les radiographies d'une malade atteinte de paralysie du nerf cubital après une fracture du coude survenue dans l'enfance.

M. MOUCHET insiste sur la portée pratique de cette communication et rappelle qu'il a été un des premiers à signaler ces faits et à exposer leur pathogénie.

Bases scientifiques de la bactériothérapie lactique : bacille bulgare et bacille pyocyanique. — MM. Georges ROSENTHAL et CHAZARAIN-WETZEL continuent leur enquête sur la bactériothérapie par les ferments lactiques.

Le bacille pyocyanique est détruit en quarante-huit heures par le bacille bulgare et ne peut se développer dans les cultures de ce bacille. De plus, il perd immédiatement son pouvoir de digérer la caséine. C'est donc la confirmation à nouveau des principes de l'incontamination du lait caillé et de la suspension du pouvoir tryptique. Le mécanisme pathogénique de ces phénomènes réside uniquement dans l'acidification du milieu.

Canitie et calvitie. — M. GUELPA. La canitie est la décoloration des cheveux, déterminée par la compression morbide que la couche dermique sclérosée, le comédon et les glandes sébacées hypertrophiées exercent sur la tige pilaire en faisant obstacle à la montée des granulations pigmentaires. La calvitie est l'expression de la mort et de la disparition des cheveux à la suite de l'atrophie de la papille déterminée soit par insuffisance de la circulation normale, soit par intoxication, soit par la compression progressive dépendant de l'hypertrophie des glandes sébacées et du tassement exagéré de la couche adipeuse.

L'hygiène actuelle basée sur les applications hydriques alcoolisées, alcalines, acides et antiseptiques est funeste à la vie des cheveux et doit être absolument abandonnée en dehors de conditions spéciales exceptionnelles.

Les soins rationnels et vraiment utiles à la vie complète des cheveux doivent avoir pour but : *a.* favoriser la circulation de la tête en lui évitant toute constriction; *b,* entretenir la souplesse et l'élasticité du cuir chevelu soit avec des nettoyages et des frictions simples, soit avec des massages profonds à l'aide de corps gras qui compenseront l'insuffisance de l'enduit sébacé et qui empêcheront la formation des comédons ou

en favoriseront l'expulsion avec le rétablissement du fonctionnement normal des glandes sébacées.

Eviter avec soin les causes de refroidissement de la tête et à l'occasion en combattre sans retard les effets; dans ce but, renoncer à l'habitude pernicieuse de couper ras les cheveux.

Ne pas négliger les causes générales, surtout l'arthritisme et le thyroïdisme qui disposent à la canitie et à la calvitie, et leur opposer sans retard et avec la persistance nécessaire les traitements spécialement indiqués.

M. Gastou demande que la discussion de la communication de M. Guelpa soit remise à la séance suivante.

Analyse du liquide extrait de l'estomac dans un cas de dilatation aiguë post-opératoire. — M. Pron (d'Alger) indique les principaux caractères chimiques du liquide extrait de l'estomac dans un cas de dilatation aiguë post-opératoire.

C'est un liquide acide, riche en chlorures, en sang et en produits de transformation des albuminoïdes, ne contenant pas de bile.

L'auteur y voit la conséquence d'une vaso-dilatation avec congestion intense de la muqueuse, accident d'ordre réflexe.

LIVRES NOUVEAUX

Mœurs intimes du passé (2e série). *La Vie aux bains* (1), par le docteur Cabanès.

Quand M. Cabanès entreprend l'étude d'uue question, c'est toujours à fond qu'il la traite. Son dernier livre sur la *Vie aux bains* est, non seulement l'histoire complète, mais aussi, pourrait-on dire, la philosophie des bains à travers les âges.

Ce serait, d'après la Fable, à Hercule que nous devrions l'invention des bains chauds. Ovide nous montre Diane, après de longues chasses, invitant ses nymphes à se baigner avec elle dans les eaux des fontaines voisines. Ce n'est donc pas seulement de nos jours qu'on a eu recours à l'hydrothérapie froide après les exercices violents. On sait quel rôle important occupe le bain dans l'antiquité grecque; il suffit de rappeler le taureau d'Europe, le cygne de Léda, Vénus sortant de l'onde, le Styx, Hippocrène et la fontaine de Jouvence. La bible nous raconte que c'est en voyant se baigner Bethsabée que David s'éprit d'elle. Tout le monde connaît l'histoire de Suzanne et des deux vieillards.

De tous les peuples de l'antiquité, les Egyptiens paraissent avoir été les plus attentifs aux soins de l'hygiène.

M. Cabanès ne pouvait passer sous silence l'histoire de Moïse sauvé des eaux et il rappelle quel incomparable hygiéniste fut Moïse, l'importance qu'il attachait aux bains et aux ablutions.

On peut dire que Mahomet a été le véritable précurseur de Priessnitz pour les pratiques de l'hydrothérapie sous toutes ses formes. C'est lui le véritable promoteur de la méthode de Brandt pour combattre la fièvre, « ce feu de l'enfer ».

Après le bain aux âges primitifs, nous arrivons au bain à l'époque grecque. Dès les temps les plus reculés, la Grèce a connu les bains chauds; il suffit, pour s'en convaincre, de lire dans l'Odyssée le récit de la réception que fit à Ulysse la magicienne Circée et la description du bain chaud, des frictions et des parfums que quatre nymphes servirent avec zèle au voyageur fatigué.

Avec les mêmes égards que son père, Télémaque est conduit au bain par la belle Polycaste. Les héros d'Homère ne prennent pas que le bain chaud de baignoire; ils se complaisent aussi dans le bain froid, comme Hélène, Nausicaa.

Nous pénétrons ensuite, avec M. Cabanès, dans les bains publics d'Athènes, ce rendez-vous des oisifs et des débauchés. Grâce aux peintures de vases, M. Cabanès est arrivé à reconstituer les coutumes grecques relatives aux bains, aux onctions d'huile, aux parfums. Il nous refait l'histoire des bains publics, des bains particuliers des riches, des bains de femmes, des habitudes de frictions, véritables massages, chez les athlètes.

Vient ensuite l'époque romaine. Le bain tenait une grande place dans la vie des Romains. « C'est, dit M. Cabanès, dans la pratique du bain que les Romains ont acquis cette endurance à la fatigue. cette vigueur physique qui en ont fait les maîtres du monde. » Nous trouvons, dans ce chapitre, les détails les plus précis sur la *lavatrina*, le *balneum*, l'*unctorium*, les luxueuses piscines, le *venereum* ou *aphrodision*, le *baptisterium*, le *frigidarium*, le *lepidarium*, l'étuve ou *caldarium* et *sudatorium*, le *laconicum*. Puis, ce sont les *tractatores* ou masseurs, les *alipili* ou épileurs, les *unctores*, etc.

De magnifiques gravures nous représentent le luxe inouï des thermes romains. Pour en donner une idée, qu'il nous suffise de rappeler que dans les thermes de Caracalla, ornés de deux cents colonnes de marbre, il pouvait s'y baigner trois mille personnes à la fois. Suivent des documents très intéressants sur le chauffage de ces bains, l'amenée des eaux par des conduites souterraines et des aqueducs. Très suggestifs les renseignements que nous donne l'auteur sur les soupers aux bains transformés en véritables lupanars, sur un *nymphœa* où les jeunes époux venaient fêter leur hymen, à côté des orgies de toutes sortes. Après avoir été une cause de force chez les Romains, les bains, par les abus de toutes sortes dont ils sont devenus le prétexte, amenèrent, au dire de Pline, la décadence de l'Empire. C'est ce caractère de lieux de plaisir qui obligea les premiers chrétiens à proscrire les bains.

Nous arrivons au moyen âge. « On imputa, dit Michelet, la lèpre aux croisades, à l'Asie. L'Europe l'avait en elle-même. La guerre que le moyen âge déclara à la chair et à la propreté devait porter son fruit. » Dans une argumentation serrée, M. Cabanès prouve que ces assertions du poète historien ne sont pas justifiées par les faits. L'existence des thermes, agencés sur le modèle des thermes antiques, ne fait pas de doute. L'usage des bains publics, d'après l'auteur, s'est maintenu en Gaule après l'établissement du christianisme. C'est une erreur de croire que l'Eglise a interdit la fréquentation des bains payens aux chrétiens. Il y a eu aussi les bains ecclésiastiques uniquement réservés aux prêtres.

Le baptême par immersion, en particulier le baptême de Clovis sont l'objet d'une étude complète.

En résumé, preuves à l'appui, M. Cabanès conclut que le christianisme n'a pas repoussé l'usage modéré des bains et qu'il ne les a interdits que dans des circonstances bien déterminées.

Au commencement du IIe siècle reparurent les bains de vapeur, les étuves dont M. Cabanès nous donne l'histoire complète. Ces bains et ces étuves du moyen âge deviennent aussi des lieux de débauche.

Que n'apprenons-nous pas sur les bains en commun de Plombières, de Bade, au XVe siècle?

L'usage des bains publics a cessé dès le commencement du XVIe siècle, à la veille de la Renaissance. Mais retenons ce fait prouvé par l'étude de M. Cabanès, que le moyen âge a été injustement décrié sous ce rapport.

Dès la Renaissance, les bains se font rares. Sous Louis XIII à peine en est-il question.

Dans le chapitre consacré à la Renaissance, M. Cabanès nous montre que « proscrites par le clergé, catholique et huguenot, comme lieux de débauches, interdites par les médecins comme dangereuses en temps de peste, battues en brèche par la concurrence italienne qui substituait aux lavages à grande eau les pâtes, les onctions et les poudres parfumées, les étuves publiques disparurent progressivement. Les baigneurs sont remplacés par les ventouseurs. »

(1) Paris, Albin Michel, 10, rue de l'Université.

La place nous manque pour suivre l'auteur dans son étude du bain, de Louis XIV à la Restauration. A cette époque les bains deviennent plus rares. Rappelons cependant l'invention des bains de lait chers à Gabrielle d'Estrées, Diane de Poitiers, Mme de Genlis, des bains de framboises et de fraises écrasées de Mme Tallien.

Suivent deux chapitres, l'un sur les bains de la Révolution à la Restauration, l'autre sur le bain de la Restauration à nos jours.

La conclusion de cette consciencieuse étude de M. Cabanès est qu'il n'oserait affirmer que nous soyons, d'une façon générale, plus propres que nos pères. La rareté des établissements de bains à Paris (qui s'explique peut-être par ce fait que dans toutes les maisons modernes il y a maintenant des salles de bains), la pénurie des bains dans les hôpitaux, surtout en province, l'absence complète de baignoires dans certains établissements scolaires ou certains orphelinats, dans beaucoup d'établissements relevant de l'Assistance publique; ce fait que dans certaines maternités on ne baigne pas les enfants à leur naissance, tout cela n'est pas très à l'honneur de notre temps.

M. Cabanès, en terminant, évoque le souvenir de Claudine et de son cuveau en sapin cerclé où, selon son expression irrévérencieuse, elle s'accroupit en tailleur et qui lui râpe agréablement le derrière.

« Que les prudes femmes se voilent la face, ajoute-t-il, à l'évocation de l'héroïne révoltée de Willy, mais qu'elles lui empruntent son baquet : la propreté et, à sa suite, la santé y trouveront bon compte. »

Nous avons eu tant de fois, déjà, l'occasion de louer le style de notre confrère Cabanès, que nous ne pouvons que nous répéter.

Ce livre sur le bain à travers les âges, contenant un appendice sur les bains chez les différents peuples, agrémenté de gravures anciennes des plus suggestives, est écrit dans cette langue châtiée et élégante qui fait de Cabanès le conteur le plus agréable. A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 31 JANVIER AU 5 FÉVRIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 31 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 1er février, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Morestin; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Lecène et Lenormant; — (2e partie) : MM. Chauffard, Rénon et Fernand Bezançon; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 2 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Rieffel et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Macaigne.

2e (1re série) : MM. Gariel, Langlois et Mulon; — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Branca; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 3 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re série) : MM. Bar, Retterer et Lecène; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Remy et Lenormant.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard; — M. Carnot, suppléant.

Vendredi 4 février, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Branca; — (2e série) : MM. Gariel, Retterer et Langlois; — (3e série) : MM. Roger, Desgrez et Mulon.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Sicard, suppléant.

Samedi 5 février, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert Ballet, Fernand Bezançon et Claude.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 2 février, à une heure. — M. DREYFUS. Contribution à l'étude des phlébites et thrombo-phlébites blennorragiques des veines de la verge. (MM. Gaucher, président; Teissier, Legry et André Jousset.) — M. GIRARD. De la couperose et de son traitement par la scarification assurée par l'application des courants de haute fréquence. (MM. Gaucher, président; Teissier, Legry et André Jousset.)

Jeudi 3 février, à une heure. — M. DELACOU. Contribution à l'étude de la pleurésie séro-fibrineuse traumatique, sous-fracture de côté. (MM. Raymond, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Gouget.) — M. ROY. Les nodosités du rhumatisme articulaire aigu. (MM. Hutinel, président; Raymond, Gilbert Ballet et Gouget.) — Mlle ROSENTHAL. Traitement local des arthrites rhumatismales et blennorragiques par les injections de salicylate de soude. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Hutinel et Gouget.) — Mlle SCHECHTMANN. Contribution à l'étude des troubles psychiques dans les chorées chroniques de l'adulte. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Hutinel et Gouget.)

Etudes cliniques sur les maladies des enfants, par Edmond CHAUMIER, avec une préface de M. le professeur Albert ROBIN. T. Ier, avec 23 simili-gravures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Eléments de stomatologie. Clinique et thérapeutique, par le docteur Jean MONOD, chef du service de stomatologie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. In-18 jésus, cart. toile, de 264 pages, avec 54 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les grands abcès du foie (hépatite suppurée des pays chauds). Clinique et chirurgie, par le docteur J. FONTAN, médecin général de la marine en retraite, correspondant national de l'Académie de médecine. In-18 jésus, cart. toile, de 140 pages, avec 16 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — MARDI 25 JANVIER 1910. 83e ANNÉE. MARDI 25 JANVIER 1910. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 21 janvier 1910. — MM. Jacquemin et Gauchery, 11; Nadal, 7; Brisset-des-Nos, 2; Poirot-Delpech, 4; Sidoun, 5; Porak, 12; Mlle Landesmann, 8; MM. Vilbort, 9; Bardon, 5; Besset, 11.

Séance du 22 janvier. — MM. Jacob, 4; Richard (G.-Henri), 7; Jamin, 1; Beloux, 10; Turquety, 9.

Anatomie. — Séance du 21 janvier. — MM. Paraf, 8; Rousseau (Emile), 5; Ferrand, 12; Baudouin (Emile), 9; Cleisz, 11; Mlle de Pfeffel, 9; M. Routier, 15; Mlle de Jong, 11; M. Vinay, 3.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Pontorson. — Un poste de médecin en chef aliéniste est devenu vacant à l'hôpital de Pontorson par suite du départ de M. le docteur Ricoux nommé directeur de l'asile d'aliénés de Moulins.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. le docteur Lœderich est nommé, du 1er janvier au 31 octobre 1910, chef du laboratoire de clinique médicale à Laënnec en remplacement de M. Marcel Labbé, démissionnaire.

— Bordeaux. — M. Mongour, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de thérapeutique et pharmacologie pour l'année scolaire 1910.

— Lille. — Après concours, M. le docteur Vouters a été nommé chef de clinique obstétricale.

ECOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — M. le docteur Fouriaux, professeur de pathologie médicale est admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire, à partir du 1er janvier.

— Marseille. — Les cours professés à l'Ecole de médecine et pharmacie de Marseille à l'usage des candidats aux diplômes d'études coloniales, au titre de médecin sanitaire maritime pour l'année 1909-10 sont les suivants :

I. Clinique des maladies exotiques. — M. Treille, professeur : Maladies des professions maritimes et coloniales; maladies des marins, chauffeurs, soutiers, docteurs, etc... Maladies des colons dans les pays chauds et leurs suites dans les pays tempérés. Maladies des pays chauds devenues chroniques et observées en France dans les ports de mer.

II. Pathologie et bactériologie des maladies exotiques. — M. Gauthier, chargé de cours : Maladies pestilentielles. Séméiologie et diagnostic des affections coloniales.

III. Histoire naturelle et parasitologie coloniales. — M. Jacob de Cordemoy, chargé de cours : Parasites du sang, de l'intestin et de la peau en pathologie exotique.

IV. Hygiène, climatologie et épidémiologie maritimes et coloniales. — M. Reynaud, chargé de cours : Hygiène coloniale, prophylaxie, épidémiologie coloniales.

CONCOURS POUR LE RECRUTEMENT DE HUIT MÉDECINS DE COLONISATION. — Ce concours, qui s'ouvrira le 11 avril 1910, aura lieu à Alger (Ecole de médecine), à Paris (Office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des Facultés ou Ecoles de médecine.

La liste des candidats sera close le 27 mars 1910.

Pour être admis à prendre part au concours les candidats devront justifier : 1° qu'ils sont Français jouissant de leurs droits; 2° qu'ils sont docteurs en médecine d'une faculté française; 3° qu'ils sont âgés de moins de trente-cinq ans, cette limite est reculée à quarante ans pour ceux qui justifieront de cinq ans de services dans les armées de terre ou de mer; 4° qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement.

Le concours comporte : 1° une épreuve écrite sur deux sujets : l'un d'hygiène, d'épidémiologie ou de pathologie intéressant plus spécialement l'Algérie; l'autre concernant la médecine légale ou l'organisation de l'assistance publique; 2° une épreuve pratique de microscopie clinique; 3° l'examen clinique de deux malades; 4° une épreuve de pharmacie.

L'épreuve écrite, qui est éliminatoire, est subie simultanément à Paris, à Alger, et dans les villes possédant des Facultés ou Ecoles de médecine. Les candidats déclarés admissibles sont appelés à subir les trois dernières épreuves à Alger (Ecole de médecine).

Des réquisitions de transport gratuit sur mer en deuxième classe seront accordées aux candidats déclarés admissibles pour leur permettre de subir à Alger les trois dernières épreuves.

Les candidats définitivement admis seront nommés, au fur et à mesure des vacances et suivant l'ordre de leur classement, à la cinquième classe du grade de médecin de colonisation.

MARINE. — Sont promus au grade de médecin de 3e classe, MM. les docteurs Lescan du Plessix et Ratel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Bourgeois (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barbary (de Nice), Bertrand (de la Celle-Dunoise), Crépin et Millant (de Paris), Faucheraud, médecin de première classe de la marine; Feriaud (de la Verdière), Garnier (de Nancy), Gouez (de Plougastel), Le Double (de Tours), Mazoyer (de Villefort), Perrin, médecin-major de deuxième classe du corps de débarquement de Casablanca; Platon (de Marseille), Toulza (de Beaune-la-Rolande).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le 27 janvier, à quatre heures quarante-cinq du soir, 12, rue de Seine. Ordre du jour :

I. Communications : MM. Paul Salmon et Pinoy. Présentation d'un malade atteint de sporotrichose. — M. Bayeux. Emploi du bismuth dans le pansement des tuberculoses chirurgicales, avec trois cas cliniques. — M. Luys. Un cas de prostatectomie transvésicale avec seize calculs. Guérison. Excellent résultat fonctionnel.

II. A cinq heures trois quarts : conférence par M. le docteur Calot : « Le progrès réalisé dans le traitement des tuberculoses externes et des affections orthopédiques (avec présentation de malades et projections). »

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE (Paris, 2-7 août 1910). — RAPPORTS GÉNÉRAUX. — 1° Unification des méthodes d'examen physique des écoliers [MM. Méry (de Paris) et James Kerr (de Londres)]; 2° Education sexuelle [MM. Doléris (de Paris) et Chotzens (de Breslau)]; 3° Préparation et choix du médecin scolaire [MM. Lesieur (de Lyon) et V. Desguin (d'Anvers)].

RÉPARTITION DES SECTIONS. — I. Les bâtiments et le mobilier scolaire. — II. Hygiène des internats. — III. Inspection médicale des écoles et dossiers sanitaires individuels. — IV. Education et entraînement physique. — V. Prophylaxie des maladies contagieuses à l'école. — VI. L'hygiène en dehors de l'école; écoles de plein air; colonies de vacances, etc. — VII. Le corps enseignant : son hygiène, ses relations avec les familles et le médecin scolaire. — VIII. Enseignement de l'hygiène aux maîtres, aux élèves et aux familles. — IX. Les programmes et les méthodes d'enseignement dans leur rapport avec l'hygiène scolaire. — X. Ecoles spéciales pour les anormaux. — XI. Hygiène de la vue, de l'ouïe, de la bouche et des dents dans les écoles.

Adresser les adhésions et demandes de renseignements à M. le docteur Dufestel, secrétaire général, 10, boulevard Magenta, Paris, Xe.

COURS D'INSTRUCTION DU PERSONNEL DE RÉSERVE DU SERVICE DE SANTÉ. — Une instruction, en date du 27 décembre 1909 (*B. O. R.*, 1909, n° 57), vient de prescrire que, chaque année, un cours d'instruction sur le service de santé en campagne sera fait aux médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale, affectés en cas de mobilisation aux formations sanitaires de campagne.

Ce cours comprendra :

1° Des conférences pratiques; 2° des exercices d'application. Il aura lieu dans les six centres suivants : Paris, Rennes, Limoges, Montauban, Lyon, camp de Châlons, en deux séries.

Première série, pour les officiers du service de santé de réserve (médecins et officiers d'administration) affectés à la mobilisation, aux ambulances et aux hôpitaux de campagne. Ces officiers sont convoqués pour une période d'instruction de vingt jours dont le début est fixé, d'une façon uniforme, au premier lundi de juin.

Deuxième série, pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration), et les pharmaciens de la réserve affectés à la mobilisation aux hôpitaux de campagne, aux hôpitaux d'évacuation, aux trains sanitaires et à la réserve du personnel (1). Ces officiers sont convoqués pour une période d'instruction de dix jours commençant le deuxième jeudi de juin.

Ce cours sera dirigé par un médecin principal de première classe, directeur technique. Les mesures nécessitées pour la préparation et l'organisation du cours sont laissées à l'initiative du directeur du service de santé du corps d'armée, siège du cours d'instruction.

Les groupes d'instruction sont ainsi constitués en ce qui concerne le personnel du cadre actif :

PARIS. — Gouvernement militaire de Paris, 2e, 3e et 5e corps d'armée.

RENNES. — 4e, 10e et 11e corps d'armée.

LIMOGES. — 9e, 12e et 13e corps d'armée.

MONTAUBAN. — 16e, 17e et 18e corps d'armée.

LYON. — Gouvernement militaire de Lyon, 7e, 14e et 15e corps d'armée.

CHALONS (CAMP DE). — 1er, 6e, 8e et 20e corps d'armée.

Les travaux comprendront : 1° des conférences. Elles se diviseront en : *a*. conférences communes à tous les officiers et portant, par suite, sur les connaissances générales nécessaires en campagne à tout le personnel des formations sanitaires de l'avant; *b*. conférences spéciales avec démonstrations pour le personnel des diverses formations sanitaires.

2° *Exercices d'application.* — A la suite des conférences, des exercices d'application seront effectués à l'occasion d'exercices de cadres du service de santé, auquels feront suite des manœuvres de garnison organisées à cet effet. Celles-ci seront conduites de manière à permettre l'entrée en fonctions des différents éléments du service de santé appelés à y prendre part (postes de secours, ambulances, hôpital de campagne, hôpital d'évacuation).

Le personnel du service de santé du cadre actif appelé à participer au cours d'instruction comprend : un médecin principal de première classe et un médecin principal de deuxième classe, qui sont désignés par le ministre; plus le personnel désigné dans le groupe de corps d'armée pour être affecté aux formations sanitaires dans la proportion suivante :

Ambulance divisionnaire : 1 major de première classe, 2 majors de deuxième classe, 4 aides-majors, 3 officiers d'administration.

Ambulance de corps (section) : 1 major de première classe, 1 major de deuxième classe, 2 aides-majors, 2 officiers d'administration.

Hôpital de campagne : 1 major de première classe, 1 major de deuxième classe, 1 aide-major, 1 pharmacien, 2 officiers d'administration.

Hôpital d'évacuation : 1 major de première classe, 1 major de deuxième classe, 2 aides-majors, 1 pharmacien, 2 officiers d'administration.

Ces officiers seront choisis de préférence parmi ceux ayant le même emploi à la mobilisation.

Le service médical régimentaire sera assuré par le personnel des troupes manœuvrant.

Les infirmiers des formations sanitaires et les brancardiers d'ambulances sont prélevés à la fois sur les sections actives d'infirmiers et grâce à des convocations faites en temps opportun, sur les sections de réserve ou de l'armée territoriale. Les infirmiers et brancardiers régimentaires sont fournis par les corps de troupe prenant part aux exercices d'application.

Dans chaque corps d'armée ou gouvernement militaire, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de l'armée territoriale sont informés annuellement, par la voie de la presse régionale, de la date d'ouverture du cours d'instruction, qui fonctionne également comme école d'instruction, pour les officiers du service de santé affectés à des formations sanitaires de campagne.

Ceux de ces officiers qui désirent suivre le cours, à titre bénévole, en font la demande, au moins un mois à l'avance, au directeur du service de santé de la région du corps d'armée à laquelle ils sont affectés. Toutefois, ils ne peuvent être autorisés à suivre que le cours d'instruction le plus rapproché de leur résidence.

Le directeur du service de santé donne avis des autorisations qu'il a accordées au directeur du service de santé de la région de corps d'armée ou gouvernement militaire, siège du cours.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 137.*)

(1) Cette répartition sera modifiée lorsque le projet de nouveau règlement sur le service de santé en campagne aura été adopté et entrera en vigueur.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
du 15 janvier 1910.

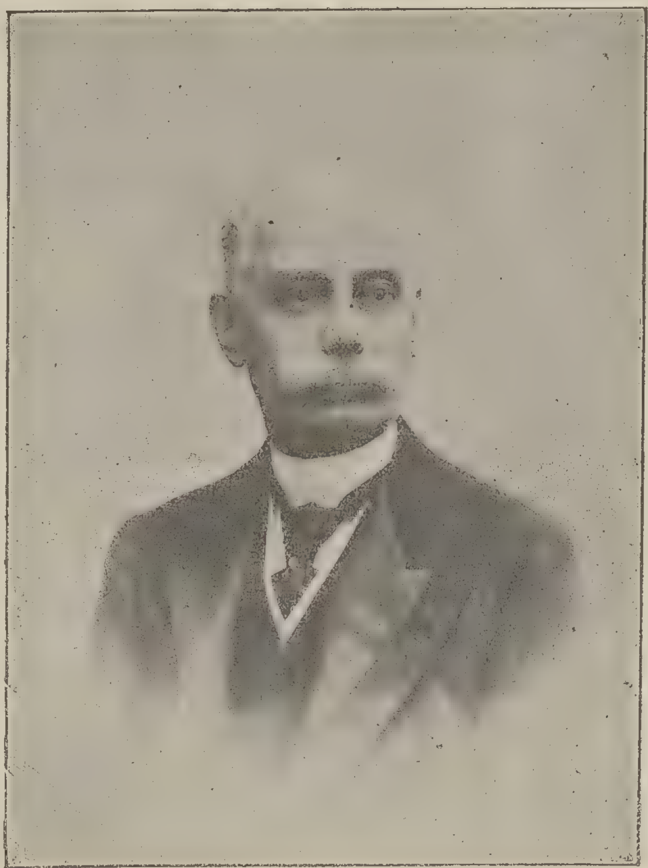
ÉLOGE
DE
PAUL BERGER
(1845-1908)

Par M. E. ROCHARD,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Mes chers collègues,

Si jamais des paroles d'affectueuse reconnaissance doivent monter de mon cœur à ma bouche pour vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant secrétaire général de votre Société, c'est certainement en ce jour où mes nouvelles fonctions me donnent la joie, mêlée d'un peu de tristesse, de prononcer l'éloge de mon vénéré maître le professeur Paul Berger.

Aussi bien sa mort est-elle encore si peu lointaine, qu'énoncer simplement son nom, c'est faire revivre en vous sa silhouette fine et élégante. A beaucoup, j'allais dire à la plupart d'entre nous, il a donné un peu de lui-même, puisqu'il fut notre maître; ceux qui ne furent pas ses élèves ont connu son inaltérable bonté. Ma tâche sera donc facile; m'entendre seulement parler de lui vous sera agréable et il me suffira de rappeler les traits saillants de sa brillante carrière et de son grand caractère pour évoquer en vous de bons et de touchants souvenirs.



Cliché Eug. Pirou.

PAUL BERGER

Paul Berger est né le 6 janvier 1845 à Beaucourt (Haut-Rhin), dans ce petit morceau de l'Alsace qui, voisin du pays de Montbéliard, a été laissé à la France par le traité de 1871, et fait aujourd'hui partie du territoire de Belfort.

Son père Eugène Berger, pasteur, était né à quelque distance de là, à Vaudoncourt, en 1808, et sa mère Mathilde Pitois vit le jour à Strasbourg en 1823.

La cure, où le futur chirurgien passa sa première jeunesse, était une petite maison bâtie tout en haut du village. De ses fenêtres on apercevait la plaine semée de prés et de champs dont les tons se fondaient harmonieusement dans la verte douceur des soirs, cette plaine alsacienne qui arrachait à Gœthe des cris d'admiration, où les maisons marquent les taches rouges de leurs toits et où de petites rivières tracent de gais méandres au milieu des reines des prés et des iris.

C'est là que Paul Berger fut élevé, en plein air, les bras et le cou nus, même dans les plus rigoureux hivers, loin du monde dont les bruits lui arrivaient d'en bas. Ces souvenirs sont toujours restés gravés dans sa mémoire et lui avait inspiré un attachement profond pour son pays natal dont il se plaisait à parler souvent.

Il avait dix ans quand sa famille quitta Beaucourt pour Paris, et dans la maison de l'éditeur Belin, vieil édifice du XVIIe siècle situé au fond d'une cour de la rue de Vaugirard en face la grille du Luxembourg, l'existence continua ce qu'elle avait été en Alsace, c'est-à-dire patriarcale. Avec la grand'mère maternelle et les autres personnes qui composaient la famille, le pasteur Berger, toujours habillé de noir et cravaté de blanc, présidait une table de quinze couverts.

Un ami, M. Boileau était chargé de l'éducation des enfants. Il poussa les études de notre futur maître jusqu'à la seconde. C'est dans cette classe qu'il entra au lycée Saint-Louis. A la première composition il était très ému et dans sa jeune modestie tremblait de voir sur le banc devant lui un camarade déjà barbu qui couvrait d'encre de grandes feuilles de papier. Il se disait : « C'est certainement le premier. » Quand le proviseur vint donner les notes, le grand qui avait si souvent plongé sa plume dans un énorme encrier était le dernier, Paul Berger était le second. A la composition suivante il fut le premier et depuis lors il ne quitta plus cette place. Il conquit rapidement l'estime et l'affection de tous, et ses camarades avaient pour lui un respect particulier.

A la fin de sa rhétorique, le baccalauréat des lettres fut facilement passé, et il entra en mathématiques élémentaires où il eut le prix de physique au concours général. M. Boutan, son professeur, le lui annonça tout joyeux, lui disant que c'était la porte de l'Ecole normale qui s'ouvrait pour lui. A sa grande stupéfaction le jeune Paul lui déclara qu'il voulait faire sa médecine, ce qui à cette époque était presque considéré comme une déchéance dans ce monde un peu spécial qu'on appelle l'Université. Mais le futur étudiant avait bien réfléchi et avait été séduit par notre profession dans laquelle il voyait une vie de dévouement, et un moyen de faire du bien à son prochain.

Berger commença donc ses études médicales et entra à la Pitié, comme bénévole, dans le service du

professeur Gosselin. Tous ses élèves savent le culte qu'il a toujours conservé à son premier maître qui ne tarda pas, du reste, à le distinguer. Un jour qu'il l'assistait dans un pansement, Gosselin qui avait remarqué l'agilité de ses doigts s'écria : « On dirait que vous savez tricoter »; et c'était vrai. Il savait même broder et peut-être ces travaux à l'aiguille préparèrent-ils le jeune chirurgien à ces délicates autoplasties dans lesquelles il excellait. Le concours de l'externat fut bientôt franchi et pour se préparer à l'internat, Berger alla demander à M. Perier, dont il resta le plus fidèle élève, à entrer dans sa conférence. Ce vénéré maître se souvient encore de ce jeune homme à la moustache naissante, grand, mince, élancé, d'une tenue impeccable, d'une correction parfaite qui vint s'adresser à lui ; c'était déjà comme on le voit l'esquisse du Berger que nous retrouverons plus tard. « Il me fut, me disait M. Perier, sympathique d'emblée. Quand il fut assis, j'abordai les questions d'usage : En quelle année d'externat êtes-vous ? — Je viens d'être nommé externe, je vais entrer en première année. — Bien ! mais quand avez-vous commencé la médecine, c'est-à-dire combien avez-vous d'inscriptions ? — J'ai commencé la médecine l'an dernier. Je viens de prendre ma cinquième inscription. »

« Il me fit de la peine, ajoutait M. Perier, j'eus un sentiment de commisération. Mais malheureux, vous n'êtes pas mûr pour entrer dans cette galère ! m'écriai-je. Sans la moindre apparence d'affectation il m'assura qu'il allait travailler et s'efforcer d'arriver. » Il tint parole, entraîné par l'exemple, il arriva à son premier concours non des derniers; il y en avait encore onze derrière lui dans cette promotion de trente-neuf (1867). Et ce ne fut pas un feu de paille. Entré dans l'internat au début de sa troisième année de médecine, il en sortit avec la médaille d'or unique à cette époque.

Les hommes de la génération de Berger ont eu les premières années de leur existence secouées par ces deux effroyables tourmentes qui passèrent sur la France, la guerre et la commune. En 1870, il était interne; il fut nommé aide-major au 3e bataillon de garde mobile de la Seine qui fut envoyé au camp de Châlons, après la bataille de Reischoffen. C'étaient de tristes soldats que les mobiles de Paris. Ils commencèrent par huer et insulter le maréchal Canrobert qui eut bien de la peine à empêcher son escorte de lanciers de les charger et les renvoya au camp de Saint-Maur près de Paris. C'est là, que Berger, en 1859, avait pu admirer la belle tenue de l'armée d'Italie et le contraste entre le présent et le passé ne pouvait qu'attrister sa pauvre âme de patriote et d'Alsacien.

Ce fut encore bien pis, quant après la révolution du 4 septembre, les officiers furent nommés à l'élection par les soldats. Le commandant de son bataillon, M. de Saint-Gennes, fut pourtant réélu, mais n'accepta pas un grade accordé dans de telles conditions et alla se battre ailleurs. Il fut remplacé par le commandant Dugratou, bon gros officier, très brave homme du reste, mais comme tout son état-major malheureusement un peu pessimiste. Berger vivait avec eux dans de très bons termes. Il n'aimait guère les braillards de la garde nationale, mais avait fini par avoir meilleure opinion des mobiles qui avec le temps s'étaient améliorés. Il se montrait très bon avec eux, mais raide sur la discipline et quand les traînards alléguaient, pendant les marches, des douleurs d'entrailles pour se faire mettre en voitures, Berger se bornait à leur administrer une potion qui le fit appeler le major Laudanum par certains gouailleurs du régiment. Berger, avec son bataillon, passa au Mont-Valérien et de là à Saint-Ouen. C'est là qu'il apprit avec tristesse le mouvement du 31 octobre au cours duquel les révolutionnaires essayèrent de se substituer au gouvernement les armes à la main. Puis, en novembre, on prépara la grande sortie qui devait permettre aux meilleures troupes de l'armée de Paris d'aller rejoindre l'armée de la Loire et qui donna lieu aux deux batailles de Champigny (30 novembre, 2 décembre 1870). Le régiment de Berger prit part à la fausse attaque dirigée contre le parc d'Epinay, au nord-est de Saint-Denis. Notre futur collègue était monté sur un mur pour suivre l'action ; à côté de lui se trouvait un interne des hôpitaux Proust. Au moment où le commandant leur ordonnait de descendre, Proust tomba la poitrine traversée d'une balle, mais ne mourut que quelques mois plus tard.

En janvier 1871, Berger se trouvait à Saint-Denis, pendant le bombardement; puis il prit part à la bataille de Buzenval et quand l'armistice fut signé, il se hâta de rejoindre sa famille. Il trouva son père qui venait d'être frappé d'une légère attaque. Le 19 de ce mois, très inquiet du sort de son fils, tout à coup sa parole fut embarrassée. Ce fut le premier des accidents qui se succédèrent jusqu'à sa mort (février 1874).

De toutes les formes de la guerre, la guerre civile est de beaucoup la plus douloureuse, ceux qui, comme Berger, ont passé par cette épreuve en ont gardé toute leur existence l'horreur gravée en traits ineffaçables dans leur mémoire. Son service militaire terminé, il avait repris ses fonctions d'interne à l'hôpital de la Charité. C'est là qu'il vécut cet affreux cauchemar de sang et d'incendie que fut la Commune de Paris. Les derniers jours surtout furent atroces. Le pétrole avait mis le feu aux principaux monuments. Du toit de son hôpital, il put voir les Tuileries flamber, la bibliothèque du Louvre s'allumer, la rue de Lille, le conseil d'Etat brûler, entourant la Charité d'un demi-cercle de feu que surplombaient d'épais nuages de fumée. Puis il apprit que la poudrière du Luxembourg venait de sauter et la maison de son père était tout contre le Luxembourg.

Il ne put cependant quitter l'hôpital menacé d'incendie par les communards. Enfin, les troupes de Versailles arrivèrent, Berger put accourir à la maison paternelle et avoir la joie de trouver sa famille épargnée par l'explosion.

A partir de ce moment, la vie de travail et de concours va reprendre et avec elle les succès vont devenir, d'année en année, de plus en plus nombreux. Sorti de l'internat en 1873, il fut nommé prosecteur d'anatomie en 1874. L'année suivante, premier au concours, il enlevait une place d'agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris. Le 1er juillet 1877, il entrait dans les hôpitaux comme chirurgien du bureau central. Il avait donc suffi de quatre années à Berger pour parcourir les plus dures étapes de la grande carrière chirurgicale.

Tour à tour chirurgien des Incurables (1877-1882), de Lourcine (1882), de Bicêtre (1883), de Tenon

(1886), il prit le 25 janvier 1887, un des grands services de l'hôpital Lariboisière qu'il garda jusqu'à sa nomination de professeur de clinique en 1894, à la Pitié. Il y resta jusqu'en l'année 1900, époque à laquelle Terrier, allant être frappé par la limite d'âge des hôpitaux, échangea, comme cela avait été convenu entre eux, la chaire de médecine opératoire pour celle de clinique chirurgicale. Berger vint alors à l'hôpital Beaujon (1er janvier 1900). Il y resta jusqu'en 1904 et le 1er mars de cette année il reprit à l'hôpital Necker la chaire de clinique.

Les sociétés savantes françaises et étrangères s'étaient empressées de lui ouvrir leurs portes. Il était membre honoraire de la Société anatomique, membre de l'Académie de médecine depuis 1892. En 1878, il avait été nommé membre titulaire de notre Société et son président dix ans plus tard. Il en fut jusqu'à sa mort un des membres les plus assidus. Il y était accueilli non seulement avec le respect dû à ses hautes qualités, mais encore l'objet de l'affection de tous. Il devait s'y trouver en quelque sorte chez lui, si le chez soi consiste à être au milieu de sa famille, car c'était pour lui comme une grande famille que cette pléiade de chirurgiens qui tous avaient été ses élèves, à ce point que nous ne pouvions le voir prendre la parole sans nous rappeler avec reconnaissance le temps où nous suivions ses conférences qui eurent pour élèves Reclus, Bouilly, Peyrot, Jalaguier, Brun, Segond, Quénu, Nélaton et tant d'autres, jusqu'à votre humble serviteur qui ne serait jamais arrivé à être des vôtres sans les leçons dues au professeur dont il gardera toute sa vie le souvenir ému.

Berger ne fut décoré qu'en 1889. La Légion d'honneur dont la culture devient si virulente dans certains milieux, se montre particulièrement réfractaire pour les boutonnières des chirurgiens des hôpitaux de Paris. C'est là une anomalie qui devrait nous paraître des plus extraordinaires, si nos études anatomiques ne nous avaient préparés à ces surprises inexplicables. Mourir commandeur de la Légion d'honneur est une rareté parmi nos plus illustres. Berger n'était qu'officier quand, à l'âge de soixante-quatre ans, il fut enlevé à notre affection.

Je voudrais vous montrer, mes chers collègues, quels furent les deux grands mobiles qui présidèrent à l'existence de Berger : le travail et le devoir; mais je crains de rester au-dessous de la vérité, tant son labeur fut immense et tant il attachait d'importance à l'accomplissement de son devoir.

Notre maître était un laborieux dans toute l'acception du mot. Levé à quatre heures du matin, il se mettait à sa table pour ne pas soustraire au travail les heures prises dans la journée par sa nombreuse clientèle, aussi son œuvre scientifique est-elle considérable.

Sans parler de sa collaboration à la *Revue des sciences médicales*, à la *Revue de chirurgie*, à la *France médicale*, au *Dictionnaire encyclopédique*, je voudrais pouvoir ici énumérer les nombreuses publications dues à son inlassable activité, mais je dois y renoncer car il me faudrait pouvoir disposer des 90 pages que contient l'exposé de ses titres scientifiques.

Je ne veux retenir que les travaux qui lui tenaient le plus au cœur et qui sont l'étude des hernies, l'amputation intercapsulothoracique et les méthodes autoplastiques.

Il me suffira d'énumérer ses études sur l'étranglement herniaire, les statistiques qu'il a publiées sur la fréquence des hernies pendant les nombreuses années où il fut à la tête du service des bandages et surtout ses travaux sur la cure opératoire de la hernie inguinale pour vous rappeler qu'il fut un des fervents adeptes du procédé de Bassini et qu'il fut un des chirurgiens qui pratiqua en France le plus de cures radicales.

Dans sa monographie sur l'amputation intercapsulothoracique, la première qui ait paru sur cette question, il nous a donné toutes les indications de cette opération dont il peut être considéré comme le père. Il nous en a tracé la technique de main de maître, a vulgarisé cette intervention, une des plus graves de la chirurgie, et qui est devenue aujourd'hui classique et de matière courante.

Les méthodes autoplastiques étaient pour ainsi dire tombées dans l'oubli. A cette époque où la moindre incision suffisait pour déterminer les terribles accidents de l'infection purulente, on eût, à juste titre, considéré comme une folie d'essayer de restaurer les difformités en transplantant des lambeaux cutanés. Mais survinrent les nouvelles méthodes d'antisepsie et d'asepsie qui là, comme ailleurs, permirent de faire des merveilles. Berger fut le chirurgien qui, pour sa part, contribua le plus à faire renaître les procédés autoplastiques : il ressuscita en quelque sorte les méthodes indienne et italienne et ses travaux sur la blépharoplastie, la chéiloplastie et la rhinoplastie sont des plus importants. Cette dernière opération notamment fut l'objet de ses plus chères études et il y excellait. Il fallait le voir prendre ses dimensions, tailler des patrons, étudier la position du bras sur lequel il allait prélever le lambeau avant de saisir le bistouri, puis procéder à l'opération. Avec quelle minutie il en exécutait tous les temps et avec quels soins jaloux il revenait à l'hôpital deux et trois fois par jour surveiller ses opérés. Aussi ses résultats étaient-ils vraiment incomparables. Ce n'était pas de ces grotesques cyranos, qui des traits de leur maître détruisent l'harmonie, non, mais presque des objets d'art, des nez bien conformés ayant bonne figure et nous savons tous combien sont grandes les difficultés qui permettent d'arriver à ces réalisations.

Je viens de parler d'hôpital. C'est là peut-être que Berger passa le meilleur de sa vie. Il considérait comme son devoir d'y aller tous les jours et jamais il n'y manqua. Il y était adoré de son personnel et de ses malades auxquels il se donnait sans compter. Sa pratique chirurgicale était son unique préoccupation.

C'était le type du chirurgien consciencieux par excellence. Ayant débuté avant la période antiseptique, il avait adopté les méthodes nouvelles avec toute la ferveur d'un néophyte. Sa propreté était impeccable, et son rigorisme dans l'asepsie était à l'abri de toute critique. C'est lui qui nous a appris à mettre des couvre-bouches. Il se servait de gants stérilisés pour ses interventions et ne faisait jamais un toucher sans doigtier, pratique que des collègues, plus jeunes que lui, n'ont je crois malheureusement pas encore adoptée.

La pratique de Berger n'était pas suffisamment connue. Il s'en fallait de peu qu'on ne pensât qu'il s'était cantonné dans les interventions sur la face, le cou et les membres. C'est une erreur complète.

Berger a fait toute la chirurgie. Je l'ai assisté dans toutes les opérations possibles aussi bien sur l'appareil génital de la femme que sur le tube digestif, y compris les pylorectomies et les exclusions de l'intestin. Dire que ses tendances le portaient naturellement vers la chirurgie des viscères serait exagéré, mais il ne faut pas croire non plus que tout notre art réside dans l'ouverture d'un canal cholédoque ou dans une suture intestinale : on a vraiment trop de propension, à ne donner le nom de chirurgien qu'à celui qui fait des opérations abdominales. C'est un grand tort, car on en arrive ainsi à laisser de côté et à ignorer la partie la plus importante de notre profession. Il est du reste plus difficile d'enlever un branchiome du cou que de faire une hystérectomie et bien plus facile encore de pratiquer une gastro-entérostomie que de réunir bout à bout par un lien métallique deux fragments de fracture non consolidés.

Berger a donc eu le mérite, tout en ayant certaines préférences, de ne négliger aucune partie de son art et de se tenir toujours au courant de tout ce qui se faisait en chirurgie.

On a beaucoup écrit sur l'âme du chirurgien. Elle se présente chez chacun de nous avec des modalités bien diverses. Nous ne réagissons pas tous de la même façon en présence du même malade. On pourrait même dire que, comme le médecin, il y a aussi le chirurgien tant pis et le chirurgien tant mieux. Ce dernier n'est pas préoccupé la veille d'une opération grave et celle-ci terminée, ayant la conscience du devoir accompli, il ne pense plus à son malade que lorsqu'un incident ou l'heure de la visite quotidienne le rappellent près de lui, c'est le type accrédité dans le public. L'autre dort peu la nuit qui précède une intervention que son examen lui a montré devoir être sérieuse et, l'acte opératoire achevé, il songe à toutes les complications qui pourraient survenir. Si la température monte, il est inquiet, l'idée de son malade le poursuit. On pourra penser qu'un pareil homme n'a pas les qualités requises pour faire un bon chirurgien, qu'on se détrompe ! Son couteau est aussi sûr et ses soins n'en sont que plus vigilants. Si quelqu'un souffre de cet état d'âme, c'est lui seul. Il semble même que le malade se rende compte de cette sensibilité qui ne fait qu'accroître l'intérêt qu'on lui porte et paie de retour son chirurgien en lui manifestant une affection plus grande.

Berger appartenait bien à cette classe de praticiens qui ont le plus grand souci de leurs malades. Il lui arrivait de voir ses opérés jusqu'à trois et quatre fois dans la même journée et c'est peut-être là une des nombreuses causes qui lui ont donné cette clientèle d'élite dont il était adoré. On pouvait avoir plus de clients que lui, nul n'en avait de plus choisis. Il donnait ses soins à tout ce qu'on est convenu d'appeler le noble faubourg et sa situation pourrait, peut-être, être dépeinte par cette phrase d'un de ses plus modestes collaborateurs, qui me disait : « Je masse tout le Gotha. »

Berger était sensible aux douleurs au milieu desquelles sa profession le forçait à vivre. Il était compatissant à tous et faisait beaucoup de bien. C'est qu'à côté du chirurgien qui donne ses soins au corps, il doit y avoir celui qui se préoccupe de l'état moral de ses malades. On a trop de tendance aujourd'hui à dépouiller le second pour le premier. Les idées nouvelles nous portent peut-être trop à considérer le patient comme une matière première sur laquelle l'instrument s'exerce. Mais cette matière première a un cerveau et un cœur qui souffrent et notre tâche est de toujours en tenir compte, car à côté du chirurgien qui opère, il doit y avoir le chirurgien qui console.

Berger était celui-ci et il s'en est allé plus glorieux de quitter ce monde avec la réputation d'un homme de cœur que de laisser après lui le renom qui s'attache à des opérations nouvelles ou à la découverte de procédés encore inusités.

Il arrive souvent que les hasards de la vie empêchent ceux qui sont le plus faits pour fonder une famille de s'en créer une. Berger cependant avait su s'entourer de ses frères, de ses sœurs, de ses neveux et de ses nièces.

Il avait fait de sa sœur aînée, Lydie Berger, la compagne de son existence. Je n'en voudrais dire que quelques mots de peur d'offenser sa modestie et je les emprunterai à Sainte-Beuve, qui à propos de Jacqueline Pascal a écrit de belles pages sur les sœurs des hommes éminents qui « quand elles sont égales sont plutôt supérieures à leur frère illustre. Elles se retrouvent meilleures. Ce sont comme des exemplaires de famille, des doubles du même cœur qui se sont conservés sans aucune tache au sein du foyer » comme dans l'intérieur d'un sanctuaire.

Rien de plus uni du reste que la famille Berger. Les frères étaient si étroitement liés qu'on ne peut parler de l'un sans parler de l'autre.

Notre vénéré maître eut la douleur d'en perdre deux à trois mois d'intervalle (1900) : l'aîné de la famille, Samuel, qui était pasteur et Théodore avec lequel il a vécu le plus intimement. Sur une photographie qu'il gardait devant lui sur son bureau, Théodore avait écrit : « Oreste à Pylade. » Décoré au siège de Strasbourg, administrateur délégué de la banque ottomane, il mourut vice-président du Comptoir d'Escompte. Cette mort fit un vide considérable dans l'existence de Berger et lui porta un coup terrible.

Il me suffira de citer les noms de Philippe et d'Elie Berger, tous deux membres de l'Institut et bien connus de tous, pour montrer ce que peut donner dans une famille une éducation forte basée sur le respect dû aux parents.

C'est à Sceaux qu'ils aimaient à se réunir. A la mort de son père notre maître y avait amené sa mère en 1874. Puis il se fixa au *Petit château* dans la rue qui porte aujourd'hui son nom. Il était extrêmement attaché à cette habitation. C'était son séjour de prédilection. Le matin avant de partir pour Paris il aimait à se promener dans ce jardin, pris sur le parc de Trévise, sous ces arbres séculaires, parmi ces grands miroirs d'eaux tranquilles qui semblent endormies dans le souvenir du passé. Le soir il rentrait toujours très tard mais retrouvait à la maison ses sœurs, Marie et Marthe, qui venaient passer l'été à Sceaux avec leurs enfants, et entouré de tous les siens il réunissait, comme son père autour de sa table, les rejetons d'une nombreuse famille.

Deux caractères personnifiaient Berger au physique la correction et la distinction. Il nous apparaît toujours mince et élancé, vêtu d'une redingote impeccable, le gilet toujours accompagné d'un transparent immaculé, les chaussures très soignées. Son visage était animé par des yeux intelligents et bons,

mais reflétant parfois une certaine mélancolie, comme si derrière eux persistait le souvenir d'un lointain chagrin. Les cheveux frisés et coupés courts laissaient voir le pur contour de la tête. Le nez était un peu développé, mais d'une régularité parfaite. Les moustaches bien symétriques et dans l'alignement mettaient comme une note blanche au-dessus des lèvres, et tout cet ensemble donnait plutôt l'impression d'un élégant officier de cavalerie que celle d'un chirurgien consommé.

Il était du reste assez autoritaire et avant tout dévoué à l'armée. Il appréciait beaucoup l'histoire et surtout l'histoire militaire. Sa bibliothèque comprenait presque tous les livres et les mémoires publiés sur les guerres de la Révolution, de l'Empire et du XIXe siècle. Tout jeune, il aimait à assister aux revues qui avaient lieu au Champ de Mars ou à Longchamps et le dimanche avec son frère Elie il allait souvent dans la cour du Carrousel voir la relève du régiment de la garde pour le service des Tuileries.

Son âme simple et forte d'Alsacien était rebelle à toutes ces nouvelles théories soi-disant humanitaires qui, ne voyant que les moyens inévitables sans considérer la grandeur du but à atteindre, s'efforcent de ne montrer dans le drapeau que l'appel au combat et le signal du sang répandu, quand ce simple bout d'étoffe résume dans ses quelques plis les plus éclatants des sacrifices et n'est que la synthèse de toutes les vertus nécessaires à l'existence d'une nation.

Très rares étaient les moments où il se permettait quelques distractions, mais il n'était pas l'ennemi d'une franche gaieté. Il aimait particulièrement à venir au dîner du Franc-Parler dont il avait été un des fondateurs.

Là, *inter pocula*, au milieu de ses amis, il s'amusait à entendre un de ces bons mots ou une de ces gauloiseries qui sont un des côtés les plus pittoresques de notre belle langue française. Je le vois encore riant à lèvres déployées avec de bons yeux qui exprimaient bien le contentement qu'il avait à se retrouver parmi nous.

Cet homme si bon et si doux avait parfois des moments d'impatience, et dans l'exercice de son art, les mots « allons donc! dépêchons-nous! plus vite que cela ! » lui étaient familiers. Mais ces petites crises étaient des plus passagères, comme ces nuages légers qui n'obscurcissent pas le soleil et qui ne semblent naître que pour s'évanouir. Du reste le temps de Berger était tellement pris que depuis cinq heures du matin, heure de son lever, jusqu'à huit heures du soir, à peine pouvait-il suffire à toutes ses occupations. Il était toujours pressé : la comtesse ou la marquise l'attendait, quand ce n'était pas la Faculté qui le réclamait ou un pauvre à secourir.

Notre maître aimait beaucoup la musique, avait un certain talent sur le piano et appréciait particulièrement les auteurs classiques,

Il était abonné depuis de longues années aux concerts du Conservatoire où il allait tous les quinze jours, de préférence avec sa sœur Marthe.

Il s'amusa aussi pendant un certain temps à collectionner des Elzévirs dont il possédait d'intéressants exemplaires.

Mais tout cela tenait une place bien minime dans son existence. Il plaçait son bonheur plus haut. Protestant très pratiquant, il ne manquait jamais d'aller à son église le dimanche et il était membre du Consistoire luthérien de Paris.

Il était de ces hommes dont la haute vertu suffit à illuminer l'existence ; qui, vivant au milieu des passions humaines, comprennent ou excusent ce qu'on est convenu d'appeler les plaisirs de ce monde, mais n'y prennent aucune part.

D'une indulgence d'ailleurs imperturbable, ces natures d'élite s'efforcent toujours de se faire ignorer et ont la pure satisfaction de se maintenir dans une atmosphère où les autres ne peuvent atteindre. Leur unique récompense est de promener leurs pensées dans un jardin secret dont les droites allées conduisent toutes au même but, celui de faire le bien.

Mais une vie de dévouement s'accompagne de nombreuses fatigues, surtout quand celui qui la mène doit exercer la rude profession de chirurgien. Berger s'y usa. Toujours prêt à se rendre à l'appel de ceux qui le demandaient, il ne connaissait pas le repos. Il ne prenait pour ainsi dire pas de vacances ; surtout depuis la mort de son frère Théodore, il reculait de jour en jour le moment du départ et finissait par s'absenter au plus une semaine.

Quelquefois à bout de forces, il quittait Paris deux jours et allait les passer auprès de sa sœur Mme Berger-Levault, à Nancy, dans la ville aux belles grilles de fer dorées, aux jolis palais blancs, aux riants ombrages.

Aussi peut-on dire qu'il est mort à la peine. La dernière année de sa chère existence ne fut qu'un long calvaire. Sa marche, un peu hésitante par le fait d'un rhumatisme ancien, devint très douloureuse et presque impossible à cause des souffrances que lui causait une sciatique rebelle à tout traitement. En vain alla-t-il à Cannes, à Aix, chercher un apaisement à ses maux. Ce ne fut qu'à Luxeuil que des longs bains de piscine arrivèrent à lui permettre la marche et à calmer ses douleurs.

Il avait même repris son service hospitalier, sa clientèle, quand le 9 octobre 1908, un matin, en opérant, il fut frappé d'hémorragie cérébrale. Averti par téléphone, je me précipitai à l'hôpital Necker et je trouvai mon pauvre maître étendu sur le lit qui reçut son dernier soupir, ayant perdu tout contact intellectuel avec ses semblables. Il ne devait plus reprendre connaissance.

La nouvelle se répandit bientôt dans la ville, et à la façon dont chacun s'abordait pour la commenter, on sentait que quelqu'un venait de disparaître.

Je ne voudrais, de peur de les trop aviver, toucher que d'une main délicate et craintive à ces douleurs encore récentes.

Ah ! les nuits interminables, les journées sans fin pendant lesquelles sa famille était partagée tour à tour par l'espoir de conserver un être aussi cher et la crainte de ne plus retrouver intact celui qui avait été si cruellement frappé !

Enfin le 17 octobre, après huit longs jours de maladie pendant lesquels son personnel hospitalier ne voulut pas le quitter une minute, il rendit le dernier soupir.

Il était mort au champ d'honneur du chirurgien, à l'hôpital, dans sa salle d'opérations, le bistouri à la main, et coïncidence particulière, en pratiquant une cure radicale de hernie, opération dans laquelle il excellait et qui avait fait l'objet de ses plus chères études.

Ce fut par une mélancolique matinée d'automne qu'eurent lieu ses obsèques éclairées par les pâles rayons d'un soleil qui cherche à se faire regretter, avant de s'éteindre dans les brouillards de l'hiver.

Berger n'était pas de ceux qu'une fausse modestie pousse à se soustraire aux honneurs qui leur sont dus. Il pensait qu'il faut respecter les traditions de son pays, que les gloires même les plus modestes rejaillissent avec éclat sur les familles et que ce faisceau de petites gloires fait la patrie plus grande. Athènes avait son céramique, Rome sa voie appienne; les peuples forts ont toujours honoré leurs morts; il ne faut pas que les morts se dérobent.

Aussi nous fut-il donné, après avoir entendu dans de touchants et éloquents discours magnifier la vie du professeur Berger, de voir saluées par les troupes ses dépouilles qui disparaissaient sous un amoncellement de gerbes et de couronnes. Puis un peuple de parents, d'amis, de maîtres et d'élèves, de malades riches et pauvres, tous venus dans un même sentiment de reconnaissance, suivit son cercueil; et ce long cortège, dont l'émotion gagnait ceux qui le voyaient passer, le conduisit à Sceaux, jusqu'à sa dernière sépulture.

J'ai été rendre visite à son tombeau, et malgré la tristesse inhérente aux choses qui peuplent la cité des morts, il m'a été pour ainsi dire doux de me figurer mon maître tranquille, dormant son dernier sommeil après une vie si pleine de veilles et goûtant le calme du repos éternel après la tourmente d'une vie si charitablement remplie.

Sur cette tombe l'alternance des saisons pourra sécher et faire renaître les fleurs dont nous avons coutume de faire aux morts un pieux et touchant hommage; le temps n'effacera jamais de notre mémoire le souvenir de celui dont la vie pourrait se résumer en ces quelques mots : il a passé en faisant le bien.

Il n'aurait pas voulu qu'on dît autre chose.

MÉDECINE PRATIQUE

LA « RIGIDITÉ MUSCULAIRE » ET LA « PALPATION-PERCUSSION »

DEUX NOUVEAUX SYMPTÔMES POUR LA DÉLIMITATION DES ORGANES ET EN PARTICULIER DES LÉSIONS THORACIQUES

La palpation, si utile dans le diagnostic des affections abdominales semblait jusqu'ici de peu de secours dans celui des affections thoraciques.

Deux symptômes décrits récemment semblent, si les prévisions de leurs promoteurs se réalisent, lui donner une grande importance, égale à celle de la percussion et de l'auscultation.

Pour ne pas confondre ces deux signes, ainsi qu'on a eu tendance à le faire, nous les examinerons entièrement séparément.

C'est F. M. Pottenger (de Monrovia, Californie), qui, dans une série de publications (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, 6 mars 1909 ; — *Amer. Journ. of the med. sc.*, mai 1909 ; — *Med. Rec.*, 23 oct. 1909, vol. LXXVI, n° 17, p. 691 ; — *Interstate med. Journ.*, déc. 1909, vol. XVI, n° 12, p. 803 ; — *Lancet clinic.*, 11 déc. 1909 ; — *Southern California Practitioner*, vol. XXIV, n° 12, déc. 1909, p. 608) a indiqué le phénomène de la « rigidité musculaire ».

Voici en quoi il consiste :

Toutes les fois que, dans l'abdomen, il se produit une affection aiguë : appendicite, colique hépatique, etc., on observe, dans la portion de paroi abdominale qui correspond à la lésion, de la contracture musculaire.

Il en serait de même au thorax : toutes les fois que la plèvre ou le poumon sont frappés par une lésion aiguë, au point correspondant de la paroi, les muscles se contracturent. Cette action porte non seulement sur les muscles intercostaux, sur les muscles profonds du cou en rapport avec le sommet pulmonaire, mais aussi sur les muscles superficiels de la paroi. Si la lésion passe à l'état chronique, le phénomène devient permanent. Il est alors impossible de l'expliquer par une contracture. La physiologie montre en effet que la contracture d'un muscle s'épuise vite et conduit à son relâchement. Dans les cas chroniques, il faut admettre que la plus grande consistance du muscle est due à des lésions résultant de la contracture prolongée. L'examen de fragments de ces muscles a montré à Pottenger qu'il s'agissait d'une dégénérescence hyaline disséminée de la fibre musculaire avec réparation partielle des fibres. Le spasme musculaire ne peut toujours s'expliquer par une action de voisinage, la lésion pleurale par exemple, de même que la contracture abdominale de l'appendicite ou de la colique hépatique ne traduit pas toujours une lésion péritonéale. L'explication la meilleure semble être que le foyer inflammatoire détermine une irritation du grand sympathique, transmise à la moelle.

Là le stimulus porte non seulement sur les cellules du domaine des foyers, mais sur les cellules voisines motrices, d'où l'origine de la contracture musculaire.

On recherche la rigidité musculaire en palpant du bout des doigts avec une pression douce ou moyenne les groupes musculaires superficiels, avec une pression plus forte les muscles profonds, en commençant en dehors de la région qu'on suppose être malade. Au moment où les doigts arrivent au niveau de la partie contracturée qui recouvre le foyer inflammatoire, ils perçoivent une résistance d'intensité variée : une dureté intense s'il s'agit d'une contracture violente, une dureté moindre s'il s'agit d'une contracture subaiguë, une consistance ferme mais pâteuse si elle se rapporte à de la dégénérescence musculaire par lésion chronique. Le symptôme est facile à constater chez tous les sujets maigres, à musculature faible ou puissante, plus difficile si le tissu adipeux sous-cutané est très abondant.

Il est absolument constant dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, pneumonie, emphysème, pleurésie. Son acuité est en rapport avec l'intensité du processus qu'il trahit. Sa constatation a donc non seulement une valeur pour le diagnostic, mais pour l'évolution des lésions.

A ce point de vue, Pottenger divise les cas en quatre groupes :

1° Ceux où les poumons et la plèvre n'ont pas été auparavant atteints de lésions chroniques et qui présentent un processus aigu.

Le spasme atteint là son plus grand degré (pleurésie, pneumonie, tuberculose en évolution aiguë au début). C'est un phénomène très précoce qui permet le diagnostic dès le début des symptômes habituels et dans certains cas lorsqu'ils sont masqués (pneumonie centrale).

2° Dans le cas de lésions chroniques étendues, les muscles ont subi une dégénérescence, perdu leur élasticité. Ils sont résistants, mais pâteux au toucher.

3° Au cours d'une lésion chronique, il se produit une poussée aiguë, le muscle réagit, et à nouveau présente du spasme.

4° Il n'existe qu'un petit foyer qui ne présente pas et n'a jamais présenté une grande activité. Ici, le symptôme peut être beaucoup plus difficile à déceler que dans les trois premiers groupes où il s'impose.

Chez le même sujet, on peut d'ailleurs trouver l'associa-

tion de différentes lésions : les deux poumons peuvent être pris avec des lésions chroniques d'un côté, en activité de l'autre ; sur le même poumon, des foyers différents peuvent présenter une activité différente.

On comprend l'importance d'un signe qui vient montrer avec un seul examen l'évolution actuelle d'un foyer donné.

Pottenger pense que ce phénomène de la contracture musculaire joue un rôle très important dans la production des symptômes sthétoscopiques, en particulier dans la tuberculose pulmonaire au début.

La *respiration prolongée* est un des phénomènes précoces les plus importants. Il est attribuable à la diminution d'élasticité du tissu pulmonaire dont l'expansion est incomplète, mais la contracture musculaire par la limitation des mouvements des côtes supérieures doit jouer un rôle dans sa production.

Il en est de même de la *diminution d'amplitude des mouvements respiratoires* à laquelle la contracture peut très bien contribuer.

La *diminution du murmure vésiculaire* est due non seulement à la diminution d'amplitude des mouvements, mais comporte bien d'autres phénomènes. Si on ausculte des muscles pendant leur contraction, si on écoute ce qui se passe dans le pneumothorax où le poumon est rétracté loin de la paroi, ou qu'on ausculte un sujet dont les muscles thoraciques ont été paralysés (D. J. Mac Carthy), on se rendra compte que la contraction musculaire peut jouer un rôle dans les bruits respiratoires. La contracture intervient peut-être dans leur diminution.

De même, la *rétraction de la paroi thoracique* qui suit les inflammations chroniques du poumon n'est peut-être pas due en totalité à la destruction du tissu pulmonaire sous-jacent, mais probablement aussi à la contracture permanente des muscles qui tend à la refouler en dedans.

Il est une lésion de la tuberculose pulmonaire qui a beaucoup fait parler d'elle dans ces dernières années, c'est l'*ankylose de l'articulation du sternum avec le premier cartilage costal*. Décrite dès 1859 par Freund, puis de nouveau par Freund en 1901 (*Verhandl. der Berl. med. Gesellsch.*, 29 nov. 1901), puis par Schmorf (*Münch. med. Woch.*, 1901, n° 5), par Hart (1906), puis par Hart et Harass (*Der thorax Phthisicus eine anatomische physiologische Studie*, Stuttgart 1908). Dans l'inspiration, la première côte subit une rotation considérable sur son axe en même temps qu'elle s'élève. L'ankylose de l'articulation de son cartilage avec le sternum doit gêner considérablement la respiration du sommet. Freund a montré que cette ankylose est très fréquente dans la tuberculose pulmonaire. Il pense qu'existant antérieurement, c'est une cause mécanique prédisposant à la tuberculose pulmonaire en gênant la circulation du sommet.

La périchondrite ossifiante qu'on note au niveau des insertions musculaires est due à l'irritation par les efforts anormaux des muscles tirant sur la côte immobilisée. Pottenger pense que c'est là prendre l'effet pour la cause. D'après lui, c'est la tuberculose pulmonaire qui est primitive, entraînant la contracture musculaire. L'immobilité qui en résulte entraîne l'ankylose de l'articulation et la contracture musculaire amène la périchondrite ossifiante. Dans les cas de tuberculose du sommet, on trouve en effet cette contracture musculaire sur les muscles qui s'insèrent sur la première côte; leur augmentation de volume comble, même en partie, le creux sus-claviculaire.

Le second nouveau symptôme que nous décrivons a reçu des noms différents selon la conception que s'en font les divers auteurs qui l'ont observé. Découvert d'abord par Ewald, et décrit par Goldscheider (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. XCIV, nos 5 et 6), puis par Max Herz qui l'appelle « percussion silencieuse » (*Zentralbl. für in. med.*, vol. XXX, n° 1), par Moritz et Rœhl (*Deutsch. Arch. fur. klin. Med.*, vol. XCV, nos 5 et 6), Ebstein, Plesch (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. XCIII, nos 1 et 2), sous le nom de « palpation-percussion », puis par Pottenger (*Medical Record*, 23 octobre 1909, vol. LXXVI, n° 17, p. 691; *Interstate med. Journal*, décembre 1909, vol. XVI, n° 12, p. 803); *Southern California practitionner*, déc. 1909, vol. XXIV, n° 12, p. 608), qui le dénomme « toucher-palper léger », enfin par Alb. E. Taussig (*Interstate med. journal*, déc. 1909, vol. XVI, n° 12, p. 843).

Voici en quoi consiste le symptôme d'après Goldscheider :

Supposons que nous cherchions à délimiter la forme du cœur. Avec un doigt maintenu solidement recourbé à angle droit, et dont l'extrémité est placée bien perpendiculairement à la surface de la poitrine, frappons aussi doucement que possible la paroi, non pas par un mouvement du poignet ou du coude qui doivent rester relâchés, mais par un petit déplacement de l'épaule. Percutons ainsi en avançant excentriquement vers le cœur, de façon à n'entendre presque rien sur les régions sonores. Au moment où nous arriverons au bord du cœur, nous n'entendrons plus rien. La limite de cette zone où la percussion très légère devient silencieuse indique la projection du cœur d'une façon beaucoup plus exacte que la percussion sonore, et correspond absolument aux tracés de l'orthoradiographie.

Pour les auteurs qui ont ensuite étudié le phénomène, il convient de négliger complètement la sensation auditive dans le symptôme qui devient une sensation tactile pure. Max Herz a fait construire un instrument qui fait un grand bruit, et quand on se met dans les oreilles les bouts de tubes qui en partent, on ne peut percevoir aucun autre son. Dans ces conditions, si on pratique la recherche des organes pleins profonds par la méthode de Ewald, on perçoit au moment où l'on arrive à leur niveau une sensation tactile très nette de résistance. Plesch a pensé qu'il s'agit là non pas d'une sensation tactile simple, mais d'une sensation musculaire, tendineuse, périostique, perçue par les éléments du membre tout entier qui pratique l'examen. Sa technique est d'ailleurs différente; au lieu de frapper doucement à la surface, voici comment il procède : les troisième et quatrième doigts, modérément courbés, sont posés doucement sur la peau, parallèlement au bord de l'organe que l'on veut délimiter, le dos de la main est en extension légère, le poignet complètement relâché, ainsi que le coude, si bien que le poids du bras repose sur le bout des doigts. Sans remuer les doigts, le poignet est levé et abaissé rapidement au moyen d'un mouvemeut de l'épaule. De cette façon il se produit au bout des doigts une série de petites vibrations verticales transmises à la paroi.

En avançant graduellement, les doigts, au moment où ils arrivent au niveau d'un organe plein profond, perçoivent une résistance nette. On parvient ainsi à délimiter de façon très délicate et précise : le cœur, le foie, la rate, les foyers inflammatoires et les collections du thorax ou de l'abdomen. Comment expliquer ce phénomène ?

Pottenger avait pensé tout d'abord que cette résistance était un réflexe des muscles érecteurs des poils, mais comme on le retrouve sur le cadavre, il est amené à admettre l'explication proposée par Moritz à la suite d'une série d'expériences.

Au centre d'un récipient métallique rempli de mousse de gélatine (substance dont la consistance rappelle celle du tissu pulmonaire) on place une poire de caoutchouc prolongée par un tube qui sort de la gélatine et a son extrémité fixée en face d'une flamme de bec de gaz. Un poids de 5 centigrammes tombant de 2 centimètres de hauteur sur la paroi du cylindre produit une secousse nette de la flamme, le moindre contact du doigt sur le récipient la fait vibrer violemment. Le même résultat est obtenu avec du tissu pulmonaire insufflé. D'autres expériences de Moritz lui ont montré qu'une percussion assez forte produit dans la gélatine des vibrations qui diffusent dans toutes les directions, tandis qu'un très faible attouchement ne provoque que des ondes de vibrations verticales. Il résulte de

là que si on percute à la surface du thorax ou de l'abdomen très doucement, ou ce qui revient au même, si avec les doigts on imprime à la paroi de petites secousses régulières, on produira des ondes de vibrations directement perpendiculaires au point intéressé. Ces ondes, si elles ne rencontrent que des organes peu denses, traverseront le thorax et l'abdomen jusqu'au dos et la main ne recevra aucune onde de retour; si au contraire, se trouve interposé un organe solide (cœur, foie, rate), une tumeur, une collection liquide, un foyer inflammatoire, ces ondes seront réfléchies et renvoyées à la main qui les perçoit sous forme de résistance.

On conçoit combien cette méthode est plus précise que la percussion forte dans laquelle les ondes diffusent en tous sens, si bien que les limites nettes de l'organe profond deviennent difficiles à indiquer. C'est pourquoi, tandis que les tracés du cœur par exemple obtenus par la percussion forte ne concordent presque jamais avec ceux que donne l'orthoradiographie, ceux que donne la percussion silencieuse, au toucher-palper léger, sont au contraire absolument concordants.

La recherche du symptôme n'est pas très difficile, bien qu'elle demande comme toute sensation tactile un certain apprentissage. Pour le thorax il vaut mieux, au moins au début, limiter sa palpation aux espaces intercostaux, pour éviter au croisement des côtes de les prendre pour le bord de la zône cherchée. La présence de poils abondants peut gêner la recherche du symptôme. Il sera difficilement perçu aussi à travers une considérable couche de graisse.

Dans la limitation du bord droit du cœur, la présence d'un angle aigu sur les côtes de certains sujets peut être très gênante; de même lorsque le cœur déborde en bas le sternum sa portion devenue abdominale est difficile à repérer.

Ces difficultés ne diminuent en rien d'une façon générale la valeur de la méthode qui peut selon ceux qui l'ont éprouvée donner des résultats précieux en rien comparables à ceux que fournit la percussion habituelle. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1910)

Sur l'accoutumance des bactéries aux antiseptiques. — M. Louis MASSON. On sait que les bactéries, soumises à l'action de quantités croissantes d'une substance antiseptique, peuvent acquérir la faculté de supporter des doses qui se montrent nocives pour les mêmes espèces non acclimatées.

On pouvait se demander si les races ainsi adaptées présentent un certain degré de fixité : une longue série d'expériences entreprises sur un petit nombre d'espèces à l'aide de quelques substances antiseptiques ont montré que l'accoutumance des bactéries à des doses croissantes d'antiseptiques est un phénomène temporaire. La propriété acquise est toujours suivie d'un retour à la résistance initiale et normale; c'est un exemple de résistance de l'espèce à la variation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1910)

Syndrome abdominal suraigu au cours d'une endocardite infectieuse latente avec abcès du pancréas. — MM. O. JOSUÉ et E. VELTER. Un homme de vingt-deux ans est pris brusquement d'une douleur abdominale atroce, siégeant sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic, avec facies péritonéal, pouls très rapide, vomissements sans ballonnement du ventre. Puis apparaît un ictère biliphéique. La température s'élève et le malade succombe le troisième jour de la maladie.

On songe à une perforation d'un organe abdominal ou à la lithiase biliaire infectée, peut-être à la rupture dans le péritoine de voies biliaires septiques.

A l'autopsie, le péritoine, l'estomac, l'intestin, l'appendice sont sains. Il y a trois petits abcès dans la tête du pancréas et de nombreux ganglions lymphatiques tuméfiés qui compriment le cholédoque. Le foie est profondément dégénéré. On trouve de plus une ulcération nécrotique récente sur la mitrale. Les abcès et l'ulcération contiennent du staphylocoque et l'on trouve des embolies de ce microbe dans tous les organes.

Le même tableau clinique a été signalé dans les suppurations étendues du pancréas, avec lésions de la totalité de la glande. Ce cas est remarquable par le petit volume des abcès et l'acuité extrême des symptômes. On peut se demander si ces manifestations ne sont pas, au moins en partie, la conséquence de la compression du plexus solaire par les ganglions lymphatiques tuméfiés.

L'ictère, qui est tout à fait exceptionnel dans les formes suraiguës, était dû, dans notre cas, à la compression du cholédoque par les ganglions tuméfiés.

Les lésions du foie sont très marquées. A côté des lésions cellulaires, des dilatations des capillaires trabéculaires, on y trouve des lésions de sclérose en voie d'édification : nodules infectieux en évolution vers la sclérose (sclérose additionnelle ou épypho-sclérose), amas de cellules hépatiques dégénérées en train d'être remplacées par une cicatrice fibreuse (sclérose de remplacement ou autyphosclérose).

On trouve enfin des embolies de staphylocoques dans des artérioles et des capillaires de tous les organes. Il est à remarquer que les amas microbiens n'ont déterminé aucune réaction dans les tissus. Il est probable que les germes ont été disséminés dans les derniers moments de la vie, alors que les moyens de défense étaient déjà brisés. Un rapprochement s'impose avec les cas où on a trouvé des microbes dans le liquide céphalo-rachidien, sans éléments cellulaires et sans réaction méningée.

Pour ce qui est de la filiation des accidents, l'endocardite ulcéreuse a été le point de départ des microbes qui ont déterminé les abcès du pancréas et les embolies terminales. L'endocardite est restée latente, jusqu'à ce que la localisation pancréatique et ganglionnaire ait donné lieu aux symptômes suraigus. Ajoutons que la dégénérescence des cellules du foie a été certainement une des causes principales de la mort rapide.

M. ROGER lit un mémoire fait en collaboration avec M. SABARÉANU et ayant pour titre : **Sur la déviation du complément par les sérosités syphilitiques.**

Délire suraigu au cours d'une pneumonie. Présence de pneumocoques dans le liquide céphalo-rachidien sans éléments figurés. Méningite diffuse histologique. — MM. G. GUILLAIN et Cl. VINCENT rapportent l'observation d'un malade de quarante-deux ans qui, au sixième jour d'une pneumonie du sommet, fut pris d'un délire aigu avec hallucinations, cris, puis tombant dans un état comateux, mourut en vingt heures. Pendant cette période délirante deux ponctions lombaires décelèrent dans le liquide céphalo-rachidien de très nombreux pneumocoques sans éléments cellulaires. L'étude des centres nerveux, après la mort, fit reconnaître une arachnoïdo-pie-mérite diffuse avec infiltration considérable de leucocytes polynucléaires et nombreux microbes dans la séreuse. Il n'y avait ni encéphalite ni myélite.

Ce cas s'ajoute à d'autres cas déjà publiés de méningites à pneumocoques sans réaction leucocytaire, mais avec présence de nombreux microbes dans le liquide céphalo-rachidien; ces

cas exceptionnels doivent être mis dans un cadre d'attente, car l'interprétation de ces faits n'est pas précisée. Chez ce malade la mort fut très rapide; il nous semble aussi vraisemblable que, avant l'exode leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien, il peut se produire dans la méninge une réaction défensive diffuse ou localisée. Le délire chez ce malade était conditionné par l'intoxication du cortex par les poisons sécrétés au niveau de la réaction méningée adjacente.

Goitre exophtalmique et rhumatisme aigu. — M. Souques montre un malade âgé de trente-cinq ans, qui fut pris, il y a cinq ans, de rhumatisme articulaire aigu franc, et consécutivement de syndrome basedowien : goitre, exophtalmie, crises de sueur, polyurie, tachycardie, etc., qui persiste depuis cette époque. L'évolution prouve que cette succession d'accidents (rhumatisme et maladie de Basedow) n'est pas fortuite, et que le goitre exophtalmique relève bien du rhumatisme aigu.

L'explication de pareils faits se base sur l'existence et la fréquence du « signe thyroïdien » étudié par H. Vincent dans le rhumatisme. Ce gonflement thyroïdien régit l'hyperthyroïdie et par suite le basedowisme.

Dans le groupe des maladies infectieuses capables de provoquer le goitre exophtalmique, il faut faire une place prépondérante au rhumatisme. Il ne semble pas que l'alcoolisme du sujet ou de ses parents constitue chez le rhumatisant une prédisposition basedowienne. L'action de la sécrétion thyroïdienne exagérée et perturbée sur le système nerveux, et spécialement sur le bulbe, semble suffire.

Dans le groupe des maladies de Basedow d'origine névropathique, un mécanisme analogue peut être supposé.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES ÉTATS POST-HÉMORRHAGIQUES

Par M. le docteur Gabriac.

Les hémorrhagies peuvent épuiser l'organisme, soit par leur abondance, soit par leur répétition. Ces dernières, surtout, ont une réelle gravité pour l'état général. C'est ainsi que l'on observe des femmes atteintes de fibromes ou de métrite fongueuse, des malades hémorrhoïdaires, etc., plus profondément anémiés par de petites, mais fréquentes hémorrhagies, que les malades qui ont subi de grands traumatismes sanglants.

Sans doute, le véritable traitement de ces anémies sera représenté par l'action chirurgicale, extirpant la lésion ; mais il y a aussi le traitement médical, indispensable pour lutter contre l'affaiblissement progressif et la dénutrition générale.

C'est à la médication ferrugineuse, eupeptique et phosphatée qu'il faudra nettement s'adresser en songeant qu'il n'y a pas de temps à perdre et que l'utilisation de remèdes plus ou moins actifs laisserait l'anémie se développer davantage.

Nous préconisons, quant à nous, comme préparation ferrugineuse, le malto-fer.

Tandis, en effet, que la plupart des ferrugineux de la thérapeutique sont des sels chimiquement constitués, et par conséquent peu assimilables, et qu'ils sont en outre constipants et congestifs, le malto-fer est une préparation protéique de fer et de manganèse à base de malt et qui est en tous points semblable au fer alimentaire introduit dans l'organisme avec les substances nutritives. Et de même que celui-ci est entièrement soluble et assimilable, le malto-fer est entièrement soluble, assimilable, et ses effets reconstituants sont des plus rapides et des plus nets.

Ce n'est pas, en effet, seulement par les propriétés antianémiques du fer que ce remède agit sur les hémorrhagipares, mais encore par l'action puissamment nutritive et oxydasique du manganèse, par les substances phosphorées du malt, et enfin par des principes diastasiques et catalysants.

En utilisant ce remède, il est constant d'observer une amélioration rapide et une reconstitution très nette de ces organismes affaiblis, épuisés par tant d'hémorrhagies, et autrement sérieuse que si l'on employait les sels ferrugineux ordinaires.

Comme médication eupeptique et phosphatée, signalons encore l'extrait de malt français Déjardin qui, préparé avec des céréales cultivées spécialement et dans des terrains superphosphatés, représente une des substances reminéralisatrices et dynamogéniques les meilleures de la thérapeutique.

Ainsi traités, les états post-hémorrhagiques perdent bientôt leur gravité; les malades retrouvent des forces, leur appétit renaît, et, grâce aux principes eupeptiques de l'extrait de malt français, ils digèrent normalement, ils augmentent de poids et peuvent bientôt supporter, sans danger, une opération chirurgicale ou attendre, comme dans le cas de fibrome, les transformations favorables que l'âge amène parfois sur la tumeur.

Ce qu'il est important de signaler encore c'est que le malto-fer n'a aucun des inconvénients des préparations de fer ordinaires, qu'il ne constipe pas et ne congestionne pas. Son usage chez les hémorrhoïdaires, de même que chez les hypertendus est sans aucun danger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

COMITÉ D'ORGANISATION DU IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS. — La réunion du IIIe Congrès des praticiens est fixée définitivement au jeudi matin 7 avril. La question suivante sera ajoutée au programme : « Syndicats médicaux et enseignement médical », M. le docteur Lafontaine (Paris).

LA VALEUR ALIMENTAIRE DE LA CHATAIGNE. — M. Balland, pharmacien principal de l'armée, vient de publier, dans la *Revue scientifique* du 22 janvier 1910, un travail d'où il résulte que les châtaignes tiennent un moyen terme entre le pain et les pommes de terre, et qu'elles renferment, en moyenne par kilogramme, 119 grammes d'amidon, 6 grammes de matières azotées et 8 grammes de graisse de plus que les pommes de terre. Si l'on tient compte de la plus value de ces deux derniers éléments, il y a donc dans un kilogramme de châtaignes, plus de matières nutritives que dans un kilogramme et demi de pommes de terre. En d'autres termes, lorsque les châtaignes achetées en gros sont à 0 fr. 15 le kilogramme, alors surtout que les pommes de terre sont à 0 fr. 10, il y a tout intérêt à choisir de préférence les premières.

LE LIVRE D'OR DES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Ce projet, dont la genèse date de quelques mois et qui entre aujourd'hui dans la phase d'exécution, est une œuvre grandiose, essentiellement patriotique, dont la France médicale tout entière ne peut que retirer honneur et profit, et sur lequel il nous paraît utile de donner ici quelques précisions pour l'édification de nos lecteurs.

Il s'agit d'une sorte de livre d'or, édité à l'occasion de l'exposition de Bruxelles, sous le nom générique de *La France thermale et climatique*, sous le patronage officiel du gouvernement et avec le concours du Syndicat général des médecins balnéaires qui s'est chargé de la rédaction.

Il contiendra une série de monographies en trois langues, français, anglais et espagnol, sur toutes les villes d'eaux et sur tous les centres climatiques de France. Chaque notice, rédigée d'après un programme uniforme, donnera les renseignements les plus précis et les plus exacts sur les conditions de vie et de séjour, sur les eaux et leurs indications thérapeutiques, sur les installations thermales et sur toutes les autres organisations saisonnières, avec accompagnement de vues et de plans qui compléteront heureusement la documentation. Ce sera le dernier mot, le mot officiel, le mot médical,

le mot impartial sur la France thermale et climatique de 1910 ; il fera autorité parmi les médecins et parmi les malades.

Ce livre d'or, luxueusement édité, sera tiré à 40 000 exemplaires. Il sera distribué gratuitement d'abord à tous les principaux médecins de France et surtout de l'étranger; en outre, il sera placé dans les bibliothèques ou dans les salons d'attente des sociétés savantes, des grands hôtels cosmopolites, des agences de voyage, des compagnies de transport et des syndicats de tourisme, où ils pourront être utilement consultés par tous ceux qui, à un titre quelconque, peuvent nous fournir ou devenir eux-mêmes les clients éventuels de nos stations.

Il est vraiment à souhaiter que cette œuvre généreuse rencontre partout, et surtout auprès des administrations thermales ou climatiques intéressées, le concours actif et dévoué dont elle a besoin pour son succès définitif. (Pour tous renseignements, écrire à l'Union des établissements thermaux de France, 69, rue de la Victoire, Paris.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 93, 24 nov. 1909.) DUMAREST : La cure de travail chez les tuberculeux. — (N° 94, 27 nov.) L. CHEVRIER : Les injections péritronculaires autour du nerf maxillaire supérieur. — (N° 95, 1er déc.) L. BROCQ : Les scarifications linéaires quadrillées dans le traitement du lupus vulgaire en général. — (N° 96, 4 déc.) L. BROCQ : Les scarifications linéaires quadrillées dans le traitement du lupus vulgaire du nez. — J.-A. SICARD : Les segments injectables du nerf maxillaire supérieur. — (N° 97, 8 déc.) Gilbert BALLET : La psychose périodique ; diagnostic des états maniaques. — (N° 98, 11 déc.) PINARD : La menstruation dans ses rapports avec l'ovulation, la fécondation, la gestation et l'allaitement. — (N° 99, 15 déc.) Maxime MÉNARD : Des erreurs en radiographie. Leurs causes, considérations médico-légales. — (N° 100, 18 déc.) Ch. LAUBRY, Ch. ESMEIN et G. FOY : Sur la bradycardie transitoire isolée ou alternant avec la tachycardie paroxystique. — (N° 101, 22 déc.) BENSAUDE : Traitement du syndrome de Maurice Raynaud par les douches d'air chaud. — (N° 102, 25 déc.) CHARPENTIER : Les hémiplégies, leur traitement.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 47, 21 nov. 1909.) P. NADAL : Cancer et régime lymphatiques. La ligne de partage des lymphes. Les réseaux d'indifférence. — R. BRANDEIS : Recherche des concrétions, des débris organisés, des parasites supérieurs dans les fèces. Dispositif pratique. — (N° 48, 28 nov.) LALESQUE : Urticaire et prurigo de la processionnaire du pin maritime. — (N° 49, 5 déc.) P. NADAL : Comment s'inocule la plaie opératoire du cancer cutané? — AUGISTROU : Phénomènes d'Arthus dus à l'anaphylaxie sérique chez un enfant de six ans. — (N° 50, 12 déc.) P. CARLES : Le sélénium dans les eaux minérales. — L. VERDELET : Tuberculose herniaire et péritonite tuberculeuse. — AUBARET : Sac lacrymal biloculaire. — (N° 51, 19 déc.) CODET-BOISSE : A propos d'un cas d'ostéotomie sous-trochantérienne pour coxalgie avec attitude vicieuse. Difficulté du diagnostic de guérison de la coxalgie. — H.-L. ROCHER : Sarcome de la colonne vertébrale chez un bébé de treize mois. Extirpation. Guérison. — (N° 52, 26 déc.) ROUHET : Gangrène foudroyante des organes génitaux. — R. LAUTIER : A propos de la nouvelle réaction de Gangl pou différencier les exsudats d'avec les transsudats.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 45, 11 nov. 1909.) René VERHANGEN : La cirrhose biliaire. — (N° 46, 18 nov.) Consacré au LXXVe anniversaire de l'Université. — (N° 47, 25 nov.) BOULENGER : Quelques appréciations étrangères sur l'assistance des aliénés en Belgique. — A. VAN LINT : Accidents oculaires provoqués par l'électricité. — (N° 48, 2 déc.) Jean DE SMETH : Traitement des rétrécissements filiformes blennorragiques non compliqués de fistules ou de tumeurs urineuses. — Ernest RENAUX : La paralysie spinale infantile. Etiologie et épidémiologie. — (N° 49, 9 déc.) VAN de POEL : De l'amputation de la pulpe. — A. LAMBOTTE : La théorie des chaînes latérales d'Ehrlich estelle d'accord avec les faits? — (N° 50, 16 déc.) BOUCHÉ : Une nouvelle proposition de loi sur le régime des aliénés.

Lyon chirurgical. — (N° 7, 1er déc. 1909.) VIGNARD et MONOD : Le corset orthopédique (10 fig.). — MOURIQUAND : Notes sur quelques points de séméiologie de la médiastino-péricardite, d'après les observations de cardiolyse. — TAVERNIER : Sur le traitement chirurgical des thrombophlébites du sinus caverneux (1 fig.). — SARANTIS-PAPADOPOULOS : Les pseudarthroses congénitales de la jambe et leur traitement. — (N° 1, 1er janv. 1910.) Cl. et Fr. MARTIN : Traitement des fractures du nez et des déviations de la cloison nasale (25 fig.). — Ch. VIANNAY : Huit cas de laryngostomie avec dilatation. — L. TIXIER et Léon THÉVENOT : Les abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire.

Lyon médical. — (N° 47, 21 nov. 1909.) A. PIC et Ch. ROUBIER : Paraplégie spasmodique permanente au cours d'une urémie lente. — (N° 48, 28 nov.) H. ROUDET : Quelques réflexions d'un médecin de campagne sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — (N° 49, 5 déc.) CHATIN : De la contagion inférieure dans les hôpitaux d'enfants et des moyens d'y remédier. — (N° 50, 12 déc.) PIÉRY : Les données récentes sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des cirrhoses du foie. — (N° 51, 19 déc.) M. POLLOSSON : Nouveau mode de traitement des métrorragies. — DE TEYSSIER : La gélatine administrée par la bouche dans le mélæna du nouveau-né. — (N° 52, 26 déc.) WEILL et MOURIQUAND : Localisations tardives de la typho-bacillose infantile. — (N° 1, 2 janv. 1910.) WEILL : Le traitement systématique des broncho-pneumonies.

Montpellier médical. — (N° 46, 14 nov. 1909.) EUZIÈRE : Appendicite et pneumonie. — JUSEPHOVITCH : Des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (*suite*). — (N° 47, 21 nov.) EUZIÈRE : Appendicite et pneumonie (*suite*). — JUSEPHOVITCH : Des formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (*fin*). — (N° 48, 28 nov.) E. JEANBRAU : L'organisation de l'enseignement de la clinique urologique. — L. MARTIN : Le précipito-diagnostic du kyste hydatique. — (N° 49, 5 déc.) JEANBRAU et GALEN : A propos des erreurs d'interprétations radiographiques d'ombres situées sur le trajet de l'uretère. — L. RIMBAUD : Hémiplégie et tension artérielle. — L. MARTIN : Le précipito-diagnostic du kyste hydatique. — (N° 50, 12 déc.) CARRIEU : Des injections intra-rachidiennes d'électro-mercurol dans le tabes et les méningo-myélites chroniques. — (N° 51, 19 déc.) E. ESTOR : Résultats du traitement de l'exstrophie de la vessie. — (N° 52, 26 déc.) ESTOR : Résultats du traitement de l'exstrophie de la vessie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 24 janvier 1910. — MM. Rouffignac, 6; Bruslé, 7; Parlitch, 3; Maurer, 9; Rouillard et Petit (Henri), 7; Kemhadjian, 5; Mlle Lang, 2; MM. Bergeret, 6; Plaisant, 7; Colombe, 10.

Anatomie. — Séance du 24 janvier. — MM. Huyghues-de-Beaufond, 9; Brun, 6; Bollack, 13; Mlles Hertz, 12; Leven, 11; MM. Patenostre, 8; Weber (André), 10; Rousseau (Fernand), 11.

Prochaine séance jeudi 27 janvier, à cinq heures un quart, à la Charité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par dérogation aux articles 2 et 12 de l'arrêté du 15 mars 1907, les concours pour l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris s'ouvriront en 1910 dans la première semaine du mois d'avril.

— PRIX A DÉCERNER EN 1910. — Les prix Corvisart et Saintour que la Faculté de médecine doit décerner en 1910 sont ainsi arrêtés :

Prix Corvisart. — Epanchements pleuraux.

Prix Saintour. — Recherches du treponema dans ses diverses localisations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRIX A DÉCERNER EN 1910. — *Prix Marjolin Duval* (300 francs). Prix annuel à l'auteur (anc. int. des hôp. ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1910.

Prix Dubreuil (400 francs). Prix annuel, destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie. — Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er novembre 1910.

Prix Laborie (1.200 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. — Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

EXPOSITION DU IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE. (PARIS, 29 MARS - 2 AVRIL 1910). — La classe IV de l'Exposition du IIIe Congrès international de physiothérapie, qui se tiendra à Paris du 29 mars au 2 avril prochain à la Faculté de médecine, est réservée aux journaux et livres de thérapeutique physique, aux travaux radiographiques, dessins ou tracés.

Les médecins qui désirent y participer sont priés d'adresser le plus tôt possible l'indication exacte et la nature de leurs travaux au docteur Albert-Weil, directeur de l'Exposition, 21, rue d'Edimbourg à Paris. L'emplacement nécessaire est mis gratuitement à leur disposition s'ils sont membres du Congrès.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL LARYNGO-RHINOLOGIQUE. (BERLIN 1911.) — Ce congrès doit avoir lieu à Berlin en 1911, à la fin d'août ou au commencement de septembre. Adresser les demandes relatives au Congrès au secrétaire du Comité exécutif, M. le professeur Rosenberg, Berlin N.W. 6, Schiffbauerdamm, 26, ou à M. le docteur Finder, Berlin N.W. 62, Nettelbeckstrasse, 17, secrétaire du Comité international, qui s'est réservé de déterminer les rapports et les rapporteurs.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le dimanche 6 février, à 10 heures du matin et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans son laboratoire, une série de conférences sur le radio-diagnostic des maladies de l'appareil digestif : œsophage, foie, estomac et intestin.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 3 février 1910 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 9 février, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 11 nov. 1909.) P. Römer : Sur les rapports quantitatifs de la pénétration des anticorps dans la cornée dans l'immunisation passive. — Kleine : Nouvelles observations sur les mouches tsé-tsé et les trypanosomes. — Kuhn et Addenhoven : L'importance décisive de la diminution de l'acidité des tissus pour la formation du sang. — Meltzer : Sur la physiologie et la pharmacologie du magnésium et du calcium. — Kuhn : Le compresseur d'air à l'hôpital. — Goldbladt : Communications casuistiques et thérapeutitiques sur la claudication intermittente. — Ziemendorff : Sur la décapsulation rénale dans l'éclampsie. — Natanson : Amaurose toxique après absorption d'esprit de bois. — (N° 46, 18 nov.) M. Grüber : Hérédité, élite et hygiène. Ribbert : Sur la néphrite et sur l'inflammation des organes parenchymateux. — Hildebrandt : Sur la chirurgie du cervelet. — Henkel : Contribution à la glycosurie chez les femmes. — Baisch : Hébostéotomie et césarienne extrapéritonéale. — Krönig : Contribution à l'emploi de la compression de l'aorte d'après Momburg dans une hémorragie du post-partum. — Heine : Sur le diagnostic et le traitement du glaucome. — Weygandt : L'imbécillité au point de vue clinique. — Creupel : Sur la combinaison des médicaments. — Hœrder : Simplification de la technique des opsonines. — Schmidt : Valeur diagnostique de l'examen du sang dans le saturnisme. — Anfrecht : Nouvelle méthode rapide de dosage de l'albumine urinaire. — (N° 47, 25 nov.) Fürbringer : Pronostic de l'albuminurie et médecine des assurances. — Kolle : Sur la question de la sérothérapie du choléra asiatique. — Grüber : Hérédité, élite et hygiène. — Forschbach : Tentatives de traitement du diabète par le « pancreas hormon » de Zuelzer. — Walters : Le traitement du lupus. — Faulhaber : L'état actuel de la radiothérapie. — Davidsohn : Les poses pour rayons Röntgen à la lumière du jour. — Engels : Sur la recherche de l'albumine dans la pratique. — Lichtenstein : Appareil pour préparer proprement et stérilement la nourriture des enfants. — Feilchenfeld : Sur une dermite provoquée par la teinture des gants.

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1909.) E. Poucel : Un cas de tétanos guéri par le traitement local. — Oddo : Déviation postéro-latérale gauche du cœur. — Fiolle et Barbe : Sur les attitudes vicieuses de la coxalgie. — Livon : Sur le mode d'action de la sécrétion hypophysaire. — (N° 24, 15 déc.) Silhol : Leçon d'ouverture du cours de pathologie externe. — Farnarier : L'huile à l'acoïne comme analgésique. — Trastour : Dextrocardie par sclérose pulmonaire. — (N° 1, 1er janv. 1910.) Audibert et F. Mongès : L'auto-sérothérapie de l'ascite. — Reynès : Auscultation sus-pubienne de la vessie. — Riss : Le procédé de Momburg en obstétrique. — Corsy : Deux cas de méningites cérébro-spinales.

Presse médicale. — (N° 94, 24 nov. 1909.) Comandon : L'ultramicroscope et la cinématographie. — (N° 95, 27 nov.) E. Weill et G. Mouriquand : Typho-bacillose de Landouzy et localisations tardives de l'infection tuberculeuse aiguë chez l'enfant. — (N° 96, 1er déc.) P. Hartenberg : La cyclothymie. — G. Leven et G. Barret : Diagnostic d'appendicite et radioscopie gastrique. — (N° 97, 4 déc.) Pierre Delbet : Les concours et l'enseignement clinique. — A. Bauer : Infantilisme et chétivisme. — (N° 98, 8 déc.) F. Balzer et Guénot : Dermatite polymorphe récidivante avec kystes épidermiques. Traitement de la dermatite polymorphe par l'adrénaline. — L.-M. Pautrier : La cure d'exfoliation en dermatologie. — J. Larat : Contribution au diagnostic de la névrose traumatique. Son syndrome réactionnel électro-musculaire. — (N° 99, 11 déc.) Mosny et Stern : Pleurésies bloquées. — Baudran : Milieux artificiels pour la culture du bacille de Koch. — (N° 100, 15 déc.) Marcel Lermoyez : La prévision de la méthode otogène. — L. Viel : La toxicomanie. — (N° 101, 18 déc.) E. Weill et G. Mouriquand : Le rhumatisme prolongé des goitreux. — H. Bénard et Louis Lamy : Angiomes profonds douloureux des membres. — L. Chevrier : Quelques réflexions personnelles sur la lutte contre le cancer par le radium. — C. Fleig : Eaux minérales radio-actives et sérums artificiels radio-actifs. Leur action sur la survie d'organes ou d'éléments cellulaires isolés du corps. — L. L. Ozoux : Valeur du procédé d'Esbach-Paquet pour la recherche quantitative de l'albumine urinaire. — (N° 102, 22 déc.) Richaud : Chimisme intestinal des graisses alimentaires. — Hennequin et Kuss : Séméiologie des fractures du col du fémur. Similitude des symptômes dans les fractures intra et extra-capsulaires lorsque le trait de fracture a la même direction. — Martinet : Dosage clinique de l'acidité urinaire. — (N° 103, 25 déc.) H. Hartmann : Quelques considérations sur l'amputation périnéale haute du rectum. — J. Séglas et Strochlin : Alcoolisme chronique, cirrhose, atrophie du foie, psycho-polynévrite.

Province médicale. — (N° 51, 18 déc. 1909.) M. Jaboulay : Stades de développement d'une sarcosporidie dans un épithéliome du sein. — Lenoble et Chapel : Périviscérites disséminées à forme de symphyse péricardo-périhépatique. Anévrisme sacciforme de l'aorte à son origine avec adhérence et communication avec l'artère pulmonaire, sans maladie bleue.

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc. 1909.) Okinczic : Atrésie congénitale du côlon (micro-côlon); ses relations avec la maladie de Hirschprung. — Gougerot et Caraven : Hémisporose humaine (nouvelle mycose) [avec 14 fig.]. — Lenormant et Verdun : La lipomatose symétrique à prédominance cervicale et son traitement chirurgical (*suite et fin*).

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc. 1909.) Nolf et Herry : De l'hémophilie. Pathogénie et traitement (premier mémoire). — Voris et Anglada : Le syndrome de Hogdson. Etude de séméiologie et d'anatomo-clinique. — Mosny et Malloizel : Splénopneumonies (troisième mémoire avec 3 tracés). — Amblard : L'opsiurie dans ses rapports avec les cures de diurèse (avec 4 tracés). — Mosny et Malloizel : Splénopneumonies (quatrième mémoire).

Revue neurologique. — (N° 21, 15 nov. 1909.) André Thomas et Jumentié : Sur la nature des troubles de la motilité dans les affections du cervelet. Dysmétrie. Tremblements kinétique et statique. Mouvements cloniques. Perturbation des réactions d'équilibration. Asynergie (5 fig.). — Gabriel Boudet : Hémianopsie latérale homonyme droite. Perte du sens d'orientation. Ramollissement du lobe occipital gauche (3 fig.). — (N° 22, 30 nov.) A. Souques : Trépanation cranienne décompressive suivie d'aphasie transitoire et d'amélioration durable, dans un cas de tumeur cérébrale. — J. M. Raïmiste : Symptôme de la paralysie centrale organique du membre supérieur. — (N° 23, 15 déc.) Ch. Lafon : La pathogénie du signe d'Argyll-Robertson. — N. Nouet et L. Trepsat : Apparition simultanée du syndrome catatonique et de l'épilepsie chez le même malade.

A PROPOS DE LA VARIOLE-VACCINE

Par MM. KELSCH, TEISSIER et L. CAMUS.
Collaborateurs : MM. TANON et DUVOIR.

La communication, que nous avons eu l'honneur de faire à l'Académie en juillet dernier sur la variole-vaccine (1), paraît avoir ému les directeurs des Instituts vaccinogènes de Hambourg et de Strasbourg, si nous en jugeons par un article qu'ils ont fait paraître récemment dans la *Gazette des hôpitaux* (28 oct. 1909). Nous ne comprenons guère ce sentiment, car les faits que nous avons portés à la tribune de l'Académie ne sont pas plus subversifs et tout aussi suggestifs que celui dont M. Mevius, directeur de l'Institut vaccinogène d'Oppeln, a entretenu le dernier congrès vaccinal à Hambourg. De part et d'autre la génisse est devenue vaccinifère, dans un milieu vaccinogène, sans avoir reçu de la lancette ni virus variolique, ni virus vaccinal. Voilà un fait, un fait brut, qui appelle la méditation et l'expérimentation plutôt que la discussion. Les auteurs ont pensé qu'ils avaient encore un autre devoir à remplir. Ils ne dédaignent sans doute pas les leçons de choses et ils interprètent comme nous celles qui se dégagent de nos inoculations à blanc. Mais ils ont cru devoir répondre publiquement à notre travail par une réfutation d'idées et d'opinions qui ne sont ni dans notre texte ni dans notre esprit. L'exorde de leur article nous a causé un pénible étonnement, et nous a contraints de remettre les choses au point, malgré notre peu de goût pour la polémique, surtout à l'égard de collègues pour lesquels nous professons des sentiments de haute estime.

C'est ainsi que, d'après les auteurs, nous aurions insinué que la variole-vaccine, obtenue hors de France, n'est point le produit d'une transformation variolo-vaccinale. « Il ne s'agit, aurions-nous écrit, que du résultat d'une inoculation vaccinale effectuée fortuitement sur la région variolisée des bovidés, en un mot d'une infection spontanée à l'étable. » Or, cette phrase, encadrée entre deux guillemets, comme si elle était empruntée textuellement à notre travail, n'y figure nulle part. On serait embarrassé d'en trouver la pensée, même en lisant entre les lignes, car nous nous sommes gardés de tirer une pareille conclusion de nos recherches, et même de la laisser entrevoir.

Nous avons exprimé notre perplexité devant le contraste qui oppose les succès que la transformation variolo-vaccinale enregistre à l'étranger, aux efforts impuissants, stériles, tentés en France pour la réaliser. Quoi de plus légitime que ce sentiment? D'autre part, ayant vu survenir une éruption vaccinale sur plusieurs génisses inoculées à blanc et placées dans une étable vaccinifère, nous nous sommes dit que si notre lancette avait été chargée d'une goutte de pus variolique mêlée à la glycérine, nous n'aurions pas hésité à nous féliciter d'avoir créé une souche variolo-vaccinale. Est-ce que la surprise causée par le résultat de nos inoculations à la glycérine n'appelait pas cette réflexion?

Le seul enseignement que nous ayons tiré de cette expérience, c'est qu'il ne faut accepter qu'à bon escient les succès réalisés dans de pareilles conditions, et nous avons ajouté : des résultats de ce genre n'ont-ils pas été parfois inscrits à l'actif des succès? Cette question n'est-elle point autorisée par notre expérience et ne se justifie-t-elle point par la prudence exigible dans ces tentatives?

« S'appuyant sur ces expériences, continuent les auteurs, M. Kelsch pense que les tentatives de transformer la variole en vaccine et de renouveler ainsi les semences vaccinales n'aboutiront pas, et l'Académie de médecine l'a encouragé dans cet avis par de vifs applaudissements. »

Cette citation ne nous a pas moins surpris que la précédente ; nous cherchons en vain de quel passage de notre texte se sont inspirés MM. Voigt et Kuhn pour nous attribuer ce désavœu des tentatives de transformation variolo-vaccinale? Notre pensée s'est exprimée d'une façon si claire dans nos conclusions, que le lecteur ne peut douter de notre foi dans le bien fondé de cette opération. Que la *Gazette des hôpitaux* en juge par la citation suivante : « Malgré tout, nous inclinons à penser que les deux maladies (variole et vaccine) dérivent l'une de l'autre ou d'une souche commune. Si la preuve n'en est pas faite, celle de leur dualité originelle n'est pas mieux démontrée. Personne ne peut affirmer qu'elles ont toujours été individualisées comme elles nous apparaissent aujourd'hui. *L'idée que la vaccine n'est qu'une transformation de la variole est simple et logique, et nous nous y rallions en principe.* Cette transformation, sans doute, ne réussit que rarement, de l'aveu même de ceux qui l'ont entreprise avec succès, et nous ignorons à quelle loi elle est subordonnée, ou dans quelles conditions elle s'effectue. Peut-être arrivera-t-on un jour à pénétrer ce mystère. N'a-t-on pas soutenu naguère que la tuberculose des oiseaux était distincte de celle des mammifères, jusqu'au jour où Fischl, de Prague (1893), fut parvenu à transformer le bacille humain en bacille aviaire, en le cultivant dans l'œuf de poule, puis sur l'agar glycériné? Mais si en principe nous acceptons l'unicité primordiale des deux virus, en pratique nous sommes bien contraints, par nos longues et stériles tentatives de transformation de l'un dans l'autre, de renoncer à compter sur la variole-vaccine, *du moins dans le présent*, pour renouveler nos semences vaccinales. »

C'est sans doute ce dernier passage qui a inspiré aux auteurs la pensée que nous étions réfractaires à ce mode d'entretien des bonnes semences. Nous nous sommes bien gardés d'écrire que les tentatives de transformation variolo-vaccinale n'aboutiront point : nous avons simplement marqué que n'y ayant point réussi, nous sommes contraints, *du moins dans le présent*, à renoncer à renouveler nos semences par la variole-vaccine. En bonne logique, pouvions-nous tenir un autre langage? Mais le présent ne préjuge pas de l'avenir. L'aveu de notre im-

(1) Recherches expérimentales présentées à l'Académie de médecine par MM. Kelsch, Tessier et Camus, avec la collaboration de MM. Tanon et Duvoir (voir analyse, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 77, p. 982).

puissance actuelle ne porte aucune atteinte à nos convictions si nettement affirmées dans la profession de foi exposée plus haut, ni à nos espérances de succès futurs en vue desquels nous continuons nos tentatives variolo-vaccinales. A cette heure même, des génisses sont inoculées avec du virus variolique envoyé de Madrid, et d'autres le seront au premier jour avec du virus d'origine algérienne. Nous rendrons compte en temps opportun de ces nouvelles expériences.

Quant aux marques d'approbation de l'Académie, que MM. Voigt et Kuhn nous permettent de leur expliquer leur véritable signification. Elles se sont produites après que nous eûmes formulé la conclusion fondamentale de notre travail, à savoir « qu'il convient de faire des réserves à l'égard des résultats des tentatives de transmission de la variole dans les Instituts vaccinogènes, et que de pareilles recherches, pour être à l'abri de toute objection, doivent s'entourer de précautions plus rigoureuses que celles qui ont été mises en pratique jusqu'à présent ». C'est cette proposition qui a reçu l'adhésion de l'Académie; elle n'est autre que celle de M. Mevius lui-même, c'est à elle que s'adressaient ces marques d'approbation. C'est en vain qu'on tenterait d'en élargir ou d'en dénaturer le sens. Notre travail n'a eu qu'un but, mettre une fois de plus en évidence les risques que l'on court en opérant dans un Institut vaccinal, et, nous ajoutons, même dans un foyer variolique, car le vaccin s'y manie d'habitude *larga manu*, et a bien des chances de s'inoculer accidentellement aux génisses introduites dans un pareil milieu.

La variole-vaccine soulève d'intéressantes questions de pathologie générale qui n'ont pas souvent été abordées, que nous sachions. Sa portée pratique a presque seule absorbé l'attention jusqu'à présent. C'est sans doute un point de vue dont l'importance est primordiale, mais il n'épuise point l'intérêt qui s'attache à cette étrange question. Il est tout naturel de se demander, mais bien difficile de décider si, dans ce passage d'une maladie à l'autre, il y a réellement transformation dans le sens rigoureux du mot, ou simplement atténuation. Pasteur avait eu la pensée, fort rationnelle, que la vaccine n'était peut-être qu'une variole adoucie. Il serait difficile de lui attribuer purement et simplement ce caractère, car jamais la première n'a fait retour à la seconde, ni spontanément, ni à la faveur des moyens artificiels mis en œuvre pour lui faire accomplir ces coups en arrière. D'autre part, au milieu de la diversité de leurs modalités cliniques, les deux affections restent parfaitement distinctes. Il y a des varioles graves et des varioles bénignes, des vaccines fortes et des vaccines faibles. Mais les vaccines fortes restent toujours vaccines, sans jamais franchir la barrière qui les sépare de la variole faible. Si donc la variole est susceptible de passer à la vaccine, celle-ci est incapable de remonter à son origine. Il en serait sans doute différemment, si la réalisation variolo-vaccinale se réduisait à une simple atténuation.

La variole-vaccine nous apparaît comme un type unique dans la pathologie; théoriquement elle reste jusqu'à nouvel ordre un problème insoluble pour notre esprit.

DISPOSITIF NOUVEAU DE TRAITEMENT

DES

FRACTURES DIAPHYSAIRES DU FÉMUR

CHEZ L'ENFANT

Par M. BINET,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy.

La fracture du fémur est, chez l'enfant, d'observation journalière. Sa cause réside bien évidemment dans la turbulence et l'imprudence qui caractérisent le jeune âge, aussi sa fréquence augmente-t-elle à mesure que l'enfant grandit et se livre à des jeux plus bruyants. Ce sont les fractures diaphysaires qu'on a le plus souvent l'occasion de constater, ce sont elles que nous aurons en vue ici. Et, remarquons-le, le siège le plus habituel de ces fractures est la partie moyenne du corps.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, la fracture est souvent sous-périostée et ne s'accompagne d'aucun déplacement. A un âge plus avancé, la fracture en bois vert se traduit par une incurvation à convexité antérieure et externe ou antérieure et interne suivant que cède le côté externe ou interne du fémur.

Enfin, la déchirure du périoste et la saillie des fragments s'accusent à partir de dix et douze ans. Les désordres augmentent avec l'âge et il est assez fréquent d'observer, comme chez l'adulte, des raccourcissements et des déplacements. Ces déplacements se font d'ailleurs suivant une règle à peu près immuable. Le fragment supérieur entraîné par l'action du muscle psoas pointe en avant et en dehors. Il en résulte une incurvation anormale de la cuisse à convexité antéro-externe. En même temps l'axe du membre a généralement subi un mouvement de rotation en dehors.

Trois méthodes de traitement sont à l'heure actuelle employées pour assurer la réduction et la contention de ces fractures diaphysaires du fémur. On me permettra de les rappeler ici :

1° L'extension continue horizontale;

2° L'extension continue verticale;

3° La réduction manuelle suivie de l'application d'un appareil contentif et plus spécialement d'un appareil plâtré.

L'extension continue horizontale peut être réalisée au moyen des appareils bien connus de Tillaux et d'Hennequin. Excellents chez l'adulte, ces appareils ne sont pas d'application aisée dans le jeune âge. Les enfants cherchent avant tout à se débarrasser de ce qui les gêne. Ils doivent donc être immobilisés dans un appareil solide, à l'abri de leurs efforts de destruction. L'extension continue horizontale, malgré les dispositifs perfectionnés proposés par un grand nombre de chirurgiens, et en particulier

par M. Piéchaud (1), ne nous semble pas répondre à ces desiderata. Je ne vois à l'extension continue qu'une indication, mais celle-là assez formelle pour mériter quelques explications, c'est la fracture fémorale du nourrisson. La planche à extension continue si ingénieusement établie par M. Frœlich permet le déplacement aisé du nourrisson et son allaitement au sein. On trouvera dans la thèse de Lelorrain tous les détails relatifs à la construction de cet appareil (2).

L'extension continue verticale présente chez l'enfant sur l'extension horizontale un certain nombre d'avantages. Tout d'abord elle permet plus facilement les soins de propreté. Elle évite la souillure de l'appareil par l'urine. Enfin le psoas, étant, dans la flexion de la cuisse sur le bassin, en état de relâchement, cesse d'agir sur le fragment supérieur. Ce qui facilite la réduction. C'est donc surtout dans les fractures haut situées, dans celles qui intéressent le tiers supérieur de la diaphyse fémorale que cette méthode mérite d'être conservée. De fait l'extension verticale, préconisée par Bryant dès 1876, par Bruns, Lentze, Kummel, a donné entre les mains de MM. Bœckel de Strasbourg, Vincent de Lyon et Frœlich d'excellents résultats. Malheureusement, elle est passible du même reproche que l'extension horizontale, à savoir les difficultés de surveillance de l'appareil.

La troisième méthode de traitement des fractures diaphysaires du fémur consiste à obtenir, dans un premier temps, la réduction par des tractions manuelles, puis cette réduction obtenue et maintenue, à immobiliser, dans un second temps, le membre inférieur dans un appareil contentif. Pour la confection de cet appareil l'amidon (Scutin 1834) et la dextrine (Velpeau) sont abandonnés; la gomme laque, le carton, la cellulose, le feutre plastique sont d'un usage exceptionnel; le plâtre, au contraire, grâce à sa dessiccation rapide et à son emploi facile, extemporané, est la substance de choix. Cette méthode est-elle préférable aux précédentes? Incontestablement à certains points de vue. L'appareil une fois appliqué, en supposant que la réduction soit parfaite, ne nécessite une surveillance que dans les vingt-quatre premières heures. Dès qu'on s'est assuré que les troubles de compression ne sont plus à redouter, l'enfant peut être abandonné aux soins irréfléchis de son entourage jusqu'à l'époque de la consolidation, sans qu'il y ait lieu de craindre un déplacement quelconque des fragments. C'est là un avantage appréciable chez les malades hospitalisés, car la durée de l'hospitalisation peut être singulièrement réduite. De plus, l'immobilisation du petit blessé peut n'être pas aussi absolue qu'avec l'extension. L'enfant pourra quitter son lit, pour être étendu sur une chaise longue. Les soins de propreté seront ainsi facilités. On objectera peut-être que les appareils plâtrés s'abîment rapidement au contact de l'urine et des selles chez les enfants en bas âge. Cet inconvénient peut être facilement évité en enduisant le plâtre avec de l'axonge au niveau des organes génito-urinaires ou en le recouvrant de taffetas gommé ou mieux encore de bandes imprégnées d'une solution de silicate de potasse. Toutefois l'écueil de cette méthode réside dans le fait suivant : la contracture musculaire peut, même chez l'enfant, opposer à la traction manuelle une résistance suffisante pour entraver la réduction. D'autre part, au moment de l'application de l'appareil, l'inexpérience de l'aide, qui relâche sa traction ou l'exerce dans une direction vicieuse, peut être cause d'une déformation définitive du membre inférieur.

Aussi, avons-nous cherché à cumuler à la fois les avantages de la réduction par l'extension continue et de la contention par l'appareil plâtré dans le dispositif suivant, que chaque chirurgien pourra modifier à son gré, mais dont les principes essentiels méritent d'être mis en valeur.

1° La réduction est obtenue par une extension horizontale appliquée pendant un temps suffisant pour faire cesser toute contracture musculaire; ce temps varie suivant le degré du chevauchement et l'âge du sujet ou plus exactement la force de sa musculature. Il n'excède pas un quart d'heure.

2° Cette extension installée par le chirurgien lui-même dans une direction, telle que le membre inférieur soit parfaitement rectiligne, est maintenue automatiquement, sans le concours d'aucun aide, pendant toute la durée de l'application de l'appareil.

3° L'appareil prend point d'appui sur des saillies osseuses, en haut sur les crêtes iliaques, en bas sur les malléoles. C'est là une condition indispensable, signalée déjà par Desault, car la fracture ne sera maintenue réduite pendant tout le temps de sa consolidation qu'autant que l'écartement qui sépare ces saillies osseuses extrêmes demeurera immuablement fixe.

Voici maintenant les détails de la technique que nous employons :

Premier temps. — La traction est installée à l'aide de bandes de diachylon comme dans l'appareil de Tillaux (fig. 1). Je ne verrais pour ma part aucun inconvénient à l'exercer plus simplement au moyen d'un étrier en diachylon qui emboîterait exactement

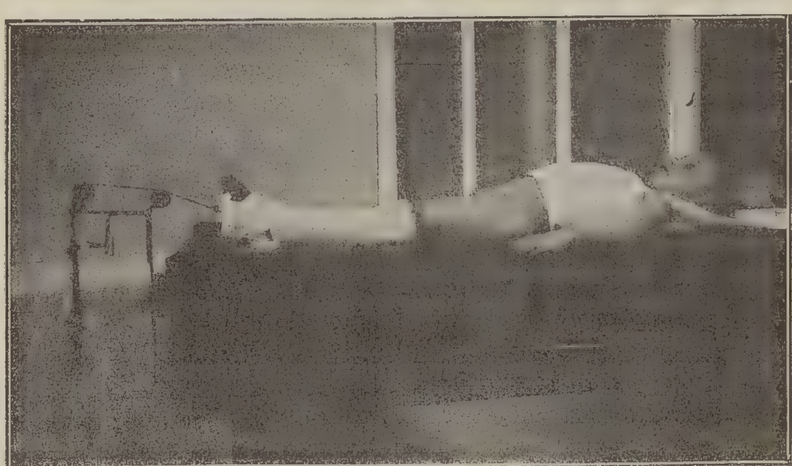


FIG. 1. — *Appareil de Tillaux.*

(1) PIÉCHAUD. *Précis de chirurgie infantile*, p. 116 et suiv.

(2) LELORRAIN. *Traitement des fractures de cuisse chez le nourrisson*, Th. de Nancy, 1908, p. 48 et suiv.

l'astragale en avant, le calcanéum en arrière et dont les branches seraient dans l'axe des malléoles, comme l'a proposé M. Delbet dans l'application des appareils de marche pour fracture de jambe.

Mais dans ce cas les points qui supportent la pression doivent être matelassés de ouate.

Deuxième temps. — Le malade est placé sur un

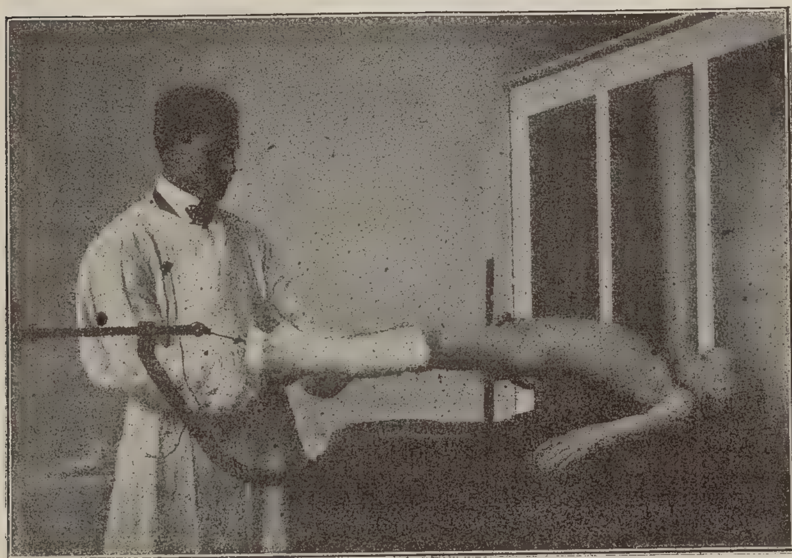


Fig. 2. — *Réduction par la vis de Lorenz.*

pelvi-support. Le modèle de ce pelvi-support n'est pas indifférent. Il doit être muni d'une tige verticale qui prenant point d'appui sur le périné, fait en quelque sorte la contre-extension.

Troisième temps. — L'extension est alors réalisée par une cordelette qui vient se réfléchir sur une poulie et à laquelle sont suspendus des poids. Au dire d'Hamilton, jusqu'à l'âge de vingt ans, les poids tracteurs doivent être calculés à raison de 1 kilogramme par année d'âge. A mon sens, il y a là une exagération ; une traction de 3 à 6 kilogrammes étant suffisante, en règle générale, à une réduction parfaite. Je préfère encore réaliser la traction au moyen de la vis de Lorenz (fig. 2). Le membre fracturé étant ainsi en bonne position, le rôle de l'aide se bornera au maintien du membre sain.

Quatrième temps. — Le bassin et le membre sont recouverts de deux lames de ouate.

Cinquième temps. — Les bandes plâtrées sont exactement enroulées depuis le bassin jusqu'à la semelle plantaire, de façon à prendre point d'appui sur les crêtes iliaques d'une part, sur les malléoles d'autre part. Six épaisseurs de bandes suffisent chez les jeunes enfants. Huit sont nécessaires chez les enfants plus âgés.

Sixième temps. — On attend la dessiccation de l'appareil et il ne reste plus qu'à couper, au ras de la semelle, les bandes de traction.

Le malade devra demeurer en surveillance pendant vingt-quatre heures.

Les troubles de compression qui pourraient survenir, si la striction avait été exagérée ou si l'œdème du membre survenait tardivement, se traduiraient par une modification de coloration des orteils (cyanose ou pâleur extrême) et par des douleurs plus ou moins vives. Dans ce cas, la section immédiate de l'appareil s'impose.

Chez les enfants. la consolidation des fractures du fémur ne nécessite que quatre à cinq semaines au maximum. Il faut se garder de prolonger plus longtemps l'immobilisation dans l'appareil. Par conséquent, dès que la consolidation est obtenue, le blessé sera de nouveau soumis à l'examen du médecin, qui par des massages quotidiens et la mobilisation des articulations permettra au membre de recouvrer au plus vite son fonctionnement intégral.

Telle est donc la méthode qui me paraît devoir être dans la plupart des fractures diaphysaires du fémur le procédé d'élection. Au même titre que l'extension continue, elle permet une réduction anatomique de la fracture, réduction absolument indolore d'ailleurs. Et d'autre part la contention parfaite qu'elle assure dispense le chirurgien d'une surveillance quotidienne et le malade d'une immobilisation prolongée bien pénible. De fait, ce procédé que nous avons couramment employé à la clinique d'orthopédie de Nancy ne nous a jamais causé de déboires.

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC DES PERFORATIONS DU VOILE DU PALAIS

D'après M. André Sauvan.

M. André Sauvan vient de publier dans le *Marseille médical* (nos 20 et 21, 1909) un très intéressant mémoire sur « les perforations du voile du palais en dehors de la syphilis ». Dans ce mémoire, qui a été couronné par le comité médical des Bouches-du-Rhône (prix Rampal, 1909), l'auteur a réuni en un tableau les différents symptômes qui permettront aux praticiens de faire un diagnostic précis. Nous croyons utile de le publier (voir page ci-contre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 25 janvier 1910)

Par ce temps d'inondations, l'Académie n'ayant pu être chauffée ni éclairée, M. le Président a levé la séance après les présentations.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 15 janvier 1910 [*suite*])

Sur la persistance de la réaction agglutinante dans la fièvre de Malte. — MM. Lagriffoul et Roger. Dans la fièvre de Malte, le pouvoir agglutinant du sérum persiste longtemps après la guérison, d'où la possibilité de diagnostics bactériologiques rétrospectifs. Dans l'épidémie de Saint-Bauzille-de-Montmel (Hérault), les auteurs ont pu faire le diagnostic bac-

Tableau comparatif des symptômes des perforations du voile du palais.

	Syphilitiques.	Congénitales.	Traumatiques.	Tuberculeuses.	Dans les maladies infectieuses.	Dans les abcès du rhino-pharynx
1° *Siège.*	Généralement médian.	Piliers antérieurs quelquefois p. postérieurs, uni- ou bilatérales.	Généralement médian, assez variable.	Variable : voile, pilier antérieur ou pilier postérieur.	Le plus fréquemment pilier antérieur, quelquefois voile, quelquefois p. postérieur.	Médian, quelquefois latéral.
2° *Forme.*	Généralement trou circulaire.	Raquette, quelquefois fente, quelquefois trou.	Variable: reproduit quelquefois forme du corps traumatisant.	Ronde ou ovalaire.	Ovalaire en général, quelquefois fente.	Arrondie.
3° *Direction.*		Allongée dans le sens des piliers.	Variable.	De haut en bas et de dedans en dehors.	De haut en bas et de dedans en dehors.	
4° *Bords.*	Indurés.	Réguliers, non indurés.	Déchiquetés par arme à feu, réguliers par instrument piquant.	Irréguliers, bourgeonnants, entourés de points jaunes.	A l'emporte-pièce.	Réguliers.
5° *Muqueuse.*	Ulcérée, érodée, enflammée.	Intacte.	Normale.	Infiltrée.	Enflammée.	Rouge, enflammée.
6° *Troubles fonctionnels.*	Assez marqués.	Peu marqués.	En rapport avec dimensions de la p.	Très marqués : dysphagie (paralysie du voile par œdème), voix nasillarde.	Manquent en général.	Existent : nasonnement, reflux des liquides par le nez.
7° *Phénomènes concomitants.*	Accidents secondaires ou tertiaires.	Rarement autres malformations.	En général lésions des régions voisines.	Tuberculose pulmonaire, état général précaire.	Etat général grave, coryza purulent, haleine fétide.	Crache du pus, coryza, traînées purulentes dans pharynx.
8° *Adénopathie.*	Existe.	Manque.	Manque.	Quelquefois.	Très marquée.	Peu marquée.
9° *Bactériologie.*	Spirochètes (microbes surajoutés).			Bacille de Koch.	Le plus souvent staphylocoque, streptocoque, quelquefois Lœffler.	Streptocoque surtout.
10° *Anatomie pathologique.*	Zone de sclérose tout autour.			Granulations jaunes sont des tubercules.	Perte de substance due à la nécrose autour lésions inflammatoires.	

tériologique rétrospectif dans tous les cas; le plus ancien datait de quatorze mois. Chez un garçon de laboratoire, ayant présenté quatre ans auparavant tous les symptômes cliniques de la fièvre de Malte, ils ont obtenu une très belle réaction au 1/30.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1910)

Sur l'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LASAUSSE établissent d'abord avec le réactif de Nessler que le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux ne contient pas d'ammoniaque préexistante. Mais ils montrent ensuite qu'il contient des substances qui perdent très facilement de l'ammoniaque sous l'influence de la chaleur ou des réactifs.

Septicémie à entérocoque et hématome suppuré du grand droit de l'abdomen au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BAUFLE rapportent l'observation d'un malade qui a présenté au cours d'une dothiénentérie un hématome de la gaine du grand droit; cet hématome a suppuré et l'examen bactériologique a permis de déceler dans le pus la présence du coli-bacille.

Chez ce même malade est survenue au déclin de la fièvre typhoïde une ascension thermique qui simulait une rechute, mais était due, en réalité, comme l'a montré l'hémoculture, à une septicémie à entérocoque : l'hyperthermie persistant pendant une semaine environ a d'ailleurs été la seule manifestation clinique de cette septicémie.

Végétaux et microbes pathogènes du sol. — MM. REMLINGER et NOURI. Si on plante des pommes de terre, du blé, des pois, des haricots et qu'on arrose la terre qui les recouvre avec certains microbes tels que le bacille du charbon ou le microbe prodigiosus, il est possible de retrouver, à la surface des tiges et des feuilles, ces germes qui ont été entraînés au cours de la croissance de la plante (Wurtz et Bourges). La même expérience échoue si les légumes, au lieu d'être semés en terrain plan, le sont sur des buttes dans l'intervalle desquelles coule l'eau chargée de germes, ainsi que cela se pratique dans les champs d'épandage. Le danger de celui-ci au point de vue de l'hygiène doit d'autant moins être exagéré que le bacille d'Eberth et le virus cholérique

n'ont jamais pu être retrouvés sur les tiges et les feuilles des végétaux, alors même que ceux-ci étaient placés dans les conditions les meilleures pour obtenir un résultat positif. Si on cultive des végétaux sur de l'ouate hydrophile humidifiée et souillée par du bacille typhique ou cholérique, ceux-ci persistent longtemps dans l'ouate sans qu'on puisse les retrouver sur les feuilles, soit qu'ils n'aient pas été entraînés à leur surface, soit plutôt qu'ils y aient été rapidement détruits, par suite de l'exposition intime à l'air et à la lumière.

Influence de la colchicine sur les dépenses de l'organisme chez le lapin. — MM. MAUREL et ARNAUD, en dosant exactement les aliments ingérés et les excreta urinaires, ont constaté que la colchicine, donnée au lapin par la voie hypodermique aux doses de 0g001, et de 0g0015 par kilo d'animal : 1° diminue les quantités d'azote alimentaire et que néanmoins, en même temps, elle augmente l'azote uréique; 2° qu'elle augmente en même temps l'acide phosphorique urinaire et sensiblement dans les mêmes proportions que l'azote urinaire. Ces résultats tendent donc à justifier l'emploi des préparations de colchique dans les affections dues surtout à la surnutrition, comme la goutte.

Contribution à l'étude de la pathogénie des crises épileptiques. — MM. Henri CLAUDE et Paul LEJONNE. Chez quatre chiens ayant présenté une réaction méningo-encéphalique d'intensité variable, à la suite d'une injection sous-dure-mérienne de quelques gouttes de solution de chlorure de zinc, réaction caractérisée par des crises convulsives ou même restée latente dans un cas, les auteurs ont vu, après un retour à l'état normal de plusieurs mois, des crises convulsives graves et même un état de mal épileptique suivi de mort, apparaître consécutivement à l'ingestion de 2 milligrammes et demi à 7 milligrammes et demi d'une solution de sulfate de strychnine. Des chiens témoins de plus petite taille n'ayant pas subi d'opération antérieure ont absorbé les mêmes doses de strychnine pendant un mois et demi à deux mois, mais sans en paraître incommodés. Ainsi l'action convulsivante de la strychnine s'est manifestée plus facilement chez des animaux rendus plus sensibles par une altération méningo-encéphalique préalable, laquelle n'avait modifié leur état que d'une façon passagère. Il est permis d'après ces faits de penser que chez l'homme des intoxications et des auto-intoxications n'ayant qu'une action légère sur des individus normaux pourront provoquer au contraire le syndrome épileptique chez des sujets déjà atteints antérieurement de lésions méningo-encéphaliques, même très circonscrites, et prédisposés par leur hérédité névropathique.

Leuco-diagnostic du cancer. — MM. ACHARD, H. BÉNARD et GAGNEUX ont obtenu *in vitro* avec les leucocytes une réaction spécifique du cancer par l'action sur ces leucocytes d'extraits d'épithéliomas du sein. Chez les cancéreux, l'activité des globules blancs se trouve ainsi à peine diminuée ou même augmentée, tandis qu'elle est très affaiblie chez les sujets sains ou du moins indemnes du cancer.

Cette règle s'est vérifiée dans vingt-neuf cas de tumeurs malignes de sièges très divers : sein (2), parotide (1), langue (1), estomac (5), rectum (3), utérus (7), testicule (1), prostite (4), urètre (1), vessie (4).

Toutefois, la réaction a manqué chez une jeune femme opérée d'ostéosarcome, un homme atteint de cancer lingual, une femme opérée de cancer du sein depuis un mois et demi, et une autre traitée depuis sept mois par le radium pour un cancer utérin qui paraissait guéri cliniquement.

Deux cas, à réaction négative, ont été particulièrement intéressants pour le diagnostic : dans l'un, l'hypothèse d'un cancer lingual avait été soulevée et l'examen histologique montre une glossite interstitielle; dans l'autre, le diagnostic hésitait entre l'ulcère et le cancer de l'estomac et l'opération fit reconnaître un ulcère.

Les extraits préparés avec des tumeurs différentes ne donnent pas toujours le même résultat : ainsi un cancer du testicule a donné une réaction positive avec un extrait et négative avec un autre.

Ces faits montrent qu'on peut tirer des leuco-réactions spécifiques une application au diagnostic du cancer.

Emploi des nitrates dans la culture et l'isolement des anaérobies. — MM. VEILLON et MAZÉ. Certains microbes anaérobies ou facultatifs dégagent des gaz acide carbonique et hydrogène.

Ce dernier, insoluble, est très gênant parce qu'il disloque les milieux solides et rend ainsi le prélèvement des colonies isolées impossible. Quand on introduit, dans le milieu, des nitrates (nitrate de potassium à 1 p. 1000 au plus), ce corps est réduit par l'hydrogène naissant qui est par conséquent fixé.

La méthode de Veillon et Zuber ainsi modifiée constitue le procédé le plus simple et le plus pratique pour l'isolement des anaérobies.

ANALYSES

MÉDECINE

L'insuffisance surrénale. (E. SERGENT. *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, nov. 1909.) — L'insuffisance surrénale peut être définie : la diminution plus ou moins complète des fonctions surrénales. Ces fonctions sont au nombre de deux : *antitoxique* et *angiotonique*. La première neutralise les poisons les plus divers : endogènes ou exogènes. Quant à la seconde, elle consiste en ce que la glande sécrète des substances susceptibles de provoquer la vaso-constriction périphérique, et, par suite, l'hypertension.

Ces données permettent de comprendre ce qui se passe dans l'*insuffisance surrénale expérimentale* réalisée, pour la première fois, par Brown-Séquard. Les accidents qui en sont la conséquence peuvent, en effet, être tous rattachés à la suppression des deux grandes fonctions surrénales : les modifications respiratoires et circulatoires, l'état syncopal sont dues à la suppression de la fonction angiotonique; la paresse musculaire, l'amaigrissement, les vomissements, la diarrhée, à l'abolition de la fonction antitoxique.

Passons maintenant à l'*insuffisance surrénale humaine*. Elle se caractérise, cliniquement, par : 1° des troubles circulatoires : sensation de froid, hypothermie, instabilité et petitesse du pouls, hypotension artérielle, spasme capillaire réflexe et ligne blanche surrénale (Sergent), tachycardie, collapsus, syncope (mort subite); 2° des troubles digestifs : anorexie, vomissements, diarrhée, symptômes péritonéaux; 3° des troubles nerveux toxiques : encéphalopathie, céphalée, excitation ou dépression, délire, coma, troubles pupillaires et oculo-moteurs, asthénie, douleurs diverses; 4° des troubles généraux : ralentissement des échanges, anémie, amaigrissement et cachexie, odeur cadavérique. A ces divers phénomènes peuvent se joindre divers autres éléments symptomatiques dont le plus important est la mélanodermie. On a alors affaire à la *maladie d'Addison*. Mais, contrairement à ce qui a été dit et écrit bien des fois, la mélanodermie ne relève nullement de l'insuffisance surrénale; elle est due à l'irritation du sympathique abdominal et représente un symptôme péricapsulaire. Dans la maladie d'Addison, aux symptômes d'insuffisance capsulaire classique s'ajoutent donc des symptômes d'ordre péricapsulaire.

Si l'on s'occupe seulement des premiers, il est facile de voir qu'ils peuvent se diviser en deux groupes : les uns relèvent de la suppression de la fonction angiotonique : tels sont

l'hypotension artérielle, la ligne blanche, la tachycardie, le collapsus et la syncope; les autres, de la suppression de la fonction antitoxique : tels les troubles digestifs, les troubles nerveux toxiques (asthénie), les troubles généraux; certains sont imputables à l'un et l'autre mécanisme physiologique : tels l'hypothermie, la sensation de froid, le ralentissement des échanges. L'insuffisance surrénale humaine peut donc se superposer assez bien à l'insuffisance surrénale expérimentale.

E. Sergent étudie en détail quelques-uns des signes de l'insuffisance surrénale, et particulièrement la ligne blanche surrénale qui est, comme on sait, l'inverse de la ligne rouge méningitique et qui possède une haute valeur diagnostique. Elle s'explique par l'hypotension artérielle. De même les troubles pupillaires trouvent leur explication dans l'action des extraits surrénaux sur la musculature de l'œil.

D'une façon générale, l'insuffisance surrénale peut revêtir deux formes : une lente et une aiguë. Les *syndromes lents* sont aux lésions capsulaires chroniques ce que les petits signes de l'insuffisance hépatique lente sont aux hépatites chroniques. Ils peuvent être considérés comme les expressions cliniques d'une diminution progressive des fonctions surrénales; ils tendent fatalement vers l'insuffisance aiguë terminale. Ils affectent eux-mêmes deux types principaux : la *maladie d'Addison*, essentiellement caractérisée par la mélanodermie, phénomène d'ordre péricapsulaire, et les *syndromes lents d'insuffisance surrénale pure*, que des syndromes *subaigus* unissent aux *syndromes aigus*. Ces derniers, que le praticien a le plus grand intérêt à bien connaître sont secondaires ou primitifs; ils peuvent simuler une intoxication, une crise de péritonite, le choléra, une méningite, une attaque d'apoplexie et se terminer par la mort subite, nécessiter l'intervention du médecin légiste. Notion capitale, nombre de ces syndromes peuvent être enrayés dans leur marche par l'opothérapie surrénale : ils sont fréquemment, en effet, la conséquence, non de lésions destructives et irrémédiables des capsules surrénales, mais de lésions aiguës plus ou moins superficielles et curables. Ces lésions aiguës rendent compte des accidents graves qui surviennent au cours des grandes infections : scarlatine, diphtérie, etc., et qui, avant l'application systématique de l'opothérapie, se terminaient si fréquemment par la mort.

L'étiologie et la pathogénie de ces divers syndromes commencent à s'éclaircir. Les syndromes lents supposent la persistance d'un certain degré de fonctionnement glandulaire et, par conséquent, une destruction incomplète de l'organe; l'hypertrophie du parenchyme sain et des surrénales accessoires explique peut-être la lenteur avec laquelle évoluent les accidents. L'insuffisance lente apparaît donc comme un type d'insuffisance relative, tout en tendant vers l'insuffisance absolue. Celle-ci peut être le fait d'une lésion aiguë massive : grande hémorragie capsulaire; ou étendue : surrénalite aiguë infectieuse. Les maladies infectieuses et les intoxications intercurrentes, le surmenage, les traumatismes accidentels ou opératoires interviennent alors comme causes occasionnelles. Mais, comme nous l'avons dit, cette insuffisance aiguë n'est pas nécessairement une insuffisance absolue, elle peut n'être que relative, elle n'est pas toujours, alors, au-dessus des efforts de la thérapeutique.

Le *traitement* doit être préventif et curatif. Ce dernier utilise exclusivement l'opothérapie. Les glandes fraîches ou, mieux encore, l'extrait total bien préparé, devant être réservés aux syndromes dont l'asthénie est le symptôme dominant, l'adrénaline peut suffire lorsque les signes d'hypotension artérielle occupent la première place. Les extraits totaux desséchés sont administrés en cachets à la dose de 90 centigrammes par jour, en trois fois, pendant dix à douze jours consécutifs; après une interruption de deux à trois jours, on recommence une nouvelle série. Quant à l'adrénaline, on donnera chaque jour, per os, XX à XXX gouttes de la solution au millième; on peut même arriver jusqu'à LXXX ou C gouttes par jour, en ayant soin d'espacer les doses. Le médicament pourra être donné plusieurs semaines de suite, avec, de temps à autre, des interruptions de deux à trois jours.

L. BABONNEIX.

Transformation aiguë d'une leucémie myéloïde chronique en une leucémie à myéloblastes (aiguë). (C. KLIENEBERGER. *Deut. med. Woch.*, 9 déc. 1909, n° 49, p. 2161.) — Le malade qui fait l'objet de cet article était atteint de leucémie myéloïde typique avec splénomégalie : il subit pendant deux ans un traitement radiothérapique méthodique. Ce traitement amena d'abord une amélioration : le nombre des globules rouges s'éleva; le nombre des globules blancs revint pour un temps aux environs de la normale. La rate diminua de volume. Mais cette amélioration ne fut que de courte durée. Subitement l'état général s'altéra; la température s'éleva entre 39 et 40 degrés. A l'examen du sang on constata une diminution rapide des globules rouges. Mais le fait le plus saillant fut l'apparition de gros éléments mononucléaires non granuleux à protoplasma basophile, correspondant à ce que Nægeli désigne sous le nom de myéloblastes. Dans l'espace de huit jours la proportion de ces éléments passa de 2 à 42 p. 100 et cette proportion ne fit que s'accroître. Quand le sujet mourut, un mois et demi environ après cette aggravation, le chiffre des myéloblastes atteignait 75 p. 100.

A l'autopsie la moelle du fémur, des côtes, des vertèbres et du sternum se montrait constituée presque uniquement de ces éléments.

Klieneberger pense que, dans les cas de traitement par la radiothérapie des leucémies myéloïdes, il faudra toujours prêter attention à la transformation aiguë de la maladie. Dans les cas qui se montrent réfractaires à la radiothérapie, il faudra ne pas trop insister. Dans le cas où le traitement se montrera favorable, il faudra pourtant le suspendre immédiatement si la proportion des myéloblastes tend à s'élever.

Nægeli a en effet admis que, après épuisement des tissus hématopoïétiques, le sang se charge de myéloblastes, éléments embryonnaires de la moelle, non arrivés encore au stade de myélocytes.

A. LEMIERRE.

Polyarthrite gonococcique aiguë cryptogénétique. (Otto MAYER. *Münch. med. Woch.*, 7 déc. 1909, n° 49, p. 2526.) — L'auteur rapporte l'observation d'un jeune soldat qui fut admis à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu. Il présenta en effet des arthrites apparaissant brusquement dans plusieurs articulations successives et s'accompagnant de périostite de voisinage et de gonflement œdémateux périarticulaire. Au niveau de l'articulation de la phalangine et de la phalangette de l'auriculaire gauche le processus inflammatoire fut si intense qu'il aboutit à la destruction du cartilage articulaire et à l'ostéomyélite suppurée.

L'aspect et l'évolution des accidents articulaires fit penser à une infection gonococcique, mais le sujet n'avait jamais eu de blennorragie et des examens minutieux de l'urètre et des urines ne révélèrent rien de suspect.

Pourtant il s'agissait bien d'infection générale blennorragique, ainsi que le démontra l'étude du pus de l'ostéomyélite qui donna du gonocoque à l'état de pureté. Le sérum du malade agglutinait ce gonocoque à 1 p. 2000. Il est vraisemblable que l'infection urétrale avait été si minime et si passagère qu'elle était restée inaperçue.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Les parasites intestinaux chez les enfants. (*Il Morgagni*, partie I, n° 2, fév. 1909.) — Le docteur BARAVALLE, directeur de l'hôpital des Enfants à Vercelli, en passant en revue 2 115 observations recueillies à cet hôpital, n'en a trouvé que 26 sous la rubrique parasites intestinaux. Sur ces 26 cas, 18

avaient trait à des anémies par ankylostome duodénal, et 8 à des affections diverses dues aux parasites intestinaux (pseudo-occlusion par ascarides, ténias, etc.). Le docteur Baravalle voulut alors se rendre compte de la fréquence réelle des parasites chez les enfants et pour cela il pratiqua des recherches chez cent sujets au-dessous de neuf ans et atteints d'affections médicales ou chirurgicales diverses sans aucun rapport avec les vers intestinaux. Pour chaque enfant on fit au moins deux préparations microscopiques et quelquefois quatre, avec numération approximative des œufs des divers parasites ; ces œufs étaient quelquefois au nombre de plusieurs dizaines par préparation.

Notons d'abord que chez huit nourrissons de plus d'un an et au régime mixte le résultat fut négatif cinq fois. Chez deux autres on ne trouva que des œufs de trichocéphales, et chez un autre des œufs de trichocéphales, d'ascarides et d'oxyures.

En résumé, d'après les recherches de Baravalle, le pourcentage des enfants atteints de parasites intestinaux et sans symptomatologie spéciale fut de 76 p. 100, et, en laissant de côté les nourrissons, de près de 80 p. 100.

Le parasite le plus fréquent chez ces enfants fut le trichocéphale, ce qui ressort du tableau suivant :

Trichocéphale seul, 20 cas ; associé, 39 cas ; total 59 cas p. 100.

Ascaride lomb. seul, 10 cas ; associé, 42 cas ; total, 52 cas p. 100.

Oxyure verm. seul, 1 cas ; associé, 33 cas ; total, 34 p. 100.

Chez 7 p. 100 des enfants, et en dehors de toute symptomatologie spéciale, l'auteur trouva des œufs d'ankylostome. Dans un seul cas, il rencontra ceux du botryocéphale.

Le docteur Baravalle conclut de ces recherches qu'il est nécessaire d'admettre qne les parasites peuvent très fréquemment séjourner longtemps dans l'intestin des enfants sans traduire leur présence par aucun signe ; que les némathelminthes (trichocéphale, ascaride, ankylostome, oxyure, etc.), sont incomparablement plus fréquents que les plathelminthes (ténia, bothryocéphale, etc.), et que ces derniers, étant plus morbigènes, traduisent plus facilement leur présence.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Sur l'association du cancer du corps de l'utérus avec les fibromes. — (John E. WILLIAM. *The Boston med. and surg. Journ.*, 8 octobre 1908, vol. CLIX, n° 15, p. 465). — Cette association n'est pas très rare. En réunissant 16 statistiques de fibromes représentant un total de 8992 cas, l'auteur relève 127 fois cette coexistence, soit 1,4 p. 100. Ce pourcentage est considérable si l'on considère l'extrême rareté du cancer du corps de l'utérus.

Il existe donc une relation certaine entre la présence des deux lésions dans l'utérus. On peut, pour l'expliquer, proposer trois hypothèses :

1° Le cancer peut être la cause du fibrome, théorie insoutenable.

2° Le fibrome peut être la cause du cancer, c'est l'hypothèse généralement admise. La présence du fibrome entraîne des troubles circulatoires amenant la congestion de la muqueuse, puis une endométrite hyperplastique. Celle ci dégénère ultérieurement en cancer. La présence de cette endométrite hyperplastique est loin d'être démontrée dans les cas de fibromes. Entre autres auteurs Cullen, examinant près de 1000 utérus enlevés pour fibromes, trouve que quand les trompes sont normales, et qu'il n'y a pas de fibrome sous-muqueux nécrosé, la muqueuse utérine est toujours normale. De plus il faudrait prouver la transformation de la métrite hyperplastique en carcinome.

3° Les deux tumeurs résultent de causes identiques ou semblab'es, c'est l'hypothèse soutenue par William. Elle repose surtout sur ce fait qu'un changement commun dans les fonctions de l'endomètre précède l'apparition des fibromes comme du cancer, se traduisant par la stérilité. Les statistiques citées par l'auteur la montrent dans 50 à 60 p. 100 des cas, et elle s'étend à toute la période d'activité utérine.

Williams, prenant pour base de son travail la thèse de Piquaud (1905) qui rapporte 220 cas d'association de cancer au fibrome, analyse les observations parues depuis : 11 observations réunies par Green, 17 observations de sources diverses dont 2 recueillies par lui au Boston city Hospital.

Ce total de 248 cas se répartit ainsi :

26 fois le cancer s'était développé dans l'intérieur du fibrome, la muqueuse utérine étant normale ;

4 fois le cancer dans l'intérieur du fibrome résultait d'une métastase ;

25 fois la tumeur maligne développée sur l'endomètre avait atteint aussi le fibrome ;

193 fois le cancer n'avait pas envahi le fibrome.

Dans l'histoire de ces cas, on remarque deux signes qui se montrent avec assez de fréquence pour devoir retenir l'attention, et, en cas de fibrome, faire supposer la coexistence d'un cancer du corps utérin.

1° Le plus important est l'augmentation rapide des hémorragies. En particulier le retour d'hémorragies, dans l'utérus fibromateux d'une femme ayant passé la ménopause, est caractéristique de l'apparition du cancer.

2° L'apparition d'un écoulement vaginal entre les hémorragies ; écoulement aqueux, puis teinté de sang, puis fétide et de plus en plus abondant.

En présence de tels signes sur un utérus fibromateux, la règle absolue est de curetter la cavité utérine et de pratiquer l'examen histologique du produit du curettage.

Une autre précaution à prendre (Cullen) est, dans tous les cas d'hystérectomie sus-vaginale pour fibrome, de faire ouvrir l'utérus par un assistant aussitôt après son ablation, et de rechercher l'état de la muqueuse. En cas de dégénérescence maligne, on pratiquera l'ablation du col et au besoin la recherche des ganglions dégénérés.

Le pronostic est le même que pour le cancer du corps utérin isolé, sauf pour les cas favorables où la dégénérescence cancéreuse siège dans le fibrome.

Cette possibilité de l'association du cancer au fibrome est-elle en elle-même suffisante pour justifier l'enlèvement de tous les fibromes dès leur découverte ? Williams fait avec raison remarquer que cette proposition n'est soutenable que si la mortalité pour hystérectomie est plus faible que le pourcentage des fibromes qui se compliquent de cancer, c'est-à-dire 1,4. Or, actuellement, elle semble encore un peu plus élevée.

M. LANCE.

PHARMACOLOGIE

LES RÉFORMES APPORTÉES AUX PRÉPARATIONS DE NOIX VOMIQUE ET DE FÈVE DE SAINT-IGNACE

Par le docteur Émile SEILAT.

De même que la valériane et la digitale, la noix vomique et la fève de Saint-Ignace ont une activité variable.

Suivant le pays où on les cultive, l'époque de la récolte, le climat, le terrain, etc., leur teneur en alcaloïdes, strychnine, brucine, diffère, et souvent dans de très grandes proportions. Tantôt, en effet, elle peut être de 5,35 p. 100 et tantôt de 0,735 p. 100.

Un semblable écart dans la puissance toxique d'une drogue chaque jour employée, a attiré sur elle l'attention de la commission du nouveau Codex, et, après de nombreuses recherches, elle s'est arrêtée aux procédés de titrage rigoureusement exacts et fixes donnés par Hébert dans sa thèse (1)

(1) Th. de Paris (doctorat en pharmacie), 1903.

[16 p. 100 d'alcaloïdes totaux pour l'extrait de noix vomique et 0,25 p. 100 pour la teinture].

En outre, les expériences de cet auteur ont montré que la toxicité des préparations galéniques : extrait et teinture de noix vomique, teinture de fève de Saint-Ignace (gouttes amères de Baumé) est encore essentiellement variable suivant le procédé employé pour leur préparation.

Ainsi, dans la pratique thérapeutique, il se trouve deux remèdes chaque jour employés et dont la toxicité essentiellement variable constitue un danger permanent.

La commission du Codex a donc étudié cette question, et, en ce qui concerne la noix vomique, elle s'est ralliée à l'opinion et aux conclusions de M. Hébert d'après lesquelles l'extrait de noix vomique doit être titré et sera dorénavant titré à 16 p. 100 d'alcaloïdes totaux.

De même, la teinture de noix vomique doit contenir dorénavant, et d'après les indications d'Hébert, 0,25 p. 100 d'alcaloïdes.

Dans l'état actuel de la droguerie française, le médecin ne peut être sûr d'un dosage aussi précis, aussi constant et c'est pourquoi, lorsqu'il veut ordonner un extrait de noix vomique de composition invariable, il doit dire : *extrait de noix vomique titré Hébert.* Quant à la teinture, il est prudent, malgré sa teneur désormais invariable en alcaloïdes, de ne pas l'utiliser. Les compte-gouttes du commerce sont, en effet, de dimensions variables ; de plus l'évaporation qui résulte de chaque débouchage du flacon concentre ses principes actifs tandis que, sous le nom de *globules amers titrés de B. Hébert* dosés chacun à 1 milligramme (un avant chaque repas), le praticien trouvera toujours le moyen sûr et commode de soumettre ses malades à l'action stimulante et digestive d'une dose rigoureusement exacte et constante de l'alcaloïde.

Pour les préparations de fèves de Saint-Ignace, Hébert a réalisé le même progrès. Tandis que la commission du Codex omettait d'en parler, malgré leur très forte toxicité, et parce qu'elles n'existent pas dans les pharmacopées étrangères, cet auteur, songeant à l'usage courant en France des gouttes amères de Baumé, a voulu leur appliquer sa méthode et les doser rigoureusement.

Sous le nom de *gouttes amères titrées Hébert* dosées à 60 centigrammes d'alcaloïdes totaux (X gouttes trois fois par jour), le médecin peut aussi manier une préparation active dont le dosage rigoureux et la préparation uniforme excluent tout danger d'intoxication. *Pour compléter cette garantie le préparateur a joint au flacon destiné au malade un compte-gouttes normal.*

De plus, unissant à l'action bien connue de la strychnine les effets reconstituants sanguins du fer, *les globules amers ferrugineux titrés de Hébert* sont venus donner à la thérapeutique l'un de ses plus puissants remèdes reconstituants.

Dosés à raison d'un centigramme d'extrait de noix vomique titré Hébert, et de 10 centigrammes de protoxalate de fer, ils sont utilisés chez l'adulte à raison de trois par jour, sans le moindre inconvénient.

Ainsi se trouvent réalisés les moyens pratiques d'ordonner, sans danger, ces deux grands, mais toxiques remèdes qui sont la noix vomique et la fève de Saint-Ignace, et l'on doit être reconnaissant à Hébert d'avoir ainsi apporté de l'ordre et de la précision dans une aussi grave question de pratique médicale courante.

Car non seulement le médecin peut ordonner directement ces préparations, mais il peut, dans des formules composées (pilules, potions), prescrire l'extrait de noix vomique titré Hébert ou bien encore les gouttes amères titrées Hébert. Ces substances existent, en effet, dans toutes les officines comme n'importe quel autre médicament.

LIVRES NOUVEAUX

La Fulguration, sa valeur thérapeutique (1), par le docteur A. ZIMMERN.

La valeur thérapeutique de la fulguration, ses résultats, ses indications sont impartialement discutés et résumés dans ce petit volume. Il est évident que les conclusions y apparaissent singulièrement plus réservées et les indications de la méthode plus restreintes que dans les publications antérieures sur le même sujet. On jugera de l'importance de cette restriction pour les grandes fulgurations si l'on considère avec l'auteur que « si l'on n'avait pas la certitude d'avoir mené le bistouri en tissu sain, mieux vaudrait renoncer à la fulguration que de risquer d'inciter à la prolifération des lobules néoplasiques abandonnés dans la plaie ». CH. LEGROS.

Essais de médecine préventive (2), par le docteur P. LONDE.

Voici un livre original et personnel; on pourra peut-être discuter quelques-unes des opinions de l'auteur, mais on reconnaîtra que l'idée directrice de cet ouvrage est excellente et que la lecture en est très profitable, car elle incite à réfléchir sur des faits exactement observés et bien mis en évidence. M. Londe étudie, dans ces essais, la prophylaxie des maladies non spécifiques ; il montre que cette prophylaxie repose sur quelques principes fondamentaux ; un des principes, sur lesquels il insiste particulièrement, est que les maladies banales ont une origine commune, le tube digestif, d'où la nécessité de la diététique. Deux signes prémonitoires trop souvent négligés, l'angoisse et l'asthénie sont l'indice de la réaction pneumogastrique et sympathique à l'attaque morbide; l'angoisse et l'asthénie sont donc très minutieusement décrites par M. Londe; le chapitre de l'asthénie est à signaler tout spécialement. En lisant ce volume, on apprendra la nécessité de « penser préventivement », aussi bien pour soigner les malades que pour conseiller les gens bien portants. BRELET.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, à très faibles doses de 1/10 de milligramme 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES DE LA NÉPHRITE INTERSTITIELLE

La néphrite interstitielle, encore appelée néphrite chronique avec atrophie rénale (Brault), néphrite atrophique lente (Chauffard), néphrite urémigène (Castaigne), est une forme de néphrite chronique différenciée par les caractères suivants : elle survient à la suite d'intoxications minimes et prolongées, plus souvent endogènes qu'exogènes ; le rein atrophié est le petit rein rouge granuleux avec sclérose systématisée, mais aussi avec lésions épithéliales ; l'atrophie rénale s'accompagne d'hypertrophie du ventricule gauche (cœur rénal) et souvent d'artério-sclérose généralisée ou partielle, cliniquement l'affection survient chez les adultes approchant de la

(1) Les « Actualités médicales ». — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) 1 vol. in-16. — Paris, Félix Alcan.

vieillesse, évolue avec une lenteur extrême et souvent on ne la reconnaît qu'au moment où apparaissent des complications d'ordre cardio-vasculaire ou des accidents urémiques.

Le *début* de la néphrite interstitielle ne peut être précisé; la lésion organique s'établit lentement et il se forme tout un système de défense pour compenser cette lésion; le cœur s'hypertrophie pour forcer le rein à filtrer davantage l'urine, tous les organes glandulaires produisent une élimination vicariante; le premier signe perçu dénote donc une lésion rénale déjà de longue date (Castaigne). Dieulafoy a bien décrit les petits signes du brightisme qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic; mais on a fait remarquer que ces signes dépendent les uns de l'artério-sclérose concomitante, les autres d'un léger degré d'insuffisance rénale; le malade se plaint d'une céphalée persistante et rebelle, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles; la nuit, surviennent des crampes dans les mollets, elles réveillent le malade et le forcent à quitter le lit, tant les douleurs sont vives; d'autres fois, ce sont des démangeaisons qui attirent l'attention ou une cryesthésie, c'est-à-dire une impressionnabilité particulière au froid; le phénomène du doigt mort est assez fréquent, l'extrémité des doigts devient exsangue et le malade éprouve la même sensation que s'il avait plongé ses doigts dans la neige; des épistaxis se produisent, habituellement légères, mais pouvant aussi être abondantes, les mictions sont plus fréquentes, en particulier la nuit, c'est la pollakiurie; on remarque, en regardant le malade, que l'artère temporale superficielle est flexueuse, saillante sous la peau de la tempe et du front. Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique, mais leur groupement fait soupçonner la néphrite chronique.

A la *période d'état,* les symptômes sont de deux ordres : modifications des urines constituant un syndrome urinaire et troubles cardio-vasculaires.

Syndrome urinaire. — La quantité des urines est augmentée; elle dépasse en général 2 litres. Cette polyurie est un symptôme très important, à condition toutefois de comparer la quantité des urines émises à la quantité du liquide absorbé par le malade, car certains malades n'urinent beaucoup que parce qu'ils boivent beaucoup (Ambard).

Les urines sont très claires et leur densité abaissée au-dessous de 1010; par la cryoscopie, on trouve que le point de congélation est entre — 0°5 et — 1 degré. En recherchant l'albumine, on trouve habituellement de l'albuminurie, mais jamais très abondante, sauf au moment de poussées aiguës qui surviennent parfois au cours de la néphrite chronique; en dehors de ce cas, l'albuminurie est légère, quelques centigrammes au litre; elle peut même manquer; Rendu, Dieulafoy ont bien insisté sur ces faits de néphrite interstitielle sans albuminurie ou tout au moins sans albuminurie constante. En versant dans l'urine de l'acide nitrique, on voit, avec ou sans albumine, un anneau cylindrique de coloration rouge; un disque rose plus ou moins étendu; c'est l'uro-hématine qui ne fait jamais défaut; d'après certains auteurs l'uro-hématine n'est pas une substance spéciale, elle doit être identifiée avec le pigment rouge brun, la réaction de l'uro-hématine est celle du pigment rouge brun lorsqu'il est très dilué; elle se produit donc dans les cas de polyurie. Les éléments normaux de l'urine (urée, acide urique, chlorures, phosphates) sont diminués; pour les chlorures, leur rétention est très fréquente au cours de la néphrite interstitielle. La toxicité des urines est diminuée. En explorant la perméabilité rénale par le bleu de méthylène, on constate que le début de l'élimination du bleu est retardé, que l'élimination est très lente, très prolongée, se continuant plusieurs jours.

Troubles cardio-vasculaires. — Le malade se plaint souvent de palpitations très douloureuses, quelquefois assez fortes pour empêcher le sommeil. L'effort, la marche déterminent rapidement de la dyspnée. Quelquefois, le malade a aussi des crises d'angine de poitrine; pour Huchard, l'angine de poitrine est la conséquence des lésions artérielles, atteignant les coronaires; pour Gilbert et Garnier, c'est un accident toxique qui peut dépendre de l'insuffisance rénale seule. En examinant le cœur et les vaisseaux, on trouve de l'hypertrophie du cœur et de l'hypertension artérielle. A l'inspection, la paroi précordiale est soulevée avec force; à la palpation, on sent la pointe abaissée, dans le sixième espace intercostal, et battant énergiquement; à la percussion, augmentation de la matité cardiaque; par l'auscultation, on entend un *bruit de galop* gauche; c'est un peu au-dessus de la pointe du cœur, entre le bord gauche du sternum et le mamelon, qu'on entend le mieux le bruit de galop; la sensation, d'ailleurs à la fois tactile et auditive, est celle d'un rythme à trois temps, deux brèves et une longue comme le galop lointain d'un cheval; Potain a montré que le bruit de galop était constitué par l'adjonction d'un bruit surajouté qui se place immédiatement avant le premier bruit; ce bruit est sourd, c'est un choc, au soulèvement sensible, dû à la tension brusque de la paroi ventriculaire; l'hypertrophie du ventricule gauche et le bruit de galop ont une très grande valeur séméiologique.

L'artère radiale est dure avec un pouls peu dépressible et vibrant, comme un fil de fer fortement tendu; au sphygmomanomètre on trouve une pression et 20 à 25 ou même 30 centimètres cubes de mercure.

Les *œdèmes,* qui tiennent une grande place dans la symptomatologie d'autres formes de néphrite, manquent pendant une longue période dans la néphrite interstitielle; quelques malades ont seulement un peu de bouffissure autour des yeux, ou un léger œdème péri-malléolaire. Les grands œdèmes ne surviennent qu'en cas de congestion rénale ou de néphrite aiguë greffées sur la néphrite chronique, ou en cas d'affaiblissement et de dilatation cardiaque, aboutissant à l'asystolie.

Comme *aspect général,* le malade a tantôt le type floride, avec embonpoint conservé, tantôt et plus souvent le type maigre et pâle. Il est d'ailleurs à peine malade, vaquant à ses occupations pendant une période qui peut durer plusieurs années; avec un traitement et un régime, on peut souvent retarder beaucoup l'apparition des symptômes qui conduisent à la terminaison fatale, car la néphrite interstitielle ne guérit jamais.

Toute infection survenant chez un tel brightique est grave, car elle détermine des lésions rénales aiguës et des accidents urémiques avec une très grande fréquence; il en est ainsi en cas de pneumonie, d'érysipèle. En dehors de ces cas, le malade meurt par les vaisseaux, par le cœur, ou par les reins. Pour les vaisseaux, l'hypertension vasculaire et la sclérose artérielle expliquent les divers accidents à redouter; déjà, dès le début de l'affection et pendant la période d'état, épistaxis, hémorragie rétinienne, purpura avaient pu donner l'éveil; comme accidents terminaux, c'est l'*hémorragie cérébrale*, c'est l'*hémorragie méningée.* La mort par le cœur est relativement fréquente; l'hypertrophie cardiaque fait place à la dilatation, les valvules mitrale et tricuspide deviennent insuffisantes, les membres inférieurs s'infiltrent: le rénal devient un cardio-rénal, finissant en *asystolique*; dans d'autres cas, c'est le péricarde qui s'enflamme souvent sous l'influence du pneumocoque, et la péricardite urémique aboutit rapidement à la mort. Enfin le rénal peut rester un rénal jusqu'à la fin et mourir par le rein, avec des accidents d'urémie; quelquefois c'est une *urémie aiguë*, sous l'influence d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication, les urines deviennent très rares, avec une albuminurie abondante, quelquefois des hématuries, et le malade succombe en quelques jours, à la suite d'accidents convulsifs ou comateux, quelquefois même, l'urémie est subite, presque foudroyante, cause assez fréquente de mort subite, comme l'a bien montré Brouardel, mais plus souvent la mort survient après une longue période d'*urémie lente*, les accidents portent sur l'appareil respiratoire, sur l'appareil digestif, et aboutissent au coma; il faut encore signaler la mort par œdème aigu du poumon.

En résumé, ce qu'il faut retenir de la néphrite interstitielle, c'est que, très souvent, les lésions rénales se constituent à bas bruit, donnant un minimum de symptômes fonctionnels; le diagnostic se fera par l'examen des urines et par la constatation d'un cœur rénal avec hypertension artérielle; après une longue période de compensation, le malade arrive à l'insuffisance rénale, à moins qu'il ne devienne un cardio-rénal, ou ne succombe à des accidents qui dépendent des lésions artérielles; mais le plus important, c'est d'instituer un traitement qui retarde, autant que possible, l'insuffisance rénale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Les bureaux de la Gazette des hôpitaux *ayant été à leur tour atteints par l'inondation, nous avons été obligés de les fermer provisoirement. Nous prions donc nos correspondants de vouloir bien excuser le retard qui pourrait être apporté à répondre aux lettres.*

L'impression et l'envoi de la Gazette des hôpitaux *sont assurés de façon normale.*

*Les communications urgentes peuvent nous être adressées à l'*Imprimerie Levé, 17, r. Cassette (Paris 6e).

Le service des annonces est transféré provisoirement *chez M. Thiollier, 79, rue de Rennes (Paris 6e).*

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie*. — Séance du 26 janvier 1910. — Mlle Blanchier, 9; MM. Cuvillier, 2; Tribes, 4; Mlles Pouzin, 7; Lévi-Alvarès, 12; MM. Vallery-Radot (Pasteur), 8; Lévy (Isaac), 9; Schoofs, 7; Roubeau, 6; François, 11; Petit-Dutaillis, 9.

Anatomie. — Séance du 27 janvier. — MM. Boivin, 9; Genil-Perrin, 7; Cassard, 9; Alary, 8; Cuny, 6; Renault (Charles), 5; Pierret, 9; Le Maux (René), 10; Guelfucci, 5; Bobrie, 8.

Jusqu'à nouvel avis, les séances d'anatomie se tiendront à l'hôpital Beaujon.

LE CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE s'est réuni hier au ministère de l'Intérieur sous la présidence du docteur Roux. Il a adopté les résolutions suivantes qui seront portées à la connaissance du public :

MESURES HYGIÉNIQUES A OBSERVER PENDANT LA DURÉE DE L'INONDATION ET LONGTEMPS APRÈS. — Dans les pays inondés ou recevant de l'eau des régions inondées, l'eau ayant été souillée est actuellement *dangereuse* et le restera longtemps encore.

Pour prévenir de graves épidémies, notamment de fièvre typhoïde, il est indispensable de n'user de l'eau (de sources, rivières, puits, citernes, fontaines, canalisations publiques, etc.), pour la boisson, la préparation des aliments et même pour les soins de propreté, qu'après l'avoir fait bouillir.

Les légumes ayant été eux aussi souillés par l'eau, il est expressément recommandé de ne pas les consommer crus.

QUAND LA CRUE SERA PASSÉE. — Il est dangereux de rentrer dans une habitation qui a été inondée sans l'avoir préalablement assainie de la façon suivante :

1° Débarrasser la maison et ses dépendances de toutes les vases, boues et immondices que l'eau y a déposées. Pour faciliter l'enlèvement des boues déposées en grande quantité sur le sol, on peut répandre sur celles-ci du plâtre ou de la chaux qui les assèche ;

2° Les tas formés avec les vases, boues et immondices, ainsi retirés, seront désinfectés par mélange intime avec de la chaux vive (environ 5 kilogrammes par mètre cube); avoir soin de ne pas déposer ces tas dans le voisinage des puits;

3° Après l'enlèvement des boues, le sol des habitations devra être désinfecté (le sol en terre battue sera arrosé d'un lait de chaux, les parquets seront lavés à grande eau).

4° Les parois des murs inondés seront grattés et badigeonnés à la chaux.

5° Les paillasses souillées par l'inondation seront brûlées. Les autres objets de literie seront nettoyés et, autant que possible, désinfectés.

6° L'aération et la ventilation seront ensuite les meilleurs moyens d'assécher et d'assainir les habitations. Le plus efficace procédé, pour assécher un local inondé est d'y allumer et d'y entretenir longuement un grand feu, en maintenant ouvertes les portes et les fenêtres.

Les cadavres d'animaux noyés devront être sans aucun retard enfouis profondément et recouverts d'une couche de chaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité international de psychologie pathologique. Directeur : M. le docteur A. MARIE (de Villejuif). Comité de rédaction : MM. les professeurs BETCHEREW (de Saint-Pétersbourg), CLOUSTON (d'Edimbourg), GRASSET (de Montpellier), LUGARO (de Modène), MM. les docteurs MAGNAN (de Paris) et PILCZ (de Vienne), MM. les professeurs RAYMOND (de Paris) et ZIEHEN (de Berlin). T. Ier : Psychopathologie générale. 1 fort vol. gr. in-8 de XII-1028 pages, avec 353 gravures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

La Tuberculose dans l'armée et la marine. Diagnostic de la prétuberculose, par G.-H. LEMOINE, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce. In-18 jésus, cart. toile, de 208 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

REVUE GÉNÉRALE (1)

FIÈVRE DE MALTE (2)

Par M. Henri ROGER,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

VIII

Etiologie. — Causes prédisposantes. — La fièvre de Malte est *endémique* dans certains pays, à Malte, en Italie, en Sicile, en Algérie et Tunisie, peut-être aussi en France, tout au moins dans la région méridionale (Lagriffoul et Roger). Elle procède souvent par petites *épidémies* : épidémie de Kléber (Oran) ; en France, épidémies de Saint-Martial, de Saint-Bauzille-de-Montmel.

Elle sévit avec plus d'intensité *en été* pendant la saison chaude et sèche (juillet-août-septembre). Le nombre des cas est proportionnel à celui des habitants agglomérés (Johnston).

Elle frappe toutes les *races* (Anglo-saxons, Latins, Israélites, Indiens, etc.). Elle atteint surtout les individus non acclimatés au pays (première année de leur séjour), puis ceux qui y séjournent depuis quatre à cinq ans (Eyre).

L'*âge* a peu d'influence : c'est surtout une maladie de l'adolescent et de l'adulte, de onze à trente ans (Eyre). En Algérie, les enfants de un à douze ans ne constituent que 7 p. 100 des cas [Gillot et Lemaire (3)]. Comme âges exceptionnels, citons : quelques jours [Williams (4)], trois ans (Haushalter) et à l'opposé quatre-vingt-six ans (Eyre).

Le *sexe* est assez indifférent : à Malte, la femme est plus souvent atteinte (71 p. 100) que l'homme 19,3 p. 100 (Shaw); mais à Alger c'est l'inverse, dix hommes contre cinq femmes (Gardon).

La *profession* joue parfois un rôle prédisposant. Les individus, bergers, chevriers, en contact habituel avec les animaux susceptibles de transmettre la maladie sont plus souvent atteints; trois des cas publiés à Paris concernent des bouchers, et l'un d'entre eux avait l'habitude de se servir à ses repas du couteau avec lequel il dépeçait ses animaux (Gouget, Agasse-Lafont et Weil). Signalons l'assez grand nombre d'infirmiers et de médecins atteints à Malte (5), les contaminations de laboratoire, dont la fréquence ne peut être comparée qu'à celle de la morve et de la peste (Gouget).

A Malte les classes élevées de la société (officiers, population riche) paraissent plus fréquemment infectées.

Micrococcus melitensis. — La fièvre de Malte est due au micrococcus melitensis isolé en 1887 par Bruce de la rate d'un malade atteint de fièvre méditerranéenne.

Ce microbe est rond ou plutôt légèrement ovale; Durham, Nicolle en font un cocco-bacille. De petites dimensions (0μ,60), ces petits cocci sont isolés dans les cultures en bouillon ; sur gélose ils forment des diplocoques ou de petites chaînettes de dix à douze éléments ou parfois de petits amas irréguliers. Leur mobilité affirmée par Pollacci et Cannata (1), qui leur décrivent même un cil, paraît due à de simples mouvements browniens.

Le micrococcus melitensis ne prend pas le Gram. Il est aérobie. Sa température optima est 37 degrés et ses limites de température sont assez restreintes. Même à son optimum thermique son développement est tardif ; il met environ trois jours. Il trouble le bouillon du troisième au sixième jour sans former de voile. Ses meilleurs milieux de culture sont la gélose ou le bouillon gélosé à 5 p. 100 ; il y pousse sous forme de colonies discrètes, petites, rondes, transparentes, en *blanc de perle*; sur gélatine, développement nul ou insignifiant (sept à huit jours), sans liquéfaction ; sur pomme de terre, ne pousse pas ; ne coagule pas le lait, mais l'alcalinise, ne produit pas d'indol, ne fait pas fermenter les sucres (2).

Sa *vitalité* assez faible ne l'est peut être pas autant que le croyaient certains auteurs (Hayat, Bezançon) qui leur assignaient une limite de cinq à six jours (3). Il résiste peu à la chaleur, la sécheresse, les acides, l'exposition directe au soleil ; il ne se conserve pas dans le vin, peu dans la bière, dans l'eau stérilisée (six jours à trois semaines). Il persiste davantage dans la terre et la poussière stérilisées (une à deux semaines), sur les vêtements (quinze à quatre-vingts jours), dans l'eau de mer, dans le lait (vingt jours), dans l'urine saine (neuf jours), et surtout dans l'urine de personne atteinte de fièvre de Malte (jusqu'à quatre-vingts jours) malgré l'acidité des urines et la concurrence bactérienne.

Ce microbe est accidentellement pyogène ; Durand de Cottes l'a trouvé à l'état pur dans des abcès.

Il sécrète des toxines, notamment une toxine hémolytique pour les globules rouges de l'homme et du cobaye [Fiorentini (4)].

On le retrouve chez l'homme en circulation dans le *sang* (voir diagnostic : hémoculture).

Dans les *urines*, il a été isolé dans 33 cas sur 39 (Horrocks), dans 54 p. 100 (Kennedy). C'est plutôt vers la fin de la maladie que la bactériurie s'installe : elle persiste parfois pendant la convalescence. Elle peut se rencontrer au cours d'une forme ambulatoire : d'où l'importance de sa recherche tant pour le diagnostic que pour la prophylaxie de cette infection. Horrocks ne l'a jamais trouvé dans 86 examens de *fèces*; une seule fois, dans un cas de Eyre et seulement à l'autopsie, on put isoler le micrococcus du contenu du côlon. Pour Durand de Cottes ces examens négatifs sont probablement dus à une technique défectueuse, car la maladie paraît d'origine alimentaire et se manifeste par des troubles digestifs assez marqués. Les

(1) Reproduction interdite.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 9, p. 113.

(3) Gillot et Lemaire. La fièvre de Malte chez les enfants, *Cong. d'obst. et de péd.*, Alger 1907.

(4) Williams. Mediterranean fever infection in utero, *Journ. of the royal army med. corps*, 1904.

(5) Dans l'épidémie de Saint-Bauzille-de-Montmel, le médecin de l'épidémie, le docteur Arnal, fut lui-même frappé.

(1) Pollacci. Cont. alla morfologia, alla biologia del micrococco melitense, *Va Riunione di Soc. ital. di pat.*, Palermo 1908. — Pollacci et Cannata. Id., *Arch. di anat. pat.*, 1908, fasc. 2 ; — La motilità et la ciglia del M. M., *Gazz. d. osped.*, 1908, n° 145.

(2) Si ce microbe par certains de ses caractères (morphologie, aspect des cultures) se rapproche du streptocoque, il s'en distingue suffisamment, puisque le streptocoque prend le Gram, fait fermenter les sucres et virer les milieux tournesolés.

(3) Cannata. La vitalità del melitense nel terroni di cultura, *Opera di Palermo*, 1908, t. I, fasc. 2. — Fiorentini. La resistenza del micrococco melitense agli agenti fisici e terapeutici, *Lav. d. Istit. di clin. med. di Messina*, 1907. — Signer. Sulla vitalità del micrococco melitense nelle bevandi, *Lav. d. Istit. di clin. med. di Messina*, 1907.

(4) Fiorentini. Sulla emolisi dei prodotti tossici da micrococco melitense, *Ibid.*, 1907.

sueurs profuses ne le contiennent point : cependant leur injection au singe fait apparaître la réaction agglutinante dans leur sérum (Horrocks et Shaw). Ni l'air expiré, ni les crachats, ni la salive (Kennedy) ne le renferment : Spagnolio l'a trouvé cependant dans la salive.

Pouvoir pathogène (1). — Sa virulence est peu marquée. Les animaux de laboratoire sont assez réfractaires au micrococcus melitensis.

Chez le cobaye, les inoculations sous-cutanées sont sans effet; les injections intra-péritonéales déterminent parfois des orchites. Seule l'injection intra-cérébrale tue le cobaye et le lapin; elle renforce la virulence du germe (Durham) et ce microbe renforcé détermine alors chez le cobaye des troubles aigus ou chroniques parmi lesquels les phénomènes nerveux sont prédominants, et suivis de mort parfois très rapide. La réaction agglutinante apparaît beaucoup plus facilement chez le cobaye que chez le rat ou la souris inoculée.

Les ongulés [cheval, mulet, vache, mouton, chèvre (2)], sont avec le singe, les animaux de choix. On a pu infecter des chèvres en incorporant à leur nourriture des cultures de melitensis ou un mélange de poussières et d'urines infectées, en leur faisant absorber du lait de chèvres malades. La réaction agglutinante apparaît, et on peut souvent — tardivement il est vrai (sept semaines et même seulement deux ans après) — voir apparaître le microbe dans le lait ou dans les urines où il s'élimine parfois par décharges.

Chez le singe, l'inoculation sous-cutanée est toujours positive. Les singes inoculés peuvent ne présenter aucun symptôme spécial, mais leur sérum agglutine le M. melitensis. Souvent on détermine une infection fébrile, ondulatoire, analogue à celle de l'homme avec même dans quelques cas des symptômes rhumatismaux (Horrocks, Sergent). L'infection peut être obtenue par diverses voies : simple contact d'une culture de M. melitensis sur les muqueuses (conjonctivale, nasale, rectale, génitale); inhalation ou injection dans le nez ou le pharynx de poussières mélangées au micrococcus. L'ingestion pendant deux mois d'aliments contaminés ne détermine qu'assez rarement la maladie, d'après Horrocks; cependant la plupart des auteurs l'ont reproduite assez facilement par l'ingestion du lait de chèvre infectée. On la réalise facilement par ingestion d'urine de singes contaminés. Le séjour d'un singe dans une cage souillée précédemment par un singe inoculé a suffi dans quelques cas pour le contaminer. La transmission expérimentale de la maladie de l'homme au singe ou du singe au singe par l'intermédiaire de moustiques a échoué dans la plupart des expériences (Horrocks), sauf dans un cas de Zammit. Les toxines du micrococcus melitensis ne provoquent pas chez le singe les mêmes effets que les microbes vivants ; pas de réaction thermique, moindre pouvoir agglutinant (Shaw).

Des inoculations accidentelles ou volontaires (par voie cutanée) ont déterminé dans au moins cinq cas, chez l'homme, l'évolution d'une fièvre de Malte typique : dans d'autres cas, Ross et Levick ont expérimenté en vain divers modes d'infection chez des hommes de bonne volonté.

Infections spontanées chez l'animal.— Zammit, voulant étudier à Malte l'infection expérimentale de la chèvre par le micrococcus melitensis, chercha auparavant si le sang de ces *chèvres* n'agglutinait pas ce microbe. Il fut assez étonné de trouver un grand nombre de séro-réactions positives. Continuant ses recherches avec plusieurs membres de la Mediterraneanfever Commission, surtout avec Horrocks, il établit qu'à Malte la moitié des chèvres étaient infectées par le micrococcus melitensis. Leur lait l'agglutine dans 30 à 40 p. 100 des cas (lacto-réaction de Zammit); le microbe se retrouve dans le lait et dans l'urine. Les chèvres de la région algérienne (qui sont pour un certain nombre d'origine maltaise) sont moins susceptibles à la maladie; sur 947 examens, Sergent (1) n'a trouvé la séro-réaction positive que dans 3 à 4 p. 100 des cas et n'a point isolé le micrococcus melitensis des urines. A Tunis, sur 2 060 chèvres examinées, 633 soit 30,72 p. 100 agglutinent le M. melitensis à des taux divers. Chez 83 d'entre elles, soit 4,02 du nombre total, le pouvoir agglutinant dépasse 50; ce chiffre représente, d'après Nicolle et Conseil (2) qui ont fait ces examens, la proportion d'animaux atteints ou venant d'être atteints de fièvre méditerranéenne. Cette proportion est quatre fois plus forte pour les chèvres maltaises que pour les arabes; 6 échantillons de lait sur 12 examinés contenaient le M. melitensis.

A Marseille 108 chèvres originaires du pays donnent une agglutination positive dans 34,25 p. 100 des cas [Conor et Huon (3)]. Dans les cas de Danlos, Wurtz et Tanon, dans les épidémies méridionales de Saint-Martial (4) et de Saint-Bauzille, lait et sang des chèvres agglutinait le micrococcus. Fait plus curieux, à Londres, Boycoll et Damant (5) ont trouvé la séro-réaction positive chez plusieurs chèvres de l'Institut Lister, originaires de la région.

La fièvre de Malte évolue silencieusement chez la chèvre (à peu près d'ailleurs comme les autres infections caprines); à peine a-t-on signalé des symptômes d'anémie simple, une diminution de la sécrétion lactée; exceptionnellement de petites épidémies mortelles prises pour de la strongyllose (Danlos), des avortements nombreux (Cantaloube, Aubert et Thibault). Des chèvres infectées, isolées plus d'un an, continuent à éliminer le microbe et constituent encore un réel danger. L'infection ne se transmet pas de la mère au chevreau qui conserve au contraire une certaine immunité; le micrococcus ne franchit pas le placenta, mais l'agglutinine peut le traverser.

La contamination des chèvres peut se faire par

(1) Eyre. The pathogenesis of micrococcus melitensis, *Proc. of the royal Soc. of Edinburgh*, 1909, p. 577-581.

(2) Signer. Il decorso termico e la formula leucocitaria del sangue nelle capre affette da infezione sperimentale da micrococcus melitensis, *Lav. d. Istit. d. clin. med. gen. di Messina*, 1907. — Carraciolo. Le alterazioni anatomo-patologiche nella infezione sperimentale delle capre da micrococcus melitensis, *Ibid.* — Scotti. Le opsonine nella infezione sperimentale da micrococcus melitensis, *Gazz. int. di med.*, Napoli 1909, p. 217.

(1) Sergent, Gillot et Lemaire. Etudes sur la fièvre méditerranéenne chez les chèvres algériennes, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1908.

(2) Nicolle et Conseil. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, nov. 1909.

(3) Conor et Huon. Fièvre méditerranéenne et chèvres à Marseille, *Réunion biol.*, Marseille, 27 mars 1909.

(4) Dans l'épidémie de Saint-Martial, sur 178 chèvres examinées, le sang de 52, soit 29,77 p. 100, agglutinait le microbe spécifique. Une seule de ces chèvres à séro-réaction positive appartenait à la zone saine; toutes les autres étaient comprises dans la zone contaminée.

(5) Boycoll et Damant. The possibility of the presence of Maltafever amount english goats, *Brit. med. Journ.*, 27 juillet 1908.

contact direct avec des congénères infectées — par ingestion de pâtures souillées par les urines d'animaux infectés — par inoculation cutanée de leurs mamelles excoriées et traînant dans les excreta contaminés — par l'intermédiaire des mouches et moustiques (?) — par les chevriers qui lors de la traite ont souvent l'habitude de lubréfier le pis de la chèvre avec du lait pouvant provenir d'animaux infectés.

Mais la chèvre n'est pas le seul animal susceptible de présenter, sans inoculation expérimentale, la fièvre de Malte. La séro-réaction, dans les milieux où la maladie est endémique ou épidémique, a été trouvée positive chez pas mal d'animaux domestiques : mulets, 44 p. 100 à Malte (Kennedy) et en Algérie (Sergent); âne; chien (épidémie de Kléber); chevaux (Micolff); veaux (5 sur 70, Spagnolio et Signer); vaches [lacto-réaction positive dans 3 cas sur 40, Fiorentini (1)]; voire même chez le chat, le rat (Shaw) et le cobaye [Nicolle et Conseil (2)]. Quelques poules malades (inappétences, dénutrition, chute des plumes) présentèrent une séro-réaction de Wright positive, avec dans un cas isolement du micrococcus melitensis (Fiorentini).

Dans l'épidémie de Saint-Bauzille, nous avons trouvé la séro-réaction positive chez la plupart des brebis examinées, peut-être même plus souvent que chez la chèvre. Un chien, un chat nous ont donné une agglutination nette [Lagriffoul, Arnal et Roger (3)].

IX

Pathogénie. — L'eau n'est pas le véhicule du microbe : un certain nombre d'examens ne l'y a pas décelé. La glace, les boissons aromatiques invoquées par certains auteurs, paraissent aussi devoir être éliminées.

La contagion par l'*air* paraît peu probable ou tout au moins assez rare.

Les *inoculations cutanées ou sous-cutanées* sont plus rares : infections de laboratoire, contact journalier de mains excoriées (bouchers, chevriers) avec des animaux infectés.

Les *parasites* (poux, punaises) ne semblent pas transmettre l'agent pathogène. Ross et Levick (4) continuent, malgré la plupart des expériences négatives, à incriminer les moustiques et notamment l'Acartomya Zammiti comme vecteur habituel du germe.

L'*infection in utero* a été signalée dans un cas de Williams : l'enfant, qui, aussitôt après sa naissance, avait été séparée de sa mère, atteinte de fièvre de Malte, mourut quelques jours après de cette maladie. Le lait de femme contient parfois (Williams, Gillot) le micrococcus melitensis et peut sans doute infecter le nourrisson.

(1) Fiorentini. La seroreazione di Wrigt nel latte delle capre, vacche et asine, nel sangue dei polli, *Lav. d. Istit. d. clin. med. di Messina*, 1907. — Spagnolio et Signer... nel sangue dei bovini, *Ibid.*, 1907.

(2) Nicolle et Conseil. *Soc. de biol.*, 27 mars 1909.

(3) Dans l'épidémie de Saint-Martial, Aubert, Cantaloube et Thibault ont examiné 421 animaux domestiques (chèvres, moutons, lapins). 87 ont présenté une réaction positive, soit 20,66 p. 100. Cet ensemble comprend : 175 chèvres, 52 résultats positifs, soit 29,77 p. 100 — 75 moutons, 7 positifs, soit 9,33 p. 100 — 83 lapins, 18 positifs, soit 21,68 p. 100 — 13 chats, 1 résultat positif — 4 cobayes, 1 résultat positif — 3 équidés, négatif — 17 porcs chiens, résultats négatifs. (Deuxième note à la *Soc. de biol.*, 15 janv. 1910.)

(4) Ross et Levick. Experiments on the transmission of medit. fever, *Journ. of the royal army med. corps*, 1905.

Tous ces modes de contagion paraissent plutôt assez rares : c'est surtout par l'*alimentation* que le microbe s'introduit dans l'organisme et principalement par *le lait de chèvre*. Une épidémie assez intense survint à bord du Joshua Nicholson, à la suite d'ingestion du lait de chèvre, d'apparence saine, que ce vapeur transportait de Malte à Anvers.

A Gibraltar, la maladie a presque disparu, depuis que la consommation en lait de chèvre a baissé, depuis que le nombre des chèvres a diminué dans la région et que l'exportation de chèvres venant de Malte a cessé. Enfin à Malte, depuis que les soldats ne boivent plus que du lait stérilisé, on ne constate guère plus de cas dans les hôpitaux militaires qui jusqu'alors en étaient remplis; la morbidité est restée stationnaire dans la population civile.

Les fromages frais obtenus par simple addition de présure, les crèmes à la glace sont susceptibles de renfermer le micrococcus melitensis. La viande de chèvre cuite ne présente pas d'habitude de danger.

Les *portes d'entrée* du micrococcus melitensis sont donc assez nombreuses :

1° Voie cutanée : par inoculation accidentelle dans les laboratoires ou dans certaines professions (chevrier, boucher), par piqûre de moustiques;

2° Voie respiratoire : par les poussières du sol contaminé;

3° Voie génitale : présence du micrococcus melitensis dans le mucus vaginal de nombreuses prostituées de Malte et infection expérimentale positive chez le singe par une urine infectée déposée sur une excoriation du gland;

4° Surtout voie digestive : alimentation par le lait ou les fromages de chèvre, l'eau et les aliments souillés. Gouget, Agasse-Lafont et Weil admettent pour leur malade, exerçant la profession de boucher, la contamination de ses aliments par le couteau qui lui servait à saigner les animaux qu'il tuait.

En *résumé* la contagion se fait surtout par le lait et les urines, qui sont les deux principales humeurs par lesquelles s'élimine le micrococcus melitensis.

Elle est surtout d'origine animale. La fièvre de Malte est une enzootie des chèvres (surtout de race maltaise) pouvant s'étendre à tous les animaux domestiques ainsi qu'à l'homme (Sergent). Le lait de chèvre ne joue pas un rôle exclusif : il est des cas où les malades n'ont absorbé ni lait ni fromage. La chèvre peut encore être infectante pour l'homme soit directement chez les sujets qui vivent à son contact ou indirectement par les produits alimentaires ou autres qu'elle peut souiller.

D'ailleurs d'autres animaux que la chèvre, les mulets pour certains cas de l'épidémie de Kléber, les vaches, les brebis (Lagriffoul, Arnal et Roger), les moutons et lapins (Aubert, Cantaloube et Thibault) peuvent être infectants.

La contagion humaine n'est pas non plus à rejeter. L'homme qui élimine par ses urines des quantités de microcoques à sa convalescence peut fort probablement contagionner son entourage; il en est de même des cas ambulatoires : tout autant de porteurs de germes et de sources de danger.

X

Diagnostic. — Ce n'est que dans les cas tout à fait typiques que le diagnostic pourra être établi sur les seuls symptômes cliniques : marche particulière de

la température, sueurs abondantes, constipation, absence de taches rosées, arthralgies, névralgies et surtout longue évolution de la maladie. Le nombre toujours croissant des cas publiés en France montre que notre pays doit être rangé dans ceux où il faut envisager pareil diagnostic, sans attendre toujours d'avoir, à la fin d'une très longue évolution, éliminé toutes les autres infections. L'étude des formes cliniques nous a déjà montré qu'il est pas mal de cas de durée relativement courte et que cette infection polymorphe peut simuler bien des maladies. « Il faut désormais, surtout dans notre région méridionale, penser à la fièvre de Malte » (Rauzier). Dès qu'on hésite sur certaines fièvres anormales, il faudra faire un séro-diagnostic de Wright, tout comme on fait habituellement le séro de Widal.

A. Diagnostic clinique. — 1° *Au début de la maladie, pendant la période aiguë*, la fièvre de Malte est surtout confondue avec la fièvre typhoïde, le paludisme, la grippe.

La courbe de Wunderlich, la diarrhée, le tuphos, les taches rosées, les hémorragies intestinales, le gargouillement et la douleur de la fosse iliaque droite, l'épistaxis sont plus spéciaux à la *fièvre typhoïde*; les rechutes, la constipation, les sueurs appartiennent plutôt à la fièvre de Malte. « Il faut se baser sur l'ensemble du tableau clinique pour faire le diagnostic » [Gouget (1)]. Car il n'est guère de symptômes qui ne puissent être communs aux deux maladies. Toutes deux ont la dissociation du pouls et de la température. L'examen histologique du sang ne peut les différencier: car toutes deux ont de la leucopénie avec mononucléose. Les taches rosées qu'on a voulu donner comme pathognomoniques de la dothiénentérie ont été constatées, il est vrai bien plus discrètes, dans la fièvre de Malte. Les sueurs peuvent exister dans la fièvre typhoïde; il nous faut cependant ajouter que la fièvre typhoïde sudorale de Jaccoud doit être démembrée, sinon effacée de la nosologie. Les cas que Jaccoud désigne sous le nom de cas-type avaient été contractés presque tous à Naples et en Italie; leurs symptômes rappellent au grand complet ceux de la fièvre méditerranéenne. Quant aux cas dits mixtes, où l'on a constaté soit les lésions de la dothiénentérie (Juhel-Renoy, Cousin), soit le séro de Widal positif [Layré-Dufau (2)], ils sont sans doute, pour la plupart tout au moins, des associations microbiennes d'Eberth et de Melitensis (Lagriffoul et Roger).

Le diagnostic des *paratyphoïdes* avec la fièvre de Malte sera lui aussi souvent difficile par le seul examen clinique. Séro-réaction de Widal, séro-réaction des paratyphiques seront donc d'un précieux secours.

La *fièvre rémittente paludéenne* présente une courbe et des phénomènes généraux analogues à ceux de la fièvre de Malte. Ses accès fébriles, avec leurs trois stades, l'atteinte plus marquée du foie et surtout l'efficacité de la quinine permettront de conclure au paludisme. La présence d'hématozoaires dans le sang sera importante pour le diagnostic.

La *grippe* a un début plus brutal, des troubles pulmonaires plus accusés, une évolution plus rapide.

Cependant on peut se demander si un certain nombre de nos anciennes grippes à forme traînante, du moins dans notre région méditerranéenne, ne sont pas des infections à micrococcus melitensis.

Le *rhumatisme articulaire aigu franc* est plus généralisé, que ne l'est le rhumatisme méditerranéen, celui-ci d'autre part ne frappe pas le cœur et ne cède pas au salicylate. Les pseudo-rhumatismes infectieux sont par contre plus difficiles à différencier du rhumatisme de la fièvre de Malte.

Il faut en outre faire le diagnostic avec les diverses *septicémies* ou *septico-pyohémies*, avec l'*infection puerpérale* (Scherb), avec toutes les *fièvres intermittentes symptomatiques* et notamment l'*abcès du foie* (de Brun). Dans les cas douteux, l'examen du sang (hyperleucocytose dans ces divers cas) tranchera le diagnostic d'avec la fièvre de Malte (leucopénie).

2° *Dans les cas chroniques*, on pense surtout à la *tuberculose* (certains cas aigus de fièvre de Malte peuvent simuler aussi la granulie). Telle est l'évolution de quelques cas de fièvre de Malte, difficiles à différencier de la tuberculose au début, et qu'on avait appelés à cause de cela « phtisie méditerranéenne ».

Le *paludisme chronique* détermine une hypertrophie de la rate beaucoup plus marquée que celle de la fièvre de Malte.

La *fièvre récurrente*, caractérisée par un cycle bien défini de violents accès fébriles, se distingue, outre la notion d'endémicité, par la chute moins marquée de la température, la fréquence de l'ictère et par quelques complications spéciales, lésions oculaires et rupture de la rate. La recherche du spirille d'Obermeier sera importante, de même que, dans le *Kala-Azar*, fièvre intermittente de longue durée avec spléno et hépatomégalie, la recherche du Piroplasma Donovani.

Citons, comme pouvant être simulées par la fièvre de Malte, les diverses infections pulmonaires : bronchopneumonie, pneumonie, bronchites ; la syphilis [Kark (1)]; la coxalgie (Gillot, Rist); l'obstruction intestinale (Cochez et Lemaire); la sciatique.

B. Méthodes de laboratoire. — Deux principales méthodes ont été préconisées : la séro-réaction et l'hémoculture.

1° *Séro-diagnostic* (2). — La séro-réaction est le moyen le plus pratique d'arriver au diagnostic. Il faut se méfier des fièvres de Malte à symptomatologie anormale (forme pulmonaire, coxalgique, etc.) qui peuvent, surtout dans les pays où la maladie n'est pas bien connue, passer inaperçues, et que la séro-agglutination décèle. D'autre part il est des cas qui, par leurs sueurs, leurs douleurs, peuvent en imposer pour une fièvre de Malte et où l'absence d'agglutination montre l'erreur de diagnostic (Shaw).

La séro-réaction de Wright, lorsqu'elle se pro-

(1) Gouget. Diagnostic et prophylaxie de la fièvre de Malte, *Journ. des prat.*, 15 janv. 1910.

(2) Layré-Dufau. *La fièvre typhoïde sudorale bénigne*, Th. de Montpellier, 1900.

(1) Kark. A case of Maltafever simulating syphilis, *South-Africa med. record Capetown*, 1908, p. 351 (analysé in *Bull. de l'Inst. Pasteur*).

(2) Nicolle et Hayat. Application du séro-diagnostic à l'étude de la fièvre de Malte en Tunisie, *Soc. de biol.*, 23 juillet 1905. — Pollacci. *La reazione agglutinante et l'emobatterioscopia nella diagnosi della febre mediterranea*, Palerme 1909. — Gardon. *Etude de la séro-réaction de la fièvre méditerranéenne*, Th. de Montpellier, 1906. — Stefanelli. *Riv. crit. clin. med.*, anno VIII, fasc. 31. — D'Amore. Sulla presenza di agglutinine parziali e coagglutinine nel siero di ammalati et di animali immunizati contro il micrococco melitense, *Riforma med.*, 1908, p. 1233. — Pollacci et Ceraulo. Das Agglutinationsvermögen einiger Körperflüssigkeiten beim Mediterraneanfieber, *Centr. f. Bakt.* (orig.), 1909, t. II, p. 269.

duit au 1/30 ou à une dilution plus faible (1/50, 1/100) est d'une spécificité qui n'est guère contestée. Elle ne se produit pas chez l'homme sain (Birt et Lamb, Pollacci), ni chez les malades atteints d'affections diverses [Birt et Lamb, Smith, Kretz, Nicolle, Hayat, Manoussos, Kaller, Gillot et Lemaire, Gardon, Pollacci, Shaw, Eyre (1)].

Dans la *fièvre typhoïde* (15 cas de Gardon, 38 cas de Birt et Lamb, plus de 100 cas de Durand de Cottes et nombreux cas d'autres auteurs) la séro-réaction de Wright faite au 1/30 est négative : le sérum d'animaux (cheval, mouton) agglutinant au millionième le bacille d'Eberth n'agglutine pas le micrococcus melitensis (Lagriffoul et Roger). Inversement le sérum des malades atteints de fièvre de Malte n'agglutine pas l'Eberth (Lemaire, Lagriffoul et Roger). Quand la séro-réaction de Wright et celle de Widal sont positives chez le même malade, on doit conclure à l'association des deux maladies, association plus fréquente qu'on ne croit [Lagriffoul, Arnal et Roger (2)], à moins que l'interrogatoire ne montre :

a) Une ancienne typhoïde : le séro de Widal peut alors être dû à la persistance anormale d'agglutinine typhique, la fièvre de Malte est dans ce cas seule récente ;

b) Une ancienne fièvre de Malte, dont le séro est resté positif longtemps après la guérison : auquel cas seule la fièvre typhoïde est en évolution (cas autrichien signalé par Gillot).

L'association de la typhoïde et de fièvre de Malte, pour être dépistée, demande donc les deux séro-diagnostics de Widal et de Wright. Gillot préconise la double séro-réaction : dans la même dilution du sérum il ajoute une goutte de culture d'Eberth et une goutte de micrococcus melitensis ; l'examen au microscope permet, d'après lui, de constater l'agglutination de telle ou telle espèce.

Les recherches de Gardon, Birt et Lamb, Smith, Nicolle, Gillot, Evangelista (3) montrent que le sang des *tuberculeux* n'agglutine pas le micrococcus melitensis : Critien (4) a observé à Malte cependant 9 agglutinations (il est vrai seulement au 1/10 et au 1/20) sur 14 cas de tuberculose avec bacilles dans les crachats ; il admet toutefois qu'il s'agit probablement d'association microbienne. Gillot a observé deux cas nets d'association.

Le pouvoir agglutinant apparaît généralement à la fin du premier septenaire, au plus tôt au cinquième jour (Aldrige, Smith, Gilmour) ; il se manifeste aussi bien pendant la période d'apyrexie que pendant l'onde fébrile et peut persister des mois après la maladie, treize mois (Soulié), deux à trois ans (Shaw, Neusser), quatre ans [Lagriffoul et Roger (5)], jusqu'à dix ans d'après Eyre, ce qui permet assez souvent le diagnostic rétrospectif.

Le *pouvoir agglutiuant* augmente d'habitude avec la durée de la maladie ; il atteint assez souvent 1/400 ; comme chiffres extrêmes, signalons celui de Gardon 1/9.200 et celui d'Eyre 1/500.000. Il présente des oscillations pouvant aller de 1/100 à 1/2 (réaction paradoxale de Nicolle, Gardon). Au cours de la maladie il peut momentanément disparaître. Aussi un seul résultat négatif ne permet-il pas d'éliminer une fièvre de Malte ; il faut faire plusieurs séro-réactions. Fait non moins difficile à expliquer, la séro-réaction peut être positive avec une certaine dilution et négative pour une dilution plus concentrée : positive par exemple au 1/80 et négative au 1/40 ; positive au 1/500 et négative au 1/20 (Eyre).

Nombreuses sont les *techniques* usitées, elles ne diffèrent que par quelques détails. Elles utilisent, presque toutes, les cultures sur agar ; les cultures en bouillon leur sont bien inférieures ; aussi la méthode de Craig qui est basée sur l'examen microscopique extemporané de l'agglutination de ces cultures ne doit-elle pas être recommandée.

Les cultures mortes, formolées à 4 o/o (Wright) ou additionnées de 0,5 de phénol (Stracham et Birt) ont pu être employées.

Wright mélange à parties égales le sérum dilué et l'émulsion de micrococcus melitensis. Il considère la réaction comme positive quand il s'est produit un éclaircissement ou un dépôt dans le tube. Dans des tubes contenant l'émulsion dans l'eau physiologique ou le bouillon d'une culture de cinq jours sur gélose, Nicolle ajoute une proportion de sérum variant de 1/5 à 1/100 ; il pratique l'examen au bout de seize à vingt heures. Gardon se contente de l'examen microscopique extemporané de l'agglutination produite par le mélange, dans des verres de montre, d'une goutte de sérum à IX-XIX-XXIX gouttes d'émulsion microbienne. Durand de Cottes fait directement sur une lame de verre le mélange d'une goutte d'émulsion homogène et de plusieurs gouttes d'une dilution donnée du sérum, et examine aussitôt la préparation au microscope.

On considère la réaction comme positive quand elle se produit à la dilution d'au moins 1/30 (Wright, Gardon, Smith, Bruce, Eyre). Critien, Durand de Cottes l'admettent même positive à 1/10. Nicolle considère « un pouvoir agglutinant de 50 ou au-dessus comme pratiquement spécifique de la fièvre méditerranéenne ». Par contre Bensis réclame comme limite minimum 1/500 et certains auteurs anglais 1/1000 (1).

Il est important dans l'interprétation des résultats de se méfier des fausses agglutinations survenant avec des cultures vieilles. Il faut, dans tout examen positif, penser à la possibilité d'une fièvre de Malte antérieure avec persistance plus ou moins prolongée du pouvoir agglutinant.

Les *urines* donnent aussi la séro-réaction de Wright. Malgré les résultats fréquemment positifs de Spagnolio et Singer, cette agglutination est trop inconstante (Gardon, Pollacci et Ceraulo) pour servir au diagnostic.

La recherche des agglutinines dans la sérosité du

(1) Konrich (*Zeits. f. Hyg. u. Infeck.*, 1904) aurait obtenu, sans doute avec de mauvaises cultures (cultures anciennes, d'après Levi della Veda), la séro-réaction positive à 1/500 chez des sujets sains. — Bentley l'a trouvée au 1/20 à 1/30 dans le kala-azar. — Collard au 1/20 dans le typhus exanthématique : ce qui ne peut gêner le diagnostic, étant donné les différences symptomatiques des deux affections.

(2) Lagriffoul, Arnal et Roger. Fièvre de Malte et fièvre typhoïde. *Soc. de biol.*, 29 janv. 1910. — Rauzier et Roger. Un cas de fièvre de Malte d'une durée de plus de six mois, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 28 janv. 1910.

(3) Evangelista. Le pouvoir agglutinant du sérum des tuberculeux sur le coccus melitensis, *Riforma med.*, 30 août 1909.

(4) Critien. Somme observation on blood serum reaction in tubercle and mediterranean fever in Malta, *Journ. of trop. med. a. hyg.*, 1er juin 1907.

(5) Lagriffoul et Roger. Sur la persistance de la séro-réaction de Wright dans la fièvre de Malte, *Soc. de biol.*, 15 janv. 1910.

(1) Aubert, Cantaloube et Thibault déclarent la séro-réaction positive quand l'agglutination est macroscopiquement manifeste au 1/20 dans le laps de temps d'une à deux heures à la température de 15 degrés.

vésicatoire, dans la *salive (salivo-réaction)*, recommandées par Pollacci et Ceraulo (1), chez les enfants et les sujets pusillanimes, serait assez fréquente d'après ces auteurs.

2° *La recherche du micrococcus melitensis* dans les humeurs, en particulier dans le sang, est une méthode plus certaine encore que la séro-réaction, mais en tout cas plus délicate.

a) *Sang. Hémoculture.* — On ajoute 2 à 5 centimètres cubes de sang à 250 centimètres cubes de bouillon ou de bouillon peptoné additionné de bile (Cannata). Au bout de trois à sept jours de séjour à l'étuve à 37 degrés, on peut en ensemençant sur agar isoler le M. melitensis. La présence du M. melitensis dans le sang est assez fréquente : 9 résultats positifs sur 9 examens (Lemaire), 12 sur 13 (Durand de Cottes), dans 65 p. 100 des cas, d'après un ensemble de 235 recherches d'auteurs anglais divers (Eyre). On l'y trouve dès le troisième jour de la maladie, plutôt donc que les agglutinines, il peut y persister au cent cinquante-huitième jour (Shaw). Il vaut mieux le rechercher au cours d'une poussée fébrile, au moment de l'exacerbation thermique vespérale. Il s'y trouve en proportion variant de 1 par 5 centimètres cubes jusqu'à 400 par centimètre cube.

b) *Rate.* — La ponction de la rate, qui est facile à cause de son augmentation de volume, a permis à Bruce, Nicolle, Manoussos, Durand de Cottes d'isoler le micrococcus melitensis.

c) *Urines.* — La recherche du melitensis dans le culot de centrifugation des urines, additionnées ou non de sérum agglutinant, a plus d'intérêt, principalement au point de vue de la prophylaxie. C'est surtout vers la fin de la maladie, parfois seulement au cours de la convalescence que le micrococcus melitensis passe dans les urines : on peut l'y trouver dans quelques cas ambulatoires.

3° *Réaction de fixation* (2). — Depuis que Sicre a trouvé, dans le sérum des animaux immunisés par le micrococcus melitensis et dans le sérum des malades atteints de fièvre de Malte, des anticorps spécifiques, décelables par la méthode de Bordet-Gengou, la réaction de fixation a été faite avec succès dans pas mal de cas (Gouget, Agasse-Lafont et Weil, Auclair et Brun, etc.).

En *résumé*, dans le diagnostic de la fièvre de Malte d'avec les maladies qui peuvent la simuler, les seuls signes cliniques sont loin d'être suffisants. Le laboratoire doit venir en aide à la clinique. Il permettra facilement dans certains cas d'établir l'existence d'une fièvre typhoïde (séro de Widal) ou d'une tuberculose (examen des crachats, réaction à la tuberculine). La présence d'hématozoaire, de spirille d'Obermeier, de piroplasme dans le sang servira au diagnostic de paludisme, de fièvre récurrente, de kala-azar. Dans d'autres cas la fièvre de Malte sera indubitablement établie par un séro de Wright, une hémoculture positifs. Mais un séro de Widal positif, la présence de bacilles de Koch ne suffisent pas pour éliminer la fièvre de Malte qu'il faudra rechercher par les procédés appropriés, puisqu'elle peut s'associer à l'une de ces maladies. Enfin on ne peut éliminer la fièvre de Malte que si l'on a plusieurs séro-réactions négatives ; une seule ne suffit pas, puisque l'agglutination peut momentanément faire défaut pour reparaître ensuite.

Après avoir méconnu longtemps en France la fièvre de Malte, il ne faudrait pas en clinique tomber dans l'excès contraire, s'autoriser de la multiplicité de ses formes pour étiqueter ainsi toutes les typhoïdes, bacilloses, paratyphoïdes plus ou moins anormales, toutes les infections cryptogénétiques qu'on peut rencontrer en pratique ; il ne faudrait point faire de la fièvre de Malte le caput mortuum des infections atypiques. On ne peut scientifiquement classer sous ce titre que les cas contrôlés par les examens bactériologiques.

XI

Pronostic. — La *guérison* est la règle dans la fièvre de Malte. A Malte, la mortalité d'après les statistiques des sept dernières années ne dépasse pas 2,3 p. 100 pour la population militaire (sur un ensemble de 3.652 cas) ; par contre la population civile est plus éprouvée, près de 10 p. 100 de morts (sur 4.627 cas) : soit pour toute la population de l'île une proportion de 6,9 p. 100 (Eyre). Gardon signale à Alger 4 décès sur 15 cas ; Aubert, Cantaloube et Thibault, à Saint-Martial, 5 décès sur 106 cas. Pas de décès dans les 25 cas de notre épidémie de Saint-Bauzille.

La mort survient par hyperpyréxie ou par asthénie cardiaque, bien rarement par néphrite aiguë. Les tares antérieures, syphilis, lésion laryngée, lésion rénale, surtout tuberculose et lésion cardiaque aggravent le pronostic.

Malgré sa bénignité relative, la durée excessive d'un grand nombre de cas « fait ranger la fièvre de Malte parmi les infections les plus sérieuses pour les pays où elle sévit » (Soulié), d'autant qu'elle peut laisser pour séquelles des névralgies rebelles ou la tuberculose pulmonaire qui trouve un terrain tout préparé par cette intense anémie (Hughes).

La détermination journalière de la courbe d'agglutination a permis d'établir un *séro-pronostic* (Birt et Lamb, Basset-Smith, Gardon) : l'élévation progressive du pouvoir agglutinant est d'un heureux augure ; sa chute rapide doit faire réserver le pronostic.

Immunité. — Pour Bruce, une première attaque confère une certaine immunité durable, tandis que pour Basset-Smith elle prédispose à une nouvelle atteinte. Eyre ne croit qu'à une immunité passagère. Il cite son propre exemple : deux ans et demi après une infection par inoculation accidentelle dans son laboratoire, il se rendit à Malte et il fut frappé à nouveau par cette maladie.

XII

Traitement. — Il n'y a pas de traitement spécifique : la thérapeutique est purement symptomatique.

La plupart des *antithermiques* (quinine, aspirine, phénacétine, pyramidon, cryogénine) ont été employés sans grand succès. La quinine, du moins aux doses habituelles, est absolument sans effet sur la fièvre (Bruce, Hughes) et son action prolongée paraît

(1) Pollaci et Ceraulo. La serio-diagnosi di vescicante nella febre medit., *Riforma med.*, 1908, n° 37 ; — La salivo-reazione nella diagnosi della febre medit., *Gazz. sic. di med. e chir.*, sept. 1908.

(2) Sicre, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1908, p. 617. — Pulvirenti, La deviazione del complemento nella febre di Malta, *Policlinico*, 1909, p. 293-299.

même dangereuse; de Brun (1) conseille cependant, le matin ou même matin et soir, une injection sous-cutanée d'une dose forte (2g50) de chlorhydrate de quinine, qui dans deux de ses cas fut bien supportée et donna une amélioration notable. La cryogénine a parfois une certaine action sur la courbe (Gillot), de même que le camphorate de pyramidon sur les sueurs (Gardon); mais ces effets sont passagers.

Les injections de collargol (Souleyre (2), Sicard et Lucas) ont parfois amené l'apyrexie. Un des cas que vient d'étudier notre maître, M. le professeur Rauzier, dans sa leçon clinique, n'a guère été influencé par les injections d'électrargol.

Bains tièdes, enveloppements froids sont à conseiller dans les formes hyperpyrétiques.

Les lavages de l'intestin, les purgatifs doux, répétés, doivent combattre la constipation ; les analgésiques, les phénomènes douloureux trop violents.

L'*arsenic* est particulièrement indiqué à cause de l'anémie et de l'affaiblissement général.

Le *régime*, étant donné la longue durée de la maladie, l'absence de lésions intestinales, pourra être un peu plus substantiel que dans la fièvre typhoïde. Il restera surtout liquide : lait, bouillon, œufs, jus de viande; quelques aliments solides légers seront permis pendant les périodes d'apyréxie.

A la convalescence, le *changement de climat*, une cure d'air à une altitude moyenne dans un pays doux et tempéré (pas de climat marin), hâtera la guérison.

Sérothérapie (3). — Les essais séro-thérapiques de Wright (1895), avec du sérum de chèvres immunisées, essais repris par Neusser, Fonstanos, n'ont pas donné de résultats bien encourageants, pas plus que le sérum de cheval (Aldridge, Fitzgerald, Ewald). Durand de Cottes a récemment expérimenté — avec quelques succès, encore peu nombreux — un sérum de chèvres immunisées qui n'a pas de propriétés bactériolytiques, mais un pouvoir opsonique considérable.

Vaccination. — Les injections de cultures mortes de micrococcus melitensis, à la dose de 1/4 de centimètre cube, tous les huit à dix jours, sous le contrôle de l'étude du pouvoir opsonique du sérum des malades, ont donné à Rey quelques résultats favorables. Après un essai consciencieux chez 61 malades, Basset-Smith (4) conclut que la vaccination, dangereuse dans les cas aigus, doit être réservée aux seuls cas chroniques, lorsque la température n'est pas très élevée.

XII

Prophylaxie. — La contagion pouvant se faire par l'homme et surtout par les animaux, c'est à ces deux facteurs que la prophylaxie doit s'attaquer.

1° *Homme.* — En ce qui concerne le malade, la désinfection des excreta, principalement des urines, s'impose, même et peut-être surtout à la convalescence. Chez la femme, en raison du passage possible du microbe dans le lait maternel, l'allaitement devra être suspendu.

Nicolle réclame la déclaration obligatoire de la maladie.

En ce qui concerne les personnes saines, il faudra autant que possible éloigner des foyers d'infection les personnes faibles, veiller à la salubrité des habitations. On devra dépister, par la séro-réaction, dans les foyers épidémiques ou endémiques, les cas ambulatoires qui peuvent être une source de contagion : deux malades de cette catégorie observés par Shaw n'ont-ils pas, pendant deux ans, éliminé sans cesse le micrococcus melitensis par leurs urines, malgré les divers antiseptiques (urotropine, sublimé) employés ?

Les vaccinations prophylactiques avec des cultures mortes ont donné à Eyre quelques résultats appréciables.

2° *Animaux.* — Il est plus difficile de se préserver contre la contagion animale, dans les contrées où la maladie est endémique ou épidémique.

L'ingestion de lait de chèvre cru étant le mode de contamination le plus fréquent, il faut conseiller de le faire bouillir, précaution négligée jusqu'à présent à cause de la rareté de la tuberculose chez cet animal. La substitution au lait cru du lait bouilli a fait disparaître presque complètement la fièvre méditerranéenne du contingent des marins et soldats de Malte qu'elle frappait jusqu'ici avec une intensité toute spéciale; environ 20 cas en 1907 au lieu de 500 à 600 par an pour les années précédentes.

Ce ne sont là que mesures palliatives. La Mediterraneanfever Commission a proposé pour Malte des mesures plus radicales concernant la surveillance des chèvres et le commerce de leur lait : enregistrement de chaque animal fournisseur de lait qui recevrait une marque distinctive; recherche par la lacto-réaction de Zammit des animaux infectés; isolement et même abattage des animaux reconnus infectés, avec indemnité allouée au propriétaire; mesures réglementant l'élevage des chèvres, les reléguant à la campagne, empêchant les parcours urbains; surveillance de la vente du lait; vaccination sur une grande échelle des chèvres de la région; toutes mesures bien difficiles à mettre en pratique.

Il serait tout au moins à souhaiter qu'on défendît l'importation, en France et d'une façon générale en tous pays, des chèvres maltaises (1) qui paraissent un des principaux agents de l'infection.

A la suite d'un vœu, voté par la Société de pathologie exotique sur la demande de Nicolle (14 avril 1909), un décret du 22 septembre 1909 interdit déjà l'importation et le transit des chèvres maltaises et de leurs produits en Tunisie.

Le problème prophylactique est encore plus compliqué du fait de la contamination possible par d'autres animaux (ânes, mulets, brebis).

(1) De Brun. Fièvre de Malte. Inefficacité de la quinine à doses ordinaires. Guérison par la quinine à dose massive, *Soc. de path. exot.*, 14 oct. 1908.

(2) Souleyre. Deux cas de fièvre méditerranéenne traités par le collargol, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1906.

(3) Eyre. Micrococcus melitensis and antiserum, *Guys Hospital rep.*, 1907, p. 55-67. — Trambusti et Donzello. Tentativi di-sieroterapia nella setticemia del Bruce, *Va Riunione della Soc. ital. di pat.*, Palermo 1908.

(4) Basset-Smith. The treatment of med. fever by means of vaccine, *Journ. of trop. med. and hyg.*, 1907.

(1) Il a été exporté de Malte pour divers pays 764 chèvres et moutons en 1906-1907 et 778 en 1907-1908 (les chèvres entrent pour la plus grande proportion dans cette statistique).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 FÉVRIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 9 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Hartmann et Campenon.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Macaigne ; — (2e série) : MM. Gariel, Langlois et Mulon ; — (3e série) : MM. Pouchet, Branca et Zimmern ; — (4e série) : MM. Roger, Retterer et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lejars, Rieffel et Couvelaire ; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Gosset ; — (2e série) : MM. Reclus, Monod et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 10 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux ; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Lecène et Jeannin ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Brumpt ; — (2e série) : MM. Chauffard, Gouget et Fernand Bezançon.

4e (1re série) : MM. Chantemesse, Alb. Robin et Claude ; — (2e série) : MM. Gilbert, Thoinot et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 11 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Lejars et Rieffel.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Branca ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Macaigne ; — (3e série) : MM. Pouchet, Retterer et Desgrez ; — (4e série) : MM. Roger, Mulon et Zimmern.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Hartmann et Wallich ; — M. Sicard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. André Jousset, suppléant.

Samedi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Maillard ; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Nicloux.

3e (oral, 1re partie) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Demelin ; — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Fernand Bezançon et Claude ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Renon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Gouget, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies du foie et leur traitement, par MM. les docteurs Marcel GARNIER, Pierre LEREBOULLET, HERSCHER, VILLARET, LIPPMANN, RIBOT, JOMIER, CHIRAY, P.-Emile WEIL, Paul CARNOT. Préface de M. le professeur GILBERT, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 708 pages avec figures. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Eaux minérales milieux vitaux. Sérothérapie artificielle et balnéothérapie tissulaire par leur injection dans l'organisme, par le docteur C. FLEIG (de Montpellier). In-8 de 5?3 p. avec 16 figures dont 15 planches hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

N° 13. — MARDI 1er FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. MARDI 1er FÉVRIER 1910. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Les bureaux de la Gazette des hôpitaux *ayant été à leur tour atteints par l'inondation, nous avons été obligés de les fermer provisoirement. Nous prions donc nos correspondants de vouloir bien excuser le retard qui pourrait être apporté à répondre à leurs lettres.*

L'impression et l'envoi de la Gazette des hôpitaux *sont assurés de façon normale.*

*Les communications urgentes peuvent nous être adressées à l'*Imprimerie Levé, 17, r. Cassette (Paris 6e).

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le désastre qui vient de frapper Paris n'a malheureusement pas épargné les hôpitaux. Dès le début de la crue, l'hospice d'Ivry était envahi par les eaux et on se trouvait dans l'impossibilité de le ravitailler. Avec les plus grandes difficultés, les malades ont été évacués sur la Salpêtrière.

L'hôpital Boucicaut, particulièrement menacé, a été évacué. Les malades ont été répartis à Beaujon, Necker et Laënnec.

La situation dans certains hôpitaux est lamentable. Les sous-sols sont envahis par l'eau à l'Hôtel-Dieu, à Saint-Antoine, à la Charité, qui est presque inabordable par la rue Jacob.

Il n'y a plus de calorifère, plus d'électricité, les malades n'ont pas de linge, la buanderie d'Ivry ne fonctionnant plus. Les vivres arrivent avec peine. La situation des malades est atrocement pénible malgré les efforts du personnel hospitalier qui, à tous les degrés, fait son devoir et plus que son devoir.

— **CONCOURS DE L'INTERNAT.** — *Pathologie.* — Séance du 28 janvier 1910. — M. Photiadès, 3; Mlle Condat, 10; MM. Dufour, 6; Dietz, 8; Marchak, 6; Brouet, 4; Couinaud, 8; Latil, 7; Paris, 10; Heuyer, 12.

Séance du 29 janvier. — M. Baudouin (Roger), 6; Mlle Trélat, 7; MM. Duval, 8; Trifaud, 5; Legrain et Donzetot, 10; Mlle Peltier, 9; MM. Desaux, 6; de Berne-Lagarde, 10.

Anatomie. — Séance du 28 janvier. — MM. Pernet, 11; Larue, 13; Beraud, 5; Ramadier (Jacques), 10; Monbrum, 11; Pimpaneau, 8; Gassier, 11; Bodineau, 14.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Par arrêté ministériel en date du 28 décembre 1909, un concours sera ouvert devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris le 18 juillet 1910, pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris un mois avant l'ouverture du concours.

LES DIMANCHES DU PRATICIEN (2e TRIMESTRE). — Dimanche 6 février 1910, à la Sorbonne : Causerie-conférence de M. Blondel sur « l'Action universitaire française au dehors ». Rendez-vous à dix heures, à la Sorbonne, au bureau des renseignements.

Dimanche 13 février : Causerie-conférence de M. Triboulet sur « La coprologie clinique ». Rendez-vous à l'hôpital Trousseau, à dix heures.

Dimanche 20 février : Causerie-conférence de M. Martinet sur la « Théorie et pratique de l'ionisation médicale », à cinq heures, rue de Rome, 47.

Dimanche 27 février : Conférence de M. Delmas, chef de clinique à la Faculté, sur les « Principales indications et les formalités de l'internement des malades mentaux ». Rendez-vous à l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Dimanche 6 mars : Conférence de M. O. Pasteau, sur les « Procédés modernes d'exploration des reins », à cinq heures, rue de Rome, 47.

Dimanche 13 mars : Conférence de M. Jayle, sur l' « Insuffisance ovarienne », à cinq heures, rue de Rome, 47.

Ces conférences sont gratuites. Le nombre des places est limité. S'inscrire auprès de MM. les docteurs Desfosses et Durey, 47, rue de Rome.

LA

FORME ICTÉRIQUE DE LA LEUCÉMIE MYÉLOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES

Par MM. Léon TIXIER et Jean TROISIER.

(Travail du laboratoire du professeur Hutinel.)

Nous avons eu l'occasion d'observer un homme atteint de leucémie myéloïde. Notre attention fut attirée par un symptôme insolite, l'ictère, dont nous n'avons trouvé mention dans aucune observation de leucémie. Les recherches biologiques que nous avons entreprises nous ont donné des renseignements intéressants sur la pathogénie de ce symptôme.

Voici le résumé de l'observation clinique et les résultats des examens biologiques du sang que nous avons pratiqués.

Observation. — J. F..., quarante-six ans, garçon brasseur, est un homme de constitution robuste. Il ne se souvient d'aucune maladie grave. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes. Pendant son service militaire, il n'a pas quitté la France et n'a pas eu de paludisme. Un an avant le début de la maladie actuelle, il reçut un coup de timon de voiture dans le côté gauche; des fractures de côtes l'immobilisèrent pendant trois semaines au lit. On note des excès de boisson depuis fort longtemps : trois bouteilles de vin et trois bouteilles de bière chaque jour. On trouve quelques stigmates d'éthylisme : rêves professionnels, pituites matinales, dyspepsie, tremblement de la langue. On ne peut mentionner aucun antécédent héréditaire instructif. Il a deux enfants bien portants de six et dix ans.

Maladie actuelle. — Depuis un an, le malade se sent fatigué le soir, de temps en temps il a des épistaxis. Il a cependant pu continuer son travail. Il ne peut donner aucun renseignement sur le début des modifications que l'on constate au niveau de l'abdomen. Il est examiné par le professeur Hutinel qui porte le diagnostic clinique de leucémie et nous l'adresse pour que nous pratiquions une étude complète du sang.

A l'examen le *24 novembre 1909*, on est frappé par la teinte subictérique du visage et surtout des sclérotiques. La figure est un peu amaigrie, mais les téguments ainsi que les muqueuses ne sont pas décolorées. La teinte subictérique du visage date de six mois environ. Les membres inférieurs sont œdématiés, l'abdomen est parcouru par une circulation collatérale surtout accentuée au niveau des flancs; on sent à la palpation l'augmentation de volume considérable du foie et de la rate.

L'hypertrophie du foie est irrégulière, elle porte surtout sur le lobe droit qui mesure sur la ligne mamelonnaire 28 centimètres; le foie est dur, uniformément lisse, on accroche facilement son bord inférieur, il est peu douloureux à la palpation.

La rate forme une tumeur qui descend dans la fosse iliaque presque au voisinage du pubis, elle est d'une dureté ligneuse uniforme, son bord interne est légèrement échancré, son diamètre vertical maximum est de 32 centimètres; le diamètre transversal maximum est d'une appréciation plus difficile (24 centimètres environ).

Pas d'ascite. On note quelques ganglions du volume d'une amande dans les régions inguinales et axillaires; ils sont d'apparition récente, une quinzaine de jours environ. Il n'y a pas d'autres adénopathies superficielles.

Aucun signe d'adénopathie du médiastin, pas de tuberculose. A l'auscultation du cœur on entend un souffle extracardiaque dans la région sus-apexienne et un bruit de diable très net au niveau de la jugulaire.

Les urines sont abondantes ; elles forment en se refroidissant un abondant dépôt d'urates. Elles ne sont pas albumineuses, mais renferment de l'urobiline.

Les fèces sont très colorées, on y décèle la présence de stercobiline.

La température est normale à 37°5, le pouls est un peu vibrant, mais il bat régulièrement 96 fois par minute.

Aucun signe de syphilis en évolution, le signe d'Argyll-Robertson est négatif, on ne trouve pas de leucoplasie buccale; la réaction de Wassermann pratiquée par le docteur Weinberg est d'ailleurs négative.

Le *26 novembre*, un examen de sang confirme le diagnostic de leucémie myéloïde. Une première séance de radiothérapie est faite sur la rate par le docteur Maheu (4 H).

Le *27 novembre*, épistaxis assez abondante mais qui cesse spontanément.

Le *3 décembre*, le malade se sent mieux, les nuits sont bonnes. Deuxième séance de radiothérapie (4 H). La rate a diminué de 6 centimètres dans son diamètre vertical (26 centimètres). Le foie mesure 34 centimètres.

Le *10 décembre*, le malade vient à l'hôpital pour une troisième application de rayons. Il se sent très fatigué; les jambes sont beaucoup plus enflées, la paroi abdominale est œdématiée. Le malade est essoufflé et, dès qu'il monte un escalier, l'oppression devient extrême. La rate qui avait sensiblement diminué après la première séance de radiothérapie mesure 31 centimètres; la palpation en est très douloureuse.

Le foie s'est développé dans des proportions considérables, 48 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Le *11 décembre*, après une nuit assez bonne, le malade se réveille avec une paralysie du bras et de la jambe gauche. Il essaie néanmoins de se lever, on le recouche sur son lit; vers onze heures du matin il perd connaissance et succombe à trois heures de l'après-midi. Nous avons constaté l'existence d'une hémiplégie gauche organique. Nous n'avons pu pratiquer l'autopsie.

Examens du sang. — Le sang obtenu par piqûre du doigt est de coloration sensiblement normale.

A. Numérations et sang sec. — *Premier examen* le 25 novembre 1909 (avant la première séance de radiothérapie).

Numérations :

Globules rouges............	2 712 000
Globules blancs............	480 000
Hémoglobine (Tallqvist)	90 p. 100

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles..........	40,5
Polynucléaires éosinophiles...........	1
Grands mononucléaires................	4
Mononucléaires moyens................	10
Myélocytes neutrophiles...............	41,5
Myélocytes éosinophiles...............	3

Globules rouges nucléés : 3 normoblastes pour 100 leucocytes. Le protoplasma des hématies nucléées est légèrement basophile. Les hématies présentent quelques déformations et quelques inégalités de taille. Les hématies polychromatophiles sont exceptionnelles; on compte environ une hématie granuleuse pour 300 globules rouges (1). Le diamètre globulaire moyen est de 7µ,02, il est donc légèrement diminué. Il

(1) Dans six cas de leucémie myéloïde, MM. A. Cade et J. Chalier ont trouvé un taux normal d'hématies granuleuses (*Province médicale*, n° 4, 22 janv. 1910).

y a des globules géants avec un diamètre de 12μ et des globules nains dont le diamètre n'excède pas 5μ.

Deuxième examen le 30 novembre 1909, cinq jours après la première séance de radiothérapie.

Globules rouges............	3560000
Globules blancs............	257600
Hémoglobine...............	90 p. 100

Troisième examen, le 3 décembre 1909 (avant la deuxième séance de radiothérapie) :

Globules rouges...........	2772000
Globules blancs...........	198400
Hémoglobine	85 p. 100.

Quatrième examen, 10 décembre 1909 (après la deuxième séance de radiothérapie) :

Globules rouges...........	2600000
Globules blancs...........	243400
Hémoglobine..............	90 p. 100.

B. Coagulation et rétraction du caillot. — Le sang prélevé par ponction veineuse se coagulait normalement et la rétraction du caillot était parfaite.

C. Résistance globulaire. — La résistance des hématies éprouvée avec la technique de Widal, Abrami et Brulé était considérablement diminuée.

A un premier examen, avant radiothérapie, l'hémolyse initiale se produisait dans la solution de NaCl à 0,66 p. 100, l'hémolyse intense à 0,60 (25 novembre).

A un second examen, l'hémolyse ne débutait plus qu'à 0,60 [3 décembre (1)].

Les hématies du malade, lavées, hémolysaient lentement en présence de sérum humain frais.

D. Examens biologiques du sérum (25 novembre). — Le sérum exsudé dans les délais habituels était jaunâtre et opalescent. Il présentait nettement la réaction de Gmelin et éteignait toute la partie droite du spectre.

Le sérum sanguin ne possédait aucun pouvoir hémolytique spécial. Il était incapable d'hémolyser des globules rouges normaux même au bout de deux jours. La teneur en complément nous a paru normale.

L'épreuve de Donath et Landsteiner était négative.

Il n'y avait pas d'auto-agglutination des hématies.

E. Pouvoir protéolytique du sang (25 novembre). — Le sang possédait un pouvoir protéolytique extrêmement marqué : une goutte de sang, placée au contact de sérum coagulé, produisait une profonde cupule en douze heures à 52 degrés.

Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin, examiné avec la méthode de Marcus, était nettement augmenté [1 : 8 au lieu de 1 : 4, chiffre normal (2)].

Cette observation est un type de leucémie myéloïde. En effet le diagnostic clinique pouvait en être établi par la constatation d'une mégalosplénie et d'une hépatomégalie coïncidant avec l'absence de grosses adénopathies. L'examen du sang confirmait ce diagnostic en montrant une myélocytose considérable.

Un certain nombre de points nous ont paru dignes d'intérêt.

(1) Dans leur observation de leucémie aiguë myélogène, MM. N. Fiessinger et P.-L. Marie ont trouvé une résistance globulaire très légèrement diminuée. Le début de l'hémolyse se faisait dans la solution à 0,50 p. 100. On sait qu'à l'état normal l'hémolyse commence à 0,48 p. 100.

(2) Ce chiffre se rencontre dans un certain nombre d'affections, en particulier dans les suppurations ; aussi ne présente-t-il pas un grand intérêt.

Nous avons constaté qu'après le traitement radiothérapique (1), le nombre des leucocytes tombait de 480000 à 257000 (destruction des globules blancs), que la rate diminuait notablement de volume (32 à 26 centimètres), tandis que le foie s'accroissait dans des proportions considérables (de 28 à 34, puis 48 centimètres).

L'hématomégalie de la leucémie résulte pour une bonne part de la prolifération d'embolies leucocytaires d'origine splénique comme le pensait M. Chauffard dès 1899. (Des hépaties d'origine splénique, *Sem. méd.*) L'hypertrophie hépatique aiguë constatée après la radiothérapie de la rate ne relève pas exactement du même processus. Il doit être rattaché aux deux facteurs suivants : phénomènes mécaniques dus à l'accumulation de *déchets leucocytaires* d'origine splénique et phénomènes réactionnels consécutifs, en particulier congestion active. Un processus analogue a été décrit par M. A. Chauffard (2) au cours du paludisme aigu. A mesure que la rate diminuait de volume sous l'influence du traitement quinique, le foie s'accroissait dans des proportions inverses, « le foie paludéen constituant un des plus beaux exemples des réactions hépatiques d'origine splénique » (A. Chauffard).

Les hémorragies sont assez fréquentes au cours des leucémies myéloïdes. Notre malade présenta des épistaxis répétées pendant l'évolution de la maladie et une hémorragie cérébrale l'emporta en l'espace de quelques heures. Comme le pensent MM. N. Fiessinger et P.-L. Marie (3), il n'est pas impossible que le pouvoir protéolytique intense du sang ait eu une certaine influence dans la genèse de ces hémorragies. Ne se produirait-il pas une véritable digestion de la paroi des capillaires ? Chez notre malade, le sang était doué d'une puissance digestive particulièrement intense vis-à-vis des substances albuminoïdes (4). Ces modifications sanguines étaient d'ailleurs indépendantes de toute perturbation dans la coagulation du sang qui était demeurée normale.

* * *

La particularité clinique sur laquelle nous désirons surtout appeler l'attention est la présence de l'ictère.

On pouvait se demander si ce symptôme était en rapport avec une affection hépatique associée à la leucémie. L'analyse des manifestations cliniques n'était pas en faveur de cette hypothèse. En effet les premiers symptômes de la leucémie précédèrent de six mois la coloration des téguments par la bile. En outre, il n'existait aucun symptôme de cirrhose confirmée ; l'examen de l'abdomen ne révélait aucun épanchement ascitique.

(1) 8 H. en deux séances sur la rate.

(2) A. Chauffard. Le syndrome spléno-hépatique dans le paludisme aigu, *Semaine méd.*, 20 janv. 1909.

(3) N. Fiessinger et P.-L. Marie. A propos d'un cas de leucémie aiguë myélogène à forme hémorragique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 janv. 1909. Nous renvoyons au travail de ces auteurs pour ce qui concerne la bibliographie des ferments protéolytiques.

(4) Chez les sujets normaux et au cours de la plupart des maladies, le sang ne présente, dans les mêmes conditions, aucun pouvoir protéolytique.

D'ailleurs, l'examen biologique du sang nous prouvait qu'il s'agissait d'un ictère hémolytique. L'examen de la résistance globulaire décelait une fragilité des hématies très marquée, puisque l'hémolyse se produisait dans la solution de NaCl à 0,66 p. 100 (0,48 à l'état normal). Cette fragilité globulaire était aussi accentuée que dans les cas typiques d'ictères hémolytiques décrits par M. Chauffard. L'anémie, les modifications des hématies, la cholémie et l'absence de rétention biliaire sont autant de symptômes habituels des ictères hémolytiques (1).

Notre cas est à rapprocher des ictères hémolytiques acquis décrits par MM. Widal, Abrami et Brulé, et des ictères hémolytiques transitoires décrits par M. Sacquépée dans le paludisme et dans la streptococcie (2). L'ictère hémolytique acquis apparaît donc comme un syndrome consécutif aux déglobulisations quelle qu'en soit la cause.

*
* *

En résumé, cette observation permet d'admettre l'existence d'une forme ictérique de la leucémie myéloïde comparable à la forme ictérique de l'anémie pernicieuse décrite par MM. A. Chauffard et Lœderich. Dans notre cas, il s'agit, à n'en pas douter, d'un état cholémique subordonné à des phénomènes hémolytiques, en d'autres termes d'un ictère d'origine hémolytique.

PARALLÈLE ENTRE LES VACCINOSTYLES

ET LES VACCINOGRIFFES INDIVIDUELS

Par le docteur BONNETTE,
Médecin-major, lauréat de l'Institut.

Nos aînés, M. le médecin inspecteur Mareschal et M. le médecin principal Isambert ont fait accomplir de réels progrès à l'inoculation vaccinale, en créant l'un le vaccinostyle, l'autre le vaccinogriffe individuel, dont les avantages prophylactiques sont notoires.

Malgré leur ressemblance apparente, ces deux instruments diffèrent assez notablement : les premiers ressortissent au type tranchant de la lancette, les autres agissent surtout par le *grattage*, qui, d'après les expériences du médecin-major Papon, semble favoriser la pénétration intra-dermique de la lymphe vaccinale.

Les vaccinostyles représentent des plumes au bec non fendu mais bien affûté et tranchant, les vaccinogriffes ressemblent à de colossales plumes dont le bec aurait été abrasé et remplacé par deux ailettes latérales et parallèles, au bout desquelles se trouvent deux petites griffes triangulaires.



FIG. 1.

« Leurs dimensions, dit l'inventeur, ont été calculées de manière à limiter leur pénétration dans la peau, en donnant à l'inoculation son maximum d'efficacité. »

Pour comparer leurs résultats, nous avons procédé avec chacun de ces instruments à la moitié des vaccinations de nos 506 recrues.

Pendant que notre aide-major pratiquait avec les vaccinostyles les trois scarifications réglementaires dans le V deltoïdien, nous, nous faisions avec les vaccinogriffes quatre petites scarifications parallèles, deux dans chacune des dépressions deltoïdiennes.

Voici les résultats que nous avons constatés :

Vaccinés, 506.

Succès...	128	Avec les vaccinostyles...	56
		Avec les vaccinogriffes...	72

Les vaccinogriffes nous ont donné des résultats supérieurs aux vaccinostyles, mais nous n'osons tirer aucune conclusion formelle, car, d'après les observations qui nous ont été faites, *le nombre des scarifications aurait dû être égal et ces inoculations auraient dû être faites, avec le même soin, par le même inoculateur.*

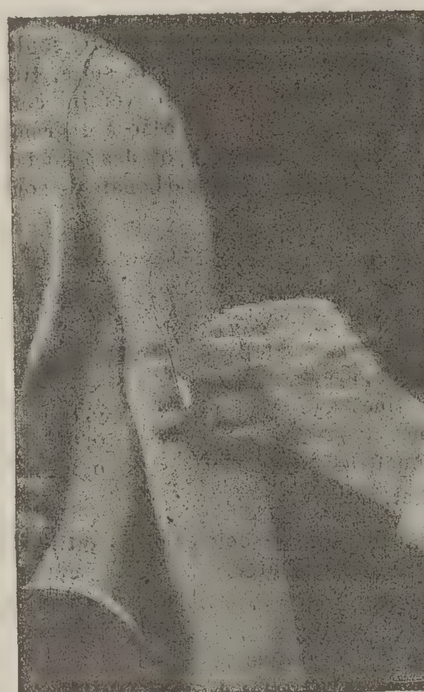


FIG. 2.

Nous avons aussi remarqué que les scarifications des vaccinogriffes portaient plus fréquemment des chéloïdes, des boutons hyperplasiques « de vaccine rouge », qui sont pour la plupart des manifestations vaccinales atténuées chez des hommes faiblement immunisés.

(1) Ces faits semblent montrer que, dans cette forme de leucémie tout au moins, il ne s'agit pas seulement d'une maladie des leucocytes, mais d'une affection intéressant à la fois le globule rouge et le globule blanc.

D'autre part, faut-il admettre une relation directe entre le pouvoir protéolytique élevé du sang et l'ictère hémolytique et penser que le processus hémolytique est subordonné à la protéolyse ? Cette hypothèse ne manquerait pas de soulever de nombreuses objections. On sait à l'heure actuelle que l'hémolyse ne paraît pas être un processus protéolytique. L'un de nous (Troisier) n'a pu déceler dans l'hémothorax traumatique de ferment protéolytique tandis qu'il y trouvait des hémolysines très actives.

(2) E. SACQUÉPÉE. Ictères hémolytiques d'origine paludéenne, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 oct. 1908, p. 361.

Avec les vaccinogriffes un porte-plume est inutile. Pour bien « griffer », il faut tendre avec la main gauche la peau du bras, comme l'indique la figure ci-jointe.

En résumé, les succès des vaccinogriffes nous ont paru supérieurs à ceux des vaccinostyles, mais la consommation de la lymphe a été un peu plus forte et le prix d'achat des vaccinogriffes, quoique très abordable, est un peu plus élevé que celui des vaccinostyles individuels, devenus réglementaires dans l'armée.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ANTIPYRINE DANS LES MALADIES DOULOUREUSES

D'après M. HUCHARD (1).

L'antipyrine est le médicament par excellence de certaines douleurs. *Névralgiques* et *migraineux*, il n'est guère de malades qui n'en aient absorbé, et cela sans le moindre inconvénient. Il est entendu que le traitement causal de la névralgie (caries dentaires, diabète, etc.), et des migraines (dyspepsies arthritiques) sera institué. Surtout, on ne devra pas méconnaître une *insuffisance rénale* qui se traduit par de la céphalée urémique. L'antipyrine pourrait causer des désastres; elle supprime en effet la sécrétion urinaire et M. Huchard a vu une mort survenir en quelques heures. Dans les *neurasthénies*, le remède, tout en étant moins dangereux, ne vaut pas mieux. Il ne faut pas calmer des céphalées ou des douleurs neurasthéniques par l'antipyrine. Tout d'abord elle soulage peu sur le moment et aggrave toujours par la suite. Réserve faite pour ces maladies, l'antipyrine est souveraine contre la douleur. On prescrit des cachets de 0g50 à 1 gramme répétés d'une à deux heures si nécessaires, ou des associations médicamenteuses où l'adjonction de bicarbonate de soude favorise la tolérance stomacale :

Antipyrine	0g50
Phénacétine } Bicarbonate de soude }	0,25

Pour 1 cachet.

Antipyrine	0g40
Phénacétine	0,20
Exalgine	0,10
Bicarbonate de soude	0,30

Pour 1 cachet.

Dans les migraines, on associe encore l'antipyrine à la caféine, au bromure, à la cocaïne.

Antipyrine	0g50
Cafeine	0,05
Bromure de potassium	0,50

Pour 1 paquet. A prendre dans un peu d'eau sucrée. De 1 à 3 par jour.

Antipyrine } Bromure de potassium }	0g50
Chlorhydrate de cocaïne	0,01
Valérianate de caféine	0,10

Pour 1 cachet. De 1 à 3 par jour.

On utilise plus rarement l'injection sous-cutanée, laquelle est douloureuse et ne permet que l'introduction de faibles quantités :

Antipyrine	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne	0,10
Eau distillée	10 grammes

A titre d'injection sous-cutanée, on préfère la morphine. C'est ce dernier remède qui, du reste, est employé dans les affections très douloureuses (coliques hépatiques, néphrétiques, péritonites, etc.).

Dans les *lumbagos, douleurs musculaires rhumatismales*, l'*aspirine* (3 à 4 cachets de 50 centigrammes avant les repas) assure une sédation plus manifeste que l'antipyrine.

On a encore donné l'antipyrine par voie rectale. C'est surtout dans les *cystites* qu'on a recours à cette méthode :

Antipyrine	1 gramme
Laudanum de Sydenham	v gouttes
Eau bouillie	60 grammes.

(1) *Journ. des prat.*, 1910, n° 4, p. 58.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1910)

La photographie de la voix dans la pratique médicale. — M. MARAGE. La photographie des vibrations laryngiennes permet de faire voir d'une façon très nette l'état de la voix au début et à la fin d'un traitement. Ce procédé est un guide pour le praticien dans la marche des soins à donner et, dans certains cas, ces tracés pourraient ne pas être inutiles au malade et au médecin.

Est-il possible, comme on le fait avec la sirène à voyelles, de diagnostiquer la nature de la lésion d'après la forme du tracé? C'est une question que l'auteur étudie en ce moment, mais qu'il n'a pas encore résolue. Cependant il semble bien que certaines lésions soient caractérisées par certains tracés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1910)

Recherches sur l'excitabilité électrique. — M. BABONNEIX. On sait que, lorsqu'on enlève les parathyroïdes à un animal, on détermine constamment chez lui une hyper-excitabilité neuro-musculaire plus ou moins accusée. On s'est demandé si l'ablation de la rate produirait des effets analogues. Les recherches montrent que cette question doit être résolue par la négative. La splénectomie ne provoque habituellement que des troubles passagers et peu intenses de l'excitabilité électrique.

Influence de la colchicine sur les dépenses de l'organisme chez le lapin (seconde note). — MM. MAUREL et ARNAUD résument les résultats obtenus avec la colchicine donnée au lapin à la dose de 0g002 par kilogramme d'animal, dose lui donnant la diarrhée. Ces expériences, faites dans les mêmes conditions que celles faites avec 0g001 et 0g0015 résumées précédemment, confirment ces derniers. Ces résultats se sont même accentués : les quantités d'azote alimentaire sont encore plus diminuées, et celles de l'azote uréique proportionnellement encore plus augmentées. Le rapport entre l'exagération de l'azote et de l'acide phosphorique urinaires s'est maintenu. De même qu'après leur première note, ces expérimentateurs pensent que ces faits tendent à justifier l'emploi du colchique dans les maladies dues surtout à la surnutrition, comme l'obésité et la goutte. Le colchique augmenterait donc l'activité des protoplasmas et exagérerait leur désassimilation. Ses effets seraient encore sûrement augmentés pour

une diminution méthodique des apports. Enfin rappelant les expériences récentes de l'un d'eux, ils sont portés à penser que c'est lorsque cette activité deviendrait trop intense que l'organisme cherchant à éliminer le colchique aurait recours à une voie supplémentaire d'élimination, celle de l'intestin, et ainsi s'expliquerait que la diarrhée due à la colchicine se produise à une dose moindre par la voie hypodermique ou veineuse que par la voie gastrique. Ces faits viennent à l'appui de l'idée déjà émise que la diarrhée due à la colchicine est un moyen de défense de l'organisme, une diarrhée d'élimination.

Leuco-réactions génitales. Leuco-diagnostic de la grossesse. — MM. Achard, Henri Bénard et Gagneux. Les réactions spécifiques des leucocytes aux extraits d'ovaire et de testicule, obtenues in vitro en mesurant l'action de ces extraits sur l'activité leucocytaire, passent par trois phases successives au cours de l'évolution sexuelle. Avant la puberté, elles sont nulles, puis elles apparaissent et se maintiennent pendant la période d'activité génitale; enfin, au déclin de l'âge, elles disparaissent de nouveau. La ménopause anticipée résultant de la castration ovarienne les supprime également.

La période menstruelle laisse à peu près normale la réaction testiculaire, mais accroît la réaction ovarienne.

La grossesse produit une augmentation semblable de la réaction ovarienne, mais abolit la réaction testiculaire. Cette dissociation persiste quelque temps après l'accouchement, surtout, mais non constamment chez les nourrices. Elle existait très nette quatre jours après une fausse couche.

Mais la leuco-réaction vraiment caractéristique de la grossesse s'obtient avec l'extrait de placenta. Chez la femme, elle n'existe que pendant la grossesse. Elle existait à la fin du deuxième mois. Elle disparaît presque aussitôt après l'expulsion du délivre : elle était très faible deux heures après l'accouchement et manquait après vingt-quatre heures. Le nouveau-né présente une réaction placentaire pendant quelques jours.

Un fait inattendu, c'est que la réaction placentaire existe dans le sexe masculin pendant la période d'activité génitale; elle manque chez le jeune garçon et chez le vieillard.

En somme, les leuco-réactions génitales permettent de reconnaître la grossesse par l'examen du sang. En dehors de son intérêt théorique, cette notion peut être de quelque utilité dans certains cas pour la pratique et pour la médecine légale.

Choline et glandes hypotensives. — MM. H. Busquet et V. Pachon. L'atropine, qui fait disparaître tout effet hypotenseur de la choline, laisse non seulement persister l'effet hypotenseur des extraits de thymus, de thyroïde, de pancréas, mais encore laisse persister dans son intégralité cet effet hypotenseur. M. Pachon soumet de nombreux tracés, établissant très nettement ce fait. La choline, substance d'ailleurs hypotensive ou hypertensive suivant la dose (Busquet et Pachon), ne représente donc, à aucun degré, l'élément hypotenseur du thymus, de la thyroïde et du pancréas.

Lésions expérimentales du foie et du rein à la suite d'inhalations d'éther au lapin. — MM. F. Rathery et M. Saison ont recherché les lésions du foie et du rein, à la suite d'inhalations uniques ou multiples, après prélèvement immédiat ou tardif, en cas de foie ou de rein sain ou lésé antérieurement.

Ils concluent que l'inhalation d'éther peut produire chez le lapin des lésions rénales ou hépatiques : ces dernières paraissent plus fréquentes et plus intenses ; elles sont caractérisées par de la congestion et de la cytolyse protoplasmique et de l'homogénéisation à leurs différents stades ; une lésion antérieure et aggravée au niveau du foie et du rein par l'inhalation d'éther.

L'éther semble léser moins constamment et peut-être moins intensément le rein que le chloroforme; quant au foie il est aussi souvent altéré et d'une façon aussi intense, peut-être même plus intense par l'éther que par le chloroforme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1910)

Paralysie faciale d'origine otitique avec perversion du goût et altérations oculaires secondaires. — M François-Dainville montre, chez une malade qu'il présente, des altérations très remarquables du goût, du côté droit de la langue, consistant en une ageusie complète pour les substances amères (quinine) ou salées, et en parageusie pour le sucre (sensation salée). La corde du tympan est intéressée dans cette paralysie de la septième paire, liée à une otite chronique très ancienne, remontant à la première enfance ; le leucome de la cornée droite est consécutif à l'épiphora. L'irritation chronique du trijumeau explique les douleurs faciales.

Thyroïdite aiguë primitive suivie d'insuffisance thyroïdienne. — M. Pierre Ménard a vu se produire les principaux signes d'insuffisance thyroïdienne à la suite d'une thyroïdite aiguë primitive. La malade a présenté de la torpeur intellectuelle, des douleurs rhumatismales, de l'obésité, tous symptômes en rapport avec l'altération de la glande thyroïde consécutive à son inflammation et qu'un traitement thyroïdien longtemps continu a pu amender. (Travail de candidature.)

Le sphygmo-métroscope. — M. Amblard présente un nouvel appareil destiné à la mesure clinique de la tension artérielle composé d'un manomètre très sensible à large cadran et d'un brassard en cuir doublé de deux coussins en caoutchouc dont l'un peut être isolé à volonté.

La lecture se fait objectivement et exactement par l'étude du régime des oscillations de l'aiguille sous l'influence de compressions variables.

Muni d'un brassard analogue, mais plus petit, l'appareil peut servir à la mesure de la tension chez l'enfant.

Suites éloignées de la rééducation motrice. — M. Maurice Faure. On s'est demandé ce que devenaient les malades restaurés par la rééducation motrice et si les résultats considérables obtenus dans le traitement des maladies de la moelle étaient stables et définitifs.

M. Maurice Faure a revu vingt-cinq malades, trois à huit ans après leur traitement; onze tabétiques qui avaient autrefois une très notable incoordination sont aujourd'hui presque normaux encore ; trois qui étaient complètement impotents, n'ont gardé que quelques troubles moteurs peu importants; six, qui s'étaient insuffisamment soignés, sont restés incomplètement améliorés, en l'état où le traitement les a laissés. Sur cinq paraplégiques, deux sont restés complètement guéris cliniquement; deux (qui étaient paraplégiques totaux) n'ont plus de paralysies, mais quelques atrophies localisées, compensées en partie par des suppléances, et le dernier, qui n'avait fait qu'un trop court traitement, a continué à travailler et à s'améliorer seul.

En somme, les résultats obtenus ont été stables et peuvent être considérés comme définitifs avec une bonne hygiène et une thérapeutique générale convenable.

De quelques moyens propres à diminuer la mortalité infantile (d'après une enquête sur la mortalité infantile à New-York). — M. Robert-Simon. La ville de New-York, en dix ans, a abaissé sa mortalité infantile d'un tiers.

Ces résultats, obtenus en dehors de toute intervention officielle, sont dus : 1° à ce que New-York possède, grâce à son Comité du lait, un lait irréprochable ; 2° à ce que la surveillance des nouvelles accouchées et des femmes enceintes y est

réalisée d'une façon pratique. C'est ainsi que par la simple assistance aux femmes enceintes, la mortalité des enfants de cette catégorie de femmes n'est que de 4 à 5 p. 100, alors qu'elle est encore de 17 p. 100 pour les enfants surveillés seulement au lendemain de leur naissance.

M. Depasse rappelle qu'il a publié, il y a quelques années, un travail sur la législation du lait à New-York où « la vente du mauvais lait est considérée comme un crime » et est passible d'amendes très lourdes, de retrait de la licence (car il faut une licence pour vendre le lait) et de la ruine du marchand. A l'époque où a été publié ce travail, le directeur de la santé, le docteur John Nacle, avouait très franchement et très simplement qu'il n'était jamais si content de lui-même que lorsqu'il pouvait raconter à sa femme, en dînant, qu'il n'avait pas perdu sa journée puisqu'il venait de ruiner un marchand de mauvais lait et contribué de la sorte au sauvetage d'un certain nombre d'enfants. En France, nos lois ne sont pas assez sévères. Il y a quelques semaines, à la Chambre des députés, un membre du Parlement pouvait dire bien haut que le lait vendu à Paris est très mauvais et que c'est une honte de tolérer une pareille situation. Cependant, les pouvoirs publics ne font rien, les tribunaux condamnent les coupables à des amendes ridicules qui ne les empêchent pas de continuer leur commerce néfaste. L'enfance n'est pas assez protégée.

(Il sera soumis un vœu sur cette question à la Société, dans sa prochaine séance.)

Prophylaxie de la syphilis par un nouveau traitement abortif local pré-chancreux. — M. H. Hallopeau apporte un nouveau cas de traitement prophylactique par l'hectine.

LIVRES NOUVEAUX

Études cliniques sur les maladies des enfants (1), par Edmond Chaumier. T. I, avec 23 simili-gravures dans le texte.

Tout le monde connaît le nom de M. Chaumier (de Tours). Tous les praticiens savent que, pendant de longues années, il a étudié le vaccin, qu'il a réussi à accroître sa virulence, et à nous donner un variolo-vaccin dont l'efficacité n'est plus à démontrer. C'est ce même auteur, qui s'est aussi occupé de la clavelée et de la tuberculose, qui publie aujourd'hui, chez Asselin et Houzeau, des études très intéressantes de médecine infantile. Ces études combinent, en d'harmonieuses proportions, l'érudition et l'expérience, la théorie et la pratique, M. Chaumier a beaucoup vu, et, parmi les innombrables observations qu'il lui a été donné de faire, il a choisi les plus frappantes. Il les expose, les commente, et compare les conclusions auxquelles il arrive à celles des classiques. Voici par exemple l'*âge du début de la marche chez l'enfant*. Les auteurs donnent, sur ce sujet, les chiffres les plus divers. Ces chiffres, M. Chaumier les critique, les confronte, en rejette certains pour en adopter d'autres et arriver à dire, avec Lannelongue, que tout enfant normal marche à douze mois, et que l'enfant élevé au sein marche plus tôt que l'enfant élevé au biberon. *Pourquoi certains enfants marchent-ils tard?* Le plus grand nombre, parce qu'ils sont rachitiques; d'autres, parce qu'ils ont une tare nerveuse : idiotie, imbécillité, hydrocéphalie, épilepsie, paralysies, contractures, surdimutité; d'autres, parce qu'ils sont prématurés, d'autres encore, parce qu'ils ont été atteints d'une infection : coqueluche, broncho-pneumonie, syphilis. Les *enfants qui cessent de marcher* ont habituellement été victimes, eux aussi, d'une infection ou d'un traumatisme. Plusieurs chapitres sont ensuite consacrés au *rachitisme*, que l'auteur considère comme une maladie infectieuse, liée, non aux catarrhes digestifs, mais à une lésion respiratoire : bronchite à répétition, broncho-pneumonie, spasme de la glotte, faux-croup, sténose naso-pharyngée. D'où les déductions thérapeutiques suivantes. Pour guérir le rachitisme, « il faut nous rapprocher de l'état de nature et prendre les animaux pour modèles »; pas de farines spécialisées, pas de laits pasteurisés ou maternisés, rien d'artificiel. Le bouillon de légumes et les phosphates ne valent rien et l'huile de foie de morue un peu moins encore. Le séjour au bord de la mer n'a pas fait ses preuves. En attendant que nous ayons un « sérum antirachitique », le mieux, d'après M. Chaumier, paraît être de recourir aux ponctions lombaires répétées. Signalons encore quelques leçons sur la *syphilis*, une sur la *blennorragie du petit garçon* au sujet de laquelle nous nous permettons d'indiquer à M. Chaumier la thèse de M. Genevoix (Paris 1903), les *végétations ano-rectales*, le *traitement de la chorée et de la coqueluche par l'acide arsénieux*, la *mort subite dans la coqueluche*, l'*aphasie typhique*, les *paralysies phosphorées*, etc. Tel est, en résumé, ce livre original, curieux, documenté, et qu'on lira avec intérêt, même si l'on n'en accepte pas toutes les théories.

L. Babonneix.

(1) In-8. — Paris 1909, Asselin et Houzeau.

Traitement de la tuberculose pulmonaire. Formes cliniques; cure libre; sanatoriums; œuvres sociales antituberculeuses (1), par le docteur A. Gaussel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, préface par M. le professeur Grasset.

Dans la première partie de ce livre, M. Gaussel rappelle d'abord les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire; puis il consacre un chapitre à la psychologie du tuberculeux, pour bien montrer que le médecin du tuberculeux doit savoir analyser l'état d'âme de son malade et qu'il faut faire une large part à la psychothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; l'attitude à l'égard du malade doit aussi être différente selon que le tuberculeux ignore le diagnostic exact de sa maladie ou en est informé.

La deuxième partie est consacrée au traitement de la tuberculose pulmonaire en cure libre; l'hygiène des tuberculeux, la cure alimentaire, la cure de repos et la cure d'air sont successivement étudiées avec soin; signalons aussi un bon chapitre sur la climatologie. Pour ce qui est des médications spécifiques (vaccination et sérothérapie antituberculeuses), l'auteur indique l'état actuel de la question et conclut que « la multiplicité même des vaccins ou des sérums proposés prouve leur inconstance, mais le zèle mis par les savants de tous pays à trouver le remède spécifique de la tuberculose ne saurait demeurer stérile. Ce sera, ayons bon espoir, l'œuvre de demain ». En l'absence d'une médication spécifique, on utilise donc les médicaments destinés à relever l'état général et les médicaments qui s'adressent aux principaux symptômes; M. Gaussel les passe en revue, s'attachant à préconiser ceux qui ont depuis longtemps fait leur preuve et à donner des formules simples; le traitement par les eaux minérales, le traitement des formes cliniques et des maladies courantes chez les tuberculeux, rien n'est oublié; les essais du traitement chirurgical sont même mentionnés.

Dans la troisième partie, c'est le traitement des tuberculeux en collectivités; la question du sanatorium y est envisagée au triple point de vue médical, hygiénique et social; viennent ensuite l'étude du traitement des tuberculeux dans les hôpitaux, l'organisation des dispensaires, et enfin les œuvres de prophylaxie prétuberculeuse et de prophylaxie sociale (alcoolisme, logements insalubres). On trouvera donc dans cet ouvrage tout ce qu'il est utile de savoir au sujet du traitement de la tuberculose, et, comme le dit fort bien le professeur Grasset, dans la préface, ce livre est « une bonne

(1) In-8°. — Montpellier, Coulet et fils.

action ; c'est une action utile aux médecins, aux malades, aux familles et à la société ». BRELET.

Formulaire de poche pour les maladies des enfants (1), par le docteur Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Troisième édition, entièrement refondue et conforme au nouveau Codex.

La nouvelle édition du *Formulaire de poche* du docteur Comby a été mise au courant de la science. Non seulement, elle contient tous les articles nouveaux qu'exigeait le progrès incessant de la pédiatrie, mais encore, pour la rédaction des formules, elle a tenu compte des modifications récentes du Codex français.

Le plan primitif de l'ouvrage n'a pas été changé.

Dans une première partie sont exposées succinctement, par lettre alphabétique, toutes *les maladies de l'enfance*, au point de vue du traitement qu'elles comportent.

Dans la seconde partie sont envisagés, également par lettre alphabétique, tous *les médicaments* en usage dans la médecine des enfants.

Enfin ce livre, essentiellement pratique, contient une *table de posologie* très détaillée et très complète, ainsi qu'une table alphabétique permettant de trouver rapidement la maladie et le médicament cherchés.

Il est superflu de faire l'éloge de cet ouvrage. L'auteur, dont on connaît la grande compétence en médecine infantile, s'est efforcé, dans cette troisième édition, de combler les lacunes des deux précédentes, tout en corrigeant, rectifiant, amplifiant les parties de son ouvrage dont l'usage avait montré les imperfections. Avec un semblable programme scrupuleusement exécuté, le succès est certain. L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 FÉVRIER 1910

THÈSES

Mercredi 9 février, à une heure. — M. LE MOINE. Formes cliniques anormales des tumeurs primitives de la vessie. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. MARTY. A propos de quelques cas de phlegmons de la cavité de Retzius. (MM. Segond, président ; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. CARAVEN. Des ostéites et ostéo-arthrites mycosiques. (MM. Delbet, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 10 février, à une heure. — M. LEROY. Examen d'un droguier chinois. (MM. Pouchet, président; Gilbert Ballet, Jeanselme et Carnot.) — M. ABORD. La médecine populaire et les pratiques superstitieuses du Morvan. (MM. Gilbert Ballet, président; Pouchet, Jeanselme et Carnot.) — M. PERCOT. Les kystes séreux simples de la sclérotique. (MM. de Lapersonne, président; Bar, Auvray et Brindeau.) — M. GAIGNARD. Conduite à tenir dans le cas de contracture utérine au cours de l'accouchement. (MM. Bar, président; de Lapersonne, Auvray et Brindeau.)

(1) In-18 raisin, de 636 pages, reliure souple. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 29 déc. 1909.) VAN DE VELDE : Le choléra en 1909 en Belgique et en Hollande. Ses enseignements au point de vue de l'épidémiologie et de la prophylaxie. — ROUFFART : Note sur un cas d'anus vulvaire congénital observé chez un adulte. — HEGER : Le canal artériel et la régulation de la circulation pulmonaire. — HERTOGHE : De l'élimination de l'arsenic par le sang menstruel. — MAHAIM : Un cas d'aphasie motrice et sensorielle sans hémiplégie avec intégrité de l'opercule, de l'insula et du noyau lenticulaire.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (No 12, déc. 1909.) PAUTRIER et FAGE : Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses. — G. THIBIERGE et P. GASTINEL : Intra-dermo-réaction à la tuberculine dans le lupus vulgaire. Les applications au contrôle de la guérison du lupus. — RISPAL et DALOUS : Deux cas de sporotrichose.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (No 12, déc. 1909.) Paul GIBERT : Essai de classification anatomo-clinique des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires basé sur 35 observations. — PERRETIÈRE : Les catarrhes des chanteurs. — Paul ALBERT : La méthode de Bier dans les suppurations otitiques et mastoïdiennes.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1910.) THOINOT : Autopsie médico-légale. — L. MARTIN et A. VAUDREMER : La déclaration des maladies transmissibles ; les mesures qu'elle doit provoquer.

Annales médico-psychologiques. — (No 1, janv.-fév. 1910.) ERCHEPARE : Folie familiale. Délire d'interprétation antilogique communiqué entre sept personnes. — V. TRUELLE : Les troubles mentaux dans le tabes. — G. DE CLÉRAMBAULT : Du diagnostic différentiel des délires de cause chloratique (*suite*). — NADAL : Automatisme et dédoublement de la personnalité chez un dément précoce. — S. GARNIER : L'affaire d'incendie de la Villeneuve-aux-Fresnes, au point de vue médico-légal. Folie simulée chez un des quatre inculpés.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (No 276, 25 déc. 1909.) H. BORDIER : Nouvelle technique de l'épilation radiothérapique. — MORIN : Une nouvelle forme de courant. — (No 277, 10 janv. 1910.) Th. NOGIER : Action bactéricide des lampes à quartz à vapeur de mercure, leur application à la stérilisation des eaux potables. — BERCHOUD : De l'importance de l'électro-diagnostic pour l'indication du traitement et l'appréciation des incapacités dans les accidents du travail. — WULLYAMOZ : Localisateur applicable aux chassis de Béclère.

Archives de médecine navale. — (No 12, déc. 1909.) CAZAMIAN : Le sanatorium provisoire pour tuberculeux de l'île de Tréberon. — GASTINEL : Note sur la méningite cérébro-spinale. — BASTIER : La ventilation pendant le combat.

Archives générales de médecine. — (Déc. 1909.) L. POULIOT : L'œdème aigu du poumon dans l'état puerpéral. — G. ROSENTHAL et P. CHAZARAIN-WETZEL : Recherches sur les cultures croisées de bacillus perfringens et de l'anhémobacille du rhumatisme articulaire aigu. — S. FABRE et P. LUTAUD : Les boues radio-actives dans le traitement des poussées inflammatoires aiguës, d'origine gonococcique chez la femme.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 23, 2 déc. 1909.) Etude sur la première série de cent opérations césariennes pratiquées à l'hôpital de Boston (1894-1907). — Charles M. GREEN : Introduction. — Francklin S. NEWELL : Indications (1 tableau). — Leo V. FRIEDMAN : Les différents types de déformations pelviennes. Technique. — Nathaniel R. MASON : Préparation de la malade. — James R. TORBERT : La convalescence. — Robert L. DE NORMANDIE : L'enfant dans l'opération césarienne. — Charles M. GREEN : Les césariennes répétées. — E. A. CODMAN : Le diagnostic de l'ulcère du duodénum (suite du n° 22, p. 774). — Frederick W. JOHNSON : Une grossesse interstitielle. — (N° 24, 9 déc.) Joel E. GOLDTHWAIT : Sur la relation entre l'attitude et le bon état du corps humain, et l'influence de la pesanteur sur la situation et le fonctionnement des organes (avec 38 figures). — Hugh CABOT : Sur le traitement du rétrécissement de la portion bulbaire de l'urètre par la résection complète ou incomplète du canal (avec 5 figures). — John R. HOPKINS : Un nouveau traitement du shock dans les opérations abdominales. — E. A. CODMAN : Le diagnostic de l'ulcère du duodénum (suite des nos 22, p. 774; 23, p. 822). — (N° 25, 16 déc.) Charles F. WITHINGTON : Sur les suppurations rénales dans la fièvre typhoïde. — H. F. HARTWELL et Edward C. STREETER : Sur le bacille de l'acné. — Frank H. LAHEY : Le traitement des infections dues au bacillus aerogenes capsulatus par les injections d'eau oxygénée autour du foyer (avec 4 figures). — William F. WHITNEY : L'assassinat de Gailloux. Son importance médico-légale. — E. A. CODMAN : Le diagnostic de l'ulcère du duodénum (fin des nos 22, p. 774; 23, p. 822; 24, p. 857). — Thomas J. ARBISON : Contribution à l'étude clinique des lésions des artères de la portion supérieure de la moelle épinière. — (N° 26, 23 déc.) Etude sur les greffes cutanées de la peau. Greffes de Reverdin et autres méthodes. — Albert EHRENFRIED : Historique. — F. J. COTTON et Albert EHRENFRIED : Technique et observations (avec 6 figures). — C. A. PORTER et Oscar RICHARDSON : Deux cas de tétanos en « clou rouillé » avec la présence du bacille tétanique dans les glandes inguinales (avec 4 figures). — F. B. LUND : Ulcère stomacal. Perforation subaiguë chez un enfant de huit ans. Opération. Guérison. — Donald GREGG : Trichiniasis aigu sans éosinophilie initiale. Un cas du service du docteur F. C. Shattuck (avec 2 tracés).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 janv. 1910.) GRUET : Traitement esthétique des bubons vénériens. — A. TROUSSEAU : Infections oculaires à l'ozène.

Journal des praticiens. — (N° 48, 27 nov. 1909.) J. MOLLARD et J. REBATTU : Sur un cas de pleurésie purulente médiastine. — N. FIESSINGER : Traitement des suppurations aiguës par l'antiferment protéolytique. — QUÉNU : Fracture des côtes.

Lyon médical. — (N° 2, 9 janv. 1910.) X. DELORE et A. CHALIER : Etude clinique des troubles nerveux moteurs du mal de Pott. — (N° 3, 16 janv.) PIC et BONNAMOUR : L'abcès de fixation dans le traitement des maladies broncho-pulmonaires aiguës. — GRAND-CLÉMENT : Coup d'œil sur les complications oculaires, en particulier sur la rétinite hémorragique. — (N° 4, 23 janv.) MOUISSET-CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND : Contribution à l'étude des ictères hémolytiques.

Montpellier médical. — (N° 1, 2 janv. 1910.) FERRASSE, PEZET et TRUC : L'assistance des aveugles dans l'Hérault. — A. RODET : Connaissances actuelles sur les facteurs modifiant la virulence des microbes. — (N° 2, 9 janv.) Et. LEENHARDT : La lymphadénie aleucémique ; adénies, lymphadénies tuberculeuses. — A. RODET : Connaissances actuelles sur les facteurs modifiant la virulence des microbes. — (N° 3, 16 janv.) A. GAUSSEL : Etude de quelques sanatoriums populaires suisses, allemands et français. — A. RODET : Connaissances actuelles sur les facteurs modifiant la virulence des microbes.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 9 nov. 1909.) JESCOUEK et MEYROWSKI : L'importance pratique de la réaction de Wassermann. — LENTERT : Résultats des examens bactériologiques comparés du sang dans les inflammations de l'apophyse mastoïde. — KÖNIGSTEIN : Sur la formation de pigments post-mortem. — HAMBURGER et SEHEY : Sur les tuméfactions symptomatiques dans la rougeole. — H. KOCH : Contribution à l'étude de la réaction de fixation dans la tuberculose. — P. WOLFF : Sur la présence latente de la forme de bacille tuberculeux de Much. — KÖHLER : Sur la radiothérapie profonde à doses massives. — K. MÜLLER : Contribution à l'étude de la maladie de Banti. — SEIFFERT : Sur la syphilis tropicale. — BAERMANN : Sur la mort par la quinine. — KRÆMER : Contribution à l'action de l'extrait fluide d'apocynus canabinicus. — MUCK : La muqueuse de la cloison nasale, point d'élection pour recueillir le sang pour la réaction de Wassermann et autres recherches sérologiques. — RÜCKER : Hématémèse grave provoquée par une lésion de la cloison nasale. — (N° 46, 16 nov.) HOCHHAUS : Sur la poliomyélite aiguë. — V. HERFF : Sur la valeur des nouvelles précautions contre la blennorragie conjonctivale des nouveau-nés. — MERKEL : L'emploi du procédé de la benzidine pour la recherche du sang. — W. KOCH : Sur le noyau du sinus et ses rapports avec le noyau atrio-ventriculaire. — HOLZNIGER : Sur l'influence des courants osmotiques sur le développement et la vitalité des bactéries. — BÜRCKHARDT : La narcose intra-veineuse par l'éther et le chloroforme. — TIEGEL : Pérityphlite traumatique. — HUFMANN : Rhombus et gouttière à extension agissant automatiquement pour le traitement des fractures du bras et de l'épaule. — ZANCARINI : Sur le traitement des fractures de la cuisse chez le nouveau-né. — SCHÆFER : Sur le traitement par l'iodure de potassium de Carl Spengler. — EBSTEIN : Sur la nomenclature et la signification clinique de l'angle sternal. — BLUMBERG : Suture exacte du périnée sans assistance à la blessure.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1910.) TUFFIER et MARTIN : Kystes hydatiques du poumon. — P. LECÈNE : Contribution à l'étude des volvulus du gros intestin (5 fig.). — L. ZIMBAL : Les kystes sanguins du mésentère. — GOUGEROT et CARAVEN : Hémisporose humaine [nouvelle mycose, 2 fig.] (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1910.) A. GOUGET : La scarlatine (enfants) à l'hôpital Claude-Bernard en 1908 (5 fig.). — P. NOLF et A. HERRY : De l'hémophilie. Pathogénie et traitement (deuxième mémoire). — R. LÉPINE : Radiothérapie et maladie de Basedow. — MOSNY et MALLOIZEL : Splénopneumonies (quatrième et dernier mémoire, 9 tracés). — R. LÉPINE : Sur les effets des injections intra-veineuses alcalines à la période prémonitoire du coma diabétique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 47, 20 nov.) Francis MUNCH : L'anesthésie régionale dans la cure radicale de la sinusite maxillaire. — BICHATON : Cas d'otite moyenne catarrhale chronique traités par la thiosinamine.

Revue médicale de l'Est. — (N° 24, 15 déc. 1909.) H. ZILGIEN : Observations et réflexions concernant des névroses stomacales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — JEUDI 3 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 3 FÉVRIER 1910. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nos bureaux sont rouverts à partir d'aujourd'hui aux heures habituelles, de neuf heures à onze heures et de deux heures à cinq heures.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie*. — Séance du 31 janvier 1910. — MM. Bouttier, 8; Gheorghiu, 5; Desvaux de Lyf, 11; Salès, 4; Blum, 6; Le Grand, 13, Lefèvre, 8; Philippon, 10; Virenque, 15.

Prochaine séance jeudi 3 février, à cinq heures un quart, à Beaujon.

Pathologie. — Séance du 31 janvier. — MM. Lebas, 5; Gutmann, 9; Lanos, 3; Desplas, 10; Chauvet, 9; Durand (Gust.), 8; Netter, 9; Rousseau (Ferd.), 5; Amaudrut, 11.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury de ce concours, qui doit s'ouvrir le 15 février, à midi, salle des Saints-Pères, est provisoirement composé de MM. Lermoyez, Sébileau, Blum, Mauclaire, Reynier, Fernand Bezançon et Enriquez.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les chaires de pathologie interne et de pathologie et thérapeutique générale sont déclarées vacantes.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Par arrêté ministériel en date du 8 décembre 1909, un concours sera ouvert devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris le 4 juillet 1910, pour l'emploi de professeur suppléant de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

— Par arrêté ministériel en date du 8 décembre 1909, un concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris le 4 juillet 1910 pour un emploi de professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 2000 francs; ils sont chargés, s'il y a lieu, de remplacer les professeurs titulaires; ils prennent, en outre, une part active à l'enseignement et font des cours complémentaires.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris un mois avant l'ouverture de ces concours.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret du 24 janvier 1910, ont été promus :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Blanchard, Ario, Botreau-Roussel, Escudié, Husnot, Antoine, Jaulin du Seutre, Nogue, Bernardeau, Gilbert-Desvallons, Dupuis, Dauvergne, Jouveau-Dubreuil, Guyomarc'h, Allary, Delalande, Richer, Basque, Mazière, Arné, Richard, Baujean, Bernard, Heymann, Pinaud, Nenon, Le Boucher, Bondil, Lajus, Le Cousse, Mazurié, Frontgous, Bonnefous, Sauvé, Gouin, Clapier, Rivière, Rochigneux, Bourgarel, Wipratte, Blandin, Euvrard.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le 27 janvier, à neuf heures du soir, sur la convocation du Syndicat médical de Paris qui avait pris l'initiative de la réunion, les délégués des principaux groupements médicaux de Paris et de la région parisienne, se sont réunis à la Faculté de médecine et ont fondé, à l'unanimité des 40 délégués présents, la Fédération permanente des médecins de la région parisienne. Ainsi donc l'idée qui avait présidé à l'union de quelques grandes associations médicales et qui avait déjà donné de très appréciables résultats, l'an dernier, pour le relèvement des honoraires, a définitivement pris corps. Le nouveau groupement n'est destiné à combattre aucun autre groupement préexistant mais, au contraire, à consolider l'union entre tous les membres du corps médical par l'étude de grandes questions qui intéressent tous les médecins.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 12, 25 déc. 1909.) BINET et TRENEL : Les types anatomiques des fractures du calcanéum (fig.). — Denis ZEGAS : L'apophysite tibiale. — MAUCLAIRE et DOUAI : Diverticulite et appendicite concomitantes (fig.).

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 7, déc. 1909.) A. ROBIN : Documents sur les échanges respiratoires et les principes de la reminéralisation organique. — F. BEZANÇON et PHILIBERT : Valeur des différents procédés d'homogénéisation des crachats tuberculeux. — NOBÉCOURT : Les variations de la température du corps chez l'enfant, à l'état sain et au début de la tuberculose. — F. BEZANÇON : L'instabilité thermique dans la tuberculose pulmonaire.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 2 déc. 1909.) LŒFFLER : La sérothérapie, la séroprophylaxie et la vaccination de la fièvre aphteuse. — H. STRAUSS : Sur les indications et les contre-indications de la sigmoscopie. — JOCHMANN et SCHÖNE : Sur la valeur thérapeutique de l'hyperémie de stase dans l'érysipèle. — KÖGEL : La recherche des bacilles tuberculeux dans l'expectoration par la double méthode d'Ellermann-Erlandsen. — SCHUBER : Sur la coloration des coupes par la méthode de Giemsa. — QUADFLIEG : Contribution à la recherche des œufs de parasites dans les fèces. — MOMBURG : Quelques remarques sur la technique de la privation de sang dans la moitié inférieure du corps. — ANDREAL : Sur le traitement de quelques difformités chroniques. — BAEHR : Appareil à modifier les articulations de la main et des doigts dans l'air chaud. — JOLLY : Sur le diagnostic des tumeurs de l'ovaire et des troubles de l'accouchement causés par elles. — BLUMREICH : Une extension de l'enseignement au mannequin en obstétrique. — RÜHL : Déchirure de la paroi vaginale postérieure pendant l'accouchement. — DE DOMINICIS : Contribution à l'étude de la mort par pendaison. — HEIM : Envoi des tuberculeux dans l'Afrique occidentale allemande. — BEEZ : Nouveau bain de lumière et d'air chaud électriques. — (N° 49, 9 déc.) KÖRTE : Extirpation d'un fibrome du pancréas. — JONNESCU : L'anesthésie rachidienne et l'anesthésie de diverses régions du corps. — Ad. SCHMIDT : La résurrection de l'auto-intoxication intestinale en France et le Combisme. — KLIENEBERGER : Transformation aiguë d'une leucémie myéloïde chronique en une leucémie à myéloblastes. — LENZMANN : Nouvelles expériences sur le traitement de la syphilis par les préparations de quinine. — REESE : Résection du bassin pour un sarcome. — NEUMANN : Le nourrisson sur la haute montagne. — LEVY-DORN : L'identification des points en röntgenologie. — SPENGLER : Sur le traitement par le sang immun de tuberculose. — DOLD : Sur le diagnostic du choléra. — (N° 50, 16 déc.) MARTIN : Myome et fertilité. — BRIEGER et RENZ : Le chlorate de potasse dans le sérodiagnostic de la syphilis. — FRÆNKEL . Contributions anatomiques et cliniques à la paramétrite postérieure chronique. — RODENWALDT : Pneumococcémie et sérum antipneumococcique de Römer. — SCHEPELMANN : Sur les préparations de brome et la sabromime. — RÖTHIG : Nouvelles recherches sur le système nerveux central de souris traitées par l'arsacétine. — VOIT : Sur la lipurie. — KUHN : Le compresseur à air à l'hôpital. — FRÆNKEL : Nouvelles données dans le domaine de la médecine légale. — SCHRÖDER : La prothèse dentaire dans le domaine du visage. — (N° 51, 23 déc.) HOFMEIER : Sur le traitement des annexites. — V. CZERNY : Remarques sur les injections de préparations de radium dans les tumeurs malignes. — NICOLAÏ et PLESCH : Le mécanisme régulateur dans la dissociation complète entre l'oreillette et le ventricule. — SPIELMEYER : Sur la maladie du sommeil expérimentale. — SIERAN : Sur la question des psychoses d'induction. — SCHNITZLER : Coup d'œil sur 2000 opérations d'appendicite. — JOHNSEN : La décapsulation rénale dans l'éclampsie. — KÖRSTEIN : La culture de bacilles typhiques venant du caillot sanguin après digestion de ce caillot dans de la tête de bœuf contenant de la trypsine. — FRÆNKEL : Nouvelles données dans le domaine de la médecine légale. — BLASCHKO : La reviviscence de la lèpre dans l'Europe centrale et ses causes.

Semaine gynécologique. — (N° 47, 23 nov. 1909.) LE DENTU : Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre. — PICHEVIN : Cancer utérin et hystérectomie. — (N° 48, 30 nov.) SEGOND : A propos de la grossesse extra-utérine. — (N° 49, 7 déc.) R. PICHEVIN : A propos du curage digital ou instrumental dans l'infection puerpérale. — (N° 50, 14 déc.) SEGOND : De l'hystérectomie vaginale dans les affections inflammatoires des annexes. — (N° 51, 21 déc.) SEGOND : A propos de la cure d'une éventration.

Semaine médicale. — (N° 47, 24 nov. 1909.) J. LHERMITTE : De la multiplicité des lésions et des symptômes de la soi-disant poliomyélite antérieure aiguë épidémique. — (N° 48, 1er déc.) J. TEISSIER : Albuminurie prétuberculeuse et albuminurie paratuberculeuse. — (N° 49, 8 déc.) F. RAYMOND et H. CLAUDE : La méningite séreuse circonscrite de la corticalité cérébrale. — (N° 50, 15 déc.) R. DE BOVIS : La méthode de Momburg en gynécologie et en obstétrique. — (N° 51, 22 déc.) CHAUFFARD et VINCENT : Hémoglobinurie hémolysinique avec ictère polycholique aigu. — (N° 52, 29 déc.) LEJARS : Les phlegmons iliaques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 48, 2 déc. 1909.) A. GLUZINSKY : Quelques remarques sur le tableau clinique du climactérium. Troubles fonctionnels des glandes à sécrétion interne. — BRAUN et FUCHS : Sur la symptomatologie des névroses cardiaques. — SALUS : Sur le problème de l'anaphylaxie. — WEIL : Bacilles de l'influenza comme agents pyogènes. — BEREND : Protection des hôpitaux d'enfants contre la rougeole. — LÖWY : Sur les symptômes basedowiens dans les néoplasmes thyroïdiens. — (N° 49, 9 déc.) LINDNER : La forme initiale libre des inclusions de Prowazek. — LEINER et WIESNER : Recherches expérimentales sur la poliomyélite antérieure aiguë. — VON STEJSKAL : Sur la recherche et la signification des manifestations hémolytiques. — REINMAN et FUCHS : Un cas rare de paralysie crurale hystérique. — HABERER : Sur un cas de défaut du rein où l'on avait soupçonné une tumeur rénale. — GOLDSCHWEND : Hydropisie de l'appendice vermiforme. — (N° 50, 16 déc.) ALBRECHT et HECHT : Sur le carcinome des souris. — LINDNER : Sur l'état actuel des recherches sur le trachome. — HERZ : Remarques sur le traitement sérothérapique de la typhoïde. — KOSCHIER : Sur les fibromes du naso-pharynx. — RAUBITSCHECK : Sur la connaissance de l'immunanti phytalbumine. — ZIRM : Brûlure de la cornée par sulfate de cuivre. — (N° 51, 23 déc.) S. FRÄNKEL et DIMITZ : Respiration des tissus par corps intermédiaires. — FALTA et IVKOVIC : Sur le mode d'action de l'adrénaline dans ses diverses applications et son apparition dans l'urine. — SCHWARZ : Sur quelques manifestations consécutives à l'extirpation des deux capsules surrénales. — WITTGENSTEIN : Action de la substance de l'ovaire sur les bacilles tuberculeux. — HABERER : Sur la question des kystes non parasitaires du foie. — ROTHBERGER et WINTERBERG : Sur le pouls perpétuel irrégulier.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

LA CONJONCTIVITE PURULENTE

Par M. le docteur A. TROUSSEAU (1).

De toutes les maladies de l'œil, la conjonctivite purulente est la plus redoutable, à cause des graves complications qu'elle peut entraîner; après l'atrophie de la papille, c'est elle qui détermine le plus grand nombre de cas de cécité.

On peut dire qu'elle a une cause presque unique, le gonocoque, l'inoculation se produisant à l'occasion d'une blennorragie aiguë ou chronique, d'une leucorrhée franche ou atténuée. Chez le nouveau-né, elle provient de la pénétration dans les yeux des sécrétions vaginales gonococciennes de la mère soit au moment du passage de la tête dans le vagin, soit dans l'utérus même, à condition pourtant que les membranes soient rompues. Après la naissance, elle éclot par contagion, d'enfants à enfants, de gardes ou sages-femmes à enfants, de linge et objets de pansements contaminés à enfants, et de la mère à l'enfant quand celle-là ne prend pas garde au contact de ses sécrétions nocives.

Beaucoup plus rarement, l'ophtalmie purulente est due à la virulence d'autres microbes : streptocoque, pneumocoque, bacille diphtérique, mais alors, elle n'est pas aussi précoce, elle ne se montre chez le nouveau-né, qu'après le cinquième ou le sixième jour de la naissance et elle ne présente presque jamais un degré d'acuité aussi marqué que la conjonctivite d'origine blennorragique.

Je confondrai en une seule description la conjonctivite purulente des adultes et celle des nouveau-nés, visant principalement cette dernière; j'indiquerai les particularités de l'ophtalmie blennorragique des adultes.

Etudions donc la conjonctivite purulente dans ses signes objectifs, subjectifs, sa marche, sa bactériologie, son diagnostic, son pronostic, sa prophylaxie et son traitement.

SIGNES OBJECTIFS. — On constate, au début, de l'injection de la muqueuse. Chez le nouveau-né, elle apparaît dans les portions externes, découvertes de la conjonctive, caroncule lacrymale et bords palpébraux, toutes parties qui, pendant l'accouchement, se sont trouvées au contact de la muqueuse vaginale infectée. Cette phase précoce échappe le plus souvent à l'attention du médecin.

A un stade plus avancé — et c'est alors seulement que nous sommes consultés — les paupières sont rouges, luisantes, tuméfiées, difficiles à ouvrir. Le gonflement varie : tantôt il est modéré, tantôt il se présente comme un véritable œdème inflammatoire. La muqueuse est turgescente, chémotique, couverte d'un pus vrai, épais, de coloration jaunâtre ou verdâtre, qui a succédé à la sérosité louche mêlée de flocons purulents du début. De la caroncule et des parties découvertes, l'inoculation s'est propagée et s'est généralisée à toute la conjonctive, produisant des ecchymoses et du chémosis.

Le gonflement des paupières est parfois tel qu'on ne peut les entr'ouvrir pour examiner la cornée, et pourtant il est indispensable de prendre des nouvelles de la membrane transparente dès le début en danger. Celle-ci peut être indemne ou bien être touchée, suivant diverses modalités. Les lésions se produisent sous forme d'infiltrations, d'abcès ou d'ulcérations qui peuvent entraîner sa perforation.

SIGNES SUBJECTIFS. — Ils sont, en général, peu marqués. On note de la chaleur ou une cuisson plus ou moins vive. Rarement il existe de la douleur : si ce fait se produit, il faut redoubler d'attention, car c'est le signe des complications cornéennes qui s'annoncent par de vives douleurs périorbitaires.

DURÉE, MARCHE. — La durée est de trois semaines à un mois environ. Avec le traitement, on obtient une sédation marquée au bout de dix à douze jours.

Dans l'ophtalmie purulente des adultes, le plus souvent un seul œil est pris et l'on peut protéger l'autre contre l'infection; chez les enfants, cette protection est impossible, et, presque toujours, les deux yeux se prennent.

Quand le traitement est bien conduit, la sécrétion diminue de plus en plus, en même temps que le gonflement des paupières s'atténue. Dès que celles-ci se plissent, que le pus diminue en quantité et se modifie en qualité, devenant plus jaune, plus clair, la maladie est en bonne voie et ne tardera pas à guérir.

Malheureusement, elle peut se prolonger, récidiver, alors qu'on la croit finie et s'aggraver subitement par l'apparition d'un désordre cornéen.

BACTÉRIOLOGIE. — Je crois inutile de m'étendre longuement sur ce sujet : nous connaissons tous, plus ou moins, le gonocoque.

Pour en faire l'examen bactériologique, on procède de la façon suivante : avec une anse de platine préalablement rougie à la lampe puis qu'on laisse refroidir, on prélève dans le cul-de-sac conjonctival inférieur un peu de sécrétion qu'on étend sur une lame de verre et qu'on frotte, en appuyant, sur une autre lame pour rendre la préparation fine et transparente. On laisse sécher un moment ou — ce qui est préférable — on fixe à la lampe, puis on colore, pendant deux à trois minutes, au bleu de méthylène à un centième. On lave les lames et on les sèche au buvard.

Au microscope, les gonocoques apparaissent comme de petits grains de café, assemblés deux à deux et réunis en colonies plus ou moins nombreuses. Si vous hésitez sur la qualité des microbes que vous examinez, rappelez-vous que les gonocoques se décolorent par la méthode de Gram, ce qui permet de les différencier des pneumocoques ou des streptocoques.

Notons, en passant, qu'après un certain temps, on n'en trouve plus dans la sécrétion : ou les gonocoques auront peu à peu pénétré dans la profondeur

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Maurice RIEU, aide de clinique.

de la muqueuse, ou les nitratations antérieures les auront détruits.

Les cultures ne donnent généralement que le développement de saprophytes, elles ne sont donc pas à recommander au clinicien ; seul le bactériologiste, qui a à sa disposition des milieux spéciaux, peut en tirer profit.

Diagnostic. — Il n'est, en général, pas très difficile et peut être étayé par l'examen bactériologique.

On peut confondre la conjonctivite purulente avec un œdème inflammatoire ou avec un phlegmon des paupières, avec un orgeolet, une conjonctivite catarrhale, une conjonctivite diphtérique ou une conjonctivite granuleuse purulente.

Dans l'œdème inflammatoire ou dans le phlegmon des paupières, celles-ci sont rouge vif, tendues, il n'y a que peu ou pas de sécrétion et il existe de l'empâtement de toute la région.

L'orgeolet, s'il est accompagné d'une conjonctivite catarrhale, peut simuler une ophtalmie purulente. Mais il est un moyen facile de fixer le diagnostic : on promène un crayon ou le manche d'un instrument quelconque sur le bord palpébral ; s'il existe un point douloureux, il s'agit certainement d'un orgeolet.

Dans la conjonctivite catarrhale, les paupières, toujours moins gonflées, présentent leurs plis transversaux ; il n'y a jamais de troubles cornéens et la sécrétion n'a pas la coloration verdâtre.

Dans la conjonctivite diphtérique, la présence des fausses membranes lèvera l'hésitation.

Il est souvent plus difficile d'établir le diagnostic avec la conjonctivite granuleuse quand elle s'accompagne d'une abondante sécrétion, mais l'exploration du cul-de-sac supérieur farci de granulations ne permettra guère d'hésitation.

Pronostic. — Ne soyez jamais optimistes et dites bien, toujours, aux intéressés que la maladie est grave, très grave, puisqu'elle peut entraîner la cécité. Souvenez-vous que, sur la totalité des aveugles, un bon tiers le sont devenus par ophtalmie purulente.

Surtout, ne vous fiez pas à la bénignité de certains débuts d'ophtalmie purulente, vous pourriez vous réserver de désagréables surprises. A ce propos, permettez-moi de vous rappeler un épisode de la première année de ma pratique. Je fus appelé un jour près d'un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente. L'écoulement était apparu le matin, ce fut à deux heures de l'après-midi que j'examinai l'enfant. Les cornées étaient nettes, la sécrétion était déjà franchement purulente, je portai un pronostic bénin, puis je cautérisai, avec soin, les conjonctives au nitrate d'argent. Le lendemain matin, la cornée était perforée, l'œil était perdu. Dix jours après, je fus appelé de nouveau pour cet enfant dont l'autre œil était atteint. Je réclamai le concours d'un ophtalmologiste fort connu. Comme je l'avais fait dix jours auparavant, il cautérisa la conjonctive, rassura la famille, prédisant que dans une quinzaine de jours, la guérison serait complète. Le lendemain la cornée était perforée, l'enfant était aveugle.

Trois signes importants pourront vous fixer sur la gravité de l'ophtalmie purulente : 1° le gonflement des paupières ; plus il est accentué, plus le pronostic doit être réservé, plus sera grave la maladie ; 2° la couleur de la sécrétion : le pus verdâtre dénotera un état pathologique plus mauvais que l'écoulement jaunâtre ; 3° le chémosis : d'autant plus fâcheux qu'il existe ou est plus marqué.

Prophylaxie. — Il faut envisager la prophylaxie de l'ophtalmie purulente : *a*, des nouveau-nés ; *b*, des adultes.

A. Pendant l'*accouchement*, les yeux de l'enfant peuvent s'infecter soit dans l'utérus, et alors la contagion s'opère par les doigts de l'accoucheur (ce qu'on évitera par une antisepsie parfaite préalable du vagin et des mains), soit par le contact de la muqueuse vaginale pendant le passage de la tête.

Il faudrait qu'un mois et demi au moins avant l'accouchement, les femmes enceintes soient examinées et qu'on traite celles qui sont infectées, par des injections ou lavages antiseptiques du vagin. Aux accoucheurs devrait, en outre, revenir le soin de confesser les maris, pour que l'examen soit fait plus à fond et la désinfection systématiquement plus complète.

Dans les hôpitaux d'enfants, pour éviter la contagion, on devra isoler chaque petit malade dans un box séparé.

Dans les maternités, il faut obliger les sages-femmes et les infirmières à une désinfection parfaite des mains et à l'usage exclusif de linges aseptiques. On devra proscrire les pinceaux et crayons qui servent en commun.

L'enfant mis au monde, on s'occupera, avant tout, de ses yeux. On essuiera ses paupières avec du coton hydrophile *sec*, car le liquide, diluant les mucosités adhérentes, peut entraîner les microbes dans le cul-de-sac conjonctival et amener ainsi la contamination. On s'abstiendra de cette pratique dangereuse qui consiste à laver les yeux du nouveau-né avec l'eau du premier bain : c'est un bon moyen pour inoculer ses conjonctives.

Après avoir essuyé les paupières, comme je viens de le dire, on les écartera doucement et on fera un lavage au cyanure d'hydrargyre à 1/10.000 ou au permanganate de potasse, à l'aide d'un petit ballon à double tubulure du modèle de celui que j'ai fait établir. Ce lavage n'agira pas comme antiseptique, il entraînera mécaniquement les germes pathogènes que pourraient contenir les cul-de-sac conjonctivaux.

Tous ces moyens, par eux-mêmes excellents, ne sont pourtant pas suffisants. Il faut, en outre, employer systématiquement celui qui est connu sous le nom de méthode de Crédé, et qui est très efficace. Avec une baguette de verre bien aseptisée ou un compte-gouttes bouilli, on laisse tomber dans l'œil du nouveau-né, une ou deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2/100. Au bout de deux ou trois jours, il se produit un petit écoulement catarrhal qui n'a aucun inconvénient et qui ne ressemble pas à celui de la conjonctivite purulente.

A la Maternité de Leipzig, depuis que cette méthode est employée, la fréquence de l'ophtalmie purulente est tombée de 10 à 12 p. 100 à 1/2 p. 100.

Le jus de citron, la poudre d'iodoforme, le protargol, l'argyrol, l'eau oxygénée, etc., qu'on a préconisés, sont des agents dont l'action est très infidèle. Aucun d'eux ne peut, ne doit remplacer le nitrate d'argent.

Pour compléter la série des moyens prophylactiques, il serait désirable que l'État français prît des mesures contre la propagation de la conjonctivite purulente ; que toute personne, parent, sage-femme ou garde, déclarant la naissance d'un enfant reçoive un imprimé indiquant la gravité et les symptômes de cette maladie et prescrivant de conduire les malades au médecin dès le début du mal, sans mentionner le traitement, car ce serait donner aux sages-femmes la tentation de l'instituer elles-mêmes et de vouloir surveiller une évolution pathologique grave qu'elles ne connaissent pas. Enfin, il faudrait que la déclaration de l'ophtalmie purulente, comme maladie contagieuse, fût obligatoire.

B. *Ophtalmie purulente des adultes.* — La contagion se fait par l'apport direct de la sécrétion uréthrale sur la conjonctive ou par l'intermédiaire des parents : frères blennorragiques, mères ou sœurs atteintes de vulvo-vaginite.

Pour éviter la dissémination de l'ophtalmie, il faudra prendre toutes les précautions hygiéniques et détruire les objets de pansement qui auront servi au malade, n'employer que du coton hydrophile qu'on brûlera immédiatement après usage. Je rappelle qu'on devra proscrire dans les hôpitaux, pour éviter les inoculations en masse, les pinceaux et les crayons au nitrate d'argent, et qu'il sera excellent d'isoler le malade.

Le médecin, pour ne pas contracter la maladie, devra désinfecter soigneusement ses mains et ses instruments, avant et après les pansements. Quand il ouvrira l'œil infecté, il prendra bien soin de ne pas écarter les paupières trop vivement : faute de cette précaution, il pourra recevoir dans un œil ou les yeux, quelques gouttes ou même un jet de pus projeté mécaniquement par l'ouverture brusque des paupières. Pour éviter ce risque, on a proposé d'interposer une lame de verre entre le visage du malade et celui de l'opérateur, mais je crois qu'avec des précautions, en détournant un peu la tête et surtout en écartant très doucement les paupières, on peut se mettre facilement à l'abri de cet accident.

Pour empêcher l'invasion consécutive des deux yeux, il sera très utile de faire des lavages préventifs de l'œil resté indemne, de faire coucher le sujet du côté malade afin que le pus ne coule pas vers l'œil sain. On pourra prescrire des lavages antiseptiques du bon œil, matin et soir, et le protéger par un pansement occlusif à demeure ou par un verre de montre enchassé dans du diachylon ou du caoutchouc afin de pouvoir, en même temps, le surveiller.

Traitement. — Pour examiner un enfant atteint d'ophtalmie purulente, il faut lui maintenir la tête entre les genoux, dire à l'aide de lui tenir les deux mains, puis avec un tampon, nettoyer les paupières, décoller les cils en faisant doucement couler quelques gouttes d'une solution antiseptique. Si les paupières s'ouvrent bien, inutile de se servir d'écarteurs, sinon, les introduire avec beaucoup de précautions et les écarter de même, sans presser sur le globe oculaire car la cornée pourrait être sur le point de se perforer, et la pression déterminerait cet accident.

Aussitôt l'œil ouvert, la première chose à examiner, *c'est l'état de la cornée*, et, d'après cet examen et celui des paupières, l'on pourra porter un pronostic qui se basera sur ces trois signes :

Gonflement des paupières ;
Nature et couleur de l'écoulement;
Etat de la cornée.

Pour le traitement à instituer, notre conduite variera suivant :

Qu'il n'y a point de complications cornéennes;
Ou qu'il y a des complications.

A. *Il n'y a pas de complications.* — Nos moyens d'action seront alors :

1° Les lavages antiseptiques ;
2° Les cautérisations au nitrate d'argent.

a. *Lavages antiseptiques.* — D'une façon générale, on ne doit employer, pour faire les lavages, aucun antiseptique irritant, surtout les préparations de sublimé où il entre de l'alcool. La solution que je vous conseille est la suivante :

Acide borique....... 30 grammes
Eau bouillie......... 1000 grammes

ou simplement de l'eau bouillie.

Pour faire les irrigations, il faut ramener en arrière la tête du patient, ectropionner de la main gauche la paupière inférieure du malade et le faire regarder en haut s'il s'agit d'un adulte. Avec la main droite, on fait couler, au niveau de l'angle interne, un long filet de liquide en pressant un tampon d'ouate hydrophile largement imbibée ou en se servant du petit ballon de verre à deux tubulures dont je vous ai parlé tout à l'heure.

b. *Cautérisations au nitrate d'argent.* — Le nitrate d'argent, préconisé au siècle dernier par Saint-Yves, n'a pas encore été supplanté par les succédanés récemment vantés : le protargol, l'argentamine, etc. Le nitrate d'argent a une double action :

1° Il coagule l'albumine et évite ainsi l'envahissement des parties profondes ;

2° Il produit une escarre superficielle qui balaye pour ainsi dire, lorsqu'elle tombe, l'épithélium, les cellules lymphoïdes sous-jacentes et, avec elles, l'agent infectieux.

Comment faut-il l'appliquer? — Il faut d'abord retourner les paupières, les assécher, tremper une baguette de verre entouré de coton dans une solution de nitrate d'argent à 2/100, puis la promener sur *toutes* les parties de la muqueuse, et spécialement sur les culs-de-sac bien développés, jusqu'à ce que la muqueuse ait pris une coloration blanchâtre. Il se produit une petite escarre qui se détache, en général, dans la journée.

Je réponds tout de suite à l'objection que vous

pourriez me présenter. Pourquoi ne pas employer de simples instillations, comme dans la méthode de Crédé? Parce que vous intervenez ici dans des conditions bien différentes. Par l'instillation, selon Crédé, vous vous proposez d'agir préventivement avec une cornée saine. Tandis que, dans l'ophtalmie purulente une fois déclarée, l'épithélium et souvent le tissu même de la cornée qui baigne dans le pus sont déjà plus ou moins atteints, et vous risqueriez, en laissant tomber directement sur eux le caustique, d'aggraver les lésions, partant d'en favoriser la perforation.

Après la cautérisation, il faut appliquer quelques compresses froides de solution antiseptique de moyenne intensité : eau boriquée, eau bouillie.

Quand faut-il commencer les cautérisations? — Quand l'écoulement est devenu franchement purulent. S'il n'est pas nettement établi, s'il est simplement séreux ou muco-purulent, il faut attendre pour intervenir.

Faut-il se servir d'eau salée? — Si la cautérisation est bien faite, il est tout à fait inutile d'en modifier l'action par la neutralisation.

Quand faut-il renouveler les cautérisations? — Quand l'escarre est tombée, environ après vingt-quatre heures. Toutefois, dans les cas graves, on pourra cautériser toutes les douze heures.

Quand faut-il les cesser? — Quand toute trace d'écoulement a complètement disparu; si l'on cesse trop tôt, l'écoulement reparaît. Dans ce cas, il faut recommencer comme au début.

Que faut-il faire dans l'intervalle des cautérisations? — Des lavages antiseptiques chaque fois qu'apparaît le pus qu'on ne devra jamais laisser accumuler entre les paupières. Dans l'intervalle des lavages, on laissera sur l'œil des compresses froides ou même glacées qui calment la réaction.

Y a-t-il autre chose à faire que les cautérisations? — Dans quelques cas, lorsqu'il y a du chémosis intense, avec gros bourrelet autour de la cornée, on peut faire des scarifications dans le sens horizontal, mais seulement après les cautérisations. On peut, au besoin, pratiquer la canthoplastie, si les paupières sont trop tendues, impossibles à retourner et menacent d'étrangler la cornée.

Le docteur Kalt a préconisé un traitement par les grands lavages au permanganate de potasse. Le traitement donne de bons résultats sans que l'on puisse affirmer qu'il doive remplacer, dans tous les cas, le traitement classique.

Au moyen d'un petit entonnoir laveur que l'on introduit entre les paupières, on fait couler entre elles, deux à quatre fois par jour, deux litres d'une solution ainsi préparée :

Eau distillée............. 250 grammes.
Permanganate de potasse.. 20 grammes.

Une cuillerée à café pour deux litres d'eau.

B. *Il y a des complications.* — Quelles qu'elles soient, il ne faut jamais cesser ni les *cautérisations*, ni les *compresses*, ni les *lavages*.

Les complications qui peuvent se produire sont : *Une simple desquamation épithéliale de la cornée*, avec infiltration; les lavages et les compresses doivent être employés tièdes ou chauds.

L'ulcération ou abcès : même traitement, accompagné d'instillation du collyre à l'éserine deux fois par jour :

Eau.................... 5 grammes
Esérine................ 0gr03.

Si l'abcès s'étend, on le touchera avec la pointe du thermocautère.

S'il y a menace de perforation, il ne faut pas attendre qu'elle se produise en mauvais lieu; on la provoquera en rompant le fond de l'ulcère au galvanocautère.

Si le cristallin s'engage dans la perforation, le dégager, réséquer l'iris hernié, instiller l'ésérine, faire de grands lavages, appliquer un pansement un peu compressif, souvent renouvelé.

S'il y a du staphylome, on le réprimera avec la pointe du thermocautère.

En tous cas, il ne faut pas se décourager; tant que le globe de l'œil n'est pas atrophié, on peut espérer voir la cornée s'éclaircir.

Le grand orage, les grandes complications évitées, il faut diminuer peu à peu les cautérisations et les lavages, toucher parfois quelques papilles hypertrophiées avec :

Glycérine.................. 10 grammes
Sulfate de cuivre........... 0gr75

mais n'abandonner le malade que lorsque tout est parfaitement rentré dans l'ordre, sans négliger le traitement ultérieur des taies de la cornée, des leucomes adhérents, etc.

En résumé pour guérir une ophtalmie purulente, il faut :

Des lavages antiseptiques et des cautérisations bien faites et fréquemment répétées avec du nitrate d'argent à 2/100.

Un dernier mot qui sera, à la fois, un conseil et un encouragement : dans l'âpre lutte que nous sommes obligés de soutenir contre cette redoutable maladie, agissez toujours, ne désespérez jamais; très souvent vous pourrez obtenir, par des soins consciencieux, de très bons résultats relatifs et garder à vos malades une vision suffisant à la vie. Faites-vous une loi de cette pensée qu'on pourrait ériger en maxime : on ne doit pas désespérer d'une cornée d'enfant.

LA PHOTOGRAPHIE DE LA VOIX
DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

Par M. le docteur MARAGE (1).

Si, au cours d'un traitement, il est indispensable de mesurer d'une façon précise les variations de l'acuité auditive (2), il est tout aussi important, dans

(1) Communication à l'Académie des sciences, séance du 24 janvier 1910.

(2) Docteur MARAGE. *Mesure et développement de l'audition par la sirène à voyelles* (travail couronné par l'Académie de médecine, 1902).

les mêmes conditions, d'inscrire les notes que peut chanter un larynx malade.

Dans un travail présenté à l'Académie des sciences le 23 mars 1908, j'ai décrit un appareil qui permet

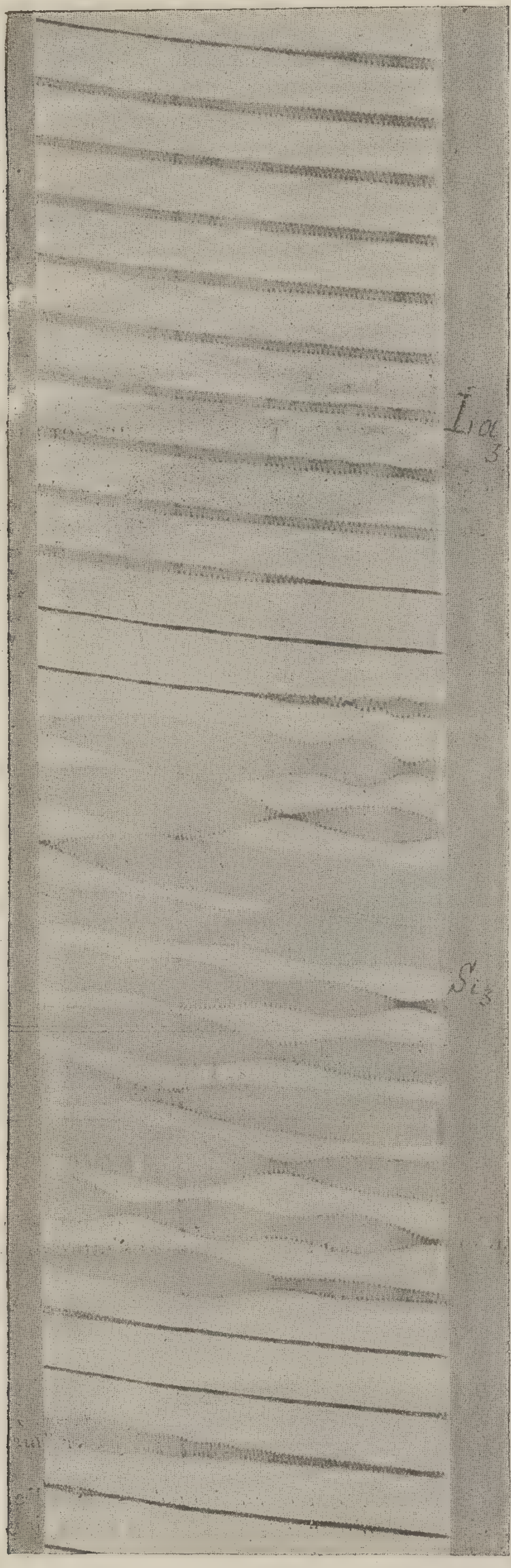


FIG. 1. — *Vraie grandeur.* — La note la_3 est bonne quoiqu'un peu tremblée vers la fin ; la note si_3 est très mauvaise, elle est mal attaquée et chevrotante, mais son intensité est plus grande que celle de la_3.

de photographier, sans aucune manipulation spéciale, les vibrations de la voix sur une bande de papier de 25 mètres de longueur (fig. 1). Chaque ligne dure à volonté $\frac{1}{n}$ de seconde, n étant égal à 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

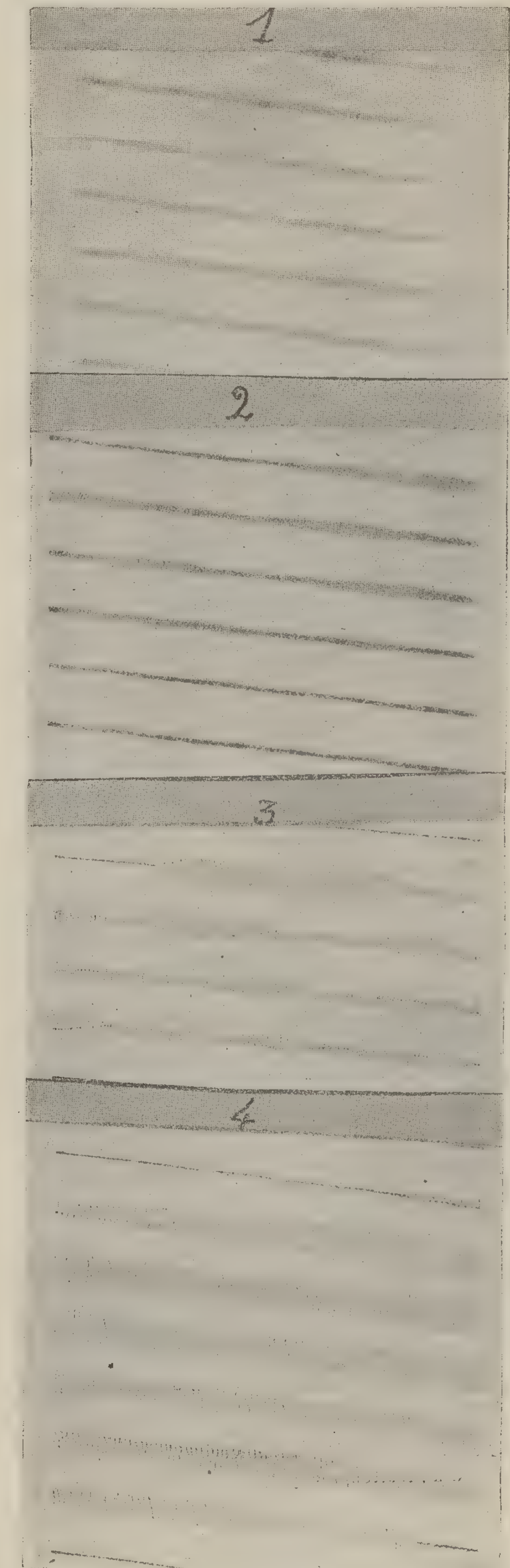


FIG. 2. — *Vraie grandeur.* — La même note la_3 chantée par un larynx atteint de nodules des chanteurs, le tracé a été pris à diverses époques du traitement.

J'ai pensé que cette méthode pouvait être utile aux médecins en leur permettant de constater et de faire

constater aux malades l'état de leur voix avant et après un traitement.

TECHNIQUE. — Je fais chanter une ou deux gammes sur une voyelle, A par exemple; les différentes notes (piquées) sont séparées les unes des autres par un intervalle de repos (ligne droite du tracé) : des photographies sont prises au commencement, à la fin et au cours du traitement, si on le juge nécessaire.

En comparant les épreuves prises à différentes époques, on peut voir et faire voir au sujet les étapes vers la guérison.

J'ai eu l'occasion de photographier un grand nombre de voix. Je donne aujourd'hui simplement deux exemples qu

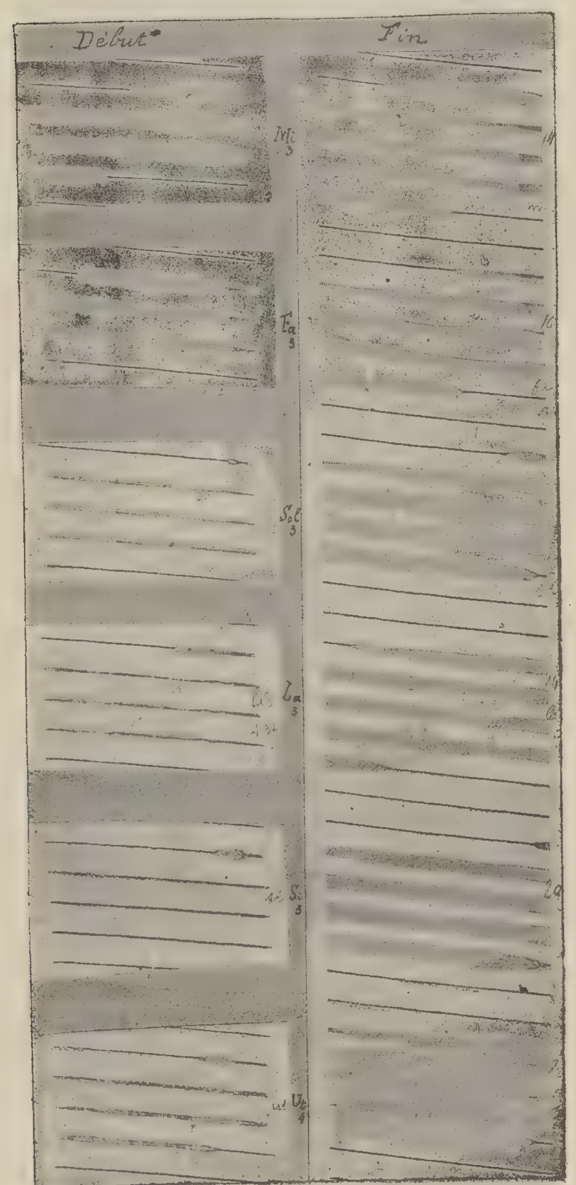


FIG. 3. — *Echelle 1/2.* — Mêmes notes inscrites au début et à la fin d'un traitement (pharyngite catarrhale).

montrent les progrès réalisés par deux malades du docteur Conta; mon rôle a consisté à prendre les tracés, à les interpréter et à guider le traitement.

PREMIER CAS. — *Double nodule des chanteurs* (tessiture de mezzo) [sol_2 à mi_4] (fig. 2). — La place manquant ici pour faire voir les tracés complets, j'ai choisi une seule note, la_3, prise à différentes époques du traitement; la vitesse du papier n'était pas la même dans tous les tracés; chaque fois elle était chronométrée au moyen d'un diapason et on savait exactement la durée de chaque ligne.

Tracé 1 (début). — La voix est presque nulle et c'est à peine si l'on distingue les vibrations.

Tracé 2 (quinze jours après). — L'amplitude du tracé augmente un peu, et par conséquent la voix a plus d'intensité, mais elle chevrote, ce que montre le tracé en fuseaux.

Tracé 3 (six mois plus tard). — L'intensité de la voix augmente, mais le chevrotement persiste.

Tracé 4 (dix-huit mois après le début). — L'intensité de la voix est normale, et le chevrotement, que l'on soupçonne sur le tracé, n'est plus perceptible à l'oreille.

DEUXIÈME CAS. — *Pharyngite catarrhale* (tessiture de soprano) [la_2 à la_4] (fig. 3). — Les tracés représentent les notes de mi_3 à ut_4; à gauche, au début; à droite, à la fin du traitement.

1° *Au début*, l'intensité des diverses notes est inégale, ce que l'on reconnaît à l'amplitude variable des tracés; les notes mi_3 et fa_3 sont chevrotantes. Les notes sol_3, la_3, si_3, ut_4 sont mal attaquées, car au début de chaque note on constate un coup de glotte très marqué, caractérisé par la partie renflée qui se trouve au commencement de chaque tracé.

2° *A la fin du traitement*, l'intensité est constante très sensiblement, le chevrotement est à peine perceptible sur les deux premières notes et les coups de glotte ont disparu; la voix a repris ses qualités antérieures.

CONCLUSIONS. — La photographie des vibrations laryngiennes permet de faire voir d'une façon très nette l'état de la voix au début et à la fin d'un traitement; ce procédé est un guide pour le praticien dans la marche des soins à donner et, dans certains cas, ces tracés pourront ne pas être utiles au malade et au médecin.

Est-il possible, comme on le fait avec la sirène à voyelles, de diagnostiquer la nature de la lésion d'après la forme du tracé? C'est une question que j'étudie en ce moment, mais que je n'ai pas encore complètement résolue; cependant, il semble bien qu'à certaines lésions correspondent certains tracés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1910)

A ceux qui, comme nous, ont assisté aux séances de l'Académie pendant le siège et la Commune, il semble quelque peu surprenant qu'elle cesse de siéger en ce moment sous prétexte que le calorifère et l'éclairage électrique font défaut. Les membres de l'Académie des sciences, de l'Académie des beaux-arts se sont rendus à l'Institut en bateau. Or, on arrive à pieds secs à l'Académie de médecine. Il y a vraiment lieu de s'étonner.

D'après les bruits qui circulaient dans la salle des pas perdus, d'ailleurs pleine d'académiciens et de journalistes qui s'attendaient à ce qu'il y eût séance, cette décision de grève émanerait du bureau. Plusieurs membres du conseil, car il y eut conseil, auraient protesté en vain! Au nom du public nous ne pouvons qu'approuver cette protestation.

Cette abstention nous paraît d'autant plus regrettable qu'il semble que la voix de l'Académie devrait se faire entendre au point de vue des mesures hygiéniques qui s'imposent.

ANALYSES

MÉDECINE

Atrophie jaune aiguë du foie au cours de la syphilis secondaire. (W. GRAEF. *Deuts. med. Woch.*, 4 nov. 1909, n° 44, p. 1925.) — Cette observation concerne une jeune femme de vingt-deux ans qui succomba en trois semaines à une affection caractérisée par de l'ictère, des troubles digestifs, de la somnolence et du délire, sans fièvre et sans hémorragie. L'examen du foie le montrait diminué de volume; la rate était grosse. Il existait sur les téguments et les muqueuses une éruption floride de syphilides secondaires, et au niveau des grandes lèvres une ulcération assez semblable à un accident primitif.

A l'autopsie le foie s'est montré petit, mou; sous la capsule de Glisson épaissie existaient des taches jaune ocre. Histologiquement, on trouva dans le foie à côté de foyers de nécrose intense et de dégénérescence graisseuse des cellules, des travées avec des cellules hyperplasiées. De plus il existait une infiltration du tissu conjonctif interlobulaire par de nombreuses petites cellules mononucléaires, avec prolifération de ce tissu conjonctif (début de cirrhose), et néo-canalicules biliaires. De même dans le rein à côté de cellules épithéliales bien conservées, il s'en trouvait beaucoup en dégénérescence granulo-graisseuse et desquamées.

A. LEMIERRE.

NEUROLOGIE

Sur le centre cortical de la déviation oculo-céphalique. (POGGIO, *Rivista di patol. nervosa e mentale*, 1909, p. 216-224.) — Chez une femme présentant des signes de tumeur cérébrale, l'opération montra l'existence de deux cysticerques, l'un au niveau du pied de F^2, l'autre au-dessus ; cette malade avait des crises d'épilepsie jacksonienne débutant par la déviation de la tête et des yeux du côté opposé à la lésion. Ce signe a été donné par Horsley comme l'indice d'une localisation frontale, qui se trouve, ici, vérifiée ; après l'opération, les crises disparurent d'où l'auteur conclut que la déviation des yeux et de la tête était due à la compression du pied de F^2, où existerait donc un centre oculogyre et céphalogyre ; les deux symptômes s'étant parfois montrés dissociés, au cours des crises, il y aurait dans l'écorce de F^2 deux centres distincts, l'un céphalogyre, l'autre oculogyre, ce qui s'accorde avec les constatations des expérimentateurs et physiologistes.

L. ALQUIER.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Sur la maladie du sommeil expérimentale. (M. W. SPIELMEYER. *Deuts. med. Wochens.*, 23 déc. 1909, n° 51, p. 2256.) — L'examen anatomique du système nerveux central de deux chiens, expérimentalement infectés avec le trypanosoma gambiense, a montré que les lésions étaient exactement comparables à celles de la maladie du sommeil chez l'homme.

Le fait le plus marquant est l'infiltration des parois des vaisseaux et des capillaires par des lymphocytes et des plasmazellen ; cette infiltration est surtout marquée dans les couches profondes de l'écorce cérébrale.

Les altérations du tissu nerveux proprement dit semblent sous la dépendance des lésions vasculaires : l'atrophie et la disparition des cellules et des fibres nerveuses s'accompagnent d'une prolifération très nette de la névroglie.

Ces lésions, particulièrement chez un des chiens, ressemblent passablement aux lésions de la paralysie générale progressive chez l'homme. Cet animal n'avait justement succombé qu'un an et demi après la première inoculation de trypanosomes. Il semblait avoir présenté pendant les dernières semaines de son existence des symptômes de dérangement cérébral tout à fait particulier. De plus, les trypanosomes avaient disparu du sang plusieurs semaines avant la mort.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Le diagnostic précoce et le traitement chirurgical précoce de la cholélithiase. (G. A. MOYNIHAN. *The Practitionner*, déc. 1908, n° 486, vol. LXXXI, n° 6, p. 830.) — L'auteur constate que le diagnostic de la lithiase biliaire n'est fait que tardivement alors que des calculs ont séjourné déjà depuis longtemps dans la vésicule et amené des lésions importantes ; on ne fait le diagnostic que lorsque des complications surviennent à un stade avancé de l'affection.

Ceci tient à ce que les livres ne décrivent pas les symptômes de la période de début. D'après les observations de Moynihan, vérifiées par des interventions précoces, ces symptômes sont les suivants :

Des troubles gastriques que le malade qualifie « d'indigestions », c'est une sensation de plénitude, de flatulence et de distension de l'épigastre débutant une demi-heure à trois quarts d'heure après le repas.

Certains aliments, toujours les mêmes (pommes, fromage, café, thé, puddings, entremets) les déterminent en général.

Cette sensation est soulagée par des éructations et surtout par le vomissement. Parfois la douleur est plus vive, sous forme d'attaques avec maximum à droite, parfois avec un foyer symétrique à gauche, et irradiation dans le côté et l'épaule droite. Dans ces attaques on note l'impossibilité de faire un profond mouvement respiratoire à cause de la douleur. Il y a un véritable spasme du diaphragme qui, pour Moynihan, est caractéristique des lésions vésiculaires. Ces malades accusent souvent au moment des douleurs un frisson, le matin surtout, ou une sensation de froid, de « chair de poule » de plusieurs minutes. En même temps on observe de la plénitude de la tête, de la somnolence, ou de vraies attaques de migraines, et les efforts d'esprit sont pénibles au malade.

La persistance et le retour de semblables signes indiquent toujours pour Moynihan la présence de calculs dans la vésicule. Il n'hésite pas à intervenir dans ces cas et l'intervention lui prouve l'exactitude du diagnostic. Il s'élève contre cette assertion qu'il y a des cas de cholélithiase sans symptômes. Pour lui si on recherche les signes précédents on les trouvera toujours.

Quelle est la conduite à tenir dans la cholélithiase ?

Un traitement médical bien compris peut rendre latents les cas de cholélithiase mais ne les guérit pas. Ils progressent sournoisement, et fatalement les symptômes éclateront plus tard alors que le traitement chirurgical sera très compliqué et dangereux. L'attente conduit à une cholécystectomie et à un drainage difficile, quand l'affection ne s'est pas en plus compliquée de carcinose. Au contraire l'intervention pratiquée à un stade précoce est simple et sûre. La cholécystostomie suffit avec un drainage simple et bref. Dans ces conditions tous doivent guérir. Si on met en regard de cela les résultats donnés par Kehr, le plus expérimenté des chirurgiens conservateurs, au Congrès de Bruxelles, on voit que sur 1211 malades, il a eu 225 morts, soit 18,5 p. 100 de mortalité, et sur les survivants 16 p. 100 ont eu des rechutes. Si bien qu'au total sur 100 malades, 68 seulement guérissent, soit à peu près 2 sur 3. Ces résultats ne sont pas assez brillants pour décider Moynihan et l'encouragent à continuer son plaidoyer en faveur de l'intervention aussi précoce que possible.

M. LANCE.

Persistance du conduit omphalo-mésentérique avec coexistence d'un pancréas accessoire. (W. W. ROBLEE. *Journ. Am. med. Assoc.*, vol. LII, n° 12, 20 mars 1909, p. 963.) — Un enfant de deux ans et demi présente à l'ombilic un suintement persistant et irritant. Après une attaque de coque-

luche, il y apparaît une tumeur qui grossit assez vite jusqu'à atteindre 15 millimètres de diamètre. Après ablation, on trouve à l'examen histologique une couche externe pleine de glandes intestinales, évidemment due à la persistance du conduit omphalo-mésentérique; le reste est du tissu pancréatique normal. Il y a à peu près 70 cas de pancréas accessoire dans la littérature, mais aucun n'est associé à la persistance du conduit, cette association étant d'ailleurs assez difficile à expliquer. F. GARDNER.

Opérations nécessitant l'ouverture large du thorax : gonflement du poumon rétracté avec de l'oxygène avant la fermeture de la cavité pleurale. (A. E. ROCKEY. *Ann. Surg.*, vol. XLIX, n° 3, mars 1909, pp. 382-384.) — Pour enlever un sarcome globo-cellulaire développé dans un vieux foyer de fracture de la dixième côte droite, Rockey eut recours à l'anesthésie rectale, au cordage des membres inférieurs, et n'eut pas la moindre gêne quand la cavité pleurale fut ouverte largement.

Après l'extirpation qui enleva environ 15 centimètres des huitième, neuvième et dixième côtes, avec la plèvre avoisinante et un bout de diaphragme mesurant 5 centimètres sur 15, et aussi un morceau de péritoine et des muscles abdominaux, Rockey sutura le diaphragme à la paroi et ferma la plaie sauf à une extrémité. Puis, il introduisit dans la narine l'extrémité d'un tube communiquant par l'autre extrémité avec un cylindre d'oxygène comprimé, et portant une poire de thermo-cautère pour régler la pression. On obtura l'autre narine et la bouche avec la main et on laissa pénétrer le gaz. Le poumon se déplissa, l'air du pneumothorax s'échappa en sifflant, et disparut tout entier en moins d'une minute. Puis l'on ferma complètement la plaie. Immédiatement après le pansement, on put entendre le murmure vésiculaire sur toute la hauteur du poumon du côté opéré. Procédé très simple et pratique quand on n'a pas à sa disposition de chambre à pression négative de Sauerbruch. On ne prit aucune précaution contre la distension de l'estomac par l'oxygène. Si l'insufflation devait être longue, il vaudrait mieux tuber le larynx. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'hygiène infantile (1), par le docteur G. VARIOT.

Quelques idées générales extraites de la préface de cet important ouvrage suffiront à en montrer tout le grand intérêt doctrinal et pratique. Le docteur Variot constate d'abord que l'hygiène infantile a rapidement pris en France un développement très étendu, et que, par suite, elle mérite d'être distraite du bloc de la médecine infantile pour être étudiée dans un traité spécial. D'ailleurs l'hygiène infantile n'a pas seulement des rapports avec la pédiatrie; elle emprunte des données scientifiques à la démographie, pour les statistiques de la natalité et de la mortalité infantile, à la zootechnie en ce qui concerne la production du lait par les animaux; elle utilise la chimie et la physiologie, quand il s'agit d'étudier la composition et de fixer la valeur du lait pour la ration alimentaire; d'autre part, la sociologie et la philanthropie prêtent leur appui à l'hygiène infantile; les institutions de bienfaisance, les gouttes de lait, les mutualités maternelles ont été fondées, nombreuses déjà, qui ont commencé l'œuvre gigantesque de la puériculture, mais auxquelles l'hygiène infantile doit, par contre, fournir des bases scientifiques solidement établies; enfin, c'est surtout grâce à la pédagogie que l'on pourra vulgariser la puériculture. Il est donc indispensable que médecins, sociologues, philanthropes et pédagogues puissent trouver dans un traité d'hygiène infantile les principes et les documents qui les guideront dans leurs travaux; c'est l'œuvre que M. Variot a entreprise et terminée avec un plein succès.

Le *Traité* qui vient de paraître comprend six parties. Dans la première, après un aperçu sur la natalité infantile et sur la dépopulation de la France, après l'étude de la mortalité infantile, l'auteur expose quelques considérations pratiques sur l'anatomie et la physiologie du nourrisson. La deuxième partie tout entière est consacrée à l'allaitement au sein, « la meilleure sauvegarde de la vie des nouveau-nés ». Dans la troisième partie, allaitement artificiel, on trouvera non seulement la technique de cet allaitement artificiel, mais encore toutes les questions qui se rattachent à la production et à l'adduction du lait. Dans la quatrième partie, hygiène générale du nourrisson, il faut signaler particulièrement les chapitres sur l'examen séméiologique des fèces du nourrisson, sur la suralimentation et l'inanition, sur la dentition et le sevrage. La cinquième partie traite des institutions de protection pour le premier âge; on sait que M. Variot, fondateur du dispensaire et de la goutte de lait de Belleville a beaucoup contribué au développement de ces institutions; il les a décrites et a montré tous leurs avantages avec une ardente conviction. Enfin, l'ouvrage se termine par un chapitre sur la croissance normale et anormale; ici encore, c'était un sujet de prédilection pour M. Variot dont on connaît les patientes recherches sur la pédiométrie et les travaux originaux sur l'atrophie et l'hypotrophie infantiles. M. BRELET.

Cent consultations médicales pour les maladies des enfants (1), par le docteur J. COMBY.

M. Jules Comby, qui s'est, depuis longtemps, classé au premier rang des pédiatres français, a eu l'idée heureuse de rédiger des ordonnances pratiques pour les maladies courantes des enfants ou pour celles qui, à certaines périodes, deviennent particulièrement fréquentes. Ces ordonnances, claires et méthodiques, rendront de grands services aux médecins qui s'installent ou à ceux qui sont insuffisamment familiarisés avec la pratique courante des maladies de l'enfance. Citons, parmi les articles qui nous ont le plus intéressé, l'appendicite, l'asthme, la chorée, la dysenterie, la fièvre typhoïde, les méningites, le rachitisme, les vers, les vomissements. Dans chacun, l'auteur fait preuve d'expérience et de sens clinique; il montre aussi qu'il est au courant des plus récentes acquisitions de la thérapeutique. L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAUSES, SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DU DELIRIUM TREMENS

En 1813, un médecin anglais, Sutton, décrivit un délire avec tremblement qui survenait chez les alcooliques et guérissait par l'opium; il l'appela delirium tremens. Cette variété de délire a été, depuis lors, étudiée sous des noms différents : œnomanie, folie des buveurs, délire alcoolique, délire toxi-alcoolique.

ÉTIOLOGIE. — Le delirium tremens ne survient que chez des individus adonnés depuis longtemps à la boisson, chez des ivrognes; c'est un incident aigu au cours de l'alcoolisme

(1) In-16. — Paris, O. Doin et fils.

(1) In-8. — Paris, 1910, Masson et Cie.

Nisaméline

de **TROUETTE-PERRET**

CONTRE : ***Prurits, Dermatoses, Névralgies, etc.***

TRAITEMENT INTERNE :

- **Pilules** ... ... 4 à 10 pilules et plus par jour.
- **Sirop** ... ... 2 à 5 cuillerées à soupe par jour.

TRAITEMENT EXTERNE :

- **Poudre** ... ... Pour bains, compresses, etc.
- **Savon** ... ... Pour toilette des peaux sensibles.
- **Pommade** ... Pour onctions.

Dans la plupart des cas, pour être efficace, le traitement doit être à la fois **interne** et **externe**.

Demander Notice, à M. E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris.

Gouttes Livoniennes

de **TROUETTE-PERRET**

(Créosote, Goudron et Baume de Tolu)

CONTRE :

les Maladies des Voies respiratoires
les Affections de la Poitrine
la Bronchite - la Toux
le Catarrhe - l'Asthme
la Phtisie - la Tuberculose
la Grippe - l'Influenza, etc.

Les propriétés antiseptiques de leurs composants les font encore ordonner avec succès pour réaliser l'antisepsie des voies digestives et urinaires.

Prix : **3** fr. le Flacon.

SUC DE VIANDE ZOMOTHÉRAPIE

KRÉAZONE DE TROUETTE-PERRET

La **KRÉAZONE** (κρέας chair) est un suc de viande, très agréable au goût, dont les indications sont celles de la Zomothérapie. Il est souvent utile de donner la **KRÉAZONE** en même temps que la **POUDRE DE VIANDE** de **Trouette-Perret** (20 jours de l'une, 20 jours de l'autre).

MODE D'EMPLOI : Adultes : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
Enfants : Moitié ou tiers des doses ci-dessus, avant ou après les repas, pure ou coupée d'eau. ‖ *Prix : 4 fr. le flacon.*

Vente en Gros : E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris. — Vente réglementée laissant aux Pharmaciens un bénéfice normal.

NEURASTHÉNIE
SURMENAGE
PHOSPHATURIE
ARTHROPATHIES

Phosphopinal JUIN

LIQUIDE 1 à 3 cuill. à café par jour.
AMPOULES de 1 c3 à 0,01 de Ph. pour injection intramusculaire.
CAPSULES 1 à 6 par jour.

est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic.

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : 60, Rue Caumartin, PARIS.

Phosphore liquide non Toxique et d'une assimilation absolue.
Remplace très avantageusement : Phosphures, Hypophosphites, Phosphates, Glycérophosphates, Lécithines, etc., etc.
Le seul médicament permettant d'administrer le phosphore (métalloïde) à hautes doses (jusqu'à 12 cgr. par jour).
Régénérateur par excellence du système nerveux, puissant accélérateur de la nutrition.

METABIASES

MARQUE DÉPOSÉE
BIEN SPÉCIFIER "METABIASES"
SOLUTIONS NON STABILISÉES AYANT UN POUVOIR CATALYTIQUE MAXIMUM
FERMENTS MÉTALLIQUES PURS DES FABRIQUES DE LAIRE
Pour INJECTIONS Hypodermiques & Intraveineuses
Contre toutes les INFECTIONS
Pour usage chirurgical
Lavage des plaies, Injections, etc.
demander : FLACON DE SOLUTIONS CHIRURGICALES DE METABIASES

DÉPÔT GÉNÉRAL : H. CARRION & Cie 54. Fg St HONORÉ, PARIS

OPOTHÉRAPIE

TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. p. jr.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR 49, av. Victor-Hugo, Boulogne-Paris.

TUBERCULOSE — ASTHME — ANÉMIE — CHLOROSE — DIABÈTE

ARRHENAL

CHIMIQUEMENT PUR

ADRIAN

GOUTTES	à 2 millig.	12 à 20 par jour
AMPOULES	à 50 —	1 à 2 —
COMPRIMÉS	à 25 —	1 à 3 —
GRANULES	à 1 centig.	2 à 6 —

9, Rue de la Perle, Paris.

KÉPHIR SALIÈRES

Préparé par **M. SALIÈRES**, *Ingénieur-Agronome*, sur les indications de DUCLAUX (Dr Institut Pasteur).

Un seul numéro, no 2, non caillebotté.

CONSERVATION PARFAITE

Le ***"KÉPHIR SALIÈRES"*** permet partout la cure de képhir, si efficace dans toutes les ***Dyspepsies, Entérites, Diarrhées*** rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires.

1f25 LE FLACON (forme canette à bière) 1 à 3 par jour.

GROS : ADRIAN & Cie, PARIS.
DÉTAIL : LANCOSME, 71, Av. d'Antin, PARIS.

chronique. Quelquefois, la crise de délire se produit sans cause appréciable; beaucoup plus souvent, une cause occasionnelle décide l'explosion des phénomènes. Cette cause est tantôt une orgie ou une série d'orgies, tantôt, au contraire, la suppression brusque de l'alcool chez un sujet ayant des habitudes d'intempérance; dans d'autres cas, c'est une commotion morale violente, c'est un traumatisme, c'est encore une maladie aiguë et en particulier une pneumonie, un érysipèle, un rhumatisme articulaire.

SYMPTOMES. — Presque toujours, le delirium tremens a des *prodromes* : malaise mal défini, à la fois physique et moral, fatigue, inquiétude, faiblesse, perte de l'appétit; l'alcoolique, qui va délirer, dort mal et avec des cauchemars; s'agit-il d'un délire éclatant au cours d'une maladie aiguë, on note que le malade présente de l'excitation cérébrale, surtout le soir, que la nuit il est agité; puis le sommeil devient impossible et la crise éclate.

A la *période d'état*, le malade présente un aspect très caractéristique : la face est injectée, l'œil brillant, hagard, la physionomie bouleversée avec une expression d'inquiétude et de terreur; les lèvres, les muscles de la face, les membres sont pris de tremblement; le malade s'agite, crie et vocifère.

Les *troubles psychiques* consistent essentiellement en une confusion mentale hallucinatoire. Les *hallucinations* sont le phénomène prédominant, autour duquel se groupent tous les autres; elles ont plusieurs caractères : elles sont pénibles, éveillant l'angoisse et la peur; elles sont très mobiles, les épisodes se succèdent avec rapidité; les plus fréquentes de beaucoup sont les hallucinations de la vue, le buveur assiste à des scènes de violence, ou aperçoit des animaux qui s'attaquent à lui (zoopsie); les hallucinations de l'ouïe sont rarement intenses, parfois le malade perçoit des bruits menaçants, des exclamations, des injures; les hallucinations du goût et de l'odorat sont exceptionnelles, tandis que les hallucinations de la sensibilité générale sont très fréquentes, les malades ont la sensation d'être électrisés, échaudés, mouillés; ils sentent courir sur leur peau les insectes et les rats, entrer dans leurs chairs les griffes de bêtes féroces. Le *délire* est en quelque sorte moulé sur les hallucinations; c'est un délire logique, bien raisonné sur des perceptions fausses; aussi les conceptions délirantes ne sont pas systématisées, l'ensemble du délire est formé par une série de tableaux, qui se suivent sans lien entre eux, comme les images du rêve. Souvent aussi le délire porte plus particulièrement sur les occupations habituelles au malade. Au milieu de ces hallucinations et de ce délire, la conscience n'est pas totalement anéantie; par des excitations extérieures énergiques, l'attention peut être éveillée, mais on n'arrive pas à la fixer longtemps; en interpellant le malade, on interrompt le délire, puis presque aussitôt les hallucinations et les divagations reparaissent. De même encore, la mémoire est plutôt voilée et distraite que véritablement perdue.

Hallucinations et conceptions délirantes provoquent des réactions extérieures plus ou moins intenses; une des plus fréquentes est la tendance à s'échapper. Le malade est conséquent avec son délire; il se croit poursuivi, alors il appelle au secours, s'agite, court, et, pour fuir le danger, il se précipite par toutes les issues qu'il aperçoit, aussi n'hésitera-t-il pas, par exemple, à se jeter par une fenêtre. Si quelqu'un s'efforce de le retenir, il le prend pour un assaillant et se défend contre lui; la plupart des malades ne veulent pas rester dans leur lit; on ne les y maintient que par la force. Quand les hallucinations de nature triste prédominent, le sujet prend l'aspect du mélancolique; mais ce cas est exceptionnel, presque toujours le delirium tremens va avec l'agitation maniaque. Aussi le suicide, si fréquent dans certaines folies alcooliques, est ici relativement très rare; il peut arriver que le malade, atteint de delirium tremens, saute par la fenêtre, se précipite dans une rivière, mais il se tue ainsi sans volonté d'attenter à ses jours.

Avec ces troubles psychiques, on constate quelques autres symptômes dont le plus important est le *tremblement*; celui-ci est surtout remarquable aux lèvres, à la langue, à la face, aux extrémités des membres; de là des troubles fonctionnels : parole saccadée, attitude incertaine, maladresse des mouvements; quelquefois le tremblement se généralise et constitue une sorte de frémissement; en appliquant la main sur le malade, on le sent vibrer tout entier; en le découvrant, on voit les ondulations et les frémissements qui parcourent ses muscles. L'*insensibilité* à la douleur est assez caractéristique; c'est dans ces cas qu'on voit des blessés marcher en s'appuyant sur un membre fracturé. Tant que dure le délire, le sommeil est perdu; l'*insomnie* est absolue pendant les trois ou quatre premières nuits, puis elle diminue; on a vu cependant des malades privés de tout repos pendant huit à dix jours et même au delà. Anorexie, soif vive, constipation opiniâtre, urines rares et colorées, quelquefois albumineuses, sueurs abondantes dans les grands accès, tous ces symptômes complètent le tableau. La température s'élève à 38 degrés dans les cas bénins; à 39 et même à 40 degrés dans les formes graves; le pouls suit la température; il est presque inutile de remarquer que la température est particulièrement élevée quand le délire survient au cours d'une maladie fébrile.

On a décrit au delirium tremens trois formes cliniques. Ce qui distingue la *forme suraiguë*, c'est la prodigieuse activité nerveuse; le malade n'a ni paix, ni trêve; le tremblement est intense, généralisé, continu; la langue est sèche, la peau brûlante; la fièvre très élevée; des attaques épileptiformes surviennent quelquefois comme complication de cette forme qui est très grave. Dans la moitié des cas, le malade succombe; après l'excitation extrême, il tombe dans le collapsus et meurt assez lentement, ou bien la mort a lieu presque subitement au milieu de l'agitation violente.

Dans la *forme aiguë*, le délire hallucinatoire et le tremblement sont encore très marqués; mais au bout de trois à quatre jours, quelquefois moins, une détente survient; un sommeil profond et prolongé sert en quelque sorte de crise à l'accès; au réveil, le malade ne ressent plus qu'un peu de malaise, de lourdeur de tête, de courbature; il conserve encore du tremblement. La *forme subaiguë* est souvent une forme mélancolique, avec insomnie et tremblement pendant plusieurs jours; quelquefois une forme aiguë ou subaiguë est suivie de désordres cérébraux, d'hallucinations prolongées et de dégradation intellectuelle aboutissant à la démence. Notons enfin que le delirium tremens est essentiellement sujet à *récidives*.

DIAGNOSTIC. — Insomnie, hallucinations, délire, tremblement, besoin d'activité et de mouvement, tendance à s'échapper, tout cet ensemble rend le diagnostic assez facile.

Certains poisons (opium, belladone) développent des crises délirantes avec hallucinations, loquacité, trémulation; mais alors la période d'excitation est très éphémère; elle ne tarde pas à être remplacée par un état comateux; on trouve de plus les phénomènes propres à chacune de ces *intoxications*, par exemple les modifications de la pupille.

Dans l'*encéphalopathie saturnine*, la forme délirante se manifeste quelquefois par un délire furieux avec hallucinations; mais on observera les divers signes d'intoxication saturnine; l'incertitude de la voix et le tremblement des lèvres n'existent pas. A noter que les saturnins sont souvent alcooliques; parfois leur délire peut ressortir à ces deux causes.

La *manie aiguë* rappelle par quelques caractères le delirium tremens; mais, dans la manie, l'attention du malade ne peut être fixée, il ne répond pas ou fait des réponses extravagantes; on ne constate pas de tremblement.

Quand le delirium tremens vient s'ajouter à une affection aiguë, il faut le différencier du simple *délire fébrile*; celui-ci ne présente ni la violence, ni l'agitation du délire ébrieux; les hallucinations y prennent une moindre part; l'insomnie persistante et le tremblement font défaut.

Une dernière question de diagnostic se pose : en présence d'un malade atteint de delirium tremens, il faut toujours chercher pourquoi s'est déclaré cet accès de délire; dans certains cas, le delirium tremens est au premier plan, et sa cause occasionnelle, une pneumonie par exemple, pourrait être méconnue.

BIBLIOGRAPHIE. — FOURNIER. Art. ALCOOLISME, *Dict. de méd. et de chir. prat.* — TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT. *Traité de l'alcoolisme.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 2 février 1910. — MM. Labourdette, 11; Pollet, 9; Bouvier, 6; Rousselot, 12; Hertz, 4; Malarte et Massart, 9; Weissenbach, 11; Bloch (René), 8; Berlioz, 6; Vignes, 13.

Anatomie. — Séance du 3 février. — MM. Maurel, 2; Avezou, 4; Fourrière, 6; Coppin, 10; Moulonguet, 12; Ecalle, 11; Besnard (Jean), 9; Busson, 10; de Cumont, 11.

— Concours de médecins des hôpitaux. — Par suite d'une erreur d'impression, l'ouverture du concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux, qui avait été annoncé sur les affiches pour le 21 février 1910, aura lieu conformément au réglement le quatrième lundi du même mois, soit le lundi 28 février, à midi, à salle des Saints-Pères.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lermoyez, Sébileau, Mauclaire qui acceptent, Blum, Hartmann, Fernand Bezançon et Enriquez qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Curtillet, professeur de clinique des maladies des enfants, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 1er janvier 1910.

— Bordeaux. — M. Beylot, docteur en médecine, licencié ès sciences, est nommé, du 1er janvier au 31 octobre 1910, chef des travaux d'histologie, en remplacement de M. Cassaët, appelé à d'autres fonctions.

— Montpellier. — M. Sarda, professeur de médecine légale, est nommé assesseur du doyen.

— Toulouse. — M. Marie, professeur de physique, est nommé assesseur du doyen.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un congé, du 1er janvier au 30 décembre 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bernard, professeur de clinique médicale.

M. Courtellemont, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er janvier au 30 décembre 1910 (durée du congé accordé à M. Bernard), d'un cours de clinique médicale.

— Angers. — M. Vinsonneau, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie.

— Dijon. — M. Deroye, professeur de clinique médicale, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 26 janvier 1910.

— Tours. — M. Lapeyre, docteur en médecine, ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er février 1910, professeur de pathologie externe.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le *Journal officiel* du 3 février publie un décret concernant le personnel médical des asiles publics d'aliénés.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Mutations :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Petit passe aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Angers.

Médecins-majors de première classe. — MM. Verdier est nommé médecin chef de l'hôp. mil. de Constantine; Landouzy, passe à l'école milit. d'inf. médecin chef; Ohier, à l'hôpit. Bégin, à Saint-Mandé; Campos Hugueney, au 21e d'art.; Larrieu, au 12e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Masson, passe au 12e drag.; Randon, maintenu au 7e d'inf.; Brionval, passe au 6e bat. d'art. à pied; Izaac, à l'hôpit. milit. de Toul.

Médecin aide-major de première classe. — M. Carpanetti, passe au 39e d'art.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Baur, passe au 5e drag.

CERTIFICAT D'ÉTUDES POUR LES ÉTUDIANTS CHIRURGIENS DENTISTES. — La première session d'examens pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien dentiste s'ouvrira, en 1910, au chef-lieu de chaque académie le 6 juillet.

Les dates des épreuves sont fixées ainsi qu'il suit :

Epreuves écrites : mercredi 6 juillet.

Epreuves orales : jeudi 7 juillet.

Les registres d'inscriptions seront ouverts du jeudi 16 au jeudi 30 juin inclus.

UNE PROTESTATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, ému des allégations de M. le président du Conseil accusant à la tribune les étudiants en médecine de faire des manifestations politiques, tient à protester avec la dernière énergie, les manifestations de la Faculté de médecine ayant toujours eu une portée strictement professionnelle.

Une délégation des étudiants en médecine a été reçue à ce sujet mercredi dernier par M. le président du Conseil.

ERRATUM. — N° 14, p. 190, 2e col., 6e ligne des conclusions, au lieu de « ces tracés ne pourront pas être utiles », lire « ces tracés ne pourront pas être *inutiles* ».

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA TUBERCULOSE DE L'ŒSOPHAGE

Par M. Ch. GARDÈRE,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — Les déterminations de la tuberculose sur le tube digestif sont connues depuis fort longtemps, et il est banal de constater chez un phtisique une ulcération linguale, ou des ulcérations intestinales à l'autopsie. On a, dans ces dernières années, décrit les formes scléreuses et hypertrophiques de la tuberculose intestinale. Plus récemment, on a montré que la tuberculose gastrique peut, elle aussi, revêtir tour à tour la forme ulcéreuse, hypertrophique ou scléreuse pure.

Il en est de même pour l'œsophage; mais ces notions sont moins connues, car l'œsophage est bien plus rarement touché par la tuberculose que l'estomac et l'intestin. D'ailleurs, la tuberculose de l'œsophage ne se manifeste cliniquement que dans un petit nombre de cas; c'est le plus souvent une trouvaille d'autopsie, ce qui explique qu'elle ait été si peu étudiée.

La connaissance des lésions tuberculeuses de l'œsophage est, en effet, de date relativement récente. La première observation connue est de Denonvilliers, en 1837. Peu après, Barth, Chvosteck, Paulicki, Kraus, en ont aussi rapporté des cas isolés, manquant d'ailleurs de tout contrôle histologique. Ce dernier fut pratiqué pour la première fois dans le cas de Zenker et Ziemssen (1877). Les travaux parus sur la question sont encore peu nombreux. Ils consistent surtout en observations isolées. Nous avons pu en retrouver 70 environ.

Les articles d'ensemble traitant de la tuberculose œsophagienne sont rares; les classiques se bornent à la mentionner comme exceptionnelle. Ce sont les Allemands qui semblent en avoir étudié le mieux l'anatomie pathologique et la pathogénie, dans les thèses de Hasselmann, Caselmann, Noder et Evert, dans l'article du *Traité* de Nothnagel *sur les affections de l'œsophage.* Mazzoni a fait également sur la question un important travail avec 10 observations personnelles. La symptomatologie de l'affection n'a pas encore été décrite d'une façon précise; seule la thèse de Lalagüe, qui réunit 47 observations, contient une esquisse des signes cliniques. Ceux-ci ont cependant été précisés récemment par Guisez et Abrand, qui ont publié 3 observations de malades examinés à l'œsophagoscopie.

II

Anatomie pathologique. — Les lésions de la tuberculose de l'œsophage se montrent, comme celles de l'intestin, sous deux aspects différents : d'une part la forme ulcéreuse; d'autre part la forme scléro-hypertrophique. A ces deux types anatomiques il faut en ajouter un troisième, assez fréquent : c'est celui de la tuberculose par voisinage d'un ganglion caséeux qui infiltre la paroi de dehors en dedans et provoque souvent la perforation : ulcérations, rétrécissements scléreux, perforations, telles sont les trois grandes lésions.

Nous parlerons peu des granulations que l'on a parfois rencontrées sur la paroi de l'œsophage; elles sont en général associées aux ulcérations; cependant Claribel Cone et Mazzotti les ont observées comme seules lésions chez des granuliques.

1° Ulcérations. — Les ulcérations sont très fréquentes dans la tuberculose de l'œsophage. Elles ont comme caractères à peu près constants d'être de *forme ovoïde*, allongées dans le sens de l'axe du conduit. On les trouve indifféremment sur la face antérieure ou postérieure. Il semble que leur siège de prédilection soit le *tiers moyen*, au niveau et au-dessous de la bifurcation des bronches. Leur étendue est variable : elles sont parfois petites et alors très nombreuses; Mazzoni en a observé de quinze à trente sur le même sujet. Parfois, au contraire, elles sont très étendues, atteignant 10 et 15 centimètres de longueur (Danel-Zenker), intéressant en largeur la moitié, ou même toute la circonférence de l'œsophage. Beck décrit une grande ulcération intéressant le pharynx et la plus grande partie de l'œsophage. Kümmel a également publié un cas remarquable par l'étendue des lésions, où les ulcérations envahissaient l'œsophage sur la moitié de sa hauteur et dans toute sa circonférence.

Petites ou grandes, les ulcérations ont des bords irréguliers, érodés, parfois boursouflés, ou taillés à pic, selon leur profondeur. Le fond est inégal, granuleux, pâle, grisâtre. Tout autour se voient de nombreux points jaunâtres en voie de caséification, qui, au point de vue macroscopique, indiquent la nature tuberculeuse du processus.

La profondeur des ulcérations varie : il en est de superficielles à bords lisses, à fond régulier ne dépassant pas la muqueuse. D'autres au contraire, et ce sont les plus nombreuses, intéressent toutes les tuniques, y compris la musculeuse. Mais nous devons ajouter qu'il est exceptionnel que le processus ulcéreux aboutisse à la perforation. Celle-ci se fait presque toujours par un mécanisme inverse, de dehors en dedans, en un point où l'œsophage adhère à un ganglion ramolli.

Au niveau des ulcérations, la paroi est le plus souvent épaissie, rigide, plissée, et il se constitue ainsi un certain degré de rétrécissement du conduit. Zenker a pu aussi observer, en même temps qu'une vaste ulcération, un véritable abcès froid de la muqueuse : il existait, au niveau de la partie moyenne de l'œsophage, une tuméfaction de la grosseur d'une fève, remplie de pus liquide qui fut reconnue de nature tuberculeuse à l'examen histologique. Cet abcès formait un obstacle qui, durant la vie, arrêtait le catéther à 22 centimètres des arcades dentaires.

2° Forme hypertrophique scléreuse. — Le plus souvent, le rétrécissement tuberculeux de l'œsophage

reconnaît pour cause l'épaississement scléreux de la paroi — et cette lésion est tout à fait comparable à celle qu'ont décrite Pilliet et Hartmann. Tuffier, Dieulafoy, Bérard et Patel dans la tuberculose intestinale hypertrophique. Ce type anatomique, pour être moins fréquent que le précédent, n'est cependant pas exceptionnel, puisque nous en avons retrouvé 6 observations. Et l'on comprendra tout l'intérêt qu'il y a à étudier de près ces formes qui simulent macroscopiquement le néoplasme quand on saura que Cordua, Thorel et Meyerhoff, Zenker, affirment avoir observé des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, vérifiés histologiquement, au niveau desquels il existait des ulcérations avec tubercules, cellules géantes et bacilles de Koch.

Dans la forme hypertrophique scléreuse, la lumière œsophagienne se montre rétrécie, sur une longueur toujours assez grande (5 à 12 centimètres, Schrötter). Dans le cas de Pepper et Edsall, elle avait complètement disparu. L'œsophage est transformé en un tube rigide d'épaisseur anormale (1 centimètre dans une observation de la thèse de Barral), constitué par un tissu dur, blanchâtre, translucide. La sclérose intéresse la muqueuse, la sous-muqueuse et la musculeuse. Le conduit forme avec les tissus voisins un véritable bloc fibreux.

Au-dessus du rétrécissement, on a pu observer la formation d'une poche œsophagienne (Tissier-Guisez et Abrand). Enfin, il existe presque toujours des ulcérations tuberculeuses au niveau de la muqueuse.

Nous ne décrirons pas l'aspect des lésions à l'examen microscopique, car elles ne présentent rien de particulier qui soit à signaler.

Une question dernière doit se poser au sujet de ces rétrécissements d'apparence fibreuse. Existe-t-il des *scléroses fibreuses pures*, relevant de la tuberculose inflammatoire, telles que celles signalées par Poncet et Leriche le long du tube digestif, sur l'estomac, sur l'intestin? Théoriquement, la chose est possible, vraisemblable même; mais les observations publiées ne sont pas toujours assez explicites pour permettre de le dire avec certitude. M. Poncet a fait autrefois décrire par Audry, dans le *Lyon médical*, des rétrécissements par hypertrophie musculaire. Il y aurait peut-être lieu, à l'avenir, d'en reprendre l'étude au point de vue de la tuberculose inflammatoire.

3° Perforations. — Tout autour d'un œsophage tuberculeux, il est fréquent de trouver *de gros ganglions caséeux, adhérents* à la tunique externe du conduit. Ce sont justement ces ganglions qui sont le plus souvent en cause dans les perforations : celles-ci se produisent, en effet, non par les progrès d'une ulcération muqueuse, mais se font plutôt de *dehors en dedans*. C'est un ganglion caséeux qui contracte avec l'œsophage des adhérences; le ganglion se ramollit, altère progressivement la paroi du conduit et la perfore.

Les perforations siègent le plus souvent sur la paroi antérieure de l'œsophage, en regard de la bifurcation des bronches, car c'est à ce niveau que siègent également les ganglions trachéo-bronchiques.

Le plus souvent uniques, elles sont parfois multiples : Selenkow en a observé 3, Weichselbaum 4, Bartlett 5, chez le même sujet. Celles qui sont de petites dimensions constituent un simple trajet fistuleux allant de l'œsophage à un ganglion (Bartlett-Londe); plus grandes, ce sont de petites pertes de substance atteignant parfois 1 centimètre de diamètre.

Il peut arriver que le ganglion perforant la paroi œsophagienne ait ulcéré en même temps un autre organe : c'est ainsi que l'on a vu l'œsophage communiquer avec la trachée, la bronche droite (Mazzoni), la cavité pleurale (Flexner), l'aorte (Laroche).

Cependant, tous les cas de perforation de l'œsophage par un abcès tuberculeux ganglionnaire ne sont pas nécessairement des cas de tuberculose œsophagienne. Kraus affirme avoir vu des cas de ce genre, où jamais l'œsophage n'avait présenté trace d'envahissement par la tuberculose, et c'est dans cette catégorie que l'on doit ranger les observations de Penzoldt, où la perforation fut causée par l'ouverture d'un abcès froid d'origine vertébrale.

4° État des autres organes. — Nous avons déjà insisté sur la présence constante d'adénopathies trachéo-bronchiques.

Les poumons contiennent toujours des lésions de tuberculose cavitaire. Souvent l'intestin est aussi le siège d'ulcérations.

Quant à l'estomac, quoique la fréquence des ulcérations tuberculeuses y soit plus grande que dans l'œsophage, il a été trouvé indemne dans la plupart des observations publiées.

III

Etiologie. — La tuberculose de l'œsophage est une affection rare : la preuve en est dans le petit nombre des observations publiées (70). D'autre part, les différentes statistiques faites sur un grand nombre d'autopsies de tuberculeux montrent combien il est exceptionnel de l'observer; Wiederhofer, Frerichs, Letulle, Zenker l'auraient observée dans la proportion de 1 sur 200 tuberculeux, Louis en rapporte 6 cas sur 120 phtisiques.

Mais cette proportion semble beaucoup trop élevée, car Wœlker l'a rencontrée seulement 4 fois sur 2 504 tuberculeux, Sänger 5 fois sur 1 226 et Grousdieff 5 fois sur 18 593, et ce dernier auteur conclut à la proportion de 3 p. 10000.

Ces faits semblent donc bien affirmer l'extrême rareté de la tuberculose de l'œsophage.

Les deux tiers des cas ont été observés chez l'homme; on l'a rarement constatée chez la femme, plus rarement encore chez l'enfant.

Le plus souvent elle survient chez des bacillaires arrivés à une période avancée de leur affection, lorsqu'ils sont cavitaires.

Dans quelques observations on note l'existence de lésions œsophagiennes antérieures, dues le plus souvent à la déglutition de liquides corrosifs ou à la présence d'un rétrécissement néoplasique, lésions

qui sans doute ont joué un rôle important dans la localisation de l'infection tuberculeuse.

IV

Pathogénie. — Les conditions anatomiques et physiologiques du fonctionnement de l'œsophage nous expliquent en partie pourquoi il est si rarement tuberculisé. Il est en effet revêtu par une muqueuse épaisse, possédant un épithélium stratifié du type malpighien.

En outre, le système lymphatique qui est souvent une voie d'entrée ou de transport des micro-organismes est ici peu développé. Enfin l'œsophage, à cause de sa situation verticale, de sa surface lisse, de sa puissante musculature reste fort peu de temps en contact avec les matières dégluties, ce qui diminue notablement ses chances d'infection.

Frænkel n'a jamais pu reproduire expérimentalement la tuberculisation de l'œsophage en faisant ingérer à des animaux des substances chargées de bacilles de Koch.

Mais que, par suite de certaines circonstances, les conditions du fonctionnement normal soient changées, qu'il survienne par exemple une perte de substance au niveau de la muqueuse, ou qu'il se constitue un rétrécissement ralentissant le cours des matières dégluties, l'œsophage se trouvera dépourvu de ses moyens de défense et le bacille de Koch viendra inoculer sa paroi.

1° *Inoculation au niveau de la muqueuse.* — C'est par ce mécanisme que se produit l'inoculation directe de l'œsophage. Cette explication pathogénique s'applique seulement aux cas où il existe des ulcérations de la muqueuse laissant intactes les tuniques externes, et où il n'y a non plus aucune relation, soit par adhérence, par contact, ou traînée de lymphangite avec des organes péri-œsophagiens caséeux.

Les cas de cette sorte sont assez nombreux. Breus, Kundrat, Hermann Evert, rapportent l'observation de malades ayant dégluti dans un but de suicide des liquides corrosifs. Ils survécurent plusieurs mois avec des signes d'ulcère ou de rétrécissement de l'œsophage, et on trouva à l'autopsie, au niveau des ulcérations et des cicatrices des traces non douteuses de tuberculose vérifiées à l'examen histologique.

Eppinger a publié un cas de muguet de l'œsophage avec ulcérations tuberculeuses.

Zenker, Cordua, Thorel et Meyerhoff ont signalé des rétrécissements cancéreux avec ulcérations et tubercules certains.

Ces cas répondent assez exactement à la pathogénie que nous avons tracée de l'inoculation par contact avec des matières bacillifères (crachats). Mais il existe en outre toute une série d'observations de Spillmann, Frerichs, Mazzotti, Flexner, Frænkel, Mazzoni, Bauer, Hasselmann, où l'on ne peut expliquer la genèse des lésions que par une inoculation de la muqueuse sans que cependant on puisse retrouver la porte d'entrée. Kraus croit que dans ces cas il faut tout de même admettre qu'il a existé une petite perte de substance au niveau de la muqueuse causée par la déglutition d'un corps dur ou piquant, inappréciable macroscopiquement.

2° *Tuberculose secondaire à des ulcérations pharyngées.* — Ce deuxième groupe comprend les faits dans lesquels l'ulcération œsophagienne résulte de l'extension en surface d'une ulcération pharyngée ou pharyngo-laryngée. Beck en a décrit un cas typique où une seule ulcération occupait la plus grande partie du pharynx, la base de la langue et le tiers supérieur de l'œsophage. Birch-Hirschfeld et Orth en ont rapporté deux cas analogues.

3° *Perforations par un ganglion caséeux.* — Le plus grand nombre des cas de tuberculose œsophagienne reconnaît cette pathogénie. Telles sont les observations de Denonvilliers, Barth, Zenker, Letulle, Londe, Danel, Orth, Zeman. Cependant il faut bien dire avec Kraus que certaines perforations de l'œsophage par des abcès tuberculeux ne sont pas véritablement des tuberculoses œsophagiennes. La perforation s'est faite à la faveur de phénomènes inflammatoires, probablement par infection secondaire et non par tuberculose.

4° *Perforation par un abcès de mal de Pott ou dans une caverne pulmonaire.* — Penzoldt a rapporté 3 cas de mal de Pott ouvert dans l'œsophage, Mazzotti 1 cas de caverne pulmonaire communiquant avec l'œsophage. Nous croyons après examen des observations qu'il y a lieu d'éliminer ces cas, l'envahissement de l'œsophage par la tuberculose n'étant pas prouvé.

5° *Infection par voie lymphatique.* — Orth et Cordua décrivent deux cas de tuberculose de l'œsophage où il était possible d'attribuer à l'infection une origine lymphatique, car il existait autour du conduit des lymphatiques gros, bosselés, indurés, contenant de la substance caséeuse.

6° *Infection par voie sanguine.* — Ce mode d'infection a surtout été invoqué pour expliquer la présence de granulie œsophagienne, comme Mazzotti, Glokner, Flexner, Cone en rapportent des observations. Cependant Orth prétend que l'infection par voie sanguine est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, car, dit-il, le bacille de Koch se trouve fréquemment dans le sang, et nombre d'exemples nous prouvent qu'il va se localiser dans les points de l'organisme qui sont en état de moindre résistance. Cet auteur expliquerait donc, par l'infection hématogène, quelques-uns des cas que nous signalons dans la première catégorie, considérés par Kraus comme des infections directes de la muqueuse au contact des crachats.

Quoiqu'il en soit, il semble se dégager de cette étude bien théorique que la tuberculose œsophagienne reconnaît deux modes pathogéniques principaux : d'une part l'infection directe de la muqueuse à la faveur d'une lésion antérieure, souvent minime et passant inaperçue, d'autre part l'infection par voisinage avec un ganglion caséeux, ce dernier mode étant le plus fréquent.

V

Symptômes. — Il est difficile de tracer de la tuberculose de l'œsophage un tableau caractéristique.

Les observations publiées manquent de détails cliniques. La dysphagie y est simplement signalée, mais sans détails précis. Chez quelques malades le cathétérisme explorateur a été pratiqué, mais il donne peu de renseignements, et c'est évidemment à l'œsophagoscopie qu'il faut avoir recours pour étudier directement l'aspect des lésions. Or, celle-ci n'a été pratiquée que trois fois par Schrötter, Guisez et Abrand. Enfin nous devons insister sur ce fait que des lésions ulcéreuses, parfois étendues, peuvent passer *complètement inaperçues*, et dans près de la moitié des cas que nous avons retrouvés, l'affection est restée tout à fait *latente*, constituant une trouvaille d'autopsie.

Le premier symptôme de la tuberculose œsophagienne est en général la *dysphagie*. Celle-ci apparaissant chez un tuberculeux pulmonaire avancé doit faire penser à ce diagnostic. Son intensité varie de la simple gêne rétro-sternale à la sensation de brûlure vive. Elle se montre en premier lieu pour les solides et s'aggrave d'une manière progressive. Parfois cependant elle a pu s'installer d'une façon brusque (Denonvilliers, Guisez et Abrand) donnant le syndrome du corps étranger de l'œsophage. Cette dysphagie passe au début par des alternatives de régression et d'aggravation, puis s'installe d'une façon définitive.

A la période d'état de l'affection la dysphagie revêt des caractères différents selon que l'on a affaire à une *ulcération* seule ou à une forme scléro-hypertrophique créant un *rétrécissement*.

a. Ulcération. — Dans l'ulcération œsophagienne les phénomènes douloureux prédominent. Le malade accuse une sensation de cuisson vive, parfois une véritable brûlure tout le long de l'œsophage; la douleur peut présenter des irradiations vers la colonne, et latéralement dans les espaces intercostaux. Elle apparaît le plus souvent au moment des déglutitions, disparaissant dans l'intervalle; les corps durs, les boissons alcooliques l'augmentent. Cependant Mazzoni a vu chez un malade la douleur calmée par l'alimentation, alors qu'elle existait sans discontinuer dans l'intervalle des repas. L'intensité de la douleur est telle que les malades pour s'y soustraire réduisent leur alimentation et deviennent rapidement cachectiques. Parfois à la douleur s'ajoute l'élément spasmodique, et non seulement le malade souffre, mais les aliments sont régurgités instantanément.

Le cathétérisme chez de tels malades pourrait faire croire au rétrécissement, car la contraction spasmodique de l'œsophage arrête la sonde. Cependant si l'on a la précaution de pratiquer auparavant la cocaïnisation, la sonde pénétrera en général jusqu'à l'estomac facilement.

L'œsophagoscopie montre dans ces cas, d'après Guisez et Abrand, un œsophage à l'état de spasme ou même de contracture spasmodique dans sa partie supérieure. En examinant soigneusement l'organe on découvre une surface ulcérée peu profondément, à bords irréguliers, à fond gris, auréolée d'une surface inflammatoire, rouge, très douloureuse.

b. Rétrécissement. — Qu'il soit constitué par de la tuberculose scléro-hypertrophique ou par la déformation que peut imprimer à l'œsophage un gros ganglion caséeux adhérent, les phénomènes douloureux sont peu marqués, et par contre les signes d'obstruction mécanique prédominent. La symptomatologie est ici celle de tous les rétrécissements de l'œsophage : sensation d'arrêt du bol, efforts du malade pour achever la déglutition, accomplissant avec la tête et le cou les mouvements dits de canard, puis régurgitation. La dysphagie est moindre pour les liquides que pour les solides.

Le cathétérisme à la boule olivaire donne des renseignements précis sur le siège et le degré du rétrécissement. La recherche du signe de Hamburger, en auscultant l'œsophage pendant que le malade boit, fait entendre le bruit de glou-glou caractéristique. On examinera en outre le malade à l'écran radioscopique en lui faisant déglutir un cachet de bismuth qui s'arrête au niveau du rétrécissement, et on notera en même temps l'état des ganglions trachéo-bronchiques.

L'œsophagoscopie a été pratiquée deux fois seulement par Guisez et Abrand. Dans le premier cas il s'agissait de tuberculose hypertrophique : on constatait un rétrécissement concentrique de la lumière du conduit. A son niveau la muqueuse était très modifiée, et l'attouchement au stylet révélait un tissu induré de consistance spéciale.

Dans le second cas il existait une poche de dilatation œsophagienne. La muqueuse avait un aspect blanchâtre. La lumière de l'œsophage était refoulée en arrière et à gauche. Il existait plusieurs ulcérations de la muqueuse qui était mamelonnée, boursouflée. La paroi était immobilisée par des adhérences aux masses voisines, et ne suivait plus les mouvements respiratoires. Le diagnostic fut porté de sténose par compression avec adhérence à des ganglions tuberculeux, et vérifié à l'autopsie.

L'examen plus complet du malade permet de trouver des signes de tuberculose pulmonaire, intestinale, laryngée, la localisation œsophagienne n'étant en général jamais isolée.

L'*état général* devient rapidement *mauvais*. L'insuffisance de l'alimentation provoque l'amaigrissement rapide, la perte des forces. Les lésions pulmonaires, de ce fait, ont une évolution plus rapide encore. Le malade meurt en général au bout de *quelques semaines*. Dans la majorité des cas, c'est environ un mois après l'apparition de la dysphagie. Cependant il existe quelques observations de formes à évolution plus lente : ce sont surtout des rétrécissements, causés par la tuberculose à type scléro-hypertrophique, survenant chez des malades porteurs de lésions pulmonaires encore peu avancées. Certains ont ainsi duré trois ans. Le traitement institué (gastrostomie, dilatation du rétrécissement) sembla au début faire régresser la maladie et permit au malade de reprendre l'alimentation. Mais après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, les lésions pulmonaires ont évolué avec une grande rapidité et le malade est mort en quelques jours.

Complications. — Les complications de la tubercu-

lose œsophagienne n'ont pas d'histoire au point de vue clinique. Une seule fois Laroche signale une hématémèse mortelle par ulcération simultanée de l'aorte et de l'œsophage par un ganglion caséeux. Dans tous les autres cas, les perforations de l'œsophage communiquant soit avec un abcès ganglionnaire, soit avec la trachée, les bronches, les plèvres ou une caverne pulmonaire n'ont pas donné lieu à un seul symptôme noté dans les observations. Ceci tient probablement à l'état de cachexie avancé des malades chez qui elles surviennent, qui dès lors ne décrivent plus suffisamment les symptômes qu'ils éprouvent.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose de l'œsophage doit être considéré comme difficile; il n'a été fait qu'exceptionnellement. Le plus souvent en présence de dysphagie chez un tuberculeux on a dit cancer (Zenker-Bauer-Gauthier); parfois syphilis (Schrötter). Souvent aussi le diagnostic n'a pas été fait parce qu'on n'a pas pensé à l'œsophage, habitué que l'on est à attribuer les troubles de la déglutition chez les tuberculeux à des lésions pharyngées ou laryngées.

Il n'existe pas de symptôme pathognomonique. Cependant lorsqu'on verra apparaître la dysphagie à type œsophagien chez un malade encore peu âgé, tuberculeux avéré, l'attention devra être attirée vers ce diagnostic. Deux moyens permettront de le préciser dans la mesure du possible : l'œsophagoscopie montrant parfois des lésions suffisamment caractéristiques, la biopsie qui donnera lorsqu'elle est praticable un élément de certitude.

Le plus souvent on sera conduit à procéder par élimination. Deux cas sont à envisager selon que l'on a affaire à une ulcération se traduisant par le syndrome dysphagie douloureuse, ou à un rétrécissement dans lequel prédominent les phénomènes d'obstruction.

1° ULCÉRATION. — En présence d'un tuberculeux qui présente de la douleur pendant la déglutition, on doit en premier lieu s'assurer que la dysphagie n'a pas pour cause une lésion buccopharyngée, ou laryngée. On pratiquera l'examen soigneux de la bouche, de l'isthme du gosier; un miroir laryngien sera nécessaire pour voir si l'épiglotte ou les aryténoïdes ne présentent ni infiltration ni ulcérations.

On s'est ainsi assuré que l'on a bien affaire à une dysphagie œsophagienne; or celle-ci peut reconnaître différentes causes :

a. L'*œsophagite traumatique* que détermine un corps étranger (os, dentier) arrêté dans l'œsophage. Les anamnestiques, le début brusque des accidents, au besoin la radioscopie et l'œsophagoscopie trancheront le diagnostic.

b. L'*œsophagite* due à l'ingestion de liquides corrosifs. Dans ce cas le début a été brusque, la cause est en général connue, le malade porte sur les lèvres et dans la bouche des traces de brûlure, et rejette des débris sanguinolents de sa muqueuse œsophagienne.

c. Le muguet de l'œsophage qui se développe parfois chez les malades cachectiques, mais qui coexiste le plus souvent avec du muguet de la bouche ou du pharynx.

d. L'*ulcère peptique* de l'extrémité inférieure de l'œsophage. La douleur dans cet ulcère apparaît en effet immédiatement au moment de la déglutition, semblable à une brûlure. Le malade a des regurgitations. Le cathétérisme provoque une vive douleur et la sonde revient pleine de sang. Les hémorragies sont fréquentes, et ce dernier point est un bon signe contre l'hypothèse d'une ulcération bacillaire qui ne saigne pas en général. Enfin l'affection a le plus souvent été précédée des symptômes de l'hyperchlorydrie ou de l'hypersécrétion permanente.

2° RÉTRÉCISSEMENT. — Dans ce second cas le problème à résoudre est tout autre, on se trouve en présence d'un malade qui outre sa tuberculose pulmonaire présente les signes d'une sténose œsophagienne.

Il convient de s'assurer d'abord que l'on n'est pas en présence d'un simple spasme. Le cathétérisme lève tous les doutes : la sonde d'abord arrêtée, mais maintenue avec une pression douce et soutenue finira par passer facilement.

Cette cause d'erreur étant éliminée il reste à préciser la nature de la sténose. On pourrait ici discuter complètement le diagnostic des rétrécissements de l'œsophage. Mais cette étude serait peu en accord avec la réalité, puisque la lecture des observations montre que c'est presque toujours et uniquement avec le cancer de l'œsophage qu'on a pu hésiter.

1° *Compressions extérieures.* — Tout malade présentant de la dysphagie, serait-il tuberculeux, peut avoir une compression de l'œsophage par les organes voisins. C'est ici que l'examen complet pourra mettre sur la voie en montrant un goitre plongeant, une tumeur du médiastin, un anévrisme de l'aorte. Ce dernier diagnostic nous semble le plus important à envisager. Un malade peut en effet avoir un anévrisme de l'aorte thoracique, et en outre des lésions pulmonaires d'origine syphilitique telles que des dilatations bronchiques. Il présente ainsi de la dysphagie, avec raucité de la voix, il tousse, crache abondamment, a parfois des hémophysies. L'auscultation permet d'entendre de la respiration bronchique, ou des signes cavitaires, et on avouera que le tableau clinique fait volontiers penser à un tuberculeux. La recherche de la tumeur pulsatile, l'examen des pouls radiaux, des pupilles, la radioscopie, enfin l'analyse des crachats indiquant l'absence de bacilles de Koch mettront cependant sur la voie du diagnostic.

2° *Rétrécissements organiques.* — L'existence d'une sténose organique étant alors acquise, reste à en définir la nature. Les signes cliniques tels que la cachexie, le teint jaunâtre, l'amaigrissement rapide, le dégoût pour la viande sont des signes trompeurs qui ne peuvent en rien permettre d'affirmer le cancer, car tous les rétrécissements œsophagiens peuvent donner ce même syndrome. Et le meilleur moyen de préciser la nature de la lésion sera certainement l'œsophagoscopie.

a. Le *rétrécissement cicatriciel* se montrera distribué d'une façon irrégulière, sur toute la hauteur de l'œsophage, sous formes de placards de tissu fibreux, dur, déformant capricieusement la lumière.

b. Le *rétrécissement cancéreux* sera constitué par une ulcération ou une tumeur bourgeonnante, reposant sur une base indurée. Sa coloration sera rouge vif, elle saignera facilement. L'âge avancé du malade, les ganglions sus-claviculaires seront également des symptômes de valeur.

c. La *syphilis* peut donner des rétrécissements œsophagiens et ses lésions n'ont rien dans leur aspect de caractéristique; mais on aura, pour se mettre sur la voie, les antécédents du malade, et l'amélioration obtenue par le traitement spécifique.

VII

Pronostic. — Le pronostic sera mauvais dans tous les cas. A brève échéance chez un tuberculeux à lésions pulmonaires avancées, la mort survenant environ un mois après la dysphagie dans la plupart des observations. Chez des malades présentant encore très peu de signes aux poumons, la survie semble être plus longue et les cas peu nombreux qui sont rapportés indiquent deux à trois ans.

VIII

Traitement. — On aura en général bien peu de prise sur les lésions tuberculeuses de l'œsophage, et on devra se borner à un traitement symptomatique, surtout dans la forme ulcéreuse.

Localement il faudra nettoyer la plaie, et la cautériser avec des porte-cotons imbibés de substances caustiques : acide lactique, nitrate d'argent.

Contre les douleurs, on pratiquera des instillations de cocaïne, d'alypine, de stovaïne avant le repas, pour permettre au malade de se nourrir, sans trop souffrir.

La forme sténosante a pu dans quelques cas être traitée « efficacement » d'après Guisez et Abrand. Ces auteurs disent qu'une dilatation prudente et progressive, faite au début sous le contrôle de la vue, le passage de bougies de taille progressivement croissante, la pose de laminaires suivant la méthode de Gottstein, sont vraiment d'une ressource considérable et susceptible d'amener de longues remissions dans la marche de la maladie.

La gastrostomie pratiquée dans le cas de Selenkow fut suivie de mort rapide. Au contraire dans le cas de Schrötter elle avait amené une grande amélioration. Mais on n'a pas la preuve certaine histologiquement que ce dernier cas fût bien de la tuberculose.

BIBLIOGRAPHIE

BARTH. *Soc. anat.*, Paris 1853. — BAUER. *Bericht über die erste Sitzung vereinssud-deutschen laryngologen*, Heidelberg 1894. — BECK. *Prag. med. Wochens.*, 1884. — BIRCH-HIRSCHFELD. *Lehrbuch der Path. Anat.*, 1894. — BREUS. *Wien. med. Woch.*, 1878. — BERTHIER. Th. de Paris, 1906-1907. — BROUARDEL et GILBERT. *Traité de méd.*

CHVOSTECK. *Œsterreich Zeit. f. prakt. Heilkunde*. 1868. — CONE CLARIBEL. *Bull. John's Hopkins Hospital*, Baltimore 1897. — CORDUA. *Arbeiten a. d. pathol. Institut*, in Göttingen, 1893. — CORNIL et RAVIER. *Traité d'histol. pathol.* — CASELMANN-WILHELM. Th. d'Erlangen, 1905.

DANEL. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1896. — DENONVILLIERS. *Soc. anat.*, Paris 1837. — DÜRK. *Ergebnisse der allg. Pathol.*, Wiesbaden 1895.

EPPINGER. *Prager. med. Woch.*, 1881. — Evert HERMANN. Th. de Berlin, 1906.

FRÄNKEL. *Münch. med. Woch.*, 1896. — FLEXNER. *Bull. John's Hopkins Hospital*, Baltimore 1893. — FOLLIN et DUPLAY. *Traité de chir.* — FRERICHS. *Beitrage zur Lehre der Tuberculose*, Marburg 1882.

GAUTHIER. *Soc. des sc. méd.*, Lyon 1901. — GLOKNER. *Prag. med. Woch.*, 1896. — GOTTSTEIN. *Technick und. Klin. der Œsophagoscopie*, Iéna 1901. — GUISEZ et ABRAND. *Revue de chir.*, 1909. — GROUSDIEFF. *Roussky Vratch*, 18 nov. 1906.

HASSELMANN. Th. de Münich, 1895. — HECKER, in Th. de Hasselmann.

KRAUS. *Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speisehöre*, Wien 1902. — KAUFMANN et MONNET. *Soc. anat.*, Paris 1904. — KÜMMEL. *Münch. med. Woch.*, 1906, n° 10.

LALAGÜE. Th. de Bordeaux, 1903. — LAROCHE. *Soc. anat.*, Paris 1897. — LERICHE et MOURIQUAND. *Revue de chir.*, 1909. — LETULLE. *Soc. anat.*, Paris 1893. — LONDE. *Soc. anat.*, Paris 1893.

MOURIQUAND (E.). Th. de Lyon, 1908. — MAZZONI. *Bull. sc. med.*, 1896. — MAZZOTTI. *Riv. clin.*, 1896.

NICOLAS. *Bull. de la Soc. des sc. vét.*, Lyon 1906. — NODER. Th. de Münich, 1903.

OPPOLZER. *Wien. med. Woch.*, 1881, n° 5. — ORTH. *Lehrbuch. der speziellen Path.*, Bd. I, s. 681.

PAULICKI. *Arch. d. Virchow*, 1868. — PEPPER et EDSALL. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1897. — PENZOLDT. *Virchow Arch.*, Bd. LXXXVI, s. 448. — PITT. *Trans. of Pathol. soc. of London.* — PATEL et BÉRARD. *La tuberculose intestinale.* — PONCET et LERICHE. Tuberculose inflammatoire, *Acad. de méd.*, 1906-1907-1908; — *Soc. de chir.*, 1908.

ROKITANSKY. *Lehrbuch.* — ROLLERSTON. *Brit. med. Journ.*, 1896.

SCHRÖTTER. *Wiener. klin. Woch.*, 1907, p. 1135. — SELENKOW. Cité par Cone. — SPILLMANN. *Tuberculisation du tube digestif*, Paris 1878. — SCHRÜBSALL et MÜLLINGS. *Brit. med. Journ.*, 1903. — STRAUSZ. *Zeits. f. klin. Med.*, Berlin 1905. — STARK. *Die direkte Beschtigung der Speisehöre Œsophagoscopie*, Würzbourg 1905.

TISSIER. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris 1887.

WILLIAM BARTLETT. *Med. Rev.*, 1900. — WIEDERHOFER. Cité in Th. Hasselmann. — WEICHSELBAUM. *Wien. med. Woch.*, 1884. — WŒLKER. *Trans. Path. Soc. London*, 1890-1891.

ZELENKOPF. *St-Petersburger med. Woch.*, 1884. — ZIEGLER. *Lehrbuch der speziellen path. Anat.*, Iéna 1898. — ZEMANN. *Wien. med. Woch.*, 1886. — ZENKER. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, livres LV et XLVII; — *Congrès de laryngol.*, Heidelberg 1894. — ZENKER et ZIEMSSEN. *Traité de Ziemssen*, 1877.

FORMULAIRE

CONTRE LE MAL DE MER VRAI (Vandaele.)

Immobilité au lit; sanglage de l'estomac. De plus, prendre toutes les demi-heures d'abord, toutes les heures ensuite, une cuillerée de la potion suivante :

Chlor. de morphine..........	0g10
— de cocaïne............	0g10
Chloroforme...............	v gouttes.
Eau distillée...............	100 grammes.

(*Nouveaux Remèdes.*)

CORRESPONDANCE

LES VINS AYANT SÉJOURNÉ DANS LES CAVES INONDÉES PEUVENT-ILS ÊTRE CONSOMMÉS SANS INCONVÉNIENTS?

Cette question nous ayant été posée de divers côtés, nous avons demandé à M. le médecin inspecteur général Vaillard de vouloir bien nous faire connaître son opinion sur ce sujet tout d'actualité. L'éminent académicien nous adresse la réponse que voici :

Paris, le 3 février 1910.

Mon cher Monsieur Le Sourd,

La question qui intéresse vos correspondants m'a déjà été posée mardi dernier, à l'Académie, par mon ami Chauffard.

Il s'agit sans doute des vins de qualité, en bouteilles et en bouteilles cachetées. Dans ces conditions, à mon avis, il y a peu à redouter de l'inondation des caves. La capsule de métal ou l'enrobage de cire constituent déjà une première protection efficace. Le bouchon de liège fin, introduit à forcement, réalise d'autre part une obturation suffisamment hermétique pour empêcher l'introduction des liquides extérieurs. Les deux moyens réunis me semblent devoir assurer l'étanchéité.

En admettant même qu'une souillure minuscule ait pu se produire (une grosse addition d'eau sera toujours très facilement visible), le vin, par sa nature même, aura vite raison des microbes dangereux, ainsi que le prouvent les intéressantes recherches de Sabrazès et Marcandier (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1907). Dans le mémoire où ils traitent de l'*action du vin sur le bacille d'Eberth*, ces auteurs ont montré que les vins purs, du fait de leur acidité, exercent une puissante action bactéricide sur le bacille typhique. L'une de leurs expériences consiste à ajouter à du vin rouge *pur* cinq gouttes d'une culture de ce microbe, c'est-à-dire des millions de germes; la survie du virus n'a jamais excédé neuf à dix heures. L'action bactéricide des vins blancs est encore plus rapide parce que leur acidité est plus grande. Naturellement la dilution du vin diminue la propriété antiseptique.

Les microbes pathogènes à redouter dans la présente circonstance ne pourront guère vivre dans le vin où ils auront eu accès en minime quantité.

Rassurez donc vos correspondants. Mais recommandez-leur d'examiner les bouteilles avec soin à l'effet de vérifier si les défectuosités du bouchage n'auraient pas permis une trop libre communication entre le vin et l'ambiance aqueuse, c'est-à-dire un mouillage intempestif et de qualité plus que douteuse; dans ce cas, un prudent sacrifice sera nécessaire.

Tel est mon avis personnel; je vous le donne pour ce qu'il vaut.

Bien cordialement à vous,

L. VAILLARD.

Si vous croyez devoir utiliser cette opinion dans la *Gazette*, faites-le sans lui attribuer plus d'importance qu'elle ne mérite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Culture in vitro des cellules cancéreuses, par le docteur Marie BRA. Gr. in-8 jésus, de 64 pages, avec 79 figures intercalées dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Poinat.

La Joie passive, par le docteur M. MIGNARD. Préface par M. le docteur G. DUMAS, professeur adjoint à la Sorbonne. In-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 FÉVRIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Nicolas et Gosset.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Branca ; — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Potocki et Rieffel ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — M. Legry, suppléant.

Mardi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux ; — (2e série) : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Ribemont-Dessaignes et Thiéry.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Brumpt, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie, 1re série) : MM. G. Ballet, Gouget et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Chauffard, Carnot et Nobécourt ; — M. Claude, suppléant.

Mercredi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Nicolas, Campenon et Proust; — (2e série) : MM. Hartmann, Retterer et Mauclaire.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie ologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et André Jousset.

2e (1re série) : MM. Gautier, Gley et Mulon ; — (2e série) : MM. Pouchet, Langlois et Branca ; — (3e série) : MM. Roger, Macaigne et Zimmern.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Rieffel et Couvelaire ; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion ; — (2e série) : MM. Retterer, Auvray et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Remy et Richaud ; — (2e série) : MM. Pouchet, Launois et Nicloux ; — (3e série) : MM. Prenant, Gley et Desgrez.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Morestin et Lenormant.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot ; — M. Jeanselme, suppléant.

Vendredi 18 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Lejars et Rieffel.

2e (1re série) : MM. Gautier, Langlois et Branca ; — (2e série) : MM. Gariel, Gley et Mulon ; — (3e série) : MM. Pouchet, Retterer et Zimmern ; — (4e série) : MM. Roger, Desgrez et Macaigne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Mauclaire et Couvelaire ; — (2e partie) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Sicard ; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust ; — M. Lœper, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 49, 4 déc. 1909.) E. GIROUX : Syphilis osseuse héréditaire. — G. ROCHE : Entéro-colite muco-membraneuse et corps étranger de l'intestin. — (N° 50, 11 déc.) TUFFIER : Diagnostic des pyélonéphrites. — GAUCHER : Le psoriasis. — BENSAUDE : Les ptoses et les procédés d'examen du tube digestif. — (N° 51, 18 déc.) CALOT : Principes du traitement des tuberculoses externes. — GOUGET : La méningite tuberculeuse chez l'adulte. — (N° 52, 25 déc.) A. BROCA : Flexion progressive après résection du genou. — HUTINEL : Traitement de la néphrite aiguë. — SARDOU : Malaises et accidents de la mobilisation toxique.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 51, 23 déc. 1909.) A. HUISMAN : La crémation. — P. HEGER : Ultra-microscope et cinématographe.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 23 nov. 1909.) HOLZKNECHT : La péristaltique normale du côlon. — TREUPEL : Les névroses cardiaques. — EBSTEIN : Les douleurs intestinales. — JOHN : Nouvelles expériences cliniques sur les injections intra-veineuses d'adrénaline. — — VEIEL : Sur le traitement de l'eczéma. — MEYER : Progrès dans la pratique des différences de pression pour les opérations intrathoraciques. — BAEYER : Corps étrangers dans l'organisme. — LIPPMANN : Rapports entre l'idiotie et la syphilis. — HELLER : Sur la valeur de l'hydrate de chloral pour les usages anatomo-pathologiques et thérapeutiques. — NOESSKE : Prophylaxie et traitement de la gangrène menaçante du doigt dans la maladie de Raynaud. — GRASHEY : Comment peut-on éviter les erreurs et les insuccès dans les fractures et les luxations ? — TRUMPP : Notice sur le traitement de la rhinite aiguë. — V. HEREF : Sur la valeur des nouvelles mesures de préservation contre la blennorragie conjonctivale des nouveau-nés. — (N° 48, 30 nov.) KEHR : Sur le traitement chirurgical des ictères chroniques. — MÜLLER : Sur le stade précoce de la paralysie infantile. — REHN : Le massage immédiat du cœur dans la mort par narcose. — LICHTENBERG : La péritonite est-elle une indication d'injections salines intra-veineuses ? — CHRISTEN : Traitement des fractures d'après Steinmann et Zuppinger. — GEIPEL : Sur la myocardite et la modification des muscles striés dans le rhumatisme. — UFFENHEIMER : Sur la fixation du complément dans la scarlatine. — WEIL : Sur l'épreuve de Moro. — MAUDELBAUM : Modifications de deux milieux de culture, l'acide roséolique et l'agar au sang par les bactéries produisant de l'acide ou de l'alcali. — PETERSON et SCRIPTURE : Recherches psychophysiques avec le galvanomètre. — KÖLLIKER : Contribution à l'œsophagoscopie. — BORUTTAN et DAVIDSOHN : Une préparation de noisette le « Mensau » comme hémostyptique. — DREYER : Un cas d'infection mixte : fièvre typhoïde et fièvre de Malte. — ROSENTHAL : Danger de l'emploi de l'oxygène. — HERNIG : Sur le défaut du crochet auriculaire sur l'électro-cardiogramme dans le pouls irrégulier perpétuel. — HILDEBRANDT : Diagnostic de la varicelle. — NŒGERRATH : Sur l'hémolyse par le lait de vache. — HOFFMANN : Affinité de l'adrénaline pour l'iode. — (N° 49, 7 déc.) RÖMER : Recherches sur l'étiologie de la paralysie infantile épidémique. — HÖHMANN : Sur le traitement du stade précoce de la poliomyélite antérieure aiguë. — HŒHNE : Sur la prophylaxie de la péritonite post-opératoire. — WARBURG : Le pouvoir de désigner les couleurs, moyen d'étude de l'intelligence des enfants. — KAYSER : Contribution à l'étude de l'ulcère gastrique à Munich. — HANNES : Recherches comparatives sur la désinfection par le formol et le permanganate. — ROSENBLAT : Sur la forme granuleuse du bacille de Koch dans les crachats. — FRÜHWALD : Sur la recherche du spirochæte pallida par le procédé de l'encre de Chine. — STRUBEL : L'immunité du hérisson contre les toxines et sa résistance aux poisons. — YOSHINAGA : L'examen de la viande de tortue falsifiée au moyen de sérums spécifiques. — O. MAYER : Sur la polyarthrite gonococcique cryptogénétique. — BUREK : Blessure par coup de feu de l'artère brachiale. Résection et suture circulaire de l'artère. — HINDENBERG : Combinaison de la faradisation et de la galvanisation avec le massage vibratoire. — P. EHRLICH et SACHS : Les critiques de la théorie des chaînes latérales à la lumière de leurs recherches expérimentales et littéraires. — SCHREIBER : Sur le traitement des fractures de la cuisse chez le nouveau-né. — JAWORRSKI et MIESOWICZ : Sur l'influence néfaste de la tendance actuelle des fabriques chimiques et des pharmacies sur la médecine pratique. — (N° 50, 14 déc.) MURALT : Le traitement de la tuberculose pulmonaire unilatérale grave par le pneumothorax artificiel. — SCHWENKENBECHER : Contribution à l'étude étiologique du diabète insipide. — STICKER : Le cancer est-il influencé par le charbon ? — NEU : Recherches expérimentales sur l'importance des composés de coagulation pour le mécanisme de l'hémostase du post-partum. — FEHLING : L'importance des indications relatives du forceps pour l'enseignement et la pratique. — NAGELSCHMIDT : Sur la diathermie. — KÆSTELE : L'oxyde de « circon » comme moyen de contraste dans la röntgenologie. — SCHWARZ : Sur les progrès dans le dosage des rayons Röntgen. — BRUCH : Le traitement du furoncle du conduit auditif externe. — NÄCKE : Un cas rare d'éruption nicotinique. — KÖHLER : Contribution casuistique aux manifestations toxo-nerveuses dans la tuberculose pulmonaire, du côté de l'intestin. — MÜLLER : Epididymite et colibacille. — FRANK : Blessure sous-cutanée de la veine sous-clavière pendant la réduction d'une fracture de la clavicule. — NEUMANN : Un nouvel adénotome. — MARENSE : Considérations sur Lourdes. — (N° 51, 21 déc.) W. HANNES : Comment améliorer les conséquences du placenta prævia chez la mère et chez l'enfant ? — ALBRECHT : Le traitement par le collargol intra-veineux dans l'infection puerpérale. — PROWAZEK et YAMAMOTO : Etudes expérimentales et morphologiques sur le virus vaccinal. — STELLING : Sur la réaction de Much. — MÜLLER : Constitution d'un vagin aux dépens d'une anse d'intestin grêle transplantée. — BINSWANGER : Un cas d'atrésie congénitale du cœur d'un seul côté. — VOGL : Sur la question de l'aptitude au service militaire des volontaires d'un an en Allemagne. — EHLERS : Les résultats de la prostitution libre. — LINHART : Rhombus et gouttière à extension automatique pour le traitement des fractures du bras et de la ceinture scapulaire. — ADLERS : La teneur de l'adrénaline en iode et acide iodique. — HELFERICH : Sur le traitement des fractures de la cuisse chez le nouveau-né. — MURALT : Le traitement de la tuberculose grave unilatérale par le pneumothorax artificiel.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1909.) Léon TIXIER et Mlle FELDZER : La tuberculose du thymus. — J. MILHIT : Maladies tuberculisantes et opsonines tuberculeuses. — FAURE-BEAULIEU : Le cœur des tuberculeux.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 24, 30 déc. 1909.) COLLEVILLE : Parallèle entre le médecin anglais et le médecin allemand.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hirtz, Souques, Triboulet, de Beurmann, Vaquez, Hutinel, Thibierge, Pierre Marie, Siredey et Balzer.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE. — Le jury est définitivement composé de MM. Lermoyez, Sébileau, Mauclaire, Blum, Hartmann, Fernand Bezançon et Enriquez.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie*. — Séance du 4 février 1910. — MM. Vincent (Max), 9; Monod (Robert) et Larroque, 10; Pignot, 12; Malet (Charles) et Bruel, 9; Girault (Albans), 10; Godlewski, 6; Périn (Lucien), 5; Lévy (Alfred), 10; Ribo, 6.

Séance du 5 février. — MM. Lévy-Franckel, 9; Juin, 7; Masselot, 6; Feil, 10; Larcher, 6; Gillard, 9; Miégeville, 6; Girard, 8; Sébillotte, 7; Jacquet, 9.

Anatomie. — Séance du 4 février. — MM. Gouguet de Girac, 13; Vincentelli et Vielle (Albert), 10; Achard, 8; Mlle Monbiot, 6; MM. Pruvost (Pierre) et Jumon, 12.

Dorénavant les séances auront lieu à la Charité.

— HOSPICE DE BICÊTRE. — M. le docteur Vurpas, médecin adjoint du service des aliénés est nommé médecin en chef du service des aliénés à l'hospice de Bicêtre.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour deux places de chirurgien adjoint s'ouvrira le 26 avril 1910. S'inscrire jusqu'au 9 avril 1910, au secrétariat des hospices, cours d'Albret.

GUERRE. — Par décret du 2 février 1910, les élèves de l'école de santé militaire, reçus docteurs en médecine, les docteurs en médecine directement admis après concours à l'école d'application du service de santé militaire, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 15 janvier 1910 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après. Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classse élève à l'école d'application de service de santé militaire :

MM. Ayrolles, Barbier, Barral, Bendon, Bernard, Bertet, Bolotte, Bret, Brunhammer, Bureau, Ehringer, Ferry, Lambert, Larnaudie, Lombardy, Martin, Olive, Pilod, Rasse, Renaud, Rolland, Rossi, Rougeux, Scharenberger, Soderlindh, Valdeiron, Vaton, Wulliam, You.

1er CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANCAIS. — A l'ocascion de son trentenaire qui aura lieu en mai prochain, l'Association amicale des internes et des anciens internes des hôpitaux civils de Bordeaux a décidé d'inviter à une fête de famille les représentants des autres internats français des centres universitaires et des Ecoles de médecine et de profiter de la circonstance pour tenir les assises du Ier Congrès de l'*Internat français*, Congrès dans lequel seront discutés toutes les questions intéressant l'internat des hôpitaux des villes ayant une Université ou une Ecole de médecine.

On sait combien l'institution de l'internat a été battue en brèche dans ces dernières années : il y a donc nécessité urgente à en étudier le fonctionnement actuel, et à en rechercher les améliorations, s'il y a lieu.

Les questions porteront essentiellement sur : 1° le recrutement; 2° l'organisation; 3° l'aménagement matériel et le traitement.

Les dates précises de la célébration du trentenaire et du Congrès seront fixées ultérieurement. Des billets à prix réduits seront, comme d'usage, demandés aux Compagnies de chemins de fer.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Cruchet, secrétaire général de l'Association des internes et anciens internes de Bordeaux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Le bureau pour 1910 est ainsi constitué : MM. Le Bec, président; Péraire, vice-président; Ozenne, secrétaire général; Lœwy, secrétaire général adjoint; Huguier, Lance, secrétaires des séances; Delbet (Paul), trésorier; Judet, trésorier adjoint; Monnier, archiviste.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. — Le docteur Dupré commencera le cours de psychiatrie médico-légale à l'asile Sainte-Anne (amphithéâtre de la clinique des maladies mentales) le jeudi 10 février, à dix heures, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

FONDATION PIERRE BUDIN, 91 bis, rue Falguière (XVe). — M. le docteur Boissard, accoucheur des hôpitaux, fera une conférence le mardi 15 février 1910, à cinq heures. — Sujet de la conférence : « Infections cutanées chez le nourrisson. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Courmont (de Lille), Georges Gasne, médecin des hôpitaux de Paris; Mourgue (de Nîmes) et Emile Nitot (de Paris).

ESSAI DE TRAITEMENT

D'UN

NÉOPLASME DU PYLORE

PAR L'APPLICATION DIRECTE DU RADIUM SUR LA TUMEUR GRACE A UNE FISTULE GASTRIQUE PERMANENTE

PAR MM.

RENÉ GAULTIER, Ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu et GEORGES LABEY, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Avec la collaboration de MM. WICKHAM et DEGRAIS.

I

Exposé des idées directrices de cet essai de traitement. — Bien que les succès obtenus par la radiumthérapie dans le traitement des épithéliomas en général n'ait point encore égalé ceux obtenus dans le traitement des lymphadénomes et des sarcomes, néanmoins en ce qui concerne l'épithélioma pavimenteux des muqueuses buccales, œsophagiennes et rectales les résultats sont déjà assez probants pour qu'on ait cherché à appliquer également l'action bienfaisante du radium sur les épithéliomas glandulaires.

Il faudrait être totalement ignorant de la constitution anatomique des cancers de l'estomac pour compter guérir, par simple traitement radifère, ces tumeurs infiltrant les parois musculaires de l'organe et envahissant rapidement les territoires lymphatiques voisins ou même éloignés comme en est témoin parfois le ganglion sus-claviculaire.

a. LES EFFETS DU RADIUM SONT A LA FOIS ANTINÉOPLASIQUES ET PARANÉOPLASIQUES. — Mais nous savons que dans les cas favorables les résultats du traitement sont à la fois paranéoplasiques et antinéoplasiques. C'est ainsi que « les névralgies profondes s'atténuent graduellement ; la gangrène et l'inflammation surajoutée à la tumeur régressent puis disparaissent; en même temps des tissus, qui étaient normaux ou simplement enflammés, se dégagent de la masse cancéreuse et concourent à la restauration morphologique des organes que suit une cicatrisation parfaite ».

Ainsi peut-on espérer d'après ces principes faire disparaître les douleurs, arrêter peut-être les hémorragies comme cela se voit dans les cancers utérins, amener la régression des bourgeons cancéreux exubérants et faire disparaître l'inflammation périnéoplasique. Peut-être ainsi peut-on arrêter la marche du processus cancéreux et en obtenant la réduction des troubles fonctionnels aboutir à un relèvement plus ou moins prolongé de l'état général.

Telles sont les idées générales qui peuvent nous guider dans l'essai de traitement des épithéliomas de l'estomac par le radium.

b. L'ACTION DU RADIUM S'EXERCE AVEC SON MAXIMUM D'EFFETS IN SITU. — Quel devra être ce mode de traitement ? A notre connaissance jusqu'ici on n'a eu recours qu'à des dispositifs permettant l'action du radium à travers la paroi abdominale. Il est clair qu'il serait infiniment dangereux d'attaquer à l'aveugle le néoplasme au moyen de sondes radifères, exceptions faites pour les tumeurs du cardia que l'on peut atteindre comme les tumeurs de l'œsophage sous le contrôle de l'œsophagoscopie. En effet dans un travail d'expérimentation très intéressant sur l'action du radium sur l'estomac du chien, MM. Delbet et André Herrenschmidt nous ont appris :

« 1° Que les rayons ultra-pénétrants qui se dégagent d'un tube de radium pur placé pendant vingt-quatre heures au contact ou à une faible distance d'une muqueuse gastrique saine exercent sur toute l'*épaisseur de cette muqueuse* une influence considérable qui ne *se manifeste toutefois qu'après une période latente*, sorte d'incubation de huit à quinze jours environ, les lésions se constituant entre la deuxième et la troisième semaine ;

2° *Les lésions du radium ne s'étendent pas* dans la muqueuse notablement au delà du champ que peut parcourir le bout du tube en pivotant autour de son attache ; en profondeur toutes les tuniques sont touchées jusqu'à la musculaire, mais cette dernière directement sur le tube ;

3° Les couches superficielles ne semblent pas être influencées plus vite ni plus gravement que les profondes ;

4° *L'atteinte des tissus est directe pour chacun d'eux* en particulier, c'est-à-dire que l'épithélium n'est pas soumis à des troubles de nutrition qui proviendraient d'une altération des vaisseaux, ni étouffé par un tissu conjonctif scléro-inflammatoire, mais tué lentement, comme empoisonné par l'énergie spéciale emmagasinée par le radium ;

5° Le tissu conjonctif de la muqueuse et de la sous-muqueuse reçoit une impulsion stimulante d'où hyperplasie et rajeunissement ; aux confins de la zone radium-influencée, les cellules muqueuses, pas assez touchées pour mourir, reçoivent, semblablement à ce qui a été constaté pour le tissu conjonctif en pleine zone radium-active, un coup de fouet qui stimule leurs propriétés végétatives et fonctionnelles. »

De cette description histologique on peut conclure avec ces auteurs qu'on n'introduit pas dans l'estomac un tube de radium impunément pour la muqueuse normale. On en peut conclure aussi que, bien que cliniquement on puisse obtenir des résultats par l'application à distance du radium, on ne pourra agir principalement, à l'aide de ce corps, sur les éléments néoplasiques qu'en agissant à leur contact ; d'où la nécessité d'une technique qui, sans danger pour le malade, permette de recourir à ce mode de traitement.

c. APPLICATION DE CES DONNÉES A LA CONCEPTION D'UNE TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE. — C'est imprégné de ces diverses notions, l'un de nous sachant par une longue expérience l'innocuité chez le chien d'une fistule gastrique prolongée à condition d'avoir un mode d'oblitération complet de la canule, que nous avons imaginé pour notre malade, porteur d'un

néoplasme pylorique évident, une technique qui, par une gastrostomie bas placée, faite toute au voisinage du pylore, nous permit avec l'aide de MM. Wickham et Degrais, de faire en plusieurs séances à des intervalles plus ou moins éloignés des applications directes de radium sur la tumeur néoplasique. Ce malade fut observé dans le service de M. le professeur Dieulafoy et opéré dans le service de M. le professeur Reclus qui voulut bien s'intéresser à notre essai.

Avant d'exposer la technique employée, et d'en discuter les résultats, nous relaterons d'abord le fait clinique. Ce n'est qu'ensuite que nous envisagerons l'opération pratiquée, pour nous demander, si d'abord en elle-même, elle est inoffensive; si, par suite, elle peut être d'une application plus générale que ce cas particulier, et partant recommandable pour traiter par le radium les épithéliomas de l'estomac. Nous essaierons de dégager en même temps les résultats thérapeutiques immédiats obtenus par l'action du radium sur le néoplasme ou les tissus paranéoplasiques, réservant toute argumentation sur les résultats définitifs que l'évolution seule pourra nous faire connaître par la suite.

II

Observation clinique. — *a.* Débuts de la maladie. — Jean-Baptiste C..., garçon de magasin âgé de quarante-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mai 1909 pour des troubles gastriques (douleurs et vomissements répétés) s'accompagnant d'un amaigrissement extrêmement prononcé.

Ces troubles sont déjà anciens. En remontant dans son passé on trouve qu'ils sont apparus d'une façon tout à fait insidieuse. Le malade ne peut préciser exactement le moment où il a commencé à souffrir, mais il se rappelle que déjà au service militaire il s'était présenté plusieurs fois à la visite médicale parce qu'il éprouvait des fatigues passagères et déjà de la douleur dans la région épigastrique. Les premiers troubles importants remontent à l'année 1903.

A ce moment, au dire du malade, la douleur qu'il avait ressentie jusqu'alors intermittente et très supportable s'accrut et s'installa de façon à peu près constante. Localisée au creux épigastrique elle était sourde et consistait en une sensation de pesanteur, de serrement. Il éprouvait des aigreurs, qui s'accompagnaient d'éructations et de régurgitations acides. Ces troubles augmentaient d'intensité et peu à peu apparurent les vomissements.

Ces vomissements toujours alimentaires ou bilieux ne semblent pas avoir contenu de sang. Le malade n'a jamais remarqué de caillots, ni de matières brunâtres pouvant faire songer à du sang séjourné dans l'estomac. En tous cas il affirme n'avoir jamais rendu de sang rouge. Il avait de plus à ce moment de la diarrhée. Jamais il n'a remarqué que ses selles aient contenu du sang ou des matières noires rappelant le marc de café. Il se soigne chez lui pendant un mois. Son état n'est pas assez mauvais pour qu'il soit obligé de cesser son travail. Le traitement qu'il suit consiste surtout en un régime composé de lait, de biscottes, d'œufs et de poisson bouilli. Après cinq ou six semaines, une amélioration se fait sentir; le malade se trouve beaucoup mieux et reprend tout à fait sa vie ordinaire. Depuis cette époque, le mieux était sensible, mais la douleur épigastrique persistait sourde et continue. Il mangeait et n'éprouvait de dégoût pour aucun aliment; il mangeait volontiers la viande et les graisses. Les vomissements s'étaient bien espacés; il était resté, dit-il, six mois sans vomir. Souvent cependant vers trois ou quatre heures de l'après-midi la douleur augmentait. Il avait alors pris l'habitude de boire à ce moment une tasse de lait chaud qui calmait bien cette douleur.

Cet état très supportable s'était maintenu jusqu'au mois de février de cette année. A ce moment il est repris par des vomissements qui se produisent presque tous les jours sans aucun rapport avec ses repas. Les vomissements devenaient si fréquents que le malade se privait de manger; à cette époque il n'a jamais non plus remarqué de sang dans ses vomissements.

Il dit encore que buvant peu à ses repas, pour éviter de provoquer des vomissements (environ un verre de liquide), la quantité de liquide qu'il rejetait était bien supérieure à celle qu'il ingérait; c'était un liquide clair de teinte jaunâtre surmonté d'écume et laissant déposer au fond de la cuvette des particules alimentaires provenant parfois de repas antérieurs.

Parfois au milieu de ses occupations, il était obligé de s'arrêter, il éprouvait des vertiges et se rappelle qu'à plusieurs reprises, se trouvant dans la rue, il avait dû s'appuyer aux murs et s'asseoir sur le bord du trottoir.

Pendant un mois environ, il se soigna chez lui, venant à la consultation une fois par semaine, puis ne voyant pas d'amélioration dans son état, il demanda à être hospitalisé.

Le 13 avril 1909 il entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Muselier. Mis en observation dans ce service, on lui fit à jeun un cathétérisme gastrique qui ramena un liquide jaunâtre et clair. Il sortit sans attendre d'être rétabli le 2 mai. Mais il ne pouvait toujours pas travailler. Ses douleurs persistaient, et il n'osait prendre que des œufs, du lait et un peu de poisson. Ne pouvant plus se soigner chez lui, toujours vomissant, et s'amaigrissant de jour en jour il revint à l'Hôtel-Dieu et cette fois entra dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le lundi 17 mai.

b. Antécédents du malade. — On ne retrouve aucune autre maladie dans son passé. Interrogé au sujet de l'éthylisme, le malade se défend énergiquement; il dit n'avoir jamais bu ni vin ni alcool en quantité déraisonnable; au reste il n'en présente aucun signe d'intoxication. Sa santé a toujours été bonne, sauf les troubles dyspeptiques précédemment relatés; il n'a jamais contracté la syphilis; il n'est pas tuberculeux. Rien à signaler du reste comme antécédents héréditaires.

c. Etat du malade a son entrée. — Telle est l'histoire du début de sa maladie actuelle. A son entrée le 17 mai, à la contre-visite que l'un de nous faisait avec les élèves de M. le professeur Dieulafoy à la Clinique, deux grands signes nous frappèrent: la douleur et les vomissements.

La douleur siège au creux épigastrique; elle est sourde et continue, exagérée par la pression et les mouvements qu'il fait dans son lit; les aliments ne l'augmentent pas dès leur injection, mais deux ou trois heures après. Elle irradie vers les hypocondres et lorsqu'elle est plus vive jusque dans le dos au niveau des dernières vertèbres dorsales. Quant aux vomissements, ils sont constants au dire du malade, se reproduisant tous les deux ou trois jours, vomissements contenant souvent des aliments des repas précédents et qui lui procurent un réel soulagement, qu'il provoque même quelquefois.

En examinant le malade on constate à la simple inspection un état de maigreur manifeste, avec saillie des pommettes et des côtes, pâleur des téguments émaciés; sur la peau du thorax et de l'abdomen ainsi qu'au niveau des plis inguinaux et sur le haut des cuisses on note une éruption de petites vésicules qui sont actuellement en train de dessécher. Cette éruption qui est apparue, paraît-il, il y a environ vingt jours, s'est accompagnée de prurit.

La région épigastrique présente une légère voussure ainsi que la partie supérieure droite de la région sus-ombilicale; cette voussure occupe une zone comprise entre la ligne xypho-ombilicale et le bord libre des fausses côtes droites.

On ne constate pas d'ondulations péristaltiques ni de contractions. La percussion même ne les provoque pas; il n'y a pas d'œdème, il n'y a pas de circulation veineuse collatérale.

La palpation perçoit dans cette zone voussurée au voisinage de l'ombilic, un peu à droite et au-dessus, une tumenr dure, résistante; la paroi musculaire se contracte et rend difficile l'exploration. On détermine facilement au-dessus de l'ombilic, et cela le malade étant à jeun (il est examiné à cinq heures du soir et il n'a rien mangé depuis le matin neuf heures), du clapotage gastrique que l'on retrouve aisément par la succussion.

L'estomac est sans aucun doute distendu; la percussion permet de délimiter son bord inférieur à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Enfin on lui retire par le cathétérisme 150 à 200 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre contenant des particules alimentaires en suspension, liquide qui bleuit le papier rouge du Congo; le foie paraît normal; la rate ne semble pas augmentée de volume; le malade présente plutôt de la constipation, ou plus exactement des selles rares, mais liquides. Les urines sont peu abondantes, elles n'atteignent jamais plus d'un litre, nous dit-il; mais il boit très peu. A son entrée elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. La température est plutôt basse, 36°4 à son entrée; le pouls est faible, ralenti; il bat à 56 pulsations par minute. Le malade a maigri considérablement. Au mois de janvier il pesait 62 kilogrammes. A son entrée il pèse 50k400; il aurait donc perdu près de 12 kilogrammes en trois mois.

L'exploration des ganglions montre à gauche dans le creux sus-claviculaire un ganglion gros et dur qui roule sous le doigt; il n'y a pas de ganglions axillaires; quelques ganglions inguinaux existent des deux côtés.

d. Diagnostic. — Le diagnostic d'une sténose pylorique s'imposait. On pouvait en effet facilement éliminer la simple distension gastrique par atonie de l'estomac; il ne pouvait non plus s'agir d'une distension par ptose et coudure, l'estomac ne semblant pas abaissé.

Plusieurs symptômes faisaient penser à une tumeur néoplasique siégeant au pylore : la douleur relativement sourde, l'amaigrissement considérable du malade, l'adénopathie sus-claviculaire, la sensation même d'une tumeur rénitente située à droite de l'ombilic. Il est vrai qu'il n'y avait jamais eu ni hématémèses, ni melœna constatés, que la date de début était déjà lointaine et que le chimisme gastrique montrait la présence d'Hcl par le papier rouge du Congo. On pourrait donc à la rigueur songer chez ce malade à une simple lésion inflammatoire, à une périgastrite, et dans le doute, il fut décidé de chercher de l'améliorer par un traitement purement médical.

e. Traitement médical d'attente. Ses résultats. — Dans ce but on le soumit à la cure de repos stomacal absolu pendant quelques jours. Il ne prit que des lavements alimentaires et des lavements aqueux désaltérants du 17 au 22 mai. Le premier résultat fut d'amener la cessation presque immédiate des douleurs gastriques et des vomissements.

Et comme d'autre part un cathétérisme après repas d'épreuve avait été pratiqué le 18 au matin et avait permis de noter de l'hyperacidité gastrique manifeste sur laquelle nous nous expliquerons plus loin, on lui administra par la voie buccale quelques paquets de poudre de saturation.

La température oscilla entre 36 degrés et 36°5; le pouls restait faible et ralenti, les urines tombèrent de 750 à 500 centimètres cubes. Le 22 on essaya de nouveau de l'alimentation par voie buccale; on lui fit prendre par gorgée un demi-litre de lait, tout en continuant les lavements alimentaires; puis progressivement de jour en jour on lui fit prendre jusqu'au 27 un litre et demi de lait; alors on supprima un, puis deux des lavements ordonnés, on lui fit prendre des potages au lait. Le poids restait stationnaire, la quantité d'urine augmentait de 500 centimètres cubes à un litre; les vomissements n'avaient point reparu, les douleurs étaient amoindries; le malade se sentait en confiance. Le 4 juin on lui faisait prendre des œufs avec son potage et nous eussions voulu nous être trompés dans notre diagnostic de cancer et avoir eu raison de le soumettre à ce traitement d'une épreuve d'une sténose purement inflammatoire, quand nous nous aperçûmes que le malade continuait à maigrir. De 50 kg. 400, il était passé le 2 juin à 49 kg. 400; puis le 9 juin à 48 kg. 200, alors que l'alimentation était devenue plus considérable et qu'il prenait deux potages au lait, trois œufs et un litre et demi de lait dans les vingt-quatre heures et que les vomissement avaient cessé.

Il fallait s'incliner devant l'idée première d'un diagnostic de néoplasme pylorique et songer à intervenir chirurgicalement pendant qu'on pouvait encore lui rendre service.

L'un de nous avait pratiqué un examen du suc gastrique après repas d'épreuve qui nous avait cependant intrigué par ce qu'il ne cadrait pas de prime abord avec l'idée d'un néoplasme.

En effet nous avions trouvé par le procédé de Topfer modifié par MM. Albert Robin et Bournigault :

Acide chlorhydrique libre H = 0g20.
Acide chlorhydrique combiné C = 0g85.
Acide de fermentation F = 1g10.
Acidité totale A = 2g15 exprimé en acide chlorhydrique.
Digestion des albuminoïdes incomplète.
Digestion des féculents insuffisante.

Enfin le dosage de la pepsine par les tubes de Mette nous donnait une diminution du pouvoir peptique, tandis que le ferment lab paraissait coaguler le lait dans des conditions normales.

La quantité de suc évacué était de 230 centimètres cubes, quantité considérable eu égard au repas d'épreuve; d'autre part on notait des mucosités, des glaires à la surface du liquide et des petites stries noirâtres que la réaction de Weber nous montra être du sang. Signalons à ce propos que cette même réaction de Weber était positive dans les garde-robes qui se montraient diarrhéiques, acides au papier de tournesol et à la phénolphtaléine sans caractéristique clinique bien particulière.

Cette chlorhydrie était en somme relativement notable par un cancer de l'estomac, si l'on n'avait tenu compte qu'il s'agissait d'un liquide résiduel, et que nous n'avions pas l'acide chlorhydrique sécrété dans le moment du repas d'épreuve mais l'acide chlorhydrique sécrété depuis un temps plus ou moins long et combiné aux substances albuminoïdes, l'acide chlorhydrique pur était en réalité diminué comme c'est la règle dans le cancer puisque l'épreuve chimique n'accusait que 0gr20. Le chimisme gastrique n'était donc qu'en apparence contradictoire. Il fallait se rendre à l'évidence, nous avions bien affaire à un néoplasme gastrique. L'examen radioscopique fait par le docteur Lacaille confirmait encore ce diagnostic.

Pour les raisons exposées plus haut une intervention chirurgicale fut décidée, qui par le procédé de gastro-entérostomie en créant une nouvelle bouche permanente remédierait à la sténose pylorique, et qui par une gastrotomie concomitante permettrait de tenter les applications du radium directement sur le néoplasme.

f. Traitement chirurgical. — Anesthésie chloroformique avec l'appareil de Ricard.

Incision médiane xypho-ombilicale.

Il existe des adhérences entre la face antérieure de l'estomac et la paroi à gauche de la ligne médiane dans la région pylorique. Le pylore est le siège d'une tumeur assez volumineuse et d'une dureté ligneuse.

L'estomac est dilaté, mais pas excessivement.

Il y a quelqes ganglions le long de la grande courbure.

L'opération devant être longue et vu la cachexie du malade

l'exploration n'est pas poussée plus loin et l'on pratique une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique suivant le procédé de Ricard. L'opération est rendue assez malaisée par les adhérences gastro-pariétales qui empêchent d'extérioriser l'estomac.

L'anastomose gastro-jéjunale terminée, on saisit avec deux pinces de Kocher placées l'une au-dessus de l'autre la paroi antérieure de l'estomac de manière à former un pli vertical situé à environ 5 centimètres de la limite appréciable de la tumeur pylorique. Des points en U non perforants fixent ce pli de la paroi stomacale au péritoine pariétal et aux muscles de l'abdomen.

Puis l'incision pariétale est rétrécie en haut et en bas par des fils de bronze prenant toute l'épaisseur de la paroi. L'estomac est enfin incisé assez largement pour pouvoir introduire dans l'ouverture un gros drain. L'estomac étant ouvert un doigt est introduit dans sa cavité et précise la situation de la tumeur qui occupe surtout la paroi antérieure du pylore. La muqueuse gastrique est ourlée à la peau par des points de catgut. Un drain de un centimètre et demi de diamètre à parois rigides est introduit dans l'estomac et fixé à la peau par un crin : sa lumière avait été obturée avant de le placer par une mèche de gaze fortement tassée. Durée de l'intervention 1 h. 5.

Suites opératoires normales. Très légère élévation de température. Le malade n'est nullement choqué.

Cette intervention a donc combiné deux opérations : l'une, la gastro-entérostomie, a été faite contre la sténose pylorique constante, dans l'espoir de permettre au malade de s'alimenter. C'est l'intervention classique et le but constant que l'on se propose quand on opère un cancer du pylore non justiciable d'exérèse.

La seconde opération, l'établissement d'une large fistule gastrique le plus près possible de la tumeur, a été pratiquée pour permettre l'introduction facile du radium dans l'estomac au contact du néoplasme.

Nous pouvons ajouter d'ailleurs que la gastro-entérostomie, n'y eût-il pas eu de sténose pylorique, aurait dû être faite quand même; et ce pour la raison que nous allons énoncer.

On sait qu'une bouche gastrique, pour être continente, doit être établie loin du pylore, sur la partie la plus élevée possible de l'estomac; elle doit être en même temps très petite; or, ici pour agir facilement sur la tumeur, nous étions obligés de faire une fistule relativement très large et de la placer assez près du pylore. Nous aurions eu très certainement au bout de peu de jours une issue constante du liquide gastrique au dehors, d'où augmentation de la dénutrition et irritation de la peau.

Or, la bouche anastomotique gastro-intestinale établie au point déclive a permis aux aliments liquides ingérés de passer rapidement dans l'intestin; on peut dire en somme que des deux bouches, cutanée et intestinale, la première a été plus continente que la deuxième.

On pourrait se demander pourquoi nous n'avons pas fait une exclusion du pylore, ce qui aurait permis d'agir par le radium sur un segment complètement distrait de la continuité du tube digestif : à cela nous répondrons que l'état de faiblesse du malade ne nous permettait pas de tenter une intervention beaucoup plus choquante et plus longue que celle que nous avons pratiquée.

g. Technique de l'application du radium. — La grande compétence que MM. Wickham et Degrais ont acquise pendant les cinq années d'études au cours desquelles ils se sont attachés à poursuivre l'action du radium sur les cancers leur a appris à reconnaître l'utilité qu'il y a à irradier un néoplasme à ses différents étages, c'est-à-dire à utiliser les rayons de différentes pénétrations.

C'est à eux que nous nous sommes adressés pour traiter ce malade et voici la technique employée. Par la bouche gastrique pratiquée, ils ont introduit une sonde en caoutchouc dans l'intérieur de laquelle était un tube de verre contenant un centigramme de sulfate de radium pur, entouré d'un tube de 1/10 de millimètre de plomb. La sonde de caoutchouc présentait une certaine rigidité du fait d'un mandrin en gros fil d'argent servant d'ailleurs d'attache au tube radifère. La sonde ayant été courbée dès son introduction dans la bouche stomacale on lui fait décrire un demi-tour de spire de façon à placer son extrémité dans la région du pylore et, directement appliquée ainsi sur la tumeur, elle est laissée en place pendant le temps indiqué plus loin.

Durant ces applications espacées faites à l'intérieur de l'estomac, un appareil contenant 12 centigrammes de sulfate de radium, d'activité 1 000 000, ayant une surface de 12 centimètres carrés, enveloppé de 3 millimètres de plomb, était appliqué extérieurement pendant quarante-huit heures consécutives sur la tumeur facilement perceptible par la palpation. On utilisait ainsi des rayons de grande pénétration ayant besoin d'agir à travers toute l'épaisseur de la paroi, et on avait ainsi recours à l'action renforcée de la méthode du feu croisé, la tumeur étant, à espaces réguliers, irradiée de deux côtés à la fois.

Désirant, dans la suite, agir sur des plans plus profonds de la tumeur, on fit de nouvelles applications à l'intérieur de l'estomac par la bouche gastrique; un tube de verre contenant 5 centigrammes de sulfate de radium pur, enveloppé d'un tube d'argent de 5/10 de millimètres fut utilisé. L'écran étant plus épais il était utile d'avoir une quantité de radium plus grande pour avoir un rayonnement plus intense.

Simultanément à l'extérieur était placé l'appareil décrit plus haut laissé pendant vingt-quatre heures consécutives. On trouvera plus loin, au cours de l'observation, le détail de ces applications de radium.

h. Evolution. — Depuis le 17 juin, date de l'intervention chirurgicale jusqu'au 8 septembre où on referma la bouche gastrique, soit pendant environ quatre-vingts jours, on put observer chez ce malade diverses modifications dans l'état fonctionnel de son estomac, comme diverses modifications dans son état général; enfin nous aurons à envisager l'état de la plaie opératoire.

Au point de vue de celle-ci nous dirons de suite que les résultats furent très bons. A peine dans les dernières semaines (c'était au mois d'août, en service de vacances) put-on observer autour de la plaie opératoire une légère irritation de la peau sous l'influence du suc gastrique; la bouche gastrique s'était à peine élargie et un peu de suintement se faisait dans l'intervalle des séances d'application du radium entre le drain et l'orifice qui lui livrait passage. Mais cela se passait au troisième mois de cette bouche gastrique, et dans les deux premiers mois, la bouche très continente, grâce au drain obturateur, ne laissant filtrer aucun liquide gastrique en dehors des périodes de pansement, les alentours de la plaie pansés par une poudre de saturation dont la formule est la suivante :

Bicarbonate de soude............ }
Craie préparée.................... } *ââ*
Magnésie calcinée................ }
Sous-nitrate de bismuth.......... }

ne présentaient qu'une très légère irritation.

Au point de vue de l'état général, nous avons à considérer la température, les urines, le pouls, l'amaigrissement du sujet et son état moral dépendant des troubles qu'il présentait.

Au point de vue de la température nous constatons qu'elle s'est relevée immédiatement après l'intervention. Plutôt hypothermique avant celle-ci puisque le malade n'avait que 36 degrés à 36°5, il revient à la normale après une courte phase d'hy-

perthermie légère, 38 degrés, immédiatement consécutive à l'intervention. Nous notons aussi qu'après la deuxième séance de radium, qui fut une séance très prolongée, il y eut également une légère hyperthermie qui dura soixante-douze heures : 38 degrés, 37°7, 37°5. La pression artérielle mesurée au Potain et au Vaquez fut notée comme plus élevée : de 12 au Potain, elle atteignit 15 et même 17; et d'une façon générale on peut dire qu'elle fut plutôt améliorée.

Le pouls ralenti avant l'intervention, qui ne battait à son entrée à l'hôpital qu'à 56 par minute, battait à 70 environ. Les battements du pouls étaient donc plus fréquents, la pression plus élevée ainsi que la température.

L'état général marchait de pair ; bien que son poids ne fut guère modifié, en raison peut-être du régime sévère auquel il était soumis, les forces revenaient avec l'espoir de la guérison, bien que le malade, très impressionnable malgré la confiance qu'il avait en nous, sentant son cas grave du fait même des nombreux examens auxquels il était soumis, s'inquiétait de ne point voir se refermer sa plaie et de rester infirme.

Son poids, en effet, était de 48k200 avant l'intervention, il était de 47k500 le 26 juillet et il évolua autour de ce chiffre jusqu'à la deuxième intervention. Par contre les forces étaient revenues; cet homme, qui était un amaigri famélique autant qu'un amaigri cachectique, comme nous allons le voir maintenant, avait recouvré de l'appétence et avait vu avec plaisir disparaître ses douleurs et ses vomissements.

En effet, un des premiers résultats de l'intervention chirurgicale et qui n'a pas lieu de nous surprendre puisqu'il y avait eu gastro-entérostomie, ce fut lors de la reprise de l'alimentation de voir disparaître les vomissements, en même temps que les douleurs s'atténuaient considérablement. L'appétit revenait et si on l'eut laissé faire il eût volontiers mangé de tout, sauf toutefois de la viande pour laquelle il avait dans les premiers temps encore un certain dégoût.

La première application de radium fut faite le 8 juin, elle dura deux heures, de dix heures à midi; elle fut faite grâce à l'introduction d'un tube de radium par la bouche gastrique et porté jusque sur le néoplasme pylorique. Après cette application du radium il y eut une véritable hypersécrétion du liquide gastrique, et il s'échappa par le drain pendant le pansement un liquide peu acide, bleuissant à peine le papier rouge du Congo et légèrement sanguinolent; la tumeur avait donc un peu saigné; cette application fut faite par l'interne de M. Reclus, M. Séjournet, sous la direction de MM. Wickham et Degrais.

Le 30 juin, on renouvela l'application du radium dans les mêmes conditions, avec l'aide de M. Paillard, interne du service de M. Dieulafoy (deux applications internes de radium d'une heure et demie et de deux heures le matin et le soir); et en même temps par la méthode du feu croisé une application externe pendant vingt-quatre heures consécutives sur la tumeur sus-ombilicale.

Ce mode de traitement fut renouvelé le lendemain 1er juillet dans les mêmes conditions; la durée de l'application interne fut seulement un peu plus longue le matin et le soir, deux heures un quart et deux heures trois quarts (pour les doses, voir plus haut).

C'est à la suite de cette longue séance de radiumthérapie que l'on vit survenir une légère élévation de la température qui dura trois jours, cependant que l'ensemble des phénomènes généraux et locaux restait bon.

Ce ne fut que le 9 juillet qu'on renouvela une semblable application de radium intra et extra pendant vingt-quatre heures seulement au lieu de quarante-huit. Rien dans ce cas ne fut noté d'anormal.

Nouvelle séance le 19 juillet ; nouvelle séance le 27 et puis séance au mois d'août par M. Degrais dans le service de M. Ricard que M. Labey remplaçait à Saint-Antoine et où le malade avait été évacué.

L'appétit était revenu, les douleurs très améliorées, les vomissements disparus. L'analyse du suc gastrique recueilli par la bouche stomacale nous montra avec la présence de bile une modification de la chlorhydrie qui était légèrement augmentée à la date du 12 juillet et plus encore à la date du 21, cependant que l'acidité totale due aux acides de fermentation était au contraire amoindrie; tandis que les matières fécales par la réaction de Weber présentaient du sang dans les premières semaines de son séjour à l'hôpital, elles n'en présentèrent plus à partir du 21 juillet et dans ces derniers temps le 20 novembre; examinées de nouveau elles en étaient encore indemnes.

Donc diminution des douleurs, retour de l'appétit, modification de la chlorhydrie stomacale et disparition des hémorragies occultes, telles sont les modifications fonctionnelles que nous avons pu suivre chez notre malade à la suite de ce mode de traitement.

Au point de vue physique, la fonte pour ainsi dire de la tumeur pylorique fut des plus manifestes; l'exploration externe permit de s'en rendre compte au jour le jour, mais l'exploration interne lors de la deuxième intervention, quand l'estomac largement ouvert pour refermer la bouche gastrique on put introduire deux et même trois doigts dans sa cavité, permit de constater la diminution de la tumeur pylorique, toutefois encore facilement appréciable.

Ce fut le 8 septembre que cette deuxième intervention fut pratiquée.

La fermeture de la fistule gastrique fut faite le 8 septembre.

Anesthésie chloroformique avec le Ricard.

Fermeture en bourse de l'orifice interne.

Incision verticale passant par la cicatrice et circonscrivant la fistule.

On pénètre dans le péritoine de chaque côté de la zone d'adhérences périfistuleuses, et au moyen du fil en bourse on tire en dehors un cône comprenant la partie de la paroi adhérente à l'estomac. Résection en masse de tous les tissus entrant dans la constitution de la fistule (paroi abdominale et paroi gastrique). Il résulte de cette résection gastrique un large orifice par lequel l'intérieur de l'estomac est exploré avec un doigt muni d'un protecteur. Il semble que la tumeur intra-gastrique soit moins volumineuse que lors de la première opération. Quant aux adhérences pariétales de la tumeur elles ont évidemment beaucoup diminué.

La bouche gastrique est fermée par deux surjets, l'un total occlusif et hémostatique, le second séro-séreux d'enfouissement. Petit drain.

Fermeture de la paroi en deux plans : séro-musculaire et cutané.

Suites opératoires très simples, le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures et au bout de huit jours la réunion est parfaite, malgré la légère irritation de la peau qui existait au moment de l'opération.

Dans les premiers jours d'octobre le malade pouvait quitter l'hôpital. Pendant quelque temps, jusqu'au 6 novembre, hospitalisé à Levallois-Perret dans une maison de convalescence il acheva de se transformer. Il reprit en effet, avec de l'embonpoint, ses forces encore un peu défaillantes; il pesait 48 kilogrammes; lors de cette seconde opération il atteignait 60 kilogrammes et aujourd'hui son poids est de 63 kilogrammes. Sa mine est totalement changée, c'est un tout autre homme que nous avons sous les yeux, apte au travail et heureux de vivre.

III

Discussion. — Dans cette longue observation qui nous montre aux deux extrêmes un malade cachectique devenu sous l'influence d'un certain traitement

un homme bien portant, quasi-florissant, il y a lieu de tenir compte de plusieurs considérations que nous voudrions maintenant discuter.

Il y a tout d'abord le diagnostic de la tumeur pylorique que l'on pourrait à la rigueur incriminer. Bien qu'il nous manque un contrôle anatomique (les prélèvements faits au cours de l'opération paraissant insuffisants pour se prononcer) sans lequel nous ne pourrions avoir de véritable certitude, nous croyons pour les raisons données précédemment qu'il ne s'agit point d'une inflammation pylorique avec périgastrite, mais d'une néoplasie vraisemblablement épithéliomateuse; l'une des raisons les plus plausibles semble être dans la présence des hémorragies occultes à plusieurs reprises constatées; ainsi que dans les hémorragies constatées dans le suc gastrique.

Ce diagnostic étant admis, il y a lieu de tenir compte maintenant de deux ordres de phénomènes, amélioration de l'état local au point de vue physique et fonctionnel, et amélioration de l'état général.

Si dans les néoplasmes du pylore il est fréquent de voir, après la gastro-entérostomie la diminution et même la disparition des vomissements, le retour possible à une alimentation variée, et parallèlement la reprise de l'état général, et cela dans le laps de temps, c'est-à-dire six mois, pendant lequel nous avons suivi ce malade, il n'est peut-être pas de règle de constater une diminution aussi notable de la tumeur et l'amélioration aussi considérable des phénomènes fonctionnels que ceux que nous avons pu observer ici.

La diminution de la tumeur que ce soit le tissu néoplasique lui-même ou les éléments inflammatoires qui se soient modifiés, doit-elle être attribuée à l'action du radium? Nous croyons qu'il faut être très prudent dans l'évaluation de la part prise dans ce phénomène par cet agent thérapeutique. La gastro-entérostomie par la mise au repos du pylore, par la suppression du contact des aliments avec la tumeur, peut par elle seule, nous le savons, déterminer une diminution de volume de cette tumeur ou plutôt de l'élément inflammatoire qui s'y ajoute.

Les modifications de la chlorhydrie de la sécrétion gastrique, la disparition des douleurs des hémorragies sont-elles dues au bon fonctionnement de la bouche anastomotique? Ou doit-on penser que l'action du radium joue un rôle dans ces différents changements? Il est, nous le pensons, impossible de rien affirmer actuellement. Il serait téméraire de vouloir porter des conclusions sur un cas unique et de date trop récente, bien qu'il semble résulter des observations de MM. Wickham et Degrais que, dans certains cas de cancer du rectum ou de cancer utérin, on voie, avec la disparition des hémorragies abondantes et l'amélioration de l'état local, le relèvement très net de l'état général.

En tous cas, quoique l'on puisse penser de l'action du radium lui-même sur l'évolution de la tumeur, ce que l'on doit considérer dans le fait présent, c'est la possibilité d'une intervention chirurgicale préparatoire qui, avec le minimum de risques pour la vie du malade, peut-être même avec chance d'améliorer un état morbide à échéance fatale, permet d'utiliser une méthode thérapeutique dont les résultats semblent dans d'autres variétés de néoplasmes avoir donné des résultats satisfaisants.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE

On sait que l'insuffisance aortique donne lieu à un syndrome artériel « dont la constatation a autant d'importance que la présence du souffle diastolique » [Teissier et Brodier (1)]. Les principaux éléments de ce syndrome sont le pouls de Corrigan, la danse des artères, le double souffle crural de Duroziez, le pouls amygdalo-carotidien et le pouls capillaire. A tous ces signes, Delpeuch (2) ajoutait, en 1900, un symptôme déjà signalé par des médecins italiens et qui consiste en secousses rythmées de la tête, en oscillations régulières, antéro-postérieures, isochrones aux pulsations radiales; ayant lu dans une biographie d'Alfred de Musset que celui-ci « à chaque battement du pouls éprouvait un petit hochement de tête involontaire », et sachant que Musset était atteint d'une insuffisance aortique, Delpeuch donna à ce symptôme le nom de signe de Musset; malgré que le signe de Musset ne soit pas pathognomonique de l'insuffisance aortique, car il peut être observé aussi dans l'anévrisme de l'aorte, il présente un grand intérêt clinique, car il permet, au seul aspect du malade, de penser immédiatement à une lésion de l'aorte. Tout récemment, le syndrome artériel de l'insuffisance aortique vient encore de s'enrichir d'un nouveau signe; c'est l'hippus circulatoire décrit par Landolfi (3) et constitué par un mouvement rythmique de rétrécissement et de dilatation de la pupille, indépendant de la volonté du malade et de l'éclairage ambiant; à chaque systole ventriculaire, la pupille se rétrécit, tandis qu'elle se dilate à la diastole; ces mouvements s'expliquent par ce fait que, pendant la systole, l'énergique impulsion du sang détermine l'hyperémie de l'iris et par suite le myosis; le rapide retour du sang pendant la diastole provoque, avec l'anémie de l'iris, la mydriase. L'hippus circulatoire n'est pas un symptôme constant des insuffisances aortiques et ne s'observe que dans les cas de lésion pure, bien compensée, avec notable hypertrophie du ventricule gauche; on peut parfois rendre le phénomène plus évident, en faisant courir le malade, et surtout en lui administrant de la digitale.

Tous ces éléments du syndrome artériel conduisent, dans certains cas, au diagnostic d'insuffisance aortique, alors que l'examen du cœur ne donne pas les signes classiques de cette affection. Pour ce qui est, en particulier, du souffle diastolique au foyer aortique, on constate souvent des anomalies de timbre, de siège, de propagation. Au lieu d'être aspiratif, ce souffle prend quelquefois un caractère rude; il peut encore avoir une tonalité basse et un caractère vibrant ou une tonalité élevée et alors il est piaulant (4). Comme siège, le maximum se trouve rarement au foyer d'auscultation de l'aorte; il est plutôt au niveau de la région sternale moyenne et de là le souffle se propage quelquefois vers la pointe, mais surtout vers l'appendice xiphoïde. Souvent, le maximum du souffle

(1) Teissier et Brodier. Art. insuffisance aortique, *Manuel des mal. de l'ap. circul. et du sang.*

(2) Delpeuch. Le signe de Musset. Secousses rythmées de la tête chez les aortiques, *Presse méd.*, 16 mai 1900.

(3) Michel Landolfi. Un nouveau signe de l'insuffisance aortique : l'hippus circulatoire, *Sem. méd.*, 28 juillet 1909.

(4) Devic et Charvet. Des souffles diastoliques anormaux dans l'insuffisance aortique, *Arch. gén. de méd.*, 1904, t. I.

diastolique se trouve à la base de l'appendice xiphoïde (1); Bard signale les cas dans lesquels le souffle est faible, limité à un espace très restreint, vers le bas du sternum, en regard du quatrième espace intercostal, plus ou moins couvert ailleurs par un second bruit valvulaire éclatant. Quelquefois même il existe une insuffisance aortique sans souffle et ces faits ont été étudiés par le professeur Bard (2). Plusieurs auteurs avaient déjà noté cette absence du souffle et avaient proposé diverses explications de cette anomalie ; c'est ainsi que l'absence du souffle a été successivement attribuée à l'existence d'une insuffisance aortique soit très faible, soit très large, à l'abaissement de la tension artérielle par coexistence d'autres lésions valvulaires, à la localisation des lésions sur la valvule sigmoïde postérieure. M. Bard, sans rejeter complètement ces diverses théories, distingue plusieurs cas : on observe d'abord l'insuffisance aortique sans souffle au début et pendant une phase plus ou moins longue, à la période de formation des lésions; l'absence du souffle caractérise aussi certaines insuffisances aortiques qui coexistent avec des lésions orificielles multiples et, dans quelques circonstances, l'insuffisance aortique fonctionnelle d'origine rénale; le souffle peut enfin faire défaut lorsque la lésion aortique s'accompagne d'une arythmie tachycardique continue.

Le diagnostic d'une insuffisance aortique sans souffle est toujours délicat; cependant, il est possible par la constatation du syndrome artériel et aussi par la présence d'un signe physique plus constant que le souffle; c'est le choc en dôme, décrit par Bard en 1896 et par son élève Tanton (3). On recherche ce signe par la palpation faite avec la paume de la main dans la région de la pointe. « Le choc de la pointe est arrondi, étalé; la pointe se contracte énergiquement, semble s'ébranler et se soulever pour venir se placer en contact avec la paume ; le contact est plus large, étalé, mais bien circonscrit, donnant la sensation parfaitement localisable d'une boule ou d'un globe qui se durcit sous la main » (Bard). Le soulèvement du choc en dôme est limité à la région même de la pointe; il dépend de la dilatation et de l'hypertrophie du ventricule gauche. La recherche du choc en dôme doit donc être faite toutes les fois qu'avec le syndrome artériel manque le souffle de l'insuffisance aortique. Une difficulté particulière surgit dans les cas d'insuffisance aortique sans souffle avec arythmie tachycardique continue; car alors les signes périphériques font défaut, ainsi que souvent le choc en dôme, et il devient impossible de distinguer l'insuffisance aortique de certaines arythmies continues; cependant, d'après Bard, même dans ces cas, en faisant une palpation un peu prolongée dans le décubitus latéral gauche, on perçoit, de temps en temps, une contraction de type normal et, au moment de celle-ci, le choc en dôme qui serait donc le signe le plus constant de l'insuffisance aortique.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1910)

Radio-activité de quelques sources sauvages des Vosges. — M. André BROCHET.

Élection. — Sir Patrick MANSON est élu correspondant de l'Académie pour la section de médecine et de chirurgie.

(1) BRIDANT. *Du foyer de propagation xiphoïdien des souffles aortiques*, Th. de Paris, 1904.
(2) BARD. Les insuffisances aortiques sans souffle, *Sem. méd.*, 2 juin 1909.
(3) TANTON. *Du diagnostic des insuffisances aortiques sans souffle et des pseudo-insuffisances par le choc en dôme*, Th. de Lyon, 1898-1899, n° 67.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 FÉVRIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 19 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Launois et Nicloux ; — (3e série) : MM. Prenant, Gley et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Marion; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Brumpt, suppléant.

THÈSES

Mercredi 16 février, à une heure. — M. HUET. Une campagne contre la phthiriase dans les écoles publiques du Havre. (MM. Gariel, président; Gaucher, Marcel Labbé et Lœper.) — M. CHOPIN. Intra-dermo-réaction sporotrichosique. (MM. Gaucher, président; Gariel, Marcel Labbé et Lœper.) — M. FONTANIER. Thyroïdite aiguë grippale. (MM. Segond, président; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. ROUX. Une malformation scapulaire simulant la paralysie du muscle grand dentelé. (MM. Delbet, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 17 février, à une heure. — M. VINCENT. Des méningites chroniques syphilitiques. Les lésions des nerfs de la base du cerveau dans le tabes. (MM. Raymond, président; Chauffard, André Broca et Claude.) — M. BERGERON. Contribution à l'étude des rapports de l'épilepsie avec le traumatisme. (MM. Raymond, président; Chauffard, André Broca et Claude.) — M. BARBAUX. Etude médico-psychologique sur le suicide chez les enfants. (MM. Raymond, président; Chauffard, André Broca et Claude.) — M. CHAPERON. Traitement des épithéliomas cutanés par le grattage et la radiothérapie. (MM. Chauffard, président; Raymond, André Broca et Claude.) — M. PAYNEL. De la chute brusque de la température dans la fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon.) — M. MAINVIELLE. Troubles de la miction dans les fibromes de l'utérus. (MM. Pozzi, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Fernand Bezançon.) — M. BOUCHAUD. L'aliénation mentale dans l'armée. Contribution à l'étude de sa fréquence, de ses conséquences médico-légales et de sa prophylaxie. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Pozzi et Fernand Bezançon.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie exotique, clinique et thérapeutique, publié en 8 fascicules, sous la direction de Ch. GRALL, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales, et A. CLARAC, directeur de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales.

Vient de paraître le 1er fasc. : **Paludisme**, par Ch. GRALL et E. MARCHOUX, médecin principal des troupes coloniales. Gr. in-8 de 566 pages, avec 140 figures. — Prix : broché, 12 francs; cart., 18 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Massage plastique dans les dermatoses de la face. Ses indications. Ses résultats, par le docteur Raoul LEROY. In-8, 208 pages. — Paris, Boulangé.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1910.) BRUDZINSKI : De l'infection double par rougeole et scarlatine chez les enfants. — NOBÉCOURT et AMAR : Recherches sur l'emploi de la digitaline et de la théobromine chez l'enfant. — G. DÉTRÉ : Des avantages et des inconvénients du séjour à la campagne pendant les mois d'été pour les enfants de la classe ouvrière parisienne. — A. BRUCH : Diverses complications au cours d'une scarlatine maligne. — J. COMBY : Empoisonnement saturnin chez les enfants.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 1, 15 janv. 1910.) FOISY : L'occlusion aiguë du duodénum avec une observation personnelle. — GABRIAULT : Luxation sous-astragalienne du pied en dedans. — LANGEVIN : Des hémorragies occultes du tube digestif. — CALVÉ : Traitement du mal de Pott.

Bulletin de laryngologie, oto et rhinologie. — (N° 1, 1er janv. 1910.) J. BROECKAERT : Le récurrent est-il un nerf exclusivement moteur ? — H. DE STELLA : Méningite séreuse et surdité. — METZIANU : L'opération du sinusite maxillaire par anesthésie locale à la cocaïne. — RAZEMON : Corps étrangers des sinus, du maxillaire en particulier. — G. BERRUYER : Extraction des corps étrangers de l'oreille, du nez et du pharynx chez les enfants.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 1, 1er janv. 1910.) O. ROTH : Sur la question de l'agglutination des bacilles typhiques par le sérum des tuberculeux.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 30 déc. 1909.) MANASSE : Le traitement des blessures de l'oreille. — BRUGSCH : Le diagnostic fonctionnel de l'intestin. — STRAUCH : Sur l'épreuve des noyaux de A. Schmidt. — HERZOG : Tumeur extra-médullaire de la colonne vertébrale. — HALBEY : Contribution à l'étude des blessures du cœur. — BRAUN : La stérilisation de la novocaïne-suprarénine. — H. SCHMIDT : Deux cas de nævus vasculaire guéris par les rayons Röntgen. — FEILCHENFELD : Sur le jugement des insuccès de la méthode de Crédé chez les nouveau-nés. — TUGENDREICH : Sur la question de la fièvre du babeurre. — GUTH : Sur une modification de la réaction de Wassermann donnée par Tchernogoubow. — PFAUNDLER : Sur la question des compléments du lait. — STŒWESANDT : Présentation de cylindres urinaires au moyen de la méthode de l'encre de Chine.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 2, 9 janv. 1910.) Ch. LAFON : Conjonctivite aiguë bilatérale simulée. — (N° 3, 16 janv.) DUVERGY : Gangrène gazeuse à streptocoques. — (N° 4, 23 janv.) CASSAËT : Introduction à la pathologie générale (leçon d'ouverture). — A. FERRIER et Th. TURON : De la « tuberculose ». Quelques réflexions au sujet d'essais de traitement par l'injection au malade de son propre sérum.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 1, 2 janv. 1910.) AUBARET : Du moulage des voies lacrymales. — (N° 2, 9 janv.) Ed. CROUZEL : Traitement précoce des plaies pénétrantes septiques ou simplement suspectes par des injections d'éther iodo-iodoformées. — AUBARET : Distension exagérée des voies lacrymales. — (N° 3, 16 janv.) PITRES : La sociologie criminelle. — (N° 4, 23 janv.) R. SAINT-PHILIPPE : De la situation faite aux enfants du premier âge dans les hôpitaux et hospices et de la nécessité d'y remédier. — F. CARLES et R. DUPÉRIÉ : Lymphocytose et liquide céphalo-rachidien limpide dans un cas de méningite aiguë à méningocoques. Polynucléose dans un cas de méningite tuberculeuse à forme cérébro-spinale.

Marseille médical. — (N° 2, 15 janv. 1910.) ROUSLACROIX et WYSE-LAUZUN : Un cas de sporotrichose. — ODDO et GACHET : Albumino-réaction (réaction de Roger). — IMBERT et DUGAS : Volumineuse tumeur de l'estomac. — PONS : Myxome de la région thoracique.

Medizinische Blætter. — (N° 1, 1er janv. 1910.) ZAHRADNICKY : Le traitement de l'appendicite.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 52, 28 déc. 1909.) PANKOW : Les causes des hémorragies utérines. — SITTLER : Une hypothèse pour expliquer l'exanthème de la rougeole. — ZINSSER : Action irritante du lierre pour la peau. — DENGG : Contribution casuistique à l'action de la suprarénine. — SICHERER : Contribution à l'hérédité du strabisme. — HEINZMANN : Contribution à l'étude des tumeurs sacrées. — DRESDNER : Sur le traitement par l'IK de Spengler. — WEISSBART : Spéculum à poignée pour curettages. — (N° 1, 4 janv. 1910.) OPITZ : Sur la compréhension et le traitement des hémorragies utérines et des catarrhes du col. — FALK et STICKER : Sur le carbenzyme. — VERTH : Le carbenzyme dans les affections tuberculeuses. — BLAUEL : Sur l'étiologie du goitre. — PIEPER : L'épreuve de l'acide acétique pour la différenciation des exsudats et des transsudats. — KOTTMANN et LIDSKY : Contribution à l'hémophilie et considération spéciale de la coagulation du sang sur des courbes de coagulation. — VOGT : Sur l'autolysine du sang dans la tuberculose grave. — HANCK : Réaction syphilitique de Wassermann dans le lupus érythémateux aigu. — BERGRATH : Sur le traitement du pemphigus par la quinine. — HARNAK et HILDEBRANDT : Sur les préparations infidèles modernes d'apomorphine. — HERSCHBERG : Le procédé d'extension des fractures de Codivilla. — PALM : Expériences sur l'euménol. — SURY : Avortement provoqué par l'asarum europeum. — PHILIPP : Appareil d'Arzberg chauffé électriquement dans la prostatite blennorragique.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 52, 26 déc. 1909.) KUTHY : Progrès du diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — IMREDY : Paralysie ascendante aiguë après le traitement antirabique. — (N° 2, 2 janv. 1910.) IMREDY : Paralysie ascendante aiguë après le traitement antirabique. — KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire.

Presse médicale. — (N° 104, 29 déc. 1909.) C. DEVAL : Séro-réaction de la syphilis. Méthode de Wassermann modifiée par Noguchi. — P. MOURE et DESBOUIS : Sigmoïdite suraiguë perforante. — F. JAYLE et H. DAUSSET : L'aérothermothérapie dans le traitement de la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire.

Tribune médicale. — (N° 51, 18 déc. 1909.) L. RIVET, C. BRICOUT et André WEILL : Deux cas de tétanos traités par la sérothérapie, le chloral et les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie et terminés par guérison.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 52, 30 déc. 1909.) GOLDZICHER : Sur la guérison du processus trachomateux par inoculation d'exsudat gonococcique. — EWALD : Expériences et vues sur la suture des plaies du cœur. — HAUSSMANN : Sur l'action toxique de l'hémato-porphyrine sur les animaux à sang chaud. — STEIN : Suduration plastique du pénis et maladie de Dupuytren. — HUNDÖGGER : Rapport sur le traitement des cholériques par le sérum de Kraus en juin et juillet 1909. — HEIBERG : Deux cas différents de défaut de ferment pancréatique dans les fèces.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 17. — JEUDI 10 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 10 FÉVRIER 1910. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hirtz, Souques, Triboulet, de Beurmann, Vaquez, Hutinel, Thibierge, Pierre Marie, Siredey et Balzer.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 7 février 1910. — MM. Ducamp, 9; Monod (André), 7; Prigent, 9; Bloch (André), 11; Alexandre, 6; Thouvenin, 7; Camboulives et Delivet, 9; Madier, 11; Bailleul, 7; Tissier, 9.

Anatomie. — Séance du 7 février. — MM. Baumgartner, 12; Buc, 8; Villette, 14; Sourdille, 8; Vaudescal, 10; Chichmanian, 8; Teisset, 3; Bougot, 14.

Prochaine séance jeudi 10 février, à cinq heures un quart, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — REIMS. — Un concours pour une place de médecin suppléant à l'hôpital civil de Reims s'ouvrira le 14 avril 1910.

S'inscrire avant le 7 avril 1910, au secrétariat des hospices.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Morel, agrégé, est nommé professeur de chimie organique et toxicologie.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — PRIX DÉCERNÉS. — Le PRIX KUHLMANN (de 1000 francs) est accordé à M. le professeur Curtis, pour ses recherches relatives au « parasitisme dans les néoplasmes » et ses études de technique histologique.

Le PRIX PINGRENON (de 400 francs) est décerné à M. Rolants, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, pour sa collaboration à l'étude entreprise par M. le professeur Calmette : « Du problème de l'épuration biologique des eaux d'égout. »

Une mention très honorable, avec une somme de 150 francs, est attribuée à M. le docteur Paucot, chef de clinique d'accouchements à la Faculté, pour son mémoire : « L'alcoolisme, la morti-natalité et la mortalité infantile dans les grands centres industriels du Nord. »

Le PRIX DU DÉPARTEMENT (sciences, médaille d'or) est accordé à M. Gellé, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, pour ses recherches sur la « pathologie du pancréas ».

Une médaille d'argent est décernée à MM. Baroux (d'Armentières) et Sargant, pour leur mémoire intitulé : « De l'influence du sel sur la conformation du visage et sur le caractère chez le Flamand et chez le Picard. »

L'ORCHESTRE MÉDICAL, dont nous avons annoncé le projet de création dans un de nos précédents numéros, est définitivement organisé. Il compte 70 exécutants répartis entre les différents pupitres de la symphonie, jusques et y compris les timbales et la grosse caisse, tous médecins cela va sans dire, et il paraît disposé à répandre sur nos têtes professionnelles des flots d'harmonie.

Il est administré par un comité de direction composé de MM. Richelot, membre de l'Académie de médecine, président; R. Blondel et Lebreton, vice-présidents; Destouches et Duchesne, secrétaire général et secrétaire général adjoint; Kortz, trésorier; Daniel et Regnard, délégués. Il sera placé sous la baguette du très distingué chef d'orchestre de l'Opéra, M. H. Busser, qui, s'il n'est pas médecin lui-même, est très étroitement apparenté à plusieurs de nos confrères, les Sichel, le professeur Demons, et dont le fils se destine à la médecine; de telle sorte qu'il est permis de dire que tout, dans l'orchestre médical, se passera en famille.

Les répétitions vont commencer incessamment, et nous savons, par des indiscrétions qui nous sont parvenues, que la première manifestation publique de son existence et de sa vitalité, qui est déjà en préparation, fera sensation dans le monde médical.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 17 février, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Depuis le lundi 7 février la circulation est complètement reprise sur le réseau P.-L.-M.

Les services de voyageurs (trains de luxe, rapides, express, omnibus), ceux des marchandises de grande vitesse (messagerie, colis postaux), ceux des marchandises de petite vitesse sont entièrement rétablis.

Seuls quelques trains de la banlieue de Paris ne seront remis en marche que dans peu de jours afin de faciliter l'achèvement de travaux en cours.

LES SPASMES A FORME GRAVE DE L'ŒSOPHAGE

ÉTUDE ŒSOPHAGOSCOPIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur GUISEZ.

On est généralement habitué (et cette notion est jusqu'à présent classique) à considérer les *spasmes de l'œsophage* comme des affections bénignes à caractères variables sans grand retentissement sur l'état général; eh bien ! à côté de ces formes si communes chez les gens nerveux il convient de faire une place à part aux *spasmes à forme grave de l'œsophage* qui peuvent amener les malades à l'inanition complète et à la mort à bref délai.

L'état spasmodique, s'il se reproduit fréquemment et par des causes que nous étudierons plus loin, ne tarde point à devenir *permanent* amenant la *contracture spasmodique*, c'est-à-dire une *sténose véritablement permanente*.

Le spasme peut compliquer toutes les lésions de l'œsophage (plaies, cancer, présence de corps étranger) et il joue même dans ces cas un grand rôle dans les rétrécissements de l'œsophage, mais nous aurons en vue exclusivement dans cette étude : les *spasmes dits idiopathiques de l'œsophage*.

Ces spasmes se rencontrent exclusivement dans la portion supérieure ou cervicale et dans la région inférieure ou cardiaque de l'œsophage.

L'œsophagoscopie nous amène en effet à considérer l'œsophage non point, comme nous l'enseignent les descriptions classiques basées sur l'examen cadavérique et sur la méthode des coupes après congélation, comme un canal à parois accolées avec des portions plus ou moins rétrécies, mais comme une *cavité* sur la majeure partie de son étendue. Les deux parties initiale et terminale présentent seules et pendant quelques centimètres la conformation tubulaire. La partie inférieure de la région cervicale et la portion thoracique tout entière constituent une *véritable cavité* à renflement inférieur béante par le vide intra-thoracique et plus ou moins marquée suivant les sujets.

On le conçoit aussi et le spasme spontané ne pourrat-il exister dans cette dernière région. Au contraire les portions initiale et terminale ont leurs parois exactement accolées, sont riches en fibres circulaires, présentent donc toutes les conditions nécessaires à la production du spasme, analogues en cela à celle de tous les conduits (urètre, uretère, etc.).

Etant donnée cette disposition cavitaire, on s'explique aussi la facilité avec laquelle l'œsophage va se laisser distendre dans son tiers moyen, lorsqu'il y aura sténose et contracture du sphincter cardiaque, et l'on aura affaire à ces grandes dilatations du tiers moyen de l'œsophage, *dilatations dites idiopathiques*, qui peuvent atteindre comme contenance un litre et même plus, véritables estomacs supplémentaires, et l'étude des dilatations de l'œsophage est intimement liée à celle des contractures du cardia.

De même dans la région cervicale, s'il survient une contracture permanente, les aliments pourront distendre la portion tout inférieure du pharynx, ce que l'on dénomme l'*hypopharynx*, et les *diverticules par pulsion* (les plus fréquents de beaucoup), n'ont pas d'autre origine.

A. Nous avons eu l'occasion d'observer six cas de spasmes à forme grave de l'*extrémité supérieure* de l'œsophage.

Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un *spasme aigu* en pleine période de crises, empêchant depuis près de cinq jours toute espèce d'alimentation liquide ou solide et ayant amené le malade à l'inanition la plus complète.

Dans les autres, le *spasme était chronique* et plus ou moins ancien, s'accompagnant de dilatation sus-jacente de l'hypopharynx affectant souvent la forme de véritables *diverticules*.

Tous ces malades accusaient des *signes* à peu près analogues, une sensation de gêne de contraction au moment des repas. Au début, il s'agissait d'une véritable crampe du sphincter de la bouche œsophagienne pouvant empêcher, retarder, arrêter pendant un certain temps le passage des aliments. Cette gêne était pendant quelque temps plus marquée pour les liquides. A une phase plus avancée, ce sont les aliments solides et difficiles à mastiquer, qui passent le plus mal (viande, croûtes de pain). Enfin à la phase terminale, lorsqu'il y a contracture permanente, les malades ne peuvent plus s'alimenter que de liquides.

Les aliments sont brassés en quelque sorte dans la poche qui précède la région spasmodiée. Tout ce que le malade essaie d'avaler reste dans cette sorte de jabot qui peut faire saillie dans la partie latérale du cou où il séjourne pendant plus ou moins longtemps avant d'être avalé. Il n'y a pas de vomissements mais de véritables ruminations.

L'*examen œsophagoscopique* et surtout l'*hypopharyngoscopie*, pratiquée en attirant le larynx en avant à l'aide de la spatule en crochet, nous montrent qu'à l'*état normal* l'orifice supérieur de l'œsophage est exactement fermé; il est fermé par l'action d'un sphincter qui s'ouvre et se ferme au moment de la déglutition, sorte de véritable *bouche* qui va laisser passer le bol alimentaire, qui se referme ensuite et empêche que rien ne soit régurgité dans le pharynx au moment de la contraction du canal musculaire de l'œsophage. Ce sphincter va jouer le plus grand rôle dans la production des spasmes de la portion cervicale de l'œsophage et dans la pathogénie des diverticules.

Chez tous les malades que nous avons examinés, en effet, le spasme siégeait toujours dans cette région de la bouche de l'œsophage, c'est-à-dire à 15 à 16 centimètres des arcades dentaires ; dans un seul cas, il siégeait à 3 centimètres plus bas.

L'examen œsophagoscopique, fait avec tube court de 20 à 25 centimètres et de 13 centimètres de diamètre, est toujours délicat dans le cas de spasme avec diverticule : invariablement le tube s'engage dans le diverticule dont les parois se déplissent au fur et à mesure de l'introduction du tube, mais il est aisé de s'apercevoir que l'on s'est engagé dans un cul-de-sac sans issue. Il faut retirer le tube et rechercher, d'une façon méthodique vers la ligne médiane, l'ouverture de l'œsophage proprement dit. On arrive

bientôt en s'aidant de mouvements de déglutition ordonnés au malade, à apercevoir une sorte d'orifice exactement fermé, la plupart du temps punctiforme, entouré d'un sphincter plus ou moins saillant en bourrelet à l'intérieur même du tube. Parfois cet orifice peut s'ouvrir et se refermer instantanément dans certains mouvements de nausées et dans quelques cas nous n'avons pu réussir le cathétérisme qu'à la faveur de l'un de ces brusques relâchements du sphincter.

Le diagnostic œsophagoscopique de cette sténose est comme on le voit tout à fait facile. Nul autre ne donna cet aspect du sphincter sans aucune lésion apparente de la muqueuse avec contracture exactement serrée et ouverture intermittente au moment des efforts et des nausées. Et l'œsophagoscope permet seul de poser ce diagnostic exact. Chez l'un de nos malades la dysphagie absolue, jointe à l'âge (soixante-deux ans), à la cachexie, tout faisait croire à l'existence d'un cancer : il s'agissait en réalité de simple contracture, et le diagnostic a été établi uniquement sur les constatations œsophagoscopiques. Du reste nous devons dire que le plus souvent l'état général semble très peu influencé par le spasme de l'extrémité supérieure cervicale et le pronostic nous paraît en tous cas beaucoup moins grave que dans le cas de cardiospasme.

B. Nous avons soigné douze malades atteints de cardiospasme à forme grave avec sténose plus ou moins complète du cardia et rétro-dilatation plus ou moins considérable de l'œsophage (1). Chez tous la *dysphagie* présentait un caractère *variable* et *intermittent* pendant une plus ou moins longue période, plus accentuée pour les liquides que pour les solides, survenant brusquement à l'occasion des repas, au commencement le plus souvent, à la suite d'une contrariété ou d'une émotion vive empêchant ainsi toute espèce d'alimentation. Ensuite elle est devenue permanente, présentant tous les caractères d'une sténose organique et tout comme cette dernière plus marquée aux aliments solides qu'aux liquides.

Les malades se plaignaient uniquement de gêne à la base du cou occasionnée sans doute par le spasme cervical qui accompagne toujours le cardiospasme : ils sentent mal les troubles du cardia. On voit donc que le siège et surtout la nature de la sténose est très difficile à déterminer d'après les signes fonctionnels, seule une exploration directe va pouvoir nous fixer.

Le cathétérisme joint aux épreuves de la radioscopie nous permet bien de déterminer exactement le siège de la sténose, mais aucun de ces moyens ne nous donne sa *nature* exacte : l'œsophagoscope seul va pouvoir nous renseigner à coup sûr.

Le tube une fois introduit dans l'œsophage nous fait constater, occupant le tiers moyen et le tiers inférieur de ce conduit, l'existence d'une volumineuse poche de dilatation de capacité variable mais toujours considérable. Chez un de nos malades, elle atteignait un litre et demi. Dans cette poche séjournent des débris alimentaires, des liquides, des produits de fermentation. Les parois en sont rouges, macérées et enflammées.

(1) Depuis la remise de ce travail nous en avons observé trois autres.

L'aspect œsophagoscopique du cardia est caractéristique.

Vu dans l'endoscope le cardia ressemble, à l'*état normal*, à une sorte d'entonnoir à lèvres plissées mais mobiles avec les mouvements respiratoires; son orifice s'entrouve de temps à autre donnant issue à des mucosités issues de l'estomac.

A l'*état spasmodique*, cet aspect se modifie tout à fait et l'œsophagoscope nous a amené à considérer deux formes tout à fait différentes suivant le degré de la contracture.

Si le cas observé n'est pas trop ancien, s'il n'y a que du spasme simple, le cardia conserve sa forme en entonnoir, mais il est profondément plissé et ses lèvres en sont étroitement accolées (v. fig.), la lumière du conduit est complètement fermée et punctiforme. Cet orifice contrairement à ce que l'on observe à l'état normal ne laisse revenir aucune mucosité issue de l'estomac et se meut très peu avec les mouvements respiratoires. Si l'on essaie de le franchir, en appuyant avec le tube, on a la sensation d'une certaine résistance et le malade accuse de la douleur; il ne s'entrouve et ne se laisse franchir qu'après cocaïnisation prolongée lorsqu'il y a véritablement contracture permanente.



FIG. 1. — *Cardia normal* (aspect œsophagoscopique).



FIG. 2. — *Cardia à l'état de spasme* (aspect œsophagoscopique).

Lorsque le cas est plus ancien, l'aspect œsophagoscopique est tout différent ; on voit se dessiner au pourtour de l'orifice exactement fermé une *sorte de bourrelet* sous-muqueux, bourrelet musculaire contracturé qui fait saillie et est proéminent à l'intérieur du tube, l'orifice exactement fermé ne se laisse plus franchir, même après cocaïnisation prolongée.

Il y a donc, et ces vues sont basées sur nos examens œsophagoscopiques répétés, deux formes cliniques bien différentes : le *spasme simple* et la *contracture spasmodique*.

La première est transitoire, procédant par véritables crises, sans grand retentissement sur l'état général; dans la deuxième au contraire, il y a véritablement sténose, la dysphagie est devenue complète, aussi bien aux liquides qu'aux solides, l'œsophage, exactement fermé, offre au cathétérisme une résistance telle que la sténose paraît infranchissable.

Ce sont ces formes avec contracture qui en imposent par leur ensemble clinique pour un cancer de l'œsophage et il était réservé à l'œsophagoscopie de reconnaître ces *pseudo-cancers*. Six fois sur les douze malades que nous avons examinés, le diagnostic de cancer avait été posé par des médecins et chirurgiens après examen consciencieux; et dans ces six cas il nous a été permis de réformer totalement le diagnostic et d'instituer une thérapeutique tout à fait rationnelle.

Inversement nous avons eu à examiner d'autres cas où tout pouvait faire penser à du spasme ancien sans complication, cependant l'œsophagoscope nous a amené à découvrir un épithélioma. Un de ces malades était spasmodique depuis près de cinquante ans, une autre depuis plus de dix ans, il y avait au point de vue clinique tout lieu de penser à une simple aggravation du spasme, alors qu'en réalité il s'agissait d'un début d'épithélioma.

Au point de vue diagnostic différentiel endoscopique, il est impossible de confondre le spasme du cardia avec toutes les autres variétés de sténoses : l'absence d'altération de la muqueuse empêche de le confondre avec les tumeurs, cancer, cicatrices qui peuvent sténoser ce conduit. Les compressions externes refoulent l'une des parois de ce conduit qui se trouve repoussé et déplacé latéralement.

La thérapeutique que nous avons instituée chez tous nos malades, et qui les a tous amenés à la guérison ou à une grande amélioration, est tout entière inspirée de nos constatations œsophagoscopiques et des notions solides qu'un examen direct peut donner.

Chez les malades en état d'inanition et de crise, il est une *intervention d'urgence* que l'on peut être appelé à appliquer : il est toujours facile de passer une sonde à travers le cardia après cocaïnisation de la région malade et de pourvoir aussitôt à l'alimentation.

Contre le spasme proprement dit, un traitement nous a toujours réussi, c'est la *dilatation du sphincter cardiaque* : celle-ci n'est-elle point recommandée contre le spasme dans tous les sphincters. A l'aide de bougies de plus en plus grosses et après anesthésie locale, il est possible par des séances successives de poser des bougies jusqu'au n° 60 de la filière ordinaire (2 centimètres). Ce traitement, à condition de le prolonger pendant plusieurs semaines, a fait cesser complètement le spasme simple de l'extrémité inférieure et supérieure de l'œsophage et, en procédant ainsi par séances successives, supprime toutes menaces de récidives.

Dans le cas de diverticule ou de poche œsophagienne, il est indispensable de faire les premières dilatations sous endoscopie. Ensuite lorsque la stagnation des aliments a cessé, les culs-de-sac disparaissent, la bougie prend naturellement le bon chemin. Une évacuation soigneuse de la poche et des lavages alcalins, pour diminuer la fermentation et l'irritation de la muqueuse qui entretient et exagère le spasme, compléteront utilement le traitement. Le malade devra se soumettre à un régime approprié : pâtes, purées, peu de liquides pendant les repas, abstention de mets épicés, salés. Ultérieurement l'application locale antispasmodique de courant de haute fréquence sera un adjuvant utile pour éviter toute récidive.

Mais lorsqu'il y a contracture spasmodique, en particulier au niveau du cardia, il devient nécessaire d'instituer un traitement beaucoup plus énergique : la dilatation avec des bougies ne pouvant dépasser 2 centimètres (n° 60) est tout à fait insuffisante. Mickulicz n'avait-il pas entrepris la dilatation forcée rétrograde du cardia, l'estomac étant au préalable ouvert, et, dans plusieurs cas publiés par lui, le résultat avait été durable. Aussi a-t-on essayé la dilatation forcée du cardia par les voies naturelles, et certains auteurs (Strauss, Rosenheim) ont fait construire dans ce but des ballons en caoutchouc. Mais ceux-ci avaient tous le même inconvénient de se distendre au-dessus et au-dessous de la sténose sans la dilater.

A l'aide du *ballon de Gottstein*, au contraire, la dilatation est tout à fait efficace. Composé de trois couches, l'externe et l'interne en caoutchouc et la moyenne

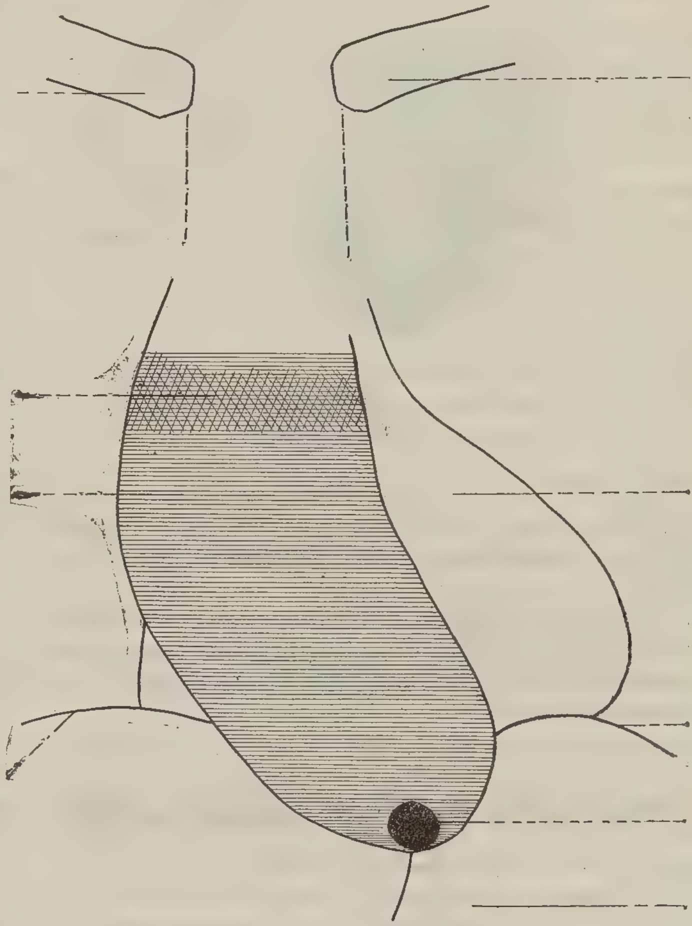


Fig. 3. — *Poche de dilatation œsophagienne avant tout traitement* (vue radioscopique).

en soie non extensible, il est introduit dégonflé à travers le cardia à la façon d'une sonde. On injecte à son intérieur 180 à 200 centimètres cubes d'eau, le ballon se dilate, s'étrangle à son milieu où se trouve le cardia et amène ce sphincter à 4 ou 5 centimètres de dilatation. Cette dilatation forcée est tout à fait inoffensive et le sujet renseigne très bien, il convient de cesser dès que la douleur est un peu vive.

Tous les malades à qui nous avons appliqué ce

traitement en ont considérablement bénéficié, la poche a diminué beaucoup de volume ou même a disparu complètement (voir figures 3 et 4, schémas radioscopiques), les regurgitations et vomissements ont été les premiers à disparaître, la déglu-

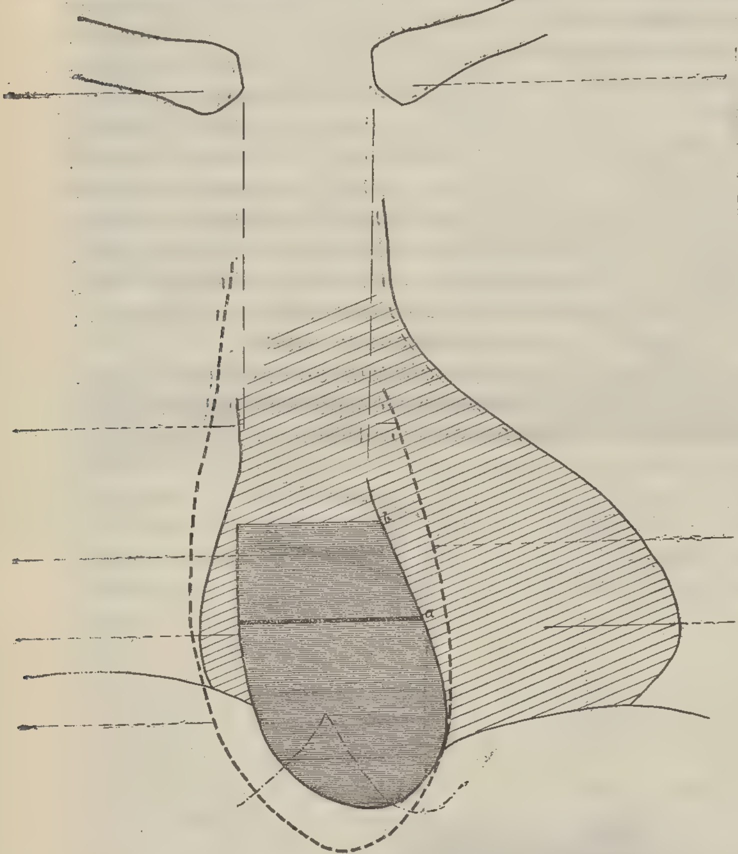


Fig. 4. — *La même après trois séances de dilatation avec le ballon de Gottstein.*

tition s'opère en un temps maintenant chez tous. Ils ont repris mine et embonpoint, l'un d'eux a gagné dix kilos depuis un an que le traitement a été institué (1).

L'œsophagoscope semble donc avoir contribué à mettre au point la question jusqu'ici obscure du diagnostic et de la thérapeutique des spasmes à forme grave de l'œsophage.

DEUX CAS DE MASSAGE DU CŒUR

Par MM. Paul SOURDAT,
Assistant de chirurgie à l'hôpital des Enfants-Malades,

Auguste PHÉLIP et Edmond LÉVY,
Internes des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer à quelques jours d'intervalle le massage du cœur pour syncope dans deux circonstances très différentes.

Observation I. — C'était au cours d'une thoracotomie du côté droit pratiquée, vers onze heures et demie du matin, chez un garçon de quatorze ans, qui, à la suite d'une contusion violente du thorax faisait des accidents menaçants d'emphysème généralisé progressif. A ce malade, « soufflé » de la face aux mollets et asphyxiant, on n'avait donné que quelques gouttes de chloroforme, très prudemment, et on cessa la chloroformisation au moment de l'ouverture du thorax. Cependant, comme on relevait le volet costal, la respiration, déjà très pénible, s'arrêta, ainsi que les battements du cœur.

On avait celui-ci « sous la main », aussi, tout de suite, moins d'une minute après le début de la syncope, on fit sur lui, à travers la face médiastinale droite du péricarde, quelques compressions rythmiques. Il se remit aussitôt à battre, les mouvements respiratoires se rétablirent, la teinte cyanique des téguments s'atténua et l'on put continuer tranquillement l'intervention, à la suite de laquelle l'enfant fut reporté dans son lit avec un facies normalement coloré. Il était complètement revenu à lui; dans l'après-midi, quoique un peu agité, il respirait assez bien, parlait, son pouls était bon. Pourtant il s'éteignit dans la nuit à une heure du matin.

Ainsi, dans ce cas, au cours d'une syncope bleue, le malade n'ayant respiré que quelques bouffées de chloroforme, et n'étant resté que quelques secondes en état de mort apparente, le massage du cœur, pratiqué à travers le péricarde directement accessible du fait de la thoracotomie, suffit à rétablir la circulation et la respiration. La mort survint treize heures après, le malade ayant dans l'intervalle complètement repris et gardé sa pleine connaissance.

Obs. II. — Notre second cas est totalement différent du précédent. La syncope survint, après dix minutes d'anesthésie au chloroforme chez une enfant de sept ans chez laquelle on avait pratiqué des manœuvres de redressement sur un foyer osseux suppuré du membre inférieur. Lorsqu'on interrompit l'anesthésie, les pupilles étaient dilatées, le facies pâle, livide, le thorax, après avoir esquissé encore quelques mouvements, s'arrêta; il était dix heures quarante-cinq. On pratiqua la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue. Les manœuvres parurent d'abord réussir : l'enfant fit à plusieurs reprises quelques inspirations, les pupilles se modifièrent momentanément; mais ce succès fut passager, et malgré la répétition ininterrompue des manœuvres respiratoires, un quart d'heure après le début de la syncope l'enfant était en état de mort apparente, le cœur ne battait plus, le pouls n'était pas perceptible, les pupilles restaient dilatées, la cornée ne réagissait plus, les extrémités se refroidissaient. La respiration artificielle fut continuée encore une demi-heure; on fit des injections de sérum chaud dans la saphène, de caféine et d'huile camphrée sous la peau, des inhalations d'oxygène, de l'électrisation du thorax, sans résultat.

Vers onze heures trente, trois quarts d'heure après le début des accidents, on se prépara à faire une laparotomie pour masser le cœur à travers le diaphragme. Les préparatifs (teinture d'iode sur la paroi, lavage des mains, abrégé d'ailleurs par l'emploi des gants de caoutchouc) prirent encore dix minutes. Par une incision sus-ombilicale permettant d'introduire trois doigts, on arriva sous la coupole diaphragmatique, et, malgré un peu de tension du diaphragme, on sentait facilement le cœur flasque, ne présentant pas le moindre frémissement. Il était alors onze heures quarante-cinq. Grâce à l'élasticité de la cage thoracique, la main gauche appuyant sur la région précordiale, on comprimait aisément le cœur entre les deux mains. Les compressions rythmées ne donnèrent pendant dix minutes aucun résultat; au bout d'un quart d'heure on sentit un léger frémissement de la pointe du cœur. Ce frémissement s'étendit à tout l'organe qui durcit et commença à battre. A ce moment on perçut dans la radiale une légère pulsation. Un arrêt de quelques secondes du massage fut suivi de l'arrêt immédiat des contractions cardiaques. On reprit le massage et les battements reparurent, de plus en plus forts; bientôt suivit l'apparition des pulsations

(1) Voir *Archives des maladies de l'appareil digestif*, juillet-août 1909. — Paris, O. Doin.

dans les carotides, les radiales. Le facies se recolora un peu, les pupilles ne réagissaient pas encore.

On fit à ce moment quelques mouvements de respiration artificielle sans interrompre les compressions du cœur; la respiration reprit presque aussitôt et se continua sans nouvelle interruption; on cessa alors le massage qui avait duré vingt minutes.

Suture de la plaie avec un drain; l'enfant fut reportée dans son lit, réchauffée; sérum, huile camphrée, etc... Dès ce moment, il n'y eut plus d'arrêt respiratoire et le cœur continua à battre régulièrement, mais l'enfant ne reprit pas connaissance; dans la soirée elle restait inerte, dans le coma; les membres étaient flasques, mais par instants les membres supérieurs se contracturaient en pronation; il y avait une raideur extrême de la nuque. Les pupilles étaient moyennement contractées, les sphincters relâchés. Pas de reflexes, pas de signe de Babinski. La respiration, superficielle, prenait parfois le rythme de Cheyne-Stokes. L'enfant ne répondait pas aux questions, avalait lorsqu'on lui versait du liquide dans la bouche. La température était de 38°3.

Le lendemain matin, l'état n'avait pas changé; température 39°4; pouls régulier à 132; respiration rapide 33 à 35, rythme de Cheyne-Stokes. Facies pâle, excavé. Même état comateux, raideur de la nuque moins accentuée. La température, de 39°1 le soir, remontait le surlendemain à 40°4, la dépression s'accentuait, et l'enfant mourait à une heure de l'après-midi, exactement quarante-huit heures après l'opération. Il y eut opposition à l'autopsie.

Nous insistons sur les caractéristiques de ce deuxième cas, beaucoup plus instructif que le précédent, et dont nous n'avons pas trouvé l'analogue dans la littérature médicale.

1° Massage du cœur chez une enfant de sept ans; l'élasticité du thorax facilita singulièrement les manœuvres : malgré la tension du diaphragme, on put facilement prendre le cœur entre les deux mains à travers la paroi sterno-costale.

2° Ce massage, commencé exactement une heure après l'arrêt de la respiration, trois quarts d'heure après qu'on eut constaté à l'auscultation l'arrêt du cœur, permit, alors qu'on considérait la mort comme définitive, de réanimer le cœur au bout d'un quart d'heure de massage.

3° La respiration, qu'on n'avait pu faire reparaître après une heure de respiration artificielle, reprit après quelques tractions des bras une fois la circulation rétablie.

4° Malgré le retour de la circulation et de la respiration, l'enfant ne reprit pas connaissance et resta pendant les quarante-huit heures de survie dans le coma, avec des phénomènes cérébro-bulbaires, contractures passagères, raideur de la nuque, respiration de Cheyne-Stokes, élévation de température, etc.

5° Il nous semble donc que, pratiqué de façon plus précoce, le massage eût permis un succès plus complet, les accidents terminaux paraissant bien dus à la longue durée de l'intoxication ou de l'anémie des centres nerveux, pendant l'heure qui précéda son exécution.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1910)

Un nouveau moyen de diagnostic de la tuberculose. — M. WIDAL fait un rapport sur un travail présenté par M. Marmoreck. Il s'agit du diagnostic de la tuberculose par la déviation du complément.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — L'Académie reprend la discussion sur ce sujet. M. BERTHERAND, médecin inspecteur de la marine, proteste contre l'opinion que la recherche du bacille d'Eberth dans l'eau potable serait inutile. Tout ce qui touche à la recherche du bacille semble à M. Bertherand du plus haut intérêt.

M. CHANTEMESSE rappelle les chiffres de la morbidité et de la mortalité de la fièvre typhoïde à Paris et à Berlin, cités par M. Vaillard. En sept ans, de 1901 à 1907 inclus, le chiffre global des fièvres typhoïdes *déclarées* à Paris a été de 15 376 avec 5 460 décès, soit un pourcentage énorme de mortalité. A peu près dans le même temps (1901 à 1906), Berlin aurait compté 4332 cas déclarés de fièvre typhoïde et d'embarras gastriques fébriles avec 664 décès, soit un pourcentage de mortalité supérieur à 15 p. 100.

La mortalité de la fièvre typhoïde est donc, d'une manière générale, beaucoup plus forte qu'on ne le dit couramment.

Dans ces dernières années, la mortalité typhique dans les hôpitaux de Paris dépassait 17 p. 100, cette mortalité peut s'abaisser au-dessous de 5 p. 100 par l'emploi de la sérothérapie antityphoïde.

M. Chantemesse a la conviction que dans un certain nombre d'années, lorsque la sérothérapie antityphoïde sera revenue de l'étranger, elle amènera chez nous les mêmes résultats satisfaisants qu'il a obtenus. Pendant huit ans il a traité plus de 1500 cas de fièvre typhoïde au bastion 29; la mortalité a été, chaque année, régulièrement de 4 à 5 p. 100. Aujourd'hui, grâce à M. le médecin inspecteur général Delorme, cette méthode est appliquée systématiquement à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, depuis trois ans, et au lieu d'une mortalité moyenne qui dépassait 10 p. 100 dans cet hôpital, elle a donné entre les mains de M. le médecin-major Sacquépée une mortalité semblable à celle du bastion : 4 à 5 p. 100.

MM. Landouzy et Netter ont parlé à plusieurs reprises du vaccin Wright. Pourquoi cette appellation? Est-ce Wright qui a appliqué pour la première fois le vaccin de la fièvre typhoïde à l'homme? Non, ce sont Pfeiffer et Kolle. Quel vaccin a employé Wright? Exactement celui dont M. Chantemesse s'était servi, en 1888, dans ses expériences sur les animaux. A quels résultats a abouti Wright? Précisément à ceux auxquels ils étaient arrivés dix ans auparavant.

M. Chantemesse demande à l'Académie d'appeler le vaccin typhique tout simplement : vaccin de bacilles typhiques chauffés.

Pour M. Netter, « la vaccination antityphique découle incontestablement de la vaccination anticholérique et de la vaccination antipesteuse, dont l'efficacité a été démontrée par Hafkine ». M. Chantemesse, avec M. Widal, en 1888 d'abord et ensuite en 1892, bien longtemps avant que M. Hafkine ait utilisé contre le choléra ou la peste les cultures chauffées, avait montré la possibilité de donner aux animaux une véritable infection typhique, analogue à la fièvre typhoïde humaine, et de les vacciner préventivement par l'injection de cultures typhiques mortes.

MM. Roux et Chamberland, en 1887, appréciant une communication orale de MM. Chantemesse et Widal, sur ce sujet, concluaient que, quand on saura isoler et préparer en grande masse le produit actif de ces cultures, on aura une substance qui devra être essayée sur les malades atteints de fièvre typhoïde, et dont on pourra attendre beaucoup de bons résultats.

Le jugement exprimé par MM. Roux et Chamberland, il y a vingt-trois ans, sur les résultats thérapeutiques futurs de ces

expériences n'a pas à être renié aujourd'hui. On sait quelle place prennent de plus en plus, dans la thérapeutique des maladies infectieuses chroniques, les injections très minimes et successives de virus stérilisés par la chaleur.

M. Netter, ajoute M. Chantemesse, demande qu'on ne nomme pas de commission pour étudier ce problème passionnant, parce que, dit-il, cela ferait perdre du temps, sans utilité. Ceux qui ont pratiqué personnellement des vaccinations antityphiques, chez des animaux et chez l'homme, depuis de longues années, ne peuvent souscrire à son opinion. M. Chantemesse estime qu'il faut une enquête approfondie, qu'il faut se mettre en communication avec tous ceux qui ont pratiqué des vaccinations antityphiques, que la commission devra s'éclairer sur la meilleure technique.

M. Chantemesse sait, d'autre part, que les hommes qui ont le souci de la protection de l'armée contre la fièvre typhoïde attendent les décisions de l'Académie.

C'est pourquoi, contrairement à l'opinion formulée ici par M. Netter, M. Chantemesse renouvelle son vœu pour la nomination d'une commission chargée d'étudier les conditions théoriques et pratiques de la vaccination préventive contre la fièvre typhoïde.

M. Kelsch rappelle que, dans cette discussion, on a invoqué trois étiologies pour la fièvre typhoïde : l'eau adultérée, la contagion, l'autogenèse. Les deux premières sont appuyées sur un grand nombre de faits. En revanche, on a fait le silence autour de l'autogenèse, traitée en quantité négligeable.

Il y a plusieurs années, lorsqu'on accusait les casernes de semer la tuberculose, M. Kelsch a combattu cette opinion. Il a signalé que les injections aux cobayes de poussières prélevées dans les casernes demeuraient stériles, malgré la susceptibilité de ces animaux à l'égard de la tuberculose. Il concluait à l'autogenèse de la tuberculose chez les soldats, par retour à l'activité de foyers anciens sous l'action, notamment, du surmenage, qui devient fatalement de plus en plus fréquent, au fur et à mesure que l'on diminue la durée du service.

A cette époque, M. Kelsch ne fut pas suivi; mais, ultérieurement, Grancher reconnut le bien-fondé de cette étiologie, et c'est en se basant sur elle qu'il a réalisé le dépistage de la tuberculose à l'école.

Ce qui s'est passé pour la tuberculose se passera aussi pour la typhoïde. Un jour viendra où l'autogenèse prendra la place qui lui est due, et cela parce que la vérité finit toujours par s'imposer.

M. Landouzy fait observer qu'en parlant du vaccin de Wright, il n'a voulu parler que des expériences très nombreuses qu'il a faites sur l'homme. Mais il n'a pas, pour cela, voulu dire que c'était Wright l'inventeur du vaccin.

M. Landouzy prend ensuite la parole pour rentrer dans la discussion générale pendante. Il pense qu'actuellement il importe plus que jamais d'instruire tout le monde des précautions à prendre contre la fièvre typhoïde. La responsabilité de l'Académie devient plus forte et plus importante après ces inondations. La question des vaccinations antityphoïdiques, doit être promptement étudiée. Nous devons renseigner les pouvoirs publics sur le fonds que l'on peut faire sur ces vaccinations.

M. Landouzy termine en proposant un certain nombre de conclusions dont il demande la mise aux voix.

M. le Président lui fait observer qu'il vaut mieux attendre la fin de la discussion.

M. Netter se méfie de la lenteur habituelle des commissions et, estimant que la vaccination antityphoïdique a fait ses preuves et peut être appliquée sans danger, il propose que l'Académie le déclare hautement et affirme l'utilité de ces vaccinations.

M. Vaillard ne partage pas l'avis de M. Netter. Il pense que la vaccination antityphoïdique ne pourra être admise que lorsque l'Académie se sera prononcée sur elle.

En ce qui concerne l'armée, M. le ministre de la guerre ne consentira à recommander les vaccinations que quand il aura été éclairé par l'Académie. M. Vaillard se rallie donc à MM. Chantemesse et Landouzy pour demander la nomination d'une commission.

M. Landouzy propose que l'on nomme immédiatement cette commission sans attendre la fin de la discussion.

M. Labbé appuie de sa grande autorité la proposition de la nomination immédiate de la commission. Il laisse entendre que le ministre de la guerre attend avec impatience la décision de l'Académie.

Cette proposition est donc mise aux voix et adoptée.

La commission est ainsi composée : MM. Chantemesse, Chauffard, Delorme, Kelsch, Landouzy, Netter, Roux, Thoinot, Vaillard, Vincent, Widal.

VARIÉTÉS

UN SOUVENIR DE LA CRUE DE LA SEINE

Pendant une semaine environ les bureaux de la *Gazette des hôpitaux* ont été bloqués par l'inondation. Voici une photographie qui montre les eaux à peu près à leur maximum, soit à un mètre environ au-dessus du sol, le 29 janvier 1910.

Nos bureaux qui sont situés au premier étage ont été heureusement épargnés.



PRATIQUE MÉDICALE

LA BRONCHITE ALBUMINURIQUE

Par M. Em. Novel.

Il est fréquent de rencontrer dans la pratique des cas de bronchite albuminurique. Mais le médecin ne songe pas toujours à elle. Il s'obstine, sans succès d'ailleurs, à traiter ces malades comme des catarrheux, des emphysémateux, et l'aconit, la codéine, la terpine, le bromure alors ordonnés ne modifient pas du tout l'état morbide. Le thérapeute fait fausse route.

Voici, par exemple, un cas intéressant récemment observé et qui montre combien il faut être peu systématique en clinique.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, bien portant jusque-là, malgré de fréquentes bronchites rapidement guéries.

Actuellement ce malade tousse et crache depuis environ deux mois. Il a vu plusieurs médecins et sans grand résultat.

Les potions ordonnées se correspondent toutes et tendent à calmer cette toux par les sédatifs habituels et à modifier cette expectoration par des moyens balsamiques bien connus.

Or, depuis deux mois, aucune amélioration n'est apparue. Ce malade porte aux deux bases de gros râles muqueux très nombreux et sonores. Ces râles s'étendent jusqu'au milieu des deux poumons. Le reste de l'organe est indemne. Avec la toux, il existe souvent des accès d'oppression qui durent plusieurs heures.

Etant donné les propriétés asséchantes et antiseptiques pulmonaires du thiocol, nous donnons à ce malade six comprimés de thiocol par jour et pendant huit jours, comptant bien obtenir au bout de ce laps de temps une diminution très nette de l'intensité des râles muqueux.

Or, au bout de huit jours, l'état pulmonaire n'avait pas varié, les exsudats étaient plus fluides, plus muqueux, mais les râles bulleux des deux bases existaient aussi nombreux.

Nous avons alors donné huit comprimés pendant encore huit jours, assurant même au malade qu'il ne cracherait plus après cette nouvelle période de traitement.

Or, au bout d'une semaine, le même état pulmonaire persistait encore !

Devant cet insuccès d'une médication qui presque toujours dans la bronchite humide s'est montrée curative, nous avons pensé qu'il ne s'agissait pas là d'une bronchite banale et nous avons fait analyser les urines de ce malade.

Elles contenaient des doses élevées d'albumine.

Il s'agissait donc d'un cas de bronchite albuminurique et le régime lacté s'imposait.

Deux conclusions découlent de cette observation très intéressante :

D'abord, en présence d'une bronchite des bases accompagnée d'oppression et résistant aux moyens habituels et notamment aux comprimés de thiocol ou au sirop Roche, faisons analyser les urines. Nous trouverons alors la cause d'un insuccès absolument inaccoutumé, et nous ne serons pas abandonné du malade, qui souvent redoutant la tuberculose, fait appeler d'autres médecins.

D'autre part, nous avons pu constater ainsi l'innocuité absolue du thiocol Roche pour les reins, puisque des doses élevées de comprimés (jusqu'à huit par jour) ont été supportées sans la moindre asthénie par un malade albuminurique.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES VACCINOSTYLES ET DES VACCINOGRIFFES INDIVIDUELS (1)

Je désire ajouter quelques mots à l'article du docteur Bonnette sur « le parallèle entre les vaccinostyles et les vaccinogriffes individuels ». Pourquoi utiliser des instruments spéciaux au lieu de la banale plume à écrire que l'on trouve partout et qui ne coûte presque rien? La plume à écrire constitue un vaccinostyle parfait, avec cannelure retenant bien la pulpe vaccinale; si on casse un des becs de la plume, on a en mains une sorte de lancette pénétrant aisément dans les tissus. Je propose à l'essai de notre confrère de l'armée cette technique simplifiée qui m'a donné d'excellents résultats.

D'autre part, j'ai toujours été surpris de voir les individus vaccinés porteurs de deux ou trois cicatrices au moins. Puisqu'une seule pustule vaccinale, si petite soit-elle, suffit pour procurer l'immunité antivariolique, il est inutile de multiplier les plaies d'inoculation, soit en diverses régions de la peau, soit à un même niveau comme on le fait avec le vaccinogriffe.

Dr PAUL SALMON.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 13, p. 173.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de l'art de formuler, par B. LYONNET, médecin des hôpitaux de Lyon et R. BOULUD, pharmacien des hôpitaux de Lyon. Conforme au nouveau Codex de 1908, avec préface de M. le professeur R. LÉPINE. In-18 jésus, cartonné toile, de 410 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

L'Elevage de l'œil du liseur. Avant et pendant la lecture, par le docteur L. ROLLAND. Gr. in-8 de 150 pages, 24 figures dans le texte, 2 planches. — Prix : 2 fr. 50, franco contre l'envoi d'un mandat-carte. — Paris, A. Maloine; Toulouse, dans les bureaux du *Bulletin d'oculistique*.

Chirurgie des artères. Rapport au XXIIe Congrès de chirurgie, par Ch. MONOD et J. VANVERTS. In-8 de 146 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Lithiase biliaire non compliquée (Consultations médicales françaises) par le docteur GILBERT. — Prix : 50 centimes. Paris, Poinat.

NOTES POUR L'INTERNAT

BRONCHES EXTRAPULMONAIRES

DÉFINITION. — Les bronches primitives nées de la bifurcation trachéale se rendent chacune à un poumon et pénétrant au niveau du hile s'y divisent; donc il n'y a pas de bronches collatérales extra-pulmonaires pour les classiques, sauf la bronche épartérielle droite.

Pour Krause, Gegenbaur et Schwartz, on peut assez facilement décoller au niveau du hile la face interne du poumon, du pédicule pulmonaire. Le hile est donc constitué par un *sinus hilaire* dans lequel se divise la bronche. Les bronches extra-pulmonaires comprennent donc deux parties : 1° la partie *extra-hilaire*, bronche principale, axe du pédicule pulmonaire; 2° la partie *intra-hilaire*, épanouissement lobaire de la bronche, formant les pédicules secondaires.

EMBRYOLOGIE. — Tout l'arbre respiratoire naît de la partie inférieure de l'intestin antérieur. A la troisième semaine celui-ci s'étrangle par deux dépressions latérales en deux gouttières, l'inférieure trachéale et la postérieure œsophagienne. Au trente-cinquième jour, deux bourgeons pleins naissent de la partie postérieure de la gouttière trachéale qui d'abord communiquant avec l'œsophage s'en séparent ensuite : ce seront les bronches.

Pour Coste, Kölliker, il y a d'abord un bourgeon unique médian qui se bifurque ensuite. Quoi qu'il en soit, ces bourgeons, en se ramifiant, forment les poumons et s'enveloppent des plèvres. A la huitième ou neuvième semaine, les cartilages apparaissent.

Pour Kölliker, au quatrième mois, l'endoderme primitif se transforme en épithélium cylindrique cilié. Pour Robin et Cadiat la muqueuse est d'origine ectodermique par envahissement secondaire à travers les fentes branchiales.

ORIGINE. — La bifurcation trachéale est un peu déviée à droite; la trachée est un peu tordue sur son axe; la bronche gauche plus antérieure que la droite. Les deux bronches forment un angle droit ou obtus pour les classiques, un angle aigu pour les modernes (70 degrés en moyenne pour Aeby, Testut, Nicolas; de 90 à 30 degrés); un peu plus aigu chez l'enfant que chez l'adulte.

TERMINAISON. — Elle se fait dans le *hile*, situé entre les trois quarts antérieurs et le quart postérieur de la face interne à égale distance de la base et du sommet.

A droite, il est quadrilatère, plus large en haut ; à gauche, il est en raquette et mesure 9 centimètres de haut sur une largeur de 5 centimètres en haut, 2 centimètres en bas.

C'est, d'après Schwartz, un sinus de 1cm5 de profondeur; il est formé à droite par les trois lobes, surtout le supérieur et le moyen; à gauche, par les deux lobes, surtout le supérieur.

DIRECTION. — Elle est oblique en bas, en dehors et en arrière. La bronche *droite* est presque *verticale* formant avec la verticale un angle de 25 degrés pour Testut, 31 degrés pour Schwartz. La *gauche* est presque *horizontale*, à 45 degrés pour Testut. D'après Schwartz elle est d'abord à 33 degrés sur la verticale puis se relève à 48 degrés formant une courbe à concavité supéro-externe.

FORME. — Elles sont cylindriques en avant et latéralement, aplaties en arrière dans leur portion membraneuse; la droite, rectiligne ; la gauche, concave.

LONGUEUR. — La droite a 2 centimètres jusqu'à la première collatérale (épartérielle), puis elle court encore 2 centimètres sans division. La gauche a 5 centimètres jusqu'à sa première collatérale.

CALIBRE. — La droite est plus large ; elle a de 15 à 16 millimètres pour Testut (13 à 20 pour Schwartz). La gauche est plus étroite : 11 millimètres.

Toutes deux sont plus étroites chez la femme. La somme de leurs calibres est plus grande que celui de la trachée.

PROJECTION THORACIQUE. — 1° **Origine.** — Elle est assez variable. — 1. EN ARRIÈRE, elle correspond à la troisième ou cinquième dorsale suivant les auteurs.

Pour Gerlach, c'est le sommet de la troisième apophyse épineuse dorsale. D'après Schwartz elle est sur une ligne horizontale passant par la tête des sixièmes côtes, à 5 centimètres à droite de la ligne médiane. Chez le nouveau-né, elle est un peu plus haute; elle descend cependant moins que l'extrémité supérieure de la trachée ; elle est plus haute aussi chez la femme.

2. EN AVANT, elle se fait entre le manubrium et les corps sternaux (deuxième cartilage costal).

2° **Bronche.** — A droite elle se projette en arrière sur la sixième côte, puis après la première collatérale croise le sixième espace et la septième côte; en avant c'est le deuxième espace et la troisième côte. A gauche il en est à peu près de même.

3° **Hile.** — Il se projette en arrière du bord supérieur de la quatrième côte au bord inférieur de la sixième côte.

Toutes ces projections varient avec les mouvements respiratoires, elles s'abaissent dans l'inspiration.

COLLATÉRALES EXTRA-PULMONAIRES. — Absentes pour les classiques, il suffit pour les voir, d'après Krause, Gegenbaur et Schwartz, d'ouvrir le sinus hilaire.

A droite, après 2 centimètres, hors du hile, naît la bronche épartérielle qui se dirige en dehors et en haut et entre dans le lobe supérieur.

Après 2 autres centimètres dans le hile, le tronc donne une seconde bronche pour le lobe moyen, puis pénètre dans le lobe inférieur.

A gauche, après 5 centimètres, naît à l'entrée du hile la bronche du lobe supérieur qui descend un peu vers lui. Puis la bronche, décrivant une courbe à concavité interne, entre dans le lobe inférieur.

RAPPORTS. — Nous les étudierons à l'origine, en dehors du hile et dans le hile.

I. **A l'origine.** — 1° EN BAS. — La bifurcation trachéale s'oppose à celle de l'*artère pulmonaire* qui est au-dessous et en avant d'elle, à gauche de la ligne médiane, tandis que celle de la trachée est à droite. Les deux artères sont presque dans le prolongement l'une de l'autre formant avec les bronches un triangle et non pas le losange classique.

Dans ce triangle on trouve : 1. Les *ganglions intertrachéo-bronchiques* de Baréty (dix à douze) situés plutôt un peu en arrière entre la bifurcation et les veines pulmonaires inférieures ; ils se continuent avec les ganglions récurrentiels en haut, les aortico-œsophagiens en arrière, les mammaires internes en avant; ils forment une gouttière à concavité postérieure pour l'œsophage.

2. Le *péricarde* : c'est le fond du cul-de-sac de Haller tapissant la face postérieure de l'oreillette gauche qui déborde la bifurcation en avant et en arrière; les *veines pulmonaires* supérieures s'y abouchent en avant; les inférieures en arrière.

3. *Crosse de l'aorte.* — Sa partie ascendante sortant du péricarde est en avant et à droite des deux bifurcations ; sa partie horizontale au-dessus de la bronche gauche et de l'artère pulmonaire droite.

Le *ligament artériel* partant de la face supérieure de l'artère pulmonaire gauche à son origine monte s'insérer à la face inférieure de la crosse sur la bronche gauche; entre la crosse, la bifurcation pulmonaire et le ligament c'est le *quadrilatère de Wrisberg* contenant le *plexus cardiaque* antérieur et le ganglion de Wrisberg.

2° EN AVANT. — Derrière le sternum et les culs-de-sac pleuraux, on trouve l'*aorte ascendante* à gauche, la *veine cave supérieure* à droite, engaînés par le péricarde fibreux sur lequel viennent se jeter les *deux ligaments vertébro-péricardiques* de Béraud. Le tronc brachio-céphalique veineux gauche se jette obliquement dans la veine-cave à 6 centimètres de l'embouchure.

Au fond de l'hiatus ainsi limité par la veine cave, l'aorte, le tronc brachio-céphalique et le péricarde, on arrive sur la bifurcation trachéale et l'origine de la bronche droite. A son contact s'étale le *plexus pulmonaire antérieur* formé par des branches du nerf cardiaque inférieur droit du récurrent gauche et des pneumogastriques.

3° EN ARRIÈRE. — C'est l'*œsophage* séparé par une toile celluleuse et quelques fibres musculaires broncho-œsophagiennes. Entre eux deux s'étale aussi le *plexus pulmonaire postérieur* constitué par des anastomoses entre les deux pneumogastriques dissociés là en deux ou trois troncs chacun.

II. **Portion extra-hilaire.** — A. ORGANES DU PÉDICULE PULMONAIRE. — 1° *A droite.* — 1. *Artère pulmonaire.* — Longue de 5 a 6 centimètres, large de 22 millimètres, elle va horizontalement à droite, passe derrière l'aorte et la veine cave et aborde ainsi le bord interne de la bronche, puis elle passe sur sa face antérieure devant la naissance de la bronche épartérielle. Ensuite elle pénètre dans le hile sur le bord externe de la bronche tendant à passer derrière elle.

2. *Veines pulmonaires.* — La *supérieure*, à partir de l'oreillette gauche, s'en va en haut et en dehors, croise la bronche un peu plus bas que l'artère et se divise là en deux branches qui pénètrent dans le hile. L'*inférieure* se dirige en dedans et en arrière de la bronche vers la partie inférieure du hile où elle entre.

3. *Artère bronchique.* — Née de l'aorte, elle croise l'œsophage et le pneumogastrique droit devant ou derrière et suit la face postérieure de la bronche en remontant jusqu'à son bord supérieur pour entrer dans le haut du hile.

Il y a parfois à droite comme à gauche une *artère bronchique inférieure* qui longe le bord inférieur de la bronche allant à la partie inférieure du hile.

3. *Veines bronchiques.* — Il y en a comme à gauche deux groupes : les veines *bronchiques antérieures* longeant la face antérieure de la bronche et les veines *bronchiques postérieures* l'une sur le bord supérieur, l'autre sur le bord inférieur, laissant la face postérieure libre. Elles se terminent dans la grande azygos.

5. *Nerfs pulmonaires.* — Ils entourent de leur réseau la bronche de même qu'à gauche, constituant les deux plexus pulmonaires antérieur et postérieur, celui-ci plus important que nous avons déjà vu sur la bifurcation trachéale.

6. *Ganglions prétrachéo-bronchiques droits.* — Groupe important de gros ganglions, ils sont placés sur la face antéro-supérieure de la bronche et la face antéro-latérale droite de la trachée en rapport avec : en avant, la veine cave et l'aorte; à droite, le poumon; à gauche, l'aorte, le tronc brachio-céphalique artériel et la trachée; en bas, le bord supérieur de l'artère pulmonaire, et en haut, la face inférieure de l'artère sous-clavière, le récurrent et sa chaîne ganglionnaire.

On a décrit aussi un *groupe sus-bronchique externe* plus nombreux d'ailleurs à gauche et situé sur la partie externe de la bronche, plutôt sur sa face postérieure. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

REQUÊTE A M. LE DOYEN. — Depuis quelques jours nous recevons les légitimes doléances d'un grand nombre d'étudiants qui se plaignent de ne pouvoir travailler à la bibliothèque de la Faculté faute d'éclairage.

L'absence d'électricité ne les empêche pas seulement de travailler le soir, mais il leur est même impossible, en plein jour, d'obtenir les ouvrages et publications situés dans les obscures réserves.

Nous sommes persuadés qu'il existe à la Faculté, comme dans tous les bâtiments officiels, un grand nombre de ces antiques et précieuses lampes Carcel qui firent jadis les délices de nos pères. Nous nous permettons de demander respectueusement à M. le doyen d'organiser cet éclairage d'*infortune*, si nous osons ainsi dire.

Les étudiants lui en seront profondément reconnaissants.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Vaquez, Hutinel, Pierre Marie, Balzer, qui acceptent; Hirtz, Dalché, Triboulet, Gouget, Thibierge et Siredey, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 9 février 1910. — MM. Maleyx, 5; Barthélemy, 7; Desbouis, 9; Ramadier (Henri), 5; Darrieux, 7; Legal-Lasalle, 10; Leblanc, 7; Gautruche, 10; Dubois (Robert), 8; Papillon, 2; Roy, 11; Faveret, 7.

Anatomie. — Séance du 10 février. — MM. Rudelle, 11; Paley, 10; Thiers, 9; Viel (Emile), 10; Villechaise, 11; Usse, 5; Huber, 14; Lœwy, 9.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe pour prendre rang du 1er février 1910, et ont été maintenus à leurs postes actuels :

MM. Combe, hôpit. milit. du Val-de-Grâce (bactériologie); Bourguignon, hôpit. milit. du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); Delacroix, 119e d'inf.; Augé, 6e drag.; Debombourg, 2e tiraill. algér.; Guerrier, 67e d'inf.; Montloup (Henri), 39e d'inf.; Garnier, 27e drag.; Buffé, 76e d'inf.; de Vezeaux de Lavergne, 129e d'inf.; Gillain, 1er chass. à cheval; Louis, 12e drag,; Scherrer, 5e génie; Vanlande, 127e d'inf.; Izard, 16e d'inf,; Baverey, 20e bat. de chass. à pied; Gaud, 38e d'inf.; Blanc, 30e d'art.; Trabaud, 3e d'inf.; Lheureux, 73e d'inf.; Plasson, 23e d'inf.; Maupin, 19e d'inf.; Barbier, 17e drag.; Bonnel, 95e d'inf,; Audet, hôpit. milit. de la division de Constantine; Meslin, 24e d'art.; Lubet, 142e d'inf.; Potier, 1er d'art.; Millet, 62e d'inf.; Moner, 14e bat. chass. à pied; Bergeret, école militaire d'infant. de Saint-Maixent; Bénazet, 126e d'inf.; Momy, hôpit. milit. de la division d'Alger; Chatinières, 148e d'inf.; Dornoy, 20e chass. à cheval; Lambert des Cilleuls, hôpit. de Nancy; Laurens, 24e drag.; Rigaux, 12e chass. à cheval; Cudet, 4e d'art.; Sarda, hôpit. milit. de la division d'Oran; Pierron, 1er bat. chass. à pied; Colley, 10e d'art.; Gillouin, 143e d'inf.; Rault, 93e d'inf.; Junquet, 9e drag.; Claret, 17e d'inf.; Sorlat, 149e d'inf; Bouchet, hôpit. milit. de la division d'Oran; Biau, 44e d'inf.; Badie, 10e drag.; Graindorge, 10e chass. à cheval; Mallet, 3e bat. chass. à pied; Labastie, 26e d'art.; Villemin, 146e d'inf.; Servant (service des 4e bat., 1er groupe), Toul; Thurel, 60e d'inf.; Riss, 42e d'inf.; Durban, 5e chass. à cheval; Dumas, 25e d'inf.; Teste, 28e drag.

— RÉSERVE ET ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret du 4 février 1910, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Laroche, Roustan, Dubois, Pasturel, Pellagot, Dupuy, Laborie, Lévy, Grange, Picard, Dasse, Gontier, Boulade, Mircouche, Lubetski, Aboulker, Ferrand, Perrossier, Niort, Delannoy, Letourneulx, Gauquelin, Teulet-Luzie, Nigoul, Adda, Descos, Ponroy, Demange, Prunier, Seguin, Legou, Turin, Perdu, Poirier, Gobinet, Jores d'Arces, Barthes, Leblanc, David, Gaume, Beauchesne, Joussaume, Beliard, Maroger, Gillet, Garreau. Louis, Carrez, Raspide, de Vézeau de Lavergne, Laigre, Fessard, Georget, Coldefy, Joly, Duchenne, Béasse, Tournadour, Guillon, Lièvre, Camus, Devars, Brenot, Gratier, Madelaine, Herrouet, Audouin, Dibos, Vidal, Bousquet, Lesueur, Briquel, Garçon, Boilevin, Durand, Mathieu, Morel, Lemerle, Trébeneau, Triau, Montagard, Ollivier, Riff, Bellemanière, Jouve, Hubert, Jamin, Lecointe, Masson, Dupla, Godard, Renou, Voisin, Léger, Delfosse, Lecouillard, Benichou, Pouchot de Champtassin, Scapula, Gamas, Pierre, Marnay, Lemaire, Pascal, Godefroy, Bourrud, Gautier, Gaillard, Chancel, Chauvelot, Very, Theulet-Luzie (B.), Chahuet, Henry, Mignardot, Hutinet, Noël, Darin, Bonnenfant, Quenée, Coriat, Jaume, Mussy, Rosenthal, Wapler, Goultry, Pigeon, Goude, Mégrat, Nel, Lebrun, Folliot, Bassuet, Landrin, Mangematin, Truelle, Lévy, Piet Lyewies, Génevois, Coulomb, Gautherin, Le Treut, Guillois, Cormont, Guillet, Marquet,

Petit (E.), Abrand, Roussel, Dubreuil-Chambardel, Thirion, Canel, Aubert, Dumora, Rathery, Barthélemy, Trémolières, Corneloup, Pierre-Nadal, Jambon, Mouriquand, Collin, Caudron, Voirin, Driont, Levadoux, Fournier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Franche, Bruneau, Saqui, Maggi, Fouque, Théret, Sagot, Cresson, Bloch, Miot, Platey, Adeline, Champ, Gigaud-Lafont, Périer, Croixmarie, Delaire, Wagner, Rozier, Pollegoix, Halgan, Béninson, Reure, Roger, Jamet, Ravary, Traversier, Pissot, Janvier, Barotte, Cherechevski, Pierreson, Gelin, Péchin, Mousset, Bardon, Guiot, Moussault, Bossis, Tiphine, Blandamour, Gros-Devaud, Braunberger, Cruet, Maussire, Morlat, Cailleron, Robin, Grelley, Goupille, Sauvain, Duval, Raoult, Valette, Prieur, Baumann, Déchy, Honing, Buy, Faget, Tridon, Bouveille, Hanriot, Caubet, Leclerc, Touchard, Mardellis.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses ci-après ont été décernées pour services rendus à la Mutualité :

Médaille d'or. — M. le docteur Lande (de Bordeaux).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Peton (de Saumur), Charlier, Déel et E. Salmon (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Lesdos (de Cherbourg), Desandré et Lafond (de Paris), Bazot (de Joigny).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Bertrand, Dieupart, Favre-Thomas, Torchaussé, Wolff (de Paris).

LES LÉGUMES ET L'INONDATION. — M. Roux, interrogé par le *Petit Temps*, donne les renseignements suivants :

« Il y a tout d'abord, a-t-il dit, à distinguer — c'est l'évidence même — entre les maraîchers qui, ayant été inondés, n'ont plus de récolte, et ceux qui, ayant été préservés du fléau, ont des légumes à vendre. Des premiers, rien à dire, sinon pour les plaindre ! Des autres, il faut déclarer qu'ils se trouvent dans les conditions où ils étaient l'an dernier, et qu'il n'y a pas lieu de craindre plus pour leurs produits cette année que précédemment.

En second lieu, il faut distinguer entre les légumes qui se mangent cuits et ceux qui se mangent crus. Des premiers, choux, choux-fleurs, choux de Bruxelles, endives, pommes de terre, carottes, etc., il n'y a absolument rien à craindre. La cuisson est une garantie plus que suffisante contre la transmission des maladies contagieuses. Notez, d'ailleurs, à ce sujet, que, sur les champs d'épandages, il est permis, d'après le règlement, de cultiver des légumes qui se mangent cuits. C'est bien une preuve que de l'avis de tous, la cuisson suffit à préserver contre une source d'infection assurément plus redoutable que l'inondation.

Restent les légumes à manger crus. Actuellement il en vient sans doute fort peu dans les environs de Paris. La plupart nous arrivent du Midi, et ceux-là ne sont nullement dangereux. Quant aux autres, il suffirait peut-être de les laver avec de l'eau bouillie, puisque l'eau de source est actuellement considérée comme contaminée du fait de l'inondation. Mais encore une fois, les légumes qui se mangent crus et qui peuvent actuellement se vendre n'ont pas été submergés, autrement ils seraient pourris. Par conséquent, il ne faut pas plus les craindre cette année qu'on ne les craignait l'an dernier. »

M. Jules Renault confirme cette manière de voir, puis envisageant la question de l'eau, il conseille de faire toujours bouillir l'eau de boisson et l'eau de toilette.

« A ce sujet, ajoute-t-il, on me demande fréquemment ce qu'il faut faire pour l'eau des bains qu'on ne peut évidemment pas faire bouillir. Pour cela, je recommande de mettre un paquet de 5 grammes de permanganate de potasse dans le bain, et de décolorer, au bout d'un quart d'heure, si la décoloration ne s'est pas produite spontanément par un ou deux grammes de bisulfite de soude. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Baizeau, médecin inspecteur de l'armée en retraite, ancien directeur du service de santé au ministère de la guerre, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris ; MM. les docteurs Le Blond, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, ancien chirurgien de Saint-Lazare ; Guichon (de Jura) ; Taynard (de la Mure) ; Bachelez (de Saint-Omer) ; M. Jules Pantaloni, étudiant en médecine à Marseille.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — COURS ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE SÉMIOLOGIE MENTALE. — Sous la direction du docteur Deny, médecin de la Salpêtrière, MM. G. Maillard, médecin adjoint de la Salpêtrière, P. Camus, médecin adjoint de Bicêtre, et Ch. Blondel, agrégé de philosophie, commenceront ce cours le mardi 15 février, à dix heures, à la Salpêtrière.

Ces leçons, essentiellement élémentaires et cliniques, comprendront l'examen des malades, l'étude des symptômes, la présentation des principaux syndromes et des affections mentales les plus fréquentes, les notions indispensables de psychopathologie, les indications nécessaires à la pratique et à la rédaction des certificats et rapports.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 FÉVRIER 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Rieffel et Proust.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Hartmann et Potocki ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Monod et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Campenon et Pierre Duval ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Lecène et Lenormant.

3e (oral, 1re partie) : MM. Pozzi, Thiéry et Jeannin ; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie, 1re série) : MM. Alb. Robin, Rénon et Gouget ; — (2e série) : MM. Chauffard, Jeanselme et Balthazard ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 23 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Nicolas, Hartmann et Gosset ; — (2e série) : MM. Campenon, Retterer et Pierre Duval.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

3e (oral, 1re partie) : MM. Delbet, Potocki et Rieffel ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 24 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique (1re série) : MM. Pozzi, Thiéry et Lenormant ; — (2e série) : MM. Quénu, Marion et Lecène.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin.

4e : MM. Chantemesse, Gilbert et Balthazard ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 25 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Gosset et Rieffel.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Proust et Couvelaire.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 26 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Retterer, Marion et Lenormant.

3e (oral, 1re partie) : MM. Quénu, Auvray et Jeannin ; — M. André Broca, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 23 février, à une heure. — M. BAZY. Etude critique sur les différents procédés d'exploration des fonctions rénales. (MM. Lannelongue, président ; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. SIMON. De quelques effets tardifs des modes d'allaitement. (MM. Pinard, président ; Lannelongue, Segond et Couvelaire.) — M. MARTEL. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du nerf sciatique. (MM. Segond, président ; Lannelongue, Pinard et Couvelaire.)

ANTISEPSIE INTESTINALE

et

Traitement des Toxi-Infections gastro-intestinales

FOURNISSEURS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

BIOLACTYL

Ferment lactique Fournier



CULTURE LIQUIDE

EN BOITES DE 10 PETITS FLACONS

(Conservation minimum 2 mois)



CULTURE SÈCHE

EN FLACONS DE 60 COMPRIMÉS

(Conservation indéfinie)

Laboratoires FOURNIER Frères, 26, boul. de l'Hôpital, Paris

TÉLÉPHONE : 824-30. — Adresse télégraphique : LABIOCHIM, Paris

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PERFORATIONS INTESTINALES
AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par M. André PHILIBERT,
Ancien interne, médaille d'or des hôpitaux,
Licencié ès sciences naturelles.

La perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde est un accident connu depuis fort longtemps. Chomel, Andral, Trousseau l'ont déjà étudiée. Plus récemment le professeur Dieulafoy (1896) en a indiqué les principaux signes cliniques. Tous les auteurs sont d'accord sur la gravité de cette complication, et sur la nécessité de pratiquer la laparotomie et la suture intestinale, dès que le diagnostic est posé. Or, le résultat dépend de la précocité du diagnostic, et ce diagnostic est d'autre part très délicat. Tandis que d'une part, dans ces derniers temps on a cherché de nouveaux signes permettant le diagnostic précoce de la perforation intestinale, on a d'autre part appris à connaître — et cela par la laparotomie — des syndromes cliniques rappelant le tableau classique de la perforation, sans que celle-ci existe réellement. C'est ce que l'on a appelé les pseudo-perforations.

Nous n'avons pas ici l'intention de faire une étude complète des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Nous voulons simplement nous borner à discuter la valeur des signes cliniques recherchés ces temps derniers, signes qui ont fait l'objet de publications nombreuses en Amérique, et qui ont donné lieu à une discussion très intéressante à la Société de chirurgie, et à insister sur la valeur diagnostique de chacun de ces signes en particulier ainsi que sur les syndromes de pseudo-perforation.

I

Division. — On peut diviser les perforations intestinales en deux variétés :

1° Les perforations de dehors en dedans;
2° Les perforations de dedans en dehors.

I. Perforations de dehors en dedans. — Ces perforations sont peu intéressantes, fort rares et nous ne voulons pas en retracer l'histoire.

Elles sont consécutives à l'ouverture dans l'intestin d'un foyer suppuré voisin. C'est tantôt un abcès développé aux dépens d'un ganglion mésentérique, tantôt une cholécystite qui vient adhérer au côlon transverse et s'y ouvre.

Ces perforations se traduisent par une évacuation brusque de pus dans les matières. Elles passent souvent inaperçues.

II. Perforations de dedans en dehors. — Ce sont les perforations d'une ulcération d'une plaque de Peyer, les seules qui nous intéressent ici.

II

Etiologie. — Fréquence. — La fréquence de cette perforation est très variable. Les chiffres donnés varient suivant les statistiques. C'est ainsi que Murchison donne 3,04 p. 100 ; Griesinger, 11,1 p. 100 dans une statistique, 2,03 p. 100 dans une autre; Flint, 2,74 p. 100; Liebermeister 1,3 p. 100. Broudic, qui a collectionné toutes les statistiques, arrive à une moyenne de 3 à 4 p. 100. Chantemesse, dans sa dernière statistique, arrive à un pourcentage de 1,45 p. 100 chez les malades traités avec le sérum antityphique, lorsque cette injection a été faite avant le huitième jour de la maladie.

Il semble que ces différences entre les statistiques soient à mettre sur le compte des épidémies différentes.

Race. — La perforation est plus fréquente dans la race anglo-saxonne. D'après une statistique dressée par Murchison, on observerait 19,40 p. 100 de perforations en Angleterre, 9,25 p. 100 en France et seulement 8,75 p. 100 en Allemagne.

Dans ces derniers temps, l'importance qu'a prise la question du traitement chirurgical aux Etats-Unis montre, d'après le nombre des cas publiés, que, même sans statistique précise, cette complication ait dû être fréquente aux Etats-Unis, pendant l'épidémie de 1907.

Sexe. — D'après toutes les statistiques, celles de Murchison, Griesinger, Hoffmann, Noecke, Keen, etc., les hommes sont beaucoup plus fréquemment frappés que les femmes. Keen donne comme chiffre six hommes pour une femme, Harte, quatre hommes pour une femme, Anderson, trois pour une, Broudic dans une moyenne de diverses statistiques compte cinquante-six hommes pour dix femmes.

Age. — C'est surtout chez l'adulte entre quinze et trente ans (Harte, Broudic), que la perforation est le plus communément observée; elle est rare chez le vieillard. Il est classique de dire que la perforation est exceptionnelle chez l'enfant, et cela parce que les lésions intestinales sont d'ordinaire moins prononcées. C'est ainsi que Elsberg donne une statistique de 1,2 p. 100. Cependant la perforation n'est pas inconnue et Setbon, qui a consacré sa thèse inaugurale à l'étude de la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde de l'enfant, donne un chiffre de 2 p. 100, comme moyenne de toutes les statistiques qu'il a compulsées.

Virulence du bacille d'Eberth. — Nous ne voulons pas préjuger de la virulence exacte du germe typhique, mais plutôt sous ce titre nous entendons la gravité clinique de la maladie. Des expériences précises manquent en effet pour apprécier la fréquence des perforations vis-à-vis de la virulence d'une race de bacille typhique.

D'une façon générale, on admet que les formes graves prédisposent davantage aux perforations. Le professeur Chantemesse, dans le *traité de médecine*, écrit que la perforation est plus fréquente dans les formes graves. Cependant, plus loin il ajoute que

(1) Reproduction interdite.

bénignité ou gravité n'offrent pas de rapports avec les lésions anatomiques.

Pour d'autres auteurs, Morin, Shattuck, Briggs, la perforation survient aussi souvent dans les formes bénignes que dans les formes sévères. Pour Keen, Wood, elle serait même plus fréquente dans les cas légers.

Mais, il faut s'entendre; la perforation est relativement fréquente dans les fièvres typhoïdes ambulatoires (Curschmann); n'est-ce pas ici plutôt à cause des imprudences nombreuses auxquelles se livre le malade par la méconnaissance de la maladie dont il souffre ?

Il est à noter qu'on n'a pas rapporté, que je sache, de cas de perforation dans le paratyphus. Cela tient sans doute, d'après le peu d'autopsies qu'on a pu faire de paratyphus, à la rareté et à la bénignité des lésions intestinales. Cependant dans un cas mortel de paratyphus rapporté par Longcope, les ulcérations intestinales avaient détruit toute la tunique intestinale, et la tunique séreuse formait en certains points la dernière barrière à la pénétration des matières dans le péritoine.

Il est à peine besoin de dire que la perforation est inconnue dans les septicémies éberthiennes *sans* localisations intestinales dont nous avons fait avec M. le professeur agrégé Bezançon une étude d'ensemble.

Cause immédiate. — Au temps où l'helminthiase intestinale était fort en honneur, on a accusé les ascarides de perforer l'intestin, au cours de la fièvre typhoïde. Je ne rapporte cette pathogénie surannée que par curiosité. Au reste Armstrong, voulant récemment vérifier exactement cette affirmation, a recherché les vers intestinaux, au cours de la typhoïde et ne les a trouvés que deux fois sur 932 cas. Harte n'a jamais pu en rencontrer, avec Chantemesse et Rodriguez, il dénie toute valeur à cette cause.

Il est banal d'accuser les écarts, de régime les purgatifs, qui deviennent de ce fait intempestifs, les lavements, les efforts de vomissements.

Pour M. Chantemesse, aucun des ces faits n'a de valeur. M. Vaquez, Gournitzi nourrissent leurs typhiques d'une façon substantielle et n'observent pas un pourcentage plus élevé de perforations.

La seule cause, selon M. Chantemesse, c'est le thrombus des vaisseaux sanguins par les globules blancs, qui en oblitérant les vaisseaux déterminent la nécrose, l'escarrification de la plaque de Peyer, puis enfin sa chute.

Date de la perforation. — Avant d'exposer les symptômes, il faut encore fixer la date à laquelle on devra le plus redouter la perforation.

On sait qu'il y a des perforations précoces qui surviennent dès la première semaine, il en est aussi de tardives qui surviennent à la convalescence; quelquefois la perforation survient lors d'une rechute. Mais ce sont là des cas d'exception. D'ordinaire, d'après la majorité des auteurs, Keen, Mauger, Anderson, Elsberg, Briggs, Chantemesse, c'est vers la troisième semaine, vers le vingt-cinquième jour que survient la perforation.

III

Symptômes. — Il existe deux types cliniques bien différents à la fois dans leurs symptômes et dans la façon dont se pose le diagnostic.

1° La perforation qui survient au cours d'une fièvre typhoïde légère, méconnue, d'un *typhus ambulatorius*. L'accident ressemble à une appendicite aiguë dont il a la soudaineté. L'aspect clinique est le même, bien que les circonstances soient différentes pour les perforations qui surviennent à la convalescence, en pleine apyrexie.

2° La perforation qui survient au cours d'une fièvre typhoïde moyenne ou grave, mais diagnostiquée, traitée. Tout le diagnostic consiste ici à dépister la perforation.

I. Perforation au cours d'un typhus ambulatorius pris pour type. — Le malade a présenté un malaise antérieur sans doute, mais méconnu.

Le *début* est brusque et se fait par une douleur violente, subite, dans la fosse iliaque droite. Le malade est pris d'un frisson, la fièvre s'élève et la maladie évolue à la façon d'une péritonite sthénique, en deux phases, phase de réaction, phase d'intoxication.

La première phase, *phase de réaction*, période *essentiellement chirurgicale*, pendant laquelle l'intervention peut sauver le malade, est caractérisée par la contracture des muscles de l'abdomen associée à l'hyperesthésie cutanée. Des vomissements peuvent se montrer, porracés. Le facies, à cette période, est grippé, le visage exprime la souffrance et l'anxiété, le pouls est rapide, mais il est résistant, bien frappé. La température est variable, parfois abaissée, parfois élevée. Cet état dure quelques heures, une journée, puis il disparaît avec l'espoir de guérir le malade pour faire place à la seconde phase, celle qui faisait tout le tableau de la péritonite pour les médecins d'antan.

Cette deuxième phase, *phase d'intoxication*, traduit l'empoisonnement du malade, la contracture disparaît et le ventre se dilate, le météorisme classique apparaît, et peu à peu cessent les douleurs; les vomissements s'espacent et sont remplacés par des régurgitations qui vont enfin laisser place au hoquet ultime et d'un pronostic fâcheux; le facies s'altère et devient, selon l'expression classique, péritonéal (nez pincé, yeux excavés, etc.); le pouls devient incomptable, petit, misérable, *péritonéal*, le collapsus apparaît qui termine la scène.

Le *diagnostic* de cette variété de perforation est celui de la péritonite aiguë et expose aux mêmes erreurs : coliques douloureuses, étranglement herniaire, etc. ; la péritonite étant reconnue, c'est sa cause qu'on peut méconnaître : on pense souvent à une appendicite perforante, à un ulcère de l'estomac brusquement perforant.

On pourrait dépister la nature typhoïdique de la perforation par la recherche des phénomènes qui ont précédé l'accident aigu et dans lesquels on peut retrouver des symptômes de fièvre typhoïde ; ce sera une épistaxis, de l'insomnie, de la diarrhée; l'exis-

tence de taches rosées lenticulaires au moment de l'examen offre une valeur clinique considérable.

On ne peut s'attarder ici à rechercher la séro-réaction de Widal, encore moins à pratiquer l'hémoculture, tout au plus peut-on s'aider de la diazo-réaction d'Ehrlich, mais toutes ces minuties sont superflues : le diagnostic de péritonite par perforation étant fait, l'intervention chirurgicale s'impose, immédiate, qui permettra de parfaire après coup un diagnostic plus précis.

II. Perforation au cours d'une fièvre typhoïde en évolution diagnostiquée et traitée. — C'est la forme importante et la plus délicate. Elle se manifeste sournoisement, évolue en silence et ne se révèle que lorsqu'il est trop tard pour y porter remède.

L'état des malades fait disparaître les symptômes de début qu'ils ne ressentent même point.

Aussi s'est-on efforcé de rechercher des signes précoces que l'on pourrait utiliser pour dépister une perforation à son début, alors qu'elle se masque sous des apparences trompeuses.

A. Tout d'abord y a-t-il au cours d'une fièvre typhoïde des signes prémonitoires qui permettent de redouter ou de prévoir la perforation ?

On en a signalé quelques-uns, dont la valeur a été d'ailleurs discutée.

1° La *sévérité de l'infection* a été incriminée ; le professeur Chantemesse tendrait à admettre son rôle ; mais Wood suspecte plutôt les formes légères, et Broudic n'a pu constater de différences à ce point de vue. Plus que la sévérité de l'infection il faut peut-être craindre la sévérité générale de l'épidémie. Il y a en effet des épidémies au cours desquelles la perforation est exceptionnelle ; d'autres, au contraire, où elle se produit très fréquemment. Ce sera donc d'après cette notion qu'il faudra se diriger.

2° L'*intensité de la diarrhée* prédispose à la perforation, pour Potain, Chantemesse. C'est dans le cas de diarrhée profuse, quand il y a dix, quinze selles spontanées par jour qu'on observerait plus volontiers la perforation, mais ce n'est pas un signe absolu, loin de là.

3° Le *tympanisme* est d'après l'opinion unanime une grande cause de perforation. Harte récemment, après bien d'autres, a insisté sur ce fait. L'accumulation des gaz distend l'intestin et favorise la rupture des points amincis, ulcérés. Cette notion est fort intéressante car elle doit conduire à lutter contre le météorisme abdominal au cours de la fièvre typhoïde. Elle n'est pas non plus absolue, et il y a des perforations qui surviennent dans des intestins affaissés.

4° L'*hémorragie intestinale* précède la perforation intestinale dans un tiers des cas en moyenne. Dans la discussion de la Société de chirurgie (1908) cependant on n'a rapporté que deux cas d'hémorragies précédant la perforation.

L'hémorragie intestinale est pourtant un bon signe, toutefois il est bon d'opposer la rareté de la perforation et la fréquence de l'hémorragie pendant la fièvre typhoïde.

Cette grande fréquence conduirait à suspecter presque toutes les fièvres typhoïdes de perforation ; ce qui serait excessif puisque l'immense majorité des hémorragies intestinales n'est pas suivie de perforation.

Il va sans dire qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter quand il s'agit de ces petites entérorragies du début de la dothiénentérie relatives à la congestion (?) de l'intestin qui sont contemporaines de l'épistaxis dont elles ont la valeur.

Il n'y a pas lieu de redouter non plus la perforation s'il s'agit d'une entérorragie compagne d'hémorragies multiples et d'un syndrome hémorragipare bien qu'ici le pronostic ne soit pas meilleur.

C'est donc l'*hémorragie de la période d'état* qui est seule à suspecter. Mais encore une fois précisons les faits : l'hémorragie de la période d'état est très fréquente, elle est rarement suivie de perforation ; par contre, il est fréquent de voir la perforation s'accompagner d'hémorragie.

Broudic a tenté de préciser la valeur de l'hémorragie capable de s'accompagner de perforation.

Tout d'abord les hémorragies *répétées*, constantes, assez abondantes, survenant à plusieurs reprises peuvent faire prévoir une perforation ; d'autre part une hémorragie soudaine et d'emblée très abondante peut, elle, être contemporaine d'une perforation.

Dans le premier cas il y a lieu de penser qu'une perforation *se fera* ; pour Broudic, lorsque les *hémorragies répétées* s'associent à la *diarrhée profuse*, il y aurait grand'chance de voir survenir une perforation. Dans le second cas, on peut se douter qu'une perforation est faite ou est imminente.

B. Par quels signes maintenant va se traduire la perforation effectuée ?

Pour Dieulafoy, par un ensemble de signes dont le meilleur est l'hypothermie et qui réalisent en somme le tableau de la péritonite.

Pour M. Chantemesse, la perforation elle-même n'a pas de signes, elle les emprunte à la péritonite ; de plus ces signes sont le plus souvent tardifs, vagues, obscurs.

On s'est en effet efforcé de chercher des signes de perforation, non pas des signes de lésions consécutives à la perforation, mais des signes de perforation, de déchirure, afin de pouvoir l'obturer immédiatement.

Malheureusement ces signes sont bien problématiques et c'est pourquoi M. Chantemesse dit avec raison que la perforation n'a pas de signes.

On s'est alors demandé si, lorsqu'il y a perforation, il n'y aurait pas un ou plusieurs signes — de perforation ou d'autre chose — mais qui soient suffisamment précoces pour permettre une intervention rapide puisque c'est dans un intervalle de quelques heures qu'il convient d'agir. La recherche de ces signes précoces et la critique de leur valeur a fait l'objet de la discussion de la Société de chirurgie (1908).

Comme la perforation peut ne se traduire au début que par un ou deux de ces signes nous les étudierons tous successivement.

1° *Douleur.* — La douleur est un symptôme qui a eu des fortunes diverses.

Les classiques la considéraient comme constante. C'est l'opinion de Trousseau et de Potain.

Puis la grande autorité de Dieulafoy a fait reléguer la douleur spontanée au second plan; il en nie la fréquence et l'intensité, tout en admettant l'hyperesthésie cutanée.

M. Chantemesse, dans sa longue expérience du bastion 29, considère la douleur comme un symptôme possible, mais non pathognomonique. Elle est le plus souvent vague ou tardive.

Actuellement, on tend à admettre avec les chirurgiens américains, Osler, Schattuck, que la douleur est un des signes les plus constants et les plus précoces, par conséquent les plus précieux. C'est aussi la conclusion qui se dégage de la discussion de la Société de chirurgie de 1908. Dans presque toutes les observations rapportées, la douleur fut observée. Michaux, Morestin, Legueu, Loison, Ricard, Picqué, Hartmann, Moty, Mignon, Delbet ont rapporté des cas dans lesquels la douleur brusque fut le premier symptôme observé.

Cette douleur initiale, d'après les descriptions des auteurs, est *brusque*, *violente*, *spontanée*, parfois si intense qu'elle arrache des cris au malade.

Cependant elle est parfois vague, et progressive en intensité.

Elle siège dans la fosse iliaque droite.

Brown, tout récemment, a cherché à mettre en évidence un caractère spécial de cette douleur. C'est le déplacement du point douloureux maximum suivant la position du malade. Pour Brown, en explorant la fosse iliaque droite du malade couché dans le décubitus dorsal, on détermine un point qui correspondrait à la perforation où se trouverait le maximum de la douleur. En faisant alors coucher le malade sur le flanc gauche, la masse intestinale se déplaçant légèrement, on pourrait noter au bout de quinze à trente minutes un déplacement de 15 à 30 millimètres, vers la gauche, du point douloureux maximum.

Cette douleur initiale et vive traduirait, pour Cushing, un état de préperforation, le péritoine étant déjà irrité avant la perforation.

Pour Keen, la douleur serait causée par le passage des matières fécales à travers la perforation.

Pour Shattuck enfin, elle dénoncerait la péritonite commençante.

Quoi qu'on en pense, si même la douleur révèle la péritonite et non la perforation, il faut bien reconnaître qu'elle est souvent le premier symptôme manifeste et constitue un bon signe, avec cette double restriction qu'elle peut manquer et, ainsi que nous le verrons, qu'elle peut se présenter sans perforation.

A cette douleur spontanée s'ajoute souvent une douleur provoquée qui accompagne la défense musculaire.

2° *Défense musculaire et contracture.* — C'est encore un bon signe qui s'accompagne d'hyperesthésie cutanée pour Dieulafoy.

Michaux, Morestin, dans 3 cas sur 5, Ricard, Picqué l'ont indiquée à la Société de chirurgie.

Tantôt elle reste limitée à la fosse iliaque droite, tantôt elle est généralisée à tout l'abdomen. Elle manque, il est vrai, dans bon nombre de cas, mais bien recherché, le « ventre de bois » quand il existe indique presque toujours une péritonite au début.

3° *Température.* — α. L'abaissement brusque de la température allant jusqu'à l'hypothermie est classique comme signe initial de la perforation depuis la communication de Dieulafoy. La température tombe de 3, quelquefois même de 4 degrés, aboutissant à l'hypothermie et ne se relève ensuite que très lentement (Dieulafoy).

Michaux, Morestin, Hartmann dans trois cas ont rapporté des faits calqués sur le schéma de Dieulafoy.

β. L'hyperthermie subite dénoncerait au contraire la perforation pour Lereboullet en concordance ici avec les classiques, Trousseau, Guéneau de Mussy. Picqué, à la Société de chirurgie, a signalé un cas dans lequel la température s'est notablement élevée : ce fut le seul signe avec les mictions douloureuses.

γ. Enfin, dans certains cas, la courbe thermique n'est pas modifiée. Pedarré qui a réuni un grand nombre d'observations à ce point de vue arrive à cette conclusion que les trois variétés ne s'excluent pas, mais qu'on les rencontre indifféremment.

On peut donc dire que si l'hypothermie est fréquente, l'hyperthermie peut aussi bien faire redouter une perforation et une courbe cyclique régulièrement poursuivie sans modifications laisse, fait bien plus grave puisqu'on ne s'en méfie point, parfois évoluer une perforation réelle.

4° *Le pouls.* — D'après Trousseau, Potain, Lereboullet, le pouls s'accélérerait brusquement au moment de la perforation. Dieulafoy, Harte sont du même avis, Briggs indique même que le nombre des pulsations s'accroît subitement de vingt à la minute. Broudic ne conteste pas l'accélération du pouls, mais dit qu'elle n'est pas constante. Hartmann, Rochard, Morestin ont noté la rapidité du pouls chez leurs malades, par contre Michaux, Moty, Picqué n'ont pas trouvé d'accélération notable.

Il est bien entendu que tous ces auteurs entendent l'accélération précoce, sans que le pouls soit lui-même misérable.

Il convient de se rappeler que le pouls est relativement peu rapide par rapport à la température dans la dothiénentérie. Il bat souvent à 90-100 avec une température de 39-39°5. Un pouls de 110-120 sera donc déjà un pouls accéléré, à condition que cette accélération soit constante et constatée pendant le repos du malade.

5° *Le ballonnement du ventre*, classique pour Trousseau, est en réalité un signe rare et tardif, et sans grande valeur.

La *disparition de la matité hépatique* est un signe plutôt théorique; les gaz de l'intestin passant à travers la perforation vont s'accumuler à la face supérieure du foie qu'ils décolleraient de la paroi abdominale. Morestin, à la Société de chirurgie, a constaté un cas de disparition de la matité hépatique. Nous

verrons, au chapitre du diagnostic combien ce signe pathognomonique est difficile à interpréter.

6° La *matité dans les flancs*, due aux matières intestinales répandues dans l'abdomen ou aux exsudats péritonéaux a été notée, entre autres par Michaux. Mais c'est un signe rare et surtout bien tardif. Nous en dirons autant du *bruit hydro-aérique*, signalé par Lewaschoff (de Kazan).

7° Les *vomissements*, pour Briggs, accompagnent un quart des cas de perforation. Mais ils sont tardifs. Il nous souvient d'un cas de perforation absolument latente qui ne se révéla que par des vomissements porracés abondants; l'opération pratiquée deux heures plus tard montra une péritonite généralisée purulente.

A la société de chirurgie, *tous* les auteurs ont noté l'absence de vomissements et même de nausées dans les cas qu'ils ont opérés. Cette unanimité prouve en tout cas que le vomissement n'est pas un signe précoce.

8° Du *hoquet*, nous en dirons autant, malgré l'opinion du professeur Dieulafoy qui le considère comme fort important. Morestin il est vrai l'a noté une fois.

9° La *miction douloureuse* est un signe nouveau indiqué par Sieur pendant la discussion à la Société de chirurgie (1908). Il ne serait pas exceptionnel puisque, dans la même discussion, Picqué, Delbet ont pu en rapporter chacun un exemple, et tirerait son importance de ce que les malades l'accusent spontanément. Naturellement il est dû à la péritonite périvésicale, mais il serait comme la douleur assez précoce.

10° La *suppression des selles* est un autre signe indiqué par Sieur. Morestin l'a signalée incidemment. Ce signe peut prendre une grande valeur s'il survient justement dans les formes à diarrhée intense et persistante. S'il y avait dix, quinze selles spontanées par jour, il est incontestable que la suppression brusque du flux diarrhéique prend une importance considérable.

11° L'*inspiration à type costal* est encore un signe de péritonite tardive, corollaire du météorisme.

12° L'*épilepsie spinale du côté de la perforation*, à droite le plus souvent, indiquée par le professeur Chantemesse lors de la discussion à la Société de chirurgie serait précoce, mais quelquefois seulement ébauchée.

13° *Deuxième signe de Brown*. Brown, outre le signe de déplacement du point douloureux maximum, a indiqué un second symptôme. Quand on place le sthétoscope au niveau de la région habituelle des perforations et qu'on applique brusquement l'oreille sur le pavillon, on perçoit des crépitations fines sur une étendue limitée, de 5 centimètres de diamètre, qui témoignent de la péritonite encore localisée.

14° *L'apparition brusque de la leucocytose polynucléaire* a été invoquée comme signe précoce de perforation, c'est-à-dire comme signe de péritonite au début, elle serait plus précoce que l'accélération du pouls; ce serait un des *premiers* symptômes survenant dans les heures qui suivent la perforation : c'est du moins l'opinion des auteurs américains (Briggs, Russel, Cushing).

On sait que, dans le cours de la fièvre typhoïde normale, le nombre des globules blancs est diminué. Si au lieu de cette leucopénie on constate une leucocytose, ou plutôt si à cette leucopénie constatée antérieurement on voit succéder une brusque leucocytose polynucléaire, dénonçant l'infection surajoutée, le signe aurait beaucoup de valeur. Et de fait, Briggs trouve 13.200 globules blancs dans un cas, 31.600 dans un autre, Russel note 28.000 et 32.000. Mais ce signe peut manquer dans la perforation, de l'aveu même de Briggs et de Russel : ils ont trouvé 4200 et même 3000 globules blancs avec une perforation constatée. Il faut d'ailleurs remarquer que la leucocytose baisse souvent très rapidement au moment de la période d'intoxication d'une péritonite. Nous verrons en outre que la polynucléose peut se rencontrer dans d'autres cas.

15° *Chute de l'indice opsonique*. — Milhit, dans sa très consciencieuse thèse sur les opsonines, signale le fait constant de la chute de l'indice opsonique. Le pouvoir opsonique étant de 0,80 à 1,40 chez l'individu normal pour le bacille d'Eberth, l'indice opsonique est de 1,70 au début de la dothiénentérie, et s'élève à 3,50, ou 4 pendant la période d'état. Au début d'une perforation, l'indice opsonique tombe brutalement à 2,50, ou 2, et en vingt-quatre heures s'abaisse jusqu'au-dessous de l'unité.

IV

Diagnostic. — Tantôt, nous l'avons dit, la perforation est latente et ne s'annonce que par quelques signes dont nous venons de faire l'énumération, tantôt le tableau de la perforation est au complet puisque tous les signes sont réunis. Le diagnostic se posera différemment dans chacun de ces cas. Dans le premier cas, tout l'effort du clinicien doit tendre à analyser l'un des signes qui se présentent, hypothermie, douleur, etc., et de le différencier des mêmes signes qui se présentent pendant la fièvre typhoïde sous l'influence d'autres causes nombreuses.

Dans le second cas, au contraire le clinicien est tenté de faire immédiatement le diagnostic de perforation : c'est alors qu'il doit se souvenir des fausses perforations qui les simulent presque complètement.

Premier cas. — Il nous faut, revenant sur la plupart des signes énumérés, indiquer quelles autres causes peuvent les provoquer.

1° *Douleur*. — α. Il faut d'abord se souvenir que la douleur dans la fosse iliaque droite est un symptôme normal de la fièvre typhoïde ; il n'est pas rare de le voir très accentué, quand les ulcérations sont très nombreuses. Il se peut encore qu'elle s'accentue et soit accusée spontanément par des malades, généralement des femmes nerveuses, en pleine période d'état. Une distension éphémère de l'iléon par des gaz peut en être la cause.

Cette variété de douleur n'a pas la soudaineté de la douleur de la perforation, et elle ne s'accompagne pas d'autres symptômes.

β. Le point de côté anormal d'une pleurésie, ou d'une pneumonie, signalé par Briggs, se discute à peine, si le médecin ausculte régulièrement son malade.

γ. La douleur causée par la thrombose des veines iliaques est beaucoup moins vive, et non pas subite; elle siège bas au-dessus de l'arcade de Fallope, elle est profonde, enfin comme la phlébite de la fémorale elle siège plutôt à gauche, et s'accompagne bientôt d'œdème.

δ. La rupture du grand droit de l'abdomen a bien un caractère de brusquerie, mais la douleur qu'elle provoque est plus médiane et, fait capital, elle s'accompagne d'un hématome inclus dans la gaine du grand droit, tumeur qui se durcit lorsque le malade esquisse le mouvement de s'asseoir. On en pourrait dire de même pour l'abcès du grand droit.

ε. La douleur due à la perforation de la vésicule biliaire siège plus haut, au point cystique il est rare qu'il n'y ait pas eu quelque phénomène de cholécystite auparavant.

2° La *douleur à la miction* de Sieur peut être confondue avec la rétention d'urine. La rétention d'urine, même sans péritonite, est assez fréquente chez les malades plongés dans le tuphos; elle s'accompagne d'une douleur vague; et l'on sent le globe vésical rempli de liquide.

3° Le *météorisme* et la *disparition de la matité hépatique* sont souvent corollaires : le météorisme est fréquent dans la dothiénentérie à allure sévère. Parfois il est tellement marqué que le foie, basculé en arrière, n'est plus perceptible au doigt qui percute. Dans ce cas, il y a dyspnée et tachycardie, la respiration prend évidemment le type costal supérieur.

Tous ces phénomènes n'ont pas un caractère de brusquerie, ils s'installent lentement; le pouls s'il est rapide n'est pas péritonéal, comme on s'attendrait à le trouver s'il s'agissait d'une péritonite à ce stade ultime.

4° La *rétraction de l'abdomen* peut exister sans complication, néanmoins elle est rare, ainsi que la contracture, le « ventre de bois » qui ne se manifeste en dehors de la perforation que si l'on aborde brutalement l'abdomen avec la main froide.

5° Les *vomissements*, quoique rares, surviennent parfois spontanément chez les typhiques en dehors de toute perforation ; ils ne sont pas porracés.

6° La *suppression des selles* est un signe trop délicat à analyser. D'ordinaire on administre deux lavements froids chaque jour au malade; il n'a pas de selle très souvent entre ces lavements.

7° La *tachycardie* peut reconnaître bien des causes : α) c'est tantôt une complication pulmonaire; β) tantôt une hémorragie; γ) tantôt une myocardite, le pouls bat à 120-140, le cœur est faible, on peut voir des lypothymies mais ces phénomènes s'installent progressivement; δ) il faut enfin se rappeler que le pouls est assez instable dans la fièvre typhoïde : le mouvement, les soins incessants donnés au malade peuvent faire varier le nombre des pulsations de dix en moins ou en plus; aussi faut-il pour admettre les données de Briggs, que l'accélération soit constante et constatée pendant le repos du malade.

8° L'*élévation thermique* peut être due à une complication intercurrente (pneumonie, etc.); elle peut être en rapport avec une hypothermie antérieure comme nous allons le voir.

9° *Abaissement de température, hypothermie.* — α. Nous ne nous arrêterons pas longtemps à signaler des causes évidentes d'abaissement thermique. Ainsi un *avortement*, une *épistaxis* très abondante provoquent la chute de la température ; les *processus gangréneux* assez fréquents dans la typhoïde sont parfois hypothermisants. C'est ainsi que Lorain a constaté une température de 34 degrés dans un cas de gangrène pulmonaire.

β. Beaucoup plus délicates sont les *hypothermies transitoires* si fréquentes, et qui s'expliquent bien par la loi de la constance moyenne de la température de Chantemesse. Selon cette loi, la température pendant la période d'état reste à peu près constante chaque jour, c'est-à-dire qu'elle oscille entre 39°5, 40 degrés, à condition qu'on fasse la moyenne de toutes les températures d'un seul jour (Chantemesse et Podwisotski, *Les Processus généraux*, art. Fièvre). Mais dans la même journée, elle subit des écarts parfois très considérables. La moyenne étant à peu près constante, l'expérience démontre qu'un abaissement thermique considérable sera suivi d'une élévation considérable compensatrice, et inversement, de telle sorte qu'une température isolée pourra être très basse ou très élevée, sans que pour cela il s'agisse de complication.

C'est ainsi qu'on observe l'hypothermie après le *bain froid*, et d'autant plus marquée que la température du bain est plus basse, et que la température du malade a été prise plus tôt après le bain.

C'est ainsi encore qu'on peut observer de l'*hypothermie* après l'administration intempestive de *quinine* (Legendre) ou de *pyramidon*; même de petites doses de dix centigrammes suffisent pour ce dernier médicament à provoquer une chute parfois remarquable de la température, avec sueurs et cyanose, suivie d'une réascension compensatrice.

Wunderlich a signalé une *hypothermie relative* dans la courbe cyclique régulière entre le septième et le onzième jour : notons ici que la moyenne elle-même peut être abaissée : d'ordinaire il s'agit d'un abaissement d'un demi ou 1 degré au grand maximum.

Très souvent l'hypothermie de la *première rémission d'un stade amphibole* surprend et fait réellement penser à la perforation. La température était régulièrement en plateau à 39°5 et brusquement voilà que le matin elle est par exemple à 37°5 : c'est bien alors le cas de se rappeler la loi de la constance et de la moyenne des températures de Chantemesse, on peut dire à coup sûr que la température dépassera le soir 39°5, et que tout compte fait, la moyenne de la température sera sensiblement la même que celle de la veille et que la différence ne se mesurera que par dixièmes de degré.

γ. L'hypothermie de l'hémorragie intestinale peut

faire craindre la perforation. Dans l'hémorragie, pour Dieulafoy, la température remonte rapidement, tandis qu'elle ne remonte que très lentement dans la perforation. De plus, il n'y a pas de douleurs, pas de contracture de l'abdomen.

Briggs, Mac Crae conseillent dans ce cas la numération des globules rouges et la mensuration de l'hémoglobine, il y aurait diminution parallèle. Cela ne renseignera pas dans le cas de perforation et d'hémorragie associées.

δ. L'hypothermie peut être encore persistante. C'est ainsi que M. Chantemesse a décrit un syndrome d'*hypothermie relative avec délire*, d'un pronostic très grave qui apparaît en pleine période d'état : la température se maintient entre 37 et 38 degrés, la tension artérielle est remarquablement abaissée, mesure 8 à 9; enfin il existe un délire violent. Milhit dans un cas de ce genre a constaté aussi l'abaissement de l'indice opsonique. Pas d'autres symptômes, le syndrome s'installe insidieusement et ne ressemble, guère pour qui le connaît, à la perforation dans laquelle le délire est loin d'occuper le premier rang.

ε. L'*hypothermie permanente* peut encore se montrer dans ces formes rares de fièvre typhoïde qui, à la convalescence ou à la défervescence, présentent un état d'intolérance gastrique, avec vomissements incoercibles et diarrhée profuse. La température dans ce cas est autour de 35, 35°5. L'intolérance gastrique est absolue, le nombre des selles peut dépasser 40; l'aspect du malade est celui du cholérique, la déshydratation des tissus est extrême. Naturellement cet état, qui dure plusieurs jours, ne peut être confondu avec le tableau de la perforation : il faut cependant le connaître.

Deuxième cas. — Si maintenant l'aspect du malade indique nettement une perforation, il faut encore distinguer celle-ci des fausses perforations.

Il est sans intérêt en effet de vouloir différencier une péritonite due à la perforation intestinale d'une péritonite due à la rupture d'une cholécystite suppurée, d'une appendicite paratyphoïde de Dieulafoy, ou d'une péritonite par propagation : l'intervention ne s'impose-t-elle pas dans tous ces cas?

Il n'en est pas de même s'il s'agit d'une fausse perforation, car bien qu'on en ait dit, la laparotomie n'est pas innocente chez un typhique. Mais le diagnostic est fort difficile et presque tous les chirurgiens ont opéré de bonne foi des malades, certains de trouver une perforation qui n'existait pas.

Voyons les fausses perforations :

1° Il y a d'abord un syndrome causé par la dégénérescence aiguë du foie et décrit par M. Roger. Il est caractérisé par une hypothermie rapide et persistante, des douleurs abdominales, des vomissements, du hoquet, le ventre est rétracté, le facies péritonéal. La mort survient en quarante-huit heures et à l'autopsie on trouve de la dégénérescence aiguë du foie. Il n'y aurait pas de contracture de l'abdomen, malgré la rétraction.

2° Chantemesse et Tissot, puis Monnier (de Nantes) ont décrit un syndrome à peu près identique. C'est la *crise hypothermique* de Monnier. Vers la fin du premier septenaire, ou au deuxième, la température tombe brusquement très bas, 35°8, 36°4. Le facies est syncopal, les lèvres cyanosées; la respiration est fréquente, le pouls rapide, le cœur sourd, embryocardique. Cet état persiste douze, vingt-quatre heures, puis la température s'élève, les symptômes disparaissent, tandis que s'intercalent des phénomènes critiques, sueurs, polyurie, etc.

3° Enfin, dans les fausses perforations proprement dites, il n'y a pas de cause connue; les mêmes signes les caractérisent : le début brusque, la douleur, les vomissemente, l'hypothermie, la tachycardie, la rétraction du ventre, et le facies péritonéal plus impressionnant encore peut-être que dans la véritable perforation. Chantemesse en a fait opérer; Desmoulins, et tout récemment Quénu, Rochard, Tuffier, Morestin en ont opéré.

On a bien dit que la disparition de la matité hépatique, la contracture faisaient défaut. Mais ce n'est pas général, et d'ailleurs ces mêmes signes peuvent bien manquer dans la perforation.

On a cru que les recherches de la polynucléose pourront donner une indication absolue (Russel, Cushing, Briggs) : elle manque en effet, théoriquement, dans le cas de pseudo-perforation.

Cushing, Briggs ont pu le vérifier, Tuffier s'est abstenu dans un cas, devant une leucopénie manifeste et la malade a guéri. Je suis moi-même, en face d'un syndrome : douleur violente, contracture et hypothermie (2 degrés et demi), resté dans l'expectation en constatant un nombre de 5000 globules blancs. La malade a guéri : l'hypothermie était la première rémission d'un stade amphibole.

Mais une trop grande confiance en la leucopénie serait dangereuse, car Briggs, Russel ont vu des cas de perforation dans lesquels la leucocytose n'a pas dépassé 3200 et 4200 et aurait arrêté à tort la main du chirurgien, tandis qu'une fausse perforation peut s'accompagner d'une leucocytose polynucléaire considérable, il en fut ainsi dans deux interventions de Russel, où il trouva 14000 et 17000 globules blancs sans perforation.

D'ailleurs, bien des complications peuvent élever le taux des polynucléaires dans la fièvre typhoïde, et il convient d'être très prudent; il faut toujours, comme le fait Russel, avoir une numération antérieurement aux accidents, et peu de temps auparavant, afin de pouvoir comparer et n'estimer qu'une leucocytose abondante et soudaine, avec quelque autre signe clinique de perforation.

V

Pronostic. — D'après l'opinion classique, le pronostic est grave : la mort est presque fatale. Pourtant le professeur Chantemesse fait des réserves. Nous exceptons d'ailleurs les cas de perforation du rectum et de la paroi extra-péritonéale des côlons, dans le colo-typhus; il se produit dans ces cas un phlegmon périrectal ou rétropéritonéal : ces cas sont bien rares; d'autre part, dans la perforation du grêle, les adhérences peuvent ne permettre qu'un abcès enkysté qui s'ouvrira ultérieurement par anus artificiel

(cas de Zimmermann). Enfin, la perforation peut être oblitérée par l'épiploon qui vient se coller de lui-même dessus. Tels sont les cas de d'Astros, de Remlinger, de Munro et Jackson. Chantemesse a présenté à la Société de chirurgie une pièce anatomique réalisant cette oblitération.

Hartmann, lors de la discussion à la Société de chirurgie, rapporte trois cas de perforation qui ont guéri spontanément : l'une par enkystement d'un abcès, la seconde et la troisième par oblitération épiploïque constatée à l'occasion d'une appendicectomie ultérieure pour l'une d'elles et par l'autopsie pour l'autre. Cette dernière malade ayant guéri spontanément d'une première perforation, en fit une seconde : on intervint et elle en mourut.

VI

Traitement. — Ces faits de Chantemesse et d'Hartmann, et d'autre part la difficulté du diagnostic avec les fausses perforations, ont conduit Chantemesse à formuler les règles suivantes :

α. Dans les cas non sûrement diagnostiqués, temporiser et administrer au malade du nucléinate de soude qui favorise la polynucléose défensive, et employer le chauffage intermittent de l'abdomen à 60 degrés avec un appareil spécial. Buizard conseille de donner au malade la position assise de Fowler qui diminue la surface d'absorption du péritoine.

β. Dans les cas diagnostiqués avec certitude, intervention immédiate et aussi précoce que possible.

On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale et on recherche la perforation où elle est par ordre de fréquence : sur la fin de l'iléon, dans la fosse iliaque droite, depuis le cæcum jusqu'à 50, 60 centimètres de la valvule de Bauhin ; puis sur le cæcum et l'appendice (cas de Murchison, Letulle, Dieulafoy) ; puis sur le gros intestin.

Tantôt la perforation est :

1. Petite, arrondie (tête, pointe d'épingle), elle correspond à une ulcération progressive, en cratère, en entonnoir, dont le fond seul est perméable.

2. Grande, ovale, semi-lunaire, de la dimension d'une pièce de 20 ou de 50 centimes; telle est par exemple l'amputation de l'appendice; c'est l'escarrification en bloc d'une plaque de Peyer de Murchison.

3. Linéaire, et correspond à la déchirure du péritoine demeuré longtemps la seule barrière au fond d'une large ulcération qui l'a dénudé (Murchison).

On a proposé de faire l'exclusion intestinale, la résection intestinale. Ce sont là des procédés d'exception qui ne conviennent que pour les perforations multiples ou énormes. Le procédé habituel consiste à aveugler la perforation puis à l'enfouir selon le procédé de Lembert, ou bien la suturer à la paroi abdominale ou la doubler avec l'épiploon. On draine avec des drains multiples, notamment aux points déclives (Douglas, lombes).

Le pronostic des interventions est malheureusement très mauvais, parce que, d'une part, l'opération est trop tardive et surtout parce que les perforations sont parfois multiples et successives.

Le travail qui s'est fait pour une plaque tend à se faire pour une autre : tel le cas d'Hartmann.

Dans un cas d'Hoffmann on put compter jusqu'à 25 perforations.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne pouvons énumérer ici la liste considérable — plus de 500 — de travaux parus sur cette question. On trouvera cette bibliographie dans la thèse de BUIZARD : *Du traitement chirurgical de la perforation intestinale typhique*, Paris 1909, Jouve, édit. Nous rappelons seulement les principaux travaux.

ARMSTRONG. *Ann. of. surg.*, nov. 1902.

BLAIRE (J.). *Contribution à l'étude des fausses perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1904. — BRIGGS (C. E.). *Amer. Journ. of the med. Sc.*, janv. 1902; — *Ibid.*, mai 1903. — BRIGGS (J. B.). *Boston med. a. surg. Journ.*, 1903, t. CXLIX. — BROUDIC (L.). *Etude sur les premiers signes indicateurs de la perforation intestinale chez les typhiques*, Th. de Paris, 1904. — BROWN. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 fév. 1909, p. 695.

CHANTEMESSE. *Traité de méd.* Charcot-Bouchard; — *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 8 mai 1908. — CHANTEMESSE et PODWISOTSKI. *Les processus généraux*, t. II. — CUSHING. *John's Hopkin's Hosp. Bull.*, 1898, t. IX, p. 257 ; — *Phil. med. Journ.*, 1900, t. V, p. 501 ; — *Ann. of surg.*, 1901, t. XXXIII; — *Arch. gén. de méd.*, 1901, t. V, p. 34.

DIEULAFOY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 oct. 1896.

ELSBERG. *Ann. of surg.*, juillet 1903, t. XXXVIII.

HARTE. *Ann. of surg.*, juillet 1903. — HARTE et ASHURST. *Ibid.*, 1904; — *Boston med. Journ.*, juillet 1907.

JACCOUD. *Clin. Med.*, 1885.

KEEN. *Courrier méd.*, Saint-Louis 1904, t. XXXI.

MAC CRAE. *Trans. of the Ass. med. phys.*, Philadelphia 1903, t. XVIII. — MILHIT. *Les opsonines*, Th. de Paris, 1909. — MONNIER. *Gaz. méd. de Nantes*, 2 mars 1907. — MOTY. *Gaz. des hôpit.*, 9 juillet 1908.

PEDARRÉ. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical, etc.*, Th. de Paris, 1902.

ROGER. *Presse méd.*, 1900. — ROY. *Les péritonites par propagation*, Th. de Paris, 1907. — RUSSEL. *Bost. med. and surg. Journ.*, 1901, p. 144 ; — *Montreal med. Journ.*, 1903, t. XXXII.

SETBON. *La perforation intestinale de la fièvre typhoïde des enfants*, Th. de Paris, 1902. — SHATTUCK. *Boston med. and surg. Journ.*, 1907, t. CLVII, p. 75.

Et aussi *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mars, avril et mai 1908.

FORMULAIRE

UN PROCÉDÉ SIMPLIFIÉ DE TRAITEMENT DE L'HYPERHYDROSE PLANTAIRE OU PALMAIRE PAR LE FORMOL

Le docteur Vladimir de Holstein rapporte dans le *Bulletin médical* un procédé préconisé par M. K. Gerson permettant d'employer le formol contre les sueurs fétides des pieds et des mains. Ce procédé consiste à porter des chaussettes ou des gants imprégnés de solution alcoolique à 5 ou 20 p. 100 de formol du commerce, lequel, comme on sait, est à 40 p. 100.

A cet effet, on prescrira :

Formol du commerce..... 25 à	100 grammes.
Eau de cologne..............	20 —
Alcool rectifié...............	Q. s. pour faire 500g de liquide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1910)

Fixation de la tuberculine sur la substance nerveuse. — MM. G. GUILLAIN et G. LAROCHE. Depuis les recherches de Lingelsheim et de Borrel sur la toxicité des injections intra-cérébrales de tuberculine chez le cobaye, on sait que cette toxine constitue un poison extrêmement violent pour l'animal lorsqu'elle est introduite directement au contact des centres nerveux. Les auteurs ont pu démontrer in vitro cette affinité de la substance nerveuse vis-à-vis de la tuberculine par injection intra-cranienne de cerveau de cobaye aseptique broyé mis en contact avec la toxine et lavé à plusieurs reprises dans du sérum artificiel stérilisé. Les animaux meurent rapidement avec des symptômes analogues à ceux obtenus par Borrel par injections intra-cérébrales de tuberculine. La substance nerveuse fixe non seulement la tuberculine, mais elle active nettement ses effets.

D'autre part, avec Gougerot et J. Troisier, ils ont constaté in vitro l'action destructive de la substance nerveuse vis-à-vis du bacille de Koch, fait démontré in vivo par Renaud. Ces deux séries de faits expérimentaux s'accordent bien d'une part avec les accidents parfois foudroyants observés au cours des méningites tuberculeuses, et d'autre part avec la rareté de lésions histologiquement tuberculeuses dans les centres nerveux.

Action des parathyroïdes sur l'ostéogénèse. — M. L. MOREL. La parathyroïdectomie est suivie d'un véritable diabète calcique. M. Morel a recherché les modifications qui en résultaient dans l'ostéogénèse. D'autre part, il a recherché l'action de la médication parathyroïdienne sur l'accroissement de l'os.

Sur des animaux non encore adultes (lapins), il a constaté que l'administration d'extrait parathyroïdien favorise l'ostéogénèse, indépendamment de la richesse en Ca des aliments fournis. Sur des animaux adultes, l'ostéogénèse ne semble pas influencée par la médication thyroïdienne.

L'os fracturé se consolide très lentement chez le chat parathyroïdectomisé. Le retard à la cicatrisation osseuse porte sur la substitution du cal osseux au cal cartilagineux.

Ce fait avait déjà été constaté par Canal (de Padoue). Mais contrairement à cet auteur, M. Morel ne l'a constaté que sur des animaux jeunes, non adultes. Dans ce cas, on l'observe même après parathyroïdectomie partielle.

Indice opsonique, valeur phagocytaire dans la leucémie aiguë. — MM. PARON et G. FOY étudient au point de vue de leurs propriétés vitales les globules blancs de deux cas de leucémie aiguë observés dans le service du docteur Vaquez. Ils mettent le sérum et les globules blancs de leurs malades successivement en présence de sérum et de globules blancs normaux et d'une émulsion de bacilles typhiques, expériences qui ont déjà été faites pour la leucémie myéloïde chronique et différents états anémiques.

Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1° Seuls les polynucléaires sont capables de phagocyter, les gros mononucléaires qui sont dans ce sang en énorme majorité (80 p. 100) restent absolument inactifs ;

2° L'indice opsonique est très abaissé, caractère commun à la leucémie aiguë, à la leucémie myélogène et à différents états anémiques ;

3° La valeur phagocytaire des polynucléaires est très augmentée, ce qui s'explique par un phénomène de suppléance.

Ces faits ne prouvent aucunement qu'il y a opposition entre leucémie aiguë et leucémie myéloïde, mais seulement que les gros mononucléaires du sang de la première qui sont considérés comme cellules primordiales sont des éléments beaucoup trop jeunes pour être doués du pouvoir phagocytaire que possèdent les myélocytes du sang de la seconde affection.

Choline et ovaire. — MM. H. BUSQUET et V. PACHON. L'extrait d'ovaire dans l'eau salée physiologique conserve son effet hypotenseur, et dans son intégralité, chez l'animal atropiné. La choline, dont l'atropine fait disparaître tout effet hypotenseur, n'est donc, à aucun degré, l'élément hypotenseur de l'extrait d'ovaire.

Le foie des scarlatineux. — MM. Pierre TEISSIER et René BÉNARD ont examiné systématiquement le foie de 3 500 scarlatineux adultes au cours de la récente épidémie. Ils ont trouvé cet organe très souvent touché : augmentation de volume, parfois considérable, douleur à la percussion, teinte ictérique de la peau, urobilinurie, cholémie parfois très intense, sont les principaux signes qui traduisent l'altération hépatique. Ces phénomènes sont d'ailleurs transitoires, et, sauf chez les éthyliques avérés, disparaissent complètement à la fin de la maladie.

La résistance globulaire dans la scarlatine avec troubles hépatiques. — MM. Pierre TEISSIER et René BÉNARD, de leurs recherches portant sur 113 cas de scarlatine, concluent que la scarlatine sans manifestations hépatiques ne modifie pas la résistance globulaire. Dans les scarlatines à symptômes hépatiques, sans complications, la résistance est tantôt normale, tantôt augmentée. Cette augmentation n'est d'ailleurs que de peu de durée et traduit d'une part le caractère transitoire de l'altération, et d'autre part l'origine hépatogène de cet ictère.

Le liquide ascitique est-il stagnant ou circulant? — MM. A. GILBERT et A. PHILIBERT. L'ascite de la cirrhose est-elle un liquide stagnant ou circulant? Si le liquide est en circulation, la quantité de liquide mesure non pas la transsudation effectuée mais bien la différence entre la transsudation et la résorption ; elle représente en outre une voie dérivative de la circulation. MM. Gilbert et Philibert ont injecté dans l'ascite tantôt du bleu de méthylène, tantôt du salicylate de soude, puis ont recherché l'apparition de ces substances dans l'urine. Dans dix cas d'ascite cirrhotique, le bleu est apparu dans l'urine au bout d'un espace de temps variant de une heure à une heure et demie, et l'élimination s'est prolongée de 45 à 75 heures. La tension de l'ascite ne semble avoir qu'une influence médiocre sur la précocité de la résorption du bleu.

Par des ponctions exploratrices de l'ascite, on constate que le bleu introduit *in vivo* dans l'ascite y est transformé en trois heures en chromogène ; au bout de vingt-quatre heures, on ne le retrouve plus. Cependant l'élimination du bleu par l'urine continue. Ce bleu n'a cependant pas été englobé par les cellules libres, car ces éléments cellulaires, après centrifugation et examen sans coloration, se montrent libres de tout enclave de bleu.

MM. Gilbert et Philibert pensent que le bleu est probablement sous la forme d'un leuco-dérivé non décelable, état dans lequel il se trouve dans le sang selon Castaigne.

Cette transformation du bleu en chromogène est sans doute le résultat de l'activité spéciale de la séreuse péritonéale, car le bleu, mis *in vitro* dans du liquide d'ascite, y persiste pendant quinze jours et plus.

Il y a lieu de conclure, en outre, à la résorption du bleu dans l'ascite cirrhotique, par la séreuse péritonéale. On connaît la grande activité résorbatrice de cette séreuse. Il n'est pas étonnant qu'elle soit conservée au cours de la cirrhose, où les altérations péritonéales sont minimes et secondaires. La résorption du bleu implique-t-elle la résorption de l'ascite?

Les auteurs ne peuvent évidemment l'affirmer mais pensent qu'il y a tout lieu de le présumer.

Election. — M. Ph. PAGNIEZ est nommé membre titulaire, par 39 voix sur 63 votants.

Communication faite le 29 janvier 1910.

Fièvre de Malte et dothiénentérie. — MM. LAGRIFFOUL et ROGER ont observé assez fréquemment (14 fois sur 43 cas) l'association entre ces deux maladies. Normalement le sérum des typhoïdisants n'agglutine pas le micrococcus melitensis et inversement le sérum des individus atteints de fièvre de Malte n'agglutine pas le bacille d'Eberth. Des sérums provenant d'animaux immunisés en vue de la sérothérapie de la fièvre typhoïde, doués d'un très fort pouvoir agglutinatif vis-à-vis du bacille d'Eberth (jusqu'au millionième) n'agglutinent pas au 1/30 le micrococcus melitensis.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 103, 29 déc. 1909.) A. CHARPENTIER : Les hémiplégies (*fin*). — (N° 1, 1er janv. 1910.) M. FERRON : La méningite cérébro-spinale épidémique dans les Landes. — (N° 2, 5 janv.) GRANJUX : La doctrine et la pratique dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée. — (N° 3, 8 janv.) J. BERTIER : Recherches sur la bacillurie tuberculeuse au cours de la tuberculose pulmonaire. — PLICQUE : Le traitement des asthénies. — (N° 4, 12 janv.) A. BROCA : Ankylose temporo-maxillaire par chute sur le menton.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 2, 8 janv. 1910.) STÜHMER : Sur l'inactivation par agitation des composants du sérum hémolytique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 6 janv. 1910.) TRENDELENBURG : Sur la commotion cérébrale. — WINDSCHEID : Sur la commotion cérébrale. — RIEDEL : L'étranglement d'une courte anse intestinale dans les anneaux inguinal et crural. — FRANKE : Sur l'épicondylite de l'humérus. — SIPPEL : Sur les dangers des injections sous-cutanées salines dans l'éclampsie. — HAAB : Diagnostic et traitement du glaucome. — BURGI : L'action des combinaisons narcotiques. — HILDEBRANDT : Sur les glycosides de l'organisme. — VOSS : Sur la question de la dégénérescence et de la démence dégénérative. — SARBO : Sur un cas opéré de leptoméningite chronique circonscrite de la région centrale. — SCHMITZ : Elévation du bassin pour la guérison des fistules appendiculaires. — ROTHE : Sur l'agglutination du sporotrichum de de Beurmann par le sérum des actinomycosiques. — ROSENSTERN : Instillations rectales dans le spasme du pylore. — BADER : Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme masculin externe. — HERZENBERG : Un nouvel instrument pour tirer en arrière les parties molles pendant les amputations.

Journal des praticiens. — (N° 1, 1er janv. 1910.) MARION : A propos de l'incontinence infantile. — HUCHARD : Erreurs cliniques et thérapeutiques en cardio-pathologie. — (N° 2, 8 janv.) BAR : La môle vésiculaire. — QUÉNU : La talalgie. — HUCHARD : Erreurs cliniques et thérapeutiques en cardio-pathologie. — (N° 3, 15 janv.) GOUGET : Diagnostic et prophylaxie de la fièvre de Malte. — HUCHARD : Erreurs cliniques et thérapeutiques en cardio-pathologie. — (N° 4, 22 janv.) LEGUEU : L'infiltration d'urine. — Ch. SABOURIN : Sur le bruit de pot fêlé pulmonaire.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 2, 13 janv. 1910.) A. BAYET : Le traitement des névrodermites par le radium. — (N° 3, 20 janv.) MAHILLON : Le climat de la Côte d'Azur et ses indications.

Medizinische Blætter. — (N° 2, 8 janv. 1910.) ZAHRADNICKY : Le traitement de l'appendicite. — JELINEK : Sur le traitement des affections bronchiqnes. — (N° 3, 15 janv.) J. SCHONKA : Sur le mode d'apparition de la poliomyélite infectieuse.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 8 janv. 1910.) SEITZ : La mortalité infantile à l'accouchement et la lutte contre elle. — EBER : La transformation de bacilles tuberculeux humains en bacilles du type bovin. — LŒWENFELD : L'état actuel de la psychothérapie. — FORLANINI : Un cas d'abcès pulmonaire durant depuis six ans et traité par le pneumothorax artificiel. — ECCARD : Sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde endémique surtout chez les internés. — NADOLECZNY : Opération des amygdales pharyngiennes et troubles de la parole. — KLOSE : La présence de bacilles tuberculeux dans les selles des phtisiques indique-t-elle une tuberculose intestinale ? — SITTLER : Ascite chez le nouveau-né guérie par des ponctions répétées. — JANSSEN : Sur la question de la narcose intra-veineuse. — HENRICH : Un cas de carcinome cutané après traumatisme. — HEIDENHAIN : Faits de pratique. — MACHOL : Le traitement chirurgical et orthopédique de la paralysie spinale infantile.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 2, 9 janv. 1910.) KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — KALMAR : Plaie pénétrante de l'abdomen et de la paroi utérine avec blessure du fœtus. Guérison. — (N° 3, 16 janv.) KUTHY : Progrès du diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — AUSZTERVEIL : Sur le traitement électrique de l'épididymite aiguë.

Province médicale. — (N° 52, 25 déc. 1909.) P. SPILLMANN et M. PERRIN : Fréquence des insuccès du traitement antisyphilitique. — (N° 1, 1er janv. 1910.) L. BÉRARD et M. PATEL : Tuberculose rénale massive, fermée d'emblée. Néphrectomie par voie antérieure. — A. CHARRIER : Des abcès dans les épididymites blennorragiques. — (N° 2, 8 janv.) SOUBEYRAN : Vingt-quatre hystérectomies abdominales pour fibromyomes de l'utérus. — (N° 3, 11 janv.) VAN BOGAERT : Orthostatisme rénal. — (N° 4, 22 janv.) A. CADET et J. CHALIER : Contribution à l'étude des hématies granuleuses. — P. GIRARD : Traitement des affections hépatiques par l'acide oléique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 1, 6 janv. 1910.) HELLY : Fonctions énergétique et biotique. — GLAESSNER et SINGER : Acides biliaires comme laxatifs. — BAUER et HIRSCH : Contribution à la nature de la réaction de Wassermann. — REUSS et SPERK : Influence de la restriction du sucre sur les symptômes d'irritation intestinale dans les troubles de nutrition du nourrisson. — SCHÜTZ et VIDEKY : Sur l'éclaircissement de l'étiologie des affections oculaires phlycténulaires. — HANDEK : Diagnostic radiologique d'une cavité creuse anormale dans l'abdomen.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 19. — MARDI 15 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. MARDI 15 FÉVRIER 1910. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.** L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Nous recevons de M. le doyen la réponse suivante :

« Paris, le 12 février 1910.

Monsieur le Directeur gérant,

A la requête que vous insérez aujourd'hui dans la *Gazette des Hôpitaux*, comme à la lettre que vous adressez au doyen, je suis heureux de pouvoir répondre immédiatement, que, n'ayant pas un instant, cessé de me préoccuper — pour parer dans la mesure du possible aux perturbations jetées dans nos services par l'inondation des caves et l'interruption de l'éclairage — de réassurer le fonctionnement des examens, des cours, des laboratoires et de la bibliothèque, je me suis entendu depuis plusieurs jours avec M. le bibliothécaire en chef pour que fût fait le service de nos réserves. Ce service sera assuré au moyen de lampes électriques de poche. La bibliothèque fonctionnera donc avec recours aux réserves, tout en nous assurant, au mieux, contre la crainte d'incendie que nous ne saurions pas avoir en utilisant tout autre mode d'éclairage; le gaz, par mesure de prudence, ne pénétrant pas dans les magasins de livres.

La bibliothèque ouverte à onze heures le restera jusqu'à la tombée du jour, ce qui donne actuellement six heures et demie de travail.

Quant à l'antique lampe Carcel à laquelle vous faites allusion, nous n'en possédons aucune, et la posséderions-nous, nous n'oserions pas nous en servir.

Veuillez, monsieur le Directeur gérant, dire à vos lecteurs ce que nous venons de faire en ajoutant que nous nous ingénions à faire au jour le jour mieux le lendemain que la veille; et croyez à mes meilleurs sentiments. »

Le doyen,
Dr LANDOUZY.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Triboulet, Vaquez, Hutinel, Thibierge, Pierre Marie, Balzer, Gouget, Siredey, qui acceptent; Hirtz et Dalché, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 11 février 1910. — MM. Marcorelles, 7; Sédillot, 10; Rol, 4; Lucas-Championnière, 5; Héricourt, 11; Strauss, 7; Lamarre, 4; Hébrard, 10; Durand (Henri), 12; Ohanianz, 7; Bezançon, 10.

Séance du 12 février. — MM. Morancé, 14; Michaux, 2; Castex, 7; Gougelet, 9; Paraf, 10; Ferrand, 8; Baudouin (Emile), 7; Cleisz, 9.

Anatomie. — Séance du 11 février. — MM. Croissant, 9; Gouverneur, 7; Bloch (Jacques), 11; Dufourmentel, 9; Lehmann (Pierre), 5; Tzanck, 13; Gautier (Claude), 12; Escallier, 11.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES DE MARSEILLE. — Sont nommés conférenciers à l'Ecole pour l'année 1910 :

M. le docteur Treille, médecin inspecteur général du corps de santé des colonies, en retraite, professeur de clinique exotique à l'École de médecine de Marseille.

M. le docteur G. Raynaud, médecin en chef des colonies, en retraite, chargé de cours à l'Ecole de Marseille

M. le docteur Torel, médecin principal de la marine, hors cadres, directeur de la santé à Marseille.

M. le docteur Beltrami, diplômé de l'Ecole dentaire supérieure.

M. le médecin vétérinaire Huon, directeur des abattoirs de Marseille.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (SERVICE DE M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU.) — *Conférences sur la pathologie intestinale*, par MM. Albert MATHIEU et Jean Ch. ROUX. — 16 février : M. J.-Ch. Roux. Valeur séméiologique des méthodes d'examen de la digestion intestinale.

17 février : M. A. Mathieu. Etude des réactions coliques.

23 février : M. J.-Ch. Roux. La digestion duodénale. Les méthodes d'examen de la digestion pancréatique et biliaire.

24 février : M. A. Mathieu. Etude des réactions coliques.

2 mars : M. J.-Ch. Roux. Physiologie pathologique de la diarrhée.

5 mars : M. A. Mathieu. Les fausses diarrhées.

9 mars : M. J.-Ch. Roux. Traitement de la diarrhée.

10 mars : M. A. Mathieu. Les colites muqueuses.

16 mars : M. J.-Ch. Roux. La constipation chronique non spasmodique et son traitement.

17 mars : M. A.-Mathieu. La colite dysentériforme.

Les conférences ont lieu dans la salle de consultation (20, rue de Citeaux), à onze heures.

Une seconde série de conférences commencera le 7 avril.

LES DISSOCIATIONS

DU

SYNDROME DE CLAUDE BERNARD-HORNER

SELON LE SIÈGE DES LÉSIONS

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE,
Médecin des hôpitaux,
et A. CANTONNET,
Chef de clinique ophtalmologique à la Faculté.

De nombreuses lésions du système sympathique, portant sur les centres, le tronc ou les filets, s'accompagnent de troubles oculaires. Il est classique de distinguer, selon le mode d'action de la cause, le syndrome oculo-sympathique d'excitation et le syndrome oculo-sympathique de paralysie. Ce dernier, étudié expérimentalement par Claude Bernard et cliniquement par Horner, est le seul sur lequel porte la présente étude.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner, ou syndrome oculo-sympathique de paralysie, est caractérisé par la présence, du côté de la lésion, de ptosis léger non paralytique, d'énophtalmie, de myosis sans altérations des réflexes, d'hypotonie du globe oculaire, de troubles vaso-moteurs et quelquefois sudoraux et trophiques de la face.

Quatre observations personnelles, où le siège de la cause a pu être exactement déterminé, nous montrent que le syndrome est rarement au complet et que ses dissociations semblent avoir un lien avec le siège de la lésion paralysante.

*
* *

Observation I [de Lapersonne et Cantonnet (1)]. — (Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.) — Femme de trente ans, dont l'œil gauche porte un signe d'Argyll Robertson typique, semblant relever d'une maladie pyrétique, survenue à l'âge de onze ans, au décours de laquelle fut constatée l'inégalité pupillaire. De plus, cet œil gauche présente depuis un ou deux ans un ptosis léger, non paralytique, et de l'énophtalmie. Il n'y a ni hypotonie du globe ni troubles vaso-moteurs ou sudoraux de la face ; il existe cependant des troubles trophiques (hémiatrophie musculaire de la face). Ces troubles oculo-sympathiques sont produits par une grosse masse ganglionnaire profonde, siégeant derrière l'angle gauche de la mâchoire, dans la région cervicale supérieure. Ces ganglions sont en rapport avec des lésions pulmonaires tuberculeuses.

Obs. II. — Femme de soixante-cinq ans, opérée il y a six ans, par le docteur Ch. Fort, d'un néoplasme du sein gauche. En juillet 1909, généralisation : du côté de l'œil droit paralysie du droit externe ; d'autre part, troubles oculo-sympathiques : ptosis et myosis caractéristiques, énophtalmie; il n'existe ni hypotonie oculaire, ni troubles vaso-moteurs ou sudoraux de la face. Ces troubles sympathiques sont dus à une énorme masse ganglionnaire cancéreuse située derrière l'angle droit de la mâchoire, comprimant à la fois l'hypoglosse et la corde du tympan, donc à la région cervicale supérieure.

(1) De Lapersonne et Cantonnet. Signe d'Argyll Robertson unilatéral avec coexistence, du même côté, d'un syndrome oculo-sympathique incomplet, *Soc. de neurol.*, 2 déc. 1909.

Obs. III. — Garçon de treize ans, examiné avec le docteur P. Foucault. Il y a dix-huit mois, il fit une chute sur des fils électriques; ils produisirent des brûlures profondes de la région cervicale inférieure gauche, avec sillon cicatriciel faisant adhérer, au niveau du bord inférieur du cricoïde, le sterno-mastoïdien au larynx et à l'œsophage; gêne de la déglutition, troubles respiratoires et cardiaques. Du côté de l'œil gauche : ptosis et myosis, énophtalmie, hypotonie du globe, troubles trophiques légers de la face, troubles vaso-moteurs; la joue gauche semble avoir reçu un soufflet; troubles sudoraux : à la vue il n'existe pas de sudation, mais au toucher l'hémi-face gauche est moite.

Obs. IV [Cantonnet (1)]. — (Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.) — Homme de cinquante et un ans. Du côté gauche : ptosis, myosis, énophtalmie, sudation très marquée de la moitié de la face. Pas d'hypotonie oculaire. La recherche de la cause de ce syndrome fait, par élimination, penser à une tumeur ou à un anévrisme aortique; à part un peu de hoquet il n'en existait aucun signe; la radiographie a cependant montré une ectasie fusiforme assez développée, à la jonction de la crosse avec l'aorte descendante.

*
* *

Ces quatre observations peuvent se résumer très simplement.

Dans toutes existe la partie motrice du syndrome oculo-sympathique de paralysie : ptosis, myosis et énophtalmie.

Dans les deux dernières, d'autres troubles viennent s'y ajouter; dans la troisième, on relève de la vaso-dilatation faciale et de l'hypotonie oculaire; dans la quatrième, l'hypersécrétion sudorale est très abondante.

Or, les lésions causales sont de siège très différent : dans les deux premières elles siègent dans la région cervicale supérieure, dans la troisième, au niveau de la région cervicale inférieure et dans la quatrième à la partie supérieure du médiastin postérieur.

L'identité des *troubles moteurs* s'explique aisément, puisque ces quatre lésions ont pu atteindre le protoneurone efférent dans son trajet entre son émergence de la moelle par la première racine dorsale et le ganglion ophtalmique, c'est-à-dire l'anse de Vieussens ou la chaîne sympathique cervicale.

L'*hypersécrétion sudorale* existant sans vaso-dilatation concomitante (obs. IV) montre l'indépendance des nerfs sudoripares vis-à-vis des vaso-moteurs. Comme l'a remarqué Luchsinger, il nous semble que cette sudation marquée, n'existant que dans le cas de lésion thoracique supérieure, peut être rapportée à une paralysie des nerfs sudo-inhibiteurs.

La sudation légère de l'observation III semble n'être produite que secondairement à la vaso-dilatation considérable qui existait dans ce cas.

L'indépendance de l'*hypotonie du globe* vis-à-vis des troubles moteurs et sa coïncidence avec la vaso-dilatation de l'hémi-face correspondante sont conformes aux expériences de Schulten et F. Franck; on sait en effet que la section du sympathique chez

(1) A. Cantonnet. Syndrome oculo-sympathique incomplet, seul symptôme clinique d'un anévrisme aortique, *Soc. d'ophtalmologie de Paris*, 14 janv. 1908.

le lapin, en un point quelconque de son trajet cervical, produit à la fois l'hypotonie oculaire et la vaso-dilatation du fond de l'œil, visible à l'ophtalmoscope à miroir agrandissant de Schulten (1).

Beaucoup plus difficile et délicate nous paraît l'interprétation des variations des *troubles vaso-moteurs* observés dans les quatre cas.

Elles ne peuvent, en effet, rentrer d'une façon univoque dans la loi de Dastre et Morat, qui s'énonce ainsi : « Dans les vaso-moteurs du sympathique, plus on se rapproche des origines médullaires, plus les effets dilatateurs prédominent ; plus on se reporte vers la périphérie, plus ils s'atténuent et tendent à disparaître et à laisser le champ à l'action, désormais exclusive, des constricteurs (2). » Autrement dit, les fibres inhibitrices diminuent à mesure que l'on s'éloigne de la moelle. Donc, toutes choses égales d'ailleurs, une section des vaso-moteurs de la face entraînera une vaso-dilatation d'autant plus grande qu'elle sera plus éloignée de leur origine médullaire, parce qu'elle atteindra plus de vaso-constricteurs et moins de vaso-dilatateurs. Selon cette loi, nous aurions dû observer une vaso-dilatation plus marquée dans les lésions de la région cervicale supérieure (obs. I et II).

On peut cependant se demander si, lorsque la lésion est haut située (comme dans ces deux observations) et, partant, très périphérique, des suppléances fonctionnelles n'ont pu s'établir au moyen, par exemple, des vaso-constricteurs passant par le nerf vertébral ou les anastomoses si nombreuses de la région cervico-faciale.

Ce qui complique encore l'interprétation des variations observées dans les troubles vaso-moteurs, c'est que le sympathique a, au niveau de la face, un double effet vaso-moteur. Dastre et Morat (3) ont montré que l'excitation, chez le chien, du bout supérieur du sympathique sectionné, soit au niveau du ganglion cervical supérieur, soit au niveau de l'anse de Vieussens produit, en outre des effets classiques (rétraction palpébrale, dilatation pupillaire, exophtalmie, constriction des vaisseaux de l'oreille, de la langue, de l'épiglotte, des amygdales et du voile du palais), des effets d'un tout autre ordre, passés inaperçus auparavant et caractérisés par la dilatation congestive des vaisseaux des lèvres supérieure et inférieure, des gencives, des sinus, de la voûte palatine, de la muqueuse nasale et des régions cutanées correspondantes. Jonesco et Floresco ont, d'ailleurs, à la suite d'interventions chirurgicales sur le sympathique, vérifié chez l'homme ce double effet vaso-moteur.

Quant aux *troubles trophiques*, n'existant que dans les cas assez anciens, ils doivent être mis sur le compte de la lésion du sympathique ; les expériences de Brown-Séquard et d'Angelucci sont confirmatives à cet égard et la majorité des auteurs actuels, en particulier, Bergson, Seeligmüller et Nicati, Déjerine et Miraillié, se rallient à cette interprétation.

(1) F. Franck. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 23 mai 1899.
(2) Morat et Doyon. *Traité de physiologie*, t. III, p. 188.
(3) Morat et Doyon. *Traité de physiologie*, t. III, p. 185.

*
* *

Des observations relatées plus haut et d'autres faits rapportés un peu partout, en particulier par Nicati (1), Ogle (2), Wilbrand et Sænger (3), Gautrelet (4), on peut tirer deux conclusions fermes : d'une part, la rareté du syndrome complet, tel que l'a réalisé expérimentalement Claude Bernard ; d'autre part, la prédominance considérable des troubles moteurs (ptosis, myosis, énophtalmie) sur les troubles vaso-moteurs (y compris l'hypotonie oculaire) et les troubles sécrétoires. A la constance des premiers, il faut opposer l'inconstance des autres.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner est donc très fréquemment dissocié. Existe-t-il, dans ces dissociations, des types, dont la constatation nous permette de juger, avec une approximation suffisante, du siège de la lésion ? Il semble, à la lecture de nos observations, que les lésions supérieures (I et II) entraînent seulement des troubles moteurs et les lésions inférieures (III et IV), outre ceux-ci, des troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Sans pouvoir préciser davantage pour le moment, nous devons cependant admettre que les paralysies du sympathique avec troubles oculaires et faciaux revêtent des types variables selon le point où porte la lésion.

Des recherches complémentaires, actuellement en cours, nous permettront peut-être ultérieurement d'établir des conclusions plus précises, facilitant le diagnostic topographique de la lésion.

MÉDECINE PRATIQUE

POUR UNE DIÈTE PLUS LIBÉRALE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

d'après M. R. Morichau-Beauchant (de Poitiers).

En 1900, M. Vaquez, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, s'élevait contre la diète lactée prescrite presque exclusivement chez les typhiques. Il montrait les inconvénients qui résultaient pour ces malades d'une alimentation insuffisante et il préconisait un régime plus en rapport avec leur besoins. Sa voix n'a pas été suffisamment entendue : pour la plupart des médecins, encore à l'heure actuelle, le régime lacté absolu est le seul qui convienne dans la fièvre typhoïde.

M. Morichau-Beauchant, dans une récente étude (5), vient de reprendre la question et de montrer les grands avantages d'une diète plus libérale, laquelle d'ailleurs est de plus en plus appliquée dans les pays étrangers.

« Après la fièvre typhoïde, dit-il, alors même qu'il s'agit d'un cas d'intensité moyenne, il est constant d'observer chez les malades soumis à l'alimentation habituelle un amaigrissement toujours très marqué et parfois excessif. Cette diminution de poids est due à une perte d'eau et de graisse, mais aussi, et cela est plus grave, à une destruction des matériaux

(1) Nicati. *La paralysie du nerf sympathique cervical*, th. de Lausanne, 1873.
(2) Ogle. Cité par Willbrand et Sænger.
(3) Willbrand et Sænger. *Die Neurologie des Auges*, t. I, p. 547.
(4) Gautrelet. L'adrénaline, réactif des lésions du sympathique oculaire, *Arch. d'ophtalmologie*, 15 avril 1909, p. 222.
(5) *Arch. méd-chir. de prov.*, n° 12, 15 déc. 1909.

albuminoïdes qui forment la trame de l'organisme. Bien des travaux ont montré quelle était l'importance de ce dernier facteur. Dans un cas rapporté par Leyden et Klemperer, la perte en urée atteignait 109 grammes en douze jours, correspondant à une destruction d'environ 3k2 de muscle. Dans un autre cas cité par Frédéric Muller, un malade perdit en huit jours 86g4 d'urée correspondant à 2 kilos et demi de muscle.

Si nous recherchons la raison d'une combustion aussi marquée des substances azotées, nous voyons que plusieurs causes interviennent. D'abord, et pour une part probablement assez minime, l'action nocive des toxines bactériennes qui augmentent la désintégration des matières protéiques, puis l'action de la fièvre qui active la production de chaleur d'environ 20 à 30 p. 100 (Krehl), et enfin, cause de beaucoup la plus importante, l'alimentation insuffisante à laquelle sont soumis les malades ».

Après avoir montré par de nombreux exemples et d'intéressantes citations que la clinique est ici d'accord avec la théorie, M. Morichau-Beauchant étudie la valeur des aliments essentiels pour les typhiques et précise ainsi quel doit être leur régime.

« Le lait, sauf le cas où il n'est pas digéré, doit entrer dans sa composition et la ration *optima* semble être un litre et demi. Il est donné pur si les malades le préfèrent ou additionné d'une petite quantité de café. On peut le couper avec de l'eau d'orge ou du riz, ou le mélanger avec une petite quantité de farines de céréales, orge, riz, etc., ou un peu de pâtes, ce qui le rend plus facile à digérer. Le lait doit être assez fortement sucré, soit avec du sucre ordinaire soit avec de la lactose. On lui ajoutera de la crème si l'on adopte les vues de Coleman (1).

En dehors du lait, il y aura intérêt à donner une ou deux fois chaque jour du bouillon, fait avec des légumes ou avec du poulet ou même avec des pieds de veau, ce qui donnera un bouillon renfermant de la gélatine dont nous connaissons les avantages dans le régime des typhiques. Le bouillon ne sera pas donné clair, mais on y ajoutera, en augmentant prudemment les doses, des pâtes ou des farines de céréales. Celles-ci pourront également être données sans lait ni bouillon, sous forme de soupes.

Le jus de viande, à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche, sera plus facilement accepté par les malades s'il est mélangé au bouillon. Quant à la viande en nature, nous avons vu qu'il fallait se montrer assez réservé sur son emploi. Nous devons cependant signaler que nombre d'auteurs disent n'avoir eu qu'à se louer de l'emploi d'un peu de viande râpée crue ou cuite. M. Vaquez, qui suit cette pratique, recommande la viande de mouton, qui est très pauvre en graisse, ou encore la viande prise dans la partie centrale du jambon et très finement râpée.

Avec plus de sécurité on peut prescrire les œufs, trois ou quatre par jour. Ils seront pris crus ou battus dans un peu d'eau, au besoin avec du sucre et quelques gouttes de rhum ou de cognac. Ils peuvent être également mêlés à du lait ou à du bouillon. Certains auteurs ne voient pas d'inconvénients à les donner à la coque.

Tels sont les points essentiels du régime des typhiques. Ajoutons que les boissons doivent être données en abondance consistant en une eau légèrement additionnée d'alcool, de thé ou de café, limonade au citron, décoctions de céréales, etc. Il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à introduire dans les aliments une quantité modérée de sel ; les malades sont d'ailleurs les premiers à en réclamer.

Le régime dont nous venons d'exposer les grandes lignes correspond à une alimentation « libérale » plutôt qu' « intensive ». Il ne s'agit d'ailleurs là que de données générales modifiables suivant chaque malade en particulier et aussi suivant les périodes de la maladie. C'est ainsi qu'au début, dès les premiers jours, il conviendra souvent, en cas de troubles digestifs très marqués, d'être plus réservé sur la question de l'alimentation, mais celle-ci devra être reprise et augmentée suivant les principes que nous avons posés dès les premiers accidents passés. D'autre part, il est des malades qui ne digèrent absolument pas le lait, chez lesquels même de faibles doses de cet aliment provoquent des vomissements, de la diarrhée, augmentent même la fièvre ; dans ce cas, il faut le supprimer sans hésiter ; on le remplacera par du bouillon avec pâtes et farines de céréales, des panades avec un peu de beurre et de sel, des œufs, de la gélatine. Et on arrivera de la sorte, dans des conditions évidemment plus difficiles, à éviter au typhique les dangers de l'inanition.

Au point de vue du nombre des repas, les conditions varient suivant chaque sujet. D'une façon générale, on peut dire que chez les malades nourris libéralement on pourra les espacer d'environ trois heures ; l'alimentation lactée exclusive comporte, par contre, des prises de lait beaucoup plus rapprochées.

La méthode ne contre-indique aucun des traitements employés, en particulier les bains froids.

Les médecins qui ont nourri leurs malades avec une diète mixte appropriée à leurs besoins sont unanimes à reconnaître les bons effets qu'ils ont obtenus.

Du côté du tube digestif, la langue se nettoie et reste humide. L'appétit, faible les premiers jours, devient plus satisfaisant du fait de l'alimentation plus abondante et les malades réclament souvent eux-mêmes à manger ; les nausées et les vomissements sont moins fréquents ; le tympanisme, si habituel chez les malades nourris exclusivement au lait, fait ordinairement défaut ; à la diarrhée fait place souvent la constipation, qui cède d'ailleurs facilement à des lavements ou à des purgatifs légers. Les complications intestinales, hémorragies, perforations, péritonites, sont plutôt moins fréquentes. L'état général n'est pas moins heureusement modifié. Les malades n'ont plus ce facies abattu et prostré ; ils s'asseoient eux-mêmes sur leur lit ; l'intelligence conserve une parfaite lucidité. Ils ont moins souvent des escarres et autres troubles trophiques. Si la durée totale de la maladie ne paraît pas sensiblement abrégée, du moins après une période fébrile de cinq ou six semaines ils entrent en convalescence sans cet amaigrissement, cette adynamie, qui en font une proie toute désignée pour les infections secondaires. La convalescence est remarquablement rapide. La diète « libérale » chez les typhiques doit donc être considérée comme un progrès sérieux dans le traitement de cette maladie, et Coleman paraît avoir exprimé très justement ce fait lorsqu'il dit que les médecins qui ont fait l'essai de nourrir plus abondamment leurs typhiques ne retournent plus volontiers à l'ancienne méthode.

Cette supériorité de la diète libérale sur la diète réduite s'accuse dans les statistiques ; nous reproduisons celle de Kinnicut, portant sur un grand nombre de cas :

Diète libérale.		Diète réduite.	
Nombre de cas	733	Nombre de cas	4.654
Rechutes	48	Rechutes	507
Pourcentge sr 325 cas	11,38	*Pourcentage*	10,89
Hémorragies	35	Hémorragies	411
Pourcentge sr 733 cas	4,77	*Pourcentage*	8,33
Perforation	10	Perforation	111
Pourcentge sr 733 cas	1,36	*Pourcentage*	2,40
Mortalité	60	Mortalité	497
Pourcentge sr 733 cas	9,47	*Pourcentage*	10,55

Ces chiffres sont assez éloquents pour se passer de commentaires.

(1) Coleman, considérant la haute valeur calorifique des graisses et son rôle d'épargne des albuminoïdes, préconise la graisse sous forme de crème de lait, dont il donne jusqu'à une pinte par jour (57 centilitres). Il l'administre avec précaution en examinant avec soin les selles, et l'arrête ou la diminue lorsque les troubles digestifs apparaissent.

Concluons donc qu'en présence d'une fièvre typhoïde, le praticien, rompant avec les anciennes méthodes trop répandues encore dans notre pays, doit s'efforcer de fournir à son malade une alimentation mixte en rapport avec ses besoins. Il sera récompensé de son audace (le mot n'est pas trop fort, tant la tradition est puissante) en voyant ses malades supporter plus allègrement les conditions si pénibles de leur longue maladie, échapper à bien des complications, et après une convalescence courte reprendre leurs occupations professionnelles sans les tares parfois indélébiles qui s'observent chez les typhiques traités avec un régime d'inanition (1). »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1910)

Bases expérimentales de la vaccination antityphique. — M. H. Vincent a recherché, par la voie expérimentale, quel est le procédé de vaccination antityphique le plus efficace. Les animaux présentant normalement une grande résistance à l'infection éberthique sont d'autant plus faciles à immuniser. Cependant la protection assurée par les divers modes de vaccination s'est montrée fort inégale lorsqu'on a soumis ces animaux à une inoculation d'épreuve qui amène presque sûrement la mort des témoins avec pullulation du bacille. Cette inoculation d'épreuve consiste dans l'injection intra-péritonéale de bacilles très actifs, associée à l'injection sous-cutanée de 3 ou 4 centimètres cubes de solution hypertonique de NaCl à 10 p. 100. Le cobaye a été choisi pour ces expériences parce qu'il est plus réceptif que les autres animaux pour le bacille typhique. Soumis à cette inoculation, quinze jours après la vaccination, les cobayes vaccinés ont fourni de nombreuses morts par infection. Ceux qui ont résisté ont ainsi témoigné de l'efficacité du procédé de vaccination employé.

Les antigènes utilisés ont été : bacilles vivants, en culture de dix-huit à vingt-quatre heures, ou de dix jours; bacilles de même âge tués par une température de 53 à 55 degrés pendant une ou deux heures; bacilles sensibilisés; extraits bacillaires; autolysats de bacilles vivants. La vaccination par la voie digestive a été également expérimentée.

Les vaccins les plus actifs ont été : 1° les bacilles vivants; 2° les bacilles tués par chauffage; 3° l'autolysat centrifugé de bacilles vivants, stérilisé par l'éther ou le chloroforme. Les deux derniers vaccins se sont montrés à peu près équivalents.

Les bacilles sensibilisés donnent une bonne protection mais elle n'est pas aussi durable. Les vaccins précédents (bacilles vivants ou tués, autolysat de bacilles vivants) augmentent fortement les pouvoirs bactériolytique, précipitant et agglutinant du sang.

Trois injections sont nécessaires; il est même utile de faire une quatrième inoculation pour consolider l'immunité. La vaccination par ingestion de bacilles a été sans effet.

Une prochaine communication complétera ces recherches et indiquera quelles en sont les conséquences applicables à la vaccination antityphique de l'homme.

Sur la désinfection par la combustion incomplète de la paille. — M. A. Trillat. Le principe de cette désinfection repose sur la présence en milieu acide de dérivés aldéhydiques et polyphénolyques qui se produisent au cours de la combustion incomplète de la paille.

Leur formation est due à l'oxydation des gaz de la combustion sur le charbon de paille porté à haute température. Ce charbon, par sa texture et sa surface, constitue, en effet, un agent catalytique très énergique qui provoque la production de l'aldéhyde formique à un état plus ou moins polymérisé.

Pour obtenir le maximum de l'effet antiseptique, on devra observer certaines précautions pour brûler la paille. Il faut, tout d'abord, éviter une combustion trop complète, sans trop dépasser la carbonisation.

Dans ce but, on dispose la paille en couche alternativement sèche et humide, de manière que les fumées traversent les parties charbonneuses, à demi consumées, en s'oxydant à leur contact.

L'élévation de température du local à désinfecter et qui doit atteindre au moins 30 degrés pour être efficace, est obtenue par des feux de paille placés en divers points. On doit autant que possible boucher les ouvertures.

Dans une expérience concluante, M. Trillat a désinfecté un local de 140 mètres cubes en brûlant 18 kilogrammes de paille. La température a atteint 35 degrés.

La désinfection par la méthode discontinue, en répétant les opérations de chauffage, donne encore des résultats plus probants.

On constate après chaque opération la formation d'un léger enduit jaunâtre sur les parois et les objets, ce qui limite l'application de la méthode à des cas particuliers, comme ceux de la désinfection des caves, des écuries, des égouts, des tunnels, des cavernes, etc.

Le procédé ne peut donner qu'une désinfection de *surface* et d'*espace* : son efficacité, très nette pour des germes pathogènes peu résistants, paraît douteuse pour les formes sporulées, à moins de renouveler plusieurs fois l'opération.

Comme on le voit, la désinfection par les fumées utilisée par les anciens reposait sur un véritable principe scientifique; elle est encore certainement susceptible d'être améliorée en utilisant les notions nouvelles.

Contribution à l'étude des réactions dues à l'état colloïdal du lait cru. — MM. F. Bordas et Touplain.

Action des rayons ultra-violets sur le vin en fermentation. — MM. Maurain et Warcollier.

Formation dans le foie d'une substance anticoagulante sous l'influence d'un alcaloïde. — M. Doyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1910)

Les épanchements pleuraux dans la syphilis tertiaire. — M. Emile Sergent. La très intéressante communication de MM. Roger et Sabaréanu, en appelant l'attention sur les manifestations pleurales de la syphilis tertiaire, évoque en même temps les difficultés du diagnostic différentiel de bon

(1) BIBLIOGRAPHIE

Claisse. Le régime des typhiques, *La Clinique*, 12 mars 1900.
Coleman. Diet in typhoïd Fever, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 oct. 1909.
Ewing, *New-York med. Rec.*, 1909, p. 537.
Folin. Cité par Schaffer, loc. cit., p. 537.
Gourari. *Contribution à l'alimentation intensive des typhiques*, Th. de Paris, 1904.
Harbin. Typhoïd fever. A summary of 148 cases with reference to the efficacy of therapeutic fasting, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 18 juillet 1908.
Kinnicut. *Boston med. and surg. Journ.*, 5 juillet 1906.
Klemperer. Cité par Schaffer, loc. cit., p. 977.
Leyden. *Hand. d. Ernh.*, 1904.
Mac-Crae. Treatment of typhoïd, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 19 sept. 1908.
Muller. *Cong. f. inn. Med.*, 1902, p. 192.
Puritz. *Virch. Arch.*, 1889, CXXXI, p. 327.
Schaffer. Metabolism in typhoïd fever, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 19 sept. 1908.
Vaquez. Alimentation dans la fièvre typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1900.

nombre de localisations de la syphilis et de la tuberculose, surtout lorsque ces deux maladies évoluent chez le même sujet.

L'auteur s'est attaché à l'étude clinique de cette association morbide. Les faits qu'il a observés l'ont conduit à cette conclusion que le terrain syphilitique prédisposait éminemment à la germination de la tuberculose, et que, d'autre part, les localisations tuberculeuses développées sur un terrain syphilitique étaient le plus souvent influencées heureusement par le traitement mercuriel. Dès lors, ce traitement cesse d'être un moyen de diagnostic différentiel. Or, pour ce qui est de la pleurésie, les manifestations pleurales de la syphilis *tertiaire* décrites jusqu'à ce jour ne comportaient pas l'existence d'épanchements séro-fibrineux analogues à ceux de la tuberculose; les observations de MM. Roger et Sabaréanu sont donc, à cet égard, du plus haut intérêt. Il convient toutefois de remarquer que la nature syphilitique d'un épanchement pleural à la *période tertiaire* ne peut être admise qu'avec les plus grandes réserves. L'absence du bacille de Koch, l'heureuse influence du traitement spécifique sont loin d'avoir une valeur absolue; seule, la présence du tréponème dans l'exsudat serait démonstrative; mais on sait qu'elle ne peut guère être constatée dans les lésions tertiaires; quant à la réaction de Wassermann, elle indique simplement que le sujet est syphilitique et ne signifie nullement que l'épanchement l'est aussi; à ce point de vue, elle est comparable à la tuberculino-réaction, qui prouve seulement que le sujet est tuberculeux, mais non pas que telle lésion, dont il est porteur, l'est aussi.

Hydarthrose périodique. — M. Ribierre communique l'observation d'un cas d'hydarthrose périodique, qu'il a pu suivre pendant quatre ans. Ce syndrome sur lequel Moore a attiré le premier l'attention, se caractérise par l'apparition, suivant des périodes d'une grande régularité, et durant plusieurs années, d'hydarthroses siégeant, dans la majorité des cas, sur un ou les deux genoux. Ces manifestations articulaires ne sont pas douloureuses, ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de rougeur de l'articulation et dans l'intervalle des crises, la *restitutio ad integrum* est complète. Plus fréquent chez la femme, à la puberté et dans la première partie de l'âge adulte, ce syndrome est susceptible d'offrir des rémissions spontanées. L'influence suspensive de la grossesse apparaît nettement dans plusieurs observations.

Les observations qui ont été publiées sont de valeur inégale et sont loin de rentrer toutes dans le cadre de l'hydarthrose périodique qui ne doit pas être confondue avec l'hydarthrose intermittente.

Les théories les plus diverses (névrose vaso-motrice, infection, auto-intoxication) ont été émises, sans qu'aucune d'elles s'appuie sur des arguments irréfutables.

Dans le cas actuel, il n'existait aucune étiologie saisissable. En raison de certaines manifestations concomitantes (infiltration gélatiniforme des téguments, troubles psychiques, migraines, cryesthésie, etc.) de l'action suspensive de la grossesse, de l'alternance, parfois notée avec un syndrome basedowien, la malade fut soumise à un traitement thyroïdien à doses faibles et prolongées. Celui-ci rompit la périodicité des crises, diminua leur intensité, amena une amélioration rapide et complète des manifestations concomitantes; enfin, les crises articulaires disparurent et la guérison se maintient depuis deux ans.

Toutes réserves faites, en raison des rémissions spontanées, l'influence favorable de l'opothérapie thyroïdienne ne semble pas douteuse.

Il convient d'insister sur l'inopportunité du traitement chirurgical qui a été parfois conseillé.

Anaphylaxie pulmonaire (œdème pulmonaire localisé) à la suite d'injections répétées d'un sérum de cheval préparé contre la tuberculose. — MM. Dufour et Détré. Il s'agit d'une malade atteinte de tuberculose pulmonaire avec localisation au sommet gauche se traduisant par des râles sous-crépitants et de la submatité. Au cours d'un traitement sérothérapique par un sérum équin ne contenant pas de tuberculine, se développèrent des accidents sériques sous forme d'urticaire généralisée. En même temps cette malade présenta au niveau de son foyer pulmonaire une pluie de râles d'œdème avec expectoration mousseuse très abondante et menace d'asphyxie.

C'est là un cas d'anaphylaxie pulmonaire du sérum dont on n'a pas trouvé d'analogie dans le livre si documenté de M. von Pirquet sur la maladie du sérum.

Le diabète pancréatique. — M. F. Ramond. L'existence du diabète pancréatique est basée sur des arguments d'ordre clinique, anatomo-pathologique et expérimental. Le début de ce diabète est brusque, son évolution rapide s'accompagne d'une glycosurie considérable, avec amaigrissement profond; sa terminaison fatale se fait aussi bien par tuberculose pulmonaire intercurrente que par coma ou autre complication purement diabétique. A l'autopsie, on trouve des lésions très nettes du pancréas, depuis la sclérose interstitielle atrophiant une à une les diverses cellules, jusqu'à la sclérose massive ou tout autre processus destructif. Enfin les expériences de Mehring et Minkowski, de Hédon et de Thiroloix semblèrent prouver que l'extirpation totale de la glande amenait rapidement une glycosurie consomptive. Cependant on ne tarda pas à s'élever contre une interprétation aussi simpliste du diabète pancréatique.

Sandmeyer démontra que l'extirpation complète n'était pas toujours nécessaire.

Lüthje, Schulz et Zulzer soutinrent qu'il était impossible d'enlever toute la glande par le procédé de Mehring; tout récemment Pflüger et Witzel confirmèrent le fait. D'autre part, on ne compte plus les observations de diabète, étiqueté pancréatique pendant la vie, et où la glande fut trouvée intacte à l'autopsie. Inversement, il n'est pas rare de rencontrer des lésions profondes du pancréas ne s'étant manifestées par aucun symptôme diabétique. Pour sa part, F. Ramond a pu observer trois faits cliniques de diabète pancréatique typique sans lésions du pancréas. Aussi a-t-il voulu tenter quelques nouvelles expériences sur le chien, afin de se faire une opinion sur la question. Quatre chiens furent opérés d'après la technique de Thiroloix; trois fois il n'y eut pas de glycosurie; dans le quatrième cas, survint un diabète léger qui ne dura que deux mois. L'autopsie de tous ces animaux prouva qu'il persistait toujours une parcelle de pancréas. Aussi dans une deuxième série d'expériences, l'auteur modifia-t-il le manuel opératoire; il tenta sur dix chiens, seul ou en collaboration avec M. Frédet, l'extirpation totale du pancréas d'après la méthode de Sauvé. La glande est enlevée avec le duodénum; l'estomac est abouché avec l'intestin grêle et la vésicule ou le cholédoque avec l'estomac et le jéjunum, afin de rétablir le cours des humeurs et des matières alimentaires. Dans ces conditions, l'extirpation du pancréas est complète, mais la survie de l'animal est malheureusement très courte: vingt-quatre à quarante-huit heures en moyenne. Dans un cas elle fut de quatre jours et dans un autre de cinq jours. Toutes les fois que l'ablation fut totale, il y eut glycosurie moyenne de 10 p. 1000 et azoturie énorme. Par contre, dans deux expériences, il resta un lambeau de pancréas et il ne se produisit pas de glycosurie. La suppression totale du pancréas fut donc nécessaire pour provoquer l'apparition du sucre. La mort était due pour une part au traumatisme et dans deux cas à l'hémorragie post-opératoire. Mais la cause principale résidait dans une stéatose rapide et massive du foie; le chien succombait surtout aux atteintes d'un ictère grave foudroyant indépendant de toute infection et dû manifestement à la suppression complète du pancréas. Aussi, lorsque la survie

était de plusieurs jours, voyait-on la glycosurie s'atténuer progressivement puis disparaître souvent quelques heures avant la mort.

Ces faits expérimentaux ne rappellent que de loin la réalité clinique, car l'ablation totale du pancréas est nécessaire pour occasionner une glycosurie permanente, et cette ablation est incompatible avec une survie appréciable. Dans ces conditions, il est rationnel de supposer que si le pancréas joue un rôle dans la production du diabète, ce rôle n'est pas aussi absolu que le veulent beaucoup d'auteurs. Peut-être même son action est-elle du même ordre que celle d'autres glandes, telles que la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse ou les glandes salivaires, dont l'effet diabétogène a été prouvé par de nombreux expérimentateurs.

Sur la réaction de fixation dans la syphilis. — M. Gaucher lit, en son nom et au nom de ses élèves MM. Paris et Sabaréanu, un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 9 février 1910)

Laryngectomie totale. — M. Sébileau fait une communication sur la technique à laquelle il donne la préférence. Comme anesthésique, il a recours d'abord au chlorure d'éthyle, puis au chloroforme à l'aide de l'appareil spécial de Ricard, modifié par Lombard, Lemaître et lui-même. Le procédé de M. Sébileau est un perfectionnement du procédé de Perier.

L'incision de Perier paraît insuffisante à M. Sébileau. A cette incision verticale il ajoute une incision horizontale, perpendiculaire à la première à son extrémité inférieure. Il obtient ainsi deux volets cutanés, un à droite et l'autre à gauche, qui, relevés, donnent un grand jour et permettent de bien voir ce que l'on fait. Ces deux volets étant formés, i procède à la libération du larynx.

L'idéal serait d'enlever le larynx par rugination, mais comme il s'agit habituellement de cancers plus ou moins étendus, en ruginant on risquerait de laisser des parties atteintes. Il faut donc réséquer le larynx en rasant aussi près que possible ses attaches musculaires, afin de pouvoir garder le plus de tissus possible pour la réfection du pharynx. M. Sébileau fait la trachéotomie préalable, mais comme, à un moment donné, la cavité trachéale devient gênante au cours de l'opération, il enlève la canule, accroche la trachée par deux fils qu'un aide tire de façon à la faire bailler en dehors du champ opératoire. Le malade, grâce à cette précaution, respire tout à son aise. On procède alors à la libération complète du larynx, en le séparant de la trachée par section, en l'accrochant ensuite avec le doigt introduit dans sa cavité par son extrémité inférieure et en le faisant ainsi basculer de bas en haut; on place le tube de Perier; quand on arrive à la partie supérieure du larynx, pour le libérer complètement, on est forcé de faire une petite plaie au pharynx; il faut que cette plaie soit aussi réduite que possible et facilement suturable. L'épiglotte reste dans la plaie opératoire. Si le cancer est plus étendu, il faut recourir à des résections atypiques du pharynx. Il faut faire la restauration du pharynx aussi complètement que possible.

On est étonné de la rapidité de cicatrisation de ces plaies. La déglutition n'est vraiment difficile que pendant cinq ou six jours. On a recours à l'alimentation par la sonde nasale.

M. Sébileau attache la plus grande importance aux pansements consécutifs qui doivent garantir la plaie contre l'infection. Il indique plusieurs moyens, entre autres une canule longue munie de deux plaques, distantes d'un certain espace, sur lequel se pose le pansement destiné à empêcher les produits infectants de pénétrer directement dans la plaie.

On peut ainsi arriver à faire une laryngectomie totale sans suppuration.

M. Delbet ne pense pas que l'incision transversale recommandée par M. Sébileau soit nécessaire. Ce n'est pas, en effet, à la partie inférieure, mais à la partie supérieure du larynx qu'on est gêné par l'extirpation de cet organe. Il ne croit pas non plus qu'il y ait avantage à attaquer d'abord les constricteurs inférieurs. M. Delbet ne les coupe qu'après avoir sectionné la trachée. Celle-ci sectionnée au-dessous du cartilage cricoïde à l'aide de l'écarteur de Farabeuf, on peut la saisir et la soulever facilement. On procède alors au décollement de la face postérieure du cartilage cricoïde et on incise les constricteurs. Il ne reste plus qu'à sectionner l'extrémité supérieure de la corne du cartilage thyroïde. Ce procédé simplifie l'opération.

M. Schwartz pense, comme M. Sébileau, qu'il est préférable de recourir à la trachéotomie préventive. Dans un cas de cancer du larynx compliqué de goitre, M. Schwartz pensa pouvoir enlever à la fois le goitre et le larynx par le procédé de Perier, sans trachéotomie préalable. Cela fut très facile et il put, en un seul temps, enlever le goitre et le larynx; il fixa la trachée, plaça le tube de Perier. Trois jours après le malade succombait à une broncho-pneumonie. Peut-être cette complication eût-elle été évitée par la trachéotomie préventive. Comme M. Sébileau, M. Schwartz croit qu'il faut faire le raclage le plus près possible du larynx et enlever celui-ci de bas en haut.

M. Sieur se demande si, au lieu de faire la trachéotomie préventive, il ne vaudrait pas mieux sectionner d'emblée la trachée, la détacher et la suturer à la plaie cutanée.

M. Potherat a pratiqué deux laryngectomies. Il avait souvent répété cette opération sur le cadavre et il a pu se rendre compte que ce n'est pas du tout la même chose sur le vivant.

Contrairement à M. Delbet, il estime que l'incision transversale recommandée par M. Sébileau est utile et facilite l'opération. Il est important de placer aussi des fils sur la trachée et de la faire tenir par un aide, sans quoi elle s'enfonce et on ne sait plus ce qu'elle devient. M. Potherat attache une certaine importance à ces deux précautions.

M. Monod fait observer que le procédé cité par M. Sieur, la fixation de la trachée à la peau, est depuis longtemps employé par Gluck.

M. Perier a assisté à une opération de M. Sébileau et il trouve l'opération plus difficile après la trachéotomie préalable que sans cette trachéotomie. On peut éviter la chute des sécrétions dans la trachée en faisant coucher les malades sur le côté.

M. Sébileau croit que M. Delbet se trompe quand il considère l'incision transversale comme inutile. Elle donne un grand jour et facilite singulièrement l'opération. Il est d'accord avec lui pour ne sectionner les constricteurs qu'après avoir libéré le larynx. A M. Scharwtz, M. Sébileau répond qu'il considère la trachéotomie préalable comme indispensable. Peut-être même était-elle plus indispensable encore dans le cas qu'il a cité. Quant au procédé de Gluck recommandé par M. Sieur, M. Sébileau l'a employé et il lui préfère la trachéotomie préalable comme étant beaucoup plus simple et beaucoup plus facile que la trachéostomie. Il ne peut donc y avoir que le choix entre l'opération de Perier ou la trachéotomie préalable.

Dans un cas que M. Sébileau a vu avec Lubet-Barbon, on a essayé de pratiquer l'ablation de cancer par une fissure laryngée. Le malade est mort de broncho-pneumonie. Cette opération a semblé à M. Sébileau aussi grave, sinon plus grave que la laryngectomie totale.

Luxation métatarso-tarsienne. — Parmi les présentations faites toujours au milieu du bruit des conversations particulières, signalons une luxation métatarso-tarsienne présentée par M. Potherat.

Kyste dermoïde du médiastin. — M. Morestin présente la très intéressante observation d'une jeune fille qui por-

tait à la partie inférieure du cou une voussure qui avait été prise, même histologiquement, pour une actinomycose. L'iodure de potassium resta sans résultat. Une fistule s'établit dans laquelle fut introduite une curette qui ramena une mèche de cheveux.

M. Morestin fit une résection temporaire sternale, trouva des adhérences très difficiles à détacher et ouvrit l'articulation sterno-claviculaire. Il tomba, après une dissection très laborieuse, sur un kyste qu'il ouvrit et d'où il sortit une quantité considérable de pus, une sorte de bouillie, et des cheveux; le kyste était très adhérent et pour le détacher il fallut disséquer les gros vaisseaux. Cependant M. Morestin arriva à en pratiquer l'extirpation totale; les suites furent simples et la malade était guérie après un mois.

Présentations d'instruments. — M. Reynier présente un écarteur des mâchoires.

M. Segond présente un appareil très ingénieux de M. de Martel pour introduire le radium dans les tumeurs.

Kyste dermoïde. — M. Walther présente un kyste dermoïde de la mamelle qu'il a trouvé au cours de l'ablation d'une tumeur adénoïde.

Plaies du cœur. — M. Guinard rapporte l'histoire d'un petit garçon de treize ans qui, à la suite d'une semonce paternelle, se tire un coup de revolver dans la région du cœur. L'orifice d'entrée de la balle se trouvait au niveau du troisième espace intercostal. L'auscultation du cœur et du poumon ne révélait aucun signe; mais au cours même de l'examen, l'enfant déclinait à tel point que, séance tenante, M. Guinard fit un volet thoracique à charnière supérieure, donna issue à un litre et demi de sang épanché dans la plèvre. M. Guinard attira le poumon au dehors, y trouva une petite plaie qui ne saignait pas. Il trouva la balle dans la cavité pleurale et constata enfin deux plaies sur le cœur qui avait été traversé de haut en bas. Ces deux orifices donnaient du sang à chaque systole. Il n'y avait pas de sang dans le péricarde; l'hémorragie se faisait dans la plèvre. Cet enfant succomba trois heures après l'opération.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est l'absence complète de signes de plaies du cœur. C'est, à ce point de vue, une véritable faillite de la clinique des plaies cardiaques.

Prix Demarquay. — La commission du prix Demarquay est ainsi composée : MM. Kirmisson, Guinard et Legueu.

PRATIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'HERPÈS ZOSTER,

Par le docteur E. Houbert.

Le diagnostic du zona *thoracique* est facile; tous les praticiens en ont observé assez souvent, et il n'est pas possible de le confondre avec d'autres affections névro-cutanées. La limitation unilatérale de l'éruption, sa correspondance avec un territoire nerveux, les douleurs névralgiques qui l'accompagnent et la précèdent, le caractère vésiculeux de l'éruption et son évolution rapide ne prêtent guère à l'hésitation.

Cependant, il est des cas où l'erreur est possible. Nous voulons parler du zona *avorté*.

Il n'existe alors que très peu d'éléments éruptifs ne rappelant pas le trajet d'un nerf et, les vésicules étant mal formées ou absentes, on songe à une plaque érythémateuse simple.

Dans tous les cas, le diagnostic doit s'imposer lorsque l'on constate la *coexistence de douleurs névralgiques* importantes et souvent de longue durée.

Le zona *ophtalmique* peut être confondu avec l'érysipèle de la face. Mais sa limitation à un seul côté du front, le peu de température, la disparition des vésicules suivant un trajet nerveux affirmeront l'éruption zostérique.

L'herpès *fébrile* a pour siège les lèvres; il est souvent bilatéral et il récidive facilement. De plus il est en relation directe avec une maladie infectieuse générale.

Mais la grande difficulté de diagnostic n'est pas dans le fait de savoir si l'on a affaire à un zona ou à une autre éruption, c'est de savoir si cette dermato-neurose dépend de la maladie infectieuse, spécifique, appelée zoster ou bien si elle est la résultante d'une lésion profonde et durable du système nerveux.

Il faudra pour établir la différence clinique s'en rapporter à l'existence ou à l'absence antérieure d'affections médullaires : tabes dorsalis, myélite chronique, mal de Pott, etc. Dans ce cas en effet, l'éruption constatée n'est qu'un pseudo-zoster d'origine centrale. Les récidives fréquentes sur le même territoire nerveux aideront aussi au diagnostic.

Ce diagnostic posé quel sera le traitement ? Les classiques disent que l'application de poudre isolante suffit dans la majorité des cas. A notre avis (et plusieurs fois nous avons eu ainsi de brillants succès) il faut tout d'abord placer sur la lésion, de la vaseline à l'anios à 1 p. 100 et plus tard, après la rupture des vésicules, saupoudrer largement la plaie avec :

Poudre d'anios............ } *àâ* 5 grammes.
Talc...................... }

Par ce moyen, la guérison est plus rapide que par les traitements jusqu'ici utilisés et qui consistaient, en réalité, à ne rien faire du tout, par crainte d'irritation locale. Les vésicules s'affaissent et les ulcérations sous-jacentes se cicatrisent. L'oxygène naissant qui se dégage régulièrement du trioxychlorométhyle de vanadium imprègne, en effet, toute la plaie et y détermine antisepsie puissante et surtout action kératoplastique rapide sans la moindre irritation ni toxicité.

Si les douleurs sont très vives, nous conseillerons la formule suivante :

Poudre d'anios............ } *àâ* 5 grammes.
Poudre de talc............ }
Stovaïne.................. 1 gramme.

Jamais de topiques liquides et jamais de cataplasmes sur les ulcérations de zoster; le traitement que nous indiquons, basé sur les effets cicatrisants de la fermentation oxygénée, est au contraire absolument sans dangers.

LIVRES NOUVEAUX

Régimes alimentaires (1), par le docteur Marcel Labbé.

Le régime, dit le Coran, est le père des remèdes. Ainsi s'explique l'importance qui, de tout temps, lui a été attribuée. Aujourd'hui, même, les questions de régime dominent tout : elles prennent, dans les préoccupations des médecins et des malades, une place prépondérante; elles exigent, pour être résolues, des connaissances étendues de physiologie normale et pathologique.

Nous devons donc savoir gré à M. Marcel Labbé, qui s'intéresse depuis longtemps à ces sujets, d'avoir rédigé, dans la *Bibliothèque de thérapeutique*, une monographie des plus complètes. Il étudie successivement les *principes de la nutrition*, les *aliments*, l'*alimentation des sujets sains*, l'*alimentation des malades*, et finit par quelques considérations éminemment pratiques de *cuisine diététique*. Le lecteur trouvera réunis, dans cet élégant volume de près de 600 pages, toutes sortes de renseignements du plus grand intérêt, qu'il aurait eu mille peines à se procurer, et qui lui permettent de manier habilement une des armes les plus efficaces de la médecine contemporaine.

L. Babonneix.

(1) In-8. Bibliothèque de thérapeutique. — Paris 1910, J.-B. Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 FÉVRIER 1910

THÈSES

Jeudi 24 février, à une heure. — M. AMERAND. Le traitement spécifique dans la paralysie générale et le tabes. Faut-il traiter les malades? (MM. Debove, président; Raymond, Jeanselme et Claude.) — Mlle BAILLET. Recherches sur la teneur en fer du foie dans les deux sexes, de la naissance à la puberté. (MM. Debove, président; Raymond, Jeanselme et Claude.) — M. SCHOTE. Les cures atmosphériques et de régime dans les maladies chroniques. (MM. Raymond, président; Debove, Jeanselme et Claude.) — M. ANGELI. Contribution à l'étude du traitement mercuriel et de ses résultats dans la paralysie générale. (MM. Raymond, président; Debove, Jeanselme et Claude.) — M. CASSES. Considérations pratiques sur les formes malignes de la diphtérie. (MM. Hutinel, président; de Lapersonne, Chauffard et André Broca.) — M. GODECHAUX. Contribution à l'étude de la tuberculinothérapie dans certaines affections du segment antérieur de l'œil d'origine tuberculeuse probable. (MM. de Lapersonne, président; Hutinel, Chauffard et André Broca.) — M. BÉCLÈRE. Le radio-diagnostic des affections du foie. (MM. Chauffard, président; Hutinel, de Lapersonne et André Broca.) — M. GRAVELINE. La cinésithérapie et les paralysies de l'enfance. (MM. Chauffard, président; Hutinel, de Lapersonne et André Broca.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 278, 25 janv. 1910.) J. BERGONIÉ, André BROCA et FERRIÉ : Action des courants de haute fréquence et de grande intensité employés sous forme d'auto-conduction sur la pression artérielle de l'homme. — WULLYAMOZ : Un cas d'aspermatozoïdie röntgénienne guérie par le port pendant huit mois d'un tablier protecteur invisible sous les vêtements. — Virgilio MACHADO : Un nouvel ondulateur de courants électriques.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1910.) HUTINEL : Le rachitisme. — Jean BARRANIKOW : De la thermoséméiologie de la scarlatine; essai de détermination de la température dans la scarlatine locale; descente subite de la scarlatine. — M. D'ŒLSNITZ : Le début abdominal trompeur dans certaines maladies infantiles; à propos d'un cas de rougeole débutant par des symptômes abdominaux. — E. MERLE : Sur deux cas de méningite cérébro-spinale; éruption de taches rosées lenticulaires. Influence du sérum antiméningococcique sur la marche de la température. — J. COMBY : Ulcère du duodénum chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1910.) REBIERRE : Ionothérapie électrique et eaux minérales. — NICOLAS : Complications rares de la scarlatine. — COUDEYRAS : Zona consécutif à la rougeole. — RUOTTE : Traitement des hémarthroses par la ponction. — ESPRIT : Traumatismes graves du poignet. — PLAYOUST : Plaies pénétrantes de l'abdomen. — BOURLAUD : Paralysie du muscle petit oblique. — JUDE : Les expertises mentales devant les tribunaux.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 1, janv. 1910.) A. MATHIEU et TAILLANDIER : Valeur de la méthode de Mathieu-Rémond pour la détermination indirecte du volume de liquide contenu dans l'estomac. — E. PARMENTIER et E. CHABROL : Les cancers multiples du tube digestif. — R. GAULTIER : Des parotidites survenant au cours de la « cure de repos stomacal absolu » pour le traitement de l'ulcère simple.

Archives générales de chirurgie. — (N° 1, 25 janv. 1910.) A. LE DENTU : Tumeurs vasculaires et anévrismes des os. — E. TÉDENAT et J. MARTIN : Propagation à la paroi thoracique des cancers pleuro-pulmonaires. — M. LAMOUROUX : Les péritonites par rupture de pyosalpinx. — MAUCLAIRE : Ostéotomies obliques conjuguées du premier métatarsien et de la première phalange pour hallux valgus.

Archives générales de médecine. — (Janv. 1910.) CALVÉ : Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice. Ponctions. Injections modificatrices. — POULIOT : Les opérations césariennes.

Archives internationales de neurologie. — (Janv. 1910.) MARINESCO : Architectomie de l'écorce cérébrale. — DAMAYE : Confusion mentale et persécution. — ESCHICH : Maladies nerveuses et psychiques dans l'artério-sclérose. — MORAVCSIK : L'enseignement et la clinique psychiatrique à Buda-Pesth. — KOSTYLEFF : Méthodes et avenir de la psychologie expérimentale. — P. D'ORS : Formule biologique de la logique.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 janv. 1910.) L. FRANCOZ : La méthode de Bier et sa valeur thérapeutique.

Bulletin médical. — (N° 6, 19 janv. 1910.) A. ROBIN : Principes de la reminéralisation du terrain tuberculeux. Essai d'antisepsie pulmonaire directe. Orientation du traitement de la phtisie pulmonaire — (N° 7, 22 janv.) ROGER et MARGARET : Scarlatine et érysipèle. Considérations cliniques et pathogéniques. — Jacques ROUBINOVITCH : Rôle des émotions dans la genèse des psychoses pendant la révolution russe de 1905-1906.

Écho médical du Nord. — (N° 5, 30 janv. 1910.) G. GÉRARD : La capsule et l'espace de Tenon. — M. VEANDEAU : Stomatite ulcéro-membraneuse à symbiose fuso-cellulaire. Fausse membrane géante du voile du palais. — VANVERTS : Du drainage de l'espace rétro-pubien. — (N° 6, 6 fév.) A. CALMETTE et M. BRETON : Les poliomyélites aiguës ou paralysies spinales épidémiques. — H. SURMONT, M. DEHON et A. DUBUS : Un cas d'anémie pernicieuse progressive avec ictère d'origine hémolytique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 1, 1er janv. 1910.) FOURNIER : Appareil transportable pour endoscopie sur courant de volts. — (N° 2, 8 janv.) Pierre PIÉTRI : Des kystes salivaires de la parotide à propos d'un cas observé. — (N° 3, 15 janv.) Jörgen MÖLLER : Une formule acoumétrique unifiée adoptée par le VIIIe Congrès international d'otologie de Buda-Pesth en 1909. — R. HÉLOT : Gommes syphilitiques du sinus frontal. — L. LEVESQUE : Volumineux angiome pédiculé du pavillon de l'oreille. — (N° 4, 22 janv.) GUISEZ : Quelques cas de corps étrangers broncho-œsophagiens à forme et type anormaux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 20. — JEUDI 17 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 17 FÉVRIER 1910. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. b. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Hirtz, Dalché, Triboulet, Gouget, Vaquez, Hutinel, Thibierge, Pierre Marie, Siredey et Balzer.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Composition écrite.* — Séance du 15 février. — Question donnée : « Anatomie des muscles du pharynx (sans physiologie). — Rétrécissements cicatriciels du larynx. »

Questions restées dans l'urne : « Tronc de la carotide interne. — Abcès cérébral d'origine otique. »

« Trompe d'Eustache. — Polype fibreux naso-pharyngien. »

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 14 février 1910. — Mlle de Pfeffel, MM. Routier et Huyghues-de-Beaufont, 9; Mlle de Jong, 12; MM. Brun, 6; Bollack, 11; Mlles Hertz, 8; Leven, 7; MM. Patenostre, 4; Weber (André) et Rousseau (Fernand), 8; Boivin, 10.

Anatomie. — Séance du 14 février. — MM. Delort, 5; Pézon, 9; Mossé, 12; Butin, 11; Miriel, 4; Devilliers, 7; Krebs, 11; Bonnet (Flavien), 9; Michel, 7; Koecklin, 10.

Prochaine séance jeudi 17 février, à cinq heures un quart, à la Charité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Un concours s'ouvrira à Paris, le 17 octobre 1910, pour une place d'agrégé des facultés de médecine (section de chimie biologique et médicale).

Cette place est réservée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

Le registre d'inscription sera clos deux mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 10 février 1910 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Nabona, passe à l'hôpit. milit. d'Amélie-les-Bains; Maré, au service du recrutement de la Seine; Moinet, au 66e d'inf.; Franquet, au 14e d'art.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Vernet, passe au 114e d'inf.; Picon, au 3e chass. d'Afrique; Gueytat, au 4e huss.; Romieu, au 22e bat. de chass. à pied; Limasset, au 2e zouaves.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Tournade, passe au 38e d'inf.; Morisot, au 156e d'inf.; Azaïs, au 16e d'inf.; Bonnenfant, au 40e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. de Brisson de Laroche, passe au 130e d'inf.; Roux, au 138e d'inf.

— Les dix élèves de l'école principale du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 15 janvier 1910 et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe, élève à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales :

MM. Baus, Boileau, Chastel, Cougard, Moreau, Moutet, Neveu, Sarramon, Soulayrol, Vincens.

MARINE. — Sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Geay de Couvalette.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Négretti.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Etourneau.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Quéré.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Claisse (de Paris). Nous adressons nos bien vives condoléances à ses fils les docteurs Paul et André Claisse; — et Roux (de Saint-Etienne).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le cours élémentaire et pratique de séméiologie mentale fait par MM. G. Maillard, P. Camus et Ch. Blondel dans le service de M. Deny, et qui a été commencé mardi 15 février, sera continué les vendredi et lundi, à dix heures.

RENSEIGNEMENTS



ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 13 janv. 1910.) OPPENHEIM et BORCHARDT : Sur la méningite séreuse circonscrite. — HESS : Contribution à la réaction de Cammidge. — BÜRGE : L'action des combinaisons de narcotiques. — BETHGE : Contribution au traitement des porteurs de méningocoques. — HAMPELN : Sur la question de l'expectoration séreuse. — HUBENER : Bacilles paratyphiques et intoxications par la viande. — WULFF : Contribution à l'étude de la névrose cardiaque. — ÆNSTOOTS : Hématome sous-phrénique à la suite d'une plaie pénétrante. — LAGRÈZE : Sur la méthode de l'antiformine pour l'examen des crachats. — DANIELSOHN : Contribution au diagnostic rectoscopique. — MEYER : Un procédé simple de prélèvement du sang pour usages bactériologiques.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 5, 30 janv. 1910.) E. CASSAËT : Cours de pathologie et thérapeutique générales. Leçon d'ouverture (*suite*). — SABRAZÈS : Nouvelles applications de notre mode de coloration au bleu dilué. — (N° 6, 6 fév.) CASSAËT : Leçon d'ouverture du cours de pathologie et thérapeutique générales (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 5, 30 janv. 1910.) Pierre NADAL : Marche du cancer jusqu'à l'étape ganglionnaire. Son mécanisme intime. — (N° 6, 6 fév.) A. CHARRIER : La phlébite gauche consécutive à l'appendicectomie à froid. — AUBARET : De l'oblitération totale du conduit lacrymo-nasal. Pièces anatomiques.

Journal des praticiens. — (N° 5, 29 janv. 1910.) RECLUS : La hernie et les accidents du travail. — A. BOUCHET : L'électro-ionisation cérébrale dans l'épilepsie jacksonienne. — (N° 6, 5 fév.) DEBOVE : Cancer de l'œsophage. — A. MAUTÉ : Le prurit dans le lymphadénome. — DUFOUR et FROMAGET : Endocardite tuberculeuse compliquée d'une embolie de l'artère centrale de la rétine.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 4, 27 janv. 1910.) René VERHOOGEN : La cirrhose cardiaque. — CANTINEAU : Porteurs de germes de fièvre typhoïde. Epidémie de maison provoquée par un abcès à bacilles d'Eberth. — (N° 5, 3 fév.) MAHILLON : Les boissons alcooliques.

Lyon médical. — (N° 5, 30 janv. 1910.) GALLAVARDIN et REBATTU : Impuissance, infantilisme tardif et épilepsie consécutifs à une atrophie testiculaire bilatérale d'origine traumatique. — (N° 6, 6 fév.) J. FROMENT : Diagnostic et pronostic de l'urémie nerveuse par le dosage de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1910.) Léon IMBERT : La clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu (1908-1909). — ODDO : Congestions pulmonaires. — ROUSLACROIX et WYSS-LAUZUN : Un cas de sporotrichose (*fin*).

Montpellier médical. — (N° 4, 23 janv. 1910.) ESTOR : Des greffes en chirurgie.

Presse médicale. — (N° 1, 1er janv. 1910.) Pierre FREDET : Les plaies du canal thoracique au cou. — A. BERGERON : Le diagnostic de la tuberculose par la fixation du complément. Méthode de Marmorek. — (N° 2, 5 janv.) A. CARREL : Chirurgie expérimentale de l'aorte thoracique facilitée par la méthode de Meltzer. — Ch. MANTOUX : L'intra-dermo-réaction à la tuberculine et son interprétation clinique. — (N° 3, 8 janv.) J. BAUR : Cytologie urétrale. Application au diagnostic des séquelles inflammatoires des urétrites chroniques. — H. BORDIER : Traitements photo et radiothérapiques de l'acné et des affections acnéiformes; leurs indications respectives. — Raymond BONNEAU : Désinsertion phalangettienne du tendon extenseur. — (N° 4, 12 janv.) A. TROLLER : La lumière ultra-violette. — MATOUT : Les propriétés physiques des rayons ultra-violets. — V. HENRI et G. STODEL : Les rayons ultra-violets et leurs applications à la stérilisation. — L. RÉNON, E. GÉRAUDEL et R. MONNIER-VINARD : L'hépatome. Tumeur primitive du foie. — (N° 5, 15 janv.) P. SÉBILEAU et Fernand LEMAITRE : Etat actuel de la broncho-œsophagoscopie. — G. LARDENOIS et J. OKINCZYC : Les hernies adhérentes du cæcum. — (N° 6, 19 janv.) GUIBÉ : Traitement chirurgical de l'œdème chronique. Lymphangioplastie ou drainage capillaire par fils. — CARREL et JARVIS : Les expériences de Flexner et Lewis sur la poliomyélite expérimentale. — C. LEVADITI : Essai de culture du parasite de la paralysie infantile. Note préliminaire. — (N° 7, 22 janv.) Camille LIAN : Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche. — Maurice PERRIN : Anémie séreuse aiguë et anémie séreuse chronique. — (N° 8, 26 janv.) P. MERLE et R.-J. WEISSENBACH : Ependymite cérébrale aiguë chez l'enfant. — (N° 9, 29 janv.) Jean LÉPINE : Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale. — P. DESFOSSES et L. DUREY : Gymnastique du coude. — C. FLEIG : Sur les injections de solutions isotoniques de chlorure de calcium ou de sérums fortement calciques, de solutions isotoniques ou hypertoniques de sucres et sur l'ingestion ou les lavements d'eau abondants, avant et après l'anesthésie chirurgicale. — (N° 10, 2 fév.) V. AUDIBERT et F. MONGES : L'auto-sérothérapie de l'ascite. — A. LEMIERRE et P. ABRAMI : L'ictère pneumococcique. — (N° 11, 5 fév.) F. DE LAPERSONNE : Pronostic de la cataracte diabétique. — Marcel LABBÉ : Coma par acidose et abcès du foie. — (N° 12, 9 fév.) Ove WULFF : La vaccinothérapie dans les infections par bacterium coli des voies urinaires. — A. POLICARD : Les segments du tube urinaire. — Alfred MARTINET : A quelles doses il faut prescrire l'adrénaline ?

Province médicale. — (N° 5, 29 janv. 1910.) RIMBAUD : Syringomyélie et radiothérapie. — AMBLARD : Sphygmométrie clinique. — C. VÉROUKAS : Un cas d'infection puerpérale grave avec phénomènes locaux et troubles nerveux intenses. Guérison rapide par les injections et lavages antiseptiques au lysol. — (N° 6, 5 fév.) TÉDENAT : Ulcération des artères. — CADE et JALIFIER : Occlusion aiguë duodénale (artério-mésentérique).

Revue médicale de l'Est. — (N° 2, 15 janv. 1910.) Ed. AUBRY : Méningo-encéphalites secondaires à des traumatismes graves du crâne. — (N° 3, 1er fév.) BINET : Luxation récidivante de l'épaule.

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1910.) SOUQUES : Ed. Brissaud. — G. GUILLAIN et G. LAROCHE : Astéréognosie spasmodique juvénile. — E. LONG : Sur l'absence fréquente de la contracture permanente dans l'hémiplégie infantile. — Lad. HASKOVEC : A propos de l'article : Deux nouveaux cas de lésions de la couche optique suivis d'autopsie. Syndrome thalamique pur et syndrome mixte, par Gustave Roussy. — G. ROUSSY : Réponse à M. Haskovec.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 2, 13 janv. 1910.) EHRENDORFER : Sur la grossesse à la fois extra et intra-utérine. — V. EISELSBERG : L'extirpation unilatérale du pylore. — V. HACKER : Plastique de la joue avec lambeaux de la peau de la poitrine implantés au bord du sternum et parallèles à la clavicule. — HOCHENEGG : Gastro-entérostomie ou résection dans l'ulcère gastrique. — OTTO : Trois cas d'extirpation de la rate. — SCHRAMM : Sur les tumeurs du sacrum. — FRÆNKEL : Sur un cas d'anurie calculeuse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LA REVIVISCENCE DU CŒUR

Par M. MAUCLAIRE (1),
Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

La syncope chloroformique, et, en particulier, la syncope blanche du début de l'anesthésie, est une épée de Damoclès que le chirurgien a aussi présente à l'esprit bien souvent! Je vais vous parler des moyens que nous avons actuellement à notre disposition pour la prévenir ou pour la traiter; c'est l'étude des procédés qui ont pour but de produire « la reviviscence du cœur », étude que vous trouverez exposée en détail dans plusieurs travaux récents (2).

* * *

Les notions physiologiques préliminaires doivent être assez détaillées. Vous savez tous que, en 1868, Ludwig fit de très intéressantes expériences de circulations artificielles dans les organes; elles sont restées classiques et elles ont été bien souvent reproduites par les physiologistes dans leurs laboratoires.

Depuis vingt ans, bien des sérums ont été adoptés pour ces circulations artificielles (Ringer, Albanese, etc.).

Locke, en 1896, fit des expériences de circulation artificielle avec le sérum suivant, le plus usité actuellement en physiologie :

Eau distillée........	1000 centimètres cubes.
NaCl..............	6 grammes.
CO^3NaH............	0g20
$Cacl^2$..............	0g20
Kcl................	0g20
Glucose............	1 gramme.

Maurice d'Halluin, à qui j'emprunte ces notions physiologiques, lui a donné la préférence dans ses nombreuses et judicieuses expériences dont je vous parlerai plus loin. Ce sérum est oxygéné par barbottage, ou en y insufflant de l'air; de plus il est maintenu à 35 degrés environ. Ce dernier point, la température, a une grande importance.

L'expérience physiologique suivante de Newell-Martin (1861) est encore à retenir pour nous : si le cœur peut être isolé, il suffit d'injecter du sérum de Locke dans les vaisseaux coronaires et les battements reparaissent.

En 1891, Arnaud, chez l'animal, injecte du *sang défibriné et oxygéné*, dans les coronaires, or les battements cardiaques reparaissent pendant 25 minutes.

En 1892, Hédon et Gilis injectent du sang défibriné et oxygéné dans l'aorte d'un supplicié, trois quarts d'heure après la mort, et le cœur rebat encore pendant une demi-heure.

Kuliabko (1902), en se servant du sérum de Locke, fait revivre et rebattre des cœurs d'enfants morts de pneumonie et cela vingt-quatre heures après la mort. Et même, chez des animaux, il a pu faire revivre et rebattre le cœur trois ou quatre jours après la mort.

M. d'Halluin (1904) chez des cœurs de nouveau-nés a observé les mêmes résultats que Kuliabko.

Salomoni a obtenu la réviviscence du cœur en faisant des injections de sérum soit dans le ventricule gauche, soit dans la jugulaire.

Ainsi le cœur conserve son *irritabilité myocardique* quelque temps après la mort. *La mort du cœur n'est donc pas instantanément définitive.*

Mais quels organes et quelles fonctions physiologiques entretiennent la vie? C'est tout d'abord l'action nerveuse du bulbe.

Celui-ci pour entretenir son action nerveuse doit être irrigué par du sang oxygéné.

D'après Cyon, l'anémie du cerveau peut durer pendant vingt minutes et la vie reparaître néanmoins.

Mais on peut supprimer l'action du bulbe, tout en entretenant la circulation artificielle; on voit la circulation du cœur continuer et la vie persister si on pratique la respiration artificielle.

La seconde fonction principale pour l'entretien de la vie est la respiration qui, en conservant l'hématose, joue un rôle très important. Mais elle seule ne suffit pas pour entretenir la vie, et Ch. Richet a même démontré que l'insufflation pulmonaire est incapable non seulement de ranimer un cœur arrêté mais aussi de retarder la mort d'un cœur soumis à l'asphyxie. Nous verrons d'ailleurs que dans le collapsus chloroformique la syncope bleue, c'est-à-dire l'asphyxie, paraît moins fréquente que la syncope blanche.

Ainsi, *la vie des organes ne s'éteint pas en même temps que la vie de l'être, et les organes ayant l'apparence de la mort sont encore susceptibles de revivre, soit momentanément, soit définitivement.*

A ce point de vue l'expérience bien connue de Brown Séquard (1858) est encore à rappeler. Il injectait du sang défibriné dans le bout périphérique des carotides d'un chien décapité; dans ces conditions celui-ci ouvre les yeux si on l'appelle.

Hayem et Barrier complètent l'étude de cette expérience de Brown-Séquard, dans des recherches très intéressantes.

Laborde (1885) injectait du sang défibriné dans les vaisseaux du cou chez un décapité; or les muscles de la face se contractèrent par l'excitation du cerveau.

Hédon et Arroux montrent que le massage cardiaque fait après la ligature de l'aorte ranime le cœur, car le sang entre alors plus facilement dans les coronaires.

Toutes ces notions physiologiques devaient conduire insensiblement aux tentatives du massage du cœur.

* * *

Voyons d'abord *les résultats du massage cardiaque chez les animaux.* Déjà Schiff, en 1874, et Hocke

(1) Leçon rédigée par M. Lamouroux, interne du service.
(2) D'Halluin. Th. de Lille, 1904; — Mauclaire et Zesas. *Arch. intern. de chir.*, 1906; — Lenormant. *Rev. de chir.*, 1905; — Mocquot. *Rev. de chir.*, 1909; — White. *Surg. gyn. and obst.*, 1909.

massaient le cœur des chiens ayant une syncope chloroformique, au cours de certaines expériences physiologiques. Le procédé est devenu courant et dans les laboratoires, comme nous l'avons vu bien des fois, il est fréquemment employé; mais il est à noter que la respiration artificielle est faite en même temps comme si on poussait de l'air avec un soufflet. Nous retiendrons cette condition déterminante, car elle nous paraît importante et insuffisamment pratiquée dans les cas de collapsus chloroformique.

Prus, dans une excellente étude parue dans les *Archives de médecine expérimentale* de 1907, étudie le massage en prolongeant le temps d'attente entre l'arrêt du cœur et le début du massage. Il attendit parfois jusqu'à soixante minutes; il combinait les injections intra-artérielles avec le massage; il prolongeait celui-ci parfois durant deux heures. Sur 100 expériences, il obtint 55 fois le retour à la vie e 47 fois un retour définitif. La reviviscence avait lieu entre quinze secondes et deux heures après l'arrêt du cœur.

Prus conseille le massage cardiaque dans les cas d'asphyxie, de collapsus électrique ou chloroformique, quand tous les autres procédés de rappel à la vie ont échoué.

D'Halluin (1904), dans sa thèse très intéressante, a fait de nombreuses recherches théoriques et expérimentales sur le massage du cœur chez les animaux, et voici ses résultats :

Sur 32 tentatives de massage chez le chien, il note :

10 ranimations complètes;
5 — incomplètes, c'est-à-dire momentanées.
10 insuccès dus aux trémulations fibrillaires.

Arabian (de Genève) rapporte, dans sa thèse, des résultats semblables en insistant sur le rôle de la digestion, de la température, de l'âge, de la taille de l'animal en expérience.

En somme, l'excitabilité initiale du myocarde est donc conservée quelque temps après la mort réelle; dans la syncope chloroformique le cœur n'est donc pas mort d'une façon absolument définitive et immédiatement.

Des injections dans les coronaires pourraient faire revivre le cœur. Le massage favorise cette circulation coronaire. Il faut peut-être, comme nous le verrons, adjoindre l'insufflation pulmonaire oxygénée et les injections vasculaires de sang défibriné chauffé à 35 degrés.

Les méthodes de reviviscence du cœur, si multiples qu'elles soient, peuvent alors être ramenées à quelques types :

En premier lieu les *méthodes agissant sur le cœur*, soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire de la circulation;

Ensuite les *méthodes agissant sur le système nerveux central*, toujours par l'intermédiaire de la circulation;

Enfin les *méthodes ayant pour but le rétablissement de la ventilation et de la circulation pulmonaires*. Ces deux derniers procédés sont très anciens, mais on connaît mieux maintenant leur rôle adjuvant dans la reviviscence du cœur.

Je n'insisterai pas sur eux parce que vous les connaissez. Ce sont les vulgaires procédés de la *respiration artificielle* que Crile (de Cleveland) a récemment perfectionnés en insufflant le poumon au moyen d'une poire en caoutchouc ou d'une pompe aspirante et foulante par l'intermédiaire d'un tube introduit dans le larynx.

Je serai bref de même sur les méthodes ayant pour but d'empêcher l'anémie des centres bulbaires, non pas qu'elles aient une importance secondaire, mais parce qu'elles se réduisent en des injections de sérum poussées dans les carotides dans le sens du courant sanguin. J'ai expérimenté personnellement ce procédé dans un cas; je crois à son efficacité comme moyen adjuvant, mais isolément il me paraît insuffisant, jusqu'à plus ample informé.

Je vais, par contre, vous exposer en détail les *méthodes ayant pour but d'agir sur le cœur lui-même.*

Ce sont : la *ponction du cœur droit*, l'*excitation électrique du cœur*, le *massage du cœur*, les *injections intra-vasculaires dans la direction du cœur*, les *injections dans le myocarde*, les *injections dans la cavité du cœur*, enfin l'ensemble des *procédés ayant pour effet de produire une vaso-constriction périphérique et viscérale et un reflux du sang vers le cœur.*

A. La PONCTION ÉVACUATRICE DU CŒUR DROIT, pratiquée avec succès chez des animaux par Wattson (15 succès sur 10 cas) et E. Widal, n'a donné que des échecs chez l'homme (Mils et Coats). Je vous cite seulement pour mémoire cette cardiocentèse qui paraît vraiment dangereuse, et qui pourtant était beaucoup employée au Japon et en Amérique comme traitement des maladies du cœur.

B. L'EXCITATION ÉLECTRIQUE DU CŒUR « à travers la paroi thoracique » est un procédé peu recommandable; quant à l'électrisation « directe » du myocarde, elle doit être rejetée définitivement (bien que je l'ai pratiquée dans un cas), car elle peut produire l'arrêt du cœur par excitation de certains ganglions nerveux. Aussi préfère-t-on à l'électrisation du myocarde l'excitation du diaphragme au niveau de ses insertions ou du nerf phrénique au niveau du cou.

C. Le MASSAGE DU CŒUR, dont nous avons vu les résultats en physiologie expérimentale, est entré dans le domaine chirurgical.

Quels sont les procédés de massage du cœur, tels qu'ils ont été appliqués à l'homme ?

Je ne parle, bien entendu, que du massage direct, car le massage indirect, consistant à comprimer rythmiquement le cœur à travers la paroi thoracique, est pratiqué depuis longtemps en même temps que la respiration artificielle.

Ces procédés sont au nombre de trois : 1° le *massage transthoracique;* 2° le *massage transdiaphragmatique;* 3° le *massage sous-diaphragmatique.*

1° Le *massage transthoracique* est le procédé le plus ancien. Il exige la résection d'un volet comprenant l'extrémité sternale de la quatrième et de la cin-

quième côte sur une longueur de 6 centimètres environ et consiste dans la compression du myocarde soit à travers le péricarde, soit par une brèche faite dans l'enveloppe fibroséreuse du cœur.

Ce procédé présente un défaut fondamental; il exige l'ouverture de la plèvre; la production d'un pneumothorax total est une complication désastreuse en pareille circonstance, car le poumon gauche ne fonctionne plus. Aussi malgré le perfectionnement de technique, vraiment illusoire, conseillé par Wehr qui résèque seulement les cartilages costaux pour éviter l'ouverture de la plèvre, ce procédé est à peu près abandonné, car je crois qu'il est très difficile d'éviter cette ouverture.

Le premier cas de massage direct du cœur, après résection costale, a été rapporté par Niehans (de Berne) en 1889. Il n'obtint qu'un léger durcissement du cœur.

Puis, en 1898, MM. Tuffier et Hallion publient un exemple de massage du cœur pratiqué par eux, non pour syncope chloroformique, mais dans un cas d'embolie pulmonaire, avec une survie de quelques instants.

M. Bazy rappela alors une tentative infructueuse remontant à 1891.

Les tentatives se multiplient et deux cas seulement sont à retenir : celui de Maag, en 1900, qui obtient une survie de onze heures et celui d'Igelsrud (de Tromsoë, Norvège) qui obtient un retour définitif à la vie. Mais retenez bien que le massage du cœur fut commencé chez sa malade cinq minutes seulement après le début d'une syncope chloroformique sur la nature de laquelle les détails manquent. Ce procédé a été pratiqué 31 fois pour arrêt du cœur soit après un traumatisme, soit pour embolie, soit pour syncope chloroformique. Il a été tenté 14 fois pour syncope chloroformique. On ne note que deux succès (statistique personnelle, celle de Lenormant et celle de Mocquot). Dans 5 cas il s'agissait de syncope blanche initiale (5 insuccès) et neuf fois de syncope bleue : deux succès partiels et un succès complet (Igelsrud).

2° Le *massage transdiaphragmatique* consiste, après une laparotomie médiane sus-ombilicale, à comprimer le cœur par une brèche pratiquée dans le centre phrénique. J'ai conseillé, en 1901, pour éviter le pneumothorax inévitable dans les tentatives de massage transthoracique; l'année suivante, Poirier employa cette voie « en fendant d'un coup de pouce les faisceaux xiphoïdiens du diaphragme ».

Ayant fait des recherches anatomiques nombreuses pour préciser la technique de ce procédé, j'ai conclu à la supériorité d'une incision transversale du centre phrénique sur l'incision antéro-postérieure. J'ai donc recommandé une section d'une longueur de 5 centimètres environ, intéressant le milieu de la coupole diaphragmatique, mais un peu en avant de son sommet. J'ai insisté sur quelques détails. En premier lieu, je conseillais de diriger avec soin la pointe du bistouri en avant; l'instrument tourné en arrière courant le risque de blesser le bord droit du cœur (1). Ensuite j'appelais l'attention sur une position que Kelling recommandait de donner au malade et destinée à faciliter l'incision péricardo-diaphragmatique. C'est la position coudée de tout le corps obtenue en plaçant le bassin en situation pendante, le tronc restant horizontal, l'angle du corps répondant au bord de la table.

J'insistais encore sur la nécessité de suturer cette plaie du centre phrénique pour éviter la hernie diaphragmatique, bien que celle-ci soit moins à craindre au sommet de la coupole qu'au niveau des parties latérales plus mobiles dans les mouvements respiratoires.

Mon exemple fut suivi, mais, hélas ! les résultats ne furent pas encourageants; dans quelques cas seulement on obtint des contractions rythmiques passagères, dans d'autres des trémulations fibrillaires et parfois une survie de quelques heures [cas récent de Rehn (1)]. Employé douze fois, ce procédé n'a pas de succès à son actif, qu'il s'agisse de syncope initiale (deux cas) ou de syncope tardive (neuf fois). Il y a lieu de se demander si ce massage n'a pas été trop brusque, car le cœur, organe très sensible, ne doit pas être comprimé brutalement.

3° *Le massage sous-diaphragmatique* consiste, toujours après une laparotomie, à comprimer le cœur à travers le centre phrénique, sans section de celui-ci. Il a été employé pour la première fois par Starling, en 1903, avec un succès complet et la technique du procédé a été détaillée par Boucart (de Genève). Utilisé 22 fois, ce procédé donne 9 succès complets et 6 partiels [2 syncopes blanches du début (1 succès) et 20 syncopes bleues tardives].

Remarquez d'ailleurs que ces massages trans ou sous-diaphragmatiques peuvent être combinés avec le massage thoracique, car de la main restée libre on agit sur le cœur à travers la paroi que l'on comprime rhytmiquement, en sorte que l'organe est pour ainsi dire saisi entre les deux mains.

Quel peut être le mode d'action de ce massage cardiaque? — Il agit vraisemblablement de plusieurs façons. En premier lieu, il favorise la déplétion du cœur et il obtient de manière plus simple le même résultat que la ponction ventriculaire.

Il joue encore, de façon certaine, le rôle d'excitant mécanique, puisque les physiologistes savent, depuis longtemps, que chez les animaux une simple chiquenaude sur le cœur arrêté suffit à lui faire reprendre ses battements quand la respiration est entretenue artificiellement.

Enfin, et tel est sans doute son rôle le plus important, il produit une circulation artificielle dans le myocarde lui-même par les vaisseaux coronaires. L'influence de cette circulation coronaire est double. Elle agit d'abord mécaniquement, car Hédon et Gillis ont démontré que l'on peut faire réapparaître les battements du cœur par des injections de sang défibriné et oxygéné dans l'aorte ou les coronaires. Elle agit encore en chassant du cœur le sang chargé de chloroforme et en le remplaçant par du sang moins toxique.

Voyons maintenant quels sont les résultats obtenus

(1) Etude anatomique, *Soc. anat.*, mars 1902.

(1) REHN. *Münch. med. Woch.*, 30 nov. 1909.

par ces différents procédés de massage cardiaque. — En dehors du massage transdiaphragmatique qui ne compte que des insuccès, car les trémulations fibrillaires observées dans quelques cas sont un phénomène n'indiquant pas un retour à la vie, mais comportant au contraire le plus mauvais pronostic, le massage du cœur offre à son actif plusieurs cas de retour à la vie; mais les résultats diffèrent complètement si on compare les deux procédés thoracique et sous-diaphragmatique.

La méthode thoracique, en effet, n'a à enregistrer que des échecs pour les cas de syncope blanche du début; et dans les cas de syncope bleue elle n'a obtenu que des retours à la vie pour un temps variant entre douze et vingt-quatre heures et un seul succès complet dans le cas d'Igelsrud que je vous ai déjà signalé. Mais je vous rappelle encore que, dans ce cas, le massage du cœur fut essayé cinq minutes seulement après le début de la syncope, alors, par conséquent, que le retour à la vie aurait peut-être pu être obtenu par la continuation pure et simple de la respiration artificielle.

Par contre le procédé sous-diaphragmatique a permis d'obtenir des succès dans presque la moitié des cas où il a été employé contre la syncope bleue, et sur deux cas de syncope blanche où il a été essayé, il a permis d'obtenir un retour à la vie définitif. *Le procédé sous-diaphragmatique est donc le procédé de choix.*

Les *causes d'insuccès du massage du cœur* sont malheureusement très nombreuses. Tout d'abord évidemment il ne faut pas qu'il existe chez le malade une altération organique incompatible avec la vie : infection septicémique (mon premier cas), intoxication, altération du sang, impossibilité de son oxygénation.

Les trémulations fibrillaires sont pour Prévost, Batelli, d'Halluin et Arabian une grande cause d'insuccès.

Pour Batelli et Arabian, les courants alternatifs à haute tension (240 volts) empêchent les contractions fibrillaires et raniment le cœur. Pour d'Halluin, les injections de sels de calcium et de potassium sont indiquées pour éviter ces contractions fibrillaires.

Il faut aussi éviter le refroidissement du sujet (Herzen) qui devient rapide, car instinctivement dans ces accidents on ouvre souvent la fenêtre. J'ai noté aussi le refroidissement rapide du corps chez deux de mes syncopés.

Le pneumothorax presque inévitable avec la voie thoracique est une cause importante d'insuccès; car le poumon gauche ne peut plus fonctionner.

* * *

Tels sont les résultats obtenus par le massage du cœur, vous voyez que la question est encore à l'étude.

Je serai plus bref sur les *autres méthodes agissant plus indirectement sur le cœur.*

D. La plus pratiquement réalisable est celle DES INJECTIONS INTRA-VASCULAIRES DANS LA DIRECTION DU CŒUR dont le but principal est, comme pour le massage, de favoriser la circulation coronaire.

La solution injectée varie suivant les auteurs.

Crile (1903) injecte une solution d'adrénaline au 50 000e. Presque tous les physiologistes ont adopté le sérum de Locke, à la température de 35 degrés.

Tous les éléments du sérum de Locke semblent jouer un rôle spécifique; c'est ainsi que le chlorure de calcium, par exemple, possède la propriété d'empêcher la production des contractions fibrillaires du cœur (d'Halluin).

De même la voie de l'injection a été discutée.

Alors que Crile, se proposant surtout de produire une vaso-constriction périphérique et viscérale, injectait sa solution d'adrénaline dans les veines, d'autres conseillent de pousser l'injection dans le système artériel. A cet effet Spina (de Prague) et son élève Velich (1903) avaient choisi la carotide, Mocquot conseille l'axillaire, et d'Halluin employait la fémorale. Ce dernier allait même jusqu'à injecter par cette voie du sang soustrait au malade par la veine jugulaire.

E. LES INJECTIONS DE CAFÉINE DANS LE MYOCARDE LUI-MÊME ont été expérimentées par Green, puis par Pierre Delbet, sans autre succès que la production de quelques contractions passagères.

F. Par contre la MÉTHODE DES INJECTIONS DANS LA CAVITÉ même du cœur a donné un résultat partiel à Pierre Duval qui, par une injection de sérum de Locke caféiné, que l'auteur regrette de n'avoir pu employer à la température du corps, obtint une survie de trois heures.

G. Enfin je termine par l'exposé d'une MÉTHODE RÉALISANT UNE VASO-CONSTRICTION PÉRIPHÉRIQUE répartie sur une grande étendue de la surface du corps, et ayant pour conséquence un reflux du sang vers le cœur, toujours destiné à favoriser la circulation coronaire.

A cet effet Crile (qui d'ailleurs combinait l'insufflation d'air dans les poumons par une canule trachéale, le massage indirect du cœur par compression du thorax, la respiration artificielle et les injections intra-veineuses d'adrénaline) emploie, après avoir lié à leur racine les membres préalablement relevés, un vêtement spécial en caoutchouc qui, en comprimant l'abdomen, contribue encore à ce *reflux du sang vers le cœur.*

Sur six cas publiés, il n'obtint ainsi qu'un seul retour à la vie momentané; mais, ainsi que le fait remarquer Mocquot, cette méthode ne peut être jugée, car sur les six, quatre des cas malheureux avaient trait à des sujets condamnés à l'électrocution, condition expérimentale tout à fait différente de celle de la syncope chloroformique.

Charles (de Louvain) a préconisé aussi cette injection d'adrénaline dans les veines, en même temps que la compression rythmique du thorax. Il produit ainsi la contraction des vaisseaux périphériques et le sang pénètre plus facilement dans les coronaires, but recherché.

* * *

Tels sont les différents procédés de reviviscence du cœur. Cette question bien passionnante, comme vous le voyez, est encore obscure. Toutefois il

semble que, dès maintenant, un point soit acquis, la *nécessité de la triple action combinée sur le cœur, sur l'encéphale et sur la fonction respiratoire.*

Dans quel ordre appliquerons-nous, en pratique, dans le cas de syncope chloroformique, ces différents procédés ?

D'abord, retenez bien qu'il y a un certain nombre de précautions préventives auxquelles j'attache la plus grande importance.

C'est ainsi que le malade doit être rassuré. Je ne peux pas croire que le fait d'endormir le patient dans une salle d'opérations, au milieu du bruit des préparatifs, alors que des linges sanglants provenant d'une intervention précédente traînent encore à terre, dans une atmosphère surchauffée et viciée, je ne peux pas croire que de semblables circonstances nécessitées par des installations et un personnel insuffisant, faute de crédits, ne prédisposent pas un malade apeuré aux accidents d'anesthésie. Il faut donc endormir les opérés dans une salle à part, dans le silence, et, j'insiste encore, les rassurer. Il faut, si la température extérieure le permet, renouveler l'air de la salle d'opérations pour le ventiler si on vient de faire une première intervention.

Il faut avoir à portée de sa main, le matériel nécessaire pour pratiquer des injections sous-cutanées de caféine ou d'éther à la première alerte. Cette précaution, qui nous paraît si simple, est presque toujours mise en défaut; dans l'affolement qui accompagne un accident chloroformique, on attend trop longtemps ce premier secours.

En cas de syncope confirmée, pendant que des aides font les injections sous-cutanées, commencez immédiatement la respiration artificielle, et faites ouvrir les fenêtres, à condition que la température le permette, car le maintien d'une température se rapprochant le plus possible de celle de l'organisme est une des conditions que recherchent les physiologistes au cours de toutes les expériences de reviviscence du cœur. Peut-être que les tables opératoires chauffantes auraient leur utilité dans ces cas.

Si, au bout de quelques minutes, la respiration ne se rétablit pas, faites la trachéotomie, mais sans cesser pour cela la respiration artificielle, aspirez les mucosités ou le sang qui, dans les opérations portant sur la bouche ou le nez, tombent dans les bronches, et insufflez, directement ou au moyen d'un soufflet, une poire de thermocautère, de l'air par la canule.

Pendant ce temps, faites électriser le phrénique à son passage dans le cou et électrisez aussi toutes les insertions du diaphragme.

Tâchez, en même temps, par la ligature des membres préalablement relevés et par la compression de l'abdomen, de produire cette vaso-constriction périphérique qui fait refluer le sang vers le cœur.

Il faudrait ensuite faire les injections d'adrénaline ou de sérum dans la direction du cœur par la fémorale et dans la direction de l'encéphale par la carotide.

Enfin, au bout de vingt minutes d'efforts inutiles, n'hésitez pas à effectuer le massage sous-diaphragmatique du cœur, en incisant un peu le centre phrénique, comme le conseille M. Mocquot, si sa tension gêne la compression du cœur, ou en faisant franchement le massage transdiaphragmatique.

Songez que pendant deux heures il faut être persévérant dans cette lutte contre la mort.

Je vous souhaite d'avoir le bonheur de rappeler à la vie une victime du chloroforme! Je ne connais pas pour un chirurgien de situation plus angoissante! Personnellement, depuis quatorze ans que je fais de la chirurgie active, sur approximativement 7000 chloroformisations, j'ai eu sept accidents chloroformiques dans lesquels mes essais ont été infructueux. Les voici par date : 1899 (Pitié), massage par la voie thoracique (amputation de cuisse chez un sujet très infecté) — 1902 (Bichat), massage transdiaphragmatique (cure radicale de hernie) — 1902 (Bichat), massage transdiaphragmatique (cure radicale de hernie) — 1905 (Necker), injection de sérum vers l'encéphale dans la carotide primitive (hydrocèle) — 1907 (Dubois), massage transdiaphragmatique (malade très infectée, salpingite) — 1909 (Charité), massage sous-phrénique et injection de sérum dans la fémorale vers le cœur (syncope tardive, sujet très infecté, phlegmon scrotal). Soit au total 4 morts franches par chloroforme (syncope blanche), et 3 morts chez des malades infectés.

Il serait intéressant d'avoir la statistique intégrale de chaque chirurgien, en tenant compte des cas dans lesquels le malade était très intoxiqué ou très infecté ou atteint d'affections cardiaques ou autres; on ferait beaucoup progresser cette question qui personnellement m'a beaucoup passionné, car la mort chloroformique immédiate est le cauchemar des chirurgiens. Il en est une autre encore plus énigmatique, c'est la mort « tardive » par chloroforme. Je vous en parlerai prochainement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1910)

Traitement des gangrènes diabétiques. Les douches d'air surchauffé. — M. le professeur DIEULAFOY rapporte des exemples de gangrène artérielle qu'il a pu observer récemment : il s'agissait de diabétiques chez lesquels une oblitération artérielle avait provoqué une gangrène sèche. L'infection de ces gangrènes amena une transformation humide, des lymphangites avec migration microbienne et réactions à distance constatées histologiquement autour des artères. A ce stade, les gangrènes artérielles peuvent conduire aux accidents les plus graves. Le seul moyen de les éviter est l'ablation du foyer par l'amputation du membre. Mais cette intervention est dangereuse parce que l'organisme est déjà menacé par la toxi-infection.

M. Dieulafoy montre que nous avons actuellement un moyen de limiter cette infection, d'empêcher l'extension de la gangrène et d'enrayer la toxi-infection : ce sont les douches d'air surchauffé à 150, 200, 300, 500 degrés et plus, qui, répétées fréquemment, amènent la carbonisation de la région et limitent la gangrène en la maintenant sèche. Quand l'extension et l'infection de la gangrène sont conjurées, l'amputation chirurgicale peut être pratiquée sans danger et débarrasse le

malade du segment de membre mortifié. Cette conduite a donné à M. Dieulafoy les plus remarquables succès dans les cas qu'il a observés.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. Thoinot déclare qu'après comme avant cette discussion l'origine hydrique de la fièvre typhoïde reste intacte. Qu'il y ait des épidémies de dothiénentérie en dehors de l'intervention de l'eau de boisson, nul ne le conteste. Les exemples fournis, à ce point de vue, par M. Vaillard, conservent toute leur valeur. Toutefois, l'eau d'alimentation, réputée pure, ne mérite pas toujours d'être exemptée d'une influence pathogénique sur certaines épidémies. M. Thoinot rappelle une épidémie de fièvres typhoïdes qui a été, en 1903 et 1904, produite par l'usage de l'eau de la Marne. Le rôle nocif de l'eau n'est donc pas douteux et ce facteur, en matière de fièvre typhoïde, n'est jamais négligeable.

De même, dans la ville de Rennes, où la substitution d'une eau pure à une eau contaminée a fait cesser immédiatement une épidémie typhoïdique. Le plus indubitable des agents producteurs de la fièvre typhoïde, c'est l'eau, ne l'oublions pas. En l'espèce, nous savons tous la valeur de ces données étiologiques. Il y a des médecins qui ont pu croire que la mode de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde était passée. Il y a là un danger. La question est résolue en Allemagne. Elle ne l'est pas encore en France. Il faut proclamer bien haut que le premier facteur des épidémies qui nous occupent est l'eau de boisson.

Quant aux porteurs de bacilles, il y a lieu d'en tenir compte et il faut savoir gré à M. Vaillard d'avoir appelé sur eux l'attention. La lutte contre ces porteurs de bacilles reste ouverte. Si cette lutte peut s'exercer, dans une certaine mesure, à la caserne, à l'hôpital militaire, il faut bien reconnaître qu'elle présente les plus grandes difficultés dans la population civile. En terminant, M. Thoinot insiste sur ce fait que c'est surtout à produire de l'eau potable pure que doivent tendre tous les efforts des pouvoirs publics.

M. Benjamin rappelle que, dans cette discussion, on a beaucoup insisté sur la nécessité des soins de propreté. Comment essayer de réagir contre des habitudes invétérées de malpropreté chez une certaine partie de la population des villes? En s'adressant à l'enfant, en faisant, à ce point de vue, son éducation dans les écoles, en installant des leçons d'hygiène. Il faudrait arriver à leur faire comprendre la nécessité du savon, la nécessité de tenir propres les parties cachées comme les parties découvertes. M. Benjamin, en sa qualité de membre de la commission des logements insalubres, nous donne des détails suggestifs sur la saleté repoussante des latrines des ateliers de certaines maisons. Il faudrait que les enfants des écoles fussent instruits des dangers que présente cet état de choses et que leur éducation hygiénique fut faite sérieusement.

M. Delorme répond aux divers orateurs qui ont discuté sa première communication.

Nous publierons in extenso son importante argumentation dans un prochain numéro.

M. Lannelongue, qui vient de faire un voyage en Chine et qui nous trace un tableau saisissant de la saleté répugnante des rues de Canton, de Shanghaï, etc., a été frappé de la rareté de la fièvre typhoïde dans ces milieux d'une saleté repoussante. Il se l'explique par ce fait que les Chinois font tous bouillir leur eau et ne mangent les légumes et les fruits que cuits.

M. Lannelongue, qui s'occupe particulièrement d'une institution à Clichy, dans laquelle sont agglomérés un grand nombre d'enfants qui, dans ces temps d'inondation, manquèrent absolument d'eau potable, a fait recueillir l'eau qui inondait les cours et les jardins et, après l'avoir fait bouillir, l'a fait consommer à ces enfants.

M. Delorme rappelle que, dans l'armée, l'épuration de l'eau par ébullition se fait depuis de longues années.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 12 février 1910)

Action empêchante exercée par les rayons X sur la formation des nitrites aux dépens du sous-nitrate de bismuth, en présence de matières fécales. — MM. L. Marre et Taillandier. Les accidents, graves ou mortels, signalés à la suite d'ingestion de fortes doses de sous-nitrate de bismuth, ont été attribués à l'intoxication par les nitrites formés, dans certaines conditions, aux dépens du sous-nitrate. Les nitrites prennent naissance seulement en présence des matières fécales, et cela probablement, ainsi que l'a montré Böhme, sous l'influence des microbes intestinaux.

Comme tous les accidents graves signalés avaient été observés à l'occasion d'examens radioscopiques, nous nous sommes demandé si les rayons X ne pouvaient avoir une influence sur la formation des nitrites. En réalité, il n'en est rien, et les rayons X paraissent avoir au contraire une action empêchante des plus nettes. Cette action s'exerce probablement sur les microbes intestinaux.

La réaction de Wassermann dans la scarlatine. — MM. Pierre Teissier et René Bénard, contrôlant les recherches de quelques auteurs allemands, relativement à la réaction de Wassermann chez les scarlatineux, ont trouvé cette réaction positive dans 84 p. 100 des cas, lorsqu'on examine des scarlatineux hépatiques. La réaction doit être pratiquée avec de l'antigène aqueux. Le phénomène est d'ailleurs passager. Peut-être faudrait-il considérer cette réaction comme attestant la présence d'anticorps hépatiques. Ce serait une preuve nouvelle de l'action de la scarlatine sur le foie.

Intra-dermo-réaction et cuti-réaction avec la syphiline chez les syphilitiques. — MM. J. Nicolas, M. Favre et Cl. Gautier (de Lyon) ont essayé de produire chez les syphilitiques une cuti-réaction et une intra-dermo-réaction au moyen de la syphiline (extrait glycériné concentré de foie de fœtus hérédo-syphilitique riche en tréponèmes). La cuti-réaction n'a donné jusqu'à présent à ces auteurs que des résultats à peu près nuls. Sur 12 syphilitiques soumis à l'épreuve (10 secondaires, 2 tertiaires) ils ont obtenu 7 intra-dermo-réactions très positives (5 secondaires, 2 tertiaires), 4 intra-dermo-réactions faibles ou douteuses, 1 seule négative complètement. Trois sujets témoins n'ont présenté aucune réaction. Méthode nouvelle possible de diagnostic de la syphilis méritant d'être étudiée plus complètement, ce que font les auteurs.

Régression pathologique du thymus dans le jeune âge. — MM. Léon Tixier et Mlle Feldzer, contrairement à l'opinion classique, admettent avec Simon, Pfaundler, Hammar, que l'involution normale du thymus ne s'effectue pas dès la deuxième année ; elle commence seulement entre huit et douze ans pour se poursuivre très lentement.

La plupart des toxi-infections chroniques sont susceptibles d'entraîner, pendant les premières années de la vie, une régression pathologique du thymus qui aboutit, par une série de transformations progressives, à la sclérose de l'organe. Cette régression fibreuse ne peut en aucune façon se comparer à l'involution physiologique qui consiste en une substitution du tissu adipeux au parenchyme glandulaire.

Le thymus se comporte comme la plupart des organes dont la structure se modifie avec l'âge. Certains d'entre eux, comme le thymus et les ganglions (Rubens-Duval et Fage) ont toutefois, de par la constitution élémentaire de leurs tissus, une faculté spéciale pour édifier du tissu conjonctif,

Les métastases cancéreuses par envahissement lymphatique rétrograde. — M. Emile Géraudel. Des métastases cancéreuses, multiples et intéressant des organes différents, foie, poumons, surrénales, ganglions abdominaux, thoraciques et cervicaux, etc., relèvent dans certains cas non d'un envahissement des vaisseaux sanguins, mais d'un envahissement lymphatique rétrograde.

Ces métastases lymphatiques rétrogrades sont caractérisées par une vitalité remarquable, d'où l'homogénéité de leur substance, l'uniformité de couleur blanc ivoire, l'absence de toute dégénération, ombilication, hémorragie, ou pigmentation soit par les pigments sanguins, soit par les pigments biliaires. Ces métastases ont un siège souvent hilaire ou intraparenchymateux, non cortical.

Histologiquement, la métastase représente une symbiose parfaite entre les amas de cellules cancéreuses parasites et le chorion richement vascularisé emprunté à l'organe parasité. Grâce aux conditions de nutrition favorables assurées aux cellules cancéreuses dans ces métastases lymphatiques, les cellules cancéreuses y poursuivent leur évolution plus facilement que dans le foyer primitif et en particulier parviennent à une sorte de différenciation assez proche du type originel pour permettre l'identification de l'espèce cellulaire intéressée.

Cette propagation paradoxale, à contre-courant, des cellules cancéreuses semble relever d'un processus préalable de lymphangite oblitérante. Cette dernière lésion est elle-même déterminée fréquemment par la syphilis.

Cirrhose de Laënnec et tuberculose. — M. Alquier relate l'histoire d'un grand éthylique avec tous les signes de la cirrhose de Laënnec et ascite qui, pendant les quatre mois et demi que dura l'hospitalisation, nécessita la ponction tous les dix à quinze jours.

A l'autopsie, pas de tuberculose du péritoine ni de l'appareil respiratoire. Nombreuses adhérences anciennes entre le foie et les organes de l'étage supérieur de l'abdomen, rate bien grosse, foie de volume voisin de la normale et très dur. Histologiquement, très légère ébauche de cirrhose biveineuse avec très nombreux petits foyers tuberculeux avec nécrose et cellules géantes dans les espaces portes. Contrairement à ce qu'on voit d'habitude, c'est la tuberculose qui est ici évidente et les lésions habituellement attribuées à l'alcool sont des plus discutables.

Enfin, M. L.-A. Amblard expose une **technique nouvelle pour la mesure de la tension artérielle chez les arythmiques à l'aide de son sphygmométroscope.**

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1910)

Deux autopsies de syndrome thalamique. — M. Long. Le premier malade, âgé de soixante-dix ans, fit d'abord une légère hémiplégie guérie en un mois, et sans signe de Babinski; au bout de quelques mois apparaissaient des douleurs. Au huitième mois, on constatait une hémianesthésie gauche, portant sur les sensibilités superficielles et surtout profondes, sans hémianopsie. A l'autopsie, deux foyers hémorragiques, l'un sous le gyrus supra-marginal, l'autre dans la couche optique. Le deuxième cas, qui concerne un homme de cinquante-deux ans, est compliqué d'hémianopsie. L'hémiplégie est survenue à la suite d'une névrite ascendante et s'est accompagnée au début du signe de Babinski. A l'autopsie : hémorragie dans le lobe occipital, une autre dans la couche optique, avec petite dégénérescence de la capsule interne, les lésions se prolongent dans la région sous-thalamique et la partie supérieure du pédoncule cérébral jusqu'aux corps genouillés; il existe, enfin, des lacunes de désintégration dans la couronne rayonnante, la protubérance et le cervelet. L'auteur s'élève contre l'opinion de ceux qui veulent faire jouer un certain rôle dans la production du syndrome thalamique aux lésions de la capsule interne; elle n'est pas toujours touchée, et dans d'autres cas peut l'être à un haut degré sans qu'il y ait de troubles sensitifs.

M. Babinski, relevant le fait que le syndrome thalamique peut exister sans le signe des orteils, demande à ceux qui ont étudié ces cas si la lésion pyramidale était considérable, et s'il y a une sorte d'inhibition exercée par les lésions de la couche optique sur la production du signe de l'orteil? — M. Déjerine répond que la lésion pyramidale peut, en effet, être assez considérable sans que l'on constate le signe de l'orteil. — M. Roussy discute les expériences de M. d'Abundo qui, par lésion de la couche optique expérimentale, par voie inter-hémisphérique, n'a pu reproduire les troubles sensitifs.

Paralysie faciale sans hypotonicité et avec réaction de dégénérescence. — M. Babinski présente une femme atteinte depuis un mois de paralysie faciale peu visible au repos et apparaissant surtout lors des mouvements. Cette conservation du tonus est de bon augure, et cependant l'auteur montre l'existence de la réaction de dégénérescence dont la signification pronostique doit donc être discutée. Or, dit M. Babinski, on l'observe sur le cadavre, au bout d'une heure; peut-être n'indique-t-elle pas la dégénérescence des nerfs, mais simplement met-elle en lumière un caractère de l'excitabilité musculaire. — M. Alquier estime qu'une certaine réserve est nécessaire, avant d'admettre l'interprétation de M. Babinski, il faut peut-être attendre encore. En effet, il a observé un cas de paralysie faciale a frigore légère, dans lequel M. Huet avait constaté une réaction partielle de dégénérescence, alors que le tonus était assez bien conservé et que la paralysie se manifestait surtout à l'occasion des mouvements. Or, au bout de quelques mois, apparaissait un spasme qui dure encore après cinq ans, légèrement amélioré par le massage vibratoire.

Méningo-myélite méningococcique à localisation exclusivement dorso-lombaire. — MM. de Massary et Chatelin. Un homme de vingt-huit ans meurt en six jours avec les symptômes d'une myélite transverse. La ponction lombaire donna du pus contenant du méningocoque de Weichselbaum, vérifié par culture. L'autopsie montra un épanchement purulent dans le tissu épidural et l'arachnoïde : les lésions méningo-médullaires remontent jusqu'au renflement cervical, les centres nerveux supérieurs étant simplement congestionnés. L'examen histologique sera fait ultérieurement.

Myélite avec troubles radiculaires de la sensibilité. — M. Barré.

Importance des troubles de la marche signalés par M. Néri. — M. Barré a observé chez un malade des troubles de la sensibilité analogues à ceux d'un syndrome de compression de la queue de cheval droite : mais, en même temps, il présentait la démarche paradoxale de M. Néri, ce qui permit de dépister la véritable signification des symptômes.

Abolition des réflexes cutanés dans la sclérose en plaques. — M. Souques l'a constatée huit fois sur neuf cas : ces conclusions, différentes de l'opinion classique, sont conformes à celles de Chadzinski, et de Marburg, qui a trouvé les réflexes cutanés abolis vingt-cinq fois sur vingt-sept cas. M. Claude a, comme l'orateur, constaté la fréquente abolition des réflexes cutanés dans la sclérose en plaques.

Cataracte chez une malade atteinte de tétanie et de myasthénie. — M. Cantonnet. L'auteur insiste sur la rareté de l'association tétanie-myxœdème, et ajoute qu'il existe un cas de cataracte dans le myxœdème spontané, et une trentaine dans la tétanie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1910)

Sur la prophylaxie de la syphilis par un nouveau traitement abortif local pré-chancreux. — M. Hallopeau, reprenant la question, considère la syphilis comme presque exclusivement localisée pendant toute sa période primaire au niveau du chancre, des tissus qui l'entourent, des lymphatiques et des ganglions qui l'avoisinent. C'est là qu'il faut agir efficacement au moyen d'injections quotidiennes de benzo-sulfone-paramino-phényl-arsinate de soude, médicament qui donne des résultats curatifs là ou le mercure a échoué : les observations de MM. Balzer, Milian, Fouquet et les siennes peuvent en témoigner.

Canitie et Calvitie (Discussion de la communication de M. Guelpa). — M. Roeser. Les processus qui conduisent à la calvitie sont au nombre de trois, différents l'un de l'autre : 1° l'alopécie des jeunes, rapide et complète ; 2° l'alopécie de la quarantaine, plus disséminée et plus chronique, c'est-à-dire lente. Enfin, un troisième mode, appartenant plus spécialement à la femme, se caractérise par ce fait que la perte des cheveux n'est pas définitive. Ces alopécies s'accompagnent d'altérations des glandes sébacées, mais il paraît indispensable de les rapporter plutôt à des troubles généraux différents qu'à des lésions locales identiques, et pour le traitement, il serait utile de tenir compte de ces indications.

Cependant le traitement local a toujours prévalu, mais il n'a jamais donné de résultats que dans la troisième forme, celle où les cheveux ont déjà de la tendance à repousser sans aide.

Dans l'ignorance complète où nous sommes des causes dépendant de l'état général, nous sommes forcés de nous en tenir à ce traitement local, et nous ferons bien d'employer, comme M. Guelpa, le massage et les onctions grasses capables d'agir favorablement sur la sécrétion sébacée, sous la réserve d'instituer à l'occasion une thérapeutique générale plus en rapport avec les diverses formes de calvitie.

M. Gastou. La communication de M. Guelpa est tellement riche de faits intéressants et nouveaux qu'il est impossible d'en discuter le détail.

Il paraît plus utile à M. Gastou pour cette discussion de faire passer sous les yeux de ses collègues un certain nombre de coupes de cuir-chevelu de sujets de différents âges.

L'examen de ces coupes confirme un grand nombre des points sur lesquels M. Guelpa a insisté : en particulier le rôle des glandes, des vaisseaux, de la sclérose du tissu conjonctif et surtout des muscles arrecteurs des poils. M. Gastou insiste à ce sujet sur le rôle des muscles, des vaisseaux de nutrition et de fonction qui jouent un grand rôle dans les maladies de la peau et du cuir chevelu.

M. Léopold-Lévy prend en considération le rôle du corps thyroïde dans la calvitie ; il a été à plusieurs reprises à même de confirmer l'action véritablement élective du corps thyroïde sur la repousse du poil, rôle qui est expliqué par l'action des glandes à sécrétion interne sur l'épiderme et le poil. Il cite plusieurs cas de calvitie observés dans le service de M. Brocq chez lesquels la repousse s'est faite grâce à l'administration du corps thyroïde.

M. François Dainville montre qu'à côté des actions mécaniques ou glandulaires dans la production de la canitie, il faut faire intervenir le rôle du système nerveux pour la *canitie rapide* dont des cas ont été rapportés entre autres par Lorry, Charcot, Féré, Brissaud, Marie (de Villejuif) et dont il a rapporté lui même un exemple récemment. Il s'agissait d'une hémicanitie survenue en vingt-quatre heures ? Il s'agit vraisemblablement d'une réaction nerveuse à la souffrance, à la crainte, moins fréquente que la douleur, la diarrhée et les troubles vaso-moteurs.

M. Klotz. Si la glande thyroïde seule, sans l'aide des organes génitaux, était capable de faire pousser les cheveux, les animaux invertébrés dépourvus de glande thyroïde n'auraient pas de poils. Quand l'intestin fonctionne mal, les ferments éliminés par les glandes sébacées forment un milieu de culture favorable aux microbes cuticoles.

M. Mouchet demande à M. Guelpa quel traitement il convient d'instituer chez les sujets qui ont déjà les cheveux trop gras : faudra-t-il quand même user uniquement du massage au corps gras recommandé par M. Guelpa ?

M. Guelpa répondra ultérieurement aux différents orateurs qui ont pris la parole à propos de sa communication.

L'examen fonctionnel de l'intestin après régime d'épreuve. — M. Kolbe (de Châtel-Guyon) fait une communication sur ce sujet.

L'électricité agent de rééducation (*suite*). **La rééducation motrice.** — M. Laquerrière montre tout le parti que l'on peut tirer de l'exercice provoqué électriquement dans la rééducation musculaire. L'électricité, étant le seul moyen de provoquer de véritables contractions actives, mais involontaires des muscles, permet de réveiller le fonctionnement des muscles, des centres médullaires et de faire renaître dans les centres psychiques la notion de la possibilité du mouvement. Il présente des observations qui permettent de se rendre compte de différents détails de technique.

Contribution à l'étude de la syphilis au Brésil. — M. Moniz de Aragao (de Bahia, Brésil).

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES VACCINOSTYLES ET DES VACCINOGRIFFES INDIVIDUELS

Dans un article récent (1), M. le médecin-major Bonnette, établissant un parallèle, basé sur une première expérience de sa pratique, entre les vaccinostyles (modèle du médecin inspecteur Mareschal) et les vaccinogriffes (modèle du médecin principal Isambert), apporte une statistique tendant à démontrer la supériorité des vaccinogriffes au point de vue du succès des inoculations.

Il nous paraît intéressant de faire également connaître le résultat des vaccinations pratiquées en 1909 sur les recrues du 12e régiment de hussards, ayant eu également l'idée d'employer comparativement les plumes et les griffes vaccinales pour nos scarifications.

Ce résultat est le suivant :

Vaccinés.....	464	avec vaccinostyles....	237
		avec vaccinogriffes....	227

		Nombre.	Proportion p. 100.
Succès	avec vaccinostyles...	50	21 p. 100
	avec vaccinogriffes..	64	28 —

Nos deux catégories d'inoculés n'étant pas en nombre absolument égal, nous avons été amenés pour établir le parallèle entre les deux modes d'inoculation à calculer les proportions pour 100 de succès dans chaque catégorie.

Les comparant aux résultats publiés par M. le médecin-major Bonnette, nous constatons que les proportions sont semblables (et même tout à fait identiques pour l'une d'elles) dans son expérience et dans la nôtre.

En effet, reprenant et complétant les chiffres indiqués par cet auteur, nous trouvons :

Vaccinés.....	506	avec vaccinostyles....	253
		avec vaccinogriffes....	253

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1er fév. 1910.

		Nombre.	Proportion p. 100.
Succès	avec vaccinostyles...	56	22 p. 100
	avec vaccinogriffes..	72	28 —

Or, si M. Bonnette a pu craindre que ses comparaisons ne soient à l'abri de toute critique, le nombre des scarifications « n'ayant pas été égal » et les inoculations n'ayant pas été faites « par le même opérateur » les chiffres que nous lui apportons pourront l'aider à asseoir sa conviction et peut-être à prononcer des conclusions plus « formelles » sur la valeur pratique des deux méthodes.

En effet, pour les vaccinations pratiquées à notre régiment, afin de mieux établir le parallèle, nous nous étions partagés avec notre aide-major, non seulement les sujets, mais aussi les instruments annihilant ainsi l'équation personnelle de l'opérateur.

D'autre part, les scarifications avaient été faites au nombre de six (au lieu de trois) chez les sujets inoculés au vaccinostyle et au nombre de quatre seulement chez les sujets inoculés au vaccinogriffe.

Ce chiffre de six scarifications avait été adopté pour les vaccinostyles avec lesquels on limite davantage l'action tranchante, afin de mieux égaliser les surfaces d'inoculation.

Nos résultats confirment donc pleinement l'opinion de M. le médecin-major Bonnette qui nous paraît devoir être acceptée sans réserve.

Dr VERGNE,
Médecin-major du 12e hussards.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la syphilis (1), par le professeur Alfred Fournier.

Il est des ouvrages qu'il suffit d'annoncer lorsqu'ils paraissent en les saluant au passage. Le *Traitement de la syphilis*, par le professeur Fournier, est assurément de ceux-là, mais comme cette troisième édition diffère des précédentes sur certains points importants, le mieux est de laisser l'auteur lui-même s'expliquer à ce sujet. « Le propre de cette édition, dit-il, sera ceci : un effort tenté en vue de *prévenir dans la syphilis ce que l'art est encore impuissant à guérir.* » Cela veut dire que si nous sommes généralement maîtres de la syphilis en tant que syphilis proprement dite, nous ne le sommes pas de la parasyphilis ; or ce sont justement les multiples accidents de cette dernière, et surtout la redoutable triade : tabès, paralysie générale, leucoplasie cancérogène, qui provoquent aujourd'hui les craintes du médecin et la terreur des malades.

Peut-on prévenir ces accidents terribles que l'on ne peut guérir ? Oui, dans une certaine mesure.

Ces multiples éventualités parasyphilitiques ne sont pas inéluctables, et certaines d'entre elles peuvent être évitées grâce à une hygiène stricte et bien dirigée. Car il ne faut pas voir que la syphilis dans la syphilis et mettre toute sa confiance dans les deux seuls remèdes « spécifiques », il faut encore monter la garde autour du malade pour éloigner de lui tout ce qui peut lui nuire et provoquer des « décharges » de la maladie.

Et, comme les affections nerveuses parasyphilitiques constituent à elles seules environ le tiers du tertiarisme, il faut veiller de façon scrupuleuse sur le système nerveux du syphilitique et instituer pour lui « une hygiène antinerveuse prophylactique, voire si possible une thérapeutique antinerveuse où l'hydrothérapie, par exemple, aurait à prendre place ».

Enfin, il faut créer pour le syphilitique un « supplément de sauvegarde » en dirigeant le traitement d'après les principes suivants. Le mercure n'ayant qu'une action momentanée, il faut prolonger cette action par une série de cures survenant par étapes, et pour cela abandonner les errements qui localisaient le traitement dans les premières années de la maladie. Ce traitement, il importe au contraire de « l'étaler » sur une longue série d'années. Puis, plus tard encore, ne pas oublier que l'ennemi est là qui sommeille, ou feint de sommeiller, et prévenir son attaque par des « cures complémentaires », ou « cures de renforcement » ; et ces cures il faudra les placer à la « phase périlleuse » de la maladie, à la période où la terrible triade menace surtout le syphilitique. Cette période, la statistique montre qu'elle est comprise environ entre la cinquième et la dixième année de l'évolution morbide.

Tel est le plan que s'est proposé le professeur Fournier et qu'il a développé dans les pages lumineuses de son livre. C'est là de la science bien française servie par un talent bien français.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) 1 vol. de 462 pages, troisième édition revue et augmentée. Paris 1909. Vigot frères, éditeurs. Prix 10 fr.

NOTES POUR L'INTERNAT

BRONCHES EXTRAPULMONAIRES (1)

2° *A gauche.* — 1. *Artère pulmonaire.* — Plus courte et plus étroite qu'à droite, elle a 2 à 3 centimètres sur 19 millimètres et monte un peu à gauche. Elle croise ainsi la face antérieure de la bronche à 3 centimètres de son origine trachéale, puis se place au-dessus et en avant d'elle pour entrer dans le hile et s'y diviser.

2. *Veines pulmonaires.* — La supérieure monte un peu parallèlement à l'artère et croise aussi la bronche avant de pénétrer dans le hile. L'inférieure, postérieure à la bronche, descend derrière elle pour entrer dans la partie inférieure du hile.

3. *Artère bronchique.* — Née de l'aorte elle passe entre le pneumogastrique et la bronche, montant sur la face postérieure de celle-ci jusqu'à son bord supérieur.

4. Les *veines bronchiques*, semblables aux droites, vont se jeter dans l'hémiazygos accessoire.

5. Les *nerfs* n'ont rien de particulier.

6. Les *ganglions pré-trachéo-bronchiques gauches*, moins importants que les droits, s'appuient en arrière sur la face antéro-supérieure de la bronche près de son origine et en bas sur l'artère pulmonaire. Les sus-bronchiques externes sont plus nombreux par contre qu'à droite.

B. Organes extra-pédiculaires. — Cette portion extra-hilaire des bronches est la *portion chirurgicale*. Elle est en rapport avec : en arrière le médiastin postérieur dont elle forme une partie de la paroi antérieure; en haut les crosses de l'azygos et de l'aorte ; en avant, la veine cave et l'aorte ; en bas le péricarde et les ligaments triangulaires.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 17, p. 229.

1° *Bronche droite.* — a. *En arrière.* — La *grande azygos*, oblique en haut et en dehors monte de la ligne médiane, recevant le tronc des intercostales supérieures droites.

Le *pneumogastrique droit* descend sur l'origine en dedans de l'azygos et moins oblique que celle-ci la croise pour devenir plus bas rétro-œsophagien; il donne là les nerfs pulmonaires.

b. *En haut.* — La *crosse de l'azygos* passe d'arrière en avant sur la bronche contre la trachée pour se jeter dans la face postérieure de la veine cave supérieure.

c. *En avant.* — Cette *veine cave* descend verticale, séparée de la bronche par l'artère pulmonaire droite.

d. *En bas.* — C'est le *péricarde* et l'oreillette gauche. La veine pulmonaire supérieure sépare la bronche de l'oreillette droite.

2° *Bronche gauche.* — a. *En arrière.* — L'*aorte* descend oblique en bas et en dedans vers la ligne médiane; elle est là séparée par 2 centimètres de l'azygos, qu'elle rejoint 3 centimètres plus bas, derrière l'œsophage. L'aorte refoule un peu vers la droite la bifurcation trachéale et l'œsophage.

Le *pneumogastrique gauche* croise la face postérieure de la bronche à 3 centimètres de la trachée, en dehors de l'aorte descendante, puis descend en bas et en dedans devant l'aorte vers l'œsophage.

Le *canal thoracique* est très en arrière sur la face postérieure de l'œsophage commençant à s'incliner à gauche. Il ne se met en rapport avec la bronche que quand l'aorte et l'œsophage s'écartent.

b. *En haut.* — La *crosse de l'aorte* passe entre la trachée et le poumon; elle reçoit sur sa face inférieure au contact de la bronche le *ligament artériel.* Le *pneumogastrique* gauche croise sa face antéro-latérale gauche avant de passer derrière la bronche et là donne le *récurrent* qui se dirige en arrière et en dedans entre l'aorte et la bronche pour remonter ensuite sur la trachée.

c. *En avant.* — La bronche est séparée du médiastin antérieur par l'artère et la veine pulmonaire.

d. *En bas.* — C'est l'*oreillette gauche* et le péricarde.

C. Plèvres. — Elles tapissent une partie des bronches au niveau de la réflexion de la plèvre viscérale dans la plèvre médiastine.

Au-dessus du pédicule il n'y a pas de réflexion. Au niveau du pédicule la plèvre viscérale passe sur lui, le tapisse et devient plèvre médiastine en se réfléchissant sur les organes du médiastin postérieur. Au-dessous elle continue à se réfléchir formant entre le poumon et le péricarde les *ligaments triangulaires* appendus, en haut, aux bronches.

Les bronches ne sont en rapport direct avec la plèvre qu'en haut et en arrière. En arrière la plèvre médiastine aborde la bronche droite en dehors de l'azygos, la bronche gauche en dehors de l'aorte, tapissant ces deux vaisseaux, recouvre la partie externe de la bronche jusqu'au hile et se réfléchit sur le poumon.

III. **Portion intrahilaire.** — C'est la division des bronches en pédicules secondaires dans l'intérieur du sinus hilaire. Ce sinus est tapissé pur un feuillet unique émanant du cul-de-sac de réflexion de la plèvre.

Pédicules secondaires. — 1. *A droite.* — La *bronche* ayant donné sa branche supérieure (épartérielle) se divise dans le hile en une branche lobaire moyenne et une inférieure. L'*artère pulmonaire* qui a donné aussi son artère hilaire supérieure devant la bronche épartérielle passe en dehors, puis en arrière de la bronche et derrière elle donne ses deux bronches moyenne et inférieure. Des veines pulmonaires l'antéro-supérieure qui est devant l'artère et la bronche donne une veine supérieure et une moyenne; la veine postéro-inférieure reste derrière la bronche.

On a ainsi *trois pédicules* constitués d'avant en arrière : le supérieur par la veine, l'artère et la bronche; le moyen par la veine, la bronche et l'artère; l'inférieur par la bronche, l'artère et la veine. Tout ceci est forcément un peu schématique.

2. *A gauche.* — La bronche et l'artère se bifurquent à l'entrée du hile, l'artère lobaire inférieure passe en dehors, puis en arrière de la bronche inférieure. Il y a ainsi *deux pédicules.* Dans le supérieur la bronche est en arrière des vaisseaux, Dans l'inférieur elle est en avant d'eux.

Organes accessoires. — Outre les vaisseaux bronchiques et les nerfs pulmonaires qui entourent là l'épanouissement bronchique, il faut noter les *ganglions hilaires* interbronchiques, très nombreux, situés dans les fourches bronchiques et artérielles; c'est le premier relai des lymphatiques pulmonaires. Ils sont très adhérents aux bronches. Le tout est noyé dans un tissu cellulaire assez dense.

Configuration intérieure. — Elles présentent au niveau de la bifurcation l'*éperon trachéal.* C'est une crête antéro-postérieure d'autant plus saillante que l'angle de bifurcation est plus aigu. Elle se termine à ses deux extrémités par un petit triangle : triangles antérieur et postérieur de l'éperon. Il est dans son ensemble dévié à gauche. Il est constitué par la rencontre des anneaux cartilagineux bronchiques qui se continuent là d'une façon variable avec les cerceaux trachéaux. On peut le trouver en partie membraneux.

Structure. — Les bronches sont composées de deux tuniques.

1° **Tunique externe.** — Elle est fibreuse et élastique, contient des demi-anneaux de cartilage hyalin, souvent incomplets et irréguliers; ils n'occupent que la partie antérieure. En arrière ils sont réunis par une couche de fibres musculaires transversales qui réunit leurs extrémités.

2° **Tunique interne, muqueuse.** — L'*épithélium* est formé d'une assise de cellules cylindriques colorées, entre lesquelles on trouve des cellules cunéiformes et caliciformes (cellules muqueuses).

Au-dessous de cette assise existent des cellules profondes polyédriques à gros noyaux. On peut rencontrer par endroits des îlots d'épithélium pavimenteux stratifiés, qui sont pathologiques pour certains auteurs.

Le *chorion* contient de nombreuses fibres élastiques et séparé de l'épithélium par une basale anhiste. Il est infiltré de globules blancs.

De nombreuses *glandes en grappe* sont contenues dans cette muqueuse. Elles sont composées de cellules centrales claires et de cellules périphériques sombres formant des croissants de Giannuzzi.

Vaisseaux et nerfs. — Nous avons vu les origines et terminaisons des vaisseaux et nerfs bronchiques.

Les nerfs présentent de nombreux petits ganglions à la surface des bronches et dans la muqueuse. Ils formeraient dans celle-ci trois plexus étagés (Benedicenti).

Physiologie. — Le seul rôle des bronches extra-pulmonaires est de transmettre l'air respiratoire entre la trachée et le poumon. Notons cependant la fréquence relative de l'introduction dans ces bronches de corps étrangers. Nous pouvons conclure de ce que nous savons qu'ils entreront plus facilement dans la bronche droite puisqu'elle est plus large, continue presque directement l'axe de la trachée et que l'éperon est dévié à gauche. Cette déduction est d'ailleurs vérifiée par l'expérience.

Voies d'abord. — 1° **Trachéobronchoscopie** (Kirstein et Killian; Lermoyez et Guisez). — On peut l'employer soit en introduisant le tube bronchoscopique par le larynx, soit en faisant au préalable une trachéotomie.

2° **Voie antérieure.** — Indiquée par Ricard en 1901, elle est très incommode et périlleuse. Il faut enlever le manubrium sternal. On peut alors à la rigueur aborder la bronche droite dans l'hiatus aorticocave en enlevant les ganglions prétrachéobronchiques droits.

3° **Voie postérieure.** — Elle permet d'aborder la partie postérieure libre des bronches : à gauche le segment pleuro-pulmonaire seulement à cause de l'aorte; à droite les deux segments pleuro-pulmonaire et médiastinal, l'azygos et le pneumogastrique étant faciles à récliner. L'intervention a été ainsi réglée par Quénu (1901) : 1. résection de la partie postérieure des quatrième, cinquième et sixième côtes droites; 2. décollement de la plèvre médiastine; 3. résection de la grande azygos entre deux ligatures; 4. réclinaison en dehors de la plèvre et du poumon; 5. réclinaison en dedans de l'œsophage et du pneumogastrique droit. On arrive ainsi sur la face postérieure de la bifurcation trachéale et des bronches.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


TOPIQUES CHAUMEL
GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG ST-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
PESSAIRES CHAUMEL
OVULES CHAUMEL
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ
ICHTHYOL


Sirop Roche
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

N° 21. — SAMEDI 19 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 19 FÉVRIER 1910. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie* (fin). — Séance du 16 février 1910. — MM. Genil-Perrin, 9; Cassard, 7; Bobrie, 4; Alary, 8; Pierret, 10; Le Maux (René), 6 ; Guelfucci, 4; Pernet, 11; Larue, 7; Béraud, 4; Renaud (Jean), 5.

Anatomie. — Séance du 17 février. — MM. Monod (Raoul), 8; Jacquemin (Alfred), 4; Gauchery, 12; Nadal et Porak, 11; Mlle Landesmann, 4; MM. Vilbort, 12; Bardon, 8; Besset et Richard (G.-H.), 9.

— Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Composition écrite* (*lecture*). — Séance du 17 février. — MM. Laurens, 26; Hautant, 29; Gibert, 24.

Séance du 18 février. — MM. Lemaître et Grivot, 28.

Prochaine séance, épreuve clinique spéciale, lundi 21 février, à neuf heures et demie, à Saint-Antoine; la suivante, mercredi 23 février, à neuf heures et demie, à Lariboisière.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dijon. — Après concours, M. le docteur Longin a été nommé médecin suppléant.

— Poitiers. — Un conflit regrettable vient de s'élever entre les membres de la commission administrative des hospices et les internes de l'Hôtel-Dieu.

A la suite d'une gaminerie très innocente des étudiants de Poitiers, la commission a infligé aux internes, qui n'étaient cependant pour rien dans la manifestation incriminée, une consigne de trois jours et remet en vigueur un ancien règlement qui porte que les internes doivent être rentrés le soir à dix heures. Les internes mécontents ont donné leur démission collective que la commission administrative refuse d'accepter se réservant pour des sanctions ultérieures.

Notre collègue et ami, Morichau-Beauchant, appréciant ces faits dans les *Archives médico-chirurgicales de province*, émet l'espoir que, dans l'intérêt des malades, les internes ne pousseront pas les choses à l'extrême et que la commission administrative, revenant à un sentiment plus juste de la situation, renoncera à brimer des jeunes gens dignes de tout son intérêt.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Les suppléants de l'ancienne Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger dont les noms suivent sont chargés, pour la période de temps ci-après déterminée, des fonctions d'agrégé :

MM. Scherb, pathologie et clinique internes (du 1er janvier 1910 au 14 novembre 1911); Chapus, histoire naturelle (du 1er janvier 1910 au 9 août 1912); Cabanes, pathologie et clinique externes et clinique obstétricale (du 1er janvier 1910 au 2 avril 1914); Musso, pharmacie et matière médicale (du 1er janvier 1910 au 31 octobre 1915); Leblanc, anatomie et physiologie (du 1er janvier 1910 au 9 novembre 1915); Fuster, pathologie et clinique externes et clinique obstétricale (du 1er janvier 1910 au 15 novembre 1916); Malosse, physique et chimie (du 1er janvier 1910 au 28 juillet 1917); Gillot, pathologie et clinique internes (du 1er janvier 1910 au 18 mai 1918).

— M. Cabanes, docteur en médecine, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, en outre, du 1er janvier au 30 octobre 1910, d'un cours théorique d'accouchements.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours s'ouvrira au ministère de l'Intérieur le 18 avril 1910 tant pour l'admission aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé.

Le nombre des postes de médecin adjoint d'asiles publics mis au concours est fixé à douze.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 7, rue Cambacérès) du 28 février au 19 mars inclus.

Chaque postulant sera informé, par lettre individuelle, de la suite donnée à sa demande.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LA VIENNE. — Le bureau pour 1910 est ainsi composé : Président, M. R. Morichau-Beauchamp; vice-président, M. P. Barnsby; secrétaire, M. J. Gallet; trésorier, M. Descubes.

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE pour dix mois à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse).

PRATIQUE MÉDICALE

L'HÉMOSTASE DANS LES HÉMORRAGIES UTÉRO-ANNEXIELLES

Par le docteur ROBERT.

Nous avons dans l'hydrastis un agent capable de rendre de grands services pour combattre les hémorragies d'origines diverses, et particulièrement celles de l'appareil utéro-ovarien. On lui reproche, d'une part son action sur le cœur, consistant en un ralentissement parfois très marqué du pouls, d'autre part son inconstance thérapeutique, due surtout à l'origine exotique de la drogue et aux conditions variables de sa récolte.

Pour agir sur les hémorragies justiciables de l'ergot et de l'hydrastis, il y a donc avantage à utiliser un corps produisant des effets astringents aussi nets, mais les exerçant d'une façon régulière, constante et sans troubles consécutifs. Nous possédons un tel agent dans la stypticine, corps de constitution bien définie, chlorhydrate d'une base très proche parente de l'hydrastinine, et possédant un pouvoir à la fois vaso-constricteur et analgésique, tout en restant absolument inoffensif, même à forte dose (Manquat).

N'envisageant pour le moment que son action hémostatique, nous la trouvons résumée ainsi par Labadie-Lagrave : « Cette substance agit comme spécifique dans les métrorragies symptomatiques de lésions locales (annexites, endométrites) et aussi dans les pertes qui se manifestent à la puberté sans cause ou du moins sans cause apparente. » Quant aux fibromes, quelle que soit l'opinion que l'on professe relativement à l'intervention chirurgicale, il est indiqué d'essayer de ralentir leur évolution par un tel agent vaso-constricteur; mieux même, en combinant son emploi avec les piqûres de fibrolysine, on a observé de nombreux cas de régression très nette de la tumeur.

Dans tous ces cas, un même principe doit guider dans l'administration de la stypticine, prescrire des doses faibles pendant les quelques jours qui précèdent les périodes menstruelles, époque où se montrent le plus souvent les hémorragies à combattre, puis élever les doses pendant toute leur durée. Le plus souvent, la prescription suivante pourra servir de modèle :

Tablettes de Stypticine-Merck, à 0,05 — un tube.

Prendre 2 à 3 tablettes par jour pendant la semaine précédant immédiatement les règles, puis :

4 à 5 tablettes par jour pendant toute leur durée.

Dans le cas de fibromes, on portera cette dernière dose à 6 à 7 par jour. Si l'on fait concomitamment des injections de fibrolysine, celles-ci seront données tous les deux ou trois jours, sans interruption (2 centimètres cubes par piqûre).

La stypticine étend également son action bienfaisante à toutes les hémorragies : gastrorragies, entérorragies, hématuries, hémoptysies. D'une manière générale, la dose quotidienne à prescrire alors est de 5 à 6 tablettes; dans les cas où il est nécessaire d'agir vite, on donnera la préférence à la voie intra-musculaire :

Stypticine-Merck.............. 1 gramme.
Eau distillée..................... 10 —

Injecter 2 à 4 centimètres cubes.

On pourra enfin l'utiliser en applications locales, par exemple dans les hémorragies nasales et celles qui suivent l'extraction des dents, ou dans les hémorragies vésicales (avec porte-tampon et endoscope); on se sert alors de la même solution à 10 p. 100.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 FÉVRIER AU 5 MARS 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral) : MM. Nicolas, Ombrédanne et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Retterer et Wallich; — (2e série) : MM. Segond, Lepage et Macaigne; — 3e (série) : MM. Delbet, Potocki et Rieffel; — (4e série) : MM. Hartmann, Branca et Couvelaire; — M. Sicard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Gosset et Pierre Duval; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Lœper; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 1er mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Fernand Bezançon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt.

4e (1re série) : MM. Gilbert, Langlois et Balthazard; — (2e série) : MM. Thoinot, Vaquez et Richaud; — M. Nicloux, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Lenormant; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Morestin; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 2 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Potocki et Rieffel; — (2e série) : MM. Nicolas, Lepage et Gosset; — (3e série) : MM. Delbet, Wallich et Macaigne; — (4e série) : MM. Hartmann, Couvelaire et Mulon; — M. Sicard, suppléant.

Vendredi 4 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et André Jousset.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Segond, Wallich et Rieffel; — (2e série) : MM. Hartmann, Potocki et Mulon.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Couvelaire; — M. Sicard, suppléant.

Samedi 5 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Nicloux et Brumpt.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Auvray et Morestin; — (2e série) : MM. Nicolas, Marion et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Hutinel, Gouget et Nobécourt; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 2 mars, à une heure. — M. CARADEC. Le polype choanal. (MM. Pouchet, président; Reclus, Pierre Marie et Marcel Labbé.) — M. CULAN. Le mégacôlon congénital. (MM. Reclus, président; Pouchet, Pierre Marie et Marcel Labbé.) — M. GRAHAUD. Syndrome hypophysaire adiposo-génital. (MM. Pierre Marie, président; Pouchet, Reclus et Marcel Labbé.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE

Par MM. R. MARMIER et A. VALLET,
Internes des asiles de la Seine.

I

Définition et historique. — On peut définir l'épilepsie traumatique : « Une épilepsie survenant à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent, portant sur l'une quelconque des parties du corps, et imputable en totalité ou en partie à ce traumatisme. »

Nous aurons plus tard à examiner comment l'on peut incriminer le traumatisme et déterminer la part qui lui revient dans la production de l'état nouveau.

Tout d'abord, et sans faire un historique complet, rappelons que depuis Hippocrate la très grande majorité des médecins a admis une relation de causalité entre l'épilepsie et les chocs sur la tête. Le médecin de Cos enseignait qu'il ne faut pas traiter à la légère ces sortes de blessures : « Nullum capitis vulnus leviter contemni debet. » Et l'épilepsie — ce mal auquel il refusait toute nature divine — pouvait selon lui se manifester à la suite d'un traumatisme cranien. Ce sera aussi beaucoup plus tard l'opinion d'Arêtée de Cappadoce (80 après J.-C.).

Il semble que Galien ait été le premier à admettre le rôle des lésions périphériques, car il propose comme moyen de traitement de l'accès, la révulsion au niveau du point de départ de l'aura et la ligature du membre.

Au moyen âge cette notion étiologique disparaît. Il est entendu que l'épilepsie est une maladie diabolique, c'est le — morbus diabolicus — de Westphall et de Jean Raxil ; A. Paré lui-même y croit reconnaître l'œuvre des démons.

Au XVIIe siècle cependant, Plater, puis Willis, Th. Bonet ne croient guère aux influences occultes et ils invoquent à nouveau le rôle des traumatismes.

Plus tard Morgagni, Tissot, Lieutaud, Haslam pensent comme eux et bientôt l'accord est unanime.

Au XIXe siècle même concordance de vues : Pinel, Cox, Matthey admettent que des coups sur la tête peuvent agir sur le cerveau sans déterminer d'altérations sensibles dans son tissu, mais en provoquant une commotion telle que ses fonctions en sont troublées et que l'apoplexie, l'épilepsie peuvent alors se manifester.

Dubuisson, Spurzheim, Gall, Bayle, Burrows, Foville, Fodéré, Broussais, Esquirol, sont du même avis et Schneider range l'épilepsie au nombre des complications des traumatismes craniens, au même titre que les vertiges et la céphalalgie périodique.

Huguenin admet une épilepsie consécutive à une encéphalite traumatique ; Baillarger et Lunier acceptent l'origine traumatique de l'épilepsie et de la paralysie générale.

En 1827 Bravais, puis en 1873 Jackson, étudient l'influence du traumatisme et isolent du groupe des épilepsies le syndrome qui porte leur nom et dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Vers cette même époque (1871), Briand réunissant les observations antérieures et y ajoutant des faits personnels fait de « l'épilepsie traumatique » le sujet de sa thèse inaugurale.

En même temps les travaux se multiplient avec Charrier, Lasègue, Charcot, Magnan, Pitres, etc., etc., et Féré écrit que l'épilepsie est souvent provoquée en dehors de toute prédisposition évidente par des lésions traumatiques du crâne, des méninges ou du cerveau.

Puis viennent les statistiques. En 1881, Kiernan relate 10 cas de démence épileptique avec traumatisme à l'origine ; Hartmann sur 138 cas de folie traumatique trouve 7 cas d'épilepsie, proportion bien inférieure à celle trouvée par Dubuisson qui sur 132 cas relève 32 cas d'épilepsie.

II

Physiologie. — Mais avant de continuer cette étude, il nous faut rappeler en quelques lignes deux des plus importantes acquisitions de la physiologie du système nerveux, qui devaient permettre de comprendre la pathogénie de l'affection qui nous occupe et laissaient espérer la possibilité d'une intervention chirurgicale. Il s'agit ici de la découverte de l'excitabilité corticale et des localisations cérébrales.

C'est à Fritsch et à Hitzig que nous sommes redevables de la découverte de l'excitabilité de la substance grise. Jusqu'en 1870, en effet, les physiologistes les plus éminents tels que Van Deen, Stilling admettaient que seule la substance blanche était excitable. C'était le temps où on localisait dans le mésocéphale et le bulbe le point de départ des manifestations épileptiques.

Fritsch et Hitzig montrèrent qu'au contraire la substance grise répondait parfaitement aux excitations même faibles d'un courant galvanique et traduisait cette excitation portée sur certaine partie du cerveau par des mouvements musculaires. C'était l'ébauche des localisations cérébrales motrices dont l'étude devait donner de si brillants résultats entre les mains de Ferrier, de Horsley, de Beewer, etc.

Grâce à cette méthode complétée par la méthode anatomo-pathologique et surtout par la méthode embryologique basée sur la différence dans les époques de myélinisation des faisceaux de la substance blanche, Flechsig put démontrer ce fait important que les deux tiers de la surface des hémisphères étaient dépourvus de connexions avec les centres inférieurs et diviser l'écorce cérébrale en deux zones :

1° La zone des centres de projection qui comprend toutes les régions de l'écorce réunies aux centres nerveux inférieurs par des fibres de projection ;

2° La zone des centres d'association qui comprend toutes les régions de l'écorce sans connexion avec les centres nerveux inférieurs mais reliés aux centres de projection par des fibres d'association.

La première zone est constituée par les différentes sphères sensorielles qui occupent les circonvolu-

---

(1) Reproduction interdite.

tions péri-rolandiques (sphère sensitivo-motrice), la circonvolution de l'hippocampe (sphère olfactive et gustative), le lobe occipital (sphère visuelle), la première temporale (sphère auditive).

Chacune de ces sphères renferme des centres de réception et des centres moteurs à l'exception de la seconde qui ne renferme que des centres de réception.

La deuxième zone comprend trois centres distincts : le centre d'association postérieur (P_1 P_2 T_2 partie aux. du lobe occipital) qui relie les sphères tactile, auditive et visuelle, et semble présider aux rapports avec le monde extérieur ;

Le centre d'association moyen (Insula de Reil);

Le centre d'association antérieur (pôle frontal) qui serait le centre de la conscience et de la personnalité.

Un double fait était donc acquis, d'une part l'excitabilité de la substance grise, d'autre part la présence sur l'écorce de centres moteurs en connexion avec les différents territoires musculaires et de centres d'association les reliant entre eux et présidant aux fonctions les plus élevées de la vie psychique.

Il est juste d'ajouter que certains auteurs tels que Obersteiner, Déjerine, von Monakow se sont élevés contre une division aussi tranchée des territoires de l'écorce et la preuve semble faite à l'heure actuelle que les centres d'association sont eux aussi reliés aux territoires sous-corticaux, mais cela ne diminue en rien leur importance pour la vie psychique proprement dite et la découverte de Flechsig était et est restée d'une importance capitale.

III

Physiologie pathologique. — On pouvait en effet concevoir comment une excitation consécutive à un traumatisme cranien pouvait selon la zone atteinte produire des crises convulsives, des troubles sensoriels et psychiques isolés ou précurseurs sous forme d'aura d'une crise plus complète, produire en un mot une épilepsie véritable avec toutes ses modalités.

L'expérimentation sembla tout d'abord vouloir infirmer ces vues : l'excitation des centres moteurs ne produisait que des convulsions musculaires localisées, différant nettement des crises épileptiques vraies, mais on ne tarda pas à s'apercevoir que la distinction était plus apparente que réelle. En effet, lorsque l'excitation est renouvelée, l'écorce qui en garde chaque fois quelque chose voit son irritabilité s'augmenter rapidement. Il semble que les cellules corticales aient acquis ce que le professeur Joffroy qualifiait « d'aptitude convulsive » et une excitation nouvelle peut alors donner lieu à des convulsions généralisées, à de véritables crises épileptiformes rappelant les crises de haut mal. Il y a là un double phénomène de sommation et de diffusion. Peut-être faut-il y faire intéresser avec certains auteurs l'influence des centres gris bulbo-médullaires commandés par les centres corticaux et où s'effectuerait le rayonnement de la crise épileptogène généralisée (Brissaud).

De même l'on a vu en pathologie humaine une épilepsie partielle évoluer et se transformer en épilepsie totale. Bartolow expérimentant sur un homme dont le pariétal droit avait été détruit par un néoplasme obtint à l'aide d'un courant électrique de véritables attaques épileptiformes avec perte de connaissance et coma. Dans ce cas l'épilepsie était totale d'emblée ; l'aptitude convulsive étant sans doute créée et entretenue par la lésion de voisinage, il suffisait d'une excitation légère pour provoquer le phénomène dans toute son intensité.

Il n'est même pas nécessaire que l'excitation soit portée directement sur les centres moteurs. Unverricht a montré que l'excitation des parties antérieures ou postérieures du cerveau aboutissait aux mêmes résultats et ceci est conforme à ce que nous avait laissé entrevoir la découverte de Flechsig.

Une lésion en connexion moins directe encore avec les centres péri-rolandiques peut également suffire. Brown-Sequard put rendre épileptiques des cobayes par lésions de la moelle, du bulbe, des pédoncules cérébraux, des tubercules quadrijumeaux, et Westphall, par des coups légers mais répétés sur le crâne, est arrivé au même résultat.

L'excitation peut enfin être beaucoup plus lointaine. Ce ne sont pas seulement les traumatismes cérébraux, dit Féré, les lésions irritatives de l'écorce cérébrale qui sont capables de provoquer le syndrome épilepsie partielle ; il peut encore être la conséquence d'une irritation périphérique portant soit sur les nerfs du tronc, ou des membres, ou des viscères. Ce qui est vrai pour l'épilepsie partielle l'est également pour l'épilepsie généralisée. Barthy ayant coupé la queue d'un chat le faisait tomber en épilepsie en lui pinçant la cicatrice.

Chez le cobaye qui comme le chat jouit au plus haut point de la propriété de réfléchir ainsi les irritations plus ou moins lointaines, la section du sciatique suffit pour créer un état d'équilibre dynamique instable qu'une irritation un peu plus vive au niveau d'un territoire sensitif (face, partie antérieure du cou) transforme en crise convulsive.

Cette modification est héréditaire, et en transportant ces notions dans le domaine de la pathologie humaine on peut dès lors concevoir comment des individus, affligés d'une hérédité lourde, n'ont besoin pour manifester le trouble de leur dynamisme cérébral que d'une très légère excitation. Une émotion suffira même parfois et c'est ainsi que nous passons sans transition de l'épilepsie partielle, jacksonienne, à l'épilepsie vraie, généralisée, en même temps que nous voyons l'importance du traumatisme diminuer graduellement au profit des autres facteurs étiologiques.

Il resterait à expliquer en quoi consiste cette « aptitude convulsive ». Jusqu'à présent on a eu recours pour cela à des comparaisons plus ou moins ingénieuses, et il est d'usage depuis Jackson d'assimiler la cellule cérébrale à une bouteille de Leyde. C'est, dit Brissaud, dans la catégorie des phénomènes électriques que les médecins et les physiologistes ont recherché et trouvé les analogies les plus propres à nous satisfaire.

Ce sont là des comparaisons et non des explications, et l'essence même du phénomène nous demeure inconnue, mais nous pouvons au moins rechercher par l'intermédiaire de quel processus anatomique cet état est créé et entretenu.

IV

Anatomie pathologique. — Or chez les individus atteints d'épilepsie à la suite de traumatisme les lésions observées sont des plus variables. Ce sont, au niveau du crâne, des fissures linéaires ou étoilées, des fractures intéressant tantôt la table interne de l'os, tantôt l'os dans toute son épaisseur, fractures avec détachement et enfoncement d'un volet osseux unique ou au contraire avec des esquilles plus ou moins nombreuses. Ce sont des lésions vasculaires avec épanchement sus ou sous-dural, des lésions méningées, pachy ou lepto-méningites, des angiomes (Kortewez), des ostéophytes, des adhérences, des kystes, des anévrismes artério-veineux (Warnots), des tubercules.

Dans la substance cérébrale elle-même on trouve des abcès, des corps étrangers (balles, esquilles, fragments d'épées, etc.), des lésions de contusion cérébrale, lésions hémorragiques, foyers de ramollissement qui plus tard se cicatriseront et pourront être l'origine de gliomes à extension plus ou moins rapide. On peut également y trouver des lésions certainement congénitales ou tout au moins très anciennes et n'ayant sans doute aucun rapport avec le traumatisme (sclérose lobaire, avec ou sans parencéphalie, encéphalite tubéreuse).

Citons enfin les tumeurs, le plus ordinairement méningées, mais il ne nous appartient pas de rechercher le lien qui peut exister entre elles et le traumatisme antérieur.

Lorsque la blessure est située sur le tronc ou sur les membres, c'est en général qu'un nerf a été intéressé et la lésion consiste alors le plus souvent en une cicatrice vicieuse comprimant le tronc nerveux ou en un névrome. D'autres fois ce sera une ostéite, une ostéomyélite, une ostéopériostite, un séquestre, un corps étranger [aiguille, morceaux de verre (Hufeland)].

Dans d'autres cas enfin, même s'il s'agit de traumatismes craniens, on ne trouve rien, et force est alors d'invoquer avec le professeur Raymond des troubles dynamiques, mais on abandonne alors le domaine des faits pour celui de l'hypothèse.

V

Mode d'action des lésions. — La lésion étant constatée, comment agit-elle? On a invoqué successivement l'anémie cérébrale, la congestion, l'influence de la compression, la gêne circulatoire. Pierret pensait qu'une condensation osseuse au voisinage du sinus longitudinal supérieur étouffait les voies anastomotiques. Mais les veines de Trolard et de Labbé créent déjà des anastomoses. Bien plus Delagenière a vu l'épilepsie céder à une ligature de ce même sinus.

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien jouerait un rôle pour Pitres et Kocher, mais ces auteurs ont surtout en vue l'épilepsie jacksonienne. Duret invoque l'action percutante du liquide céphalo-rachidien sur le troisième ventricule et les confluents péri-bulbaires et péri-bulbo-protubérantiels, avec lésion des capillaires cérébraux.

On a admis également que la lésion, quelle qu'elle soit, agit localement ou à distance, de façon irritative, à la façon d'un courant galvanique, d'intensité faible, mais de très longue durée.

Dans sa thèse, Meysson admet que les psychoses traumatiques, comme les psychoses post-opératoires sont des psychoses par auto-intoxication. L'auto-intoxication paraît due, d'après cet auteur, à une perturbation de la nutrition de l'organisme sous l'influence directe ou indirecte, médiate ou immédiate du shock. L'épilepsie traumatique rentrerait ainsi dans le cadre des épilepsies toxiques et il faut rapprocher de ces faits les expériences de Charrin qui provoquait des crises épileptiformes en pinçant la peau de la région cervico-dorsale chez un cobaye amputé de ses deux pattes de derrière et ayant reçu de la toxine diphtérique.

On a enfin incriminé l'infection et P. Marie a depuis longtemps attiré l'attention sur ce sujet. Claus et van der Stricht font remarquer que Brown-Séquard ne prenait aucune précaution antiseptique quand il opérait ses cobayes et Morat et Doyon estiment que la condition par excellence pour la production de crises épileptiformes est celle d'un état légèrement inflammatoire de la substance cérébrale excitée. L'action irritative de la lésion serait alors renforcée de manière parfois considérable par ce facteur infectieux surajouté.

VI

Faits cliniques. — Nous appuyant sur les données de la physiologie, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, nous avons dissocié quelques-uns des éléments qui contribuent à former le syndrome épilepsie traumatique et nous avons essayé de pénétrer le mécanisme de leur action.

Il nous faut maintenant étudier l'affection sur son véritable terrain et pour cela nous ne pouvons mieux faire que de prendre à titre d'exemple quelques faits cliniques choisis parmi les plus probants.

Un jeune homme est renversé par un camion. Dix minutes plus tard, première crise d'épilepsie qui se reproduit ensuite tous les deux ou trois mois pour devenir hebdomadaire, puis s'espace à nouveau et ne reparaît que tous les mois. Mais en même temps l'état mental s'altère et le malade est placé à Ville-Evrard où nous avons pu l'observer.

Chez un autre malade également interné à Ville-Evrard, la première crise est survenue quinze jours après un traumatisme violent (coup de poing américain) en pleine figure.

Olderrogué rapporte l'histoire d'un enfant qui à dix-neuf mois tombe d'une hauteur de 1 mètre sans perdre connaissance. Trois ans plus tard on constate dans la région pariétale droite un enfoncement assez marqué, mais ce n'est qu'à l'âge de dix ans que les premiers symptômes apparurent sous forme de vertiges, d'automatisme ambulatoire, d'hallucinations

visuelles, et enfin de crises convulsives qui pendant treize ans se répétèrent plus de mille fois. Opéré à l'âge de vingt-cinq ans, on constata une adhérence de la dure-mère et de l'os altéré, sans participation de la pie-mère ni de l'écorce.

Fontguyon et Aubaret citent le cas d'un homme de vingt-cinq ans, sans antécédents, qui fut atteint au niveau du pariétal droit par la balle d'un jeu de pelote basque. Projeté à terre il n'eut sur le moment aucun symptôme d'épilepsie, mais une céphalée intense s'empara de lui. Deux heures plus tard il eut une crise d'épilepsie généralisée qui dura cinq minutes et laissa le malade prostré pendant quelques jours. De temps à autre nouvelle crise. Vers le vingtième jour l'état s'améliora, mais au bout de deux mois les crises reparaissent précédées cette fois d'une aura sensitive et motrice. Le malade ressent des picotements à l'extrémité des doigts du bras gauche, les lèvres tremblent, se dévient, ainsi que le menton; le malade bégaie, puis il perd connaissance et la crise éclate. Parfois il peut faire avorter la crise en se serrant le bras ou en se distrayant.

L'opération montre un enfoncement du pariétal au niveau de la zone motrice; Demons enleva une rondelle osseuse et mit à jour la dure-mère qui présentait une dépression digitale et témoignait ainsi de la compression osseuse. Deux jours plus tard il y eut trois ébauches de crises, mais ensuite l'amélioration se poursuivit et le malade put être considéré comme guéri.

Dubuisson et Anglade ont rapporté l'observation d'un sujet qui devint épileptique à la suite d'un coup de pied de cheval reçu sur la région frontale et qui mourut en état de mal. A l'autopsie les auteurs trouvèrent une esquille osseuse comprimant la première frontale gauche (1).

Anglade et Chocreaux ont également mentionné le cas d'un homme qui dans une chute de cheval se fractura la base du crâne, se rétablit en quelques mois et présenta cinq ans plus tard des attaques d'épilepsie généralisée entraînant une démence rapide (2). L'autopsie révéla des lésions de l'hémisphère droit occupant le lobe frontal, l'extrémité sphénoïdale du lobe temporal, le tiers inférieur des deux circonvolutions ascendantes.

Citons enfin le cas de ce malade présenté récemment par le docteur Legrain à la Société clinique de médecine mentale et dont on trouvera l'histoire détaillée dans le numéro de juin 1909 du Bulletin de cette Société et où l'intervention chirurgicale paraît avoir été moins heureuse.

Le malade dont il s'agit, aujourd'hui âgé de trente-six ans, fit à l'âge de dix-huit ans une chute de cheval à la suite de laquelle il tomba dans un coma dont il ne sortit que seize heures plus tard.

Huit jours après apparaissent des « crises » qui au dire du malade consistaient en ceci : « J'étais en train de causer, puis j'éprouvais une sécheresse de la bouche, une sensation de constriction à la gorge et je me mettais à dire des bêtises sans m'en rendre compte avant ni après.

J'étais tout étonné de voir les gens me regarder d'une certaine façon; je devinais à cela que j'avais été indisposé. »

Les crises surviennent tous les dix jours environ et disparaissent pendant la durée d'une fièvre typhoïde qui tint le malade au lit pendant six semaines.

Pour supprimer ces accidents qui reparurent ensuite et qui paraissaient liés au traumatisme, le docteur Chevasse se décide à faire une trépanation. Pendant cinq ans le malade amélioré n'a même plus un étourdissement. Au bout de ce temps il commence à avoir des vertiges que l'on qualifie de vertiges de Ménière et pour lesquels il est soigné à l'Hôtel-Dieu. On pense ensuite à des accidents palustres, mais la quinine à haute dose ne fait qu'augmenter les bourdonnements d'oreilles. Le professeur Duplay intervient alors à nouveau et à nouveau les accidents cessent.

Deux ans plus tard apparaît une crise de contracture étendue à tout le côté gauche et qui dure dix mois, en même temps que les vertiges font leur réapparition. Nouvelle trépanation à Lyon.

Depuis cette époque, le malade a passé par des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Il eut des attaques brusques avec perte de connaissance et coma qui nécessitèrent des interventions multiples — onze en tout — et variées. A la couronne de trépan primitive, on substitua la craniectomie large; le volet osseux fut successivement replacé, puis enlevé; à Folkestone, Over interposa entre les méninges et l'écorce une feuille d'or qui ne fut pas tolérée par le malade et que quelques semaines plus tard le professeur Segond dut enlever.

Mais entre temps un fait important était survenu, à savoir l'apparition de crises d'épilepsie jacksonienne du côté droit et sans perte de connaissance. Ces attaques n'ont apparu que dix ans après l'accident et seulement après la cinquième intervention chirurgicale. Nous reviendrons plus loin sur cette particularité.

A l'heure actuelle, le malade présente une hémiparésie avec contracture, quelques troubles de la parole, des vertiges provoqués par les changements de position et des crises d'épilepsie jacksonienne. En dehors des périodes d'obtusion post-épileptique les facultés restent normales, la mémoire est d'une parfaite exactitude. Il n'y a pas trace d'affaiblissement de l'intelligence; on note seulement un certain degré d'instabilité d'humeur, d'impulsivité, voire même d'agressivité passagère.

Dans le domaine des épilepsies par lésions périphériques, nous citerons seulement quelques cas empruntés à différents auteurs. Dans sa thèse d'agrégation, Dieulafoy a cité le cas d'un malade chez lequel une contusion violente de la cuisse gauche avait déterminé une violente sciatique, et le pincement de la peau du cou du côté gauche provoquait une épilepsie de toute la moitié gauche du corps.

Magnan relate le cas d'un malade devenu épileptique à la suite d'un coup de pied de cheval sur le talon gauche. Trélat fit l'ablation de la cicatrice et

(1) Cité par MARCHAND. *Revue de psychiat.*, 1902, p. 193.
(2) *Ibid.*

les crises, sans disparaître, diminuèrent de nombre et de durée.

Un malade d'Azam, terrassier de vingt-quatre ans, eut la jambe droite broyée. Trois mois après de violentes douleurs apparaissent, partant de la cicatrice. On réséqua le sciatique poplité externe. Des convulsions épileptiques succédèrent à l'opération et durèrent quinze jours. On voulut opérer le sciatique poplité interne et le malade eut de nouvelles attaques sous le chloroforme. On réséqua enfin le tronc du sciatique, et la guérison se maintint. Mais sept mois après, à l'occasion d'une chute, les douleurs et les attaques reparurent.

VII

Date d'apparition. — De ces quelques faits brièvement rapportés et de la multitude de faits semblables éparpillés dans la littérature médicale, nous pouvons tirer quelques renseignements.

Tout d'abord l'on voit que la date d'apparition des phénomènes épileptiques est très variable. Tantôt la crise apparaît immédiatement pour se reproduire quelques jours ou quelques semaines plus tard; tantôt elle n'apparaît pour la première fois que longtemps après le traumatisme; neuf ans plus tard dans le cas d'Olderrogué; treize ans dans un cas d'Etcheverria; certains auteurs même ne craignent pas de faire dépendre une épilepsie d'un traumatisme subi vingt-cinq ou trente ans auparavant.

L'on peut aussi se rendre compte que le traumatisme ne crée pas une variété spéciale d'épilepsie. Si les crises convulsives y sont fréquentes on y trouve également des crises vertigineuses, des troubles mentaux variés et ne différant en rien de ceux qu'on rencontre chez les épileptiques ordinaires. Etcheverria rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, à la suite d'une contusion cranienne survenue pendant l'enfance, fut pris d'impulsions homicides avec attaques d'épilepsie. On le trépane et on excise le fragment de pariétal droit qui comprimait le cerveau. Le malade guérit de ses attaques, mais il était devenu singulièrement menteur et dangereux.

Gallard rapporte le cas d'une femme, épileptique à la suite d'un coup de serpe à la tempe droite, qui devint homicide et voleuse.

Les équivalents psychiques, dit Dutil, peuvent se rencontrer chez des malades atteints des diverses variétés de l'épilepsie, et cela quelle qu'en soit l'origine.

VIII

Evolution. — Un autre point mis en lumière par l'étude des différents cas cliniques c'est l'évolution de l'affection. Tantôt l'épilepsie apparaît d'emblée sous forme de crises convulsives qui se répètent à des intervalles variables, mais généralement de plus en plus rapprochés, et c'est ainsi que Weill a pu voir, à la suite d'un traumatisme cranien, un enfant de cinq mois présenter des convulsions immédiates qui se renouvelèrent tous les trois mois d'abord, pour devenir quotidiennes vers l'âge de six ans.

Tantôt ce sont des troubles variés qui ouvrent la scène; dans l'observation d'Olderrogué citée plus haut, pendant plusieurs années il n'y eut que des vertiges, des hallucinations visuelles et des accès d'automatisme ambulatoire. Mais ce qu'on note d'une façon générale c'est la tendance à la répétition des accès et à l'aggravation de l'état mental sans tendance à la guérison spontanée. Un certain nombre de ces malades tombent dans la démence épileptique et ceci prouve une fois de plus la similitude qui existe entre l'épilepsie ordinaire et l'épilepsie traumatique.

Le traumatisme peut enfin réveiller une épilepsie ancienne et si l'on a cité des cas de guérison à la suite d'un choc, l'aggravation de l'état antérieur est de beaucoup l'éventualité la plus fréquente.

Féré a cité un cas de ce genre dans lequel une épilepsie bénigne en état de rémission prolongée fut subitement réveillée et aggravée considérablement à la suite d'une morsure de porc au niveau de la tête du deuxième métacarpien. Les attaques qui étaient rares et bénignes survinrent presque tous les jours et parfois sous forme d'attaques subintrantes qui duraient cinq heures consécutives. Puis survinrent des impulsions homicides, des troubles vertigineux et un affaiblissement intellectuel accentué.

IX

Fréquence. — Un dernier point reste à examiner, à savoir la fréquence relative de l'épilepsie traumatique. Nous avons fait connaître au début les statistiques de Kiern et de Dubuisson; Etcheverria, sur 227 cas d'épilepsie note 35 cas dus au traumatisme. Macalister donne une proportion de 25 cas sur 250, Leuret 3 sur 106, Bouchet et Cazinvieilh 1 sur 69, Maisonneuve 2 sur 46. Enfin sur 100 cas de psychose post-traumatique, Christian trouve 12 cas d'épilepsie, Viollet sur un chiffre égal en trouve 29. Les différences considérables qui existent entre les auteurs ne surprendront pas outre mesure si l'on songe combien il est difficile de faire la part du traumatisme surtout dans une affection comme l'épilepsie et quelle diversité la rubrique — traumatisme — cache au point de vue de la nature, de l'intensité du traumatisme lui-même, du lieu de la blessure et des multiples circonstances qui ont accompagné l'accident.

Par rapport à l'âge des sujets, il semble que dans la plupart des cas les symptômes révélateurs se manifestent surtout entre vingt-cinq et trente ans. Viollet a trouvé 5 cas avant dix ans, 2 cas de dix à dix-huit ans, 4 cas de dix-huit à vingt-cinq ans, 15 cas de vingt-cinq à trente ans, et 2 cas seulement après cinquante ans.

Les femmes y sont moins exposées, sans doute à cause même de la nature de leurs travaux: 23 hommes contre 12 femmes dans la statistique d'Etcheverria.

X

Diagnostic. — En présence d'un malade ayant souffert d'accidents épileptiformes à la suite d'un traumatisme, le premier point à établir est de savoir

si les accidents incriminés sont bien de nature épileptique.

Les vertiges, absences, impulsions, l'automatisme sous toutes ses formes seront des symptômes révélateurs du plus haut intérêt et que l'on n'aura garde de négliger, mais la crise convulsive est beaucoup plus démonstrative et il importe de savoir la distinguer, d'une part, des manifestations hystériques si fréquentes après les traumatismes, d'autre part, des crises simulées.

On reconnaîtra la crise d'hystérie à son évolution irrégulière, à l'exagération de ses symptômes moteurs, à la présence de symptômes émotifs : plaintes et sanglots. Pendant la crise les pupilles réagissent et le réflexe plantaire a lieu en flexion; de plus l'hystérique choisit l'endroit de sa chute et ne se blesse en tombant que très rarement. Ajoutons enfin deux symptômes sur lesquels M. Babinski insiste à juste titre : la lividité des lèvres, absente chez l'hystérique, et la possibilité chez celui-ci de reproduire et de faire cesser la crise par suggestion.

Les mêmes symptômes différentiels peuvent servir au diagnostic de la crise d'épilepsie simulée, mais il est juste d'ajouter que l'on a parfois à examiner des simulateurs très habiles et qu'il peut être très difficile de dépister la supercherie.

On ne confondra pas non plus une crise d'éclampsie avec une crise comitiale; par contre on ne méconnaîtra pas un accès comitial chez un malade atteint d'une soi-disant congestion cérébrale. Trousseau a depuis longtemps insisté à ce sujet.

Si l'épilepsie est avérée, il faut s'assurer qu'il y a eu vraiment traumatisme, mais si l'on n'a pas assisté à l'accident, force sera dès lors de s'en rapporter aux dires du malade et de l'entourage, dires d'autant plus suspects que l'accident sera plus ancien. La présence de cicatrices pourra en l'occasion être d'un grand secours.

C'est encore par les anamnestiques seuls que l'on pourra s'assurer que l'épilepsie a bien suivi le traumatisme, mais l'on conçoit déjà combien une pareille enquête est difficile à mener et ses résultats sujets à caution.

Mêmes difficultés, sinon plus grandes encore, lorsqu'il s'agit de déterminer si le traumatisme a été cause de l'épilepsie ou si au contraire la manifestation comitiale n'a pas précédé et occasionné l'accident. Ce n'est que par une enquête très minutieuse que l'on pourra obtenir quelques éclaircissements et avec d'autant plus de peine que les faits seront eux-mêmes inconnus du malade ou qu'il aura intérêt à les cacher.

Il resterait à délimiter la part qui revient au traumatisme dans la production du nouvel état morbide et à évaluer son importance par rapport aux autres facteurs étiologiques héréditaires et acquis. C'est là l'œuvre du médecin légiste et nous l'examinerons ultérieurement.

Il nous faut maintenant dire un mot du diagnostic de la lésion elle-même et de son siège.

Lorsque le traumatisme est récent, les renseignements fournis par les témoins de l'accident, l'existence d'une plaie rendent en général le diagnostic facile. Nous ne pouvons d'ailleurs passer ici en revue les symptômes des lésions traumatiques même limitées au crâne. Rappelons seulement pour mémoire les services que peuvent rendre dans les lésions vasculaires méningées les résultats d'une ponction lombaire et la notion du mode de début d'une épilepsie jacksonienne survenant au bout d'un intervalle libre de quelques heures.

Plus tard on se basera également pour faire le diagnostic du siège de la lésion sur les renseignements recueillis, sur la présence de cicatrices, sur la coexistence de symptômes de localisation surajoutés et sur la nature de l'aura. Les premiers de ces éléments de diagnostic ont une grande valeur, néanmoins il ne faut pas les considérer comme des signes de certitude absolue. Bien souvent l'autopsie a montré des lésions fort éloignées du point extérieurement lésé, et situées même dans l'hémisphère opposé.

On n'oubliera pas l'examen radioscopique et radiographique.

Parmi les symptômes surajoutés de localisation, citons les paralysies des nerfs craniens, la présence d'une hémianopsie, le plus souvent latérale homonyme, et symptomatique alors d'une lésion située sur le trajet des voies optiques centrales, des troubles de l'équilibre, des accidents vertigineux liés à une lésion ayant intéressé l'appareil auriculaire.

Dans le même but on a cherché à utiliser les renseignements fournis par l'aura et Winkler a fait à ce sujet des recherches dont voici les conclusions : « L'aura sensitive débutant au niveau d'un membre dans lequel le symptôme-signal moteur commence (accompagné le plus souvent d'une paralysie du sens musculaire) fait présumer une lésion épileptogène de la pariétale ascendante. L'aura visuelle, souvent liée à la précédente et accompagnée de la rotation vers le côté opposé des yeux et de la tête en même temps que d'une hémianopsie homonyme latérale des champs visuels, fait présumer une lésion du pli courbe ou du cuneus.

L'aura des réminiscences liée souvent à l'aura épigastrique ou olfactive et accompagnée parfois de l'objectivation de la réminiscence fait présumer une lésion du lobe frontal, surtout à droite. »

Malheureusement ces renseignements sont loin d'être constants et d'avoir la valeur que l'on serait tenté de leur attribuer au premier abord.

L'aura liée à une lésion périphérique est en général une aura sensitive qui part du point traumatisé et suit une marche ascendante. Elle ne diffère en rien de l'aura sensitive ordinaire et seule l'existence d'une cicatrice ou d'un processus pathologique quelconque à ce niveau pourra entraîner le diagnostic. Il faut bien savoir qu'en cette matière particulièrement grave puisqu'elle entraîne des déductions thérapeutiques immédiates, on ne saurait être trop prudent et voici à ce propos un fait emprunté à Kocher. Un enfant de douze ans se blesse à l'éminence hypothénar avec un pistolet. A trente-six ans surviennent des attaques débutant par une sensation insolite dans la paume de la main. L'excision de la cicatrice n'amène aucune amélioration, et à l'au-

topsie on trouve un sarcome de la dure-mère au niveau du lobe pariétal du côté opposé.

XI

Médecine légale. — Il n'y a pas lieu d'envisager différemment la responsabilité d'un épileptique suivant que son affection a pour origine un traumatisme ou toute autre cause.

Mais l'épilepsie traumatique a acquis une grande importance depuis la loi de 1898 sur les accidents du travail, cette question a été étudiée en particulier par Marie (1) et par Viollet dans sa thèse.

Il faut tout d'abord considérer deux cas. Dans un premier groupe de faits l'épilepsie est nettement causée par un traumatisme qu'elle suit immédiatement ou dont elle dérive manifestement par ses caractères cliniques, survenant chez un sujet jusque-là indemne de toute tare et ne présentant aucun cas suspect dans son hérédité, ni dans son histoire pathologique personnelle aucune intoxication, infection ou diathèse capable d'engendrer à elle seule l'épilepsie. Dans un deuxième groupe se rangent les cas où le traumatisme est une cause occasionnelle faisant éclater l'épilepsie chez un prédisposé qui aurait peut-être pu devenir épileptique sous l'influence d'une autre cause, mais qui jusque-là avait échappé aux accidents dont le menaçaient ses tares antérieures. Ces derniers faits semblent les plus nombreux car, comme nous l'avons dit, il est rare de rencontrer l'observation schématique où l'origine traumatique s'impose d'une façon indiscutable.

Ainsi un malade cité par Marie et Picqué au Congrès de Grenoble (obs. 98, th. de Viollet) eut une crise au moment même de l'accident, mais il avait déjà eu autrefois des convulsions.

Souvent en interrogeant les malades on est frappé de voir combien ils connaissent peu leur propre hérédité, surtout quand il s'agit de malades d'asile, et il est difficile de déterminer la part qui revient au traumatisme.

A côté des cas où l'épilepsie a pour cause unique ou pour cause occasionnelle un accident, il faut placer les faits où le traumatisme joue lui-même le rôle de cause prédisposante en créant un lieu de moindre résistance et en préparant le terrain aux autres causes, émotions ou intoxications qui feront apparaître la première attaque d'épilepsie.

Où s'arrête l'influence du traumatisme, surtout s'il faut tenir compte des expériences qui sembleraient prouver qu'un individu devenu épileptique à la suite d'un traumatisme peut à son tour engendrer des descendants épileptiques.

Marie et Viollet citent les arrêts des tribunaux d'Orléans (8 août 1900), de Nancy (19 juillet 1901), de Saint-Quentin (9 juillet 1903) qui ont tranché la question des responsabilités sans vouloir tenir compte de la constitution antérieure du malade, alors même, disent-ils, que des attestations médicales rapporteraient à cette constitution même l'étiologie morbide. Dès lors si chez un intoxiqué on ne tient aucun compte de cette intoxication préalable pour rapporter tout au traumatisme, de quel droit tiendra-t-on compte d'un accident ancien si l'alcoolisme ou toute autre chose a été la cause déterminante de l'épilepsie.

Il serait à souhaiter qu'on puisse connaître l'état mental du malade au moment de l'accident et qu'on puisse le suivre pendant la période qui s'étend entre l'accident et l'internement, il y aurait ainsi un lien entre l'observation chirurgicale et l'observation psychiatrique.

C'est ce qu'a pu faire M. Picqué dans les observations publiées par Viollet. On suit alors l'incubation de l'épilepsie.

En effet, que le traumatisme soit cause unique de l'épilepsie ou qu'il ne soit que le réactif révélateur d'une tare latente héréditaire ou acquise, les manifestations nerveuses peuvent le suivre immédiatement ou en être séparées par un plus ou moins grand intervalle de temps.

Ce n'est pas dans les quatre jours qui suivent l'accident qu'on peut prévoir toutes ses conséquences. Il est vrai que l'article 19 de la loi de 1898 admet une revision du procès en cas de décès, en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'infirmité de la victime, non prévues au moment de la première convention (th. de Wagner, 1901).

MM. Marie et Viollet parlent encore de la responsabilité du médecin qui a admis un prédisposé dans une assurance ou une administration et, étendant la question, ils demandent un examen psychiatrique spécial dans l'armée.

Ces auteurs se demandent encore si le chef d'industrie ne devrait pas payer les frais de séjour à l'asile comme il les paye à l'hôpital.

En dehors des accidents du travail, les observations d'Etcheverria, de Broca, de Marandon de Montyel nous montrent d'une façon bien caractéristique la complexité des cas qui peuvent se présenter.

XII

Traitement. — Si un traumatisme cranien peut causer l'épilepsie, il était légitime de penser qu'une opération, allant réparer dans la mesure du possible le dommage causé, pourrait dans un grand nombre de cas amener la guérison. Et en effet, depuis des siècles on trépane les traumatisés.

Néanmoins ce procédé n'eut pas que des défenseurs, et pour ne parler que des chirurgiens du XIXe siècle, Desault, Malgaigne, Gama, Le Fort, n'en étaient guère partisans à l'encontre de Denonvilliers, Broca, Legouet, Trélat, Péan, Lucas-Championnière.

A l'heure actuelle l'antisepsie et l'asepsie ont permis au chirurgien toutes les audaces et il semblerait que les avis dussent être à l'unanimité en faveur de l'intervention. Nous verrons qu'il n'en est rien, mais auparavant il nous faut distinguer soigneusement les épilepsies traumatiques précoces, contemporaines des accidents qualifiés par Duret de primitifs et de secondaires (accidents mécaniques et

(1) Marie. *Ann. méd.-psych.*, 1904; *Arch. de Neurol.*, 1906, p. 306.

infectieux) et les épilepsies traumatiques tardives, accident tertiaire, auxquelles Duret assigne une origine cicatricielle.

Dans le premier cas l'intervention est la règle. Il faut enlever les fragments, les caillots, lier les vaisseaux de l'endocrâne rompus, nettoyer les foyers de fracture, extirper les corps étrangers si possible, et surtout par une antisepsie minutieuse de la plaie et des cavités naturelles avoisinantes prévenir l'infection. Si celle-ci a eu le temps de se déclarer, il faut alors ponctionner, vider, drainer les abcès, etc.

Mais en présence d'une épilepsie tardive, l'indication est loin d'être aussi formelle. Quelques succès brillants — tels le cas de Larrey dont le malade guérit après trépanation et ablation d'une esquille osseuse qui, depuis trente-trois ans, irritait son écorce cérébrale — semblaient encourager les chirurgiens dans cette voie. Mais l'observation plus minutieuse et plus longtemps suivie des opérés, en même temps que le plus grand nombre des cas traités ne tardèrent pas à montrer que le nombre des échecs l'emportait sur celui des guérisons et que l'opération parfois utile était plus souvent inutile, parfois même nuisible. Marchand et Antheaume n'ont-ils pas rapporté des cas d'épilepsie convulsive consécutive à la trépanation?

Les modifications de la technique — craniectomie large en deux temps, ablation du volet osseux — n'ont guère amélioré les résultats ultérieurs. L'ablation de la substance corticale dans la zone altérée, effectuée autrefois par Spitzkan, Péan, reprise et réglementée par Horsley, Keen, Hochenegg, dans le but de supprimer le centre épileptogène, n'a pas été plus féconde en résultats heureux. Il semble que suivant l'opinion de Putnam il se soit établi au bout d'un certain temps un état épileptogène de toute l'écorce qui ne saurait être influencé par une intervention limitée. L'opération elle-même est souvent une source de cicatrices et d'adhérences.

Déjà en 1901 M. Lucas-Championnière faisait des réserves en ce qui concerne les résultats éloignés du trépan dans l'épilepsie. C'est aussi l'opinion de Carier; Rellay dans sa thèse arrive aux mêmes conclusions et Paon considère également que la trépanation opposée à l'épilepsie a déçu l'espérance que l'on fondait sur elle. A propos de la présentation du malade de M. Legrain dont nous avons résumé plus haut l'observation, M. Picqué dont la compétence en cette matière ne saurait faire de doute pour personne a émis des réflexions du plus haut intérêt et dont nous détachons les passages suivants : « Cette observation, dit M. Picqué, comporte un grand enseignement, car elle nous apporte un insuccès à la suite d'une série de grandes interventions pratiquées sur un crâne. Il y a quelques années, mon élève Paon avait déjà montré les récidives éloignées à la suite de simples trépanations pratiquées contre l'épilepsie chez des malades observés dans nos asiles. La craniectomie large nous ouvre actuellement une voie nouvelle et le malade qu'on nous présente offre encore des crises d'épilepsie malgré une longue série d'interventions. »

Les autres interventions déjà proposées contre l'épilepsie essentielle, sympathycectomie, compression des carotides, ligature des vertébrales, n'ont pas entraîné davantage la conviction générale.

Lorsque les crises paraissent au contraire liées à une lésion périphérique l'indication est au contraire très nette. Il faut enlever la cicatrice, le séquestre ou le corps étranger; l'opération est en général bénigne et elle comporte un pronostic beaucoup plus favorable. Mais là encore la thérapeutique devra être préventive et consistera à nettoyer tout foyer contus, à le débarrasser des corps étrangers et à le préserver de l'infection.

En résumé l'intervention chirurgicale pourra être indiquée dans certains cas. Il y a lieu alors de distinguer les opérations qui se bornent à intervenir sur la paroi osseuse et celles qui s'attaquent au cerveau lui-même.

L'amélioration chirurgicale peut être suivie de bons effets, mais l'amélioration produite peut n'être que passagère. En dehors de la trépanation le traitement de l'épilepsie traumatique ne saurait différer de celui de l'épilepsie ordinaire. Une vie sobre, une hygiène rigoureuse, la suppression des causes si fréquentes d'intoxication notamment par l'alcool, le traitement par des agents médicamenteux appropriés des affections antérieures (tuberculose, paludisme, syphilis) susceptibles d'entretenir et de compliquer le nouvel état morbide et enfin la médication bromurée associée ou non à l'opium en formeront la base (1).

BIBLIOGRAPHIE

ANTHEAUME et MIGNOT. *Les maladies mentales dans l'armée.* — AZAM. *Soc. de chir.*, 8 juin 1864. — AMAT. *L'épilepsie essentielle.* — AZAM. *Arch. gén. de méd.*, fév. 1881. — ANGLADE et JACQUIN. Epilepsie totale d'origine traumatique, *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 9 avril 1905; *Revue neurol.*, 1906, p. 240. — ALDRICH. Fracture de la base du crâne comme cause d'épilepsie, *Med. news.*, 21 mai 1904; *Revue neurol.*, 1904, p. 1017. — ALTUNA. Epilepsie traumatique, trépanation, guérison, *Rev. fren. esp.*, mars 1907, p. 72.

BOURGEOIS. *Les épileptiques et la chirurgie*, Th. de Paris, 1904; *Revue neurol.*, 1905, p. 63. — BRIAND. *Gaz. des hôpit.*, 2 avril 1870; — Th. 1871. — BRAVAIS. Th. 1827. — BROCA. *Gaz. des hôpit.*, 11 fév. 1869. — BECKHOLM. Th. de Paris, 1895-1896. — BLANDIN. *Epilepsie traumatique consécutive aux plaies du crâne par armes à feu*, Th. de Paris, 1901-1902. — BOURNEVILLE. *Revue neurol.*, 1898. — BALLET. *Indép. méd.*, 26 avril 1898. — BLUHM. *Arch. de méd.*, 1876. — BAYLE. *Maladie inflammatoire du cerveau*, p. 409. — BESSIÈRE. Th. de Bordeaux, 1895. — BERGERON. Thèse, 1910.

CLAUS et VAN DER STRICHT. *Pathogénie et Traité de l'épilepsie.* — CHRISTIAN. *Arch. de neurol.*, 1889, n° 52. — CAINER. *Arch. d. psich.*, vol. XVIII, f. 1. — CHARRIN. *Revue neurol.*, 1897. — CALMEIL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 85. — CHIPAULT. *Chirurgie opératoire du système nerveux.*

DUBUISSON. De la folie traumatique, *Cong. de Rouen.* — DUDLEY. *Arch. gén. de méd.*, 1833, 2e série, t. III, p. 286. — DELASIAUVE. *Traité de l'épilepsie*, 1854. — DUFOUR. Th. 1872. — DELBET (Paul), 1906. — DIEULAFOY. *Clin.* in Formulaire mensuel, 20 mai 1906. — DONATH. Craniectomie dans les

(1) Nous remercions M. le docteur Picqué, qui nous a donné l'idée de ce travail.

épilepsies d'origines diverses, *Wien. klin. Woch.*, 1903, n° 46; — *Revue neurol.*, 1904, p. 569.

ETCHEVERRIA. *Arch. de méd.*, 1876.

FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques.* — FAIRCHILD. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 7 sept. 1901. — FÉRÉ. *Revue neurol.*, 1898.

GOMES. *Physiopathologie et pathogénie des crises épileptiques*, Th. de Rio de Janeiro, 1906; — *Revue neurol.*, 1907, p. 728. — GOWERS. *De l'épilepsie.* — GÉLINEAU. *Traité des épilepsies.* — GALLARD. *Union méd.*, 2 mai 1861. — GAMA. *Traité des plaies de la tête.* — GUILD. *Revue méd.*, 1829, t. IV, p. 301. — GRASSET. *Les centres nerveux*, p. 190.

KINKLER. *L'intervention chirurgicale dans les épilepsies*, 1897. — KOCHER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1893.

LASÈGUE. *Leçons cliniques.* — LARRIVÉ. Th. de Lyon, 1898. — LEBECQ. Th. de Paris, 1895. — LEURET. *Arch. de méd.*, 1843. — LAUNOIS et JABOULAY. *Revue neurol.*, 1898. — LIEGEY. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1856. — LETIEVANT. *Traité des sections nerveuses*, 1873. — LARREY. *Clin. chir.*, 1829. — LAJARELLI. — LAMBOTTE, 1900.

MARANDON DE MONTYEL. *Contribution à l'étude des aliénés.* — MIRALLIÉ. *Gaz. méd. de Nantes*, 1898. — MOREAU (de Tours). *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1854. — MEYSSOU. Th. de Bordeaux, 1899. — MARIE. *Cong. de Grenoble*, 1902; — *Ann. méd.-psych.*, juillet-août 1904; — *Revue de méd.*, 10 mai 1906; — *Arch. de neurol.*, 1906, p. 305.

NEYROZ. Epilepsie émotive, *Riv. d. psich. appl. a. ped. e. a. psic.*, mai 1905; — *Revue neurol.*, 1906, p. 71.

PONTIER. *Soc. méd. de Paris*, an IX. — PINEAU. Th. 1877. — PENON. Th. de Bordeaux, 1893. — PICQUÉ. *Cong. intern.*, Paris 1900; — *Cong.*, Grenoble, 1902. — PAON. Th. 1900. — POIRIER. *Anatomie médico-chirurgicale du crâne.*

ROSSI. Craniectomie pour fracture compliquée du frontal avec épilepsie corticale, *Gaz. d. osped. e d. clin.*, 10 sept. 1905. p. 1147; — *Revue neurol.*, 1900, p. 158. — ROUX et JOUBERT, Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans l'épilepsie symptomatique, *Revue de thérap.*, 1906, n° 14. — RÉCAMIER. *Gaz. des hôpit.*, 1843. — RELLAY. Th. 1898. — RAYMOND. *Cliniques*, 1894-1895 et 1898-1899.

SPRATLING. Aura épileptique, *Med. news.*, 18 juillet 1903, p. 98. — SKÆ. *Edimb. med. Journ.*, fév. 1866. — SCAGLIOSI. *Semaine méd.*, 1898. — SÉGLAS. Th. 1881. — SCHORT. Edimbourg 1720. — SALLARD. In Debove et Achard. — SÉGLAS et FRANÇAIS. *Presse méd.*, 24 sept. 1902; — *Soc. psych. de Saint-Pétersbourg*, 30 nov. 1906; — *Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 6 déc. 1897. — SÉDILLOT. *Acad. des sc.*, 11 sept. 1876.

URGUHART et FORD ROBERTSON. *Journ. of ment. sc.*, oct. 1902.

VIBERT. *Les névroses traumatiques*, 1893. — VIDAL (de Périgueux), 1906. — VIOLLET. Th. 1905. — VOISIN. *Dict. de méd. et de chir. prat.*; — *L'épilepsie.* — VIGNARD. *Lyon méd.*, janv. 1898.

WEISSGERBER. *Münch. med. Woch.*, 1896. — WINKLER. *Cong. de Bruxelles*, 1897. — WEILL. *Médecine infantile.* — WAGNER. Th. de Paris, 1901.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1910)

Fibro-chondromes de la mâchoire. — M. MICHAUX fait une communication sur ce sujet. C'est là, dit-il, une affection rare qui a été décrite par Dupuytren sous le nom de corps fibreux des mâchoires, qui a surtout été bien étudiée par Broca, Robin et Magitot. D'une évolution très lente, d'un

début insidieux, cette affection finit par constituer une difformité gênante. L'examen des dents révèle généralement une très mauvaise dentition. M. Michaux a observé un jeune homme de vingt-six ans qui, depuis dix ans, portait une saillie assez considérable au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Le maxillaire lui-même était légèrement envahi; toutes les dents étaient cariées. Bien qu'incomplète cette observation semble bien rentrer dans le cadre des fibro-chondromes du maxillaire. En 1885, M. Boyer fit un rapport sur une observation de fibro-chondrome du maxillaire présentée par M. Kirmisson. M. Paulet fit un travail sur l'hypertrophie diffuse des os de la face. Les faits rappelés par M. Paulet, dans ce travail, semblent bien également rentrer dans la catégorie des faits dont parle M. Michaux.

Abcès périnéal, rétrécissement du rectum. — M. Hartmann fait un rapport sur une observation de M. Abadie (de Rouen). Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans qui, à vingt et un ans, fit une chute sur le coccyx et eut un premier abcès périnéal. Depuis cette époque, cette femme eut une série d'abcès à la même région. En même temps, elle présentait des symptômes de rétrécissement du rectum. Au toucher on sentait une bande cicatricielle entre le vagin et le rectum se terminant par deux fistules. L'ampoule était libre. Un an après, cette malade eut un abcès de la fesse gauche. M. Abadie, après une rachistovaïnisation, examina cette malade et trouva, au-dessus de l'ampoule, un trajet tortueux qui se prolongeait. Dans une première intervention, il fit un anus iliaque, puis il procéda à des lavages antiseptiques répétés du bout inférieur, et un mois après, il fit une résection sacrée, enleva la partie inférieure du sacrum avec le tissu scléreux qui l'enveloppait, réséqua le rectum, et attira le côlon descendant pour le fixer à la peau. Il fit le drainage. Il y eut un peu de sphacèle. Cependant six semaines après, M. Abadie put faire la cure de l'anus contre nature. La malade guérit et possède un anus contractile. Elle perd très peu ses matières et il y a lieu d'espérer qu'elle ne les perdra plus du tout après un certain temps.

M. Hartmann approuve complètement la conduite tenue, dans ce cas, par M. Abadie.

Inutilité de la thermo-cautérisation du col dans les hystérectomies abdominales subtotales. — M. Bégouin rappelle qu'en 1903, lors de la discussion sur l'hystérectomie abdominale subtotale comparée à l'hystérectomie totale, seul M. Pozzi était opposé à la thermo-cautérisation de la cavité du col utérin, se basant sur ce fait que, dans les fibromes, il y a peu d'infection de la cavité cervicale, M. Pozzi préférait se contenter de faire un surjet sur les deux lèvres du col. Depuis 1904, M. Bégouin a complètement renoncé à la thermo-cautérisation du col et, sur 104 hystérectomies abdominales subtotales pour fibromes, il n'a jamais constaté un accident qu'il faut attribuer à ce défaut de cautérisation.

M. Ricard qui, dans son rapport en 1899, considérait comme nécessaire la thermo-cautérisation du col dans l'hystérectomie subtotale y a, depuis longtemps, complètement renoncé et il n'observe plus ces excrétions glaireuses qui résultaient parfois de l'escarre formé par la cautérisation de la muqueuse du col.

M. Faure a également renoncé à la thermo-cautérisation.

M. Hartmann ne l'a jamais faite.

M. Delbet pense qu'il est encore plus simple d'enlever la totalité de l'utérus.

M. Potherat depuis une dizaine d'années ne fait plus la thermo-cautérisation du col.

M. Richelot rappelle, non sans malice, que lors de la discussion qu'il a soulevée sur la comparaison de la totale avec la subtotale, l'un des grands arguments qu'on lui opposait pour soutenir qu'on évitait la dégénérescence possible du col laissé en place, c'était précisément cette thermo-cautérisation à laquelle, à ce moment, on attachait tant d'importance. Aujourd'hui on la trouve inutile. Alors... ajoute M. Richelot.

Greffes chirurgicales chez l'homme. — M. Tuffier fait une communication sur quelques cas de greffes chirurgicales chez l'homme, de transplantation de tissus ou d'organes. Dans deux cas, il a tenté une transplantation de tissu d'animal à l'homme. Il n'a pas réussi. Dans un cas d'énorme brûlure du thorax il a transplanté, en un point, de la peau de poulet; en un autre point de la peau de grenouille, et en un troisième point de la peau humaine. Pendant une dizaine de jours tout semblait prendre à merveille. Mais après ce temps, sauf la greffe de peau humaine, les autres greffes échouèrent. Chez un myxœdémateux, il fit une greffe de portion de thyroïde de chien dans sa thyroïde atrophiée. Pendant deux mois on espéra un résultat, mais ce fut, par la suite, un échec complet.

Dans un cas, M. Tuffier refit, par la greffe, un canal de l'urètre. Il y eut une fistule au point de jonction du canal ancien et du canal nouveau. Chez une femme qui avait une imperforation du vagin avec une obstruction du col, par laparatomie et ouverture de l'utérus il pratiqua un tunnel ouvrant le col et refit le vagin avec la greffe de la peau de la cuisse; le résultat fut satisfaisant.

M. Tuffier a également obtenu un bon résultat d'une greffe ostéo-articulaire dans un cas de résection de l'épaule.

Dans deux cas de résection du coude pour traumatisme, M. Tuffier greffa une membrane cartilagineuse sur l'humérus avec bon résultat. Il croit que les greffes cartilagineuses, dans les résections, peuvent donner de bons résultats. Il a aussi greffé du tissu cellulaire pour combler une perte de substance de la partie supérieure du tibia. Cette greffe a bien pris.

M. Tuffier arrive aux greffes ovariennes et aux greffes veineuses. Pour ce qui est des greffes intra-abdominales de tissu ovarien, il n'y a pas de résultats concluants. Il n'en est pas de même des greffes ovariennes sous-cutanées. On constate, dans ces cas, des poussées congestives irrégulières, mais très nettes et durant quatre à cinq jours. Il y a une augmentation de volume notable, des phénomènes de congestion appréciable. Cela prouve que la greffe ovarienne n'est pas indifférente. Il faut pour ces greffes de grandes précautions d'asepsie.

Enfin, M. Tuffier a remplacé une partie du canal de l'urètre par une greffe de veine. Il y eut une fistule au niveau du trait d'union de la greffe avec la partie normale du canal.

M. Kirmisson trouve ces faits très intéressants; mais ils n'ont rien de nouveau.

M. Delbet a fait quatre fois la greffe thyroïdienne dans des cas de myxœdème. Il n'en a obtenu aucun résultat. Il a fait plusieurs greffes osseuses qui ne se sont pas éliminées, mais qui se sont résorbées.

Arthrite suppurée. — M. Rouvillois présente un malade qu'il a traité d'une arthrite suppurée de l'épaule par une incision antérieure et postérieure. Bon résultat.

M. Sebileau, dans plusieurs cas d'arthrites de l'épaule consécutives à des otites moyennes suppurées, a obtenu de bons résultats de l'arthrotomie.

M. Quénu fait observer que ce ne sont pas là de véritables arthrites, mais bien des abcès de l'articulation.

Trépan. — M. Segond présente un très ingénieux trépan imaginé par son chef de clinique, M. de Martel.

Ce trépan, qui est une émanation de l'automobilisme, embraye et débraye automatiquement.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Memento de pharmacodynamie et de matière médicale, conforme au programme adopté en assemblée de la Faculté, par G. Pouchet, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. In-18 jésus, cartonné toile, de 300 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Guide Rosenwald, annuaire de statistique médicale et pharmaceutique. — Prix : 3 francs. — Paris, docteur L. Rosenwald, éditeur, 77, rue du Rocher.

Eamen fonctionnel du labyrinthe (appareils de l'audition et de l'équilibre), par les docteurs E.-J. Moure, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Pierre Cauzard, chef de clinique aux Sourds-Muets, otologiste adjoint de Furtado-Heine. In-8 de 150 pages avec 21 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Bagnoles de l'Orne. Géologie de la région. Analyse des eaux de la grande source. Leur action physiologique, par le docteur P.-R. Joly, correspondant du muséum d'histoire naturelle de Paris, membre de la Société de médecine de Paris, médecin consultant à Bagnoles de l'Orne. In-18 jésus de 136 pages, avec deux cartes géologiques hors texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin et fils.

N° 22. — MARDI 22 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. MARDI 22 FÉVRIER 1910. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 18 février. — MM. Beloux, 11; Turquety, 13; Rouffignac, 7; Parlitch, 2; Maurer, 12; Rouillard, 11; Petit (Henri), 13; Kenhadjian, 7; Plaisant, 9.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 février. — MM. Lemaître et Grivot, 18.

Prochaine séance, mercredi 23 février, à neuf heures et demie du matin, à Lariboisière.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — M. Gaussel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été nommé médecin en chef du nouvel hôpital sanatorium pour tuberculeux.

— LYON. — Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Desgouttes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel en date du 17 février, le tableau annexé à l'arrêté du 21 juillet 1909 fixant la constitution des jurys des diverses sections de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne la section de médecine générale :

Section de médecine générale. — Neuf juges : deux professeurs de cliniques générales; deux professeurs de cliniques spéciales; un professeur de pathologie générale ou de thérapeutique; un professeur de pathologie interne, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, de médecine expérimentale, de médecine expérimentale et comparée, de pathologie expérimentale ou de pathologie expérimentale et comparée; un professeur d'anatomie pathologique; un professeur de médecine légale; un professeur d'hygiène.

— PARIS. — Un arrêté ministériel fixe l'ouverture des concours de l'adjuvat et du prosectorat à la troisième semaine d'avril.

— LILLE. — M. le professeur Charmeil est nommé assesseur du doyen.

— LYON. — M. Barral, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire de chimie minérale et analytique appliquée à la pharmacie.

M. le professeur J. Courmont est nommé assesseur du doyen.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le professeur Livon est nommé directeur de l'Ecole pour trois ans à partir du 1er février 1910.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le lundi 4 avril 1910, à deux heures précises, il sera ouvert, à l'Asile clinique, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, du lundi 7 au samedi 19 mars 1910 inclusivement.

ASILES D'ARMENTIÈRES ET BAILLEUL. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations de MM. Laydeker et Roland René.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE SOUS-INSPECTEURS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Terre, Tuillerie, Barbary, Garçon, Fourteau, de Grenier, Lelièvre, Eynard.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. E. Lavisse et G. Darboux sont nommés vice-présidents pour l'année 1910.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Hocquart, directeur du service de santé du 13e corps, est nommé directeur de l'école du service de santé militaire de Lyon, en remplacement du médecin inspecteur Chavasse, récemment promu médecin inspecteur général et maintenu dans ses fonctions de membre du comité technique du service de santé.

EXPOSITION D'HYGIÈNE DE DRESDE. — La France, répondant à l'invitation qui lui a été adressée, participera officiellement à l'exposition d'hygiène qui doit se tenir à Dresde en 1911.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Darboux, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, est élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

— Le professeur Ramon y Cajal vient d'être nommé séna-

teur à vie par le gouvernement espagnol en récompense des nombreux services qu'il a rendus à la science.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Diet (de Saint-Nazaire).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Dorain et Ribot (de Saint-Nazaire), Mougeot (de Saint-Dizier), Letoux (de Vannes), Beaufils (de Clamecy).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs de Montelle (de Loivre), Sauvage (de Quiberon), Huntziger, interne provisoire des hôpitaux de Nantes.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — AIDE AUX MÉDECINS DE LA SEINE VICTIMES DES INONDATIONS. — Les inondations ont eu une répercussion cruelle sur les médecins des régions inondées. Certains ont eu leur domicile envahi par les eaux, leur mobilier, leur bibliothèque, leurs instruments détruits. Tous, frappés au moment du recouvrement des honoraires, perdent la plus grosse part du produit du travail de l'an dernier. Quelques-uns voient disparaître non seulement leurs honoraires désormais irrecouvrables, mais même leur clientèle. Quand pourront-ils exercer avec fruit dans des villes entièrement dévastées?

Décidé de porter d'urgence remède dans la mesure de ses moyens à ces infortunes, le Conseil d'administration du Syndicat de la Seine, dans sa séance du 5 février 1910, a décidé à l'unanimité de mettre sous forme de prêts gratuits, dans une mesure modeste, mais appréciable, les réserves de sa caisse à la disposition des confrères sinistrés syndiqués ou non, car en pareil cas on ne saurait faire de distinction.

Tout confrère qui désirerait avoir recours au Syndicat est prié de s'adresser au Syndic de la section de la région qu'il habite. Avec toute la rapidité et la discrétion désirables, ce dernier communiquera la demande au bureau du Syndicat qui statuera d'urgence.

Dans le cas peu probable où les réserves du Syndicat seraient insuffisantes, le Conseil a décidé d'examiner la nécessité d'un recours à d'autres groupements médicaux, de l'ouverture d'une souscription ou de tout autre moyen de faire face à la situation.

Ayant foi dans les sentiments de haute probité et de délicatesse qui ont toujours été l'apanage du corps des médecins praticiens, le Conseil du Syndicat est persuadé que l'avenir de sa caisse syndicale, destinée uniquement à la défense professionnelle, loin d'être compromis, sera mieux assuré par cette mesure. Il croit contribuer ainsi à resserrer les liens confraternels qui devraient unir étroitement tous les médecins praticiens de la Seine sous la protection de leur syndicat.

LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE DANS L'ARMÉE. — L'Agence Havas communique la note suivante :

« La méningite cérébro-spinale fait encore parler d'elle. La presse, en effet, a signalé ces jours derniers, l'apparition de nouveaux cas dans les garnisons du Puy, de Brest et de Clermont-Ferrand.

Dans chacune de ces places deux militaires ont été atteints par cette affection. Sur ces six malades, trois ont succombé.

Quoi qu'il en soit, il n'existe pas actuellement de véritable foyer épidémique dans l'armée.

A la date du 18 février, le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux militaires ou hospices mixtes était de 31, auquel il faut ajouter 14 suspects en observation. Tous ces cas sont répartis entre 26 garnisons différentes.

La situation n'a donc rien d'inquiétant par elle-même. Grâce aux diverses mesures de prophylaxie qui ont été reconnues nécessaires à la suite de l'épidémie d'Evreux, et dont l'application a été rendue réglementaire par la circulaire du 18 février 1909, on a réussi jusqu'à présent à éviter la contagion.

Il n'en importe pas moins de veiller toujours avec le plus grand soin. Il est certain que les manifestations de la méningite cérébro-spinale ont été relativement plus fréquentes au cours de cet hiver que dans les années précédentes. Le fait était prévu. La France subit en ce moment une recrudescence analogue à celle qui a été signalée en Allemagne en 1909. Mais la méningite cérébro-spinale est une maladie d'hiver; on peut donc considérer que son évolution touche à sa fin.

D'autre part, le sérum antiméningococcique n'a jamais fait défaut. Des dispositions particulières ont été prises depuis une année pour assurer l'envoi immédiat de sérum dès qu'un cas même suspect est signalé par télégramme dans une garnison. »

LA NOUVELLE MÉDAILLE DE L'ACADÉMIE. — Le graveur Patey a terminé une médaille nouvelle que l'Academie de médecine décernera désormais à ses lauréats, récompensés par les sections des épidémies, des eaux minérales, des remèdes secrets, de la vaccine, de l'hygiène de l'enfance et de la tuberculose.

Sur l'une des faces on voit la divinité grecque Hygie, qui était d'abord un des êtres allégoriques du cortège d'Esculape, mais que la légende transforma bientôt en une fille de dieu, recevoir de l'Académie de médecine la « coupe de vie » qu'elle présente à une malade ; sur l'autre, le palais de l'Académie de médecine, et en marge, une gerbe de palmes de chêne et de laurier nouée d'une banderole au nom du titulaire.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la troisième semaine, 925 décès, au lieu de 912 pendant la semaine précédente et au lieu de 1098, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. Toutefois, la rougeole continue à être très répandue dans les quartiers périphériques du nord et de l'est.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, au lieu de 3 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 39, au lieu de 19 pendant la semaine précédente (moyenne 43).

La rougeole a causé 14 décès au lieu de 9 pendant la semaine précédente (moyenne 9). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 299, au lieu de 272 précédemment (moyenne 184). Les quartiers les plus atteints sont : Porte-Saint-Martin (18 cas), Epinettes (16 cas), Clignancourt (35 cas), Goutte-d'Or (20 cas), La Villette (21 cas), Belleville (17 cas).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 170 décès, au lieu de 175 pendant la semaine précédente (moyenne 234).

La phtisie pulmonaire a causé 211 décès (moyenne 217).

La méningite tuberculeuse a causé 25 décès (moyenne 21).

La méningite simple a causé 6 décès (moyenne 22); parmi eux nous ne comptons aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 3.

Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 8 décès (moyenne 16).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marius Amalbert (de Marseille), Barrabé (de Bagnoles-de-l'Orne), Georges Berne, ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien président de la Société de médecine de Paris; Arthur Bordier, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble; Castani, médecin du *Général-Chanzy*; Chatard (de Galgon, Gironde); Dayot, professeur honoraire à l'Ecole de Rennes; Pierre Leblois (de Châteauneuf-sur-Sarthe); Leuget (de Montigny-Leucoup); Tavernier, préparateur à la Faculté de Lille; Vallée (de Pecquencourt).

CONFÉRENCES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE. — M. le docteur André Bergé commencera le mercredi 23 février, de six à sept heures, ses conférences de thérapeutique pratique à l'hôtel des Sociétés savantes, et les continuera tous les mercredis suivants.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 FÉVRIER AU 5 MARS 1910

THÈSES

Samedi 5 mars, à une heure. — M. FABRÈGUE. Considération sur la suralimentation par le sucre. (MM. Ch. Richet, président ; Chauffard, Langlois et Carnot.) — Mlle PÉREL. Les rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose. Essa pathogénique. (MM. Chauffard, président ; Ch. Richet, Langlois et Carnot.)

SUR LA PROPHYLAXIE

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE[1]

Par M. DELORME,

Médecin inspecteur général, Président du comité technique du service de santé de l'Armée, Membre de l'Académie de médecine.

Les débats qu'a provoqués ma communication sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde se terminent. Je suis heureux de les avoir soulevés et le labeur qu'ils m'ont imposés m'a procuré, comme réconfortante compensation, la satisfaction d'avoir, pour le bien du pays, rétabli le rôle exact et trop méconnu dans les massives épidémies — les seules que je n'ai cessé d'avoir en vue — de la plus efficace des prophylaxies.

I

Je n'ai pas à revenir sur la discussion latérale des porteurs chroniques et sains de bacilles. Les faits nouveaux de doctrine qui vous ont été apportés, notre collègue M. Kelsch les a appréciés avec l'autorité qu'il possède et il n'a pas été question de leur prophylaxie. La maladie m'a empêché de donner mon opinion dans la discussion également latérale sur la vaccination antityphique, mais celle-ci se rouvrira. Je terminerais donc de suite en revenant au cœur du débat, en vue d'en hâter la solution, si je n'avais à répondre à une demande d'explication de notre collègue M. Bertrand au sujet de l'absence pour ainsi dire constante du bacille d'Eberth dans les analyses d'eau de boisson.

Ma conviction est née des négations qu'accusait le nombre imposant d'analyses que, pendant douze ans, j'ai contresignées après les avoir lues. Elle s'est étayée des aveux de bactériologistes de réputation. Ceux-ci sont bien exprimés dans ces phrases toutes récentes d'un spécialiste aussi soucieux de la vérité que compétent, du professeur Macé, de la Faculté de médecine de Nancy (2).

Dans son article critique sur les *Nouveaux procédés d'analyse bactériologique des eaux,* M. le professeur Macé, après avoir décrit et apprécié, en pleine connaissance de cause, les divers procédés d'analyse bactériologique des eaux, s'exprime ainsi :

« Or jusqu'ici au moins, l'isolement du bacille typhique des eaux est un fait tout à fait exceptionnel, tellement exceptionnel même qu'en présence des nombreux résultats négatifs obtenus par des expérimentateurs très qualifiés, on peut se demander si, dans les cas rapportés, la réussite n'est pas une vraie question de hasard ou de chance particulière. »

Et il ajoute : « Il faut admettre nuturellement et ce n'est pas toujours le cas, il s'en faut, que rien n'a été négligé pour assurer l'identification du microbe, que tous les caractères morphologiques et cliniques ont été scrupuleusement vérifiés. »

Notre collègue M. Bertrand sera sans doute satisfait après la lecture de ces deux passages, et au besoin celle de l'article cité, dans lesquels il trouvera l'explication qu'il recherchait et la raison de nos divergences.

« Devant les résultats négatifs de tant de recherches du bacille typhique dans des eaux qui semblent devoir être légitimement suspectées de donner la fièvre typhoïde, le rôle de l'eau, ajoute le professeur Macé, dans la transmission de la maladie pourrait voir son importance diminuer ou disparaître, alors que seuls les méthodes et les procédés devraient être à incriminer. Pour le fixer d'une façon définitive, il est absolument urgent de pouvoir mettre en œuvre une manière de faire qui donne sinon des résultats absolus, du moins des chances de réussite assez grandes pour que l'on puisse compter sur le succès dans la majorité des cas. *C'est ce qui reste encore à établir, on doit forcément le reconnaître.* »

Ce sont là paroles profondément justes, d'une grande portée et bien faites pour servir les intérêts de la science. Elles font voir que le progrès, à l'heure actuelle, ne réside pas dans la *création de laboratoires de contrôle de second ordre* en vue de l'analyse des eaux et de l'obtention de résultats parfois si troublants, mais dans la concentration de l'effort dans les laboratoires scientifiques entre les mains des spécialistes les plus éminents qui ne semblent pas encore avoir pleinement satisfait à leur rôle. Avant de réaliser un mot d'ordre scientifique, la première chose est de le bien établir. Il n'est pas établi ; il semble donc prudent d'attendre.

Si des Ecoles libres et des Facultés impatientes et pleines de sollicitude pour d'intéressants élèves n'y trouvent pas leur compte, le budget des départements ou des communes y trouvera le sien, sans préjudice pour la santé publique, jusqu'au jour où en possession de méthodes plus certaines et qui auront donné des preuves incontestables de leur efficacité et de leur facilité d'application, on prendra des mesures dictées par la forme même du progrès réalisé.

Je ne suis l'ennemi d'aucun progrès, mais après de semblables constatations, attaché au côté pratique avant tout, je me refuserais actuellement à favoriser la création d'inutiles fonctionnaires, fussent-ils médicaux, puisque leur utilité est contestable tant au point de vue de l'analyse des eaux qu'à celui du concours qu'ils apporteraient à la prophylaxie si incertaine et si limitée des porteurs sains.

Pour ma part je ne saurais partager les craintes exprimées de divers côtés sur l'atténuation ou la réfutation du rôle considérable joué par l'eau de boisson, dans les grandes épidémies, après démonstration de l'imprécision, de l'insuffisance des recherches bactériologiques affirmée depuis de longues séries d'années. L'important ensemble historique avec ses faits incontestables et éclatants, la forme des processus épidémiques, les preuves cliniques restent là inébranlables et suffisants et, comme le disait Brouardel, à l'époque où cependant

(1) Discours prononcé à l'Académie de médecine le 15 février 1910.

(2) Macé, *Technique sanitaire*, déc. 1909.

la confiance en l'épreuve bactériologique était moins ébranlée qu'aujourd'hui : « La condamnation même de ce genre de recherches, si elle venait à se produire un jour, ne saurait en rien nuire à la valeur de la théorie aquatique ». Et ailleurs : « La preuve nouvelle, biologique, est sujette à trop de causes d'erreurs diverses pour être tenue pour seule valable, à l'exclusion de l'observation qui, elle, a su établir sur *des faits* indiscutables le rôle de l'eau en matière de fièvre typhoïde ; seule désormais, l'interprétation de ce rôle pourra varier, ce qui ne saurait rien changer d'ailleurs à *la base de la prophylaxie pratique* (1). »

II

Pour qui sait le rôle capital qu'aujourd'hui comme hier l'eau joue dans la genèse des épidémies, des plus graves épidémies de fièvre typhoïde, les conclusions de votre rapporteur de 1909 sont un objet de surprise et restent une énigme. Que des médecins très avisés et surtout très avertis de l'envahissement actuel et si fâcheux de l'hygiène par la bactériologie puissent trouver le mot de l'énigme, c'est chose possible, mais les pouvoirs publics, mais les municipalités ont-ils à rechercher, pourraient-ils reconnaître le désaccord qui existe entre les rapports des médecins des épidémies et ces conclusions? Non. Ils regarderont ces dernières comme la synthèse des premiers, comme l'expression même des idées de l'Académie et il est à craindre qu'elles ne deviennent le programme de leur initiative et de leur action déviées. L'erreur deviendrait alors une faute et pour eux et pour nous.

Vous avez tous lu les conclusions de ce rapport dont j'ai demandé et obtenu l'impression. Au milieu de plus de trente prescriptions développées, formelles, minutieuses, dont certaine relative à l'épandage eût réclamé une longue discussion, au milieu de ces prescriptions très diverses, l'eau semble oubliée ; elle n'y figure que pour mémoire et ne tient guère, dans les préoccupations du rapporteur, plus de place que la mouche !!

Voici en effet ce qu'il en dit : « Les puits, aussi bien que les sources et généralement les eaux destinées à la boisson, doivent être assurés d'un périmètre suffisant....

2° Lorsque l'analyse bactériologique aura révélé la nature mauvaise ou dangereuse d'une eau de boisson, le puits, la source, ou le cours d'eau, l'étang etc., qui fournissent l'eau, seront interdits, fermés, condamnés... » Il faut pourtant boire !

« Les eaux destinées à l'alimentation des villes doivent être spécialement soumises à des analyses périodiques ou même quotidiennes comme il est fait à Paris (2). »

L'épuration n'est indiquée qu'en cours de phrase.

C'était vraiment trop peu : la genèse hydrique et sa prophylaxie ont tout autre envergure ; il était nécessaire de rétablir les choses par la discussion et d'habiles diversions n'ont pu empêcher la lumière de revenir éclatante sur l'objet relégué. C'était — je serais bien surpris de m'être mépris — c'était, à l'occasion de la fièvre typhoïde, l'emprise plus effective de la bactériologie sur l'organisation sanitaire du pays, au détriment de praticiens d'élite, non spécialisés, mais aux vues générales bien autrement larges et plus sûres — parce que puisées au contact des malades et des populations — que celles des spécialistes. Partant d'une tentative et d'un errement partiels dont l'épreuve eût cependant dû éclairer, c'était l'envahissement total par la prophylaxie « savante », désobligeante déjà dans son enseigne, et dont la trop aveugle confiance et l'intransigeance dans la conduite de la prophylaxie des maladies ne s'affirment ce qu'elles sont que parce qu'elles ont bénéficié jusqu'ici d'une faveur peu scientifique et dangereuse, celle d'échapper à la libre discussion.

Je n'ai pas à apporter de nouvelles pierres au solide édifice que représente la genèse hydrique ; je me contente d'affirmer à nouveau que, dans les documents de premier ordre dont je vous ai donné la liste, les preuves se renouvellent sans cesse de sa valeur et de la portée de la prophylaxie qu'elle inspire.

Est-ce à dire qu'elle englobe tout ? Je ne l'ai ni dit ni même pensé. Variés sont les modes de contagion. Les porteurs chroniques ou sains de bacilles eux-mêmes ont leur faible part dans ces modes, mais ce que j'ai dit, ce que je répète, c'est que *l'infection de l'eau les domine tous*, qu'*elle donne la clef de l'origine des plus meurtrières épidémies*, que, par le fait, *sa prophylaxie doit rester*, jusqu'à transformation de l'état de choses actuel, *la préoccupation principale des sociétés savantes comme le centre de l'effort des municipalités et des pouvoirs publics*.

Je croyais cela acquis, l'évidence vue ; la discussion présente a montré que la clarté n'était pas encore suffisante, puisque je suis seul à affirmer la valeur de la prophylaxie hydrique, à réclamer, non sans peine, la place qu'elle mérite, et qu'au traitement de l'eau on oppose quoi? La vaccination antityphique, greffe entée à mauvaise saison, parce que comme la prophylayie des porteurs de bacilles elle détourne l'attention de la prophylaxie principale et que gratuitement elle laisse planer le soupçon d'insuffisance sur celle-ci puisqu'on se détourne d'elle.

C'est une injure à la vérité. Les faits sont là pour affirmer avec éclat les bienfaits de cette prophylaxie. Chaque année en apporte de nouveaux comme je vais vous le montrer et nous approche du but et c'est au moment où la solution pratique du problème est peut-être dans nos mains, à l'heure du dernier effort, que l'attention de l'Académie et des pouvoirs publics serait distraite de la vraie voie ? Cela ne peut être.

Les faits, dis-je, affirment avec éclat les bienfaits de la prophylaxie hydrique. Jugez-en, supputez-en l'étendue par la vue de ces quatre cartes que j'emprunte à la statistique médicale de l'armée (1907), la plus rigoureuse, comme vous savez.

Elles traduisent l'évolution de l'épidémicité hydrique pendant quatre périodes quinquennales de

(1) BROUARDEL et THOINOT. *La fièvre typhoïde*, 1895, *Etiologie*, p. 25.

(2) Chapitre III, p. 597, n° 2.

1888 à 1907, c'est-à-dire pendant la période de lutte hydrique.

A. Que nous montre la *première ?*

1° Que pendant la *période quinquennale* de 1888 à 1892 *aucun* des 19 corps d'armée français n'a eu carte blanche, c'est-à-dire une morbidité inférieure à 3 p. 1000, une morbidité que nous qualifierons, pour prendre des repères, de *très faible.*

2° *Six* corps d'armée ont une morbidité de 3,1 à 6 p. 1000, morbidité *faible.*

3° *Cinq*, une morbidité *moyenne* de 6 à 9 p. 1000.

4° *Deux*, une morbidité *forte* de 9,1 à 12 p. 1000.

5° *Six*, une morbidité *très forte.*

6° L'Algérie et la Tunisie ont une morbidité excessive.

C'était alors chez nous la période de début de l'application des mesures prophylactiques; le service de Santé de l'armée venait à peine de se débarrasser de sa longue tutelle. C'était, si vous le voulez, une *periode témoin.*

B. Sur la deuxième carte qui exprime les morbidités typhoïdiques de la *période quinquennale* de 1893 à 1897, apparaît un fait nouveau :

1° *Deux* corps d'armée, le 1er (Lille), le 2e (Amiens) ont *carte blanche*, c'est-à-dire une morbidité *très faible*, inférieure à 3 p. 1000, et je ferai remarquer qu'à partir de ce moment ils la conserveront.

2° *Six* corps d'armée sur dix-neuf ont une morbidité *faible* de 3,1 à 6 p. 1000.

3° *Sept*, une morbidité *moyenne* de 6 à 9 p. 1000.

4° *Trois*, une morbidité forte de 9,1 à 12 p. 1000.

5° Si aux premiers échelons nous avions eu à relever des modifications heureuses, aux derniers il en est de même, et c'est là surtout qu'est le gain. Sur 6 corps d'armée qui, pendant la période précédente, avaient une morbidité *très forte*, supérieure à 12,1 p. 1000, pendant cette période quinquennale il n'en reste plus qu'*un*, le 19e corps, l'Algérie, à la conserver; c'est un résultat considérable.

C. Pendant la *période quinquennale* de 1898-1902 :

1° *Trois* corps d'armée ont une morbidité *très faible* (carte blanche), c'est un de gagné.

2° *Neuf*, une morbidité *faible.*

3° *Six*, une morbidité *moyenne.*

4° *Un*, un seul, au lieu de deux et trois pendant les périodes précédentes, a une morbidité *forte*; tel est le gros gain.

5° *Un*, le 19e corps, conserve une morbidité *très forte.*

D. 1° Pendant la *période quinquennale* de 1903 à 1907, *la carte se blanchit à vue d'œil.* Aux *trois* îlots blancs de 1898-1902 s'en ajoutent *quatre* autres, en sorte que *sept* corps d'armée ont une morbidité inférieure à 3 p. 1000, *très faible* (1). C'est un gain important.

2° *Neuf* corps d'armée ont une morbidité *faible.*

3° *Deux* seulement une *morbidité moyenne* au lieu de *six, sept, cinq* pendant les précédentes périodes.

4° La morbidité forte ne s'observe plus que dans *un* corps d'armée (Marseille) comme la morbidité *très forte* (Algérie, Oran et Tunisie).

Ces proportionnalités sont fixées dans le tableau suivant dont les chiffres des premières colonnes se corsent à mesure que les autres diminuent.

TABLEAU DES MORBIDITÉS TYPHOÏDIQUES DANS L'ARMÉE FRANÇAISE DE 1888 A 1907

	PROPORTION DE				
	3 p. 1000 morbidité très faible.	3,1 à 6 p. 1000 morbidité faible.	6 à 9 p. 1000 morbidité moyenne.	9,1 à 12 p. 1000 morbidité forte.	12 p. 1000 et au-dessus morbidité très forte.
1. *Période quinquennale de 1888-1892.* — 19 CORPS.					
Nombre de corps d'armée..	0	6	5	2	6
2. *Période quinquennale de 1893-1897.* — 19 CORPS.					
Nombre de corps d'armée..	2	6	7	3	1
3. *Période quinquennale de 1898-1902.* — 20 CORPS.					
Nombre de corps d'armée..	3	9	6	1	1
4. *Période quinquennale de 1903-1907.* — 20 CORPS.					
Nombre de corps d'armée..	7	9	2	1	1

Ce tableau est l'échelle des descentes, des *gains*; il en montre la *progression.* Le *sommaire* suivant en suppute l'étendue, la *quotité.*

La morbidité typhoïdique est :

1° Pour la première période (1888-1892) :

A l'Intérieur de........ 9,5 p. 1000
En Algérie, Tunisie.... 25,4 —

2° Pour la deuxième période (1893-1897) :

A l'Intérieur de........ 6,5 p. 1000
En Algérie, Tunisie.... 25,9 —

3° Pour la troisième période (1897-1903) :

A l'Intérieur de........ 5,6 p. 1000
En Algérie, Tunisie.... 23,7 —

4° Pour la quatrième période (1903-1907) :

A l'Intérieur de....... 4,49 p. 1000
En Algérie et Tunisie elle tombe à........ 14,65 —

(1) 1er corps (Lille), 2e corps (Amiens), 5e corps (Orléans), 7e corps (Besançon), 8e corps (Bourges), 9e corps (Tours), 18e corps (Bordeaux).

Ainsi, *en vingt ans*, grâce à l'initiative du Service de Santé, du fait de ses efforts et de ceux du Commandement à tous les degrés, la *morbidité typhoïdique dans notre armée s'est réduite de moitié en France, comme en Algérie*, contrairement à ce qu'on prétend, sans s'informer. Depuis 1888, alors que le service de santé de l'armée est devenu libre de ses destinées, elle est en *décroissance régulière* à l'Intérieur et même dans son plus gros foyer, l'Algérie. *Et c'est avant tout et surtout, je ne saurais trop le redire, à l'amélioration du régime des eaux de boisson que cet admirable résultat a été obtenu.*

Dans la population civile, les mêmes faits se reproduisent, moins nombreux cependant parce que la lutte est moins soutenue. Mais Vichy, Noyon, Laon, Rennes, Chateaudun, Angoulême, Cosne, Valenciennes, Troyes, Chartres, et depuis peu Nice voient, entre autres, leur morbidité se transformer, tomber même, grâce aux progrès de leur hygiène hydrique.

Devant de semblables démonstrations, la conviction reste ferme, inébranlable, c'est la mienne. Tant qu'il restera des contrées, des cités populeuses à conquérir sur le mal, c'est toujours dans la voie des devanciers qu'il faudra agir jusqu'à ce que notre carte de France devienne blanche.

Ces contrées, ces cités, hélas ! nous ne les connaissons que trop. La presse quotidienne en relève les méfaits; nos statistiques les condensent et comme vos rapports annuels les expliquent.

S'il est des localités dont le nom ne peut prendre place dans notre statistique, il en est dont celle-ci signale la nocivité sans la représenter d'une façon fidèle parce que ses chiffres, reflets d'une collectivité protégée, ne peuvent être ceux du milieu général plus ou moins abandonné au mal, sans défense suffisante, d'un milieu — paradoxe inexcusable — trop enclin à le cacher.

Mais même pour ces localités le programme est formulé, les pouvoirs publics les connaissent.

Il faut, dis-je, persévérer dans la voie tracée jusqu'à ce que la carte de France devienne uniformément blanche, que sa morbidité typhoïdique *tombe même beaucoup au-dessous de 3 p. 1000.*

Ce serait, en effet, une erreur de croire que ce reliquium de 3 p. 1000 soit la part générale des autres modes de contagion, qu'il indique la limite d'action des moyens de la défense hydrique et dans les épidémies la part des autres prophylaxies. Des villes comme Vichy dans lesquelles la fièvre typhoïde a disparu répondent à l'objection; elles montrent qu'avec des eaux pures ou épurées, un sol et une voirie surveillés, on peut aller au delà.

Pour nous, la persistance de ce reliquium, l'imperfection du résultat sont en très grande partie dus à l'imperfection même des appareils d'épuration employés. Or ces systèmes d'épuration sur lesquels nous devons avant tout compter pour réduire encore cette morbidité, pour la faire disparaître, subissent sans cesse d'heureuses transformations ; le présent est déjà plein de promesses. Qui sait s'il n'a pas *presque* solutionné le problème?

Pratiquement, là est le nœud de la question.

Je voudrais pouvoir — et vous en comprendrez tout l'intérêt — vous retracer le tableau fidèle et frappant de ces transformations. Il y aurait des raisons pour qu'il soit, à l'Académie, l'objet d'une étude impartiale, car je sais par expérience qu'au milieu des sollicitations industrielles les plus pressantes, les plus contradictoires, les plus troublantes, maintes villes sont dans le plus fâcheux embarras. C'est parce qu'elles ne sont pas éclairées par des constatations ou des appréciations scientifiques qu'elles hésitent à fixer leur choix, à se lancer dans la voie de l'exécution.

La tournure actuelle de la discussion académique ne me permet pas de m'arrêter longuement à ce sujet, mais il faut cependant que j'en montre les étapes, ne fût-ce que pour expliquer le passé, escompter le présent et les plus proches avenirs.

1° Aux *filtres à sable primitifs* si employés à un moment donné, en Angleterre et en Allemagne et en général abandonnés; aux *filtres à sable américains* d'action rapide, mais n'offrant pas des garanties suffisantes; aux *filtres à sable submergés à membrane filtrante* se substituent d'abord des filtres à sable submergés sans membranes filtrantes, avec ou sans dégrossisseurs et préfiltres.

Quel que soit le sort réservé définitivement à ce système des filtres submergés des derniers modèles, on conservera de lui ses dégrossisseurs, adjuvants presque indispensables des autres modes d'épuration quand les eaux à épurer sont constamment ou accidentellement troubles.

Les *filtres à sable non submergé* de Miquel et Mouchet qui reproduisent plus fidèlement les conditions de filtration naturelle des eaux de source se recommandent sur les précédents par leur simplicité, leur fonctionnement facile, leur faible prix de revient, la sûreté et la *constance* de l'*épuration*. Adoptés par le Ministère de la guerre ils sont appelés à rendre autant service aux localités de toute importance qu'aux collectivités.

La *purification par l'ozone*, après maints tâtonnements, a donné sa mesure dans plusieurs villes, Cosne, Chartres (1). La ville de Cherbourg va compléter l'épuration de ses eaux par l'ozone. Notre collègue M. Maunoury à Chartres a associé heureusement, pour des eaux troubles, des décanteurs au coke, aux appareils épurateurs. Ce système est très efficace; il donne *toutes garanties* au point de vue épuration.

M. le professeur Courmont (de Lyon) et le docteur Nogier viennent tout récemment de faire réaliser pour l'épuration des eaux le plus important des progrès récents avec leurs *stérilisateurs à lumière ultra-violette* lesquels, instantanément, à la vitesse d'écoulement de l'eau dans des canalisations urbaines détruisent, les microbes pathogènes et neutralisent les toxines alors même que ceux-ci ont

---

(1) La ville de Nice portée sur la statistique de 1907 parmi les villes les plus typhogènes purifie actuellement son eau par l'ozone. D'après les renseignements qui nous ont été donnés les résultats seraient excellents.

Une installation d'épuration par l'ozone par le système de Frize fonctionne actuellement près de Paris à Saint-Maur.

artificiellement souillé ces eaux au degré où elles ne pourraient l'être naturellement (expériences de Miquel). Le bacille subtilis ne résiste pas à leur action alors que pendant vingt minutes il résiste à la chaleur à 150 degrés.

L'eau ainsi épurée n'a ni saveur, ni odeur et sa composition chimique n'est pas modifiée.

Un dispositif des appareils rend inutile tout contrôle comme toute surveillance. L'épuration est automatique et sûre et si la lumière subissait un arrêt, s'arrêterait instantanément l'écoulement de l'eau.

Voilà, à très grands traits, l'état de cette question d'intérêt sanitaire de tout premier ordre, comme vous le voyez.

Et c'est, laissez-moi encore le redire, au moment où le remède est prêt, d'application facile, efficace, de moins en moins coûteux et susceptible d'extension dans les conditions les plus diverses, aussi bien pour les plus grandes que pour les moyennes et petites agglomérations, c'est au moment où le problème, pratiquement solutionné dans ses grandes lignes, fait entrevoir *l'un des progrès les plus heureux de l'hygiène des villes*, espérer de nouvelles victoires, sinon la *victoire définitive dans les grosses luttes contre la maladie évitable*, c'est à ce moment que l'attention de l'Académie et avec elle celle des municipalités et des pouvoirs publics se détournerait du but pour s'arrêter à une prophylaxie à principe incertain, en tous cas tout accessoire? Le bon sens répugne à l'admettre.

Ce serait la méconnaissance du grand enseignement que nous apporte le terrible événement, cette catastrophe qui vient d'attrister la France et en particulier Paris.

Pendant des semaines, l'inondation des bassins de la Seine et de la Marne a, sur des centaines de kilomètres, détaché les souillures de la surface du sol, imprégné ses profondeurs, mêlé l'eau des puits à celle de la surface et au contenu des fosses, balayant tout: avec les objets et le linge familier, les détritus animaux et humains des fermes, des villages et des villes, ceux du sol des habitats, des égouts, voire des cimetières. L'eau s'est polluée à l'envi.

Ce bouillon de culture qui défie toute analyse par sa masse, le nombre et la variété de ses germes vulgaires et pathogènes est devenu bientôt l'objet des poignantes préoccupations de la population comme des hygiénistes et des pouvoirs publics. La crainte des dangers d'épidémie était d'autant plus légitime que l'on sait que la fièvre typhoïde apparaît après les pluies abondantes, les débordements des cours d'eau, des rivières et des fleuves.

Or, à cette période d'action, la théorie des porteurs de germes a-t-elle, un instant, hanté le cerveau des hygiénistes conseillers? Il était bien question de rechercher la provenance du germe; il suffisait de savoir qu'il *menaçait de partout*. Les prescriptions des conseils n'ont été ni nombreuses ni compliquées. La principale a visé la *souillure de l'eau* et on a demandé aux populations de la *faire bouillir*; par des procédés divers, on a *purifié le sol*.

Or, qu'ai-je demandé dans ma première communication antérieure à la catastrophe? La *purification de l'eau et du sol*.

a. La *purification de l'eau* dans les villes typhogènes, indispensable quand cette eau est d'origine suspecte, de provenance superficielle, insuffisamment drainée par le sol, troublée à la moindre pluie, par conséquent chargée de détritus de surface; qu'elle est recueillie dans des drainages peu profonds, par conséquent de souillure facile ou qu'elle est fournie par des cours d'eau aux rives habitées.

Et pour que dans une ville qui s'est imposé de grands sacrifices pécuniaires en vue de s'assurer une eau dont la pureté satisfît aux exigences de l'hygiène, des eaux impures de puits proches de fosses d'aisance non étanches ne viennent pas apporter leur contingent de nouveaux risques épidémiques, j'ai demandé l'occlusion, la fermeture de ces puits quand ils ne servent pas exclusivement à des usages industriels.

b. *Purification* du sol, c'est la fosse étanche, le tout-à-l'égout, la voirie, entretenue, surveillée sans pacte d'accordaille avec les licences du tout-à-la-rue.

Tout cela est simple, d'efficacité indiscutable, *puisque les villes qui ont dans ce sens perfectionné leur hygiène ont fait disparaître ou grandement diminué la fréquence de la fièvre typhoïde dans leurs murs.* Quelle prophylaxie pourrait à l'heure actuelle affirmer de pareils résultats?

J'ai terminé. Avec ce discours se clôt un long et bien intéressant débat. L'ayant provoqué, ayant formulé dès son début des conclusions, je demande à l'Académie de leur accorder suivant la tradition, la priorité de ses votes.

Mes conclusions ont trait à la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans les conditions communes de la vie des villes.

Elles ont déjà été adressées aux pouvoirs publics après ma première communication très applaudie; elles gagneront de nouvelles forces à être consacrées par un vote après cette retentissante discussion.

Je rappelle sommairement ces conclusions :

1° Les grandes épidémies typhoïdiques sont d'origine hydrique;

2° Ce sont surtout les villes du Midi qui chargent les tables de morbidité;

3° Il y a lieu d'inviter les pouvoirs publics à les forcer à purifier leurs eaux et à assainir leurs sols.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS D'UN SIGNE DIFFÉRENTIEL DE LA SCIATIQUE ET DE LA SACRO-COXALGIE

Par M. C. Gueit,

Aide de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Depuis longtemps j'ai été frappé de la difficulté qu'il y a pour le médecin à différencier la sacro-coxalgie de la sciatique. Je me suis demandé si en me basant sur le signe si clair et si précis que Lasègue a décrit comme caractéristique de la

sciatique, il n'y aurait pas moyen de trouver un signe de diagnostic différentiel entre ces deux maladies.

Or, si le signe de Lasègue est constant et caractéristique de la sciatique, il est fréquent de le trouver dans la sacro-coxalgie. De ce fait, il ne peut être pris dans tous les cas comme signe distinctif entre les deux.

Mais il est une manœuvre qui m'a semblé fournir ce trait essentiel et qui est la suivante :

Si, faisant coucher le malade le dos reposant sur un matelas un peu dur, ou mieux sur une table, on lui fait plier les deux jambes tout en relevant ses cuisses, et si à ce moment on tâche de former plus avant cette flexion des cuisses sur le bassin, deux éventualités peuvent se produire :

Ou le malade n'éprouve aucune douleur au cours de cette manœuvre ;

Ou, au contraire, une douleur vive, si vive qu'elle fait pousser des cris au malade, en résulte. Cette douleur a son siège à la partie supérieure et interne de la fesse.

Or, il m'a paru que dans la sciatique cette manœuvre n'est jamais douloureuse, ou que tout au moins elle n'augmentait pas la douleur existant auparavant.

Dans la sacro-coxalgie, au contraire, les douleurs sont accrues.

Il y a là moyen de distinguer ces deux affections et aussi d'y trouver un signe d'une certaine valeur, appelé à rendre quelques services aux praticiens pour dépister toute supercherie dans le cas d'accidents du travail.

Pour ce qui est de la pathogénie de la douleur, perçue au cours de cette manœuvre dans la sacro-coxalgie, elle peut être expliquée ainsi :

Les fémurs dans leur mouvement de flexion entraînent les os iliaques et déterminent au niveau de l'articulation sacro-coxale malade un mouvement de nutation. C'est ce mouvement qui est douloureux.

Si les lésions, au lieu de siéger dans l'article, sont, ce qui est plus fréquent peut-être, péri-articulaires et siègent à cette portion de l'os iliaque fortement épaissie, qui termine en arrière la crête de l'os, cette même nutation en tiraillant sur les ligaments puissants qui s'insèrent sur cette tubérosité expliquent encore la production de la douleur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1910)

Action physiologique du mucus des batraciens sur les animaux eux-mêmes et sur les serpents; cette action est la même que celle du venin de vipère. — Mme PHISALIX. Les intéressantes expériences que Mme Phisalix vient de rapporter à l'Académie montrent que le mucus de la plupart des batraciens est un véritable venin parfois aussi toxique que leur venin spécifique dorsal.

Il possède les mêmes propriétés chez tous ceux où il a été étudié jusqu'ici et exerce sur tous les animaux les mêmes effets stupéfiants, paralysants et généralement diastoliques, qu'on peut rapprocher très intimement de ceux du venin de vipère.

Relation entre la radio-activité et la richesse en extrait sec des eaux thermales de Plombières. — M. André BROCHET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1910)

Hydarthrose périodique. — M. G. CAUSSADE, à propos de la communication de M. Ribierre sur l'hydarthrose intermittente, rappelle l'histoire d'un malade présenté par son élève Leven, à l'occasion d'une leçon sur le rhumatisme chronique faite par lui dans son service.

Le malade de M. Leven était un homme de cinquante-quatre ans qui, à plusieurs reprises, avait eu pendant plusieurs mois une hydarthrose non douloureuse du genou gauche, reparaissant tous les douze jours, avec une régularité remarquable. Cet homme était obèse, avait un eczéma à poussées annuelles depuis l'âge de dix-huit ans. Il avait une pression artérielle de 25 avec le sphygmomanomètre de Potain.

M. Leven l'a traité selon la méthode qu'il applique aux cas appelés par lui rhumatismes d'origine digestive, c'est-à-dire par le repos, les applications chaudes sur l'articulation malade, le régime lacté d'abord, le régime végétarien ensuite, *sans aucun médicament*.

Cette thérapeutique réduisit de plus de 20 kilogrammes le poids du malade, ramena la pression artérielle à 20, fit disparaître l'hydarthrose et l'eczéma en moins de trois mois.

Il y a deux ans que le malade est guéri, sans récidive articulaire ou cutanée (1).

En présence de ce fait et des cas rapportés par M. Ribierre on doit se demander si la pathogénie de l'hydarthrose périodique est univoque. Peut-être cette affection ne serait-elle parfois qu'une manifestation de la diathèse arthritique ou herpétique ! Et alors il n'y aurait pas lieu de s'étonner de la voir s'atténuer ou disparaître, comme dans la migraine, à mesure que le diathésique avance en âge.

M. TEISSIER rapporte une observation semblable.

Pathogénie du tintement métallique du pneumothorax. — MM. DEBOVE et Fernand TRÉMOLIÈRES. Les diverses hypothèses proposées jusqu'ici pour expliquer le tintement métallique du pneumothorax ne résistent pas à la critique.

Le tintement métallique est caractérisé par son timbre et son rythme.

Son timbre est identique à celui du bruit de flot obtenu par la succussion hippocratique pratiquée légèrement.

Son rythme est étroitement lié aux mouvements du diaphragme et en suit toutes les variations.

Ces remarques cliniques permettent de pénétrer les conditions pathogéniques du tintement métallique, qu'on peut d'ailleurs réaliser expérimentalement, à l'aide d'un dispositif très simple. Le tintement métallique, qui n'est lié ni à l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, ni à l'éclatement d'une bulle à la surface de l'épanchement pleural, ni au retentissement des râles pulmonaires, n'est en réalité qu'un bruit de flot léger, produit et rythmé par les mouvements diaphragmatiques et qui prend un timbre clair et métallique dans la cavité résonnante de la plèvre.

M. P. COURMONT (de Lyon) présente à la Société médicale un travail sur la **fréquence de la tuberculose interne à point de départ cutané.**

M. BÉCLÈRE rapporte une observation ayant pour titre : **Action des rayons de Röntgen chez un diabétique atteint de leucémie lymphatique à type splénique pur.**

(1) L'observation résumée a paru dans le *Journal de médecine de Paris*, 8 janv. 1910, p. 24.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1910)

Histogénèse des fibrilles névrogliques dans les processus inflammatoires et néoplasiques de la névroglie. — MM. J. LHERMITTE et A. GUCCIONE. On discute encore aujourd'hui sur la genèse de la partie la plus importante de la névroglie : les fibrilles. Les auteurs ont eu l'occasion d'étudier la formation de ces éléments dans différents processus inflammatoires ou néoplasiques du système nerveux central à l'aide des méthodes de coloration électives. Ils ont pu se rendre compte que dans les hyperplasies inflammatoires les fibrilles se développent au sein du protoplasma lequel devient d'abord finement strié surtout dans les prolongements protoplasmiques, puis les fibrilles s'individualisent après rétraction du protoplasma.

Il en est de même dans les gliomes atypiques où l'on constate la formation dans les cellules fusiformes des fibrilles nettement individualisées.

Constatation du tréponème dans le liquide céphalo-rachidien au cours de l'hémiplégie syphilitique. — MM. SÉZARY et PAILLARD ont constaté, à l'examen ultra-microscopique du liquide céphalo-rachidien d'une femme atteinte d'hémiplégie syphilitique, la présence du tréponème de Schaudinn et Hoffmann. Ce cas est le premier où, pendant la vie, le parasite ait été mis en évidence dans le liquide céphalo-rachidien d'un sujet atteint de syphilis acquise avec manifestation nerveuse avérée.

Recherches sur la séro-précipitation chez les syphilitiques par le glycocholate de soude (méthode de Porges). — MM. A. PARIS et G. SABARÉANU. Ces recherches ont été faites comparativement avec la réaction de Wassermann. Sur 53 sérums examinés, les auteurs n'ont trouvé que 4 cas négatifs, tous les autres ayant donné un précipité, d'intensité d'ailleurs très variable, depuis le simple louche jusqu'au coagulum floconneux. De l'étude de ces cas, ils concluent que la séro-précipitation par le glycocholate peut manquer chez les syphilitiques, bien que la réaction de Wassermann soit positive. Si l'on tient compte du moindre louche survenu dans le mélange sérum-glycocholate, on peut dire que la séro-précipitation est très fréquente chez les syphilitiques et qu'elle a lieu même quand la réaction de Wassermann est négative ; qu'elle se produit aussi chez des malades non syphilitiques, alors que ni l'examen clinique ni la réaction de Wassermann n'avaient pu déceler la syphilis.

La séro-précipitation plus abondante en gros flocons, d'ailleurs rare, coïncide plus fréquemment avec la déviation du complément, mais on l'observe aussi, sans qu'il y ait déviation du complément, chez des syphilitiques et chez des non syphilitiques.

Leuco-diagnostic de la syphilis. — MM. ACHARD, Henri BÉNARD et GAGNEUX, en employant à la dilution de 1 p. 20 un extrait de rate hérédo-syphilitique, ont constaté qu'il excitait l'activité leucocytaire chez les syphilitiques, contrairement à ce qui a lieu chez les autres sujets. En prenant pour unité l'activité des leucocytes non soumis à l'action de l'extrait, on obtient un rapport qui exprime l'indice d'activité spécifique. Cet indice reste au-dessous de l'unité chez les sujets indemnes. Il la dépasse chez les syphilitiques.

Dans 22 cas de syphilis à diverses périodes, la réaction a été positive. Elle paraît plus forte pendant la floraison des accidents secondaires, et moindre dans l'hérédo-syphilis et les accidents éloignés, tels que le tabes et la paralysie générale.

Nécroses aiguës des épithéliums sécréteurs du rein dans l'urémie. — MM. Maurice LETULLE et NATTAN-LARRIER. Au cours des néphrites chroniques terminées par urémie aiguë, les épithéliums sécréteurs du rein sont fréquemment frappés de nécrose suraiguë, systématique (tubes contournés, branches ascendantes de Heule, pièces intermédiaires) et plus ou moins généralisée. Suivant les cas, elle répond tantôt à la nécrose de coagulation, tantôt à une désintégration granulo-graisseuse du protoplasma avec chromatolyse du noyau.

Ces altérations épithéliales sont, de tous points, identiques aux nécroses hypertoxiques étudiées par eux dans le « rein appendiculaire » et signalées par différents auteurs dans le « rein éclamptique », dans la néphrite syphilitique secondaire et dans un certain nombre d'intoxications aiguës dues à des poisons organiques ou minéraux. Elles paraissent jouer un rôle pathogénique dans l'apparition des accidents urémiques : la mort brutale de l'épithélium rénal entraîne l'oligurie et l'arrêt de la dépuration urinaire.

Influence de la ponction lombaire sur la pression artérielle et la fréquence du pouls dans les diverses psychoses organiques ou constitutionnelles. — MM. J. ROUBINOVITCH et H. PAILLARD. Cette étude a porté sur 57 aliénés qui se répartissent ainsi : 28 paralytiques généraux, 3 déments organiques à lésions circonscrites, 11 déments précoces, 4 débiles paranoïaques, 7 mélancoliques périodiques, 1 périodique dément, 1 épileptique délirant, 2 agénésiques-imbéciles. Sur ces 57 malades atteints de psychoses, 8 seulement ont réagi à la ponction lombaire conformément à la loi de Marey : baisse de la pression artérielle accompagnée de l'accélération du pouls ou vice versa. Chez la plupart des paralytiques généraux (chez plus de 50 p. 100) cette ponction lombaire a déterminé un abaissement de la pression artérielle avec ralentissement de la fréquence du pouls. La loi de Marey n'a été observée chez eux qu'une seule fois sur 28 cas. Les déments précoces, dans une proportion de plus de 50 p. 100, ne présentent, sous l'influence de la ponction lombaire, aucune modification notable, ni de la pression artérielle, ni de la fréquence du pouls. Dans aucun des 11 cas qui les concernent, la loi de Marey n'a été observée. Dans les 18 autres cas concernant les aliénés constitutionnels et agénésiques, cette loi a été observée six fois. D'une façon générale, les modifications déterminées par la ponction lombaire dans la pression artérielle sont passagères et ne durent que quelques heures. Enfin, la pression du liquide céphalo-rachidien soigneusement mesurée dans chaque cas, ainsi que la quantité de ce liquide retiré par la ponction, ne semblent avoir exercé dans les 57 cas aucune influence particulière sur la pression artérielle ou la fréquence du pouls.

La poliomyélite expérimentale. — MM. LEVADITI et LANDSTEINER, continuant leurs recherches, ont étudié la période d'incubation qui précède les paralysies chez le singe. Il n'ont pas constaté de lésions de poliomyélite chez les animaux sacrifiés pendant cette période d'incubation. Le virus ne semble pas pénétrer facilement à travers la muqueuse naso-pharyngée intacte. Il est possible de vacciner les simiens en leur injectant des mélanges de virus actif et de sérum d'un mouton préparé avec des moelles virulentes. Après l'évolution de la période aiguë, les animaux restent paralysés et parfois survivent. Le système nerveux de ces animaux n'est plus virulent trente-neuf et quarante-cinq jours après le début de la poliomyélite. Leur sérum ne jouit d'aucune propriété préventive ou curative (injection dans le canal rachidien) ; il détruit cependant le virus dans le tube à essais.

Les parathyroïdes dans la maladie de Parkinson. — MM. ROUSSY et CLUNET ont observé à l'autopsie de quatre parkinsoniens des lésions de l'appareil thyro-parathyroïdien. Du côté du corps thyroïde, il s'agit d'un goitre à type d'adénome colloïde variable dans son intensité suivant les cas. Les parathyroïdes présentent des modifications tant macroscopiques que microscopiques qui se retrouvent les mêmes dans les quatre observations et sont identiques dans les diffé-

rentes glandes examinées d'un même cas. Elles consistent en augmentation de volume notable des glandules, et, sur les coupes, aspect semi-compact, présence de nombreux amas d'éosinophiles et d'une notable quantité de substance colloïde intra-acineuse et intra-vasculaire.

Les lésions thyroïdiennes paraissent d'ordre banal et sont à rapprocher de celles que l'on observe fréquemment à l'autopsie de corps thyroïde de vieillard. Celle des parathyroïdes au contraire sont particulières; elles plaident plutôt en faveur d'un état hyperfonctionnel des glandules. Ceci est confirmé par les essais de médication opothérapique institués par les auteurs chez deux de leurs malades chez lesquels le traitement parathyroïdien a provoqué très rapidement une aggravation manifeste des symptômes. L'effet thérapeutique est à rapprocher de celui obtenu par la thyroïdine dans la maladie de Basedow.

Pertes salines subies par les légumes frais pendant leur blanchiment. — Le blanchiment consiste, on le sait, à faire bouillir les légumes dans l'eau pendant quinze à trente minutes et à rejeter l'eau qui a servi à cette ébullition, la cuisson de ces légumes devant ensuite être complétée soit dans une autre eau, soit dans des corps gras. MM. Maurel et Carcanague, qui avaient déjà étudié cette question pour le chou vert, le chou de Bruxelles, le chou-fleur, le céleri, l'asperge et le haricot vert après le blanchiment de trente minutes, ont complété cette étude en opérant sur l'oignon, le poireau, la carotte, le navet, le salsifis, le scorsonère, la tomate, l'artichaut, la bette, la chicorée, la betterave, l'épinard très riche en matières salines et d'autres exceptionnellement pauvres comme la tomate et l'oseille. On peut admettre comme moyenne générale : 1° que les autres légumes à l'état frais contiennent environ 1 gramme de matières salines sur lequel il y a 0g50 de sels de potasse; 2° qu'un blanchiment de trente minutes leur enlève sensiblement la moitié des matières salines et la moitié également des sels de potasse que l'on trouve dans l'eau du blanchiment si elle doit servir à l'alimentation; 3° enfin que la richesse totale en matières salines de nos légumes fournis par la région toulousaine se rapproche sensiblement de celle donnée par Alquier pour les légumes pris probablement à Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

UN TRAITEMENT ACTIF DES CONVALESCENCES

Par le docteur Meyran.

Le traitement actif des convalescences est souvent fort difficile. On a affaire à des malades dont les fonctions digestives sont troublées, dont le système nerveux est déminéralisé, le système circulatoire appauvri en hémoglobine, et, si l'on veut abréger la durée de ces convalescences, en même temps qu'empêcher l'apparition de graves complications comme la tuberculose, la reconstitution de ces organismes exige des moyens rapides et puissants.

Or, nous croyons, après expérimentation clinique, avoir trouvé dans la thérapeutique quelques bons procédés pour remplir ces diverses indications et nous allons les exposer aux praticiens.

D'abord, pour faciliter les digestions, nous conseillons l'usage, avant chaque repas, d'un verre à bordeaux d'extrait de malt français de Déjardin. Quelques malades préfèrent utiliser cet aliment-remède pendant le cours du repas et le mélangent alors à de l'eau alcaline. Il y a là, en effet, un bon agent eupeptique renfermant toutes les diastases utiles, les ferments digestifs. De plus cet extrait de malt est *surphosphaté*. Il est obtenu, en effet, avec des céréales cultivées spécialement dans des terrains choisis et nourris de superphosphates, et dès lors il constitue, pour les convalescents à système nerveux épuisé, un reconstituant cellulaire de premier ordre.

Pour combattre ensuite l'anémie véritable, c'est-à-dire l'épuisement de l'organisme en fer, en manganèse, en hémoglobine, nous le soumettons à la médication ferrugineuse.

Mais ici, un choix s'impose. Allons-nous utiliser les sels de fer, chimiquement constitués? Assurément non, parce que ces sels de fer sont peu assimilables, très congestionnants, et souvent difficiles à digérer. Nous utilisons une préparation ferrugineuse calquée sur le fer alimentaire, c'est-à-dire, sur le fer introduit avec les aliments, et par conséquent très assimilable. Cette préparation est le malto-fer.

On appelle ainsi une combinaison protéique de fer et de manganèse à base de malt, combinaison soluble, entièrement assimilable, et identique au fer alimentaire. En ordonnant ce remède (un demi-verre à liqueur d'élixir aux adultes, une cuillerée à café aux enfants, deux fois par jour, aux repas; ou bien deux à trois dragées à chaque repas), nous sommes donc certains de soumettre l'organisme des convalescents aux effets anti-anémiques d'un fer tout entier absorbé *sans aucun inconvénient*, et aussi d'un manganèse tout entier absorbé. De plus, nous faisons appel aux propriétés diastasiques, oxydasiques excito-cellulaires, nutritives, bien connues de ces deux substances et qui sont encore renforcées dans le malto-fer par des propriétés reminéralisatrices générales du malt lui-même.

Par ce double traitement, les convalescences durent peu de temps, les malades retrouvent vite leur état de santé, et nous n'observons plus ces convalescences traînantes avec parfois des rechutes d'un grave pronostic, comme il arrive dans la grippe par exemple.

Ces malades, parfois, ont des éruptions cutanées, des suppurations localisées, des furoncles, et nous leur conseillons alors l'usage journalier de quatre à six pilules de mycodermine. Alors qu'il est si difficile de se procurer de la levure de bière fraîche et sans nocivité, la mycodermine est un extrait de levure *pure*, fraîche, *sélectionnée*, exempte de mauvaise odeur et de mauvais goût, et dont l'activité thérapeutique reste constante parce qu'elle est présente dans des pilules inaltérables.

LIVRES NOUVEAUX

Le Rhumatisme tuberculeux (1), par MM. A. Poncet et Leriche.

Depuis une douzaine d'années M. le professeur Poncet appelle l'attention sur le rhumatisme tuberculeux. Lorsque nous entendîmes ses premières communications, nous fûmes profondément étonnés de voir placer dans le cadre des affections tuberculeuses une maladie que nous avions été habitués à considérer plutôt comme l'antagoniste de la tuberculose. Nous avions même cette légère consolation à offrir aux arthritiques de leur promettre qu'au moins ils ne deviendraient jamais tuberculeux. M. Poncet a changé tout cela et grâce à la persévérance de ses recherches, grâce aussi à l'ardeur de ses convictions qu'il défend avec un rare talent, il a fini par ébranler des opinions qui semblaient pourtant bien arrêtées.

La tâche que s'est donnée M. Poncet n'est certes pas facile : en effet, non seulement il révolutionne les idées courantes en pathologie générale, mais encore il ne peut donner à l'appui de son opinion que des preuves cliniques. L'histologie, la bactériologie, l'anatomie pathologique elle-même lui font défaut.

(1) In-8. — Paris, O. Doin et fils.

« Le rhumatisme tuberculeux, nous dit M. Poncet, est né de l'observation clinique.

Je dois également à la clinique la découverte de la tuberculose inflammatoire dont le rhumatisme tuberculeux articulaire n'est qu'une des manifestations sur les articulations. »

Le rhumatisme a été toujours considéré comme une fluxion des séreuses, reconnaissant des causes multiples toxi-infectieuses. Le rôle de l'infection a été bien déterminé par le professeur Bouchard. Or, ajoute M. Poncet, de toutes les infections qu'on pouvait invoquer, on n'en oublia qu'une, la tuberculose.

Les recherches de M. Poncet commencèrent en 1896. La transformation, *in situ*, d'arthrites rhumatismales en tumeurs blanches, certains faits cliniques rattachables à la tuberculose sans lésions tuberculeuses classiques éveillèrent son attention et lui firent diriger ses recherches du côté de l'influence étiologique de l'infection tuberculeuse sur le rhumatisme. Dès cette époque, le rhumatisme tuberculeux était né dans son esprit : un peu plus tard, agrandissant cette conception, il fut conduit à la notion de la *tuberculose inflammatoire*.

Au point de vue de la pathogénie, M. Poncet admet trois espèces de rhumatisme tuberculeux, suivant qu'il est granulique, avec bacilles de Koch dans l'articulation, sans lésion spécifique et sans bacilles. Ce dernier est le cas habituel et c'est là précisément ce qui a servi d'arguments aux contradicteurs de M. Poncet. Il paraît, en effet, difficile au premier abord de qualifier de tuberculeuses des manifestations sans lésion spécifique et sans bacilles.

C'est à montrer leur spécificité tuberculeuse que s'applique plus particulièrement M. Poncet. La congestion et la sclérose ne sont plus seulement des réactions indifférentes des éléments qui se défendent, mais bien des processus d'évolution de la tuberculose. Comme explication pathogénique de ces faits, M. Poncet fait intervenir l'action des *poisons adhérents*.

« Dès lors le rhumatisme tuberculeux serait un rhumatisme toxinien, le bacille dont la présence est nécessaire agissant, non point par ses produits solubles, mais par ses poisons adhérents. »

En résumé, pour M. Poncet il résulte de ses recherches anatomiques qu'il existe deux formes de rhumatismes tuberculeux, une forme aiguë et une forme chronique. Dans la première, deux modes d'évolution, une évolution hydropique et une évolution sèche et plastique. Dans la deuxième, deux groupes de lésions, les unes relevant d'un processus raréfiant, les autres d'une inflammation hyperostosante. Il s'agit là de phénomènes purement inflammatoires, indifférents aussi bien à l'examen microscopique qu'à l'œil nu et néanmoins de nature tuberculeuse. Le rhumatisme tuberculeux n'est donc rien autre que la forme ostéo-articulaire de la tuberculose inflammatoire.

Quelles sont les conclusions thérapeutiques auxquelles aboutissent les recherches de M. Poncet et de ses collaborateurs ? Elles peuvent se résumer d'un mot. Etant donnée la haute valeur diagnostique et pronostique des diverses manifestations de la tuberculose rhumatismale, dès que l'une d'elles est reconnue, le *malade ne peut plus être tenu pour rhumatisant, mais doit être traité comme un tuberculeux*.

M. Poncet arrivera-t-il à rallier à son opinion la grande majorité des praticiens ? Nous en doutons encore. Malgré tout le talent qu'il met à la défendre, malgré les faits nombreux qu'il invoque, les ingénieuses explications qu'il donne des lacunes que présente sa théorie, il aura bien de la peine, croyons-nous, à faire entrer dans le cadre de la tuberculose une si grande partie du rhumatisme.

Quoi qu'il en soit, un livre comme celui de M. Poncet mérite d'être consulté, étudié. Il ouvre des horizons nouveaux, il porte à la réflexion et nous apprendra à mieux observer, à l'avenir, les malades que nous qualifions de rhumatisants et dont un certain nombre, certainement, sinon tous, méritent l'étiquette de tuberculeux.

Avant de crier à l'erreur, souvenons-nous du scepticisme avec lequel ont été reçus les premiers travaux de Villemin sur l'inoculabilité de la tuberculose. Qui en doute aujourd'hui ? N'oublions pas que c'est surtout en médecine que l'erreur de la veille devient la vérité du lendemain.

A. BROCHIN.

Les Régimes usuels (1), par MM. Paul LE GENDRE, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Alfred MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La faveur avec laquelle le public médical a accueilli les premiers volumes de la Bibliothèque de thérapeutique clinique, ne fera point défaut à celui-ci ; les noms mêmes des auteurs et l'importance du sujet traité en sont un sûr garant.

Les deux excellents cliniciens auxquels nous devons le présent ouvrage se sont souvenus sans cesse qu'ils écrivaient pour le praticien ; aussi ont-ils réduit la partie théorique et expérimentale au strict nécessaire pour étayer sur une solide base scientifique l'édifice clinique qu'ils élevaient.

La première partie est consacrée au régime normal de l'homme, de la femme, du vieillard, et de l'enfant aux différents âges. Avec la seconde partie nous abordons l'étude des régimes systématiques, soit anormaux tels que les régimes hyper et hypograisseux, hyper et hypominéralisés, hypohydriques, etc., soit usuels tels que le régime lacté, le régime lacto-végétarien, le régime végétalien, etc.

Puis, arrivant aux applications pratiques suivant les affections de tel ou tel appareil ou suivant certains groupes d'affections, nous étudions successivement, avec les auteurs, les régimes que comportent les maladies du tube digestif et de ses annexes, des appareils urinaire, respiratoire, circulatoire, du système nerveux. La diététique dans les maladies infectieuses aiguës, les maladies de la nutrition, de la peau nous arrêtent aussi, de même que les régimes à l'occasion des interventions chirurgicales, à propos desquels les auteurs discutent la question, toute d'actualité, de savoir si le jeûne pré-anesthésique est rationnel. Enfin, après avoir étudié l'alimentation artificielle par les voies sous-cutanée ou rectale, MM. Le Gendre et Martinet nous donnent sous forme d'annexes des renseignements très précieux pour la pratique quotidienne. Mesures usuelles approximatives pour l'évaluation rapide d'un régime donné, équivalents calorimétriques approximatifs pour le calcul d'un régime, composition des aliments tels qu'ils sont achetés, coût et valeur nutritive des aliments, etc., sont en effet des notions qui servent ou doivent servir à chaque instant en clinique, et on ne saurait assez remercier les auteurs des *régimes usuels* d'avoir facilité aux praticiens cette partie, souvent si ardue de leur tâche.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Lithiase biliaire non compliquée (Consultations françaises, fascicule II), par le docteur GILBERT, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 16 p. — Prix : 0 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

(1) 1 vol. de 435 p. Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 23 février 1910.

Le *Journal des Débats* a publié il y a quelques jours la protestation suivante, à laquelle nous ne saurions trop nous associer :

« Une fâcheuse publicité. — L'assassinat du malheureux Thain, le garçon de recettes de Lille, a produit dans toute la région du Nord une vive émotion, et la presse locale, pour satisfaire la curiosité publique, a dû donner les plus abondants détails touchant les circonstances du crime, la personne de l'assassin et celle de la victime. S'il y a eu excès dans cette information, la faute en est, cette fois encore, au public qui veut être renseigné, autant qu'aux journaux qui lui donnent ce qu'il demande. Mais voici quelque chose de nouveau, où l'abus est éclatant par le fait de ceux qui devraient conserver aux opérations de justice leur discrétion et leur dignité nécessaires. L'autopsie du malheureux Thain a été ordonnée : elle a été pratiquée à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, et on a pu en lire, dans un journal de Lille, le compte rendu minutieux. Le juge d'instruction, M. Delalé, avait en effet admis dans l'amphithéâtre les membres de la presse. Le même journal a soin d'énoncer que M. Delalé n'avait admis que... « les étudiants de quatrième année et les membres de « la presse ». On s'étonnera de cette restriction; pourquoi faire son choix? Pourquoi ne pas laisser entrer tout le monde? Du moment que le juge conçoit que cet acte de l'instruction comporte la publicité, pourquoi veut-il la limiter? Pourquoi, enfin, n'offre-t-il pas à tous le régal de suivre, de leurs yeux, l'opération, au lieu de ne leur laisser que le plaisir, du reste assez émouvant, de lire des phrases comme celles-ci : « Le « cadavre, entre parenthèses, est bien conservé... Après avoir « sectionné la peau, on constate que... Après avoir enlevé la « calotte osseuse, on voit le cerveau... On dissèque, ensuite, « plan par plan, le cou... » Rien n'est oublié, et le médecin légiste ne fournira pas au juge un rapport plus complet que cet article de journal. Est-ce là ce que veut la loi, ce que permet le respect de la mort et de la douleur, ce qu'exige le devoir du magistrat instructeur? C'est exactement le contraire. Un tel article peut tomber sous les yeux d'un parent de la victime et ajouter à son chagrin celui d'une profanation. Si la loi a estimé qu'on pouvait toucher au corps d'une victime d'assassinat, c'est dans le seul intérêt de la justice, et non pour apaiser une malsaine curiosité. Le juge sait tout cela; il dépend de lui que l'opération des médecins légistes conserve son caractère, et il est donc coupable d'avoir toléré qu'elle fût ainsi transformée. Du moins, nous paraît-il indispensable de protester contre une telle pratique, pour que les autorités judiciaires les proscrivent rigoureusement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 21 février. — MM. Colombe, 8; Mlles Blanchier, 6; Pouzin, 4; MM. Lévy (Isaac), 6; François, 10; Petit-Dutaillis, 3; Mlle Condat, 13; MM. Couinaud, 12; Latil, 9.

Séance du 22 février (*fin*). — MM. Paris, 12; Heuyer, 10; Duval, 9; Trifaud, 10; Legrain, 7; Donzelot, 9.

— Première séance d'oral, vendredi 25 février, à quatre heures trois quarts, à la salle des Saints-Pères.

Au début de cette séance, M. le Président annoncera aux candidats le point minimum à partir duquel ils seront déclarés admissibles.

— Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 février. — M. Hautant, 18.

Prochaine séance (opératoire), samedi 26 février, à l'amphithéâtre d'anatomie.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lafont, Cousin, Bourquelot, Sommelet, Crinon, Gallois et Barillé.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE. — Concours du prosectorat. — Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira le jeudi 10 mars, à neuf heures du matin, à la Faculté. S'inscrire au secrétariat avant le 5 mars 1910.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Mutations : *Médecins principaux de première classe.* — MM. Géraud nommé direct. du service de santé du 13e corps d'armée;

Marty, direct. du service de santé du 11e corps d'armée; Lacronique passe à l'hôp. milit. de Toul, médecin chef.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Pierron nommé médecin chef de l'hôpit. milit. Bégin, à Saint-Mandé; Boucher passe à l'hôpit. milit. Saint-Martin, à Paris, médecin chef; Follenfant, à l'hôpit. de Bourges, médecin chef; Baratte, à l'hosp. mixte de Rouen, médecin chef.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale aura lieu le dimanche 27 février, à deux heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS a pris l'initiative de supprimer son banquet annuel et de le remplacer par une souscription spéciale en faveur des sinistrés.

Plusieurs milliers de francs sont déjà recueillis, mais la souscription n'est pas close : M. le docteur Monel, trésorier, 32, place Saint-Georges, reçoit les fonds.

Le Conseil d'administration a décidé de distribuer lui-même et directement l'argent ainsi recueilli à des médecins victimes de l'inondation.

Prière aux confrères qui connaîtraient des infortunes médicales, dans la région parisienne sinistrée, de vouloir bien les signaler, soit au président de la Société, M. le docteur Boursier, 8, rue Cernuschi, soit au secrétaire général, M. le docteur Paul Guillon, 69, boulevard Malesherbes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE DE FRANCE. — Dans sa dernière séance du 14 février 1910, la Société a déclaré trois vacances de membres titulaires, dont une dans la section de chirurgie générale et spécialités chirurgicales et deux dans la section de toxicologie, pharmacologie et sciences accessoires.

Les candidats sont priés d'adresser leur demande, avant le 14 mars prochain, à M. Ch. Constant, secrétaire général de la Société, 13, rue des Saints-Pères, à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE A L'USAGE DES PRATICIENS ET ÉTUDIANTS. — M. le docteur Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux, commencera le mercredi 2 mars, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de conférences pratiques avec présentation de malades. Il les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Ces conférences porteront sur les maladies des yeux que tout médecin doit connaître et sur les soins d'urgence.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. Henri Piéron, maître de conférences à l'Ecole des hautes études, dirigera, de mars à juin, des travaux pratiques de psychologie expérimentale.

Ces travaux auront lieu au laboratoire de psychologie expérimentale, à l'asile de Villejuif, les vendredis, de deux heures et demie à cinq heures et demie.

En outre, M. Piéron fera en avril-mai une série de démonstrations sur l'emploi des méthodes psycho-physiologiques d'examen en pathologie mentale et nerveuse.

Le nombre des places étant strictement limité, on est prié de s'inscrire, pour l'une ou l'autre de ces séries, au laboratoire d'évolution de la Sorbonne (3, rue d'Ulm).

Les personnes inscrites seront avisées de leur admission.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 9, 29 janv. 1910.) HUTINEL : Les néphrites de l'enfance : caractères cliniques des néphrites avec anasarque. — PLICQUE : Traitement des asthénies chroniques. — (N° 10, 2 fév.) REMLINGER : Possibilité d'extension de la théorie hydrique des maladies infectieuses. Danger des eaux de lavage et des gouttelettes de Flügge. — (N° 11, 5 fév.) HUTINEL : Néphrites de l'enfance. — (N° 12 9 fév.) QUÉNU : Les perforations typhiques. — F. BEZANÇON et H. DE SERBONNES : Réaction de précipitation dans la tuberculose. — LEGRAND : Le laboratoire et la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 4, 22 janv. 1910.) H. PRIBRAM : Etudes sur le ferment lipolytique. — (N° 5, 29 janv.) E. AXISA : Les corps puriques dans un cas de thrombose des veines du foie vraisemblable.

Medizinische Blætter. — (N° 4, 22 janv. 1910.) JEDLIKA : Sur les résultats du traitement opératoire des sténoses bénignes et des ulcères gastriques. — (N° 5, 29 janv.) TOMASEK : Sur l'anesthésie locale en odontologie pour les extractions de dents. — JOACHIM : Sur l'hématose arsenicale.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 4, 23 janv. 1910.) ZILAHY : Sur le traitement opératoire des calculs vésicaux. — KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — (N° 5, 30 janv.) HERZ : Sur le premier ton du cœur. — KUTHY : Progrès dans le diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire. — PORASZ : Uréthrorrhée et excitation sexuelle causée par un ver du gros intestin.

Policlinico. — *Section médicale.* (Janv. 1910, fasc. 1.) Alberto Mario COLLODI : Etudes et recherches sur le sort des microorganismes ingérés avec les aliments et les boissons, en tenant compte des vues modernes dues à Pawlow quant à la digestion gastrique. — Nicola PENDE : La physiopathologie de la réaction conjonctivale à la tuberculine. Déductions quant à sa valeur diagnostique et pronostique. — Prof. Carlo Alberto CRISPOLTI : A propos de la présence du pneumocoque dans la sécrétion conjonctivale des individus affectés de pneumonie lobaire aiguë. — *Section chirurgicale.* Prof. R. CAMINITI : L'ostéomyélite du scapulum et l'extirpation de cet os. — Pietro LIGABUE : Contribution à l'étude des endothéliomes de l'ovaire. — G. EGIDI : Les angiectasies des membres supérieurs.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 4 janv. 1910.) B. SEGOND : A propos d'appendicite et d'annexite. Questions de déontologie. — (N° 2, 11 janv.) TRÉMOLIÈRES : Bride vaginale, persistance partielle de la cloison des segments vaginaux des deux conduits de Müller. Trois grossesses successives interrompues au cinquième mois. — PICHEVIN : Radiumthérapie et cancer utérin. — (N° 3, 18 janv.) PICHEVIN : Du fibrome de la portion sus-vaginale de l'utérus. — (N° 4, 25 janv.) H. DURET : Un méfait du renversement pour opérations abdomino-pelviennes. Volvulus iléique. — GALLIARD et CHAPUT : Salpingite éberthienne. Opération d'urgence. Guérison. — PICHEVIN : Cartomancie et guérison. — (N° 5, 1er fév.) PICQUÉ : Deux cas de pyométrie chez des femmes âgées. — OLIM : De la membrane appelée hymen. — PICHEVIN : A propos du catgut et de la soie. — (N° 6. 8 fév.) SECHEYRON : Extraction du fibrome intra-utérin par le procédé dit des pinces à l'aide de la dilatation extra-temporanée du col. — OLIM : A propos de J. Scultet.

Semaine médicale. — (N° 1, 5 janv. 1910.) L. CHEINISSE : Les appendicites fantômes et les fausses appendicites. — (N° 2, 12 janv.) P. TEISSIER : Les troubles cardiaques dans l'érysipèle : les dilatations aiguës du cœur. — (N° 3, 19 janv.) LHERMITTE et H. SCHÆFFER : Les phénomènes réactionnels du ramollissement cérébral aseptique, leurs caractères différentiels d'avec l'encéphalite compliquée de ramollissement. — (N° 4, 26 janv.) R. DE BOVIS : L'opération césarienne extra-péritonéale. — (N° 5, 2 fév.) LEJARS : Diverticulite de Meckel et rétrécissements de l'intestin. — (N° 6, 9 fév.) M. ROCH : Le bruit de galop épigastrique et sa signification clinique.

Tribune médicale. — (N° 3, 15 janv. 1910.) F. RATHERY et M. SAISON : Lésions expérimentales du foie par le chloroforme.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
DOSE MOYENNE:
4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes
4 Cuillerées à dessert pour les enfants
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour
la préparation des médicaments organiques


THYRATOXINE "BYLA"
HORMONOTHÉRAPIE
Série des HORMONES "BYLA"
NOUVELLES PRÉPARATIONS
ORGANIQUES
PRIVÉES DES
TOXO-LIPOÏDES
ET DES
TOXO-LEUCOMAÏNES
THYROÏDINE
NON TOXIQUE
INNOCUITÉ ABSOLUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
TOUTES LES INDICATIONS DE LA THYROÏDINE
LE FLACON DE 80 TABLETTES DOSÉES A 0 Gr.025, PRIX: 8 FRANCS
DOSE MOYENNE: 4 TABLETTES PAR JOUR OU 0 Gr.10 DE THYRATOXINE
MONOGRAPHIE & ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY, (Seine)
Laboratoires autorisés par le Gouvernement
pour la préparation des médicaments organiques.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

(Professeur Hutinel.)

A PROPOS D'UN CAS

D'ALBUMINURIE ORTHOSTATIQUE FONCTIONNELLE

Par M. P. NOBÉCOURT (1),
Professeur agrégé.

Je désire vous présenter quelques réflexions à propos d'une malade que je suis depuis près d'un mois. Elle est atteinte d'une affection commune dans la grande enfance et dans l'adolescence, mais qui se rencontre surtout dans la clientèle de ville et est rarement observée dans la salle d'hôpital.

Voici le fait :

Une fillette de quatorze ans et demi est amenée le 28 décembre dernier à la consultation de l'hôpital. Elle ne se développe pas; elle est pâle, anémique; elle travaille difficilement et s'essouffle au moindre effort; elle se plaint fréquemment de maux de tête; elle n'a pas d'appétit et digère mal. Depuis quelque temps en outre elle tousse, maigrit et même aurait des sueurs nocturnes. A un examen rapide je ne constate pas de lésions manifestes; mais les urines recueillies au moment même contiennent une proportion notable d'albumine.

Elle est admise dans le service et le lendemain nous l'examinons avec soin. Bien qu'actuellement elle soit engraissée et ait assez bonne mine, vous pouvez vous rendre compte des particularités de son habitus.

L'enfant est petite de *taille*. Elle mesure $1^{m}40$ alors que la moyenne des filles de quatorze à quinze ans atteint, d'après Variot et Chaumet, $1^{m}53$ dans la population parisienne. Son *poids*, $29^{k}500$, est également très inférieur à la normale qui, d'après les mêmes auteurs, est de $43^{k}200$.

Le thorax est étroit, sa circonférence mesure $0^{m}62$. Le bassin est peu développé. Les seins commencent à se former; mais les poils apparaissent à peine au pubis et manquent dans les autres régions. L'enfant n'est pas réglée.

Donc on ne constate aucun des phénomènes qui caractérisent la période prépubère et l'établissement de la puberté; il n'y a pas cette poussée de croissance, qui chez les filles commence vers onze ans, ce développement du bassin et ces autres phénomènes qui précèdent l'apparition de la menstruation, laquelle, à Paris, se produit en général entre quatorze et quinze ans, d'après Mlle Francillon.

Cette fillette a l'aspect, la taille, le poids d'une enfant d'une douzaine d'années; elle paraît d'au moins deux ans plus jeune que son âge.

Explorons maintenant ses organes.

Ses fonctions digestives sont mauvaises. Elle a de l'inappétence, des digestions pénibles, de la constipation. Son estomac clapote à jeun jusqu'au-dessous de l'ombilic et est manifestement dilaté. Le foie est un peu gros : il mesure 16 centimètres et déborde d'au moins 1 centimètre les fausses côtes.

A l'examen de l'*appareil respiratoire* on note dans la partie interne de la région sus-claviculaire droite une inspiration rude et une expiration prolongée. Il faut donc penser à la tuberculose, et d'ailleurs la cuti-réaction est nettement positive.

Le *cœur* paraît gros. Sa pointe bat dans le cinquième espace; sa surface mesure $68^{cm2}47$. Les bruits sont normaux; il existe un souffle extra-cardiaque dans la région sus-apexienne.

Un souffle *veineux* très net se produit dans la jugulaire.

Le *pouls* bat à 92 et est un peu fréquent. La pression artérielle est de 10,75 au Potain, alors qu'à cet âge elle atteint facilement de 14 à 15.

Contrairement aux urines examinées à la consultation, celles recueillies le lendemain de l'entrée, après le repos de la nuit, ne renfermaient *pas d'albumine*. Cette disparition de l'albuminurie constituait un fait intéressant; elle nous montrait qu'il s'agissait d'une *albuminurie intermittente* et nous incitait à faire une étude plus approfondie pour préciser notre diagnostic.

L'expérimentation nous a montré que l'albuminurie n'existe pas dans le décubitus et apparaît dans la station debout. Il n'y a jamais d'albumine dans les urines du matin ni dans celles de la journée quand la malade ne se lève pas. Par contre quand l'enfant quitte le lit, l'albumine apparaît au bout d'une demi-heure, peut-être même avant et augmente peu à peu pour disparaître une heure après le coucher.

Nous avons fait ces constatations à maintes reprises et vous pouvez les faire vous-mêmes. L'urine de ce matin huit heures recueillie avant le lever n'est pas albumineuse, celle de huit heures et demie contient des traces et celle de neuf heures une proportion notable d'albumine.

Il s'agit donc d'une *albuminurie intermittente orthostatique*. Il n'y a pas d'autres facteurs à invoquer; en particulier ce n'est pas une *albuminurie digestive* : avec la même alimentation l'albuminurie n'apparaît pas si l'enfant reste au lit; l'albuminurie se montre même à jeun quand on fait lever l'enfant.

Mais dire albuminurie orthostatique c'est énoncer l'existence d'un symptôme qu'à l'égal de tout symptôme il faut interpréter.

Depuis longtemps déjà l'apparition momentanée de l'albumine dans les urines de certains sujets sous l'influence de la station debout a attiré l'attention des médecins. De nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet; vous en trouverez l'exposé détaillé dans l'article récent de MM. Hutinel et Merklen. L'accord n'est pas encore fait sur la valeur de ce symptôme : pour les uns, les albuminuries orthostatiques sont toujours dues à des lésions rénales, à des néphrites parcellaires; pour les autres, elles sont toujours fonctionnelles.

En réalité, ces deux opinions ont leur part de

(1) Leçon faite le 29 janvier 1910.

vérité. Les albuminuries orthostatiques comprennent en effet deux catégories de faits :

1° Il y a des albuminuries intermittentes orthostatiques liées à des néphrites. Tantôt elles sont des séquelles d'une néphrite aiguë, de scarlatine, de diphtérie, de fièvre typhoïde, etc., des *albuminuries résiduales*; elles disparaissent en général au bout de quelques semaines ou de quelques mois et leur pronostic actuel est bénin; mais il faut faire des réserves pour l'avenir. Tantôt elles constituent le stade primitif d'une néphrite consécutive à une maladie infectieuse et sont alors plus discutables; il faut en effet tenir compte des albuminuries intermittentes antérieures à la maladie infectieuse qui disparaissent pendant l'évolution de cette dernière sous l'influence du repos, puis se manifestent de nouveau quand l'enfant se lève.

2° Il y a des albuminuries intermittentes orthostatiques fonctionnelles indépendantes de lésions rénales. On a dit à tort que c'étaient des albuminuries physiologiques. En réalité elles relèvent toujours d'états pathologiques. Mais la clinique, la physiologie pathologique, l'anatomie pathologique (comme le prouve une autopsie du professeur Heubner) ont établi leur existence d'une façon indiscutable.

Il importe dans chaque cas particulier de faire la distinction entre ces deux variétés d'albuminurie. Chez notre malade, à laquelle avions-nous affaire ?

Ce n'est pas dans le rythme de l'albuminurie qu'on trouve des caractères distinctifs entre les albuminuries orthostatiques néphrétiques et fonctionnelles; il peut être le même qu'il y ait ou non néphrite. C'est dans l'*exploration des fonctions rénales*, dans les *conditions étiologiques* et dans l'*état général*.

Les méthodes qui permettent d'explorer les reins sont nombreuses et je ne puis vous les rappeler toutes. Deux sont particulièrement intéressantes : l'épreuve du bleu de méthylène et l'épreuve de la chloruration alimentaire. Je les ai faites toutes les deux chez notre fillette. Pour ne pas compliquer les phénomènes, elle est restée au lit pendant toute leur durée.

Le 1er janvier, à onze heures vingt-cinq, on lui injecte sous la peau 1 centimètre cube d'une solution de bleu de méthylène à 1 p. 100. A midi, les urines contiennent du chromogène, et à midi et demi elles sont colorées. Elles le restent jusqu'à minuit et demi. Les urines de une heure du matin n'ont pas de coloration et ne contiennent pas de chromogène.

Donc on a constaté l'*élimination régulière du bleu* : apparition après une demi-heure, disparition après treize heures et demie.

A noter une ébauche d'*intermittence* : les urines de trois heures et de quatre heures sont beaucoup moins colorées que celles de deux heures et de quatre heures et demie.

Pour l'épreuve de la chloruration alimentaire, l'enfant a pris les 10, 11 et 12 janvier dans la matinée 10 grammes de NaCl.

Le régime précédent, normalement salé, était continué sans modification.

Le dosage des chlorures urinaires a donné les résultats suivants :

9 janvier......	10g50 par 24 heures.
10 —	9g50 —
11 —	18g —
12 —	22g —
13 —	20g —
14 —	12g —
15 —	17g —
16 —	10g50 —

L'élimination du NaCl s'est donc faite régulièrement. Il n'y a pas eu de rétention. D'ailleurs le poids est resté stationnaire. Il faut noter une polyurie dont la courbe se superpose exactement à celle du NaCl.

Les éliminations du bleu et du NaCl se comportent bien autrement quand il y a néphrite. Rappelez-vous le jeune garçon de la salle Bouchut qui est atteint de néphrite chronique : l'élimination du bleu est retardée et prolongée; le chlorure de sodium ne passe pas dans l'urine et sa rétention provoque des œdèmes très volumineux.

A plusieurs reprises j'ai recherché la *réaction de Meyer* qui permet de constater des traces de sang. Elle a toujours été négative avec des urines albumineuses ou non. M. Triboulet demandait que cette recherche fût faite dans des cas semblables. C'est un signe de plus de l'intégrité rénale.

Notre fillette a donc bien une *albuminurie orthostatique fonctionnelle.*

Le fonctionnement normal du rein dans ces albuminuries a été constaté à l'aide de procédés divers par plusieurs médecins. Moi-même j'ai vu plusieurs faits semblables. Je vous rappellerai seulement une fillette soignée dans le service de la clinique au mois d'octobre dernier, parce que plusieurs d'entre vous peuvent s'en rappeler.

Cette enfant âgée de douze ans et demi était amenée le 27 septembre 1909 parce qu'elle était faible, dyspnéique, sujette aux maux de tête. Sa taille était d'une bonne moyenne (1m43), son poids un peu faible (31 kilos).

Elle présentait une légère scoliose. Les poumons étaient sains. Au cœur on notait une ébauche de rythme de rétrécissement mitral, léger souffle diastolique sus-apexien et dédoublement du second bruit. Mais un examen attentif montrait qu'il s'agissait d'un faux rétrécissement mitral.

Il y avait 96 pulsations, une pression de 10 1/2 (faible par conséquent). Le foie était de volume normal. Il y avait une albuminurie orthostatique très nette.

Or, l'élimination du bleu de méthylène était normale et l'ingestion de 10 grammes de NaCl par jour fut poursuivie pendant dix jours sans aucun signe de rétention.

L'exploration directe des fonctions rénales est un des meilleurs éléments de diagnostic entre les albuminuries fonctionnelles et les autres. Il ne faudrait pas, par contre, attacher trop d'importance aux signes tirés de l'examen de l'appareil cardio-vasculaire. Nos deux malades ont le cœur volumineux et la pression artérielle faible, mais il en est souvent de même

dans les néphrites subaiguës et chroniques de l'enfance, ainsi que je l'ai observé avec Roger Voisin. Quant à l'absence de bruit de galop, relatée chez nos malades, elle est également la règle dans les mêmes néphrites.

Plus importants peut-être sont la connaissance des antécédents du malade et son habitus général. Le plus souvent les recherches de physiologie pathologique confirment un diagnostic que la clinique seule a déjà posé.

Chez notre fillette, l'albuminurie est survenue sans cause appréciable. Elle est fille de parents et sœur de deux enfants bien portants. Elle est née à terme et a été nourrie au sein; elle a eu la rougeole à trois ans, la scarlatine à cinq ans, sans complications. Ce sont en somme des antécédents assez banaux.

Par contre cette enfant présente l'ensemble symptomatique bien connu, qui doit inciter à examiner les urines : la pâleur, l'anémie, la faiblesse générale, les palpitations, l'essoufflement, les troubles dyspeptiques, etc. Elle offre surtout ces troubles de la croissance, qui sont un élément important du syndrome. Sous ce rapport, deux types peuvent se rencontrer.

Habituellement il s'agit d'enfants qui ont grandi trop rapidement, qui restent amaigris, ont un thorax étroit, des membres grêles. D'où la dénomination parfois utilisée d'*albuminuries de croissance*. La fillette observée salle Parrot rappelait assez bien ce type, car elle était plutôt grande pour son âge.

Plus rarement, et on n'insiste peut-être pas assez sur cet autre type, la *croissance est retardée*, l'enfant reste petit, paraît moins que son âge. Notre malade en est un exemple des plus nets; elle est ravie à l'idée qu'on veut la faire grandir. J'ai vu plusieurs cas de ce genre. En particulier je suis depuis plusieurs années une fillette qui a actuellement quatorze ans, chez qui j'ai constaté en 1907 (à douze ans) une albuminurie intermittente; or elle est petite, ne présente pas de signes de puberté et n'est pas réglée; elle fait le désespoir de sa mère qui, à chaque visite, me propose un nouveau médicament pour la faire pousser.

Il ne suffit pas de constater un symptôme, il faut en chercher l'explication. Comment s'établissent ces albuminuries intermittentes orthostatiques?

L'orthostatisme a une influence évidente, même chez les sujets sains. Linossier et Lemoine ont constaté que la station debout détermine de l'oligurie, ainsi que la diminution de l'urée et des autres substances, par suite d'une légère torsion du pédicule rénal entraîné par le poids des reins et du ralentissement consécutif de la circulation sanguine.

Mais l'albuminurie n'apparaît sous cette influence que chez certains sujets, quand il existe une exagération de la gêne à la circulation rénale et de la stase sanguine. Ces facteurs, en effet, provoquent l'albuminurie comme en témoignent les cardiopathies, la grossesse, les tumeurs abdominales, ainsi que l'expérimentation. Une cause minime suffit d'ailleurs. Courcoux l'a fait apparaître par la simple application sur la veine rénale d'un fil de soie non serré qui diminue son élasticité sans rétrécir son calibre.

Il était intéressant de rechercher, chez notre fillette, l'influence de la station debout sur l'élimination du bleu et du chlorure de sodium. Nous avons recommencé l'expérience précédente; mais toute la journée l'enfant était levée et s'occupait à divers travaux dans la salle.

Le 3 janvier, à onze heures du matin, on injecte le bleu.

La malade se lève jusqu'à sept heures du soir, puis se couche et se relève le lendemain de neuf heures et demie du matin jusqu'à six heures du soir.

Le bleu apparaît à onze heures et demie. L'élimination persiste toute la nuit et toute la journée du 4 jusqu'à cinq heures du soir. Dans l'après-midi de ce jour on note quelques intermittences.

Donc il n'y a pas eu de retard, puisque le bleu est apparu après une demi-heure, mais il y a eu prolongation de l'élimination, qui a duré trente heures.

Les 18, 19, 20 janvier, on donne 10 grammes de NaCl dans la matinée.

Les chlorures urinaires se modifient corrélativement :

17 janvier	12g25	par 24 heures.
18 —	14g75	—
19 —	26g75	—
20 —	28g	—
21 —	22g75	—
22 —	13g25	—

L'élimination du NaCl supplémentaire s'est donc faite aussi bien que dans l'expérience primitive. Elle s'est accompagnée d'une polyurie comparable. Le poids n'a pas été influencé.

Donc l'orthostatisme a prolongé l'élimination du bleu, mais n'a pas influencé l'élimination des chlorures. Nous sommes habitués en physiologie rénale à des dissociations de ce genre. En tout cas les modifications de l'activité des reins étaient minimes chez notre malade et, malgré cela, les urines étaient albumineuses pendant qu'elle était debout, et cessaient de l'être après le coucher.

Mais quelles causes peut-on invoquer pour expliquer l'exagération des troubles circulatoires en cas d'albuminurie orthostatique? Ces causes peuvent être *locales* ou *générales*.

Parmi les causes locales, on range une disposition particulière du pédicule des reins, leur mobilité anormale, qui facilitent la torsion des vaisseaux dans la position debout, la lordose, sur laquelle M. Jehle a attiré l'attention, mais qui est loin d'avoir une influence constante.

Les causes générales sont la dilatation et la ptose du cœur, la faiblesse de la pression artérielle, l'asthénie vaso-motrice.

Ces différentes causes sont parfois assez nettement isolées; plus souvent elles s'associent.

Chez la petite malade que je vous présente et chez celle de la salle Parrot, je n'ai trouvé ni rein mobile, ni lordose. Par contre j'ai noté la dilatation du cœur et la faiblesse de la pression artérielle, ainsi que la ten-

dance au refroidissement et à la cyanose des extrémités, indices d'une circulation périphérique défectueuse. J'ai noté également un symptôme intéressant, à savoir la tachycardie orthostatique. Alors que dans le décubitus dorsal, on compte chez nos fillettes 80 à 88 pulsations, le nombre de celles-ci s'élève à 120 et 130 aussitôt qu'elles sont debout; il s'abaisse plus ou moins rapidement si elles restent debout; il redevient comme au début de l'expérience dès qu'elles se recouchent. Ce phénomène n'est évidemment pas spécial à l'albuminurie orthostatique; je l'ai rencontré chez beaucoup d'autres enfants pris au hasard; il est surtout manifeste chez les convalescents d'une maladie aiguë, fièvre typhoïde, pneumonie, etc.

Tous ces symptômes indiquent bien l'existence de troubles de la circulation générale susceptibles de retentir sur le fonctionnement du rein. Mais ces troubles ne me paraissent pas insuffisants pour expliquer à eux seuls l'albuminurie orthostatique. Ils ne peuvent la réaliser, à mon sens, que s'il existe une faiblesse spéciale des reins, et c'est à ce titre qu'intervient la notion de méiopragie, de débilité rénale sur laquelle M. Castaigne a insisté récemment.

Toutefois cette débilité rénale ne constitue elle-même qu'un élément pathogénique; elle n'est qu'une localisation d'un état de débilité générale de l'organisme; le retard de la croissance, la faiblesse de l'appareil cardio-vasculaire et du système nerveux, le mauvais état du tube digestif et du foie, sont la marque de cette débilité, qui porte vraisemblablement aussi sur les glandes vasculaires sanguines. Ces divers facteurs interviennent dans la production de l'albuminurie orthostatique. Je vous ai montré le rôle des troubles circulatoires et vaso-moteurs. Le rôle du tube digestif et du foie ne me paraît pas négligeable; leur fonctionnement défectueux permet le passage dans la circulation, d'albumines plus ou moins éloignées de l'albumine des tissus humains : je ne veux pas insister, mais vous connaissez bien les albuminuries digestives et les albuminuries hépatogènes.

Donc l'élément rénal n'est pas le seul qui intervienne dans les albuminuries orthostatiques. Celles-ci, comme l'a montré le professeur Hutinel, ne constituent qu'un symptôme d'un état morbide intéressant tout l'organisme, d'un trouble général de la nutrition, d'une dystrophie, qui se manifestent surtout à la période de la croissance, alors que cette nutrition doit être particulièrement active.

Quant aux causes de cette dystrophie, elles sont éminemment variables et complexes et cela se comprend aisément; je ne puis les passer toutes en revue. Elles sont héréditaires ou acquises. Ce sont les infections et les intoxications des parents agissant avant la conception ou pendant la grossesse, c'est cet état vague que l'on dénomme neuro-arthritisme, ce sont les maladies de la nutrition. D'autres fois ce sont la mauvaise alimentation et l'alimentation insuffisante, la mauvaise hygiène, la vie dans des pièces mal aérées et mal éclairées, le travail trop précoce, les maladies diverses, la tuberculose.

Chez notre malade, nous manquons de données bien précises. Mais il est une cause possible que je dois vous signaler. Cette fillette est tuberculeuse, comme le montre surtout la cuti-réaction. Je ne pense pas toutefois que la tuberculose soit là la cause de son albuminurie : les symptômes en sont trop minimes, et, depuis que nous la soignons, son état général s'est très amélioré. En tout cas si elle intervient, ce n'est qu'à titre d'agent dystrophiant, par le mécanisme que je viens de vous exposer.

Retenez cependant l'existence de cette tuberculose pour le pronostic. Ces albuminuriques deviennent assez facilement des tuberculeux, car leur mauvaise nutrition facilite singulièremeut le développement du bacille de Koch, et chez eux la tuberculose marche parfois vite. Mais s'ils sont placés dans de bonnes conditions, s'ils sont soignés, ils ne deviennent pas tuberculeux, et dans ce cas on voit, après l'adolescence, l'albuminurie se produire de moins en moins facilement et finalement disparaître. Peut-être ces malades deviennent-ils parfois des néphrétiques, mais c'est une éventualité à coup sûr exceptionnelle.

Les considérations précédentes n'ont pas seulement un intérêt dogmatique, elles comportent un enseignement thérapeutique : il ne faut pas considérer ces enfants comme des néphrétiques, mais comme atteints d'un trouble de leur nutrition générale. Aussi ne les mettez ni au régime lacté, mal toléré par leur estomac et débilitant, ni à un régime déchloruré, puisqu'ils éliminent bien le sel. Réservez-leur un régime alimentaire en rapport avec l'état de leurs fonctions digestives et reconstituant : viandes rôties et grillées, poisson, œufs, féculents et farineux. Stimulez leur nutrition par des douches et des frictions. Faites-les vivre à la campagne, à la montagne ou à la mer en tenant compte des indications particulières pour chacun d'eux et ne les faites pas trop travailler ni intellectuellement ni physiquement. Qu'ils évitent les exercices violents et se reposent après les repas, pour que leur digestion gastrique soit facilitée. Surveillez leur fonction digestive. Donnez-leur des préparations phosphatées, du fer et de l'arsenic, qu'indiquent souvent leur état anémique. Enfin certaines cures hydrominérales sont parfois utiles : Saint-Nectaire, par exemple, s'est spécialisée dans le traitement de ces albuminuries fonctionnelles.

FORMULAIRE

ÉMULSION HUILEUSE CONTRE LE DIABÈTE (Arloing).

Quatre à six cuillerées à soupe par jour de l'émulsion suivante :

Huile de sésame............	600 grammes
Eau distillée...............	300 —
Lessive de soude...........	6 cent. cubes

(*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1910)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Thomas (de Moulins).

M. Armand GAUTIER présente un travail de M. André BROCHET qui a étudié la **radio-activité des eaux thermales de Plombières**. Il a déterminé la teneur en émanation du radium de l'eau et des gaz de vingt-deux sources et en a déduit :

1° La radio-activité totale (produit de la teneur en émanation par le débit) : 80 à 85 grammes-minutes par jour.

2° La radio-activité moyenne : 1,11 milligrammes-minutes d'émanation du radium par 10 litres d'eau. La source Lambinet étant la plus radio-active (2,18).

3° La puissance radio-active de la station (quantité de radium mis hypothétiquement en jeu pour radio-activer l'eau) : 55 à 60 milligrammes de bromure de radium.

M. Brochet a en outre déterminé la teneur en émanation de différentes sources thermales sauvages des Vosges.

A Plombières, le rapport de la teneur en émanation à l'extrait sec croît rapidement des eaux à fort extrait sec aux eaux à faible extrait sec, c'est-à-dire d'une façon générale, mais alors irrégulièrement, des sources chaudes aux sources froides. Ce rapport est trente-cinq fois plus élevé pour la source Bizot (13 degrés) que pour la source Vauquelin (69 degrés). Il y a donc pour les sources chaudes perte de la majeure partie de l'émanation. M. Brochet attribue ce phénomène à l'action des gaz spontanés qui s'échappent des eaux chaudes riches en émanation qu'ils entraînent et abandonnent ensuite aux eaux froides.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. H. VINCENT, après avoir remercié M. le professeur Landouzy qui a appuyé les conclusions de son rapport sur la fièvre typhoïde, rappelle que l'eau doit être considérée comme le plus important des facteurs de transmission du bacille d'Eberth dans les villes, les grandes collectivités, l'armée. Il faut pratiquer une revision bactériologique des causes et exiger leur épuration ou leur changement lorsqu'elles sont reconnues malsaines.

Il serait sans doute imprudent de subordonner toute l'étiologie de la fièvre typhoïde à la contagion directe par les porteurs de bacilles, surtout dans les villes et les casernes. Mais les porteurs peuvent infecter directement ou indirectement les eaux potables, et notamment celles des sources qui alimentent les grandes villes, lorsque les terrains diaclasés, fissurés, troués de bétoires ou des mardelles laissent passer les germes déposés à la surface, comme c'est le cas pour le bassin d'alimentation de la Vanne et de l'Avre. L'origine hydrique et le rôle des porteurs de germes, loin de s'exclure, se complètent donc mutuellement.

Pour repérer les bacillifères, pour faire le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde et isoler ainsi le malade dès le début des symptômes, pour dépister les formes anormales de l'infection éberthienne, aussi contagieuses, pour faire l'analyse périodique nécessaire des eaux potables, il faut instituer des laboratoires. M. Vincent cite un cas où une grave épidémie de fièvre typhoïde fut heureusement prévenue par la constatation subite d'une infection considérable de l'eau. C'est grâce au concours des laboratoires et aux indications des analyses d'eau que la marche de la fièvre typhoïde a si notablement décru dans l'armée, depuis quelques années.

La lutte empirique contre la fièvre typhoïde doit être perfectionnée par l'aide des recherches scientifiques qui renseignent sur la cause du mal et le point où doit s'exercer l'effort de la prophylaxie.

M. Fernand WIDAL insiste avant la clôture de la discussion sur un point de technique dont la notion est de grande importance pour la pratique de la prophylaxie de la fièvre typhoïde par la recherche des porteurs de bacilles.

La réaction agglutinante seule permet d'assurer le diagnostic bactériologique du bacille typhique en fournissant le moyen de le différencier, chiffres en mains, des microbes d'espèces voisines et d'aspect similaire, que l'on trouve souvent dans les selles ou les urines, à condition de suivre rigoureusement certaines règles techniques.

On sait en effet qu'un sérum puissamment agglutinatif pour le bacille typhique peut, par entraînement, coagglutiner des microbes de groupes voisins, tels que les paracoli-bacilles ou les paratyphiques à un taux relativement minime, mais suffisant pour égarer l'opinion d'un observateur non prévenu.

Il serait donc bon d'exiger que, avant de conclure à l'existence de bacilles typhiques dans les selles ou les urines, les bactériologistes relatent exactement dans leurs observations à quel taux ces bacilles sont agglutinés au contact d'un sérum antityphique dont on vient de mesurer exactement le pouvoir agglutinatif sur un échantillon de bacille d'Eberth légitime.

Traitement de certains épithéliomas par le formol pur du commerce. — MM. H. HALLOPEAU et Paul FUMOUZE. Etant donnés les propriétés nécrotisantes de ce médicament et les succès consécutifs à son emploi dans la cure de certaines néoplasies telles que les verrues, les kystes hydatiques et autres, les auteurs l'ont considéré comme indiqué dans le traitement de certains épithéliomas.

Ils l'ont employé pur, imprégné dans l'ouate hydrophile qu'ils ont laissée en contact avec les parties malades. Rapidement cette application a détruit les saillies végétantes du néoplasme et l'a transformé en un magma très adhérent ; il a suffi de trois ou quatre de ces cautérisations pour n'avoir plus, après la chute tardive de ce magma escarrotique, qu'une membrane de bourgeons charnus.

Le seul inconvénient est la douleur ; on y obvie par des injections réitérées avec une solution à 1/200 de novocaïne.

Neuf à dix mois se sont écoulés, depuis la mise en œuvre de cette médication, il n'y a pas de cicatrices ni de récidives.

Ce fait prouve que l'action du formol ne reste pas limitée strictement aux parties avec lesquelles il se trouve en contact immédiat, et qu'il s'infiltre dans les tissus environnants ; il est, à cet égard, supérieur à la plupart des caustiques, principalement aux caustiques ignés et électriques.

Cette médication convient aux épithéliomas ne dépassant pas l'étendue d'une pièce de deux francs, et exempts de localisations ganglionnaires, chez les sujets qui reculent devant le bistouri ; il est probable qu'elle sera applicable à d'autres néoplasies.

Influence du mode d'allaitement du nourrisson sur le développement définitif de la taille. — MM. WALLICH et Roger SIMON. D'après des recherches faites à la clinique Baudelocque, les femmes grandes ou au-dessus de la taille moyenne de 1m55 se trouvent dans les proportions suivantes : 45 p. 100 si elles ont été élevées au biberon, 81 et 86 p. 100, près du double par conséquent, si elles ont été allaitées au sein pendant un an, pour retomber à 62 p. 100 si l'allaitement au sein est prolongé au delà de la première année.

L'établissement tardif de la menstruation est 22 fois sur 100 plus fréquent chez les femmes autrefois allaitées au biberon.

Un tiers des femmes allaitées au biberon ont eu dans leur vie des troubles digestifs, tandis qu'on n'en trouve qu'un vingtième parmi celles qui ont été nourries au sein pendant un an.

Etant donné l'accroissement ordinaire de 20 centimètres dans la première année, et de 10 centimètres dans les trois

premiers mois, on comprend le danger d'un développement insuffisant à cette époque de la vie, et la nécessité de surveiller par des mensurations régulières l'accroissement de la taille chez les nourrissons, avec autant et peut-être plus d'attention que leurs progrès en poids.

ANALYSES

MÉDECINE

Bacilles diphtériques comme agents de septicémie. F. Hesse, *Deuts. mediz. Wochens.*, 24 juin 1909, n° 25, p. 1096.) — On admet en général, depuis Loeffler lui-même, que le bacille diphtérique reste cantonné au niveau des lésions qu'il provoque à la surface des muqueuses et ne pénètre pas dans la circulation sanguine. Pourtant un certain nombre d'auteurs ont mis en lumière, à l'autopsie, la présence de bacilles diphtériques dans les organes, foie, rate, rein, centres nerveux, etc. Mais on pourrait admettre dans ces cas que le bacille diphtérique n'a pénétré dans le sang que pendant l'agonie et ne s'est pas comporté à proprement parler comme un véritable agent de septicémie.

Pourtant le bacille diphtérique peut engendrer à l'occasion de véritables septicémies : Howard (1893) a observé un cas d'endocardite ulcéreuse dû au bacille de Lœffler, et dans quatre observations dues à Niessen (1902), Roosen Runge (1903), Mahler (1907) et Ucke (1908), on a pu isoler du sang pendant la vie un bacille identique au bacille diphtérique.

Hesse rapporte une observation nouvelle où cet agent pathogène a déterminé une septicémie décelée pendant la vie par l'ensemencement du sang. Il s'agissait d'un jeune homme qui, à la suite d'une angine légère, fut atteint de phénomènes généraux graves faisant songer à une fièvre typhoïde. Le sérodiagnostic ayant été négatif on ensemença 5 centimètres de sang et au bout de six jours on vit se développer dans le ballon une culture pure de bacilles diphtériques.

On pratiqua alors plusieurs injections de sérum antidiphtérique qui restèrent sans résultat. La cinquième semaine de la maladie apparut un souffle systolique à la pointe ; puis survinrent une tuméfaction brusque de la rate accompagnée de douleurs intenses et de vomissements (infarctus splénique), un épanchement pleural (infarctus pulmonaire) et enfin une néphrite aiguë. Le sujet succomba à la suite d'une embolie pulmonaire.

Cette observation est particulièrement intéressante car le bacille diphtérique a été isolé du sang à l'état de pureté, contrairement aux cas de Mahler et de Ucke. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite et que l'auteur n'ait pas recherché l'existence d'une toxine produite par le bacille isolé. Dans les observations antérieures les bacilles trouvés se sont montrés dénués de toxicité. A. LEMIERRE.

Septicémie pneumococcique et sérum antipneumococcique de Römer. (E. Rodenwalkt. *Deuts. med. Woch.*, 16 déc. 1909, n° 50, p. 2209.) — Chez un malade qui présenta, consécutivement à une pneumonie, un état septicémique s'accompagnant d'arthrites suppurées à pneumocoque du coude et du poignet gauches, l'emploi du sérum antipneumococcique de Römer a donné d'excellents résultats. Chez ce malade presque moribond chaque injection de 20 à 30 centimètres cubes de sérum amenait une amélioration de l'état général et une chute de la température. Cinq injections ont été faites en tout et la guérison est survenue.

A. LEMIERRE.

Contribution à l'étude clinique du syndrome de Dercum (adipose douloureuse). (G. Fumarola. *Riv. d. patol. nerv. e ment.*, 1909, pp. 497-524.) — Observation d'une femme de quarante-six ans atteinte, depuis cinq ans, d'adipose diffuse des fesses et membres inférieurs, avec douleurs spontanées, survenues en même temps que l'adipose, sans aucun trouble des sensibilités. L'opothérapie thyroïdienne ne fit qu'augmenter l'asthénie. L'auteur conseille comme traitement, d'abord, la teinture d'iode à l'intérieur, avec frictions *loco dolenti*, avec un « baume hydrioté » et, dans un deuxième temps, l'application des rayons X, enfin, l'ablation chirurgicale de certaines masses adipeuses, si elle est nécessaire.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

De l'emploi de bandes de caoutchouc pour le drainage. (E. Stanley Ryerson. *The Canada Lancet*, juillet 1909, vol. XLII, n° 11, p. 840.) — On se sert actuellement pour le drainage, selon les indications, soit de tubes de caoutchouc ou de verre, soit de mèches et compresses de gaze. Celle-ci présente de gros inconvénients : elle ne draine pas, car elle adhère aux bords de la plaie et obture l'orifice empêchant l'écoulement des liquides, la stérilisation lui enlève tout pouvoir absorbant ; lorsqu'elle adhère à la plaie son ablation est souvent douloureuse, arrache des granulations de la plaie ce qui retarde la cicatrisation, enfin des débris de fils peuvent séjourner comme corps étrangers dans la plaie. C'est pour remédier à tous ces défauts que Ryerson a cherché à substituer à la gaze pour le tamponnement des cavités d'abcès, des fistules, des plaies opératoires suintantes ou saignantes, des bandes souples de feuilles de caoutchouc.

Il s'est servi de feuilles très minces découpées en bandes de largeurs très différentes, depuis celle d'un cordonnet, jusqu'à 20 à 25 millimètres, sur une longueur de 20 à 25 centimètres.

Ces bandes sont d'un prix très modique, se stérilisent facilement par simple ébullition. On les enfonce dans la cavité soit directement en raison de leur propre rigidité, soit avec un stylet ; elles se recourbent et se tassent d'elles-mêmes dans la plaie en raison de leur flexibilité. Pour empêcher la chute dans la cavité (dans les empyèmes par exemple) il suffit de passer une épingle de sûreté dans le bout de la bande.

L'auteur qui a utilisé cette méthode à l'hôpital des enfants de Toronto a été frappé de la facilité d'introduction de ce matériel de drainage, de l'indolence absolue de son ablation car il n'adhère pas à la plaie, de l'efficacité du drainage quand on l'emploie.

Il le recommande donc chaudement, et donne comme exemple de son emploi une liste d'opérations qui termine son article. M. LANCE.

Néphrectomie partielle. (Gilbert Barling. *Ann. of Surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, pp. 1134-1136.) — La néphrectomie partielle reste rare, parce que ses indications sont restreintes. Barling n'en a fait qu'une, mais deux autres fois, il fut tenté de la faire : il ne la fit cependant pas, et il eut raison. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un hypernéphrome bien limité au pôle inférieur du rein. Néphrectomie totale. Récidive locale un an après, récidive que l'on n'eût pas manqué d'attribuer à la néphrectomie partielle si celle-ci eût été pratiquée.

Le second cas se rapporte à un abcès froid bien limité en apparence, occupant le milieu du bord convexe du rein et qu'une résection cunéiforme eût très aisément enlevé. L'examen de la pièce après néphrectomie totale montra un envahissement du bassinet de l'uretère.

Et c'est ainsi que, contre 51 néphrectomies totales, Barling n'a qu'une néphrectomie partielle. Femme de trente-cinq ans, ayant deux uretères à gauche. L'un, correspondant au deux tiers supérieurs du rein, à parenchyme sain ; l'autre correspondant au tiers inférieur devenu une simple poche pyonéphrotique. Diagnostic de l'existence des deux uretères par la cystoscopie. Résection de la poche purulente, curettage de la surface de contact des deux portions. Suture du rein. Guérison sans incidents. F. GARDNER.

Tuberculose sous-phrénique localisée. (Charles A. Power, *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LIII, n° 25, 18 déc. 1909, pp. 2058-2060.) — Chez un tuberculeux guéri, de vingt-huit ans, apparurent des symptômes qui firent diagnostiquer une lithiase biliaire. A la laparotomie, on ne trouva rien dans la vésicule et les canaux biliaires, rien au cæcum ni à l'appendice. Mais à la partie moyenne du foie, il y avait une zone d'adhérences assez lâches à la paroi abdominale. Après les avoir rompues, l'opérateur aperçut de petits nodules, apparemment tuberculeux, sur la face supérieure du foie, et en attirant l'organe en bas on découvrit une masse caséeuse de la grosseur d'un œuf de pigeon. On l'enleva, on gratta et cautérisa. Guérison complète. Examen histologique : tuberculose.

Ces abcès sous-phréniques tuberculeux sont rares. L'auteur n'a pu trouver qu'un cas d'Eisendrath et un de Michaux et un cas douteux de Muck. D'une façon générale l'abcès sous-phrénique compliquant une affection respiratoire n'est pas commun. La propagation se fait le long des lymphatiques perforants du diaphragme. Plus tard, on trouve presque toujours une perforation du muscle lui-même.

La tuberculose pleuro-péritonéale s'explique de la même façon que les infections pleuro-péritonéales dues à d'autres micro-organismes infectieux.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Une nouvelle méthode de traitement des chancres mous et indurés. (E. Wood-Ruggles, *N.-Y. Med. Journ.*, 20 janv. 1910.) — La méthode ici décrite comme nouvelle n'est que l'application de deux principes déjà bien connus : à savoir l'hyperhémie active causée par la chaleur et l'action de cette dernière sur le bacille de Ducrey. Il y a longtemps qu'Aubert (de Lyon) a voulu guérir le chancre mou par l'eau chauffée à 42 degrés. Mais l'eau est peu pratique, car il est difficile de la maintenir à température égale, et la balnéation très chaude et prolongée est mal supportée. L'air chaud sec à 50 degrés n'a aucun de ces inconvénients. Ruggles a fait construire un appareil en fer-blanc très simple, que tout praticien pourrait faire fabriquer par le premier ferblantier venu : un brûleur, un entonnoir recueillant l'air chaud et le conduisant par un tube dans une petite chambre cubique dont l'une des parois est formée par une lame de caoutchouc percée d'un orifice dans lequel on fait passer la verge. Le chauffage à 50 degrés peut être supporté indéfiniment dans cet appareil, parce que l'air est sec. Ruggles a vu de très vilains chancres mous phagédéniques presque détergés en dix heures. On peut appliquer le même traitement aux chancres indurés infectés secondairement. La méthode agit alors simplement par hyperhémie. Elle agit sur les infections secondaires, non sur la spécifique, au moins directement. En tout cas, qu'il s'agisse de chancre induré ou de chancre mou, on peut compter sur un arrêt du phagédénisme, et une évolution beaucoup plus courte.

F. GARDNER.

L'acide thyminique dans la thérapeutique des maladies goutteuses. (M. le docteur G. Duhamel. Th. de Paris, 1909; Vigot, édit.) — Ce travail met au point cette question si importante.

Après avoir, dans un bref historique, résumé les travaux antérieurs sur la question, ceux de Fischer, Minkowski, Bluth, Fenner, Breton, etc., l'auteur étudie la constitution chimique du médicament et ses propriétés. Il s'est servi, pour ses expériences, d'un acide thyminique français, que, seuls actuellement, les laboratoires Clin peuvent préparer, le solurol, et qui présente des qualités et un usage constants. M. Duhamel rapporte ses expériences, poursuivies à la Sorbonne, sur le chien, le chat, également sur l'homme sain, et qui établissent dans ces cas l'inaction du médicament sur l'excrétion urique, sa facile tolérance, son absence complète de nocivité.

Suit un essai de pharmacodynamique et l'étude détaillée de cette propriété que possède le solurol de former avec l'acide urique organique une combinaison physiologique soluble et stable dissimulant et véhiculant ce dernier corps en vue de son élimination.

Le plan de l'ouvrage, très complet, comporte ensuite une étude de la tolérance, toujours facile, de la posologie qui demeure simple, et des indications précises, concernant tout le groupe urique et plusieurs affections ou articulaires ou vasculaires ou cutanées relevant de l'arthritisme et dont l'étiologie est encore peu déterminée.

La pharmacologie de ce remède est commandée par ses propriétés physiques et chimiques. Jusqu'à nouvel ordre, comme l'explique l'auteur, les comprimés semblent le moyen idéal d'administration et de conservation.

La thèse se termine par une série de longues observations concernant des cas de goutte aiguë, de goutte chronique, de rhumatisme déformant, de coliques néphrétiques, etc. L'auteur a appuyé chaque observation de nombreuses analyses d'urines et de tracés graphiques. Il produit également d'intéressantes observations dues au docteur Breton (de Dijon) et concernant les cas les plus divers parmi les indications du nouveau remède.

L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION THYROIDIENNE

Les indications de la médication thyroïdienne deviennent de jour en jour plus nombreuses. L'extension de l'emploi thérapeutique de la thyroïde tient à ce que nous augmentons tous les jours nos connaissances sur les importantes et nombreuses fonctions de cette glande.

En cette question comme dans celle du diabète les médecins ont marché plus vite que les physiologistes, et de même que ce sont les médecins qui ont découvert les faits les plus importants du métabolisme des sucres en étudiant les différents régimes chez les diabétiques, de même la physiologie de la glande thyroïde a été établie par les médecins au lit du malade.

Mais la médication thyroïdienne se heurte à un gros obstacle : sa toxicité.

On croyait jusqu'à ces derniers temps que la toxicité de la thyroïde était une toxicité spécifique.

Ghedini (*Riforma med.*, nos 2 et 3, 1904) a affirmé que les accidents toxiques provoqués par la thyroïde ne présentaient rien de spécifique et se présentaient aussi bien avec la thyroïde qu'avec le pancréas, le thymus, la substance nerveuse, les testicules, l'ovaire, etc., et que tout était une question de degré.

Chamagne a fait à ce sujet une intéressante communication au dernier Congrès de médecine tenu à Budapest, sur des expériences qu'il a faites sur la toxicité des glandes thyroïdes en fonction de leur vieillissement.

Iscovesco a étudié et isolé, dans la glande thyroïde, une série de lipoïdes dont l'un soluble dans l'éther et insoluble dans l'acétone et qui est extrêmement toxique.

Chamagne a montré que ce sont ces lipoïdes qui se trouvent dans la thyroïde qui lui donnent ses propriétés toxiques spéciales, mais que la glande desséchée contient en outre des toxalbumines et qu'il est indispensable d'en débarrasser la substance destinée à l'usage thérapeutique.

Il est prouvé aujourd'hui que :

De toutes les glandes à sécrétion interne, celle qui présente le plus rapidement des modifications post-mortelles est la glande thyroïde.

Une grande partie de la toxicité se retrouve dans les lipoïdes, mais une glande thyroïde très toxique peut être débarrassée presque complètement de cette toxicité lorsqu'on lui enlève ses lipoïdes et que de plus on la traite par

des méthodes appropriées pour séparer ses toxalbumines.

On sait d'ailleurs depuis les recherches de Baumann, Oswald, Lohmann, Kurtelleyer, Nurenberg, v. Furth, etc., que les parties actives de la glande thyroïde sont des albumines et des globulines.

Les substances toxiques ne jouent donc aucun rôle, sinon de troubler l'action thérapeutique et d'obliger souvent le médecin de s'arrêter avant d'arriver à la dose utile ou de suspendre le traitement avant d'avoir obtenu le résultat espéré.

D'autre part, Pick et Pineles viennent de publier un très intéressant mémoire en Allemagne (*Zeits. f. experim. Pathol. u. Therapie*, vol. VII, 2, p. 518-531).

Ils ont extirpé la thyroïde à des chèvres et ont soigné les myxœdèmes consécutifs avec différentes préparations thyroïdiennes.

Ils ont constaté que l'administration de thyroïdes de cochon, de globulines thyroïdiennes (extraits salins) ont eu une action thérapeutique considérable. Au contraire les albuminoses thyroïdiennes obtenues par des digestions de thyroïdes faites pendant quarante-huit heures dans des mélanges de pepsine et d'acide chlorhydrique étaient déjà beaucoup moins actives. Les thyroïdes longuement digérées par la trypsine ou la pepsine se sont montrées complètement inactives.

Ils concluent que la substance active de la thyroïde disparaît dès que par un procédé quelconque on dédouble profondément les substances protéiques de la thyroïde.

Il n'est donc pas douteux que ce que l'on doit administrer ce sont les protéines thyroïdiennes et rien que les protéines.

Il n'est pas douteux non plus que les toxalbumines et les lipoïdes sont inutiles et dangereux.

Or, la thyratoxine Byla est la seule substance répondant à ces desiderata.

La thyratoxine est une thyroïde desséchée rapidement dans le vide à basse température, provenant d'animaux de prés salés à glande thyroïde très riche en iode.

Aussitôt pulvérisées elles sont délipoïdisées et désintoxiquées au moyen de dissolvants appropriés et livrées sous forme de comprimés.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que c'est la seule préparation thyroïdienne actuellement existante qui tienne compte de tout ce que nous avons appris dans ces dernières années sur cette glande.

La thyratoxine Byla constitue la plus active et la moins toxique de toutes les préparations thyroïdiennes.

LIVRES NOUVEAUX

La Vieillesse, ses causes et son traitement par des procédés hygiéniques et thérapeutiques (1), par A. LORAND.

L'auteur se propose d'étudier la vieillesse comme une maladie chronique dont il est rationnel d'envisager la prophylaxie et le traitement. Avec Gley, il considère comme cause initiale de cette maladie chronique les modifications des glandes vasculaires sanguines.

Les trois facteurs principaux de la vieillesse sont :

1° La diminution de l'activité des échanges ; 2° la prolifération générale du tissu conjonctif; 3° le ralentissement de l'activité des organes à fonctions antitoxiques.

Développant ce thème, le livre de Lorand constitue un exposé très intéressant et très documenté de la physiologie des vieillards, d'où découlent des conséquences pratiques importantes. C'est ainsi que nous voyons traiter successivement l'hygiène de la peau, des reins, des mouvements, la question des sports, de l'alimentation, du sommeil, des relations sexuelles, de l'habillement.

Ce livre pourrait aussi bien s'intituler : conseils à ceux qui désirent vivre longtemps, et ce sont du reste douze commandements résumant ces conseils qui constituent la conclusion.

A. LEMIERRE.

(1) In-8 de 257 pages. — Leipzig 1909, Werner Klinkhardt.

NOTES POUR L'INTERNAT

VARICELLE

La varicelle, petite vérole volante, est une fièvre éruptive qui a été longtemps confondue avec la variole; en France, surtout depuis Trousseau, on admet que variole et varicelle sont deux maladies distinctes, et voici les principaux arguments en faveur de cette opinion : la varicelle ne confère pas l'immunité vis-à-vis de la variole et réciproquement; la vaccine, qui immunise contre la variole, ne prévient pas la varicelle; les recherches expérimentales les plus récentes montrent aussi la non-identité de ces deux maladies. La varicelle est presque toujours une affection bénigne, caractérisée par une éruption de vésicules sans symptômes généraux très marqués.

ÉTIOLOGIE. — La varicelle s'observe surtout dans l'enfance, mais les adultes peuvent aussi être atteints, lorsqu'ils n'ont pas eu la maladie dans leur jeune âge. Les nourrissons sont rarement pris; ce sont plutôt les enfants de trois à douze ans parce qu'ils fréquentent les écoles et se contaminent réciproquement. La varicelle est endémique dans les grandes villes avec des recrudescences épidémiques; elle est contagieuse surtout par contact direct; il est très rare de noter, comme dans la variole, des contagions indirectes et à distance. La contagion est surtout très active au début de la maladie, tandis qu'elle paraît nulle à la période de dessiccation; on admet que le germe de la varicelle doit être très fragile, et, par suite, les épidémies restent limitées : famille, maison, école.

SYMPTOMES. — L'*incubation* est de onze à dix-sept jours, en moyenne quatorze; pendant tout ce temps on n'observe aucun symptôme. Ensuite surviennent une période très courte d'invasion, une période d'éruption et enfin une période de dessiccation.

L'*invasion* est souvent si courte et si atténuée dans ses symptômes qu'elle passe inaperçue et que l'éruption seule attire l'attention; dans d'autres cas, on note de la fièvre, avec une température voisine de 38 degrés, du malaise général, plus rarement une élévation brusque à 39 et même 40 degrés, du délire, des vomissements et des convulsions. Tous ces symptômes durent douze à vingt-quatre heures, très exceptionnellement deux jours.

Puis apparaît l'*éruption*, qui débute en des points quelconques, sans siège de prédilection; on la trouve cependant surtout au thorax et à la racine des membres, plutôt qu'à la face, qui est envahie après le tronc et les membres et où les éléments éruptifs sont peu nombreux et atypiques. L'élément varicelleux évolue par les phases suivantes : c'est pendant quelques heures une tache rouge à peine saillante, *macule*, ensuite une *vésicule*, soulèvement épidermique, transparent, brillant, arrondi ou oblong; les dimensions de la vésicule croissent rapidement, jusqu'à faire une petite *bulle*, mesurant 2 à 3 millimètres; la bulle peut remplacer complètement la macule, on voit alors sur la peau saine se détacher une bulle cristalline comme une goutte de rosée; dans d'autres cas, la bulle n'occupe qu'une partie de la surface de la macule et elle repose ainsi sur une base rouge. Cet élément est toujours très superficiel, soulevant seulement la couche cornée de l'épiderme; il ne s'ombilique pas, cependant, au moment de la dessiccation, celle-ci commence par le centre, ce qui donne une fausse apparence d'ombilication.

Sur les mains et à la plante des pieds, le liquide des vésicules est maintenu par un épiderme épais et dur; aussi l'éruption a-t-elle des contours plus réguliers qui rappellent ceux de la pustule variolique. Il existe quelquefois des vésicules au cuir chevelu et elles sont le siège de violentes démangeaisons et de grattages.

L'éruption se fait par *poussées successives*, au nombre de 3 à 5, à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle, sans régularité; quelquefois la dernière poussée a lieu jusqu'à huit jours après les premières et on voit les vésicules récentes disséminées entre les anciennes; cette marche de l'éruption est un caractère très important. Quelques auteurs ont signalé, en même temps que l'éruption, une adénopathie axillaire, inguinale, préauriculaire.

Les muqueuses peuvent présenter un *exanthème*; c'est sur la muqueuse buccale (stomatite varicelleuse) qu'on observe quelques vésicules : gencives et face interne des joues, langue, voile du palais, pharynx. On en trouve aussi sur la conjonctive et la cornée, sur la vulve ou le prépuce, et même sur les cordes vocales; mais cette dernière localisation constitue une véritable complication.

Pendant la période d'éruption, les symptômes généraux du début ont disparu; la fièvre tombe rapidement; parfois cependant il y a une élévation thermique à chaque poussée éruptive.

La varicelle n'a pas, à proprement parler, une *période de dessiccation*, puisque cette dessiccation peut coïncider avec une poussée éruptive. Il faut plutôt décrire la dessiccation de chaque élément éruptif; après être resté pendant un ou deux jours clair comme de l'eau de roche, le contenu liquide de la vésicule est résorbé, puis la vésicule s'affaisse, se dessèche, se recouvrant souvent d'une croûtelle noirâtre; cette croûte, formée dès le troisième jour, est peu épaisse; elle tombe vers le sixième ou huitième jour, sans laisser de cicatrices. Sur les membres et à la face, les vésicules sont souvent déchirées parce que l'enfant s'est gratté; alors une croûte épaisse peut se former qui laissera après elle une cicatrice; M. Marfan a signalé aussi qu'on observait assez souvent, à la place des bulles, des taches blanches à surface lisse, entourées au début d'une aréole pigmentée qui ne tarde pas à disparaître; ces taches peuvent servir pendant quelque temps à un diagnostic rétrospectif, puis elles s'effacent peu à peu.

COMPLICATIONS. — On observe assez souvent des *rash* qui peuvent précéder, accompagner ou suivre l'éruption; ils sont généralement scarlatiniformes, quelquefois morbilliformes ou purpuriques.

Parmi les localisations anormales de l'exanthème, la plus grave est la localisation au larynx; il s'ensuit une *laryngite varicelleuse* avec spasme de la glotte, nécessitant parfois une intervention; on a signalé quelques cas où les vésicules s'étaient localisées ainsi sur les cordes vocales avant l'éruption.

Les complications les plus fréquentes sont les infections secondaires de la peau, varicelle *ulcéreuse*, varicelle *gangréneuse*, *abcès* et même phlegmon gazeux, *lymphangites*, érysipèles. Ces infections secondaires, dues au streptocoque ou au staphylocoque, peuvent avoir pour conséquence la néphrite, la broncho-pneumonie, la phlébite, la péricardite et la pleurésie purulente. Mais il faut bien retenir que toutes ces complications graves sont absolument exceptionnelles; elles ne surviennent guère que dans le milieu hospitalier; le *pronostic* de la varicelle est donc essentiellement bénin, le plus souvent la varicelle n'est presque pas une maladie.

DIAGNOSTIC. — Quand l'éruption est discrète, elle peut rappeler l'*urticaire vésiculeux*, mais, dans ce cas, on voit deux choses : une éruption urticarienne et quelques vésicules petites aux poignets, aux fesses, à la face.

La *gale* fait souvent apparaître des vésicules chez les enfants, mais alors l'éruption est polymorphe et il existe des sillons.

Au début de certaines *éruptions pemphigoïdes*, la ressemblance avec la varicelle est assez grande, puis les bulles grandissent et alors le diagnostic est facile. Notons cependant qu'on a décrit une varicelle pemphigoïde, dont les vésicules atteignent la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

La varicelle avec rash peut être confondue avec une scarlatine ou une rougeole. Mais la grande difficulté est de différencier une varicelle avec éruption abondante de la *variole* et de la *varioloïde*; dans ces deux dernières affections, il y a des phénomènes prodromiques, l'éruption débute par la face et progresse régulièrement en une seule poussée; les éléments sont pustuleux et ombiliqués. Quelques auteurs ont prétendu que l'examen du sang pouvait permettre le diagnostic, la variole donnant lieu à une hyperleucocytose avec augmentation du nombre des mononucléaires et à l'apparition des myélocytes; mais on a montré que, pour la formule leucocytaire, il n'y avait pas de différence essentielle entre la variole et la varicelle. On peut plutôt faire le diagnostic en inoculant l'élément éruptif dans l'épithélium de la cornée du lapin; s'il s'agit de variole, on obtient au bout de vingt-quatre heures des saillies transparentes et des vésicules; le résultat est négatif avec la varicelle.

TRAITEMENT. — Traitement des symptômes généraux s'il en existe; protéger les vésicules contre les déchirements et les grattages, en les saupoudrant de poudres inertes. Veiller à la propreté des muqueuses sur lesquelles pourrait se développer l'exanthème; faire la prophylaxie en isolant le malade pendant un temps variable selon la durée des poussées éruptives et la rapidité de la dessiccation.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 24. — SAMEDI 26 FÉVRIER 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 26 FÉVRIER 1910. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs vient de présenter en première ligne M. F. Widal, pour la chaire de pathologie interne vacante à la suite du décès de M. le professeur Brissaud.

Et M. Achard pour la chaire de pathologie et thérapeutique générales, vacante par suite de la retraite de M. le professeur Bouchard.

HOSPICE DE BRÉVANNES. — Un concours pour cinq places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), vacantes, quatre au 1er mai 1910, et une à une date encore indéterminée s'ouvrira le jeudi 7 avril, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères. Les candidats doivent se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), du mardi 1er mars au samedi 19 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DIX PLACES DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le concours sera ouvert le lundi 18 avril 1910, à midi, à la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du mardi 1er mars au jeudi 31 mars 1910 inclusivement.

GUERRE. — Concours de l'École du service de santé militaire. — Le bénéfice de l'admissibilité du premier degré est maintenu. En conséquence, les candidats déclarés admissibles au concours de 1909 seront, de droit, admis, en 1910, aux épreuves orales d'admissibilité (deuxième degré).

Toutefois, ils seront tenus, au même titre que les autres candidats, de faire les compositions de physiologie et d'allemand et les notes qui leur seront attribuées pour ces compositions, en 1910, entreront seules en ligne de compte pour l'admissibilité aux épreuves définitives et pour le classement final.

VIe CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (Toulouse, 22-27 septembre 1910). — La VIe session du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la *Pédiatrie*, M. le professeur Kirmisson; pour la *Gynécologie*, M. le professeur Hartmann; pour l'*Obstétrique*, M. le professeur Rouvier.

Voici les questions qui seront l'objet d'un rapport, avec le nom des rapporteurs :

Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant : M. Aviragnet.
Eczéma des nourrissons : M. Rocaz.
Ostéomyélite vertébrale : M. Grisel.
Sténose pylorique des nourrissons : MM. Frédet et Guillemot.
Mégacolon : M. Patel.
Tumeurs solides de l'ovaire : M. Mériel.
Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement : MM. Audebert et Gilles.
Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse : M. Fieux.

Des réductions importantes seront consenties, en faveur des congressistes et de leur famille, par toutes les compagnies de chemins de fer français, par les hôtels et restaurants de Toulouse.

D'intéressantes excursions seront organisées, qui permettront de visiter, à prix très réduits, la Cité de Carcassonne et les sites les plus pittoresques des Pyrénées (Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz-Saint-Sauveur, cirque de Gavarnie, etc.). Le programme détaillé des fêtes et excursions sera communiqué à la presse et individuellement à chaque souscripteur dans le courant du mois d'avril.

La cotisation est fixée à 20 francs pour les membres titulaires, à 10 francs pour les membres adhérents (femmes ou enfants des titulaires et étudiants en médecine). On peut dès aujourd'hui en envoyer le montant à M. le docteur Gilles, trésorier du Congrès, 12, rue des Couteliers, à Toulouse.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Audebert, secrétaire général du Congrès, 1, place Matabiau, à Toulouse.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE (FONDATION GALLET-LAGOGUEY). — L'assemblée générale statutaire de l'association aura lieu le dimanche 6 mars, à deux heures précises, à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre).

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS tiendra une assemblée générale extraordinaire le mercredi 2 mars prochain, dans les salons du restaurant Lavenue, 1, rue du Départ (gare Montparnasse). La séance sera ouverte à six heures précises. Elle sera suivie d'un dîner, dont le prix est fixé à 10 francs, pourboire compris. (Prière d'envoyer son adhésion au secrétaire général, 9, rue de Poissy, Paris 5e.)

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précé-

dente assemblée et de la correspondance; 2° Réponses au referendum, sur la proposition du docteur Courtin (de Bordeaux); 3° Fédération des médecins de la région parisienne; organisation d'un comité central pour la caisse de secours immédiat et l'assistance par le travail (compte rendu des délégués); 4° Organisation du Congrès des journalistes médicaux français; 5° La question des reproductions d'articles (docteur Vitoux).

FONDATION PIERRE BUDIN (91 *bis*, rue Falguière, Paris XVe). — Une conférence sera faite, le jeudi 10 mars, à cinq heures, par le docteur Méry, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades : « Du rôle de l'aération en puériculture. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la sixième semaine, 993 décès, au lieu de 958 pendant la semaine précédente et au lieu de 1120, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques sont rares, excepté la rougeole qui est très fréquente dans les arrondissements pauvres de la périphérie.

La rougeole a causé 21 décès au lieu de 14 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 474, au lieu de 430 précédemment (moyenne 242), dont les trois quarts dans les quartiers excentriques.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 199 décès, au lieu de 181 pendant la semaine précédente (moyenne 242).

La phtisie pulmonaire a causé 196 décès (moyenne 225).

La méningite tuberculeuse a causé 29 décès (moyenne 23).

La méningite simple a causé 14 décès (moyenne 20); parmi eux nous comptons 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 4.

PUDEUR POSTALE. — Le *Journal médical de Bruxelles* raconte que la poste anglaise a refusé de laisser entrer dans le Royaume-Uni son premier numéro de janvier. Les journaux destinés à l'Angleterre lui ont fait retour avec la mention suivante : *Refusé par l'office anglais, à cause des illustrations.*

Le numéro incriminé contenait un article du docteur Walravens, intitulé « Un cas d'anus vulvaire congénital observé chez une femme de trente ans » et était illustré de figures telles qu'il s'en publie tous les jours dans les recueils scientifiques.

Le *British medical Journal* saisi de l'incident par son confrère belge plaisante avec humour l'âme chaste des employés de la poste anglaise et demande que la censure soit désormais confiée à un personnel possédant un peu plus de science et d'expérience que les employés qui en sont chargés à l'heure actuelle.

UN GARÇON DE LABORATOIRE DÉVOUÉ. — La puce du rat (*Ceratophyllus fasciatus*) pique-t-elle l'homme? MM. J. Const. Gauthier et A. Raybaud croyaient avoir résolu cette question par l'affirmative.

Leur affirmation ayant été mise en doute par certains observateurs, ils ont communiqué une série d'expériences à la *Réunion biologique de Marseille*.

Voici d'après la *Province médicale* le résumé de ces trois dernières :

Exp. V. — Un *Cerat. fasciatus*, recueilli sur un rat de la ville le 22 septembre, tenu à jeun jusqu'au 27 septembre, est nourri depuis cette date par notre garçon de laboratoire, qui se fait piquer à l'avant-bras à peu près chaque jour. Cette puce est encore bien vivante le 21 décembre, ne s'alimentant depuis trois mois que de sang humain.

Exp. VI. — Deux puces (*Cerat. fasciatus*), recueillies sur un rat des quais le 2 novembre, tenues à jeun jusqu'au 13 novembre, sont nourries depuis cette date par notre garçon de

laboratoire. L'une est tuée accidentellement le 29 novembre, la seconde est toujours vivante le 21 décembre.

Exp. VII. — Trois puces (*Cerat. fasciatus*), recueillies sur un rat des quais le 8 novembre, sont nourries depuis le 9 novembre par notre garçon de laboratoire; une meurt le 8 décembre; les deux autres vivent encore le 21 décembre.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — MM. Pierre Sebileau, directeur, et Desmarets, prosecteur, feront une série exceptionnelle de conférences de médecine opératoire en douze leçons, qui commencera le vendredi 4 mars, à deux heures, et aura lieu tous les jours à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux.

Un droit de 50 francs est exigé de tous les autres auditeurs.

Nombre d'élèves : 40 au maximum. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOPITAL NECKER. — Le docteur Louis Rénon commencera le vendredi 4 mars 1910, à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre Laënnec, une série de conférences cliniques sur les maladies du cœur et des poumons, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

La première conférence portera sur l'esprit de la clinique moderne.

Démonstrations pratiques d'anatomie pathologique par le docteur E. Géraudel, le jeudi, à neuf heures et demie, au petit amphithéâtre.

Séméiologie pratique, par MM. Monier-Vinard et Marre, le samedi à dix heures et demie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Riforma medica. — (N° 1, 3 janv. 1910.) Prof. Iginio Tansini : Préceptes et souvenirs cliniques. — Egidio Morandi : A propos de quelques cas de splénomégalie de Banti. — Filiberto Jacobelli : Monoplégie traumatique segmentaire. Trépanation. Guérison. — (N° 2, 10 janv.) Prof. Iginio Tansini : Préceptes et souvenirs cliniques. — Carlo Carginale : Le pouvoir lipolytique des épanchements liquides. — Tumminia Pietro : L'urétro-réaction chez les sujets non tuberculeux. — (N° 3, 17 janv.) Auguste Pellegrini : Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du pancréas. — Francesco Addary : La présence du glycogène dans le rein normal des mammifères. — Antonio de Cortes et Giuseppe Medda Marongiu : A propos de quatre cas d'association infectieuse dite typho-malarienne. — (N° 4, 24 janv.) Vincenzo Patricelli : Contribution à l'étude de la physiopathologie de la rate. — A. Gasbarrini : Est-il toujours possible de faire le diagnostic différentiel entre la grossesse tubaire droite rompue dans le péritoine et la péritonite d'origine appendicitaire? — Dino de Albertis : Contribution au diagnostic anatomo-pathologique de la paralysie progressive. — (N° 5, 31 janv.) Giuseppe Lucibelli : A propos du diagnostic des maladies fébriles. — Gaetano Vinci : A propos de certaines flèches du Congo belge. — E. Cartolari : L'inégalité des mamelles ou anisomastie dans la tuberculose pulmonaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 3, 20 janv. 1910.) Schloffer : Sur les blessures des disques articulaires du genou. — Richter : Sur la clinique du placenta prævia. — Leiner et Wiesner : Recherches expérimentales sur la poliomyélite aiguë. — Jehle et Pincherle : La flore individuelle coli-bacillaire chez l'enfant. — Rodella : Etudes sur la putréfaction intestinale. — Zeinek : Sur l'histoire de la thermo-pénétration.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 MARS 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 mars, à une heure. — Dissection, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Delbet, Retterer et Rieffel.

1er (oral) : MM. Nicolas, Gosset et Branca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Potocki et Mulon; — (2e série) : MM. Segond, Macaigne et Couvelaire; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Monod et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Campenon et Ombrédanne; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 8 mars, à une heure. — Dissection, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Thiéry et Auvray.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Quénu, Retterer et Jeannine; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Launois et Morestin; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. Pozzi, Marion et Lenormant; — (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Fernand Bezançon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Chauffard, Gouget et Jeanselme; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 9 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Retterer et Proust.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Rieffel et Macaigne.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Delbet, Potocki et Branca; — (2e série) : MM. Hartmann, Couvelaire et Mulon; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 10 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Rémy et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Jeannin; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Launois et Morestin.

4e : MM. Alb. Robin, Langlois et Claude; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 11 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Legry et André Jousset.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Hartmann et Couvelaire; — (2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Sicard; — M. Branc, suppléant.

Samedi 12 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Auvray et Morestin.

4e : MM. G. Ballet, Langlois et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1e partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 9 mars, à une heure. — M. Maune. Le chancre syphilitique chez l'enfant. (MM. Gaucher, président; Roger, Pierre Marie et Legry.) — M. Violle. Recherches expérimentales sur l'acidose. Contribution à l'étude du coma diabétique. (MM. Roger, président; Gaucher, Pierre Marie et Legry.) — M. Delannoy. Etiologie, pathogénie et anatomie pathologique du rachitisme. Revue générale. (MM. Pierre Marie, président; Gaucher, Roger et Legry.) — M. Vartanian. Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux par la méthode de Nuna. (MM. Reclus, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Deniker. Quelques points de l'étude clinique des tumeurs du ligament large. (MM. Segond, président; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)


Sirop Roche
Ch. Weiss
COMPRIMÉS DE THIOCOL ROCHE

REVUE GÉNÉRALE (*)

L'HÉMIPLÉGIE DES SYPHILITIQUES

Par M. L. LAGANE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Dans une toute première période, les auteurs n'ont possédé que des notions vagues sur l'hémiplégie des syphilitiques, comme d'ailleurs sur la syphilis cérébrale en général, tels Ulrich de Hutten, Houstel (1733), Franck, et il faut arriver aux travaux de Virchow, de Steenberg et surtout d'Heubner (1874) pour la voir signalée de façon plus précise.

Dès lors, l'hémiplégie syphilitique est bien étudiée, car, tant l'étude anatomique, que l'étude clinique de la syphilis cérébrale et de ses diverses modalités, suscitent de multiples et considérables travaux : nous citerons seulement le livre de Gros et Lancereaux (1861), l'ouvrage magistral du professeur Fournier, les travaux de Welsch sur l'artérite syphilitique (1875).

Enfin, plus récemment encore, paraissent les articles de M. Thibierge, les travaux de M. Letulle sur les lésions artérielles de la syphilis, la monographie de M. Lamy sur la syphilis des centres nerveux (1), le très beau livre de M. Darier (2) sur l'artérite syphilitique, livre dont nous nous sommes beaucoup servi dans ce travail.

I

Etiologie. — L'hémiplégie des syphilitiques partage toutes les conditions étiologiques de la syphilis cérébrale en général.

Plus fréquente chez les hommes (337 hommes contre 39 femmes, dans la statistique de Gaudichier), apparaissant surtout entre vingt et quarante ans, elle est relativement fréquente, puisque Gaudichier la relève 113 fois sur un total de 376 observations de syphilis cérébrale (3).

Elle frappe, de préférence, les syphilitiques qui ne se sont pas soignés ou se sont mal soignés, et particulièrement ceux qui ont été atteints de syphilis graves, de syphilis malignes précoces. Mais elle est loin d'être l'apanage de ces sortes de syphilis, et on la rencontre chez des gens dont la maladie s'était seulement manifestée par des accidents bénins. Sans doute, est-ce parce que, chez ces malades, le traitement a généralement été à peu près nul. Par contre, il est indéniable que dans des cas, heureusement rares, une thérapeutique des plus rigoureuses a semblé impuissante à prévenir son apparition.

L'hémiplégie se voit à n'importe quelle période de la syphilis, mais surtout de la troisième à la douzième année après le chancre; assez souvent encore de la douzième à la vingtième année. L'hémiplégie par artérite se rencontre surtout de la sixième à la dixième année. Si elle est, en principe, un accident d'une période éloignée, un de ceux que, *a priori*, on peut ranger parmi les accidents tertiaires, elle n'en peut pas moins coïncider avec toutes les manifestations de la période secondaire de la syphilis (4). Sans insister sur ce qu'a de relatif la division entre accidents secondaires et tertiaires, l'on peut simplement dire, dans ces cas, que le « tertiarisme » a devancé l'époque habituelle de son apparition. C'est ainsi que l'artérite syphilitique du cerveau a été constatée à l'autopsie au huitième mois de la vérole; dans un cas de Kahler, la thrombose artérielle avait entraîné un ramollissement protubérantiel mortel chez un individu encore porteur d'un chancre induré; dans un cas de Ménétrier (5), un jeune homme de vingt-six ans, atteint d'un chancre au mois de novembre, fut frappé d'hémiplégie droite dans le courant de janvier, c'est-à-dire au bout de deux mois. Dans deux cas de Spillmann, la mort par artérite cérébrale survint onze et huit mois après l'accident initial; dans le cas de Millard et Jeffrier, cinq mois et demi; dans les deux cas de Darier neuf mois et huit mois. Dans le cas de Rumpf douze mois après. (C'est donc l'artérite cérébrale qui est la grosse cause de l'hémiplégie précoce.)

Les causes prédisposantes n'ont qu'une importance relative; nous ne pouvons que signaler le surmenage intellectuel, les secousses morales, les émotions, parfois les traumatismes craniens, et d'autre part les diverses maladies infectieuses ou toxiques, autres que la syphilis. D'une façon générale, une syphilis sera d'autant plus sévère et aura d'autant plus de chances de se localiser au cerveau, qu'elle sera contractée par un sujet plus âgé, dont les artères seront plus entachées d'artério-sclérose.

Enfin, on sait la fréquence des atteintes répétées du système nerveux dans certaines syphilis : méninges, nerfs craniens, moelle, cerveau sont successivement frappés et le sont souvent à l'exclusion de tout autre appareil. De telles systématisations sont remarquables.

L'hérédo-syphilis entre pour une grosse part dans l'étiologie de l'hémiplégie syphilitique. Les nombreuses observations de D. Mollière, Barlow, Chiari, Dowse, Samuel Jee, Hesse, Jackson, Bacon, Seibert, Marfan, Gaudard, Massol (6), P. Savy (7) en font foi. L'hémiplégie peut être précoce ou tardive : dans les vingt observations de Savy, 2 fois elle s'était produite au cours de la première année, 12 fois entre un et trois ans, 5 fois plus tardivement dans la seconde enfance; le plus jeune enfant avait cinq mois, le plus âgé neuf ans. Elle était apparue à vingt-cinq ans dans le cas de Ganzinotty et Etienne (8), à trente-trois ans dans celui de Ljungrun.

La syphilis serait une des causes fréquentes de l'hémiplégie spasmodique infantile (9).

II

Anatomie pathologique. — L'hémiplégie, dans la syphilis, relève de causes si nombreuses qu'il nous est nécessaire de diviser rigoureusement notre étude anatomo-pathologique.

Nous étudierons d'abord les lésions artérielles, lésions d'importance capitale puisqu'elles produisent soit l'oblitération plus ou moins complète du vaisseau, soit sa rupture; en second lieu, les néoplasies syphilitiques : gommes cérébrales ou méningées, gommes ou exostoses des os du crâne, placards de méningite ou de méningo-encéphalite, susceptibles de déterminer une hémiplégie.

Le plus souvent, d'ailleurs, ces deux sortes de lésions sont associées.

Dans chacun de ces deux chapitres, nous verrons successivement les lésions macroscopiques et microscopiques.

I. Lésions artérielles de la syphilis productrices

D'HÉMIPLÉGIES. — Le virus syphilitique a une tendance toute particulière à frapper les artères du cerveau.

Son action a un double résultat. Tantôt, le processus syphilitique rétrécit ou même oblitère complètement la lumière artérielle, produisant l'ischémie cérébrale passagère ou le ramollissement; tantôt il détruit les parois artérielles, entraînant l'hémorragie cérébrale.

Dans l'un et l'autre cas, une hémiplégie est la résultante clinique de ces lésions.

Ainsi, l'étude de l'hémiplégie des syphilitiques comprend d'abord, tout entière, l'étude de l'artérite cérébrale syphilitique,

A. — *Etude macroscopique de l'artérite syphilitique.* — De toutes les artères cérébrales, celles sur lesquelles l'artérite syphilitique se localise de préférence, sont les artères de la base; elle frappe bien moins souvent les branches terminales. Ses foyers d'élection sont le carrefour antérieur du polygone de Willis, formé par la carotide interne et ses branches : sylvienne et cérébrale antérieure; en second lieu le tronc basilaire avec les vertébrales qui le constituent et les cérébrales postérieures qui s'en détachent; enfin les perforantes, branches de la sylvienne.

Les lésions sont circonscrites à un segment artériel, plus rarement s'étendent sur une certaine longueur. Elles sont souvent bilatérales, parfois symétriques. Cette symétrie serait même la règle pour certains auteurs.

Souvent les artères de la base sont frappées à l'exclusion de toutes les autres, et il faut remarquer cette localisation segmentaire, « maculeuse », pour ainsi dire, de la syphilis artérielle.

C'est également au niveau de ces artères de la base que les lésions présentent leur maximum d'intensité et de netteté.

Les deux hémisphères semblent à peu près également frappés : 63 fois à droite contre 50 fois à gauche (Gaudichier).

La lésion primordiale de la syphilis, la gomme, existe, mais se rencontre rarement à l'état isolé, dans les tuniques artérielles. Elle y forme des grains durs et arrondis, visibles à l'œil nu sous forme de tubérosités ou seulement au microscope.

Le plus souvent, le processus syphilitique forme des plaques plus ou moins étendues, des infiltrats diffus. L'artère a perdu sa transparence pour devenir d'un blanc opaque; elle est parsemée de taches peu saillantes, de grains ronds et durs faisant plus ou moins saillie sur les surfaces internes et externes, de plaques plus épaisses d'un blanc crémeux ou grisâtre, occupant une portion de sa circonférence ou la couvrant complètement sur une longueur de plusieurs centimètres, d'où la comparaison de Moxon avec le « macaroni bouilli ».

L'artère est déformée, irrégulière, épaissie, ses parois sont fermes au toucher mais en même temps plus friables que normalement.

Cet épaississement des tuniques peut avoir pour conséquence un rétrécissement de la lumière du vaisseau, souvent assez considérable pour ne laisser au sang qu'une simple fissure, qu'un trajet filiforme (*endartérite oblitérante*). Si l'épaississement prédomine sur l'un des points de la circonférence artérielle (*endartérite pariétale*) il donne lieu à une élevure qui décentre la lumière. Parfois même, en un point limité, se développe un bourgeon saillant, plus ou moins pédiculé, qui vient obturer le canal de l'artère (*endartérite végétante ou polypeuse*).

Pour qu'il y ait oblitération de l'artère, il n'est point nécessaire que l'endartérite spécifique évolue jusqu'à son degré ultime : un processus secondaire, d'ordre banal, la *thrombose*, se charge le plus souvent de ce soin. Il est tout à fait commun, au cours des autopsies, de rencontrer un tronçon d'artère cérébrale oblitérée par un processus thrombosique, souvent très récent, à côté d'artères plus ou moins touchées par l'artérite spécifique. On connaît le mode de formation des thromboses. Sous l'influence d'une altération même très légère de l'endartère, telle que la desquamation de l'endothélium, (et nous insistons sur ce point qu'il suffit d'une minime lésion artérielle pour déterminer la thrombose), les couches de fibrine se déposent, le caillot se fixe et s'organise peu à peu, grâce à sa pénétration par des bourgeons venus de l'endartère (*thromboartérite oblitérante*). Ultérieurement, ce caillot peut se scléroser et transformer l'artère en un cordon plein et rigide, ou bien, ce qui est plus rare, se résorber par dégénérescence granulo-graisseuse et permettre ainsi le rétablissement partiel de la circulation.

Dans d'autres cas, l'artère est dilatée et ectasiée. Elle est élargie sur une assez courte étendue et ses parois peu résistantes, bien qu'épaissies, peuvent sur un ou plusieurs points se laisser distendre par la pression sanguine. Ainsi se produisent les anévrismes syphilitiques, parfois multiples, ordinairement pariétaux, cupuliformes, sacciformes, quelquefois fusiformes. Leur volume peut être égal à celui d'un pois ou d'une amande. Ils peuvent guérir par oblitération (évolution très rare), ou se rompre.

Ces anévrismes siègent le plus souvent sur le tronc basilaire, les artères sylviennes, la carotide interne, mais à ce niveau leur rupture donne plutôt lieu au syndrome apoplexie foudroyante par hémorragie méningée qu'au syndrome hémiplégie. Au contraire, ceux qui siègent sur les artérioles de plus petit calibre, superficielles ou profondes, sur artères perforantes en particulier, nous intéressent davantage.

Pour Lamy, l'ectasie des artères syphilitiques est infiniment plus rare que l'oblitération. Les observations en sont cependant assez nombreuses; elle a même été signalée dans la syphilis précoce.

« Quant aux anévrismes miliaires des artérioles intra-cérébrales, on ne saurait dire encore si la syphilis exerce quelque influence sur leur formation (10). »

Autour des artères malades, il est fréquent de voir, à un degré plus ou moins marqué, de l'irritation méningée se traduisant par une infiltration trouble des méninges ou même par un exsudat concret opaque et jaunâtre. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette lésion dont les relations avec l'artérite ont été fort discutées.

A l'autopsie de tels malades, il est relativement rare de rencontrer des lésions artérielles spécifiques, ailleurs que sur les artères du cerveau. En dehors de l'aorte et des artères du rein, la syphilis frappe peu, du moins semble-t-il, les autres artères. Nous avons déjà signalé cette limitation régionale si caractéristique. Cependant Milian (11) a cité récemment un fait très intéressant de syphilis à localisations artérielles multiples : en l'espace de onze ans, un malade avait présenté des oblitérations de la fémorale droite, de la sylvienne droite et enfin de l'aortite.

B. — *Etude microscopique de l'artérite syphilitique.* — Nous étudierons d'abord et surtout l'artérite cérébrale, proprement dite, dans sa première période ou période d'état (artérite gommeuse de Klippel, endartérite, périartérite, panartérite), puis dans la période chronique qui en est l'aboutissant (artérite scléreuse).

Nous verrons, ensuite, les altérations artérielles secondaires à l'envahissement d'un vaisseau par une néoplasie syphilitique et pour terminer dirons un mot de la question de l'origine syphilitique de l'artério-sclérose banale.

Signalons tout d'abord, avec Triepel, quelques particularités de structure des artères de l'hexagone : « Le tissu élastique y est rare, la membrane élastique externe fait défaut et l'adventice est privée de ses fortes fibres longitudinales ; la lame élastique interne est au contraire bien nette et bien développée (12). »

1° *Artérite cérébrale syphilitique proprement dite.* — *a.* La lésion primordiale de la syphilis, la gomme, dont nous avons dit la rareté relative, est, au début, constituée par un petit amas de cellules lymphoïdes; plus tard, son centre se nécrose avec dégénérescence graisseuse ou caséeuse (nodules gommeux). Exceptionnellement, il existe des cellules géantes au milieu des amas lymphoïdes, exceptionnellement aussi des cellules géantes isolées, sans follicules bien nets (Heubner, Letulle, etc.).

Marchand, Oppenheim, Baumgarten, Darier ne considèrent pas l'artérite gommeuse comme un type anatomique à part. « La gomme n'est, dans l'artérite, qu'une simple modalité locale (13). » Il est habituel de trouver d'autres lésions intéressant les trois tuniques et surtout les tuniques interne et externe. Ces lésions sont diversement combinées.

La tunique interne est toujours épaissie, parfois d'une façon énorme. Elle est infiltrée, au début, de cellules rondes « provenant soit de la multiplication des éléments préexistants, des cellules endothéliales elles-mêmes, d'après Heubner, soit de l'immigration de cellules d'origine sanguine ». Plus tard son épaississement relève de l'infiltration par des éléments cellulaires sensiblement plus gros qu'à l'état normal, fusiformes sur les coupes passant par l'axe du vaisseau, en réalité étoilés et munis de longs prolongements anastomosés en réseau ; entre eux, est une substance gélatineuse, granuleuse, ou vaguement fibrillaire, plus ou moins abondante suivant les points. Il faut noter la rareté des cellules lymphoïdes, surtout des cellules lymphoïdes disposées en amas, la rareté encore plus grande de ce que nous avons décrit sous le nom de nodules gommeux.

La membrane élastique interne qui limite extérieurement cette tunique peut, par places, être interrompue, résorbée, ou bien fragmentée en tronçons de longueur variable.

En d'autres points, au contraire, elle est doublée, en quelque sorte, par de nouvelles couches de lames élastiques (Letulle). Souvent, cette néoformation ou cette multiplication ne sont qu'apparentes et il ne s'agit que d'un dédoublement ou clivage de la lame élastique primitive, « sous l'influence du tissu de granulation qui s'est insinué entre ses feuillets et ultérieurement organisé » (14). Ce clivage n'est pas pathognomonique, contrairement à l'opinion d'Heubner, et Darier a pu constater plusieurs fois l'apparence feuilletée de la lame élastique d'artères cérébrales normales.

La tunique externe ou adventice est toujours, elle aussi, plus ou moins altérée : on y retrouve la même infiltration de cellules lymphoïdes, tantôt circonscrite, en amas nodulaires, en placards, en traînées; tantôt diffuse. Les traînées entourent particulièrement les vaisseaux de l'adventice (Baumgarten et Köster).

La tunique moyenne ou musculaire présente le minimum de lésions ; elle en est parfois complètement dépourvue. Elle en a, surtout, lorsque les tuniques interne et externe sont profondément touchées ; dans ce cas les proliférations cellulaires semblent plutôt venir de l'adventice que de l'endartère. Ses éléments musculaires disparaissent par atrophie, sont remplacés par des cellules rondes venues du dehors et par du tissu conjonctif jeune. Les vaisseaux de l'adventice altérés (Letulle) pénètrent par bourgeonnement dans son épaisseur (elle est normalement dépourvue de vaisseaux) et même la dépassent [péri-mésartétrite subaiguë, végétante, néo-vasculaire (Letulle)].

Telles sont les altérations des diverses parties de l'artère : suivant leur prédominance sur l'une ou l'autre des tuniques interne ou externe, on peut distinguer deux types schématiques, nulle part réalisés aussi nettement que sur ces artères cérébrales :

α. *L'endartérite de Heubner*, où les lésions débuteraient, pour Heubner, sous l'endothélium ; l'adventice ne serait atteinte que secondairement et légèrement. Cette forme évolue vers la sclérose, jamais vers la production de nodules gommeux; elle aboutit au rétrécissement et parfois à l'oblitération du vaisseau (*endartérite oblitérante scléreuse*).

β. *La péri-artérite de Baumgarten* qui, par contre, présente le maximum de ses lésions au niveau de l'adventice ; là, se voient d'abondants infiltrats cellulaires, nodulaires ou diffus. Pour Lancereaux, Köster, Rumpf, Schmaus, Stanziale, Pieri, Lamy, Sottas, Baumgarten et Marchand, etc., cette péri-artérite est constante, primitive et tient sous sa dépendance la prolifération dont l'endartère peut devenir le siège.

γ. Mais nous avons vu que les lésions ne sont presque jamais exclusivement localisées à une des tuniques. Dans de nombreux cas, toutes les trois présentent des lésions assez marquées pour que l'on puisse dire avec Letulle qu'il y a *panartérite.* Toutes les tuniques sont enflammées et altérées, envahies par une infiltration lymphoïde aiguë et diffuse. Les éléments musculaires de la tunique moyenne, la lame élastique interne sont partiellement détruits.

Cliniquement, de telles formes anatomiques répondent à des cas à marche très rapide où l'on voit peu l'hémiplégie. Il n'en est pas de même de celles que nous allons maintenant décrire.

— *b.* La forme qui succède aux formes précédentes et en est l'aboutissant vraisemblable, la forme chronique de l'artérite, consiste essentiellement en une transformation scléreuse qui n'aboutit pas à la dégénérescence calcaire (*artérite scléreuse, syphilome artériel sclérosé*).

Elle peut coexister avec l'une des formes précédentes (*syphilome scléro-gommeux*).

C'est cette forme chronique scléreuse qui est surtout intéressante pour cette étude, en ce sens que c'est elle, qui, par l'un des divers mécanismes du rétrécissement ou de la rupture artérielle, va donner naissance au syndrome hémiplégie.

Microscopiquement, elle consiste donc en une transformation fibreuse qui n'aboutit pas à la dégérescence calcaire. Les lésions siègent tantôt sur la tunique interne (*endartérite oblitérante scléreuse*), tantôt sur l'externe, tantôt sur toutes. Dans ce dernier cas, il s'agit de *panartérite fibreuse*, forme commune, forme des cas à marche lente, à durée relativement prolongée.

L'on y voit l'adventice constituée par un tissu fibreux dense, avec quelques traînées cellulaires autour des vaisseaux nourriciers dilatés, à limites peu nettes aussi bien du côté des tissus périartériels avec lesquels elle se confond, que du côté de la tunique moyenne dans laquelle pénètrent ses trousseaux fibreux et ses vaisseaux. Cette tunique moyenne a perdu, plus ou moins complètement, ses éléments musculaires propres, elle se confond en une seule couche fibreuse avec l'endartère épaissie et scléreuse, au niveau des points où la lame élastique interne a disparu. Les vaisseaux de nouvelle formation primitivement larges et nombreux se trouvent peu à peu sténosés, oblitérés et étouffés par la rétraction du tissu fibreux [*vascularite oblitérante* (Letulle)].

« Il semble, dit Letulle à propos de l'aorte (15), que la lame élastique interne se dissocie; ses fibres s'écartent les unes des autres, se fragmentent même en s'atrophiant et se laissent envahir soit par le processus fibroïde qui évolue dans la couche sous-endothéliale, soit et plus souvent, par les procédés dégénératifs qui désagrègent au-dessous de la limitante interne, les couches les plus internes de la membrane moyenne. »

Telles sont les lésions artérielles. Nous insisterons peu sur les discussions engagées au sujet de leur origine dans telle ou telle tunique : endartère comme le veut Heubner, adventice comme le soutient Baumgarten. Les divers cas observés sont extrêmement dissemblables et par cela expliquent les divergences profondes des auteurs. Si l'étendue de la lésion endartérielle plus grande que celle du foyer péri-artériel correspondant, si sa persistance plus longue, ont pu faire considérer l'endartérite comme très fréquente, si, d'autre part, les lésions de péri-artérite semblent constantes, il faut admettre que, vraisemblablement, le processus syphilitique peut réaliser suivant les cas, et au besoin simultanément, tous les types de lésion.

Il est plus intéressant pour nous de suivre l'évolution ultime de l'artérite fibreuse.

L'endartérite de Heubner conduit, avons-nous dit, au rétrécissement et parfois à l'oblitération du vaisseau (endartérite oblitérante scléreuse).

En dehors de cette évolution, l'oblitération peut être réalisée par le processus surajouté de *thrombose*. Nous n'en décrirons pas le processus histologique qui n'offre rien de spécial.

Le rétrécissement de la lumière du vaisseau peut aussi être produit par la panartérite, mais il arrive plutôt, avec cette dernière, que la paroi artérielle, privée de ses éléments de soutien, musculaires et élastiques, se laisse distendre. La panartérite fibreuse conduit à l'ectasie et à la formation d'un anévrisme.

Il peut même se produire un anévrisme disséquant (ou mieux « hématome intra-pariétal » d'Eppinger) par clivage de la paroi et infiltration du sang entre ses diverses couches (ordinairement entre la lame élastique interne et la zone qui représente la tunique moyenne modifiée). Cet anévrisme disséquant siège, soit sur une portion d'artère non ectasiée, soit sur la paroi d'un anévrisme.

La rupture de telles artères est donc facile.

2° Après les lésions de l'artérite cérébrale syphilitique proprement dite, nous devons signaler l'existence des *lésions artérielles secondaires* à divers processus : compression latérale par une gomme du voisinage, suivie de thrombose; englobement du vaisseau par les proliférations concentriques d'une gomme ou par un infiltrat méningé scléro-gommeux; enfin, propagation d'un syphilome aux parois artérielles.

3° Reste une dernière question : l'artério-sclérose cérébrale d'apparence banale peut-elle être d'origine syphilitique? L'étiologie, les commémoratifs fournissent parfois des arguments en faveur d'une telle origine, mais, en face de ces lésions résiduelles terminales, l'anatomie pathologique est absolument impuissante à le démontrer (16).

Les altérations des veines cérébrales ont été beaucoup moins étudiées que celles des artères ; cependant l'existence de phlébites syphilitiques est incontestable. Leur processus est assez semblable à celui des artérites ; généralement elles marchent de pair avec elles, quelquefois même les précèdent (17).

II. Néoformations scléro-gommeuses de la syphilis, productrices d'hémiplégies. — A. *Etude macroscopique*. — Les lésions néoformatives de la syphilis capables d'entraîner l'hémiplégie siègent au niveau des méninges, ou du parenchyme cérébral lui-même, ou des deux à la fois. D'une manière générale, ce sont des lésions diffuses, en placards, assez rarement des lésions circonscrites. L'on sait, en particulier, la rareté des gommes intra-cérébrales.

1° *Lésions méningées*. — a. *Gommes des méninges*. — Les gommes des méninges, nées dans l'épaisseur de la pie-mère, ont pour localisations favorites la convexité des hémisphères, mais *surtout la base du cerveau, depuis le chiasma jusqu'à la protubérance*. Elles peuvent ainsi atteindre doublement les faisceaux moteurs, en les comprimant, soit à leur origine, soit dans leur trajet pédonculaire. Elles peuvent encore les léser indirectement, en comprimant les grosses artères de la base, en les oblitérant et en déterminant ainsi le ramollissement ischémique des parties centrales du cerveau. Dans un cas de Virchow, une gomme avait produit l'oblitération de la carotide interne.

Les gommes méningées sont ordinairement multiples et de volumes inégaux. Leurs dimensions varient de celles d'un grain de chènevis à celles d'une noisette. Les plus petites se rencontrent, parfois, groupées autour des artères cérébrales et siègent alors dans le tissu conjonctif de la pie-mère, le long du trajet des artères de la base ou des sylviennes.

b. *Méningite gommeuse diffuse*. — Les lésions consistent en une sorte d'exsudat épais, parfois comparable à du pus (Fournier), à de la gélatine ferme teintée en gris rougeâtre (Heubner), ou bien encore à du collodion semi-coagulé (Oppenheim) qui s'étale à la surface des méninges encéphaliques. On les voit surtout au niveau du *confluent sous-arachnoïdien de la base*, autour des origines des nerfs encéphaliques.

Ces tumeurs gommeuses ne vont pas sans susciter rapidement une inflammation de voisinage qui a, elle-même, pour conséquence, l'adhérence des méninges adjacentes, l'envahissement et le ramollissement du tissu nerveux en contact avec elles.

Dans certains cas où la sclérose méningée a pris une très grande importance au pourtour des gommes, celles-ci sont englobées dans un tissu fibreux dense, d'où la variété de *méningite scléro-gommeuse* (Fournier).

Sous l'influence du traitement, ce processus peut tendre à la guérison. Il ne reste à la surface des hémisphères qu'une cicatrice fibreuse qui peut être prise, à l'autopsie, pour le vestige d'une pachy-méningite simple (Heubner).

c. *Méningites scléreuses.* — Si ces néoformations ne se résorbent pas, elles évoluent vers la transformation scléreuse: les méninges s'épaississent, adhèrent par places à l'encéphale, aboutissent même à une symphyse méningo-cérébrale totale. Ici encore, l'espace interpédonculaire et le chiasma représentent les localisations habituelles du tissu fibreux. Les lésions ne forment pas de vastes placards tendant à couvrir une plus ou moins grande surface des hémisphères, mais, au contraire, des placards limités, partiels, multiples, parfois asymétriques d'un côté à l'autre. Elles peuvent coexister en divers points de la base et de la convexité des hémisphères.

2° *Lésions encéphaliques.* — a. Les *gommes intra-cérébrales* sont rares; elles ont cependant été constatées dans la masse blanche des hémisphères, dans la couche optique (Westphall), dans l'épaisseur des pédoncules cérébraux (Nicaise, Ilberg), dans la protubérance annulaire (Lancereaux, Pillon). Elles sont donc une cause possible d'hémiplégie.

Elles forment généralement de petites masses régulières, arrondies ou ovoïdes, de teinte grisâtre ou blanchâtre, entourées d'une sorte de coque grisâtre à demi-transparente, qui les isole du reste du tissu nerveux. Leur partie centrale est d'une teinte plus foncée, jaunâtre en général.

Elles sont tantôt très fermes et comme cartilagineuses, tantôt sèches et friables à la coupe, ou bien un peu ramollies à leur centre.

Elles évoluent généralement vers la dégénération fibreuse, calcaire ou kystique; parfois encore elles laissent une cicatrice d'où partent des tractus fibreux rayonnant dans tous les sens.

b. *Encéphalite gommeuse diffuse.* — Dans cette dernière forme, au lieu d'un syphilome circonscrit, il y a infiltration en masse d'un territoire plus ou moins étendu du cerveau par un tissu identique à celui des gommes. Dans un cas de Klippel et Pactet, la néoformation occupait tout le lobe moyen d'un hémisphère et avait subi en partie la dégénérescence caséeuse; les vaisseaux, obstrués, en grand nombre étaient atteints de dégénérescence hyaline.

c. L'*encéphalite en plaques circonscrites* constituée par des placards gommeux disséminés intéressant peu profondément la surface du cerveau semble peu susceptible de produire une hémiplégie.

3° *Lésions méningo-encéphaliques.* — D'une façon générale, sauf le cas relativement rare de gommes intra cérébrales, les lésions gommeuses des méninges et les lésions encéphaliques gommeuses diffuses sont associées.

Toutes ces lésions s'accompagnent de façon constante des lésions artérielles que nous avons décrites.

4° D'autres lésions syphilitiques que nous ne ferons qu'énumérer peuvent encore entraîner une hémiplégie, ainsi la gomme dure-mérienne, l'ostéite syphilitique avec hyperostose des os du crâne dont Zagori (18) rapporte une belle observation, la périostite gommeuse interne avec pachyméningite externe consécutive.

Nous n'insisterons pas sur les autres lésions nerveuses qui très souvent accompagnent les lésions productrices de l'hémiplégie.

Les lésions des nerfs craniens sont des plus importantes. Ces nerfs sont parfois atteints de névrite indépendamment de toute compression ou propagation de voisinage (polynévrite syphilitique radiculaire de Kahler), mais le plus souvent ils sont englobés dans une néoplasie des méninges, adhérents, tuméfiés et rougeâtres par suite de leur vascularisation anormale, ou infiltrés avec formation de nodosités circonscrites (Dixon). Plus tard, ils s'atrophient et deviennent grisâtres. Les lésions des nerfs évoluent parallèlement aux autres lésions cérébrales et surtout aux lésions d'artérite (19).

Souvent des lésions médullaires coexistent avec les lésions cérébrales; elles relèvent presque toujours de pachyméningites ou de méningo-myélites aiguës ou chroniques; les gommes de la moelle sont exceptionnelles.

B. *Etude microscopique.* — Histologiquement toutes ces néoformations reproduisent les deux aspects essentiels des lésions syphilitiques : au début gomme ou infiltration diffuse; plus tard, sclérose. Les combinaisons si fréquentes de ces deux éléments donnent les lésions mixtes scléro-gommeuses.

La structure intime de la gomme est la structure habituelle :

Au début, autour d'un vaisseau capillaire, accumulation de cellules embryonnaires placées au contact les unes des autres; puis, évolution rapide de ces cellules, accroissement de leur cytoplasma qui devient acidophile et prend par compression la forme polygonale (aspect épithélioïde); à leur maximum de développement, dégénérescence granuleuse et graisseuse (mais jamais suppuration véritable) du cytoplasma des cellules.

Tandis que la masse s'accroît rapidement, une trame conjonctive se forme à sa périphérie.

Tous ces stades se retrouvent dans la gomme adulte, qui n'est autre qu'un amas de ces nodules élémentaires. Du centre à la périphérie, on voit un noyau central de caséum, des cercles de cellules de plus en plus jeunes, épithélioïdes d'abord, puis lymphoïdes.

L'endo-péri-artérite est constante au niveau de la gomme; c'est là l'élément le plus caractéristique de toute lésion syphilitique, secondaire ou tertiaire. Dans certains cas, la prolifération cellulaire est tellement abondante que la lumière du vaisseau est entièrement obstruée.

Au voisinage la perméabilité des vaisseaux est conservée. Ainsi, est évitée une destruction aussi étendue que celle des lésions tuberculeuses; de plus, la réparation des tissus atteints est possible.

Au lieu de former des amas gommeux, le processus syphilitique peut rester diffus, formant des nappes d'infiltration leucocytaire.

Quelle que soit la forme des lésions, elles aboutissent toujours à un tissu de sclérose à la formation duquel prend part la réaction irritative du

tissu conjonctif ambiant. L'encéphalite gommeuse diffuse pénètre la substance nerveuse sous forme d'infiltration interstitielle. Bientôt se produisent des lésions secondaires; lésions de sclérose méningée avec obstruction des petits vaisseaux de l'écorce, lésions de ramollissement cérébral plus ou moins étendu, par compression ou par thrombose des vaisseaux. Le tissu de sclérose ainsi formé est ferme et dense. Pour Lancereaux, il se distingue des autres variétés de sclérose cérébrale par sa plus grande tendance à subir la dégénérescence graisseuse.

Les éléments nerveux sont habituellement détruits au voisinage des productions syphilitiques.

Une question de grand intérêt est celle des rapports respectifs de la méningite et de l'artérite syphilitique. Souvent, nous l'avons vu, la méningite syphilitique diffuse accompagne l'artérite et, autour des artères atteintes, existe une infiltration trouble ou même un exsudat concret, opaque et jaunâtre. Cette méningite a été considérée comme la conséquence de la diffusion des lésions artérielles et péri-artérielles (20).

Actuellement, avec Lancereaux, Darier, Nageotte et grâce, en particulier, aux recherches histologiques de ce dernier, on admet que les lésions artérielles sont secondaires au processus méningé. L'irritation méningée, la « méningite histologique » généralisée est de règle dans toute syphilis nerveuse en évolution et elle est la première en date. Elle est d'abord minime, superficielle et peu apparente; plus tard elle s'accuse en même temps qu'elle se localise et « sert de base et de fondation à des lésions plus accentuées et plus désorganisatrices », parmi lesquelles, l'artérite est la plus commune. Elle peut arriver, au voisinage des foyers artériels, à former de gros placards de méningite gommeuse ou fibro-gommeuse.

D'ailleurs, la réaction cellulaire si précoce du liquide céphalo-rachidien, ne fait que révéler, du vivant du malade, cette méningite diffuse.

III. Lésions banales du cerveau consécutives aux lésions spécifiques. — Les conséquences anatomiques des lésions spécifiques, c'est-à-dire le retentissement des lésions syphilitiques sur le parenchyme cérébral, sont une des principales conditions de la production des hémiplégies. En effet, à l'inverse des néoplasies intra-cérébrales ou cérébro-méningées, qui agissent, la plupart du temps, par elles-mêmes, en comprimant ou détruisant les cellules et les fibres du faisceau pyramidal, les lésions vasculaires ne les produisent qu'indirectement. Leur intermédiaire est une lésion banale du parenchyme cérébral : ischémie ou ramollissement, ou foyer d'hémorragie cérébrale. A vrai dire ces lésions n'ont, au point de vue anatomo-pathologique, rien que de banal; ce sont les mêmes altérations que l'on voit dans tout ramollissement, dans toute hémorragie.

Le ramollissement cérébral est la plus commune des lésions consécutives à l'artérite syphilitique. Il relève ordinairement de l'*artérite compliquée de thrombose*.

Les localisations électives de l'artérite spécifique aux artères de la base expliquent la fréquence de ces ramollissements. « C'est, en effet, des foyers d'élection de l'artérite que partent les principales artères centrales, lesquelles sont des artères terminales à territoire fermé. Des cérébrales antérieure et sylvienne proviennent les striées, lenticulo-striées et lenticulo-optiques qui pénètrent jusqu'aux noyaux centraux par l'espace perforé antérieur... Du tronc basilaire se détachent d'importantes artères perforantes qui irriguent les noyaux et faisceaux de la protubérance. Or, il n'est pas nécessaire que les troncs artériels soient oblitérés, il suffit qu'ils soient atteints d'endartérite pariétale dans un point correspondant à l'origine de quelqu'une de ces branches centrales, pour qu'il en résulte un foyer de ramollissement avec ses funestes conséquences (21). »

Darier ajoute : « C'est ainsi que s'expliquent les foyers de ramollissement limités et parfois multiples, qu'on observe dans la protubérance, par exemple (22). »

Le ramollissement cérébral occupe, dans la majorité des cas, les noyaux gris du corps strié. Bien plus rarement, l'artérite disséminée sur les branches terminales de la sylvienne engendre de petits ramollissements corticaux ou sous-corticaux, souvent multiples.

L'artérite du tronc basilaire et des branches qui en partent produit des foyers analogues dans le pédoncule et la protubérance.

Ces ramollissements sont de volume variable, souvent ils sont punctiformes.

Les lésions microscopiques en sont banales : dilacération et fragmentation de la substance nerveuse; réplétion des gaines vasculaires par des granulations graisseuses de tout volume; abondance des corps granuleux, altérations diverses chromatolytiques, nucléaires et protoplasmiques des cellules nobles; prolifération de la névroglie. Les ramollissements du mésocéphale montreraient parfois une prolifération cellulaire active (Lancereaux), caractéristique de la syphilis, et qui ne s'observerait pas dans les ramollissements vulgaires.

L'ischémie cérébrale se différencie du ramollissement en ce qu'elle n'est pas une nécrobiose résultant de l'anémie d'un territoire cérébral, mais un simple trouble nutritif dû à une irrigation insuffisante et se traduisant par un amoindrissement de la fonction, une « méiopragie », (en l'espèce, paralysie temporaire). Il n'y a donc pas de lésions anatomiques, bien que l'on ait pu décrire, dans certains cas, quelques modifications dans l'aspect des cellules.

Quant aux hémorragies intra-cérébrales, relativement rares (Chvosteck, Joffroy et Létienne), elles sont, le plus souvent, la conséquence de la rupture d'un anévrisme, parfois de la rupture d'une *artère non ectasiée* (Brault et Letulle). Leurs foyers ne se différencient en rien de ceux des hémorragies cérébrales d'autre origine.

*
* *

Les lésions fondamentales de l'hérédo-syphilis ne se distinguent en rien de celles de la syphilis acquise de l'adulte.

*
* *

Le *treponema pallidum* existe-t-il dans les centres nerveux des hémiplégiques syphilitiques? Telle est la question que nous avons essayé de résoudre, mais nos recherches ont été négatives. La littérature médicale contient, d'ailleurs, fort peu de constatations de tréponème dans les centres nerveux, qu'il

s'agisse de syphilitiques adultes ou de nouveau-nés hérédo-syphilitiques.

L'examen sur frottis du liquide céphalo-rachidien du nouveau-né hérédo-syphilitique n'a rien montré à Ravaut et Darré (23). De même, celui de l'adulte, sauf dans un cas où Sézary et Paillard ont pu trouver le tréponème à l'ultra-microscope (24).

Sur les préparations histologiques du système nerveux, la même recherche n'a donné que six résultats positifs : une fois à Simmondo qui a trouvé le tréponème dans le cerveau et la moelle épinière d'un hérédo-syphilitique macéré; cinq fois à Ravaut et Ponselle (25). Dans un de leurs cas, enfant hérédo-spécifique avec manifestations nerveuses, il y avait une forte mononucléose du liquide céphalo-rachidien.

Ces auteurs, après imprégnation à l'argent, trouvèrent de nombreux parasites spiralés dans le foie et la rate, des tréponèmes autour des vaisseaux et dans le tissu inflammatoire périphérique des méninges de la base et aussi autour des vaisseaux des lésions corticales. Il s'agissait, en somme, d'une véritable méningite chez un hérédo-syphilitique, avec présence de tréponèmes au niveau des lésions.

Leurs quatre autres cas (26) comprenaient deux syphilis héréditaires et deux syphilis acquises, dont l'une ne datait que de deux ans. Chez deux de ces malades, il existait une grosse lymphocytose céphalo-rachidienne. Le tréponème se trouvait dans le noyau des cellules épendymaires de la moelle et dans les cellules névrogliques péri-épendymaires.

M. Nageotte, il est vrai (27), a discuté les conclusions de ces auteurs, au sujet de l'identité des tréponèmes de leurs préparations.

III

Diagnostic anatomique. — Le diagnostic anatomique de l'artérite syphilitique se base surtout, au point de vue macroscopique, sur les caractères suivants : localisation élective et parfois exclusive sur les artères de la base du cerveau, constitution presque toujours fibreuse, rarement caséeuse, presque jamais calcaire des lésions.

Au point de vue microscopique, la constatation de nodules gommeux a une grande importance; par contre, l'état nécrotique de certaines portions de la néoplasie fibro-cellulaire, la présence de quelques cellules géantes en ont infiniment moins.

Si nous envisageons spécialement les diverses variétés d'artérites, nous voyons que « l'endartérite syphilitique est caractérisée par son développement souvent énorme, par son évolution plastique, sans dégénérescence graisseuse en îlots, sans dépôts calcaires. La panartérite aiguë, avec son infiltration cellulaire diffuse abondante, et sa désorganisation rapide des tuniques artérielles paraît, jusqu'à preuve du contraire, imputable seulement à la syphilis (28) ». « La panartérite scléreuse emprunte son cachet syphilitique à son caractère purement scléreux, à l'absence de dépôts graisseux et calcaires, à la présence de nodules embryonnaires; mais cette forme impose cependant une certaine prudence dans l'affirmation. »

Le diagnostic anatomique est donc parfois, lorsque les caractères précédents ne sont pas d'une pureté absolue, fort difficile. Il est surtout à faire avec l'artérite tuberculeuse et l'athérome cérébral. Les autres artérites n'ont, semble-t-il, pas de prédilection pour les artères cérébrales (leur histoire se confond en grande partie avec celle de l'athérome).

L'*artérite tuberculeuse*, dans celle de ses formes que l'on pourrait confondre avec l'artérite syphilitique, est caractérisée par une infiltration tuberculo-caséeuse de la paroi, avec follicules épithélioïdes ou nécrotiques, munis de nombreuses cellules géantes et renfermant des bacilles. Les artères malades siègent généralement au voisinage d'une plaque de méningite caséeuse.

L'*athérome* est d'un diagnostic autrement difficile, parfois même impossible. Lui aussi frappe fréquemment les artères de l'encéphale.

Les caractères différentiels macroscopiques peuvent être ainsi décrits : « Lésions plus diffuses, parfois même, avec des degrés variables d'intensité, étendues à tout le système cérébral artériel, y compris les ramifications les plus fines rampant sur l'encéphale ou pénétrant dans sa masse; prédominance au niveau des courbures et des angles de bifurcation; pas d'extension du processus aux méninges. » Lorsqu'il dilate le calibre des artères, il les allonge et les rend sinueuses et tortueuses, ce que ne fait pas la syphilis. Enfin il est caractérisé par une tendance marquée à l'infiltration graisseuse et aussi à l'infiltration calcaire, ce qui rend les vaisseaux rigides et cassants.

L'examen microscopique montre que les lésions dégénératives l'emportent souvent sur les néoformations. Dans la couche profonde de la tunique interne, tout près de la lame élastique, les cellules se remplissent de granulations graisseuses d'abord très fines et très serrées, puis de plus en plus grosses, mélangées à des cristaux d'acides gras, de cholestérine et à des sels calcaires. Finalement, ces cellules s'arrondissent et se fondent en une bouillie qui est l'athérome.

Souvent toute l'épaisseur de la tunique interne hyperplasiée subit cette dégénérescence.

Malheureusement pour la précision du diagnostic, les lésions ne sont pas toujours aussi typiques. Darier, d'ailleurs, n'a-t-il pas pu dire qu'à côté des lésions de la syphilis artérielle caractéristiques et facilement reconnaissables, il en est certaines « si exactement superposables à celles du processus dit athéromateux qu'on est en droit de compter la syphilis parmi les causes de l'athérome (29) ».

Le diagnostic des gommes cérébrales est à faire avec les tubercules et parfois avec les noyaux cancéreux secondaires du cerveau.

D'une façon générale, le diagnostic avec le *tubercule* solitaire du cerveau se fait en reconnaissant le plus grand volume de la gomme, la moins grande régularité de son contour, sa moins grande tendance à la caséification, surtout la présence d'une sorte de coque fibreuse, à demi-transparente, grisâtre ou gris rougeâtre, « assez analogue d'aspect au tissu sarcomateux » (Lancereaux) qui l'isole du reste du tissu cérébral. Mais, nulle part ailleurs que dans le cerveau, la gomme syphilitique n'offre autant de ressemblances avec le tubercule solitaire (Virchow), à tel point, que le diagnostic anatomique peut rester en suspens.

Le diagnostic avec les *noyaux cancéreux secondaires*, en dehors de la notion du néoplasme primitif, peut parfois être difficile et nécessiter l'examen microscopique.

Quant aux méningites gommeuses aiguës ou chroniques, leur diagnostic est généralement pos-

sible grâce à leur localisation prédominante à la base du cerveau, grâce surtout aux lésions concomitantes des artères. L'origine syphilitique de certaines méningites fibreuses ne peut cependant, souvent, qu'être soupçonnée.

*
* *

La connaissance des diverses lésions anatomiques et du mécanisme par lequel elles entraînent l'hémiplégie, nous permet de prévoir certains caractères cliniques.

C'est ainsi que des phénomènes passagers et transitoires, éblouissements, paralysies ou aphasie, pourront se produire lorsqu'il y aura oblitération partielle d'un vaisseau (par endartérite pure, ou surtout par thrombose), ou encore, lorsqu'il y aura oblitération totale, avec rétablissement de la circulation par des anastomoses. (Dans le cerveau les anastomoses existent surtout entre les gros vaisseaux de la base, au niveau de l'hexagone de Willis, et entre les artères terminales, au niveau de la pie-mère.) Dans l'un et l'autre cas, la diminution de l'irrigation sanguine, ou ischémie, des territoires correspondants produit un trouble nutritif avec amoindrissement de la fonction (méiopragie).

Si l'oblitération est complète ou les anastomoses insuffisantes, il y aura au contraire nécrobiose, c'est-à-dire ramollissement vrai.

Les placards de méningite, de méningo-encéphalite entraînent l'altération du parenchyme cérébral sous-jacent, en déterminant la thrombose des artérioles qui les traversent. Il s'agit moins de ramollissement, que de lésions diffuses étendues en surface et pénétrant peu au-dessous de l'écorce.

Enfin, les tumeurs gommeuses, les plaques de méningite scléro-gommeuses, les anévrismes même dans certains cas agissent par compression ou destruction directe des éléments nerveux; d'autres fois ils déterminent à leur périphérie des phénomènes congestifs, qui se traduisent cliniquement par des phénomènes paralytiques, passagers et transitoires.

IV

Symptômes. — Il est délicat de tracer le tableau symptomatique de l'hémiplégie des syphilitiques. Trop de faits cliniques, d'aspect et d'évolution diverses, doivent y prendre place pour qu'on puisse les ranger tous dans un même chapitre.

Il serait tentant de se servir des données de l'anatomie pathologique, classant les faits en hémiplégies par artérite cérébrale, et en hémiplégies par lésions méningo-encéphaliques scléro-gommeuses. Malheureusement, une telle division ne correspondrait pas toujours à la réalité clinique. Possible, lorsqu'il s'agit de décrire toutes les manifestations de la syphilis cérébrale, elle serait dangereuse pour la seule hémiplégie.

L'on pourrait, peut-être aussi, songer à classer les faits en hémiplégies à évolution favorable et en hémiplégies persistantes et non curables. Cela serait séduisant, mais ne permettrait pas davantage de rester exact et clair.

Nous baserons donc notre description sur le tableau clinique, particulièrement sur le mode de début de l'hémiplégie et sur ses associations avec d'autres troubles morbides, et répartirons nos cas en trois groupes.

Mais, quelles que soient les formes cliniques qu'elles réalisent, les hémiplégies syphilitiques ont un caractère commun qui les distingue entre toutes: c'est l'existence de prodromes spéciaux.

Prodromes. — Ces prodromes sont presque constants. Ils peuvent apparaître des semaines, des mois ou même des années avant l'hémiplégie.

De tous, la céphalée est le plus constant et le plus important : c'est une céphalalgie *intense*, *profonde*, diffuse ou circonscrite, à *type nocturne*, améliorée par le traitement spécifique. Dans quelques cas assez rares (liés surtout à l'artérite), elle a pu manquer.

En même temps, le sujet est triste et abattu, devient irritable, sa santé générale fléchit, il éprouve diverses sensations paresthésiques : éblouissements, bourdonnements, sifflements. Deux phénomènes surtout ont une certaine valeur : d'une part, les troubles graves de l'audition, la surdité subite unilatérale ou les vertiges que l'on peut rattacher à une altération de l'oreille interne; d'autre part, la migraine ophtalmique qui paraît due à l'ischémie des bandelettes optiques ou des centres corticaux de la vision.

1° *Hémiplégies à début progressif et souvent précédé de phénomènes ischémiques.* — Après s'être annoncée par les troubles prodromiques, la maladie donne souvent des avertissements plus nets encore, sous forme d'attaques paralytiques, légères et transitoires.

Celles-ci apparaissent à l'occasion d'une fatigue, d'un excès de travail ou sans cause appréciable; s'accompagnent, parfois, d'obscurcissement de l'intelligence, de sensations d'étourdissement et même de perte de connaissance. Il n'est pas rare qu'un peu d'embarras de la parole, une aphasie plus ou moins marquée ne s'y joignent.

L'hémiplégie est légère et incomplète, comme si elle voulait n'offrir que l'ébauche de ce qu'elle sera; le bras ou la jambe sont simplement engourdis et lourds. Ou bien elle est typique. Mais, quel que soit son degré, elle dure peu de temps, quelques jours à peine, et disparaît facilement.

Ces troubles, si fugaces et, en apparence, si légers, se répètent une ou plusieurs fois, dans la même journée ou à des mois d'intervalle. Les membres frappés par les secondes attaques ne sont pas toujours ceux que les premières ont désignés.

Puis, que ces phénomènes d'ordre ischémique l'aient ou non précédé, lorsque l'hémiplégie survient, complète et permanente, elle affecte une allure caractéristique. *Elle s'installe, peu à peu, progressivement, et met plusieurs jours à se compléter.* Nous n'en saurions donner de meilleure description que le résumé d'une observation de Klippel et Charrier (30) : la paralysie avait débuté par une monoplégie crurale, le lendemain seulement, l'hémiplégie s'était complétée en s'étendant au bras, puis deux jours après survenait une paralysie faciale avec aphasie incomplète. Quelques jours plus tard, le malade étant déjà en traitement, le côté gauche se prenait à son tour, au moment où s'améliorait l'hémiplégie droite.

2° *Hémiplégies accompagnées d'autres phénomènes pathologiques, réalisant un tableau morbide où plusieurs éléments peuvent servir au diagnostic.* — Ces hémiplégies ne surviennent pas à la suite d'un ictus, à la façon des précédentes, mais se développent plus qu'elles encore peut-être, lentement et progressivement. Elles restent souvent incomplètes, parésies plutôt que paralysies. *Surtout, elles font partie de*

tableaux morbides dont elles ne constituent qu'un des éléments et où se placent, sur le même plan qu'elles, des troubles méningitiques, des paralysies des nerfs craniens, des crises épileptiques. Ces symptômes sont ordinairement les premiers en date et traduisent la multiplicité des lésions.

Les troubles méningitiques, lorsqu'ils existent, dominent le tableau clinique et l'hémiplégie n'apparaît que comme un phénomène secondaire; à l'apyrexie près, l'aspect est souvent celui d'une méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale.

Dans les autres formes, où l'hémiplégie coexiste avec des paralysies des nerfs craniens et surtout des paralysies des nerfs moteurs de l'œil, celles-ci constituent des symptômes capitaux. Celle de la troisième paire est l'une des plus fréquentes [39 p. 100 des cas, Uhthoff (31)], des plus précoces et des plus caractéristiques, « son existence, à elle seule, doit faire soupçonner la vérole » (Lancereaux), « elle en est comme la signature » (Fournier). Elle peut être totale et complète, parfois même double, le plus souvent elle est incomplète et partielle (ptosis, léger strabisme externe, troubles pupillaires, etc.).

La paralysie du moteur oculaire externe est plus rare (11 cas, Uhthoff), du moins à titre de paralysie isolée ; la paralysie isolée du pathétique n'a jamais été constatée.

La paralysie du facial (type périphérique) accompagne souvent l'hémiplégie; elle peut être précoce (31) et l'on connaît des cas, comme celui de Gilles de la Tourette et Hudelo (32), où ces deux lésions étaient contemporaines de la roséole.

La paralysie du trijumeau, les troubles auditifs, de pronostic fâcheux (Fournier), les troubles de la vision (diminution de l'acuité visuelle, amblyopie, hémianopsie, cécité même), l'anosmie peuvent aussi s'observer.

Quant aux crises épileptiformes, qu'elles précèdent ou accompagnent l'hémiplégie, leur association avec elle a la plus grande valeur. Les crises peuvent revêtir tous les types, depuis l'épilepsie jacksonnienne jusqu'aux diverses variétés du mal comitial (33).

L'aphasie accompagne souvent le syndrome épilepsie-hémiplégie droite.

3° *Hémiplégie complète d'emblée et de type banal.* — Reste un troisième mode de début pour l'hémiplégie : le début brusque avec ou sans ictus apoplectique, sans troubles ischémiques antérieurs. Il rappelle de tous points celui de l'hémiplégie banale par ramollissement ou hémorragie cérébrale.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE LES FISSURES ET CREVASSES (Sabouraud.)

Passer sur les parties malades, au pinceau, une couche de baume du commandeur ; laisser sécher, puis enduire la région fissurée, main, lèvre, avec :

Glycérolé d'amidon neutre.....	30 grammes.
Résorcine..................	0gr05

(*Nouveaux Remèdes.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1910)

Transplantations veineuses. — M. Kirmisson, à propos de l'intéressante communication de M. Tuffier sur ce sujet, a dit que ces essais de transplantation veineuse avaient déjà été faits par un chirurgien allemand. C'est une erreur. C'est un chirurgien français, M. Tanton, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui a fait les premières expériences sur les animaux.

M. Tuffier ajoute quelques explications à sa communication. Chez le malade dans l'urètre duquel il a fait une transplantation veineuse, il a pu passer une sonde n° 20.

Quant aux greffes ovariennes extra-péritonéales qu'il a faites sur plusieurs femmes, il a pu constater qu'il y avait dans ces greffes des phénomènes de vitalité qui duraient depuis deux ans.

Polypes naso-pharyngiens. — M. Rouvillois, à propos de la présentation de M. Delbet, rapporte l'observation suivante. Le 15 novembre 1909, entre au Val-de-Grâce un soldat qui présentait une grande gêne dans la respiration nasale. Cet homme avait reçu un coup de pied de cheval. A l'examen on voyait le voile du palais refoulé en avant par une tumeur grosse comme une mandarine. Au toucher, la tumeur semblait bien implantée sur l'apophyse basilaire. Après anesthésie locale et l'introduction d'un tube de caoutchouc dans la narine, la tumeur put être extraite avec une pince de museux. Il y avait un prolongement nasal. Le malade eut plusieurs hémorragies graves suivies de syncopes et qui nécessitèrent le tamponnement. Le huitième jour, il eut une hémorragie plus abondante et succomba. A l'autopsie, on vit que le point réel d'implantation de la tumeur était la paroi inférieure du sinus sphénoïdal droit. L'apophyse basilaire était indemne.

M. Rouvillois a pu rassembler une quinzaine d'observations analogues. Dans quelques-unes de ces observations il y avait eu des troubles fonctionnels. Il n'y en avait pas eu chez le malade en question.

M. Rouvillois refait l'histoire des polypes naso-pharyngiens et rappelle les travaux de Nélaton, Verneuil, etc. Il insiste sur la difficulté de diagnostiquer d'une façon précise le véritable point d'implantation de ces tumeurs, l'apophyse basilaire étant, selon lui, plutôt l'exception. Il insiste également sur l'importance des prolongements. Il rappelle les différents procédés opératoires mis en usage, les dangers des hémorragies secondaires. A ce dernier point de vue, il pense qu'il y aurait avantage à recourir à la ligature préventive des deux carotides externes.

M. Kirmisson fait observer que les points d'insertion de ces polypes sur les diverses parties de la base du crâne sont plus étendus qu'on ne l'avait cru. Ils sont loin d'être limités à l'apophyse basilaire. L'intervention par les voies naturelles peut conduire à des désastres par suite des prolongements méconnus et laissés en place. M. Kirmisson est partisan de l'opération large et complète. Il pense que la radioscopie pourrait être d'un bon secours pour le diagnostic d'implantation et des prolongements de ces tumeurs.

M. Sieur rappelle toutes les variétés que peuvent présenter les polypes naso-pharyngiens, la diversité de leurs points d'implantation, l'apophyse basilaire n'étant pas toujours ce point d'implantation, les prolongements de ces tumeurs dans les cavités voisines ou même dans le crâne. Dans des recherches que M. Sieur a faites en collaboration avec M. Jacob, les auteurs ont insisté sur les rapports assez fréquents de ces tumeurs avec le sinus sphénoïdal. Ils ont aussi

insisté sur l'implantation, sur la paroi postérieure du sinus ethmoïdal, sur les prolongements orbitaires, dans la fosse pharyngo-maxillaire, sur l'effondrement, dans certains cas, de la selle turcique. L'insertion de ces fibromes est donc très variable.

M. Sieur croit utile la ligature préventive des carotides externes, la possibilité des hémorragies secondaires étant très à craindre à la suite de l'ablation de ces tumeurs.

M. Quénu estime que la double ligature des carotides externes est très utile. Il est partisan de l'opération de Nélaton, de l'incision de la voûte palatine et du voile du palais, à condition que la réparation soit faite immédiatement après l'opération; la palatoplastie et la staphylorraphie secondaires ne donnant pas toujours d'aussi bons résultats.

M. Nélaton rappelle que son père tenait précisément à ce que l'on conservât une brèche ouverte par laquelle on pût poursuivre les récidives par des applications d'acide chromique.

M. Quénu fait observer qu'il y a certaines variétés de tumeurs naso-pharyngiennes qui récidivent quoi qu'on fasse. Mais cependant, pour beaucoup de ces tumeurs, on peut arriver à une ablation bien complète et mettant bien à l'abri des récidives, à condition qu'on fasse des opérations larges, ce qui est devenu plus facile aujourd'hui que nous sommes mieux instrumentés.

M. Kirmisson rappelle un procédé particulier qu'il a vu employer à Alphonse Guérin. Il estime que dans bien des cas il faut recourir aux cautérisations secondaires. Cela dépend s'il s'agit de fibromes ou de sarcomes. A partir d'un certain âge, ces récidives ne sont plus à craindre.

M. Quénu a vu, en 1873, Alphonse Guérin faire sauter la voûte palatine, inciser le voile du palais et ruginer l'implantation de ces tumeurs sur l'apophyse basilaire au milieu du sang. Pour M. Quénu, la ligature préalable des deux carotides s'impose.

Laryngectomie totale. — Dans la dernière séance M. Sebileau a fait connaître son procédé de laryngectomie totale. A ce propos, M. Le Bec a écrit une note à la Société dans laquelle il fait connaître tous ses droits à la priorité du procédé de laryngectomie totale décrit par M. Sebileau.

M. Hartmann, chargé d'un rapport, fait observer que M. Sebileau n'a pas fait d'historique de la question et s'est borné à décrire le procédé auquel il a recours actuellement. Enfin dans le procédé de M. Sebileau, il est des particularités qui le différencient quelque peu du procédé de M. Le Bec. Quoi qu'il en soit, M. Hartmann reconnaît qu'on ne saurait refuser à M. Le Bec la priorité qu'il réclame.

Obstruction intestinale chez un malade atteint de hernie inguinale considérable non étranglée. — M. Delagenière rapporte l'observation d'un homme de soixante-sept ans qui était atteint d'une volumineuse hernie inguinale, irréductible, non étranglée et qui, sans prodromes, fut pris de tous les signes d'une obstruction intestinale. M. Delagenière fit la laparotomie et trouva une corde mésentérique dure, étranglant une anse intestinale et qui se prolongeait jusque dans la hernie. Il dégagea l'intestin et réduisit la hernie. M. Delagenière appelle l'attention sur un cas d'occlusion intestinale trouvé chez des porteurs de hernies volumineuses irréductibles, mais non étranglées elles-mêmes.

Parmi les présentations, nous signalons le cas intéressant présenté par M. Guinard d'un abcès du foie fistuleux guéri par une seule injection de 60 centimètres cubes de pâte de Beck bismuthée. La radiographie montra l'étendue exacte de cet abcès occupée maintenant par le bismuth.

LIVRES NOUVEAUX

La Joie passive (1), par le docteur M. Mignard.

La joie passive qu'étudie l'auteur est une joie pathologique. C'est un état d'euphorie fréquent chez certains aliénés appartenant surtout aux groupes des idiots, des paralytiques généraux et des déments séniles.

Cliniquement elle s'accompagne des signes qui d'ordinaire traduisent la dépression ou la ruine de toutes les activités organiques et particulièrement des fonctions intellectuelles, affectives et volontaires; souvent même elle s'associe à la torpeur cérébrale et à l'inertie la plus complète. Elle se montre dans différents états de déchéance somatique et psychique, congénitale ou acquise, mais toujours accusée et grave; elle est surtout fréquente dans les phases de cachexie et de démence.

Cette euphorie béate paraît pour les individus qui en sont atteints du plus fâcheux augure. La vie des uns, l'intelligence de tous sont irrémédiablement compromises.

Au point de vue de l'analyse psychologique il s'agit dans ces états d'un rétrécissement du champ de l'activité intellectuelle, d'un monoidéisme involontaire et sans effort, comparable à celui des états d'extase. Cette sensation de vague béatitude apparaît donc en quelque sorte tout l'opposé de la joie active, saine et complète, liée à l'exercice harmonieux de nos organes et de nos facultés. Toutes deux cependant ont un caractère affectif commun c'est le sentiment agréable. La raison de ce sentiment dans des états aussi différents, le docteur Mignard l'explique par une théorie ingénieuse. Pour lui c'est l'absence d'inhibition qui caractérise les états de satisfaction, aussi bien l'état de joie dans l'activité que celui de béatitude dans la torpeur, alors que, tout à l'opposé, c'est l'exagération de ces mêmes phénomènes d'inhibition qui expliquerait le sentiment pénible des états de mélancolie et d'anxiété.

Ce livre est une étude clinique et psychologique claire, documentée et de lecture fort attrayante. En sus des observations nouvelles et des recherches personnelles qu'elle apporte, elle a le grand mérite d'attirer l'attention sur la haute valeur sémiologique de cette euphorie morbide fréquente et si intéressante. PAUL CAMUS.

Bagnoles de l'Orne (2), par le docteur P.-R. Joly.

Dans ce petit ouvrage, fort bien fait, le docteur Joly s'est proposé tout d'abord de grouper les documents épars relatifs à Bagnoles de l'Orne, puis d'y ajouter le résultat de ses observations et de ses expériences.

Dans une première partie, l'auteur étudie les eaux au point de vue géologique, physique et chimique; dans une seconde partie il expose l'action physiologique de ces eaux sur l'organisme humain; enfin, synthétisant ces données, il établit une théorie pouvant expliquer les faits physiologiques et cliniques observés. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-16 de 276 p. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8 de 128 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La sixième édition des Consultations médicales du professeur Grasset, sixième édition, revue et très augmentée, avec la collaboration du docteur V. Vedel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-18 de 535 pages, reliure peau souple, tête dorée. — Prix : 6 fr. 50. — Montpellier, Coulet et fils.

Les Régimes usuels, par les docteurs Paul Le Gendre, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Alfred Martinet, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de IV-435 pages (de la bibliothèque de thérapeutique clinique). — Prix : 5 fr. — Paris, Masson et Cie.

Cure radicale de la hernie inguinale, par le docteur Lucas-Championnière. In-8 carré de 192 pages avec 53 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

N° 25. — MARDI 1er MARS 1910. 83e ANNÉE. MARDI 1er MARS 1910. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — Questions données : « Anatomie pathologique de la tuberculose du foie. — Complications pleuro-pulmonaires des scléroses rénales. Symptômes et diagnostic. »

Questions restées dans l'urne : « Pneumonie du sommet. Symptômes et diagnostic. — Symptômes et diagnostic de l'angor pectoris. »

« Anatomie pathologique du rein amyloïde. — Anatomie pathologique de la tuberculose intestinale. »

Le jury s'est divisé en deux sections :

Anatomie. — MM. P. Marie, Siredey, Dalché, Balzer et Hirtz.

Pathologie. — MM. Vaquez, Gouget, Triboulet, Thibierge et Hutinel.

Les séances d'anatomie auront lieu les mardis, jeudis, samedis, salle des Saints-Pères, à cinq heures, sauf celle du jeudi 3 mars qui aura lieu à huit heures et demie du soir.

Les séances de pathologie auront lieu les mardis, jeudis, samedis, à la Charité, à cinq heures.

— Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 23 février. — MM. Grivot et Lemaître, 19; Hautant, 18.

Epreuve orale. — Séance du 28 février. — Question donnée : « Complications de la scarlatine. »

MM. Grivot, 17; Lemaître, 16; Hautant, 18.

Prochaine séance (consultation), mercredi 2 mars, à neuf heures un quart du matin, à l'hôpital Saint-Antoine.

— Concours de l'internat. — Les 195 candidats ayant obtenu un total minimum de 11 points sont admis à subir l'épreuve orale.

Oral. — Séance du 25 février. — Question donnée : « Nerfs intercostaux. Zona intercostal. »

MM. Strauss, 11; Couinaud, 13; Salès, 8; Bailleul, 9; Morancé, 17; Besset, 16; Gautruche, 14; Pimpaneau, 12; Dubois (Robert), 15.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Biaute est chargé du 1er janvier au 31 octobre 1910 d'un cours complémentaire de maladies mentales.

— M. le docteur Texier est chargé pour la même période d'un cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le jury du concours annuel pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés et pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asile privé est constitué comme suit :

Président. — M. Granier, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur.

Membres titulaires. — MM. les docteurs Dupré, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Raviart, agrégé de la Faculté de médecine de Lille; Cossa, médecin en chef à l'asile de Saint-Pons (Alpes-Maritimes); Deny, médecin en chef à l'hospice de la Salpêtrière; Dezwarte, médecin en chef à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); Dodero, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône).

Membres suppléants. — MM. les docteurs Ameline, médecin en chef de la colonie de Chezal-Benoit (Cher); Marchand, médecin en chef à la maison nationale de santé de Charenton.

— M. de Genneville, secrétaire adjoint de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, est nommé secrétaire du jury.

GUERRE. — Service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 25 février 1910, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été affectés aux corps de troupes d'artillerie ci-après créés à la date du 1er mars 1910, en exécution de la loi du 25 juillet 1909 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Crussard, passe au 7e groupe d'art. à pied d'Afrique; Duhaut, au 48e d'art.; Lévêque, au 10e d'art. à pied; Gallot, au 8e d'art. à pied; Romary, au 9e d'art. à pied; Dusolier, au 58e d'art.; Trassagnac, au 5e d'art. à pied; Fayollat, au 1er d'art. de montagne; Escande de Messières, au 61e d'art.; Angué, au 2e d'art. à pied; Vincent, au 62e d'art.; Fournereaux, au 5e d'art. à pied; Dauthuile, au 59e d'art.; Ehrmann, au 7e d'art. à pied; Munaret, au 6e groupe à pied d'art. d'Afrique; Perrot, au 46e d'art.; Guyard, au 3e d'art. à pied; Domage, au 2e d'art. de montagne: Mayrac, au 4e d'art. à pied; Brionval, au 6e d'art. à pied; Cenet, au 56e d'art.; Barthélemy, au 5e groupe d'art. d'Afrique.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Rondot, passe au 47e d'art.; Carpanetti, au 60e d'art.; Muller, au 54e d'art.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE. — La séance annuelle annoncée pour le 3 mars est remise au 17 mars. Elle se tiendra au Val-de-Grâce, à quatre heures, sous la présidence de M. le sous-secrétaire d'Etat. La prochaine séance ordinaire aura lieu le 10 mars.

DE L'APPARITION TARDIVE

DES

RÉACTIONS BIOLOGIQUES

PROVOQUÉES PAR LES KYSTES HYDATIQUES

Par MM. A. CHAUFFARD et Cl. VINCENT.

La toxicité hydatique, admise depuis longtemps d'après certains faits cliniques, restait douteuse ou rare sur le terrain expérimental jusqu'aux recherches biologiques récentes. Celles-ci nous en ont apporté deux preuves de valeur inégale, l'*éosinophilie* (Chauffard et Boidin), et surtout la *réaction de Weinberg*.

La valeur de la réaction de Weinberg n'est pas contestable, et on peut dire que, dans l'immense majorité des cas de kyste hydatique, l'épreuve est positive. Exceptionnellement elle peut être *négative*, ou ne devenir positive que *tardivement*. Un fait que nous venons d'observer permet de saisir, sous forme presque expérimentale, l'apparition tardive des *réactions toxiques*.

Chez un homme de quarante-six ans, porteur d'un foie volumineux, mais souple, on suspecte l'existence d'un kyste hydatique. L'examen du sang, pratiqué le 27 janvier et le 3 février 1910, donne un pourcentage de 80 poly et 2,5 à 3 d'éosinophiles, le chiffre total des leucocytes passant de 8000 à 24000.

La réaction de Weinberg est cherchée le 1er et le 2 février, en comparaison avec le sérum d'un malade opéré de kyste hydatique et renfermant des anticorps spécifiques, et avec divers antigènes, liquide hydatique humain ou de mouton, et même, au second examen, avec le propre liquide hydatique du malade obtenu comme nous le dirons dans un instant. Par le procédé rapide ou par le procédé lent la réaction est *négative*, alors que chez le témoin elle est positive.

Après un examen radioscopique qui montre l'existence d'un épanchement pleural droit (opacité limitée par une ligne horizontale et qui reste telle dans les changements d'attitude du malade) on pratique le 2 une ponction exploratrice, et celle-ci ramène 125 grammes de liquide hydatique avec des crochets.

Immédiatement, le malade manifeste *une triple réaction toxique*, par la fièvre, l'apparition de l'éosinophilie, la production d'anticorps dans son sérum.

La ponction ayant été pratiquée à une heure trente de l'après-midi, la température est de 38 degrés à trois heures, de 39 degrés le lendemain matin, de 40 degrés le soir, pour redescendre ensuite, et ne redevenir normale que le 6 février.

Dans la nuit du 5 au 6, petite vomique hydatique non suppurée.

L'examen du sang, le 6, donne 20000 leucocytes, 73 poly, 9,29 d'éosinophiles.

Enfin, la réaction de Weinberg, recherchée dans les mêmes conditions que précédemment, devient *positive*. Le 6 elle est certaine mais faible (le complément n'étant fixé totalement que dans un seul tube); le 14 février, après opération du malade, elle est totale.

Ainsi, chez notre malade, la toxicité hydatique était *biologiquement latente*, et elle s'est brusquement dévoilée à l'occasion d'une série d'inoculations, la ponction capillaire d'abord, puis la vomique, enfin l'opération. Le rôle de la ponction, comme l'a montré l'ascension immédiate du thermomètre, a été des plus nets.

Comment expliquer le caractère *tardif* de ces réactions, alors que le kyste était déjà volumineux et datait, cliniquement, *d'au moins un an?* Le fait est rare, et trois cas seulement sont relatés dans la thèse récente de L. Durand (1), dont un imputable à une technique défectueuse. Deux hypothèses sont soulevées dans ce travail : existence dans le sérum du malade de substances empêchantes, disparaissant après l'opération, ou résorption massive du liquide hydatique pendant l'opération et élaboration de nouveaux anticorps qui ont rendu la séro-réaction positive.

Notons que, chez notre malade, la ponction capillaire, première cause provocatrice de la réaction toxique, n'a pu faire disparaître du sérum aucune substance empêchante; elle a certainement agi comme un procédé d'*inoculation hydatique* et nous a montré de la façon la plus évidente avec quelle rapidité pouvait apparaître le syndrome de toxicité.

Au point de vue des réactions toxiques, on peut donc admettre trois types biologiques : formes *complètes* (éosinophilie + réaction de Weinberg); formes *dissociées* (réaction de Weinberg sans éosinophilie); formes *latentes* (absence des deux réactions), comme dans notre cas.

Mais, même dans ces derniers faits exceptionnels, on peut dire que la toxicité n'est latente que parce qu'elle reste *locale*. Nous connaissons déjà les éosinophilies locales, périkystiques, sans diffusion sanguine; le cas que nous venons de relater nous montre ce que l'on pourrait appeler la *toxicité hydatique enclose*, ne dépassant pas les limites, ordinairement franchissables, de la membrane hydatique, sauf le cas d'une effraction opératoire ou spontanée.

Des causes de la rétention intra-kystique des agents toxiques nous ne savons rien, et ne pouvons préciser le rôle de la membrane elle-même, de son épaisseur ou de sa consistance, ni celui de la zone scléreuse périkystique.

Appliquant les données précédentes à l'étude de l'*anaphylaxie hydatique*, récemment démontrée par les expériences et travaux (2) de Chauffard, Boidin et Guy Laroche, on peut dire que tout porteur de kyste hydatique qui présente des réactions toxiques positives (éosinophilie, réaction de Weinberg) est suspect d'être en état anaphylactique, l'anaphylaxie faisant défaut dans le cas inverse; que des réactions jusqu'alors négatives peuvent n'attendre qu'une occasion favorable pour se manifester ; enfin, que le taux des réactions biologiques permet jusqu'à un certain point d'apprécier le degré d'imprégnation toxique et

(1) Léopold Durand. *Diagnostic de l'échinococcose; importance de l'épreuve de Weinberg*, Th. de Paris, juillet 1909.

(2) Chauffard et Boidin. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1907, p. 1473. — Chauffard, Boidin et Guy Laroche. Anaphylaxie hydatique expérimentale, *Soc. de biol.*, 13 nov. 1909.

de réaction antitoxique de l'organisme. C'est en réalité la *réaction antitoxique* seule que nos moyens de laboratoire nous permettent en clinique d'atteindre, et, à cet égard, l'éosinophilie et la réaction de Weinberg peuvent être considérés comme de précieux et délicats procédés d'analyse antitoxique à la fois *qualitative* et *quantitative*.

SUR QUELQUES CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX.

Les particularités de la fièvre typhoïde, chez l'enfant, paraissent aujourd'hui bien connues, et, lorsqu'on parcourt les articles classiques qui lui ont été consacrés, depuis la monographie de Rilliet jusqu'aux plus récentes, il semble qu'il n'y ait rien à ajouter à son étude. Et cependant, la dothiénentérie peut, chez l'enfant, comme chez l'adulte, affecter des allures anormales, et donner lieu à des complications insolites. C'est ce que nous avons observé maintes fois. Aussi voudrions-nous, aujourd'hui, relater les cas qui nous ont le plus frappé. Ils proviennent presque tous du service de la clinique des Enfants-Malades. Avant de les exposer, qu'il nous soit permis d'adresser nos plus respectueux remerciements à nos maîtres, MM. Hutinel et Méry, à la libéralité desquels nous devons de pouvoir aujourd'hui publier ce travail.

Observation I. — Henri M..., sept ans et demi, entré à Bouchut le 8 octobre 1907, lit n° 8, pour gale.

Antécédents héréditaires. — La mère est morte tuberculeuse. Le père est bien portant. Il y a sept autres enfants, également bien portants.

Antécédents personnels. — L'enfant est assez délicat et chétif; à l'âge de dix-huit mois, il aurait eu des abcès froids, plus tard la rougeole et les oreillons. Depuis cinq semaines, il est atteint de gale, pour laquelle il fait un premier séjour à l'hôpital, du 8 au 14 octobre 1907.

Etat actuel. — Lorsqu'il est ramené, le 22 octobre, le petit malade paraît fatigué. Sa langue est sale, son teint pâle; il est maigre, décharné, et l'on trouve, dans les aines, dans les aisselles, dans les régions latérales du cou, des ganglions gros et durs, évidemment caséifiés. Les cils sont longs; il y a de l'hypertrichose. Bref, l'*aspect général est celui d'un petit tuberculeux* et l'examen des poumons confirme cette impression en décelant l'existence d'un affaiblissement respiratoire marqué dans la région sous-claviculaire. En divers points (face antérieure de la cuisse droite; dos de la main gauche), on trouve des cicatrices d'abcès froids. L'enfant est constipé, sa température est de 37°8.

Les jours suivants, la température monte progressivement, avec des rémissions matinales et des exacerbations vespérales de façon à atteindre, le 2 novembre, le chiffre de 40 degrés, auquel elle se maintient pendant une semaine environ. Pendant toute cette période d'oscillations ascendantes, le petit malade est triste, grincheux, il refuse de se laisser examiner, ne s'amuse pas et gémit toutes les fois qu'on le touche. Il paraît, par conséquent, présenter un certain degré d'hyperesthésie cutanée. Sa langue est sèche, la constipation est toujours très accusée, mais il n'y a ni céphalée, ni épistaxis, ni gargouillement iliaque, ni taches rosées. La rate est volumineuse. Les signes pulmonaires persistent.

Le 4 novembre, la température est à 39 degrés le matin, à 40 le soir; le pouls, à 120 régulier. Il y a du météorisme. La rate est nettement perceptible, la langue sèche. La respiration paraît accélérée. On constate l'existence du myœdème.

Le 6 novembre, le pouls est toujours à 120; il est régulier, mais dicrote. Le petit malade reste immobile pendant des heures, couché en chien de fusil; il est encore plus grognon que les jours précédents et refuse absolument de se laisser examiner. Il se plaint seulement d'insomnie. La constipation persiste. La langue est sèche, collante, il y a du gargouillement iliaque, du météorisme, de la splénomégalie. Comme phénomènes nerveux, voici ce que l'on note : les réflexes tendineux sont diminués, mais il n'y a ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig, ni symptômes oculaires, ni raie vasomotrice.

Le 7 novembre, le pouls commence à devenir dicrote, la respiration est un peu irrégulière. L'état est à peu près le même que la veille. Il n'y a toujours pas de taches rosées.

Le 8 novembre, apparaît une tache rosée.

Le 9, on constate encore quelques intermittences respiratoires. Le pouls est à 100 degrés, la respiration est à 36 degrés.

Le 10, l'enfant est encore plus grincheux que les jours précédents; il a déliré une partie de la nuit.

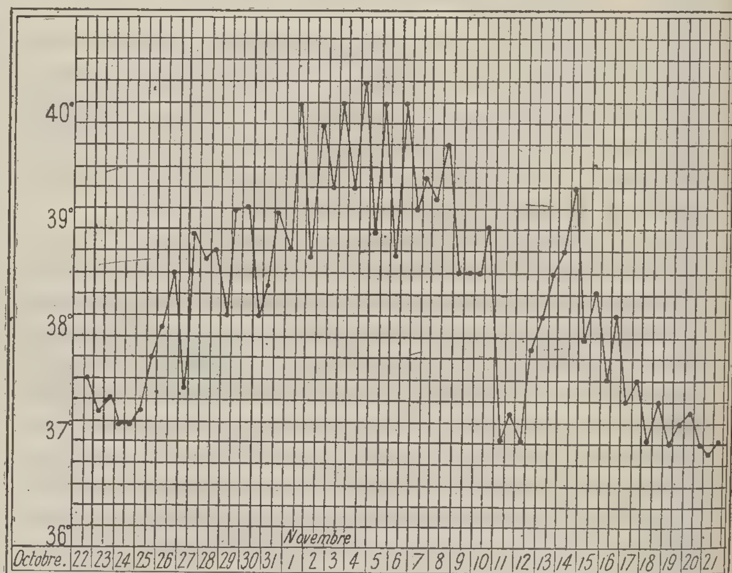


Fig. 1. — Obs. I.

Le 11, le pouls tombe à 92, la température à 37 degrés, chiffre auquel elle reste pendant vingt-quatre heures. Comme la veille, l'enfant s'était plaint de douleurs dans le flanc gauche, on redoute une hémorragie ou une perforation, mais on n'en trouve aucun symptôme. Le séro-diagnostic est, pour la première fois, positif.

Le 12, l'état ne s'est pas modifié; les selles continuent à être normales; on croit noter quelques intermittences du pouls.

Le 13, le pouls est à 120, la respiration à 44. Les phénomènes d'ordre méningé rétrocèdent.

Le 14, le pouls est à 104, la respiration à 24, la température remonte à 39°4; l'enfant est de nouveau très abattu, et on trouve, sur son corps, de nouvelles taches rosées.

Le 15 et les jours suivants, la température tombe progressivement, le petit malade s'éveille de sa torpeur, et, *le 22*, il demande à manger. Le prurit occasionné par la gale, qui s'était atténué pendant toute cette période, reparaît les jours d'après, la convalescence fait de rapides progrès, et en janvier 1908, l'enfant sort, complètement guéri.

Le cas dont nous venons de résumer l'histoire

offre un nouvel exemple des difficultés que l'on éprouve souvent à différencier la fièvre typhoïde de la granulie. Voilà un enfant de souche tuberculeuse, atteint lui-même d'adénopathies multiples, et, particulièrement, d'adénopathie trachéo-bronchique : il est pris assez brusquement de fièvre, devient triste, grincheux, somnolent, gémit lorsqu'on le touche ; sa constipation est extrême, son pouls bat aux environs de 120 ; il y a de l'accélération et des intermittences du rythme respiratoire : comment ne pas penser à une typho-bacillose ? Et cependant, comme l'avait annoncé le professeur Hutinel, il s'agissait d'une fièvre typhoïde banale chez un petit tuberculeux. Ici, les hésitations n'ont pas été de trop longue durée, car, bientôt, sont apparus des phénomènes typiques. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans un cas que nous avons jadis publié avec M. Méry (1), non seulement la clinique, mais encore le laboratoire, en décelant l'existence d'une lymphocytose céphalo-rachidienne abondante, nous avait orientés vers l'idée d'une méningite tuberculeuse, alors qu'en réalité, il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Voici d'ailleurs ce cas. Rappelons que des faits analogues ont été observés par Fritz, Moizard et Grenet, Cucherousset, etc.

Obs. II. — Lucienne B.., quatre ans et demi, entrée le 7 octobre 1910, salle Parot.

Enfant élevée au sein jusqu'à dix mois ; n'ayant eu, jusqu'à présent, aucune maladie sérieuse ; elle est souffrante depuis cinq ou six jours : elle a eu de la fièvre, a perdu l'appétit, se plaignant constamment de la tête. Constipation très marquée, ayant nécessité, il y a huit jours, un purgatif qui a été suivi d'une selle très fétide !

La constipation persiste, ainsi que la fièvre et la céphalalgie au moment de l'entrée à l'hôpital. Pas de vomissements, mais un peu de hoquet.

L'état, au 7 octobre, est le suivant : l'enfant présente une torpeur et un abattement extrêmes, répondant à peine aux questions posées, se plaignant beaucoup de la tête. Elle est couchée en chien de fusil et fuit la lumière. La nuque est raide, et le signe de Kernig, modéré, existe des deux côtés. Le pouls est rapide et présente quelques intermittences.

La langue est saburrale, sèche, un peu trémulente, le ventre paraît un peu rétracté.

Les masses musculaires ont gardé leur volume et l'enfant paraît avoir très peu maigri.

Tous ces signes nous font penser à une méningite tuberculeuse ; M. Méry se demande cependant, à cause de l'état de la langue et de la fétidité de l'haleine et des selles, s'il ne s'agit pas d'un état pseudo-méningitique consécutif à une intoxication intestinale, et prescrit de grands lavages d'intestin : les jours suivants, malgré le traitement, l'état ne se modifie guère, sauf l'apparition d'un peu de diarrhée que nous mettons sur le compte des lavages d'huile répétés ; les intermittences du pouls subsistent. Pour confirmer le diagnostic, nous décidons une ponction lombaire qui est pratiquée le 12 octobre. Le liquide jaillit avec une assez forte pression ; il est absolument clair et limpide.

Ce cyto-diagnostic, après centrifugation, montre une lymphocytose très abondante sans polynucléaires, et il nous paraît confirmer, sans hésitation, le diagnostic clinique de méningite tuberculeuse.

Mais, voici que, les jours suivants, l'état de la petite malade s'améliore régulièrement, la diarrhée s'accentue, les signes méningitiques disparaissent, le pouls est régulier, l'enfant sort de sa torpeur et se remet à causer et à jouer. La fièvre disparaît, seuls les symptômes digestifs, langue saburrale, diarrhée, persistent plus longtemps.

Ce retour à la santé nous fait abandonner notre premier diagnostic, et nous revenons à l'hypothèse d'une infection intestinale primitive, peut-être même d'une fièvre typhoïde anormale. C'était là la vérité, car le séro-diagnostic pratiqué le 23 octobre fut positif (séro-diagnostic au 1/20, agglutination en moins d'un quart d'heure).

Obs. III. — Fernand D..., onze ans, entré à Bouchut le 15 juin 1908, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant. La mère est morte, à trente-deux ans, d'albuminurie. Elle avait eu quatre grossesses normales et une fausse couche. Des quatre enfants, deux sont morts en bas-âge ; l'un a quatorze ans et jouit d'une bonne santé ; le quatrième est le malade.

Antécédents personnels. — Le jeune D., est né à terme, a été nourri au sein jusqu'à vingt mois. Il a eu sa première dent à huit mois et a marché vers quatorze. Il a eu une bronchite vers onze mois, la rougeole à cinq ans. Il est habituellement bien portant, bien qu'il ait souvent des digestions lentes et difficiles. Il y a environ quarante jours, l'enfant a perdu l'appétit, est devenu triste et a été pris de fièvre, mais il n'aurait eu ni céphalée, ni épistaxis, ni troubles intestinaux. Un médecin, appelé aussitôt, a diagnostiqué une fièvre typhoïde et a prescrit des lotions fraîches (les bains n'étant pas bien supportés), de grands lavements, deux fois par jour et le régime lacté.

Etat actuel. — Le petit malade a nettement l'aspect typhique. Son ventre est ballonné, mais peu sensible, la peau sèche, écailleuse. Il n'y a pas de gargouillement iliaque, pas de taches rosées, mais la rate est très grosse : elle dépasse de trois travers de doigts le rebord inférieur des fausses côte

(1) H. Méry et L. Babonneix. De la valeur du cyto-diagnostic en pathologie infantile, *Soc. de pédiatrie*, 1902.

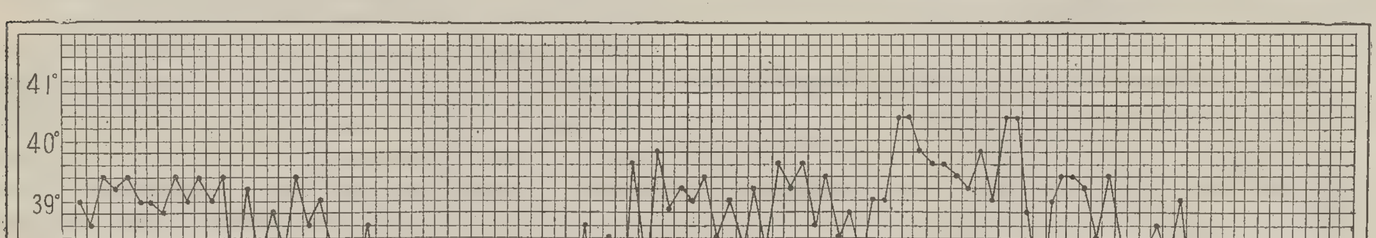


Fig. 2. — Obs. III.

gauches. Le foie paraît également tuméfié. La langue est sèche, pointue, collante. Il y a de la bronchite diffuse, peut-être prédominante aux bases ; le pouls, à 140, est nettement dicrote. A l'auscultation du cœur, on constate une tendance à l'embryocardie. Les réflexes tendineux sont vifs, mais il n'y a pas de myœdème. On trouve, dans les aines et dans les aisselles, de gros ganglions durs, caséeux. Les urines renferment un peu d'albumine.

Le 19 juin, l'enfant a toujours une grosse bronchite. Les infirmières annoncent qu'il se cyanose toutes les fois qu'on le met dans les bains.

Le 20 juin, le cœur se dilate ; on compte 138 pulsations. Le séro-diagnostic est positif au 1/30.

Le 21 juin, après une défervescence brusque, survient une hémorragie intestinale de moyenne intensité. Les symptômes de dilatation cardiaque, embryocardie, augmentation de la matité précordiale, persistent; il s'y joint un petit souffle systolique de la pointe.

Le 22 juin, le pouls est à 140, les extrémités sont pâles et décolorées.

Le 25, l'enfant se plaint de l'articulation coxo-fémorale droite ; la jambe est en rotation externe et à demi-fléchie ; le moindre mouvement provoqué détermine de vives douleurs. Il existe, de plus, une forte congestion passive des poumons. La température tombe, et l'on craint une nouvelle hémorragie.

Le 28, la température tombe à 37°4, et les symptômes d'arthrite disparaissent. L'enfant est moins abattu, il entre en convalescence. L'amélioration s'accentue les jours suivants; le 15 juillet, le malade est mis au régime ordinaire; *le 28 août* il part en convalescence à Laroche.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est l'existence d'une rechute grave et prolongée. Les classiques admettent que, si les rechutes sont fréquentes, dans la dothiénentérie infantile, elles sont presque toujours « moins graves et moins longues que la première atteinte » (Hutinel et Darré). Or, ici, au cours de la rechute, on a noté des phénomènes généraux indiquant une infection sévère : météorisme, hypersplénomégalie, hépatomégalie, tachycardie extrême (140), embryocardie, albuminurie, tendance au collapsus. De plus, l'enfant a fait une hémorragie intestinale ; il a souffert d'arthrite coxo-fémorale. Enfin les accidents qui indiquaient l'existence d'une réinfection typhique n'ont pas duré moins d'un mois. Des faits de ce genre ne sont pas exceptionnels. Il sera donc bon, lorsqu'on se trouve en présence de l'un d'eux, de faire quelques réserves pronostiques, et de ne pas affirmer qu'il ne surviendra aucune complication, aucun accident.

Obs. IV. — *Pneumo-typhoïde.* Eugène B..., douze ans, entré le 28 septembre 1908, salle Bouchut, n° 3.

L'enfant n'a pas d'*antécédents héréditaires*. Quant à ses *antécédents personnels*, ils se réduisent à ceci. La mère a eu une grossesse normale, mais l'accouchement a été difficile. Le jeune B., a été élevé au sein jusqu'à neuf mois. Il a eu sa première dent à six mois, a fait ses premiers pas à onze, s'est élevé parfaitement, et n'a jamais eu aucune maladie jusqu'à il y a cinq jours. A cette date, sans cause apparente, il a été pris brusquement de douleurs d'entrailles et de céphalée. On a noté également une constipation opiniâtre et de la fièvre, mais il n'y a eu aucun autre symptôme, et, en particulier, aucune épistaxis. Un médecin appelé, conseille de conduire le petit malade à l'hôpital.

Lors de l'entrée, le 28 septembre, on constate que le jeune B. est très oppressé. Il a vingt-six respirations par minute. Son pouls est à 108; il est plein et régulier. La température atteint 40 degrés le soir. Le visage exprime l'abattement, mais, dès le début, la rougeur de la pommette droite attire l'attention. Ces divers phénomènes font penser à une infection respiratoire aiguë, et l'examen de la poitrine semble confirmer cette hypothèse : l'auscultation décèle, en effet, une certaine submatité de la fosse sus-épineuse droite. Le signe de Weill n'est pas net. Par contre, il existe un certain nombre de symptômes indiquant une réaction méningée : signe de Kernig, affaiblissement des réflexes tendineux, soubresauts des tendons. Le foie et la rate ne sont pas tuméfiés, il n'y a pas de gargouillement iliaque, pas de taches rosées. Malgré la constatation d'un léger dicrotisme, on porte le diagnostic de pneumomie du sommet droit. Le cœur est intact, les urines normales.

Le 29, l'état ne se modifie pas. La température est de 39°6, le matin, de 40 degrés le soir. On pratique la cuti-réaction, qui est négative.

Le 30, l'abattement est toujours extrême; les signes nerveux toujours aussi accusés, l'enfant crache abondamment, mais quelques nouveaux signes apparaissent : splénomégalie (6 × 4), météorisme, et peut-être même quelques taches rosées. Le malade a une selle normale. Les signes physiques perçus au niveau de la région sus-épineuse sont moins nets qu'à l'entrée, et on ne constate plus, en cet endroit, qu'un peu de rudesse respiratoire.

Le 1er octobre, le malade semble commencer sa défervescence. La nuit a été meilleure. Il n'y a plus de dyspnée, mais les phénomènes d'ordre typhique s'accentuent : la matité splénique est de 9 × 6 ; le ventre reste ballonné, le pouls est à 102, le dicrotisme devient manifeste, la langue est sèche, enfin et surtout, le séro-diagnostic au 1/50 est nettement posi-

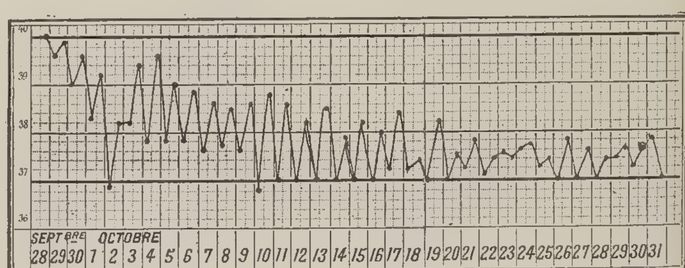


Fig. 3. — Obs. IV.

tif. Les symptômes pulmonaires s'atténuent : il n'y a plus de signes physiques constatables. La température est de 38°2 le matin, de 39°2 le soir. On prescrit des bains frais toutes les trois heures, tant que la température dépassera 39 degrés, des applications froides sur le ventre, et on soumet l'enfant à une alimentation purement liquide : lait, limonades.

Le 2 octobre, il y a eu, dans la nuit, un vomissement verdâtre. Le matin, l'enfant est dans le subdélire. Ses selles sont jaunes, liquides. Sa température tombe à 36°8, mais il n'y a aucun symptôme péritonéal. Le hoquet manque, le pouls est à 82, régulier, le facies relativement bon. Les urines sont peu abondantes, troubles, hautes en couleur. La palpation du ventre ne révèle rien d'anormal et ne provoque aucune douleur. La matité hépatique n'est pas disparue. La respiration est ample et profonde.

Le 3 octobre, la température remonte, les symptômes nerveux (signe de Kernig) abolition des réflexes rotuliens, persistent. La matité splénique ne se modifie pas. Les taches rosées sont toujours appréciables. Par contre, le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le pouls est à 94; il est remarquablement dicrote.

Le 4 octobre, la température présente de grandes oscillations (37°8 le matin et 39°6 le soir). Le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord inférieur des fausses côtes. L'auscultation des poumons reste négative.

Les jours suivants, la température continue à osciller, la langue devient humide, le pouls se ralentit, le teint devient meilleur, et, finalement, l'enfant sort absolument guéri le 15 novembre 1908.

Il s'agit, dans ce cas, qui a été l'objet de la thèse inaugurale de M. Vinaver (Paris, 1908), d'une pneumo-typhoïde. Les faits de ce genre sont rares. D'après Hutinel et Darré, cependant, « la fièvre typhoïde à début pneumonique paraît plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte; Parrot l'avait déjà signalée; l'inflammation pulmonaire a peu d'influence sur l'évolution de la maladie infectieuse; la plupart des cas de pneumo-typhoïde observés chez l'enfant ont guéri; Guinon a pourtant publié un cas mortel. » Notons, en passant, que les pneumo-typhoïdes sont assez fréquentes cette année. Nous avons eu l'occasion d'en voir un ou deux cas à l'hôpital, et M. le professeur Hutinel nous a dit en avoir observé quelques cas dans sa clientèle de ville. Remarquons enfin que l'enfant a présenté, le 20 octobre, des signes qui auraient pu faire penser à une hémorragie ou à une perforation : défervescence brusque, vomissement vert. Nous ne faisons ici que signaler ces faits, sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Obs. V. — Renée J..., quatorze ans, entrée à Parrot le 6 avril 1907.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de grippe infectieuse, la mère de néphrite. Ils avaient eu deux enfants, dont l'un est mort à deux ans de diarrhée.

Antécédents personnels. — La petite malade a été élevée au sein maternel jusqu'à six mois, puis au lait de vache jusqu'à seize mois. Elle a parlé et marché à un an, a eu la rougeole à trois. Depuis, elle s'est toujours bien portée.

Elle est souffrante depuis huit jours. Sa maladie a commencé par des étourdissements, de la céphalée, des crampes d'estomac suivies de vomissements, une diarrhée abondante et fétide, de la somnolence, des douleurs dans les jambes, du délire.

Etat actuel (7 avril) — Renée J... est bien développée, et offre l'aspect d'une adolescente. Elle est un peu abattue, mais répond bien aux questions qui lui sont posées. Elle se plaint de la tête. Sa peau est chaude, sèche. La température est à 39°2, le pouls à 120. Il n'y a aucun signe de bronchite. Le cœur n'est pas dilaté, mais, à l'auscultation, le premier bruit est un peu sourd et prolongé. La langue est blanche sur le dos, rouge sur les bords et à la pointe. La rate est grosse, le ventre non ballonné, mais il existe un léger degré de gargouillement iliaque. Les taches rosées font défaut. Les urines, rares, foncées, contiennent un peu d'albumine. Le séro-diagnostic est positif au 1/30e et au 1/50e.

Le 10 avril, l'état est le même; il y a, de plus, quelques râles aux bases. Le pouls est mou, il y a des tendances nettes à l'embryocardie.

Le 17, la tension artérielle est toujours faible, le premier bruit à la pointe a disparu. La bronchite fait des progrès.

Le 21, le pouls est un peu mieux frappé, mais il bat à 126 à la minute. Le foie est gros.

Le 24, le pouls est à 132, la langue est sèche, les urines toujours rares, et albumineuses.

Le 25, le pouls s'élève à 144, les bruits du cœur s'assourdissent encore.

Le 26, le pouls n'est plus qu'à 120, mais il offre quelques intermittences, l'enfant est plus abattue, elle aurait eu quelques mictions involontaires.

Le 27, on constate l'existence d'un souffle mésosystolique en dedans de la pointe. Le pouls est à 115. La malade a eu une nuit très agitée.

Le 28, le souffle est nettement systolique et se perçoit exactement à la pointe.

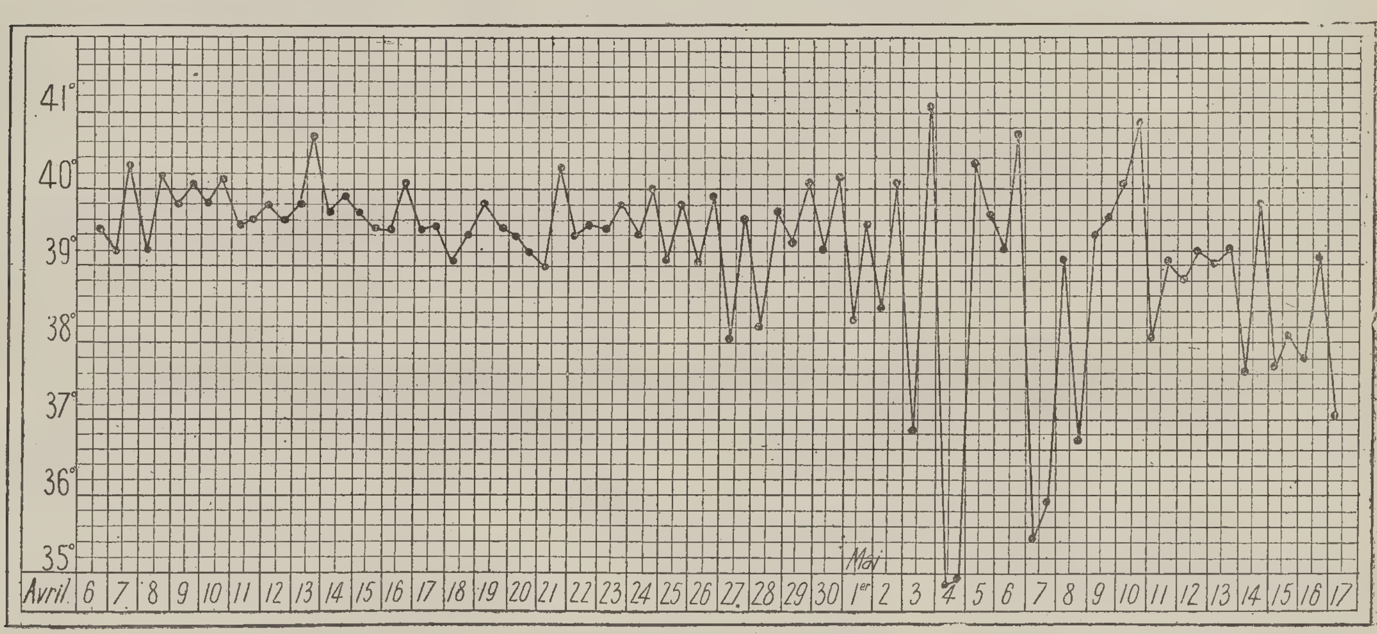


Fig. 4. — Obs. V.

Le 29, le pouls est à 134, il y a quelques soubresauts des tendons. La respiration est irrégulière. Le foie est gros, la bronchite, toujours très intense. La stupeur augmente.

Le 31, on perçoit, par intervalles, le souffle systolique de la pointe. A la base, le premier bruit est obscur.

Le 3 mai, le pouls est à 130, faible, mais régulier. La quantité des urines s'élève à 1 litre 1/4, mais ce que l'on constate, surtout, c'est une *brusque défervescence*, de 39 degrés à 37°2, accompagnée de collapsus. Il n'y a d'ailleurs aucun phénomène intestinal.

Le 4, mêmes phénomènes thermiques, mais encore plus accentués. La température, prise à plusieurs reprises, tombe

de 41°2 à 34°8; des phénomènes inquiétants de collapsus accompagnent cette invraisemblable chute de sept degrés, qu'aucun phénomène ne permet d'ailleurs d'expliquer, il n'y a, ni ce jour, ni les suivants, rien qui permette de penser à une perforation, à une hémorragie, ou à une intoxication médicamenteuse. On note seulement: 1° des ecchymoses aux endroits où sont faites les injections sous-cutanées; 2° des vergetures sur les membres inférieurs.

Le 6 mai, la température remonte à près de 41°; la jeune malade est dans un état d'agitation continuelle: son pouls est mou et dépressible, les selles sont jaunes, liquides, involontaires.

Le 7, nouvelle descente thermique de 40°8 à 35°2.

Le 8, le souffle systolique de la pointe est toujours net. Les autres symptômes persistent.

Le 9, le pouls est à 160°; la jeune Renée se plaint de douleurs lombaires, mais l'examen physique ne décèle rien en cet endroit. Le souffle de la pointe se propage dans l'aisselle.

Le 11, le pouls est à 148, avec quelques intermittences. Le ventre paraît un peu ballonné. Il y a eu six selles dans les 24 heures; le foie est douloureux. A la base du poumon droit: souffle tubaire, râles fins; à ces signes s'adjoint une matité franche, lobaire. Le pouls bat à 170.

Le 16, la jeune R... est plongée dans le coma; elle meurt *le 17* au matin.

Autopsie faite au bout de 24 heures. En plus des lésions habituelles de la fièvre typhoïde et d'une pneumonie hypostatique de la base droite, on trouve des végétations verruqueuses sur la face auriculaire de la mitrale. La rate est molle, diffluente, avec peut-être, sur un bord, une cicatrice d'infarctus.

Ce cas est, évidemment, assez complexe. En l'absence de toute recherche bactériologique, on peut admettre qu'il s'est agi, chez la jeune Renée, d'endocardite typhique. Des faits de ce genre, chez l'enfant, ont été rassemblés par M. Stempowski, au travail duquel nous renvoyons pour plus de détails (1). Mais, ce sur quoi nous voudrions insister, c'est sur cette invraisemblable chute de température qui s'est produite le 3 mai, et au cours de laquelle le thermomètre est tombé de 41°2 à 34°5. Pour expliquer cette chute, on ne peut invoquer aucune des causes habituellement incriminées en pareil cas: il n'y avait pas d'intoxication médicamenteuse, le foie ne paraissait point adultéré; enfin et surtout, il n'y a eu aucun symptôme permettant de penser à une hémorragie ou à une perforation intestinales (2). Force nous est donc de mettre sur le compte de l'endocardite, ou, si l'on préfère, de la septicémie, les accidents observés. Car nous étions à la septième semaine de la maladie, bien tard, par conséquent, pour penser au stade amphibole. (*A suivre.*)

AVIS. — **Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.**

(1) R. STEMPOWSKI. *L'endocardite au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, Th. de Paris, 1908.

(2) Même chute thermique, le 11 novembre, chez le jeune M... Henri, ici encore, sans symptômes intestinaux. Nous pouvons donc déclarer, comme l'ont déjà fait plusieurs auteurs, que les défervescences brusques, au cours de la dothiénentérie, n'annoncent pas toujours l'imminence d'une complication intestinale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1910)

Sur l'immunisation active de l'homme contre la fièvre typhoïde par un nouveau vaccin antityphique (deuxième note). — M. H. VINCENT. Les antigènes qui, dans les expériences de M. Vincent, se sont montrés les plus actifs ont été: I. les bacilles vivants; II. les bacilles tués à 53-55 degrés; III. l'autolysat en eau physiologique à 37 degrés de bacilles vivants prélevés sur gélose en culture de vingt-quatre heures. Cet autolysat est centrifugé, puis stérilisé par l'éther.

Quel que soit le vaccin, trois inoculations ont été nécessaires pour assurer l'immunité. Le vaccin vivant, le plus actif, ne saurait être recommandé chez l'homme, malgré les essais de Castellani, car il peut être dangereux.

Le vaccin tué par chauffage (Pfeiffer et Kolle, Wright, Leishmann) se montre très protecteur chez l'animal et a donné des résultats favorables chez les soldats allemands et anglais envoyés aux colonies. Mais il détermine souvent des symptômes fort pénibles, une douleur locale vive, de l'œdème avec lymphangite, de la fièvre qui ont jusqu'ici empêché l'extension de son emploi.

Le vaccin III que propose M. Vincent a montré dans ses expériences un haut pouvoir protecteur. Renfermant les extraits de bacilles vivants, c'est-à-dire pourvus de leurs qualités biologiques normales, non atténué par la chaleur, ni la filtration, ce vaccin participe donc des qualités du vaccin par bacilles vivants, qui est le plus actif, sans en susciter les inconvénients (douleurs vives, fièvre, etc.). Il a assuré une immunité durable chez les animaux. Ne contenant que peu de corps microbiens, ne renfermant ni peptone, ni antiseptique, il ne provoque pas de douleur locale.

En outre, l'action moins brutale des produits d'autolyse ne sollicite pas, comme le font les corps microbiens (vaccins de Pfeiffer-Kolle, de Wright), la production de la phase négative, si dangereuse en temps d'épidémie, car elle rend, pendant une ou deux semaines, le sujet vacciné hypersensible à l'infection éberthique.

Stérilisation des liquides par les radiations de très courte longueur d'onde. Résultats obtenus. — M. BILLON-DAGUERRE revenant sur le mode de stérilisation intégrale décrit précédemment (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1626) expose les résultats obtenus par son appareil de stérilisation domestique. Il en résulte que de l'eau de Seine contaminée par des cultures de coli-bacilles, soumise aux radiations du tube à gaz raréfié avec un débit de 5 litres à la minute est intégralement stérilisée, sans élévation de température.

L'action chimique des radiations de la courte longueur est 20 fois plus grande que celle des lampes et arcs à vapeur de mercure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1910)

Les porteurs de bacilles diphtériques. — M. G.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce). Chez les sujets sains qui n'ont pas été atteints de diphtérie, la présence du microbe spécifique dans la salive ou le mucus pharyngé est le plus souvent intermittente et passagère. Le danger de ces sujets au point de vue de la propagation de la maladie est nul. Il semble en être

de même pour certains porteurs chroniques sains de bacilles diphtéritiques, alors même que le germe existe d'une façon constante et abondamment dans la gorge du sujet.

Chez les malades, la constatation du bacille diphtéritique dans les exsudats pharyngés, en décelant la nature de la maladie, impose l'isolement immédiat; il en est de même pour les cas frustes.

Pour les convalescents, la simple présence du bacille dans la gorge n'est pas un motif suffisant pour maintenir l'isolement; il faut encore qu'il persiste des séquelles de l'affection (coryza chronique, pharyngite persistante, etc.).

L'examen clinique minutieux, complété par l'examen bactériologique, permettra dans bien des cas de prendre des mesures moins rigoureuses et plus rationnelles.

Les porteurs de séquelles et les souffrants seuls sont à craindre.

Pathogénie du diabète maigre. — MM. Chavigny et G.-E. Schneider (du Val-de-Grâce) relatent trois cas de diabète maigre, ayant tous les caractères du diabète dit pancréatique.

Les lésions uniquement localisées au pancréas consistaient en une sclérose généralisée à toute la glande et secondaire, dans le premier cas à une lithiase, dans le second à un cancer de la tête, pour le dernier à une pancréatite subaiguë.

Dans tous ces faits, le processus de sclérose avait complètement bouleversé la structure de la glande et détruit ses éléments cellulaires. Le pancréas était d'ailleurs réduit à un mince cordon fibreux.

MM. Chavigny et Schneider estiment que de telles altérations réalisent au moins aussi bien que l'expérimentation la suppression fonctionnelle du pancréas : il s'agit d'ailleurs là d'une compression lente et pure dans ses effets, en l'absence de tout trauma ou phénomène post-opératoire.

Leurs constats sont de nature à entraîner cette conviction que le pancréas joue un rôle non pas exclusif, mais très considérable dans la pathogénie du diabète maigre.

Syphilis gastrique très grave. Estomac biloculaire. Guérison par le traitement mercuriel et ioduré. — MM. G. Leven et G. Barrel. C'est un cas de syphilis grave guérie qu'ils présentent. La malade guérie actuellement était cachectique, il y a deux mois : anémie extrême, amaigrissement considérable, douleurs gastriques très vives surtout nocturnes, vomissements incessants depuis six mois.

L'examen radioscopique révéla un estomac biloculaire et une sténose serrée à 10 centimètres du cardia.

Le régime lacté et l'emploi du bismuth n'ayant pas modifié l'anémie, les douleurs et l'amaigrissement, ils prescrivirent un traitement mercuriel (19 injections de 2 centigrammes de biiodure de mercure) et ioduré (3 grammes de KI durant trente jours).

Cette médication spécifique démontra la nature de la lésion, car elle fit en quelques jours cesser les douleurs, disparaître l'anémie et engraisser la malade de 3 kilogrammes en trois semaines.

Diabète et Rayons X. — MM. Aubertin et Bardet ont soumis à des irradiations de la région hépatique un diabétique tuberculeux à faible glycosurie. La première séance produisit une augmentation considérable de la glycosurie quotidienne qui doubla pendant quelques jours; les jours suivants il se produisit de grandes oscillations irrégulières. Après la seconde séance, mêmes oscillations. Ce fait confirme donc les constatations de M. Ménétrier.

De plus, le malade ayant succombé deux mois plus tard, l'autopsie montra, outre l'intégrité du pancréas, une hypertrophie considérable du foie (2700 grammes) qui n'était due ni à de la cirrhose, ni à de la congestion, mais à une hypertrophie et à une hyperplasie cellulaire remarquables. Ainsi le foie était en état d'hyperfonctionnement au point de vue anatomique : il était également en état d'hyperfonctionnement au point de vue clinique puisqu'une seule séance d'irradiation suffisait à augmenter la glycosurie d'une façon immédiate. Ces deux faits, l'un clinique, l'autre anatomique, sont à rapprocher pour expliquer l'action des rayons X sur le foie diabétique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1910)

Réinoculation de la tuberculose au cobaye. Conditions qui modifient ou troublent le résultat des expériences. — MM. F. Arloing et A. Dufour. La tuberculose est-elle ou non réinoculable au cobaye par le tissu conjonctif? La question n'est pas très facile à résoudre. Les auteurs ont observé certaines conditions qui modifient les résultats des expériences. Par exemple, ils ont remarqué : 1° que la diffusion rapide de l'infection dans les ganglions éloignés de la première inoculation, dans les cas où l'on a fait usage de bacilles très actifs, peut faire croire à une réinoculation inexistante; 2° que, par l'usage de bacilles humains de virulence moyenne ou très faible, la réinoculation est possible, mais très limitée, pendant les quinze à vingt jours qui suivent la première inoculation, et même que, durant cette période, l'organisme est prédisposé à l'effet de la réinoculation; 3° que par l'usage de bacilles bovins très actifs, la résistance à la réinoculation s'observe plus tôt; 4° que le jugement définitif sur l'échec d'une réinoculation nécessite l'étude histologique des ganglions suspects; 5° que la lésion locale superficielle ou conjonctive au point de la réinoculation a une plus grande valeur que celles des ganglions régionaux, dans l'appréciation du succès ou de l'insuccès d'une réinoculation, surtout lorsqu'on a employé des bacilles très virulents.

En résumé, la réinoculation n'est possible que dans des conditions particulières; la non réinoculation, au contraire, est le cas le plus général.

Action néphrotoxique des aliments albuminoïdes d'origine animale. Accoutumance. — MM. Linossier et G. H. Lemoine, au cours de recherches relatives à l'action néphrotoxique des divers aliments albuminoïdes d'origine animale, ont observé que l'injection sous-cutanée de macérations de viande de cobaye ou de lapin provoque de l'albuminurie et des lésions rénales. Si l'on pratique des injections en série au cobaye, l'animal *s'accoutume* et peut supporter, sans albuminurie, des doses plus fortes que celles qui, au début, en provoquaient.

Cette accoutumance n'existe ni pour tous les animaux, ni pour toutes les albumines. Le lapin ne s'accoutume pas au blanc d'œuf. Il est curieux que l'accoutumance à l'action toxique de la viande est tout à fait indépendante du développement des précipitives.

Le lapin qui développe beaucoup de précipitives ne s'accoutume pas, tandis que le cobaye qui n'en développe pas, s'accoutume.

Bases scientifiques de la bactério-thérapie par les ferments lactiques. — Bacille bulgare contre bacille de la diphtérie. — M. Georges Rosenthal, cultivant en symbiose en lait sérum les deux microbes, observe les faits suivants. La culture de bacille bulgare est incontaminable par le bacille diphtérique. L'ensemencement simultané ou successif de bacille diphtérique et de bacille bulgare amène la mort en quelques jours du bacille diphtérique. Ces phénomènes de concurrence vitale sont dus à l'acidification du milieu de culture, qui une fois neutralisé permet la symbiose abondante des deux germes.

Classification des hyperconcentrations du sérum sanguin. — MM. Javal et Boyet. Les excès de concentration moléculaire du sérum sanguin sont surtout fréquents dans l'azotémie : c'est dans cette maladie qu'ils ont été le mieux étudiés. L'urée anormalement retenue dans le sérum sanguin se répand dans tous les liquides de l'organisme au même taux que dans le sérum ; les auteurs en ont rapporté des exemples. C'est par la diffusion très rapide de l'urée qu'il faut expliquer selon eux le maintien que l'on constate dans ces cas d'une isotonie presque parfaite des liquides de l'organisme entre eux ; alors que cette isotonie s'établit à un taux de concentration extrêmement anormal.

Dans certains cas on peut dire qu'il y a azotémie pure, c'est-à-dire que l'excès d'azote suffit à lui tout seul à expliquer l'excès d'abaissement du Δ.

Les auteurs rapportent également des cas de chlorurémie pure où l'excès des chlorures sanguins peut à lui seul expliquer l'hyperconcentration du sérum.

Les rétentions pures sont rares : on observe le plus souvent des rétentions associées.

Fièvre typhoïde et rapports sexuels. — M. Remlinger. On sait que les femmes constituent les quatre cinquièmes des porteurs chroniques du bacille d'Eberth et que plus de la moitié des femmes typhiques continue longtemps après la guérison à éliminer des bacilles. Le rôle de la femme dans la transmission de la fièvre typhoïde ne paraît avoir été envisagé jusqu'ici qu'au point de vue de la contamination des aliments. Il est permis de se demander si ce rôle ne doit pas être élargi et si la grande fréquence de l'élimination du bacille typhique chez la femme possédant tous les attributs de la santé n'est pas susceptible de créer, au cours des rapports sexuels, de sérieux risques de contage. On conçoit que l'élimination urinaire du bacille typhique doive être à ce point de vue tout particulièrement dangereuse. Le maximum de fréquence de la fièvre typhoïde à l'époque où la vie génitale est la plus active, chez les jeunes gens récemment arrivés de la campagne à la ville, etc., sont des arguments qu'à défaut de faits cliniques précis bien difficiles à recueillir, on peut présenter à l'appui de cette hypothèse.

Communication faite à la séance du 18 février :

Le liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte. — MM. Lagriffoul, Mestrezat et Roger. La caractéristique chimique du liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte est le taux élevé du sucre. Ce taux varie de 0,71 à 0,78 par litre, alors que dans le liquide céphalo-rachidien normal, il atteint seulement 0,50. Dans la fièvre typhoïde, il ne dépasse pas le taux normal. La présence ou l'absence de phénomènes méningés ne semble pas avoir d'influence sur la quantité de sucre contenue dans le liquide céphalo-rachidien.

La réaction méningée se caractérise surtout par de la lymphocytose. Les auteurs n'ont jamais mis en évidence le micrococcus melitensis ni la présence d'agglutinines dans le liquide céphalo-rachidien.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA NOUVELLE TAXE SUR LES AUTOMOBILES

La Chambre a voté vendredi, malgré une vigoureuse intervention du marquis de Dion, une augmentation de la taxe sur les automobiles applicable à partir du 1er janvier 1910.

Les confrères pour lesquels l'automobile est un instrument de travail pourront prendre connaissance dans le tableau ci-dessous de la nouvelle charge qui va leur être imposée.

Les médecins patentés auront toujours droit à la demi-taxe.

VILLES OU COMMUNES DANS LESQUELLES LE TARIF EST APPLICABLE	SOMMES A PAYER, NON COMPRIS LES CENTIMES POUR NON-VALEURS						
	POUR CHAQUE VOITURE AUTOMOBILE		PAR CHEVAL-VAPEUR OU FRACTION DE CHEVAL-VAPEUR.				
	à 1 ou 2 places.	à plus de 2 places.	du 1er au 12e.	du 13e au 24e.	du 25e au 36e.	du 37e au 60e.	à partir du 61e.
	francs.	francs.	francs.	francs.	francs.	francs.	francs.
1° *Voitures automobiles de 12 chevaux et au-dessous.*							
Paris	50	90	5	»	»	»	»
Communes autres que Paris ayant plus de 40000 habitants	40	75	5	»	»	»	»
Communes de 20001 à 40000 habitants	30	60	5	»	»	»	»
Communes de 10001 à 20000 habitants	25	50	5	»	»	»	»
Communes de 10000 habitants et au-dessous	20	40	5	»	»	»	»
2° *Voitures automobiles de plus de 12 chevaux.*							
Communes autres que Paris	40	75	5	7	9	12	15
Paris	50	90					

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 MARS 1910

THESES

Jeudi 10 mars, à une heure. — M. Garnier. Les changements d'attitudes et la fréquence du pouls chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Chauffard et Nobécourt.) — M. Nargeot. Hépatisation pneumococcique terminée par gangrène pulmonaire. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Chauffard et Nobécourt.) — M. Tizon. A propos de l'épidémie de méningite cérébro-spinale de Rennes en 1909. (MM. Thoinot, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. Dalmenesche. Méningites cérébro-spinales aiguës à début foudroyant (convulsif, délirant, comateux). (MM. Chauffard, président; Hutinel, Thoinot et Nobécourt.) — Mme Rubénovitch. Contribution à l'étude de la leucoplasie de l'utérus. (MM. Pozzi, président; Quénu, Auvray et Lenormant.) — M. Guydader. L'anesthésie locale dans la réduction des luxations. (MM. Quénu, président; Pozzi, Auvray et Lenormant.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un décret en date du 28 février ratifie les propositions que nous avons fait connaître la semaine dernière et nomme M. Fernand Widal professeur de pathologie interne, et M. Achard professeur de pathologie et thérapeutique générales.

Hopitaux de Paris. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Ordre de lecture des copies.* — 1. MM. Maloizel, Bauer, Ferrand (J.), Baudoin, Pagniez, Lemierre, Philibert, Ramond, Israëls de Jong, Fiessinger,

11. Bergeron, Nattan-Larrier, Galliard, Detot, Rivet, Pater, Audistère, Milhit, Roussy, Froin,

21. Legroux, Oppert, Simon (L.-G.), Crouzon, Herscher, Gougerot, Paisseau, Lipmann, Léri, Halbron,

31. Laubry, Gaultier, Fouquet, Nathan, Ribadeau-Dumas, Grenet, Merklen, Beaufumé, Lhermite, Weil (P.-E.),

41. Claret, Boidin, Darré, Trémolières, Leven, Ameuille, Jomier, Læderich, Genevrier, Lemaire,

51. Villaret, Renaud, Weill (Benjamin), Faure-Beaulieu, Esmein, Dreyfus-Rose, Claude, Tixier, Vitry, Touchard,

61. Géraudel, Voisin, Verliac, Salomon, Lévi (Fernand), Le Play, Deguy, Armand-Delille, Rendu, Agasse-Lafond,

71. Bigart, François, Paris, Louste, Tanon, Bloch, Courcoux, Aubertin, Babonneix, Le Sourd (L.),

81. Moutier, Lejonne, Rostaine, Schœfer.

Les lectures des copies d'anatomie pathologique commenceront par le n° 1, M. Maloizel ; celles de symptomatologie, par le n° 43, M. Darré.

Lecture des copies : *Symptomatologie.* — Séance du 1er mars. — MM. Trémolières, 9 ; Leven, 8; Jomier, 7; Læderich, 8; Génevrier, 7; Lemaire, 8 ; Villaret, 10; Renaud, 7.

Prochaine séance, jeudi 3 mars, à cinq heures, à la Charité.

Anatomie pathologique. — Séance du 1er mars. — MM. Pagniez, 9; Lemierre, 8 ; Ramond, 6; Israëls de Jong, 7; Gaillard, 5; Detot, Rivet et Audistère, 8.

Prochaine séance, jeudi 3 mars, à huit heures et demie du soir, à la salle des Saints-Pères.

Le jury prie MM. les candidats d'être présents dès l'ouverture des séances, très exactement.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 25 février. — Question donnée : « Nerfs intercostaux. Zona intercostal. »

MM. Strauss, 11 + 16 = 27; Couinaud, 13 + 20 = 33; Salès, 8 + 13 = 21 ; Bailleul, 9 + 16 = 25 ; Morancé, 17 + 28 = 45 ; Besset, 16 + 20 = 36 ; Gautruche, 14 + 20 = 34; Pompaneau, 12 + 20 = 32; Dubois (Robert), 15 + 18 = 33.

Séance du 28 février. — Question donnée : « Valvule mitrale. Causes, symptômes et diagnostic du rétrécissement mitral pur. »

M. Desaux, 8 + 18 = 26; Mlle Pouzin, 9 + 11 = 20 ; MM. Girard, 13 + 20 = 33 ; Leblanc, 14 + 20 = 34; Camboulives, 11 + 18 = 29; Girault, 16 + 20 = 36; Ferrand, 15 + 20 = 35; Villette, 20 + 25 = 45 ; Weissembach, 17 + 25 = 42 ; Desbouis, 16 + 22 = 38.

Conseil de l'Université de Paris. — Le conseil de l'Université s'est réuni lundi, sous la présidence de M. Liard, vice-recteur. La Faculté de médecine était représentée par le doyen, membre de droit et par MM. les professeurs Pouchet et Roger, délégués élus.

Le conseil a expédié un certain nombre d'affaires, et il a autorisé notamment quelques cours libres pour le second semestre de l'année scolaire.

Ces cours sont, à la Faculté de médecine : un cours d'électrologie et radiologie médicales, par le docteur Foveau de Courmelles ; un cours d'anatomie chirurgicale, par le docteur Doyen; un cours sur la thérapeutique des maladies de l'urètre, par le docteur Motz; un cours sur la psychopathologie du tube digestif, par le docteur Farez.

Enfin, le conseil a arrêté les dispositions à prendre pour la conférence que doit faire le président Roosevelt dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, lors de son passage à Paris vers le milieu du mois d'avril prochain.

Cette conférence, qui doit avoir lieu en anglais, est destinée non au grand public, mais aux professeurs et aux étudiants de l'Université de Paris.

RENSEIGNEMENTS

TRAITEMENT

DES

COMPLICATIONS ARTICULAIRES DE LA BLENNORRAGIE

PAR L'AIR CHAUD

Par Mlle M. GRUNSPAN
et M. G. FAROY,
Ancien interne des hôpitaux.

(Travail du service du professeur Dieulafoy.)

Les applications d'air chaud prennent depuis quelque temps une importance de plus en plus grande en thérapeutique. Utilisées méthodiquement dans un certain nombre d'affections, elles semblent, pour quelques-unes d'entre elles, donner des résultats dignes d'attirer l'attention; c'est ainsi que, d'une façon générale, les malades atteints de névralgies ou d'affections articulaires paraissent en retirer un bénéfice incontestable.

Les atteintes chroniques des articulations surtout sont, on le sait depuis longtemps, fortement améliorées par l'aérothermothérapie, et depuis une date relativement récente on a créé, dans ce but, des appareils pratiques, à température élevée, variable à volonté.

Nous nous sommes demandé, dans cet ordre d'idées, quels résultats donnerait l'air chaud appliqué systématiquement aux localisations articulaires de la gonococcie, quelles qu'en soient la forme et l'intensité; sans doute l'efficacité de ce traitement dans cette affection a été signalée bien avant nous par quelques auteurs; mais nous ne croyons pas, et à notre connaissance aucune publication n'en fait foi, que l'on ait, d'une façon suivie, traité par l'air chaud les différentes variétés du rhumatisme blennorragique.

Il nous a semblé intéressant de rechercher si l'action serait la même dans tous les cas : formes arthralgique, hydarthrosique, purulente, pseudo-phlegmoneuse, subaiguë et chronique, voire même avec ankylose.

On sait combien la thérapeutique locale banale, classique, pourrait-on dire, agit peu et lentement sur ces complications de la blennorragie; M. le professeur Dieulafoy a montré (1) d'autre part la faible valeur thérapeutique qu'il fallait accorder au vaccin de Wright.

Aussi nos essais d'aérothermothérapie nous ont-ils surpris par leurs excellents résultats; c'est ce qui nous a incités à les publier.

Tous les cas qui suivent ont été traités par des bains d'air chaud de 25 à 30 minutes, à la température constante de 125 degrés environ. Très bien supporté par les malades, sans qu'il y ait aucune sensation pénible ou douloureuse, ce traitement provoque simplement au moment de son application une rougeur plus vive de la peau, accompagnée fréquemment de sudation, au niveau de la région chauffée.

---

(1) Dieulafoy. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1909, t. VI, p. 217.

Observation I. — L... (Agnès), dix-sept ans, *vaginite et méthrite gonococciques; arthralgie du poignet et du coude droits*, le 13 novembre 1908. Le 14, la marche est rendue impossible par une énorme hydarthrose du genou gauche. Entrée le 16 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 21, la malade ne présente rien aux membres supérieurs; mais le genou gauche, rouge et tuméfié, est le siège d'un gros épanchement intra-articulaire; les culs-de-sac synoviaux sont très distendus. L'hyperesthésie est telle que l'on ne peut toucher l'articulation malade. Il existe également de très violentes douleurs spontanées qui arrachent des plaintes continuelles à la patiente. Le genou est en demi-flexion et repose sur le lit par sa face externe.

On applique du salicylate de méthyle, sans amélioration notable.

Le 18, première application d'air chaud, pendant une demi-heure à 125 degrés; grand soulagement des douleurs spontanées qui disparaissent presque complètement.

Le 19, deuxième application. Les douleurs à la palpation sont très fortement atténuées.

Le 20 et 21, troisième et quatrième applications. Les douleurs disparaissent progressivement. Le genou commence à diminuer de volume; les culs-de-sac sont moins tendus.

Le 23, cinquième application. Douleurs spontanées et provoquées nulles. Diminution très grande du volume du genou. Après neuf applications, il n'y a plus ni douleurs, ni tuméfaction, ni hydarthrose. La malade marche et sort guérie.

Obs. II. — L... (Henriette), vingt et un ans, *vaginite gonococcique*. Le début des accidents articulaires date du 1er septembre 1908. La malade entre le 13 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 8, avec une arthralgie de l'épaule droite qui cède en quelques jours à des applications répétées de teinture d'iode. Elle présente également des phénomènes inflammatoires, intenses, avec rougeur, tuméfaction, douleurs spontanées et provoquées, au niveau de l'articulation de Lisfranc droite. La marche est impossible. A la suite d'applications de teinture d'iode et de repos au lit, l'arthrite semble s'améliorer. Les douleurs disparaissent, la malade commence à marcher au bout d'un mois (15 octobre).

Immédiatement, elle est reprise des accidents aigus, d'une façon plus intense qu'au début. On immobilise le pied dans une gouttière. Les phénomènes inflammatoires cèdent une deuxième fois en quinze jours (1er novembre). Il y a ankylose des articulations du pied et atrophie des muscles antéro-externes de la jambe droite. On fait électriser ces derniers, et masser le pied, quand se produit une troisième reprise des phénomènes phlegmasiques : douleurs et tuméfaction au niveau de l'interligne de l'articulation de Lisfranc, douleurs au niveau de la plante et du dos du pied.

Le 15 novembre, première application d'air chaud, qui amène un très grand soulagement. En quatre jours (2 séances) les douleurs disparaissent complètement. En 9 séances (tous les deux jours), tous les accidents ont entièrement disparu et ne se reproduisent plus; la malade sort guérie le 12 décembre.

Obs. III. — G... (Olga), vingt-six ans, *vaginite gonococcique*. Le 15 octobre 1908, la malade est atteinte d'une arthrite du genou droit à forme arthralgique, presque guérie à l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 9, le 2 novembre.

Elle présente à ce moment une forte arthralgie de la hanche gauche. La marche est impossible.

Devant l'inefficacité des traitements ordinaires (repos, révulsions), on fait le 14 novembre une première application d'air chaud.

Les douleurs sont améliorées dès cette première application.

Dès la deuxième, elles disparaissent; après quatre applications, la malade sort guérie le 23 novembre.

Obs. IV. — D... (Marthe), vingt ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n°3, le 7 juin 1909, pour une *arthrite tibio-tarsienne gauche gonococcique*. L'articulation est volumineuse et rouge; elle est le siège de douleurs lancinantes, intolérables.

On tente d'abord le traitement par le vaccin gonococcique de Wright.

On fait successivement des injections de 5.000.000, 10.000.000 de microbes, puis de 20.000.000, le 17 juin. Malgré cette thérapeutique, l'état de la malade reste stationnaire. Elle souffre violemment et crie dès qu'on touche à la gouttière dans laquelle repose sa jambe; l'insomnie est complète.

Le 19 juin, première application d'air chaud.

Après la cinquième, les douleurs spontanées ont disparu, la malade peut dormir toute la nuit.

Après la septième, il n'y a plus de rougeur; après la treizième, l'articulation est revenue à son état normal, avec toute sa mobilité.

Après la dix-neuvième, la malade se lève; après la vingt et unième, elle est complètement guérie.

Il subsiste une légère atrophie musculaire contre laquelle on institue le massage qui n'est nullement douloureux.

La malade sort, le 5 août, entièrement remise et ayant retrouvé l'intégrité complète des mouvements de l'articulation malade.

Obs. V. — C... (Ma...), dix-neuf ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 26, le 4 octobre 1909, pour une *arthrite gonococcique tibio-tarsienne droite, avec périarthrite (forme pseudo-phlegmoneuse)*. L'articulation est volumineuse, rouge, très douloureuse. Aucun mouvement n'est possible.

Pendant les 8 premiers jours, on administre de 2 à 7 grammes de salicylate de soude; puis on pratique deux injections de vaccin de Wright à 5.000.000 et 10.000.000 de gonocoques.

L'état reste absolument stationnaire.

Le 16 octobre, première application d'air chaud.

Après la cinquième, l'articulation a diminué de volume, la douleur a disparu; la malade peut faire mouvoir son pied.

Après la huitième, on commence le massage, tout à fait indolore.

Après la seizième, la malade sort complètement guérie.

Obs. VI. — Br... (Georgette), dix-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, le 13 septembre 1909, pour une *arthrite gonococcique du poignet droit*. La tuméfaction est considérable. Des douleurs intenses empêchent la malade de dormir; l'impotence fonctionnelle est complète.

On essaie le vaccin de Wright, et on fait sept injections successives à 5 et 10.000.000 de gonocoques.

La malade n'éprouve aucun soulagement et réclame le traitement par l'air chaud, qui lui a été donné un jour par hasard pour une démonstration de l'appareil et qui l'a soulagée pendant vingt-quatre heures.

Le 12 octobre, première application d'air chaud, l'affection évoluant vers l'ankylose.

Après douze applications, la malade se sert de sa main pour se coiffer et faire du crochet. Elle ne souffre plus et peut mobiliser son poignet dans certains mouvements limités.

Un massage, peut-être trop brutal, réveille la douleur et la tuméfaction. On fait de nouvelles applications d'air chaud. Après cinq séances, le 11 novembre, la malade part, n'éprouvant plus aucune douleur, et ayant récupéré des mouvements limités du poignet.

Obs. VII. — V... (P.), vingt-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, le 13 juin 1909, pour une *arthrite gonococcique du genou gauche*. La douleur est intense; l'articulation est ankylosée.

Le membre est mis dans une gouttière et on applique des pointes de feu à plusieurs reprises.

L'état restant sensiblement stationnaire, au bout de deux mois, on fait une première application d'air chaud (mois de mars). Après quinze séances, la douleur a complètement disparu et les mouvements sont possibles sans souffrances.

Le massage est institué trois fois par semaine à partir du 20 avril et l'air chaud supprimé.

La malade sort, considérablement améliorée de son ankylose qui était totale au début du traitement.

Obs. VIII. — G... (Charles), trente-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 20, le 3 octobre 1908. Il contracte la blennorragie le 28 septembre, et trois jours après présente un mauvais état général et des douleurs erratiques dans l'épaule droite, le genou droit, l'annulaire droit et l'articulation radio-carpienne droite. Bientôt le genou droit devient globuleux; la peau rèche et chaude présente à ce niveau un œdème rosé qui remonte un peu sur la cuisse; les souffrances du malade ne permettent pas de rechercher la fluctuation.

Une ponction retire 30 centimètres cubes d'un liquide purulent qui contient du gonocoque. On injecte 20 centimètres cubes d'électrargol.

L'impotence fonctionnelle est complète.

Le 5 octobre, on fait une deuxième ponction évacuatrice (30 centimètres cubes) suivie d'injection d'électrargol (20 centimètres cubes); état général meilleur.

16 novembre. Les douleurs et l'impotence fonctionnelle persistant, on commence les applications d'air chaud, tous les deux jours.

22 novembre. L'amélioration est manifeste; les douleurs sont devenues fugaces et ont perdu leur acuité. Les mouvements sont beaucoup plus aisés et l'articulation diminue très sensiblement de volume.

27 novembre. Le malade se lève; il présente une claudication légère. Vu l'atrophie musculaire considérable, on alterne des séances d'électricité et de massage avec les séances d'air chaud.

3 décembre. Il n'y a plus aucune douleur.

Le malade part pour Vincennes. Revu en mars 1909, il ne présente plus ni douleur, ni impotence fonctionnelle.

Obs. IX. — Th... (Pierre), vingt ans, contracte la blennorragie, en février 1908, au régiment, à Reims. Huit jours après, il est pris d'un rhumatisme généralisé fébrile avec très mauvais état général. On lui ordonne 5 à 7 grammes de salicylate de soude.

Son état ne s'améliorant pas, le malade rentre à Paris en mai; il est absolument impotent. Le coude droit est ankylosé en demi-flexion. Les poignets, les genoux, les chevilles sont augmentés de volume et très douloureux. Le malade garde le lit; température : 39 degrés.

Fin juin, au bord de la mer, l'état général s'améliore, le malade se sert d'une voiture d'infirme; en août, il essaie de marcher avec des béquilles. Les articulations sont moins douloureuses, bien que volumineuses et déformées. A Paris, au mois d'octobre, l'écoulement réapparaît et le malade doit s'aliter de nouveau, repris par des douleurs violentes; température : 40 degrés.

Le 14 novembre 1908, il a maigri de 16 kilogrammes. Les genoux et les articulations tibio-tarsiennes, très tuméfiés, sont si douloureux qu'ils nécessitent l'emploi d'un cerceau pour éviter les frôlements des draps. Les poignets sont dans le même état.

Première application d'air chaud le 14 novembre. Après la cinquième, on peut enlever le cerceau. Après la quinzième, toutes les articulations malades sont mobiles et indolores. Après la vingtième, leur volume est redevenu normal.

Le 10 décembre, le malade peut faire quelques pas sans canne; il ne souffre plus.

Le 25 décembre, il va et vient toute la journée.

On continue le traitement tous les deux jours en janvier, tous les trois jours en février, le malade pouvant sortir et faire des marches de une heure et demie.

Des nouvelles récentes nous apprennent la guérison complète. L'intégrité fonctionnelle de toutes les articulations malades s'est maintenue, et le patient a pu reprendre ses occupations.

Le fait qui nous a le plus frappés est que ce traitement n'a donné lieu à aucun insuccès. Tous les cas traités par nous sont réunis ici, et, comme on peut le voir, tous se sont terminés par la guérison.

Nous croyons, en outre, devoir insister sur trois points, fort importants à notre avis, et qui semblent bien mettre l'aérothermothérapie, dans le cas qui nous occupe, bien au-dessus des traitements employés jusqu'à ce jour, c'est-à-dire révulsion (teinture d'iode, siphonage, pointes de feu), applications de topiques (pommade mercurielle), de calmants (baumes et onguents de toute nature), et surtout immobilisation dans une gouttière ou dans un plâtre, qui ne manque jamais d'entraîner l'ankylose, d'où longues séances de massage après la guérison.

Nous avons pu constater :

1° La diminution, puis la disparition très rapide (24-48-72 heures) et complète, des douleurs, le plus souvent si tenaces et si pénibles pour les malades. Ceux-ci, fortement soulagés dès la première application, ne souffrent plus après deux ou trois jours de traitement.

2° La résolution vraiment remarquable de tous les phénomènes inflammatoires, la résorption des hydarthroses, en un temps très court, en comparaison des résultats obtenus avec les procédés thérapeutiques classiques.

3° L'absence complète d'ankylose après la disparition de la phlegmasie. C'est là le point le plus important à notre avis. On sait en effet que l'ankylose est l'accident toujours à redouter à la suite du rhumatisme gonococcique, et pas toujours facile à éviter. L'aérothermothérapie donnant un soulagement immédiat et faisant rapidement disparaître les douleurs, évite au malade l'immobilisation de l'articulation atteinte et toutes les conséquences d'une raideur articulaire. Bien plus, dans les cas où l'affection est subaiguë, voire même chronique, dans les cas où l'ankylose existe déjà, l'air chaud en applications répétées rend peu à peu à l'articulation tout ou partie de sa mobilité, suivant le degré de la lésion.

Il nous semble donc que l'on possède avec l'air chaud un moyen thérapeutique, peut-être pas encore idéal et parfait, mais sans nul doute bien supérieur à ceux qu'on a utilisés jusqu'à présent. Employé en bains sur les grandes articulations des membres, en douches sur les petites (membres, tête, colonne vertébrale), il permet d'obtenir une guérison rapide et sans séquelles.

SUR QUELQUES CAS DE

FIÈVRE TYPHOIDE INFANTILE (1)

Par M. L. BABONNEIX.

Obs. VI. — Fernand V., sept ans, entré le 6 janvier 1908, salle Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de maladie de cœur il y a deux ans; il était alcoolique. La mère est bien portante. Elle a eu cinq enfants : un petit garçon mort à huit mois de convulsions, trois autres enfants actuellement en bonne santé, et, enfin, le malade.

Antécédents personnels. — Le jeune Fernand V. est né à terme et a été élevé au sein jusqu'à seize mois. Il n'a eu ni coqueluche, ni scarlatine, ni varicelle, mais seulement la rougeole. Depuis quelques jours, cet enfant, qui d'habitude ne présente aucun trouble gastro-intestinal, se plaint de ne plus avoir d'appétit; il est devenu moins gai, éprouve quelques nausées, parfois suivies de vomissements. Il paraît hébété et a de la diarrhée jaune et fétide. La nuit précédente, il a eu du délire, parlait tout haut, appelait ses petits camarades, se querellait avec eux, etc. Le matin de son entrée, il a eu de l'incontinence des urines et des matières.

Etat actuel. — Le petit malade offre la plupart des signes de la dothiénentérie : délire, agitation, soubresauts des tendons; il se plaint vivement de la tête : la langue et les lèvres sont rôties, le ventre ballonné; la rate, volumineuse. Le pouls bat à 130; il est faible, dicrote, mais régulier. Il existe de la bronchite diffuse, mais prédominante aux bases, la respiration est à 48, la température à 39°6. Le myœdème est net. L'enfant se couche volontiers en chien de fusil; il est un peu raide. Il y a, sur le dos, quelques taches rosées nettes. L'urine, enfin, contient de notables quantités d'albumine.

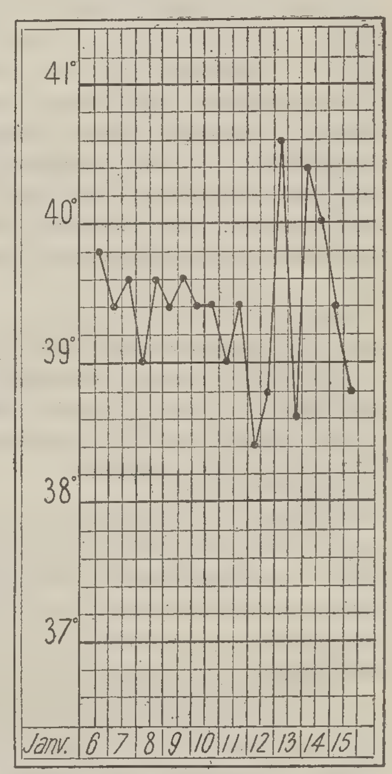


Fig. 5. — Obs. VI.

Le 7 janvier, le pouls est à 142, mais il bat régulièrement. Le premier bruit cardiaque est un peu sourd. La base pulmonaire droite sonne mal; l'auscultation décèle, à son niveau, du souffle et des râles fins. Le ventre est toujours ballonné, la langue et les lèvres, sèches et fuligineuses. La fosse iliaque droite est le siège d'un gargouillement assez net. Les taches rosées deviennent plus abondantes.

Le 8, le pouls est à 140; les phénomènes pulmonaires ne se sont pas modifiés.

Le 9, le souffle tubaire perçu au niveau de la base droite persiste encore.

Le 10, le pouls bat à 142; il apparaît quelques hémorragies

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 25, p. 344.

gingivales et labiales. Il existe toujours un certain degré de météorisme. Le signe de Kernig est très marqué.

Le 11, le pouls est mou et dépressible ; les lèvres continuent à saigner. Le malade est un peu cyanosé, mais il paraît moins hébété que les jours précédents.

Le 13, après une chute de température de 1 degré, apparaissent *deux hémorragies intestinales* de moyenne abondance. Les selles sont couleur goudron. On cesse les bains. Le sacrum tend à s'escarrifier. Le pouls, filant, est à 160. L'état général est des plus médiocres. La température remonte à 40°6. Le malade a eu quelques vomissements; son facies est grippé, péritonéal ; il a du hoquet.

Le 14, la température est remontée à 40°4 ; le jeune Fernand se plaint vivement de la fosse iliaque droite; tout le ventre est météorisé. Il y a de la rétention d'urine. Le facies est anxieux, le nez effilé, les orbites excavés.

Le 15, mêmes symptômes. Le pouls est de plus en plus misérable; les vomissements prennent le type porracé. L'enfant meurt dans la nuit. L'autopsie démontre l'existence d'une *perforation* localisée à la dernière partie de l'intestin grêle.

Il est classique de dire que les hémorragies et les perforations typhiques sont exceptionnelles chez l'enfant. Sans doute, cette loi est exacte d'une façon générale. Mais que d'exceptions ! Nous nous rappelons avoir vu, chez M. Méry, en 1901, un cas de perforation typhique opéré et terminé par la mort; nous nous souvenons aussi d'autres cas vus aux Enfants-Assistés, chez M. Hutinel. Lorsque, comme dans notre cas, on constate des symptômes inquiétants, on devra toujours redouter une complication intestinale. Ici, la perforation a été annoncée par par une hémorragie et s'est rapidement terminée par la mort. Les accidents ont donc évolué conformément aux données classiques.

Obs. VII. — Pierre A..., quinze ans et demi, entré le 7 octobre 1907, salle Bouchut, lit n° 3.

Le malade n'a aucun antécédent, ni héréditaire, ni personnel. Depuis un mois, il est mal à l'aise, souffre de céphalées et ne peut plus travailler. Depuis une semaine, il a été obligé de s'aliter; il a eu, ces jours-ci, du délire, des vomissements et de la diarrhée.

Etat actuel. — L'enfant est très abattu ; son pouls bat à 120, régulièrement. La langue est sèche, fuligineuse, trémulante. Il n'y a pas de douleurs ni de gargouillements dans la fosse iliaque droite ; par contre, il existe de la bronchite disséminée, des taches rosées lenticulaires et une légère tendance à l'embryocardie.

Le 14 octobre, dans la nuit, le malade a eu un vomissement vert. Au matin, on constate que la température est tombée de 39°4 à 36°5, l'on se demande s'il ne va pas faire une complication intestinale, mais le pouls est bon, il n'y a pas de ballonnement du ventre, pas de disparition de la matité hépatique, pas de selles sanguinolentes ; le facies n'est pas péritonéal. On se décide à attendre, et, jusqu'au 28, on ne constate rien de spécial. A cette date, nouvelle chute brusque, moins intense que la première, mais toujours sans aucun phénomène intestinal.

Le 1er novembre, le pouls bat régulièrement à 108. Il y a un certain nombre de taches rosées. Le foie est un peu gros, la rate n'est pas perceptible; le cœur et les poumons fonctionnent normalement. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 20 décembre, l'enfant est en pleine convalescence ; il contracte alors une petite amygdalite catarrhale, pour laquelle on lui fait quitter le service.



Fig. 6. — Obs. VII.

L'intérêt de ce cas réside dans l'existence de deux chutes thermiques inexplicables, l'une accompagnée de vomissements verts. Pour affirmer l'existence d'une hémorragie ou d'une perforation typhique, les défervescences brusques ne suffisent donc pas, non plus que les vomissements, si ceux-ci restent peu abondants; il faut la constatation de symptômes plus sûrs : réactions péritonéales, présence de sang dans les selles.

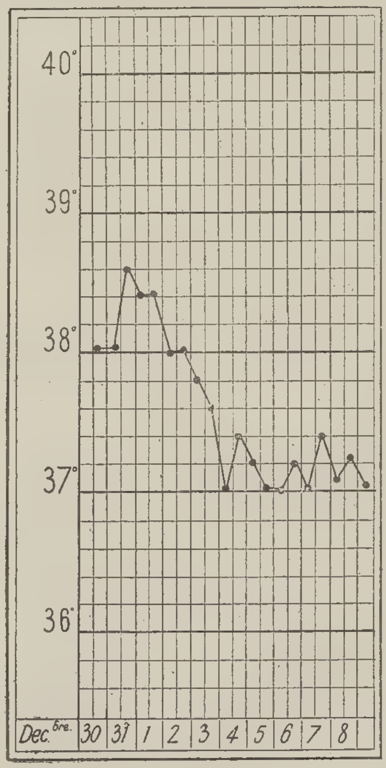


Fig. 7. — Obs. VIII.

Obs. VIII. — Edmond L..., neuf ans, entré le 30 décembre 1907, salle Bouchut, n° 19.

Cet enfant n'a pas d'*antécédents héréditaires*.

Antécédents personnels. Il est né à terme, a été élevé au sein jusqu'à quatorze mois et aurait eu trois fois la diphtérie. De plus, il a eu la rougeole à deux ans.

Il y a neuf jours, il se plaint de céphalée, et le médecin, appelé aussitôt, note un mouvement fébrile assez prononcé (38°7), et qui a persisté depuis.

Depuis cinq jours, il y a de la diarrhée, d'abord noire, puis jaune, fétide.

Le 31, le pouls est à 120 ; les signes précédents ne se sont pas modifiés, si ce n'est qu'il est apparu des signes de congestion pulmonaire de la base droite.

Etat actuel. — L'enfant n'est pas trop abattu, la langue est sèche, l'haleine saburrale ; le pouls bat à 120, il est régulier. Il n'y a ni céphalée, ni épistaxis. Sur divers points du corps (région lombaire, épaule droite) existent quelques taches rosées lenticulaires. La rate est volumineuse, le ventre ballonné; les fosses iliaques ne sont pas douloureuses à la pression, mais elles sont le siège d'un gargouillement très net. Il existe un peu de bronchite. Le myœdème est très accusé.

Le 1er janvier, l'état est toujours le même. La séro-réaction est positive au millième.

Le 9 janvier, l'ophtalmo-réaction est nettement

positive. Quelques jours après, l'enfant quitte l'hôpital : il ne conserve alors que quelques stigmates de scrofule : cils longs, micropolyadénopathie, respiration rude et inégale au niveau du hile.

Cette observation fournit un nouvel exemple de fièvre typhoïde évoluant chez un tuberculeux. Bacillaire, le jeune Edmond L... l'est évidemment, comme le montrent les signes d'adénopathie trachéo-bronchique, la micropolyadénie, les résultats de l'ophtalmo-réaction. Et cependant la dothiénentérie a évolué normalement. Signalons en passant le taux élevé de l'agglutination, considéré par les auteurs comme indiquant tantôt une forme grave, tantôt une forme bénigne. Notre cas semble plutôt venir à l'appui de cette seconde façon de voir.

Obs. IX. — Armande H..., treize ans et demi, entrée le 27 avril 1907, salle Parrot, lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort, il y a cinq ans, d'une congestion pulmonaire. La mère souffre, depuis dix ans, de bronchite chronique. Ils ont eu cinq enfants ; trois sont bien portants, deux sont morts de rougeole rentrée.

Antécédents personnels. — La fillette a été, jusqu'à quatorze mois, élevée au sein maternel. Elle a eu ses premières dents

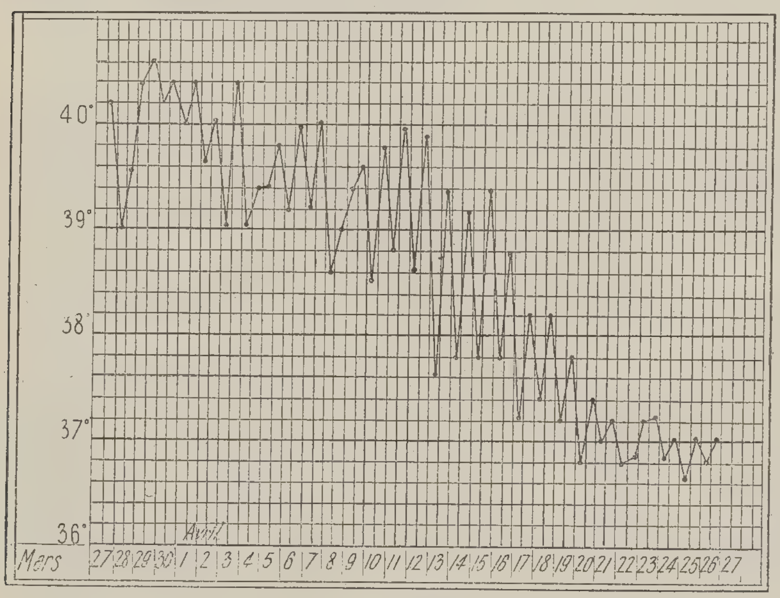


Fig. 8. — Obs. IX.

à neuf mois, a parlé et marché à quinze et n'a eu aucune maladie contagieuse. Depuis une quinzaine, elle est maussade, a perdu l'appétit et se plaint de douleurs vagues. Elle est alitée depuis trois jours, et a, depuis la même époque, de la diarrhée que la mère attribue à une purgation intempestive.

Etat actuel. — L'enfant est abattue; son pouls bat à 128, il est régulier et bien frappé. Sur tout le corps se voient des taches rosées typiques. Le ventre est ballonné, le foie et la rate volumineux, mais il n'y a pas de gargouillement iliaque. Il existe une diarrhée jaune et très fétide. La langue et les lèvres sont sèches, l'auscultation des poumons décèle l'existence d'une bronchite moyennement accentuée; enfin, les urines contiennent un peu d'albumine. La température est de 40°2.

Le 30 avril, l'enfant a un peu de délire, surtout nocturne. Elle se plaint de voir des bêtes, aperçoit des gens qui lui veulent du mal, etc., etc. Son pouls, toujours rapide (132) est un peu mou, mais régulier. La bronchite a fait des progrès; par contre, la langue est meilleure. Les autres signes ne se sont pas modifiés.

Le 7 mai, certaines régions articulaires (coudes, genoux) sont le siège d'une éruption érythémateuse très accusée, constituée par de petites papules, confluant par places. Il existe un peu de Kernig, surtout à gauche. Depuis quelques jours, il y a de l'incontinence des matières. Au cœur, le premier bruit est un peu assourdi ; le dos est le siège d'un érythème scarlatiniforme étendu. Au niveau des bases pulmonaires, surtout à gauche, sont apparus des signes de congestion passive.

Le 10 mai, le pouls oscille toujours entre 120 et 124; la diarrhée diminue, l'incontinence a cessé; le ventre est plus souple, la langue est bonne, mais on constate, à la face interne de la joue droite, l'existence d'*une ulcération* superficielle, à grand axe vertical, recouverte d'une sorte de fausse membrane, et donnant à l'haleine une odeur nauséabonde. Les ganglions angulo-maxillaires correspondants sont un peu engorgés. Les signes fonctionnelss et, en particulier, la douleur sont réduits au minimum. On prescrit des lavages et des attouchements à l'eau oxygénée.

Le 11 mai, l'état est stationnaire. Les selles commencent à devenir moulées, l'ulcération ne s'est pas modifiée.

Le 16 mai, elle est toujours dans le même état; on applique à sa surface un peu de bleu de méthylène.

Le 22, elle est guérie. Quelques jours après, l'enfant quitte l'hôpital pour aller dans une maison de convalescence.

Evidemment, il s'est agi ici d'une dothiénentérie grave, avec délire, incontinence, hyperthermie, oscillations étendues à la période du stade amphibole. Mais, ce qu'il y a de plus curieux, c'est l'apparition de cette ulcération, indépendante de tout traumatisme local, qui n'était pas du noma, et qui a nécessité, pour guérir, des soins assez attentifs. Des cas de ce genre sont rares : nous n'en avons pas vu dans les articles classiques.

Telles sont les observations que nous voulions rapporter. Leur lecture montre que la dothiénentérie infantile peut offrir bien des variantes, et que, si, dans la majorité des cas, ses symptômes correspondent à la description des auteurs, il y en a d'autres où, par ses accidents, par son évolution, ou par les conditions dans lesquelles elle s'est développée, elle nécessite toute l'attention du médecin et soulève, tant en ce qui concerne le diagnostic, que relativement au pronostic, des questions intéressantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er MARS 1910)

Ectopie cardiaque. — M. Kirmisson présente un cas intéressant d'ectopie cardiaque observé par lui et M. Vaquez sur un enfant qu'il a opéré avec succès.

M. Lannelongue, à ce propos, communique l'observation d'un enfant de quatre ans qu'il a opéré il y a vingt ans par plusieurs autoplasties successives pour une ectopie du cœur en dehors du corps ; c'est aujourd'hui une femme de vingt-quatre ans qui s'est mariée et qui a eu plusieurs enfants.

Composition chimique de l'absinthe. — M. Moureu fait, sur ce sujet, un rapport qui a été demandé à l'Académie par les pouvoirs publics. Dans toutes les liqueurs d'absinthe on trouve la thuyone, principe essentiellement toxique, dont la présence est décelable par un procédé chimique particulier, mais non dosable. La thuyone existe également dans d'autres liqueurs spiritueuses, mais à dose très inférieure.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers. Au premier tour, M. le professeur d'Espine (de Genève) est élu par 42 voix sur 70 votants. Au second tour, sir Victor Horsley (de Londres) est élu par 36 suffrages sur 68 votants.

Le régime dans les affections du rein. — M. Linossier, en son nom et au nom de M. G.-H. Lemoine, fait une communication sur ce sujet.

Tous les aliments albuminoïdes d'origine animale, injectés à l'état cru sous la peau, provoquent de l'albuminurie, des suffusions sanguines dans le rein, et une altération des tubes contournés. Ce phénomène a été, en ce qui concerne le blanc d'œuf, étudié par un grand nombre d'auteurs. Ils ont constaté qu'il se produit également avec la viande et même, ce qui peut sembler plus étonnant, avec le lait, l'aliment idéal des brightiques.

Si, dans les conditions normales de l'alimentation, l'action nuisible sur le rein des divers aliments albuminoïdes ne se manifeste pas, c'est grâce à la mise en œuvre d'un certain nombre de procédés de défense de l'organisme. La part principale dans la protection du rein appartient donc aux sucs digestifs qui en hydrolisant les albumines les rendent inoffensives. Les auteurs ont constaté que sur la viande, sur le lait, l'action du suc gastrique s'exerce facilement ; elle est au contraire très lente sur le blanc d'œuf cru. Aussi est-il relativement facile de provoquer chez l'homme, pour peu que le rein soit insuffisant, une albuminurie par ingestion immodérée de blanc d'œuf.

On peut y arriver avec le lait lui-même s'il est mal digéré : chez un albuminurique chez qui le lait provoquait des troubles dyspeptiques et augmentait l'albuminurie, ils ont nettement constaté qu'une partie de l'albumine urinaire présentait les caractères biologiques de l'albumine du lait de vache.

Il peut y avoir une certaine accoutumance de l'organisme à l'action néphrotoxique des aliments albuminoïdes. Cette accoutumance est spécifique.

La chaleur fait disparaître la nocivité pour le rein des aliments albumineux. Pour les néphrétiques, le lait devra donc être bouilli, l'albumine de l'œuf coagulée et la viande très cuite.

La viande blanche (veau) leur a toujours paru dans leurs expériences plus toxique que la viande rouge (bœuf). Si elle paraît plus inoffensive dans la pratique c'est exclusivement parce qu'elle est habituellement mangée plus cuite. Il convient donc de substituer à l'interdiction usuelle des viandes rouges l'interdiction des viandes saignantes et mal cuites. La viande bien cuite est dans certains cas moins nuisible pour le rein que le lait cru.

Prophylaxie de la fièvre typhoïde. — L'important débat qui vient d'avoir lieu sur ce sujet et dont nous avons donné les pièces principales (voy. *Gaz. des hôpit.*, Vaillard et Delorme, 1909, n° 137, p. 1719; 1910, n° 8, p. 97, et n° 22, p. 297) vient de se terminer par la discussion des conclusions proposées par MM. Delorme et Landouzy.

Deux des conclusions de M. Delorme, l'une relative à la prédominance de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde, l'autre au sujet des mesures d'hygiène qui doivent être prises dans l'installation des fosses d'aisance, des puits ou des égouts furent adoptées à une grande majorité. Ses deux autres conclusions furent par contre repoussées.

Sur l'intervention de MM. Roux, Vaillard et Vincent, l'Académie décida en effet de ne pas nommer, comme le voulait M. Delorme, toutes les villes de France qui n'auraient point pris les mesures nécessaires pour exécuter des travaux d'adduction d'eau potable.

La motion de M. Vincent demandant que la prophylaxie hydrique s'étende à toutes les villes et notamment à toutes les villes de garnison où l'enquête épidémiologique et l'enquête bactériologique auront démontré l'existence d'eaux impures d'alimentation fut ensuite adoptée à l'unanimité.

Les onze conclusions de M. Landouzy furent à leur tour votées à une grande majorité.

MM. Vaillard, Vincent et Roux appuyèrent fortement la conclusion pour empêcher la propagation par les mouches, combattue par M. Delorme. M. Roux indiqua que l'huile de schiste répandue dans les fosses et sur les fumiers détruisait les larves de ces dangereux insectes ; que des grillages et des antiseptiques pouvaient également être employés.

M. Landouzy demandait enfin le dépistage des porteurs sains de bacilles d'Eberth. Cette dernière proposition fut également acceptée.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA DOULEUR DANS LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL UTÉRO-OVARIEN

Par le docteur Robert.

Dans une note précédente, nous avons étudié les propriétés hémostatiques de la stypticine qui, nous l'avons vu, est le vaso-constricteur de choix à employer contre toutes les hémorragies, puisqu'il joint à une absence complète de toxicité une constance d'action que ne possèdent ni l'hydrastis, ni le viburnum, ni l'hamamélis.

La stypticine est en outre douée de propriétés sédatives marquées qui trouvent de nombreuses applications dans les affections utérines douloureuses.

Elles s'exercent au plus haut degré contre les troubles dysménorrhéiques de la jeune fille et de la femme. Chez la première surtout, ceux-ci sont fréquents, et le plus souvent liés soit à de la congestion, soit à une courbure anormale de l'utérus, gênant son évacuation naturelle, et favorisant la formation de caillots dont l'expulsion est accompagnée de douleurs plus ou moins vives, s'irradiant dans le petit bassin, les lombes et les cuisses, et obligeant souvent les malades à garder le lit. Ces causes persistent souvent chez la femme n'ayant pas eu d'enfants, et s'accompagnent la plupart du temps d'un léger degré de métrite chronique.

La stypticine agit merveilleusement dans ces cas par un double mécanisme : par son action sédative propre, bien marquée, et qui suffirait à elle seule à calmer les phénomènes douloureux; en outre, par son action sur la fibre lisse de l'utérus, dont elle favorise les contractions, facilitant ainsi l'évacuation du sang menstruel et des caillots. A côté de ces effets immédiats, il faut bien noter que la stypticine détermine encore des résultats éloignés et durables sans doses nouvelles, et qu'elle possède des propriétés décongestives remarquables dans les cas si connus de congestion utérine primitive.

Dans les affections utérines hémorragiques douloureuses, déviations utérines, lésions annexielles, métrites, fibromes, sans s'opposer à l'intervention sanglante dont elles sont souvent justiciables, la stypticine rend de précieux services en calmant les deux principaux phénomènes morbides, l'hémorragie et la douleur, permettant d'attendre le moment opportun si l'indication se pose; son action est, là surtout, plus nette et plus précise que celle de l'hydrastis.

L'action sédative sera obtenue, comme nous l'avons vu

déjà pour l'action vaso-constrictive, en prescrivant les doses suivantes :

Tablettes de Stypticine-Merck, à 0,05 — un tube.

Prendre 2 à 3 tablettes par jour pendant la semaine précédant immédiatement les règles, puis :

4 à 5 tablettes par jour pendant toute leur durée.

En conclusion, nous dirons que, soit qu'on se propose de combattre une hémorragie de siège varié, soit qu'on l'utilise comme sédatif utérin, la stypticine, dans la grande majorité des cas, donne le résultat thérapeutique cherché.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 27, 30 déc. 1909.) Edward O. OTIS : L'œuvre médicale du docteur Holmes. — Hon. William SCHOFIELD : Le témoignage des experts médicaux. — William G. THOMPSON : Une réforme possible de la procédure judiciaire. — Ezra R. THAYER : Amélioration du système actuel de témoignage des experts. — George W. GAY : Le témoignage des experts médicaux. — Frederick W. JOHNSON : Un cas d'endométrite tuberculeuse. — (Vol. CLXII, n° 1, 6 janv. 1910.) John B. HAWES et Cleaveland FLOYD : Le traitement par la tuberculine des malades d'un dispensaire. — H. F. HARTWELL et Edward C. STREETER : L'administration thérapeutique de la tuberculine dans les tuberculoses chirurgicales. — James PEDERSEN : L'anurie sans obstruction. — F. S. WATSON : L'anurie par obstruction calculeuse. — John H. CUNNINGHAM : L'influence de l'opération de résection du rein sur les fonctions de l'organe : α. quand la plaie rénale est fermée par des sutures ; β. que la plaie rénale est drainée : *a.* pur un tube de caoutchouc ; *b.* par de la gaze. — (N° 2, 13 janv.) Jerome Morley LYNCH : Sur le régime d'épreuve de Schmidt dans le diagnostic des maladies de l'intestin. — Lesley H. SPOONER : L'immunité artificielle antityphique par les inoculations, cas pratiqués au Massachusetts general Hospital (6 tableaux). — Henry T. HUTCHNIS : Sur la reproduction de la douleur comme moyen de faire un diagnostic différentiel. — Léon S. MEDALIA : La thérapeutique opsonique dans la pyorrhée alvéolaire. — Thomas J. MAYS : La crotaline. Amélioration de la méthode employée pour son administration. — (N° 3, 20 janv.) Nathaniel R. MASON et John T. WILLIAMS : Etude clinique et expérimentale sur la solidité de la cicatrice utérine après l'opération césarienne. — Charles Greene CUMSTON : La symptomatologie, le diagnostic et le traitement de l'angiocholite primitive non suppurée. — Edward H. RISLEY : La pneumonie post-opératoire. — Mary Elisabeth MORSE : Sur l'emploi de cultures formolées de bacille typhique pour la réaction d'agglutination. — Thomas Morgan ROTCH et John Lovett MORSE : Le bacille de la coqueluche. Résumé de la littérature récente sur l'étiologie de la coqueluche. — (N° 4, 27 janv.) W. B. CANNON : La corrélation entre les fonctions digestives. — Henry F. HAWES : L'examen des matières fécales en clinique. — George Cheever SCHATTUCK : Sur trois cas d'éléphantiasis sporadique du type lymphatique (avec 1 fig.). — William R. WOODBURY : Les maladies infectieuses et la bouche (avec 2 tracés). — Charles A. POWERS : Récidive dans la cicatrice d'un cancer du sein dix-sept ans et demi après l'ablation de la tumeur. — (N° 5, 3 fév.) John M. CONNOLLY : Quelques résultats des travaux du « Comité du lait et de l'hygiène de l'enfant » dans l'intérêt des nouveau-nés (avec 6 tableaux et 1 tracé). — A. R. KIMPTON : Le diagnostic et le traitement de l'invagination intestinale. — Fritz B. TALBOT : Sur la signification de morceaux de lait caillé dans les selles des enfants. — W. W. MINER : Le diabète ignoré, cause de coma rapidement fatal. — Lewis M. PALMER : Un cas de vitalité considérable. — A. Elliot PAIRIE : Un cas extraordinaire de suicide. — Charles W. TOWSEND et Fred. T. MURPHY : Une observation d'invagination.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 11 janv. 1910.) MACHOL : Le traitement chirurgical orthopédique de la paralysie spinale infantile. — FLEXNER et LEWIS : Sur la poliomyélite expérimentalement provoquée chez le singe et la nature de son agent. — ASCOLI : La réaction spécifique de la méiostigmine. — HECHT : La formation d'acides gras dans l'intestin du nourrisson. — HESS : Le foie dans la péricardite chronique. — BUSSE : Phagocytose et figures hématiques d'Arneth. — FETZER : Prolapsus génital conséquence d'un premier accouchement tardif. — GULEKE : Sur les blessures sous-cutanées du pancréas. — HÜGEL et RUETE : Résultats actuels du séro-diagnostic de la syphilis à la clinique dermatologique de Strasbourg. — MŒLLER : Hygiène de la bouche et tuberculose pulmonaire. — HOLLÄNDER : Intoxications par l'eau-de-vie. Procédé pour le dosage quantitatif de l'alcool amylique. — NASSAUER : Sur le traitement par le bolus. — CHRISTEN : Le traitement des fractures humérales d'après Hoffmann. — NAHRKORN : La durée du traitement dans les blessures par accidents.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Affections chirurgicales de l'abdomen (péritoine, estomac, intestin), par le docteur GUINARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Grand in-8 de 582 pages avec 115 figures. — Prix : broché, 12 francs ; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Art pratique de formuler, par le docteur LEMANSKI. Troisième édition complètement refondue et mise d'accord avec le nouveau Codex. In-16 de 304 pages. — Prix : cartonné, 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

NOTES POUR L'INTERNAT

OREILLONS

On décrit, sous le nom d'oreillons, une maladie générale infectieuse, spécifique, contagieuse et épidémique, se localisant avec prédilection sur les glandes salivaires, principalement sur les parotides, et déterminant une tuméfaction de ces glandes ; mais d'autres organes peuvent être atteints, les glandes génitales surtout, et plus rarement le pancréas, le corps thyroïde, les reins, le système nerveux, ce qui montre bien que cette maladie est une infection générale, à laquelle conviendrait mieux le nom de fièvre ourlienne.

ÉTIOLOGIE. — Les oreillons frappent surtout les enfants et les jeunes adultes ; c'est une maladie des écoliers et des soldats. On a publié quelques observations d'oreillons chez les nourrissons ; ce sont des faits exceptionnels ; de deux à cinq ans, l'affection devient moins rare, mais elle est surtout très fréquente chez les enfants de cinq à quinze ans ; les épidémies d'oreillons se développent surtout dans les écoles et dans les casernes.

La contagion est la seule cause efficiente; presque toujours il s'agit d'une *contagion directe*, mais les oreillons ne se comportent pas comme la rougeole, la varicelle, la coqueluche qui se développent, dans le plus grand nombre des cas, à la suite d'un seul contact infectant; pour les oreillons, il faut un séjour prolongé dans un milieu épidémique et des contacts multiples avec des sujets déjà contaminés; ceci est la règle générale, on a cependant relaté des cas d'oreillons apparaissant chez des enfants qui n'ont été en contact qu'une seule fois, pendant quelques instants, avec des individus infectés. On connaît aussi quelques cas de *contagion indirecte*, un médecin par exemple soignant des malades atteints d'oreillons transmet la maladie à une tierce personne sans être lui-même contaminé; on pense même que les oreillons peuvent parfois se transmettre par l'intermédiaire d'objets qui ont été en contact avec les malades; mais ces cas sont exceptionnels.

Les oreillons sont contagieux dès le début de la maladie, à la période d'invasion, avant la tuméfaction parotidienne; ils restent contagieux pendant la période d'état et même pendant la convalescence.

Les épidémies sévissent en toutes saisons, cependant plus fréquentes en hiver et au printemps; elles restent presque toujours confinées dans des foyers restreints : épidémies de maisons, d'écoles, de régiments. La marche des épidémies se fait par étapes successives.

De nombreuses recherches *bactériologiques* ont été faites sur le germe des oreillons; Capitan et Charrin, Laveran et Catrin ont décrit divers microbes pathogènes; plus récemment (1906) Teissier et Esmein ont isolé de la salive parotidienne et du sang des malades un microcoque constitué par des grains isolés, en diplocoques ou en tétrades, rarement en chaînettes, exceptionnellement en amas zoogléiques; ce microcoque doit être rangé parmi les variétés du microcoque tétragène et la fièvre ourlienne deviendrait ainsi une septicémie tétragénique atténuée. Ces auteurs ont même constaté que le sérum des malades atteints d'oreillons agglutine ce microbe et que cette agglutination ne s'observe ni avec le sérum des sujets sains, ni avec le sérum des malades atteints d'autres affections.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE. — Les autopsies de sujets ayant succombé à la suite d'oreillons étant très rares, on discute encore sur la nature exacte des lésions parotidiennes. Il est cependant admis que ces lésions portent presque exclusivement sur le tissu conjonctif glandulaire et périglandulaire; l'astmosphère celluleuse des glandes salivaires est infiltrée par une sérosité gélatineuse; les acini glandulaires et les canaux excréteurs ne présentent pas de lésions inflammatoires. Pour le testicule, on a pu étudier surtout les atrophies consécutives à l'orchite ourlienne, mais avec des différences d'interprétation, les uns admettant des lésions des tubes séminifères, les autres une inflammation et une sclérose surtout interstitielles. En résumé, l'anatomie pathologique des oreillons est encore à faire.

Pour la *pathogénie*, on a longtemps considéré les oreillons comme une maladie locale, une parotidite a frigore. Cette opinion est complètement abandonnée; il s'agit d'une infection. On admettait jusqu'à ces dernières années que le microbe pénétrait dans l'organisme par la cavité buccale et envahissait la parotide par le canal de Sténon; l'infection ourlienne était donc une infection primitivement localisée. Hutinel et Darré font remarquer que cette théorie doit être rejetée à la suite des recherches bactériologiques récentes sur toutes les septicémies; le microbe des oreillons, après avoir pénétré dans l'organisme par une voie encore indéterminée, peut-être la gorge, envahit le sang dès le début de la maladie; l'infection ourlienne est primitivement une septicémie qui se fixe sur certains organes électifs : parotides, testicules, exceptionnellement d'autres glandes, mais la dissémination possible sur divers organes montre bien qu'ils sont envahis par la voie sanguine.

SYMPTOMES. — Les oreillons ont une *incubation* longue qui dure habituellement de quinze jours à trois semaines. Le *début*, surtout chez les enfants, est souvent insidieux et le gonflement parotidien est le premier signe appréciable; mais, dans d'autres cas, il est marqué par quelques symptômes : léger malaise, frissonnements, courbature, anorexie, quelques vomissements, élévation de la température à 38 degrés; plus rarement, c'est un début bruyant avec céphalée, insomnie, douleurs très violentes dans l'oreille; et exceptionnellement un début dramatique, avec une fièvre à 40 degrés, du délire et des convulsions. Ces prodromes durent de douze à trente-six heures.

A la *période d'état*, la tuméfaction des parotides est le symptôme caractéristique; elle est annoncée par une *douleur* contusive, spontanée, puis réveillée par la pression au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, en avant de la parotide et au niveau de l'apophyse mastoïde; la douleur est exagérée par les mouvements de la mâchoire, elle gêne la mastication et l'articulation des mots; on peut même observer un véritable trismus.

La *tuméfaction* est d'abord unilatérale, débutant en avant du lobule de l'oreille et envahissant les régions parotidienne, massétérine et sous-maxillaire; la peau est tendue, lisse, luisante, de coloration normale ou légèrement rosée, exceptionnellement d'une teinte érysipélateuse. A la palpation, la peau est chaude et on sent un empâtement de la région parotidienne, une résistance molle, parfois un peu élastique. Au bout de quelques heures, ou même après trois ou quatre jours, l'autre parotide se tuméfie; la bilatéralité du gonflement parotidien est la règle d'après Bouchut, qui disait que les oreillons n'ont pas de singulier; cette règle n'est pas absolue; dans certaines épidémies même, l'oreillon est plus fréquent que les oreillons (Comby).

Le visage est plus ou moins déformé par la tuméfaction parotidienne; Rilliet et Barthez ont distingué trois degrés : tuméfaction à peine visible des oreillons frustes; tuméfaction moyenne, donnant au visage une forme en poire, un aspect un peu ridicule; tuméfaction considérable envahissant la région sous-maxillaire, le cou jusqu'aux clavicules. Parfois même, le gonflement gagne les parties supérieures de la face, la région temporale, les paupières, la cavité orbitaire; on voit alors de l'œdème palpébral, du chémosis et de l'exophtalmie. On a dit que dans ces cas la glande lacrymale était tuméfiée; pour d'autres auteurs, cet œdème est dû à la compression de la veine faciale par la parotide. Dans les grandes tuméfactions ourliennes, les glandes sous-maxillaires et sublinguales sont toujours très engorgées; elles le sont même un peu dans les formes plus légères.

En examinant la *bouche* du malade, on constate quelquefois de la stomatite, avec tuméfaction et sécheresse de la muqueuse buccale, surtout vers les dernières molaires, autour de l'orifice du canal de Sténon; Bouchut, Catrin ont décrit une angine ourlienne, angine érythémateuse qu'ils considèrent comme très fréquente. D'après Hutinel et Darré, on a exagéré beaucoup l'importance de ces altérations des muqueuses au cours des oreillons; dans la grande majorité des cas, la muqueuse buccale est normale. La gorge n'est profondément modifiée que dans les tuméfactions très considérables de la parotide; alors les amygdales sont repoussées vers la ligne médiane et il existe un œdème inflammatoire du pharynx, cause de dysphagie intense.

La sécrétion salivaire est tantôt normale, tantôt diminuée ou exagérée. Sicard et Dopter ont fait l'étude cytologique de la salive parotidienne recueillie par cathétérisme du canal de Sténon; à l'état normal, cette salive ne contient aucune cellule; en cas d'oreillons, on trouve, pendant les deux premiers jours, des leucocytes polynucléaires, quelques lymphocytes et quelques cellules glandulaires, pendant les jours suivants des cellules fusiformes détachées des conduits excréteurs et des cellules glandulaires.

Pendant la période d'état, les symptômes généraux sont au second plan : malaise, courbature, anorexie; la fièvre est constante, mais modérée, 38°5 à 39 degrés pendant deux à quatre jours, puis la température s'abaisse en lysis. Le gonflement des parotides diminue et a disparu le septième ou huitième jour de la maladie. Chez l'enfant, l'évolution des oreillons est ainsi très souvent régulière et l'orchite est exceptionnelle, chez l'adulte au contraire, celle-ci est très fréquente; chez l'enfant comme chez l'adulte, d'autres localisations de l'infection ourlienne peuvent apparaître qui constituent de véritables complications. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Lecture des copies : Symptomatologie.* — Séance du 3 mars. — MM. Weil (Benjamin) et Faure-Beaulieu, 8; Tixier, 10; Vitry, Géraudel et Voisin, 8; Verliac, 7; Salomon, 8; Lévy (Fernand), 6.

Prochaine séance, samedi 5 mars, à cinq heures, à la Charité.

Anatomie pathologique. — Séance du 3 mars. — MM. Fiessinger et Nattan-Larrier, 9; Milhit et Roussy, 8; Froin et Simon, 7; Crouzon, 9; Herscher, 8.

Prochaine séance, samedi 5 mars, à huit heures et demie du soir, à la salle des Saints-Pères.

— Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 2 mars. — MM. Lemaître, 29; Grivot, 28.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 2 mars. — Question donnée : « Anatomie du nerf moteur oculaire commun depuis ses origines apparentes. — Ophtalmie purulente du nouveau-né. »

MM. Delort, 16 + 17 = 33; Bouvier, 9 + 16 = 25; Dufourmentel, 17 + 19 = 36; Malarte, 18 + 20 = 38; Escallier, 16 + 18 = 34; Achard, 14 + 16 = 30; Ramadier, 17 + 20 = 37; Villechaise, 16 + 20 = 36; Mlle Condat, 18 + 23 = 41.

— Un concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 avril 1910, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 14 mars au samedi 9 avril 1910 inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mercredi 20 avril 1910, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscriptions est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 1er avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1910.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le professeur Sigalas est nommé assesseur du doyen.

— Nancy. — M. Paysant est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie en remplacement de M. Chatelain, démissionnaire.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 25 février 1910 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Grisel, passe au 105e d'inf.; d'Arlhac, au 45e d'inf.; Genod, au 75e d'inf.; Gras, au 152e d'inf.; Biérer, au 27e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Rapp, passe au 2e d'inf.; Jeannin, au 146e d'inf.; Mossier, aux hôpit. de la division d'Oran; Torresse, au 2e bat. d'inf. légère d'Afrique.

Médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Abel passe au 14e dragons.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Médaille d'honneur du Conseil général de la Seine (service des Enfants-Assistés). — *Médaille d'argent.* — M. Jarrige (de Servant).

Médailles de bronze. — MM. Laguille (d'Autun), Malley (de Bourbon-l'Archambault), Forichon (du Montet), Hurault (de Savigny-sur-Braye).

— Médailles pour services rendus a l'Assistance publique :

Médaille d'argent. — M. le docteur Boullé (de Saint-Valérien).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Maugue (des Martres-de-Veyre), Paquet (de Douai), Toledano, Aubert et Laffitte (J.-B.) (de Paris).

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — L'association a tenu le 2 mars une assemblée générale extraordinaire sous la présidence du docteur Maurice de Fleury.

Il a été décidé que la date des assemblées serait fixée désormais au premier samedi de novembre, février et mai.

Il a été décidé, en outre, que l'association organiserait un Congrès des journalistes médicaux français qui s'ouvrirait le premier samedi de novembre 1910.

Le comité d'organisation, dont le secrétaire général est le docteur Cabanès, 9, rue de Poissy, à Paris, fera prochainement connaître le programme de ce Congrès, sur lequel nous ne saurions trop attirer l'attention de tous les confrères qui s'occupent de journalisme.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale statutaire du syndicat médical de

Paris s'est tenue le 27 février à la faculté de médecine sous la présidence du docteur Descoust.

Après l'allocution du président et la lecture du rapport du docteur de Pradel, secrétaire général, l'assemblée s'est occupée de la question de l' « Organisation d'un service de secours médicaux sur la voie publique à Paris », puis du « Congrès des Praticiens ». Elle a ensuite nommé six membres du conseil d'administration pour trois ans en remplacement des six membres sortants. Les nouveaux élus sont MM. les docteurs d'Ayrenx, Caudron, La Couture, Lafond, Olivier Lenoir et Georges Picard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALES. — Le bureau est ainsi composé pour 1910 :

Président, M. Le Dentu; vice-présidents, MM. Granjux et Chantemesse; secrétaire général, M. Wurtz; secrétaires, MM. Tanon et Nattan-Larier; trésorier, M. Dyé; trésorier adjoint, M. Rodriguez; archiviste, M. Tissier.

Sont élus membres du Conseil pour 1910 : MM. Gaucher, Jeanselme et Villejean.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — La Société de thérapeutique attribuera en 1910 deux prix dans les conditions suivantes :

1° Prix de la Société de thérapeutique, de la valeur de 500 francs;

2° Prix Saint-Yves-Mesnard, de la valeur de 250 francs.

Ces prix seront attribués aux deux meilleurs travaux de thérapeutique, manuscrits ou imprimés, parus depuis le 1er janvier 1909, qui auront été présentés à la Société avant le 30 juin 1910.

Les travaux, imprimés ou manuscrits, devront être adressés au secrétaire général, docteur Bardet, 21, rue du Cherche-Midi.

JUBILÉ DE M. GELLÉ PÈRE. — Un comité composé de MM. Bouchard, Dastre, S. Duplay, Gley, A. Laveran, F. Raymond, Bar, Bonain, Bonnier, Boulay, Bourgeois, Cartaz, Castex, Chatellier, Escat, Furet, Garel, Gaudier, Helme, Jacques, Lannois, Lavrand, Le Marc'hadour, Lermoyez, Lombard, Lubet-Barbon, Luc, Mahu, Martin, Molinié, Moure, Mouret, Noquet, Poyet, Ruault, Sébileau, Sieur, Texier, Vacher, Depierris, secrétaire général de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 20, rue Soufflot; Veillard, secrétaire général de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 127, boulevard Malesherbes, adresse la note suivante :

L'Allemagne et l'Autriche, mues par un sentiment de gratitude et d'admiration légitimes, ont récemment fêté les doyens de l'otologie. Les jubilés de Politzer, de Lucæ et de Schwartze ont été l'affirmation de leur reconnaissance pour les efforts si fructueux de ces pionniers de la science otologique. Nous avons le droit et le devoir de ne pas nous montrer plus ingrats que nos voisins.

Les élèves et les amis de M. Gellé père ont pensé que le moment était venu de célébrer son jubilé et de reconnaître, par une manifestation de sympathie et d'admiration, tout le mérite et toute l'utilité de son long et fécond labeur. Ils ont décidé, en conséquence, de lui offrir une médaille à une date qui sera fixée ultérieurement et d'ouvrir dans ce but une souscription qui sera close le 1er avril 1910.

Les souscriptions doivent être adressées à M. P. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout souscripteur de la somme de 25 francs au moins recevra un exemplaire de la plaquette qui sera remise à M. Gellé à l'occasion de son jubilé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eug. Becquart (de Radinghem); Curie, père du regretté Pierre Curie; Deckmyn (de Dunkerque) et Maurice Dupont (de Paris).

CONFÉRENCES SUR L'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DES MEMBRES. — M. Thiéry, agrégé, a commencé le vendredi 4 mars, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté) ses conférences sur l'anatomie topographique des membres et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE (SEMESTRE D'ÉTÉ), asile clinique (Sainte-Anne) 1, rue Cabanis). — M. le professeur Gilbert Ballet reprendra le cours de clinique des maladies mentales le dimanche 6 mars 1910, à dix heures du matin et le continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

M. le professeur agrégé Dupré continuera le cours de psychiatrie médico-légale théorique, à l'asile Sainte-Anne, les lundis et jeudis matin à dix heures un quart.

MM. les docteurs René Charpentier et Delmas continueront les cours pratiques de psychiatrie (examen des malades et rédaction de certificats et rapports) les lundis et jeudis matin à neuf heures un quart.

FÊTE DU P. C. N. — Les étudiants du P. C. N. donneront une fête de bienfaisance (revue, bal, cotillon) au profit de la caisse de secours de l'Université dans l'hôtel de la Ligue de l'enseignement, 3, rue Récamier (14, rue de Sèvres) le vendredi 11 mars, à neuf heures du soir, sous la présidence de MM. Appell et Landouzy, doyens des Facultés des sciences et de médecine, et de MM. les professeurs du P. C. N.

Prix d'entrée : 5 francs.

On trouve des cartes au comité de la fête du P. C. N., 12, rue Cuvier.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 MARS 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 mars, à une heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Nicolas, Retterer et Ombrédanne.

3e (2e partie) : MM. Gautier, Legry et Marcel Labbé.

1er (oral) : MM. Delbet, Rieffel et Branca.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Gaucher et Sicard; — (2e série) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper; — M. Mulon, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Monod et Proust; — (2e série) : MM. Hartmann, Aug. Broca et Pierre Duval; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 15 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Rémy et Thiéry.

1er (oral) : MM. Prenant, Nicolas et Retterer.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gilbert Ballet, Rénon et Brumpt.

4e : MM. Thoinot, Balthazard et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant.

5e (2e partie) *Charité* : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot; — M. Nobécourt, suppléant.

Mercredi 16 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Retterer et Rieffel.

2e : MM. Gariel, Gley et Branca; — M. Mulon, suppléant.

5e (2e partie) *Laënnec* (1re série) : MM. Wurtz, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Teissier, Legry et André Jousset; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique) *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Proust, suppléant.

Jeudi 17 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Thiéry et Lenormant.

1er (oral) : MM. Prenant, Retterer et Morestin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Brumpt.

4e (1re série) : MM. Gilbert Ballet, Vaquez et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Wurtz et Richaud; — M. Nicloux, suppléant.

Prétuberculose et Mensurations de poitrine. Etude basée sur l'examen de 1600 cas. Brochure de 32 pages, par le docteur BOUREILLE, directeur du Préventorium anti-tuberculeux du boulevard Garibaldi. — Paris, Maloine.

Annuaire illustré des maisons de santé et de tous les établissements médicaux et de retraite privés ou publics. — Paris, 11, rue Servandoni.

REVUE GÉNÉRALE *

L'HÉMIPLÉGIE DES SYPHILITIQUES **

Par M. L. LAGANE,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'hémiplégie, une fois constituée, présente les caractères habituels de toute hémiplégie. Aussi nous dispenserons-nous de les décrire***.

V

Formes cliniques. — La richesse en formes cliniques de l'hémiplégie syphilitique est remarquable. Nous en avons déjà signalé quelques-unes à propos de la symptomatologie; nous allons rapidement passer les autres en revue.

1° Suivant l'intensité des troubles moteurs, l'hémiplégie peut être complète, ou ne consister qu'en une hémiparésie.

2° Suivant l'étendue plus ou moins grande du territoire atteint, elle peut être totale ou segmentaire (monoplégie); cette dernière forme est très fréquente. Elle peut être aussi bilatérale (diplégie), forme intéressante pour nous. Si la paralysie peut atteindre simultanément les deux côtés, elle frappe le plus souvent le deuxième côté quelque temps après le premier, quelquefois même alors que cette première paralysie est en voie d'amélioration, comme dans l'observation type déjà citée de Klippel et Charrier. Certains auteurs considèrent qu'une hémiplégie double ayant débuté par un seul côté est presque pathognomonique de la syphilis.

3° Suivant le siège des lésions, on peut voir se réaliser divers types d'hémiplégies dont nous ne ferons que résumer les symptômes cliniques. Ils sont d'autant plus nombreux et complexes que la syphilis se plaît à réaliser des lésions à symptômes multiples et d'associations parfois bizarres. Ce sont :

Le syndrome hémiplégie avec troubles de la déglutition et de l'articulation des mots, relevant d'une lésion des noyaux caudé et lenticulaire;

L'hémiplégie avec rire et pleurer spasmodique par lésion du segment antérieur de la capsule interne;

L'hémiparésie avec hémianesthésie, quelquefois hémianopsie, hémichorée ou hémiathétose par lésion de la couche optique (syndrome thalamique de Déjerine et Roussy);

L'hémiplégie avec hémianopsie latérale homonyme et réaction de Wernicke par lésion des ganglions de la base et des tubercules quadrijumeaux antérieurs, ou plutôt du pulvinar et du corps genouillé externe.

Bien plus importants et plus fréquents sont les deux syndromes suivants :

Hémiplégie alterne supérieure ou hémiplégie avec paralysie de la troisième paire du côté opposé (syndrome de Weber) due à une lésion de la portion supérieure des pédoncules cérébraux : le syndrome de Benedikt, paralysie de la troisième paire avec hémitremblement, semble dû à la même lésion ou, d'une façon plus précise, à une lésion de la calotte du pédoncule;

Hémiplégie alterne inférieure (syndrome de Millard-Gübler) constituée par la paralysie des membres d'un côté et paralysie faciale du côté opposé, par lésion de la protubérance.

Les types cliniques les plus fréquents sont plus complexes que les précédents : ce sont des associations infiniment variables d'hémiplégies et de lésions paralytiques des nerfs craniens : strabisme interne ou externe et diplopie, ptosis, troubles pupillaires, paralysies faciales, névralgies ou anesthésies dans le domaine du trijumeau, troubles visuels (qu'il faut distinguer des lésions oculaires primitives de la syphilis) et auditifs, anosmie même. Les syndromes qui en résultent sont trop variés pour que nous puissions essayer de les décrire, nous dirons seulement que souvent ils surprennent par leur bizarrerie. A titre d'exemples, nous citerons le syndrome de Leyden où l'hémianopsie coïncide avec une hémiplégie de la face et des membres siégeant du même côté (par lésion du pédoncule au point où la bandelette optique le croise), et le cas de Launois (de Lyon) : paralysie simultanée du facial et de l'acoustique.

Le plus souvent, ces symptômes multiples et atypiques dénoncent l'existence de localisations multiples des lésions.

Exceptionnellement, l'on constate, en plus de l'hémiplégie, des signes de compression générale de l'encéphale.

La syphilis bulbo-protubérantielle, pour être peu fréquente, mérite cependant une mention spéciale à cause de la gravité des accidents qu'elle entraîne. Exceptionnellement, par l'intermédiaire de lésions gommeuses, le plus souvent par celui de lésions vasculaires (thrombose de l'artère basilaire et de ses branches), elle entraîne des hémiplégies dont la symptomatologie est un peu spéciale. Après des prodromes assez significatifs, céphalée d'une violence particulière, vertiges, nausées, embarras de la parole dû à la difficulté d'articuler les mots, titubations qui font prendre le malade pour un homme ivre, elle se produit en quelques heures ou débute par un ictus apoplectique. S'il s'agit de gommes, le début est plus lent, plus progressif. L'hémiplégie constituée est une hémiplégie totale, parfois une hémiplégie double avec paralysie des quatre membres et de la face, rarement une monoplégie. Les symptômes sont ceux des hémiplégies d'origine cérébrale avec, en plus, un certain nombre de phénomènes tenant à la localisation même des lésions et qui consistent en diverses paralysies des nerfs bulbo-protubérantiels. Ainsi, en même temps que la paralysie de la face et l'hémiplégie croisée (syndrome de Millard-Gübler), on constate soit du strabisme interne ou de l'anesthésie dans le domaine d'un trijumeau, soit de la déviation conjuguée des yeux avec perte du mouvement associé qui porte les deux yeux du même côté, dans la direction latérale du regard, c'est-à-dire paralysie de l'hémi-oculo-moteur (syndrome de Foville), ou accompagnés parfois de troubles de la parole tenant à la difficulté de prononciation des mots, de troubles de la déglutition ou de la mastication. L'hémiatrophie de la langue, lorsqu'elle existe, indique non plus seulement l'atteinte des fibres radiculaires de l'hypoglosse, mais bien celle de son noyau (Raymond). Parfois enfin l'on constate des troubles respiratoires et cardiaques de pronostic très

** Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 24, p. 329.
*** Voir Milhit. Symptômes et diagnostic de l'hémiplégie, *Gaz. des hôpit.*, 11 déc. 1909, n° 141, p. 1769.

grave, exceptionnellement de la polyurie et de la glycosurie.

Lorsque le tableau revêt la forme de la paralysie bulbaire aiguë la mort arrive en quelques heures, quelques jours au plus. La forme chronique de paralysie bulbaire est exceptionnelle.

L'hémiplégie pouvant être due à une lésion syphilitique de la moelle, les caractères de cette hémiplégie spinale seront évidemment assez différents de ceux des hémiplégies cérébrales; leur caractère le plus important sera l'existence du syndrome de Brown-Séquard, constitué essentiellement par la paralysie du côté de la lésion avec hémianesthésie du côté opposé.

Quand la lésion siège au-dessus du renflement cervical, on observe une paralysie des deux membres du même côté avec contracture et exagération des réflexes tendineux, sans modifications notables de l'excitabilité électrique.

Quand elle siège au niveau du renflement cervical il se produit une paralysie flasque du bras avec atrophie et réaction de dégénérescence, combinée à une paralysie spasmodique du membre inférieur (33).

Lorsque la lésion siège au-dessous du renflement cervical, il n'y a plus à proprement parler d'hémiplégie, mais une hémiparaplégie spinale.

Hanot et Meunier (34), Brissaud (35) ont étudié une hémiplégie spinale bilatérale syphilitique, « la paraplégie syphilitique sensitivo-motrice étant quelquefois, dit Brissaud, une double hémiparaplégie motrice avec double hémianesthésie croisée ».

Il existe, enfin, des formes de syphilis cérébro-spinale. Certaines d'entre elles réalisent le type clinique décrit sous le nom de syphilis maligne des centres nerveux. Ce sont là des manifestations précoces; le cas de Gilles de la Tourette et Hudelo cité plus haut en est un exemple : le sujet, un mois après son chancre, eut successivement une paralysie faciale, de violents maux de tête, une hémiplégie, une paraplégie. Ces formes précoces sont souvent curables.

4° Est-il possible de tracer des formes cliniques correspondant aux diverses formes anatomiques? Autrement dit, est-il possible de faire le diagnostic de la nature des lésions? C'est ce que nous examinerons dans le chapitre diagnostic.

5° Dans l'hérédo-syphilis, l'hémiplégie existe fréquemment et relève des mêmes mécanismes que dans la syphilis acquise.

Ordinairement elle est associée à d'autres phénomènes nerveux et plus ou moins masquée par eux.

Souvent les symptômes sont analogues à ceux de la syphilis cérébrale de l'adulte. Il en était ainsi dans l'observation de Chiari (36) où chez un enfant de huit mois apparut une paralysie de l'oculo-moteur gauche bientôt suivie d'une paralysie faciale droite, puis d'hémiplégie accompagnée d'accès épileptiformes. Dans un cas de Siemerling, chez une enfant de quatre ans, le début des accidents fut marqué par un ictus suivi d'hémiplégie droite et d'aphasie; plus tard l'enfant perdit la vue, devint sourde, présenta des attaques épileptiformes, des paralysies multiples des nerfs cérébraux et succomba à l'âge de douze ans.

Au cas de survivance, l'on constate toujours la déchéance plus ou moins marquée des fonctions intellectuelles (imbécillité ou idiotie comme termes ultimes).

En outre, au cours de la première enfance, il existe une variété d'hémiplégie (37) qui survient brusquement, occupe à elle seule tout le tableau clinique et disparaît sous l'influence du traitement spécifique, en quelques semaines ou quelques mois. A sa suite, un peu d'impotence et d'atrophie persistent parfois d'une façon définitive.

Aussi, dans la première enfance, faut-il soupçonner l'action spécifique de ces hémiplégies à début brusque et sans causes évidentes, même en l'absence de toute manifestation syphilitique associée. L'hémiplégie spasmodique infantile doit reconnaître fréquemment la syphilis comme agent étiologique.

Ces hémiplégies relèvent, comme celles de l'adulte, de l'artérite cérébrale avec ischémie et parfois ramollissement consécutif dans le territoire de l'artère oblitérée.

VI

Evolution. — L'évolution dépend avant tout de la nature de la lésion anatomique.

L'artérite est-elle en cause, l'hémiplégie peut rétrocéder et disparaître complètement. Vraisemblablement il existait alors de la thrombose artérielle et la perméabilité du vaisseau s'était rapidement rétablie, ou bien il n'y avait qu'oblitération vasculaire incomplète. Quel que soit le mécanisme, la guérison peut être complète.

C'est en particulier pour l'artérite qu'il faut insister sur l'évolution aiguë au début, subaiguë dans la suite, sujette à des à-coup, à des régressions et à des recrudescences, à des guérisons et à des réapparitions jusqu'au jour où l'hémiplégie devient définitive. En effet, si le traitement n'intervient pas et même trop souvent malgré le traitement, l'artérite donne naissance à de nouveaux troubles : attaques d'hémiplégies successives, paralysies bulbaires, pseudo-bulbaires, etc. Fournier cite un malade qui eut trois hémiplégies successives; un autre ne pouvait cesser le traitement spécifique sans être repris au bout de quelques semaines de céphalées violentes, hémiparésie gauche avec affaiblissement de la vue.

Cette extrême tendance aux rechutes et aux récidives est un des phénomènes les plus caractéristiques de l'artérite syphilitique, même convenablement traitée. Pendant des années, le malade reste exposé à la reprise des accidents dans le territoire artériel qui a été une première fois atteint, et le sujet qui a été plusieurs fois amélioré finit généralement par succomber à une attaque du même ordre.

De même s'il s'agit de néoplasies méningées ou méningo-corticales, on assiste à une évolution sur bien des points semblables à la précédente. Les hémiplégies peuvent s'améliorer ou disparaître complètement, si l'on fait intervenir le traitement, car ce sont ces formes qui donnent le plus de succès thérapeutiques.

Quant aux hémiplégies par ramollissement ou hémorragie cérébrale à début brusque et complètes d'emblée, et aux hémiplégies par gommes cérébrales, elles sont en général définitives, évoluent avec toutes leurs conséquences habituelles, et le traitement est absolument impuissant.

Il va sans dire qu'une hémiplégie complète, définitive, non améliorable par le traitement spécifique, peut cependant bénéficier de tous les moyens thérapeutiques mis en œuvre contre les hémiplégies en général : massage, électrisation, rééducation motrice. Sous leur influence, l'évolution peut être singulièrement améliorée et ces résultats peuvent être

d'autant mieux espérés que les sujets frappés d'hémiplégie syphilitique sont souvent relativement jeunes.

Enfin on peut compter le tabes parmi les accidents ultimes de l'histoire des hémiplégiques syphilitiques. Mais cela est exceptionnel. Récemment pourtant, Leenhardt et Norero (38), Moutier (39), Guillain et Laroche (40) ont rapporté trois cas de tabes survenus dans ces conditions.

VII

Pronostic. — Le pronostic de l'hémiplégie syphilitique est grave. Elle relève, en effet, presque toujours de lésions organiques avancées et souvent irrémédiables.

La mort peut survenir peu après son apparition lorsqu'il s'agit d'un gros foyer de ramollissement, d'une forte hémorragie ou d'une lésion bulbo-protubérantielle; elle est presque fatale, malgré tout traitement, lorsque l'hémiplégie survient au cours d'un processus méningé intense (« apoplexie syphilitique » des anciens auteurs). Une gomme peut entraîner la mort subite.

En dehors de ces cas, le malade échappe le plus souvent à la mort, mais reste un infirme.

Il n'en est pas moins vrai que l'hémiplégie spécifique est de toutes les hémiplégies organiques, celle que l'on doit le plus souhaiter reconnaître, chez un sujet qui vient d'être frappé de paralysie, car de toutes elle est celle qui offre le plus de chances de guérison. Non seulement elle offre des cas bénins à évolution spontanément favorable, mais elle possède dans le traitement mixte un agent thérapeutique de la plus haute valeur. Nous avons dit les trop nombreuses formes qui malheureusement n'ont rien où à peu près rien à en attendre. Nous signalerons, au contraire, parmi les formes qui peuvent en bénéficier, les hémiplégies de la période ischémique de l'artérite cérébrale et les hémiplégies accompagnées de crises épileptiques, de troubles psychiques démentiels ou délirants.

Dans n'importe quel cas, d'ailleurs, les chances de guérison seront d'autant plus grandes que le moment de l'intervention thérapeutique aura été plus précoce, que les lésions seront moins âgées, moins profondes et moins étendues. Ces dernières considérations, bien plus que la forme clinique ou la présence de tel ou tel symptôme, commandent le pronostic.

Les guérisons peuvent être complètes et définitives. Mais il ne faut pas oublier pour l'avenir de ces malades la fréquence des récidives, d'où la nécessité d'un long et judicieux traitement.

Dans l'*hérédo-syphilis*, le pronostic est plus grave encore. Il tient non seulement aux perturbations apportées dans le développement mais aussi à la multiplicité des localisations.

VIII

Diagnostic. — En tout premier lieu, on doit par un examen précis s'assurer que l'hémiplégie *est bien organique et non fonctionnelle.*

(Pour ce diagnostic, voir Milhit, loc. cit.)

L'HÉMIPLÉGIE EST ORGANIQUE; EST-ELLE SYPHILITIQUE? — L'origine organique de la paralysie reconnue, il faudra ne pas méconnaître sa nature syphilitique.

Le diagnostic d'hémiplégie syphilitique pourra, le plus souvent, être établi avec certitude; toute une série de considérations doivent y conduire :

a. On devra y penser si l'on voit une hémiplégie chez un sujet jeune, surtout chez qui n'existe aucune affection cardiaque emboligène ; l'hémiplégie en effet est rare avant quarante ans en dehors des lésions cardiaques et de la syphilis et Pierre Marie a pu dire : « Tout individu atteint d'hémiplégie organique avant l'âge de cinquante ans, s'il n'est pas cardiaque, est syphilitique. »

b. Puis il sera indispensable de rechercher la syphilis dans les antécédents du malade. Elle est facile à reconnaître, s'il existe des manifestations actuelles, secondaires ou tertiaires de l'infection, du côté de la peau, des muqueuses, des os, des viscères, si l'on constate sur le corps des stigmates indéniables de lésions antérieures (adénopathies, cicatrices, perforation du voile du palais, etc.), ou encore si le sujet donne lui-même des renseignements tels qu'on puisse leur accorder créance.

Sinon, l'interrogatoire peut donner des présomptions suffisantes. Nous n'avons pas à répéter ici l'importance de la polyléthalité infantile, des fausses couches répétées de la femme, de l'hérédo-syphilis des enfants.

Bien souvent la syphilis pourra être ainsi dépistée. Actuellement, d'ailleurs, sa recherche est singulièrement facilitée par les récentes méthodes de laboratoire : l'étude du sérum sanguin par les procédés de Wassermann et de Noguchi, ou par ceux, plus simples, de Porgès (assez inconstant) ou de Bauer, peut rendre de grands services.

c. Mais tout sujet syphilitique ne fait évidemment pas, par cela même qu'il est spécifique, une hémiplégie de cause syphilitique. L'étude de l'évolution des accidents va fournir d'autres renseignements.

Les prodromes habituels que nous avons indiqués et en particulier la céphalée, pour n'être pas absolument caractéristiques de la syphilis, y sont cependant exceptionnellement fréquents, le mode de début de l'hémiplégie par instillation progressive, annoncée, préparée par des monoplégies, des aphasies, des hémiplégies transitoires, l'existence de ces paralysies multiples des nerfs de la base du crâne (moteurs oculaires, facial, trijumeau), la finesse des lésions que seule est capable de réaliser la syphilis, l'apparente complexité ou même la bizarrerie des associations morbides sont autant de bons arguments en faveur de l'origine spécifique.

d. D'autre part, le sujet peut présenter des signes de syphilis du système nerveux, grosse présomption en faveur de la nature spécifique de l'hémiplégie.

A vrai dire il n'y a pas de signe absolu de la syphilis nerveuse, mais dans la pratique certains symptômes peuvent permettre de la dépister, surtout s'ils sont réunis : ce sont les modifications de la pupille et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

1° *Troubles pupillaires.* — Avant de les rechercher, il faut se mettre en garde contre les causes d'erreur possibles, telles que perte de la vision, synéchies iriennes.

Le plus fréquent est l'inégalité pupillaire, avec ou sans déformation du cercle de la pupille et myosis. Mais de trop multiples causes peuvent le produire pour que sa constatation unique soit suffisante au diagnostic; elle doit être complétée par d'autres symptômes.

Le signe d'Argyll-Robertson est peut-être celui qui a le plus de valeur. On sait qu'il consiste

en myosis avec abolition du réflexe pupillaire à la lumière et conservation des mouvements pupillaires sous l'influence de la convergence. Argyll-Robertson le considérait comme propre au tabes, mais on l'a constaté dans la paralysie générale et dans toutes les variétés d'affections syphilitiques du système nerveux central.

Avec Babinski et Charpentier, nous ne saurions trop insister sur cette abolition du réflexe pupillaire à la lumière, car ces deux auteurs considèrent que sa présence, dans certaines conditions déterminées, constitue à elle seule un symptôme presque pathognomonique, le seul signe objectif caractéristique d'une lésion syphilitique des centres nerveux. « L'abolition des réflexes pupillaires, concluent-ils, et plus particulièrement celle du réflexe à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire ou du nerf optique, et qu'elle n'est pas associée à une paralysie de la troisième paire, constitue un signe de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire, presque, sinon tout à fait pathognomonique. »

Cestan et Dupuy-Dutemps (41) estiment de même que ce symptôme doit faire soupçonner la syphilis héréditaire ou acquise, exceptions faites pour la syringomyélie et la névrite interstitielle hypertrophique de Déjerine. G. Guillain, Rochon-Duvigneaud et G. Troisier (42) reconnaissent qu'il est presque toujours fonction de syphilis, mais ajoutent, à la liste des exceptions, certaines lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral et de la région sus-jacente. Grasset, enfin (43), conclut que « cliniquement, il indique le plus souvent un tabes, parfois une paralysie générale, toujours une syphilis antérieure ».

Lorsque le signe d'Argyll est unilatéral, il s'accompagne de perte du réflexe consensuel.

Au lieu du myosis, on peut constater de la mydriase.

Puis, plus loin, chronologiquement, que la perte du réflexe lumineux, vient la perte des deux réflexes lumineux et accommodateur (immobilité pupillaire). Il semble, en effet, qu'il y ait là un degré plus avancé de lésion ; ces phénomènes sont plus rares que celui d'Argyll. On n'observe jamais la perte du réflexe accommodateur seul, avec persistance du réflexe photomoteur, mais l'on voit tous les intermédiaires entre le signe d'Argyll pur et le même signe accompagné d'une paralysie du réflexe accommodateur.

Alors que les réflexes lumineux et accommodateur ont disparu, un autre réflexe persiste généralement encore pour ne disparaître que tardivement, comme s'il existait « une sorte d'hiérarchie de ces troubles moteurs iriens qui se manifestent par l'ordre chronologique de leur disparition », c'est le réflexe de Galassi, « inexactement appelé réflexe de Westphal-Piltz », qui est caractérisé par le rétrécissement de la pupille pendant l'occlusion des paupières, ou pendant l'effort d'occlusion lorsqu'on s'oppose à leur rapprochement.

Ce réflexe paraissant être celui qui disparaît le dernier (le réflexe pupillaire à la douleur disparaît assez tôt, en même temps que le photo-moteur) sa disparition pourrait être en rapport avec une atrophie marquée de l'iris. En effet, M. Dupuy-Dutemps a signalé, dans un grand nombre de cas où ces troubles pupillaires, une atrophie spéciale de l'iris, totale ou segmentaire, se traduisant par un aplatissement de la surface irienne, par un effacement de ses tractus ondulés, de ses saillies radiées normales. « L'iris perd ainsi son aspect brillant et chatoyant et donne l'impression d'une peinture en teinte plate. » En même temps existe, correspondant à la zone atrophique, une certaine irrégularité du bord pupillaire (44).

La pathogénie des troubles pupillaires est imparfaitement connue et sans doute complexe. Il est à présumer qu'ils sont en rapport avec certaines localisations de la méningite diffuse syphilitique, soit sur la troisième paire, soit sur ses noyaux d'origine, soit même sur la corticalité.

Le phénomène d'Argyll-Robertson, relativement complexe, n'est donc pas l'unique trouble pupillaire révélateur de la syphilis. D'une façon générale, l'abolition du réflexe à la lumière, avec ou sans conservation du réflexe accommodateur, avec ou sans myosis, est un stigmate de syphilis des centres nerveux.

Une autre exploration va fournir le plus important des appoints en plaçant à proprement parler sous les yeux la réaction du système nerveux sous l'influence de l'infection. C'est l'étude du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, « véritable biopsie ».

En général, la densité du liquide est un peu augmentée (1004 à 1012), sa pression légèrement plus forte, sa limpidité parfois diminuée, sa coloration normale, sauf le cas d'hémorragie. Il ne contient pas de microorganismes (sauf dans le cas déjà cité et tout récent de Sézary et Paillard), n'est pas virulent pour les animaux.

Son étude cytologique est surtout importante : au cours d'une hémiplégie syphilitique, la formule est ordinairement caractérisée par une lymphocytose très nette, alors que cet examen est négatif dans les hémiplégies par ramollissement ou par hémorragie cérébrale banale. [Cependant, dans ces dernières, on peut trouver au début une réaction légère (45).] En plus des lymphocytes, on trouve quelques polynucléaires et quelques rares grandes cellules, lorsque le processus est aigu et récent, seulement des lymphocytes dans le cas contraire.

Ces caractères du liquide céphalo-rachidien se rencontrent dans toutes les manifestations cérébrales de la syphilis : artérites, méningites, hémorragies, et disparaissent après guérison.

La réaction cellulaire est une réaction précoce, pouvant apparaître à n'importe quelle période (46) et constante. Elle peut précéder les signes cliniques et persister fort longtemps après la guérison de l'hémiplégie, malgré le traitement mercuriel, comme Sicard a pu le constater en suivant pendant huit ans un de ses malades (47).

Mais elle n'est pas pathognomonique de la syphilis cérébrale et l'on sait que la réaction lymphocytaire est la règle dans la méningite tuberculeuse, et, en général, dans tous les processus méningés, chroniques, infectieux ou toxiques (urémie, saturnisme, etc.), qui tous peuvent s'accompagner d'hémiplégie.

Il faut savoir, d'autre part, que la formule lymphocytaire peut présenter des exceptions, et Widal et Etienne Brissaud (48) ont signalé, chez des malades où rien ne permettait de le supposer, des liquides céphalo-rachidiens puriformes aseptiques à polynucléaires histologiquement intacts. Widal et Le-

mierre (49) l'ont, en particulier, trouvé chez une jeune femme atteinte d'hémiplégie syphilitique, et une ponction, un mois plus tard, permettait de retirer un liquide clair, peuplé seulement de lymphocytes.

Il semble que ces épanchements puriformes soient dus à une poussée congestive se faisant sur les méninges et permettant la sortie, par diapédèse, des leucocytes qui s'accumulent dans la cavité voisine. La syphilis des centres nerveux est la cause qui leur a été le plus souvent reconnue.

Enfin Mosny a signalé, dans un cas d'hémiplégie syphilitique, une proportion considérable de leucocytes acidophiles (50).

La littérature médicale ne contient pas d'observation où la réaction de Wassermann ait été faite avec le liquide céphalo-rachidien des hémiplégiques syphilitiques; il est vraisemblable cependant qu'elle serait positive, puisqu'elle a été trouvée telle avec celui des paralytiques généraux et des tabétiques.

Enfin, chez les malades atteints de lésions syphilitiques du névraxe, Nonne et Apell ont montré qu'il existait constamment dans ce liquide de la globuline décelable par le sulfate de magnésie.

2° *Diagnostic de la nature anatomique des lésions.* — Un dernier diagnostic reste à poser, important pour le pronostic, car de la nature des lésions dépendent les plus ou moins grandes chances d'amélioration sous l'influence du traitement; c'est celui de l'origine artérielle ou gommeuse de l'hémiplégie (51).

Nous avons déjà indiqué à propos de la symptomatologie les éléments de ce diagnostic. Nous ne ferons que les rappeler.

En faveur de l'artérite, l'on peut invoquer la date peu éloignée de l'accident primitif, les caractères méiopragiques et transitoires des accidents au début, leur installation progressive, ultérieurement la flaccidité des paralysies. Une autre série de cas rentre aussi dans le domaine des artérites, ce sont les hémiplégies à début brusque, sans phase prodromique, complètes d'emblée et qui ont tous les signes des hémiplégies banales par ramollissement ou hémorragie cérébrale, elles relèvent de la rupture d'anévrismes méningés, souvent d'hémorragies cérébrales, le plus fréquemment de la thrombose, d'une grosse artère cérébrale (sylvienne, tronc basilaire, branche de l'hexagone de Willis, etc.).

En outre, la multiplicité des lésions indiquant des foyers multiples, l'existence de paralysies de type complexe, comme le syndrome de Weber, les associations bizarres, sont assez fréquemment le fait de l'artérite.

En faveur de l'artérite encore, l'examen du fond de l'œil peut apporter quelques présomptions. Haab (52) a décrit trois formes d'artérite syphilitique de la rétine : aspect blanchâtre des parois artérielles avec trouble généralisé et nombreuses taches hémorragiques, altération blanchâtre sans trouble ni hémorragies, enfin hémorragies sans lésions artérielles perceptibles. Ostwald en 1888 (53) a décrit une rétinite centrale avec petites taches d'un gris blanchâtre sur les artérioles, et Parazols considère que la rétinite avec rétine infiltrée et trouble vitréen peut être un élément de diagnostic important.

Par contre, comme arguments en faveur des méningites gommeuses, l'on doit tabler sur l'existence de monoplégies, de lésions des nerfs crâniens, de troubles pupillaires, de troubles méningés et surtout des crises d'épilepsie. De plus, leurs hémiplégies s'accompagnent fréquemment, et dès le début, d'exagération des réflexes tendineux, souvent même, d'un certain degré de contracture permanente. Ces hémiplégies sont très variables d'allure, s'aggravent après les attaques d'épilepsie, et constituent les formes les plus sensibles au traitement.

Cependant, la localisation des néoplasies au niveau du mésocéphale, donne, comme les formes artérielles, des syndromes à type complexe, tels que le syndrome de Weber.

Ce diagnostic est d'ailleurs difficile, à cause de la pathogénie toujours complexe des accidents et surtout de l'association fréquente de différents types de lésions.

Le diagnostic de la gomme intra-cérébrale est à peu près impossible à affirmer. Peut-être, l'intensité de la céphalée, l'absence de troubles des réflexes tendineux, le permettraient-ils. La constatation de la stase papillaire serait d'un précieux secours.

Comme exemple de difficulté de diagnostic, nous citerons le cas rapporté par Maurice Baurain (54). L'épilepsie jacksonienne avait débuté à l'âge de vingt-huit ans ; elle présentait le type brachio-crural droit. A trente-six ans, hémiplégie droite avec aphasie attribuée à une hémorragie cérébrale. Mort à trente-sept ans après un ictus attribué à une nouvelle hémorragie. A l'autopsie on trouva un volumineux syphilome cérébro-méningé comprimant l'hémisphère gauche, pachyméningite fibreuse; pas d'hémorragie cérébrale ancienne ou récente.

3° *Diagnostic étiologique.* — Avec quelles autres hémiplégies pourrait-on confondre l'hémiplégie des syphilitiques? Toutes peuvent prêter à erreur, mais particulièrement l'hémiplégie banale par hémorragie cérébrale due à la rupture d'un anévrisme miliaire, l'hémiplégie par ramollissement cérébral, si fréquente chez les artério-scléreux, plus rarement les hémiplégies des tumeurs cérébrales, des méningites et enfin des urémiques.

L'*hémorragie cérébrale* devra être fortement soupçonnée lorsqu'une apoplexie subite frappe un sujet âgé et athéromateux, sans qu'il soit possible de trouver chez lui un des signes révélateurs de la syphilis du névraxe.

Par contre, chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, le diagnostic différentiel avec l'hémiplégie du *ramollissement cérébral thrombosique* sera bien souvent délicat à faire. C'est que celle-ci présente ces mêmes troubles liés à l'ischémie cérébrale, que nous avons signalés dans la syphilis artérielle : période prodromique plus ou moins longue, marquée par de la céphalée, des éblouissements, des vertiges, un affaiblissement des facultés intellectuelles, de petits ictus passagers, suivie de monoplégies, d'hémiplégies, avec ou sans aphasie, accidents subits et parfois un peu régressifs, ou au contraire progressifs, se complétant en quelques jours. Ici, en l'absence de stigmates de syphilis cérébrale, le diagnostic de la nature syphilitique de l'artérite sera impossible à faire. Il le sera d'autant plus que l'influence du traitement spécifique est nulle sur les lésions de ramollissement liées à une artérite syphilitique ou à une compression gommeuse.

Les mêmes difficultés existent pour le diagnostic différentiel avec l'*hémiplégie des tumeurs cérébrales.* L'on sait combien y sont fréquents les phénomènes paralytiques (199 fois sur 274 cas, Ball et Krishaber)

et en particulier l'hémiplégie. Sans doute, au cas de tumeurs, l'hémiplégie s'installe d'ordinaire lentement et progressivement, s'accompagne d'autres symptômes de localisation et surtout de symptômes de compression générale, symptômes dits constants, parmi lesquels nous citerons la céphalée, les vomissements et surtout l'œdème papillaire. Mais ces symptômes généraux, céphalées, vomissements, névrites œdémateuses, etc., peuvent manquer et Pérol, dans sa thèse (55) rapporte 24 observations où le syndrome était absent (dans 7 cas il est vrai, l'examen ophtalmoscopique n'avait pas été fait). Souques et Fry ont depuis rapporté d'autres cas. Aussi très souvent le diagnostic de syphilis cérébrale et surtout d'artérite syphilitique est-il porté; or, dans le cas de Brault et Lœper (56), il s'agissait de sarcome fasciculé; dans le cas de Miura, de gliosarcome; dans un autre cas de Miura et dans celui de Pérol (57), de tubercule; dans un cas de Pérol, de gliome; dans un cas de Cestan (58), de fibrome.

Il est vrai que, en dehors de la lymphocytose céphalo-rachidienne et parfois de l'action du traitement spécifique, rien ne viendra souvent différencier l'hémiplégie due à une grosse gomme syphilitique, de celle qui est due à une autre tumeur, d'autant plus que des ictus, liés à la production de foyers de ramollissement par compression des rameaux artériels, viendront encore compliquer le diagnostic.

Il n'est pas jusqu'au diagnostic avec l'hémiplégie de la *méningite tuberculeuse* qui ne puisse être difficile. Il s'agit généralement alors de méningite tuberculeuse de l'adulte, à début insidieux, à forme irrégulière, consécutive à une plaque de méningite ou à un gros tubercule. Chez ces malades, l'hémiplégie passe rapidement au second plan et un syndrome méningé domine la scène; mais la longue période prodromique, analogue à celle de la syphilis cérébrale, qui précède souvent ces symptômes pourrait donner le change. On peut même constater des paralysies oculaires, des convulsions épileptiformes. La ponction lombaire ne saurait fournir d'élément de diagnostic différentiel puisque la lymphocytose est la règle dans les deux affections (cependant, dans la tuberculose, le liquide est souvent soumis à une très forte tension et les lymphocytes sont assez abondants pour produire un aspect louche ou trouble). Sans attendre les résultats trop éloignés de l'inoculation au cobaye, le diagnostic doit se baser sur la rareté du signe d'Argyll-Robertson dans la tuberculose; sur la présence de phénomènes surtout d'ordre irritatif : raideur de la nuque, contractures de la tête, du tronc ou des membres, paralysies spasmodiques, signes de Kœrnig; sur l'hyperthermie à marche irrégulière, sur la constatation de foyers tuberculeux en un point de l'organisme; enfin sur le résultat négatif du traitement spécifique. Malgré tout, le diagnostic peut être fort délicat.

Il nous a été donné dernièrement d'observer un hémiplégique de vingt-quatre ans présentant un syndrome méningé très net constitué par de la constipation, des vomissements, de la céphalée, de la raideur de la nuque, le signe de Kœrnig, du strabisme. L'évolution, complètement apyrétique, avait abouti au coma en une à deux semaines, malgré un traitement spécifique énergique, et bientôt le malade succombait. La ponction lombaire avait seulement montré de rares lymphocytes. Or, chez ce malade où le diagnostic avait hésité entre méningite tuberculeuse et méningite syphilitique, l'autopsie montrait un gros abcès du volume d'une noix occupant la partie centrale de l'hémisphère cérébral droit et un petit abcès au voisinage de la partie antérieure du ventricule latéral gauche.

Les hémiplégies *de l'urémie* pourraient enfin être une cause d'erreur; tantôt elles s'accompagnent d'épilepsie jacksonienne « et ne se différencient guère au point de vue purement séméiologique des convulsions localisées dues à des lésions cérébrales »; tantôt elles sont incomplètes, variables d'un moment à l'autre, et surtout transitoires, rendant le diagnostic d'autant plus difficile qu'elles ne présentent pas de signes spéciaux. L'on comprend « qu'il faudra bien prendre garde à ne pas croire à une syphilis cérébrale quand la paralysie survient chez un sujet atteint de syphilis et présentant de ce fait des lésions du rein. Cette erreur de diagnostic a été commise et a même pu conduire à une opération chirurgicale tout au moins inutile, dans des cas où des accidents urémiques avaient pris le type d'épilepsie bravais-jacksonienne avec paralysie consécutive : des cas de ce genre ont été signalés et analysés dans le traité de chirurgie cérébrale de MM. Broca et Maubrac » (59).

Parmi les *hémiplégies diabétiques*, certaines ont aussi pour caractères d'être légères, incomplètes et transitoires.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des hémiplégies qui peuvent survenir au cours des *maladies infectieuses*. Il est rendu facile par la notion de la maladie en cause. Nous n'insisterons pas davantage sur celles qui surviennent au cours d'*affections cardio-valvulaires* aiguës (endocardites végétantes ou ulcéreuses, endartérites) ou chroniques (cardiopathies mitrales, lésions athéromateuses de l'aorte) et qui *relèvent de l'embolie*; non plus que sur celles qui surviennent au cours d'*affections systématisées du système nerveux* (tabes, sclérose en plaques, syringomyélie, etc.), mais nous devons une mention particulière aux hémiplégies, généralement précédées d'ictus, qui peuvent survenir au début ou au cours d'une *paralysie générale progressive* jusque-là latente, et qui ont pour principal caractère d'être transitoires.

Nous n'avons pas, en effet, parlé du tabes ni de la paralysie générale progressive au cours de cette étude. Leur substratum anatomique et leur évolution différents font généralement admettre que « si elles ont une origine syphilitique, elles ne sont point de nature syphilitique ».

Il n'en faut pas moins savoir que *toute hémiplégie transitoire survenant chez un ancien syphilitique doit faire penser à la paralysie générale.*

Si l'erreur la plus communément faite, et la plus dangereuse au point de vue pratique d'ailleurs, est de méconnaître la nature syphilitique d'une hémiplégie, l'erreur inverse est évidemment possible. Chez un syphilitique avéré, on peut rattacher à la syphilis une hémiplégie de tout autre cause.

IX

Traitement. — Les indications du traitement se posent dès l'apparition du premier symptôme qui annonce l'hémiplégie, ou plutôt, du premier symptôme qui traduit la localisation au cerveau du processus syphilitique. A plus forte raison, se posent-elles si l'hémiplégie vient de se produire.

Ce traitement doit être, entre tous, *précoce* et *énergique*.

Il doit être institué aussitôt, sans aucune hésitation, sans aucun retard. Toute minute perdue peut permettre à une lésion qui n'avait fait que s'ébaucher de s'établir d'une façon complète et irrémédiable.

Le traitement doit être énergique. Il ne faut pas donner des doses moyennes, mais d'emblée les doses fortes qui sont nécessaires, sans perdre de temps à tâtonner.

La médication est double : mercurielle et iodurée.

Il ne faut point donner le mercure par la bouche, car, nous le répétons, il faut agir rapidement et sûrement. Il faut faire des injections.

On fera : soit des injections intra-fessières de calomel à haute dose, 10 centigrammes pour un homme adulte, 5 à 7 centigrammes pour une femme ou un adolescent (la dose moyenne étant de 5 centigrammes), injections à renouveler tous les cinq à huit jours pour les trois premières et à espacer davantage ensuite : le calomel semble être la plus active de toutes les préparations et son emploi est indiqué dans les cas extrêmement graves, malheureusement, son insolubilité a donné lieu trop souvent à de graves accidents (60); soit des injections intra-fessières d'huile grise aux doses de III gouttes chaque fois, ou trois divisions de la seringue de Pravaz, chaque goutte renferme 5 centigrammes de mercure métallique (la dose moyenne est de II gouttes), injections à renouveler aux mêmes intervalles que celles de calomel.

Ou mieux on fera, à cause des dangers bien connus des injections de sels mercuriels insolubles, des injections hypodermiques ou intra-musculaires de sels mercuriels solubles, parmi lesquels on doit placer au premier rang le bichlorure et surtout le biiodure et le benzoate de mercure, aux doses quotidiennes de 2 à 4 centigrammes (la dose moyenne est 2 centigrammes).

La voie intraveineuse est possible et semble logique dans le cas de lésion vasculaire : on a injecté quotidiennement des solutions de cyanure de Hg dans les veines du coude. Ces injections sont parfaitement satisfaisantes, mais leur technique est un peu délicate et elles ne semblent pas donner de résultats supérieurs à ceux des injections hypodermiques.

L'introduction directe du sel mercuriel dans l'espace sous-arachnoïdien, par l'aiguille de la ponction lombaire, ne paraît pas recommandable.

L'introduction par voie cutanée, c'est-à-dire par frictions faites suivant les règles habituelles, peut être utilisée (Fournier), malgré l'incertitude où elle laisse sur la dose de mercure réellement absorbée. Les frictions doivent se faire, chaque jour, avec 10 à 20 grammes d'onguent napolitain (la dose moyenne est de 5 grammes) : on sait combien les frictions prédisposent à la stomatite.

Pour favoriser l'assimilation et aussi l'élimination du mercure, il peut être utile de faire prendre au malade de l'eau sulfureuse naturelle (eau d'Uriage à la dose d'un grand verre ou eau de Challes à la dose d'un verre à bordeaux, matin et soir).

L'iodure de potassium doit se donner en même temps que le mercure. On le donne par voie buccale aux doses de 5 à 8 grammes (la dose moyenne étant de 3 à 4 grammes par jour) et dans les cas urgents on va jusqu'à 12 grammes.

L'iodure a paru dans quelques cas avoir une action supérieure à celle du mercure.

La durée du traitement est variable et se base sur les conditions de chaque cas particulier. D'une façon générale, il faut, sauf accidents, continuer le traitement mixte intensif pendant 4 à 5 semaines. Puis après 2 à 3 semaines de repos, recommencer le traitement et cela à plusieurs reprises. On peut aussi, au moment des reprises, employer alternativement les deux médicaments, comme le conseille Fournier.

Si la guérison se produit, le traitement doit encore être continué pendant des années, en augmentant naturellement la durée des périodes intercalaires de repos.

Malheureusement il se montre dans certains cas complètement inutile ; ce sont les cas où les lésions n'ayant plus aucun caractère spécifique n'ont pas à bénéficier d'un traitement anti-syphilitique.

Toutes les précautions usuelles doivent être rigoureusement prises pour faire bien tolérer le mercure et l'iodure : soins de la bouche, soins de la peau, hygiène digestive. En outre, on imposera au malade toute une série de prescriptions hygiéniques ou de mesures thérapeutiques qui pourront empêcher la production ou la réapparition d'une hémiplégie ou aider à sa disparition.

A la période préhémiplégique, le malade doit renoncer à toutes les substances qui sont réputées agir fâcheusement sur le système artériel (boissons alcooliques ou excitantes, aliments de haut goût, conserves, etc.), s'abstenir de gros repas, de l'abus des viandes, éviter soigneusement les efforts violents, les excès de toutes sortes, le surménage corporel et surtout cérébral. Un séjour dans une station thermale, alcaline ou arsenicale pour relever la nutrition, ou sulfureuse pour faciliter la mercurialisation prolongée, peut être utile.

A la période hémiplégique, on fera de la dérivation intestinale par les purgations salines, on usera prudemment de l'électrisation, on emploiera le massage, l'hydrothérapie, on imprimera aux membres paralysés des mouvements passifs, on essaiera de la rééducation motrice. Un séjour aux eaux de La Malou, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, Saint-Amand, Cauterets est souvent favorable.

En dehors de cette thérapeutique, existe-t-il des modes de traitement plus actifs : la ponction lombaire qui a donné quelques bons résultats contre la céphalée, ne saurait avoir ici que des effets nuls ou même nuisibles. Il ne semble guère non plus que l'hémiplégie syphilitique, quelle que soit sa cause, puisse bénéficier d'une intervention chirurgicale directe; peut-être, cependant, la trépanation pourrait être dans certains cas indiquée, sinon pour extirper une gomme, du moins pour décomprimer le cerveau (61).

BIBLIOGRAPHIE

(1) H. Lamy. La syphilis des centres nerveux, *Collection Léauté*, 1 volume.

(2) J. Darier. *De l'artérite syphilitique*. Paris, 1904, Rueff, édit.

(3) Cf. Klippel. In *Traité de méd. et de thérap.* de Brouardel et Gilbert, t. IX, p. 753.

(4) P. Dutheil. *Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce à la période secondaire de la syphilis*, Th. de Paris, 1908.

(5) Ménétrier. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1885.

(6) Massol. Th. de Toulouse, 1897-1898.

(7) P. Savy. L'hémiplégie par artérite cérébrale chez les hérédo-syphilitiques, *Revue de méd.*, 1909, n° 3, p. 193.

(8) Ganzinotty et Etienne. *Gaz. hebd.*, sept. 1894.

(9) Savy. Loc. cit., p. 222.

(10) Lamy. Loc. cit., p. 30.

(11) MILIAN. Syphilis artérielle, *Progrès méd.*, n° 2, 9 janv. 1909.
(12) TRIEPEL. *Deuts. med. Woch.*, 1897, cité par DARIER, loc. cit., p. 27.
(13) DARIER. Loc. cit., p. 48.
(14) DARIER, p. 32.
(15) LETULLE. Rupture spontanée de l'aorte, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, janv. 1909, n° 1, p. 25, et *Bull. de la Soc. anat.*, oct. 1909, n° 9, p. 474.
(16) Cf. en particulier : NONNE. Apparition précoce de l'artério-sclérose chez certains sujets ayant eu la syphilis, *Syphilis und Nervensystem*, Berlin 1902, p. 79. — DARIER. Loc. cit., p. 760.
(17) LAMY. *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, p. 1065.
(18) G. ZAGORI. Ostéosyphilome de la région pariétale droite; méningo-encéphalite de la zone rolandique et méningite diffuse; hémiparésie et hémianesthésie, neurokératite, analysé in *Revue neurol.*, 1909, n° 2, p. 66.
(19) MARCHAND. *Rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale.*
(20) Cf. DIEULAFOY. *Manuel de pathol. int.*, t. III, p. 547, 13e édit.
(21) DARIER. Loc. cit., p. 75.
(22) DARIER. Art. sur la SYPHILIS CÉRÉBRALE, in *Manuel de méd.*, de Debove et Achard, 1894, t. III, p. 342.
(23) RAVAUT et DARRÉ. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1906, p. 81. — LEVADITI et ROCHÉ. *La syphilis*, p. 346. — Ch. FOUQUET. Le tréponème pâle de la syphilis. Ses localisations, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 37, p. 435.
(24) SÉZARY et PAILLARD. Constatation du tréponème dans le liquide céphalo-rachidien au cours de l'hémiplégie syphilitique, *Soc. de biol.*, 19 fév. 1910.
(25) RAVAUT et PONSELLE. *Soc. méd. des hôpit.*, 12 janv. 1906.
(26) P. RAVAUT et PONSELLE. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc. 1907.
(27) NAGEOTTE. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 déc. 1907.
(28) DARIER. Loc. cit., p. 59.
(29) DARIER. Loc. cit., p. 72.
(30) KLIPPEL et CHARRIER. Arthropathies cérébrales syphilitiques, *Revue de méd.*, 1894, p. 771. — LAUNOIS. *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du pharynx*, n° 9, sept. 1906, p. 209.
(31) BOIX. *Revue de méd.*, 1894.
(32) Gilles DE LA TOURETTE et HUDELO. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juin 1892.
(33) NONNE. Loc. cit., p. 99.
(34) HANOT et MEUNIER. *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1898, t. IX.
(35) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1899, p. 229.
(36) CHIARI. *Wien. med. Woch.*, 1883.
(37) Paul SAVY (de Lyon). L'hémiplégie par artérite cérébrale chez les hérédo-syphilitiques, *Revue de méd.*, 10 mars 1909, p. 193.
(38) LEENHARDT et NORERO. Sur l'état des réflexes tendineux dans un cas d'hémiplégie compliquée de tabes, *Revue neurol.*, 1906, p. 377.
(39) MOUTIER. Tabes en évolution chez un hémiplégique, *Revue neurol.*, 1906, p. 1085.
(40) GUILLAIN et LAROCHE. Sur un cas de tabes en évolution chez un ancien hémiplégique syphilitique, *Revue neurol.*, 1907, p. 177.
(41) CESTAN et DUPUY-DUTEMPS. Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson, sa valeur séméiologique, ses relations avec la syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 1901, p. 1433.
(42) Georges GUILLAIN, ROCHON-DUVIGNEAUD et G. TROISIER. Le signe d'Argyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral, *Revue neurol.*, n° 8, avril 1909, p. 449.
(43) GRASSET. *Les centres nerveux*, 1905, p. 432.
(44) DUPUY-DUTEMPS. Sur une forme spéciale d'atrophie de l'iris au cours du tabes et de la paralysie générale pupillaire. Ses rapports avec l'irrégularité et les troubles réflexes de la pupille, *Ann. d'oculistique*, 3e liv., sept. 1905.
(45) J.-A. SICARD. Le liquide céphalo-rachidien, in *collection Léauté*, p. 181.
(46) JEANSELME et BARBÉ. Contribution à l'étude de la ponction lombaire chez les syphilitiques, *Soc. de biol.*, 25 mai 1907.
(47) SICARD. Les lymphocytoses rachidiennes résiduelles chez les hémiplégiques et les paraplégiques syphilitiques, *Soc. de neurol.*, 3 déc. 1908. — P. RAVAUT. Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise et héréditaire, *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, t. I, n° 3, 15 juin 1909, p. 257.
(48) WIDAL et Etienne BRISSAUD. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 fév. 1909, p. 369.
(49) WIDAL. *Revue mens. de méd. int. et de thérap*, t. I, 15 avril 1909, p. 1.
(50) MOSNY. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, n° 5, mai 1907, p. 273.
(51) Cf. TEISSIER et ROUX (de Lyon). *Arch. de neurol.*, janv. et fév. 1898.
(52) HAAB. *Atlas d'ophtalmoscopie*, 1896.
(53) PARAZOLS. *Recueil d'ophtalmologie*, 1908, p. 577, analysé in *Revue neurol.*, 1909, n° 14, p. 909.
(54) M. BAURAIN. *Revue méd. de Normandie*, n° 14, 25 juillet 1908, in *Revue neurol.*, n° 2, 1909, p. 66.
(55) PÉROL. *La céphalée dans les tumeurs de l'encéphale*, Th. de Paris, 1907.
(56) BRAULT et LŒPER. *Arch. gén. de méd.*, mars 1900.
(57) PÉROL. Loc. cit., p. 83.
(58) CESTAN. *Bull. de la Soc. anat.*, n° 2, 1899.
(59) CASTAIGNE. *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales* de Debove, Achard et Castaigne, p. 446 et 451.
(60) GAUCHER. Traitement de la syphilis, *Monographie n° 41 de la collection Critzmann*, 2e édit., p. 9.
(61) Cf. en particulier : Un cas de décompression pour thrombose cérébrale par J. J. THOMAS et F. B. LUND (de Boston). *The Journ. of nervous u. mental diseases*, vol. XXVI, n° 3, p. 130, 1909, analysé in *Revue neurol.*, 15 sept. 1909, p. 1097.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 MARS 1910)

Cancer du testicule. — M. DELBET fait une communication sur le traitement du cancer du testicule par la castration et l'ablation des ganglions inguinaux et lombo-aortiques. A l'aide d'observations personnelles et des observations de Chevassu, Cunéo et Grégoire, M. Delbet a réuni une dizaine de cas, dont neuf appartiennent à des chirurgiens français, dans lesquels a été pratiquée cette opération complexe consistant dans l'ablation de tout le pédicule spermatique et la recherche et l'ablation de tous les ganglions de la région par la voie sous-péritonéale. Quelqu'étendue que soit cette opération, elle n'a pas donné lieu à la mort post-opératoire. Mais elle n'a pas mis toujours les malades à l'abri des récidives. M. Delbet, après avoir analysé les diverses observations qui font la base de son travail, conclut à l'utilité de cette opération.

M. BAZY fait observer qu'après l'opération classique, la récidive n'est pas toujours précoce, ni même fatale. Il a opéré, en 1886, un homme de trente-six ans, d'un cancer du testicule dont le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique et qui est mort vingt et un ans après, en 1907, d'hémorragie cérébrale, sans récidive de son cancer. Il est donc resté guéri pendant vingt et un ans. Il faut d'ailleurs, dans ces cas, tenir compte de la nature et du siège du cancer. Le cancer de l'épididyme, par exemple, récidive souvent *in situ*.

Quoiqu'il en soit, M. Bazy est d'avis qu'il faut pratiquer l'opération dont vient de parler M. Delbet. Mais faut-il la pratiquer dans tous les cas ? Il ne le pense pas. Quand on ne sent pas de ganglions, on peut se contenter de la castration. Il faut attendre pour juger la valeur de l'opération complexe recommandée par M. Delbet. La récidive s'est produite dans plusieurs des cas qu'il a cités.

M. MICHON a observé un jeune homme de vingt-cinq ans qui présentait une tumeur du testicule. L'épididyme et le cordon étaient intacts. On pensa à la syphilis. La réaction de Wassermann était positive. Le traitement antisyphilitique mis en œuvre resta sans résultat.

M. Michon pratiqua l'opération le 29 janvier 1909. Il fit l'ablation en masse du testicule et du cordon. Il prolongea son incision inguino-scrotale verticalement jusqu'aux fausses côtes; il explora la région lombo-abdominale, y trouva deux ganglions qu'il enleva. Les suites opératoires furent simples. Cependant il y eut un peu de suppuration. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'une tumeur mixte, dégénérée. Les ganglions enlevés ne présentaient aucune cellule cancéreuse. L'opération a été très bien supportée par le malade. En somme, l'opération a paru à M. Michon assez facile. Mais elle le serait moins évidemment chez des obèses. Le danger est du côté des vaisseaux.

M. MORESTIN a été juge de la thèse de M. Chevassu. Ayant eu affaire à une tumeur maligne du testicule, il voulut lui appliquer l'opération élargie décrite par M. Chevassu. Mais il avait affaire à un malade obèse et alcoolique. Chez ce malade l'opération fut extrêmement difficile. La respiration était mauvaise. M. Morestin eut beaucoup de peine à arriver jusqu'à la région lombaire. Il n'y trouva pas de ganglions. Le malade a succombé quarante-huit heures après l'opération à des phénomènes pulmonaires. On ne peut donc pas dire que l'opération soit innocente, surtout chez les obèses.

M. MAUCLAIRE a tenté cette opération chez un obèse et il a dû y renoncer, tellement il était difficile d'arriver à la région lombaire. M. Mauclaire ne croit donc pas cette opération applicable à tous les cas.

M. Delbet répond à M. Mauclaire qu'on ne peut pas juger une opération qu'on n'a pas faite. A M. Morestin il répond que les difficultés qu'il a rencontrées sont dues à ce qu'il a incisé sur le bord externe du muscle droit, c'est-à-dire trop en dedans. Il ne pense pas que son cas de mort soit de nature à faire abandonner cette opération.

Procédé d'hémostase de Momburg. — M. AUVRAY a eu recours à ce procédé chez un malade atteint d'ostéomyélite du fémur et qui avait déjà été opéré trois fois. Il n'y avait plus à faire que la désarticulation. Ce malade était dans un état de cachexie extrême. Il y avait donc intérêt majeur à ne pas perdre de sang. C'est pourquoi il eut recours au garreau de Momburg. On mit trois minutes à poser le lien. On constata d'importantes modifications du côté du pouls, de 120 il monta à 150, puis il oscilla entre 130 et 140. Quand on enleva le lien, il s'affola complètement et oscilla entre 160 et 180. Une demi-heure après l'opération, il retomba à 120. Le résultat hémostatique fut parfait.

Le procédé d'hémostase de Momburg est applicable à tous les âges, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, en obstétrique et en gynécologie. Mais dans quelques cas on a observé des troubles graves du côté du cœur. Pour l'application de cette méthode qui donne, au point de vue de l'hémostase, des résultats parfaits, il faut d'abord s'assurer que le cœur et les vaisseaux sont en bon état.

Extirpation complète du sein avec curage de l'aisselle à l'anesthésie locale. — M. CHAPUT a opéré une femme de soixante-dix ans très cachectique, et ne pouvant supporter l'anesthésie générale, au moyen de l'anesthésie locale.

Il a employé une solution de novocaïne à 1 p. 200 qu'il a injectée avec une grosse seringue de Luer munie d'un embout de caoutchouc terminé par une grosse aiguille de Pravaz. Il a injecté 140 centimètres cubes de solution (70 centigrammes de novocaïne) sous la peau, à la face profonde du sein, dans l'aisselle.

L'anesthésie a été parfaite, le pouls s'est ralenti fortement mais ce symptôme a disparu rapidement grâce à la caféine. Il emploie maintenant la novocaïne à 1 p. 400 additionnée d'adrénaline; on peut avec la technique précédente exécuter les opérations les plus importantes dont il présentera prochainement d'autres exemples.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1910)

Le Président, M. BOURSIER, annonce la mort de M. Jamin, membre honoraire, et de M. Berne, ancien président de la Société, tous deux décédés récemment.

Le diagnostic de l'insuffisance pancréatique par la coprologie (*suite*). — M. MARCEL LABBÉ pense que l'examen histologique des fèces est insuffisant pour faire le diagnostic de l'insuffisance de la sécrétion pancréatique externe, et qu'il est nécessaire de recourir à l'examen chimique qui, seul, précise le degré de l'insuffisance digestive. Il cite un cas de diabète grave où la lésion pancréatique a pu être reconnue pendant la vie grâce à l'examen chimique des fèces, et lui oppose un cas de diabète grave où l'on avait cru, à tort, à la lésion pancréatique en se fondant sur l'examen histologique des matières fécales.

M. KOLBÉ remercie M. Marcel Labbé de ses observations intéressantes, mais il est convaincu qu'il ne sera pas aussi affirmatif plus tard, lorsqu'il aura vu l'extrême variabilité du chimisme intestinal des graisses dans les entéropathies pancréatiques, hépatiques et celles par déficit d'absorption.

Canitie et calvitie (*suite*). — M. GUELPA, en réponse à l'argumentation de M. Roeser, conteste sa division de la calvitie en trois catégories dépendant uniquement de la différence de résistance des tissus aux causes pathologiques. Il n'a pas prétendu pouvoir faire repousser les cheveux, mais il croit simplement pouvoir retarder la vieillesse du cuir chevelu en renonçant à l'hygiène pernicieuse actuelle et en employant des corps gras qui protègent le poil et la couche dermique.

M. GUELPA estime que M. Léopold-Lévi exagère en attribuant toujours à la sécrétion thyroïdienne les modifications de l'évolution pilaire.

L'analyse de certains faits présentés par lui-même, par M. Marie (de Villejuif) et M. Klotz prouvent que ce sont les glandes séminales qui exercent une influence vraiment directe sur l'évolution pilaire, l'influence thyroïdienne n'étant que secondaire à l'action génitale.

M. GUELPA répond à M. Mouchet que dans les cas où les cheveux sont naturellement gras, les massages avec les corps gras sont encore utiles; mais qu'il est surtout nécessaire de soigner l'état général en réduisant l'alimentation, particulièrement l'alimentation azotée et alcoolisée.

M. LÉOPOLD-LÉVI montre que la théorie de M. Klotz conduirait à des déductions inacceptables en ce qui concerne le myxœdème, la maladie de Basedow; qu'elle n'est applicable qu'à la question de l'hypertrichose régionale de la puberté et en partie à celle des castrats. La glande thyroïde conserve sa prédominance directe sur le système pileux.

M. MARCEL SÉE. Il n'y a pas de comédon dans la séborrhée dépilante; le comédon, rétention du sébum, par des lamelles cornées (et non pas par son épaississement) est la lésion initiale des acnés. Dans la séborrhée du scalp, pas de rétention, mais, au contraire, émission d'une quantité exagérée du sébum (séborrhée fluente semi-liquide); hypertrophie des glandes par hyperfonctionnement et non pas rétention. On sait que les candidats à la calvitie ont la tête grasse, au point de les gêner.

L'expérience montre que la chute des cheveux diminue quand on enlève cette graisse nuisible, et les observateurs n'ont guère remarqué que cette chute reprenne plus forte en continuant longtemps le traitement, bien au contraire.

M. KLOTZ. Pour admettre le rôle trichogène de la glande thyroïde, il faudrait qu'il existât une glande thyroïde mâle et une glande thyroïde femelle soit pour expliquer les caractères sexuels secondaires mâles, soit pour expliquer les difformités qu'on remarque à la ménopause, chez les femelles qui prennent alors souvent le type masculin.

Oxyde de zirconcium, substance contrastante idéale pour la radioscopie de l'appareil digestif. — M. Kolbé (de Châtel-Guyon) présente l'*oxyde de Zirconcium* introduit récemment dans la radiologie de l'appareil digestif par Kaestle (de Munich).

C'est une poudre blanche sans saveur ni odeur, complètement insoluble dans l'organisme, non toxique et douée d'un pouvoir absorbant intense pour les rayons X; elle est destinée à être substituée aux sels de bismuth, quelquefois toxiques, ainsi qu'à l'oxyde de fer non toxique, mais d'un goût et d'une couleur désagréables et constipant. L'oxyde de Zirconcium s'emploie à la dose de 75 grammes par la bouche, et 150 à 200 grammes en lavements.

Les quatre formes cliniques types de la tuberculose rénale. — M. Cathelin montre tout l'intérêt qu'il y a à s'appuyer sur la palpation pour les diverses formes cliniques de la tuberculose rénale qu'il divise ainsi : 1° rein thoracique, haut situé, non senti, cas le plus fréquent; 2° rein thoracique, haut situé, à forme douloureuse, tenant aux calculs des cavernes et à une forme d'hydrops tuberculosus; 3° la grosse coque de pyonéphrose qu'on sent en général bien. Toutes les formes cliniques autres peuvent facilement rentrer dans ces formes types.

M. Ozenne expose en quelques mots l'observation d'un homme de quarante ans atteint il y a dix ans de double épididymite tuberculeuse, traitée et guérie par les injections de chlorure de zinc. L'état général était bon, lorsque ce malade fut pris l'année dernière d'une douleur profonde, peu intense dans la région lombaire gauche. Le rein, à la palpation, était un peu augmenté de volume. Rien d'anormal dans l'urine. Prostate non douloureuse, de volume normal. Au bout de quelques jours, il se produisit une amélioration puis, après quelques semaines, une rechute et l'examen des urines fit découvrir dans ce liquide des bacilles de Koch. On se propose de pratiquer le cathétérisme des uretères pour élucider le point d'origine des bacilles (rein ou prostate).

M. Boursier. La communication de M. Cathelin est très intéressante et à son avis un peu trop systématique. Le diagnostic de la tuberculose rénale n'est pas toujours aussi facile qu'il l'a indiqué d'une façon si magistrale.

Appendicite aiguë suppurée, suivie de pneumonie double, d'éventration et d'éviscération par effort de toux, de pleurésie purulente, d'une double perforation cæcale avec double anus contre nature. — M. Dartigues.

Traitement des maux perforants diabétiques par la douche d'air chaud. — M. Dausset a traité avec succès trois cas de maux perforants plantaires d'origine diabétique. Le premier datant de quatre mois, le second, de six ans, le troisième de deux ans. Après un mois de traitement environ, la cicatrisation était obtenue. A noter que chez l'un des malades, l'ablation du gros orteil avait été faite pour un premier mal perforant jugé inguérissable ; que chez le second malade, l'intervention radicale avait été jugée nécessaire. L'air chaud a eu raison de ces deux cas. De même que pour les gangrènes diabétiques, pour la guérison des maux perforants plantaires, on possède dans l'air chaud un agent thérapeutique de grande valeur.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANTISEPSIE INTESTINALE RÉALISÉE PHYSIOLOGIQUEMENT PAR LE FOIE

Par le docteur Le Tanneur (de Paris).

Lorsqu'il y a quatre ans j'expérimentai pour la première fois un sel, nouveau alors, l'albuminate double de vanadium et de manganèse, je ne me doutais pas être en présence d'un corps qui répondait à un réel besoin de notre thérapeutique et qui, comme l'a dit un de nos maîtres, « comblait une des lacunes de la médecine ».

Depuis lors un bon nombre de médecins des hôpitaux de Paris et de professeurs de nos Facultés de province, l'ont étudié et mis au point; aussi croyons-nous être utiles à nos confrères en résumant ici en quelques lignes le mode d'action de cet albuminato-vanadio-manganique employé en thérapeutique sous le nom de *Tannurgyl* et qui constitue aujourd'hui un de nos plus précieux médicaments.

Il agit comme un *stimulant de la fonction hépatique dans sa totalité* :

1° Augmentation de la puissance de combustion des toxines alimentaires, d'où *réalisation de l'antisepsie intestinale par un mode physiologique* ;

2° Evacuation de bile plus régulière ;

3° Oxydation complète des résidus vitaux, formation d'urée au lieu d'acide urique.

Cette antisepsie intestinale se retrouve depuis les nourrissons, où le Tannurgyl donne des résultats merveilleux et inespérés dans la diarrhée verte et chez les nourrissons tardifs.

Chez les enfants pendant la croissance lorsqu'ils sont sujets aux embarras gastriques à répétition, l'emploi de ce médicament les délivre de ces petites crises qui, répétées souvent, entravent leur développement.

Enfin chez les adultes, le Tannurgyl rend d'immenses services toutes les fois que l'*auto-intoxication et particulièrement l'insuffisance hépatique sont en cause*. Egalement utile chez les ralentis (nutrition) qui n'arrivent pas au stade ultime des oxydations et ont un excès d'acide urique, soit dans le sang, soit dans les urines. Ces affirmations ne sont que le résumé des divers travaux et de la masse considérable des observations cliniques qui m'ont été adressés depuis quelques années.

D'autre part, toutes les analyses d'urine ont montré :

1° *La disparition complète des urines de l'indican, scatol, urobiline, pigments biliaires, etc.*;

2° *Augmentation de l'urée, 10 à 20 p. 100* ;

3° *Diminution de l'acide urique, retour au taux normal.*

Enfin, pour terminer, en voici la posologie : adultes, XV à XX gouttes dans un peu d'eau à chacun des deux repas ; enfants, II gouttes par jour et par année d'âge ; nourrissons, II à V gouttes par jour dans eau ou lait.

Je répondrai volontiers aux confrères demandant des renseignements complémentaires, ou désirant en faire l'expérimentation personnellement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelles méthodes de séro-diagnostic, par Joltrain, préface de M. le professeur Gaucher. 2e édition. — Paris, Maloine.

Recherches sur la tétanie et les glandes parathyroïdes, par le docteur Paul Harvier. — Paris, Rousset.

Hémispasme congénital de la lèvre inférieure (malformation congénitale), par le docteur Chédeville. — Paris, Chacornac.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie.— La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes très variés, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie. La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon Lyon, Tarascon (ou Clermont-Fer-rand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-guide-horaire P.-L.-M. vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares, bureaux de ville et bibliothèques du réseau.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Lecture des copies : Symptomatologie.* — Séance du 5 mars. — MM. Deguy et Armand-Delille, 8; Bigart, 10; Paris, 7; Courcoux, 9; Louste, 8; Aubertin, 9; Babonneix, 10.

Prochaine séance, mardi 8 mars, à cinq heures, à la Charité.

Anatomie pathologique. — Séance du 5 mars. — MM. Gougerot, 9; Paisseau et Lipmann, 7; Léri, 9; Halbron, 8; Laubry, 9; Gaultier et Fouquet, 8.

Prochaine séance, mardi 8 mars, à huit heures et demie du soir, à la salle des Saints-Pères.

— Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 4 mars 1910. — MM. Hautant, 27.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 4 mars. — Question donnée : « Muscle releveur de l'anus. — Symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens des femmes en couches. »

MM. Cleisz, 14 + 20 = 34; Delivet, 16 + 17 = 33; Paraf, 15 + 18 = 33; Bloch (René), 16 + 18 = 34; Le Maux, 16 + 16 = 32; Baudouin (Emile), 14 + 16 = 30; Larroque, 15 + 16 = 31; Tissier, 13 + 19 = 32; Monbrun, 13 + 22 = 35; Bezançon, 13 + 18 = 41.

N.-B. — Ajouter à la séance du 2 mars : M. Durand (Gustave), 16 + 15 = 31.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE (FONDATION LAGOGUEY). — L'assemblée générale de l'association médicale mutuelle a eu lieu dimanche 6 mars à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Descouts.

Le nombre des adhérents, au 31 décembre 1909, était de 772. Les nouveaux adhérents sont au nombre de 55. Le capital réservé est actuellemant de 745 765 francs. Les sommes versées pour indemnité maladie se montent à 602 966 francs.

Citons qu'en 1908 il y avait eu 54 malades qui ont représenté 3 966 journées de maladie, en 1909, le nombre des malades a été de 76, représentant 6 023 journées de maladie. Enfin il y a eu, en 1909, un nombre assez élevé de maladies chroniques qui ont entraîné une dépense de 36 500 francs.

On voit, d'après ces chiffres, que la fondation Lagoguey est toujours en progrès et constitue l'assurance la plus sûre à laquelle puissent s'adresser nos jeunes confrères.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA MAISON DU MÉDECIN aura lieu le dimanche 13 mars prochain, à deux heures et demie précises, à l'amphithéâtre de la faculté de médecine de Paris.

Cette assemblée sera du plus haut intérêt car elle montrera que le capital social atteint actuellement *65 248 francs*, alors qu'il était de *10 000 francs*, l'an dernier à pareille époque.

La plus grande part de cette impressionnante augmentation résulte *d'un geste généreux autant que modeste* : un praticien de province, ayant formellement réclamé l'anonymat, a fait ces temps derniers un don en espèce de *50 000 francs* à « la maison du médecin ». L'utopie d'hier devient la réalité de demain. Ce geste décisif montre la route large et sûre a ceux qui ont assumé la charge d'organiser malgré tous les obstacles l'œuvre philanthropique.

L'intérêt très vif pris par quelques riches confrères à cette œuvre de pure solidarité ne tardera pas à compléter le capital nécessaire; l'assemblée générale prochaine sera peut-être autorisée à entendre, sur ce point, une révélation sensationnelle assurant la réalisation prochaine du but poursuivi.

LIGUE FRANÇAISE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — La section de la Seine de la Ligue s'est réunie vendredi soir à la Faculté de médecine et a élu son comité qui est ainsi composé :

Président d'honneur : professeur Ch. Richet; président : professeur Gilbert; vice-présidents : docteur Castaigne et M. L. Nandeau; secrétaire général : docteur H. Dausset; trésorier M. Lagarde. Membres : Mme P. Kergormard, inspectrice générale des écoles maternelles, le professeur Vincent (du Val-de-Grâce), MM. les docteurs Pachon et Weiss, agrégés, le docteur P. Durand.

La Ligue met au concours un livre simple et court d'éducation physique, pouvant s'adresser à tous.

Enfin on annonce des conférences du professeur Richet, du docteur Tissié et du commandant Lefébure.

UN MÉDECIN CENTENAIRE. — On a célébré dimanche à Saint-Valérien (près Sens) le centenaire du docteur Jean-Charles Boullé, ancien maire de 1848, doyen des délégués cantonaux de France.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auphan (d'Alais); Aug. Burg (de Nice); Charles Chaffard, médecin sanitaire maritime; Chénieux, directeur de l'Ecole de médecine de Limoges; de Musgrave-Clay (de Salies-de-Béarn).

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 389.*)

LA PAROTIDITE RHUMATISMALE

Par MM. COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ.

A la liste déjà si longue des complications du rhumatisme articulaire aigu, une nouvelle complication doit encore être ajoutée, à savoir la parotidite. Bien que les nombreuses recherches bibliographiques que nous ayons faites à ce sujet ne nous aient pas permis d'en trouver quelques cas dans la littérature médicale, malgré l'affirmation de Soueix qui a pu dire qu'il n'y avait pas de maladie s'accompagnant d'un état fébrile continu où la parotidite n'ait été observée, les trois faits que nous rapportons ci-dessous, fort rares il est vrai, ne laissent cependant aucun doute sur son existence. Voici tout d'abord ces trois observations.

La première observation, intéressante à plusieurs titres, et que nous avons déjà publiée le 17 novembre 1904 dans la *Gazette des hôpitaux*, est la suivante :

Observation I. — T..., âgé de vingt-sept ans, comptable, entre le 24 mai 1904 à la Maison municipale de santé, parce qu'il est atteint de douleurs articulaires généralisées.

Ses parents sont morts âgés, de maladie inconnue, il a deux frères et deux sœurs en bonne santé.

Notre malade ne présente aucun antécédent morbide personnel à signaler jusqu'en 1900, époque à laquelle il eut au régiment une première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui le retint un mois à l'hôpital. Depuis lors, il eut de temps à autre des arthralgies passagères mais qui ne nécessitèrent pas l'alitement.

Les premiers jours de mai 1904, il eut des phénomènes d'embarras gastrique fébrile qui furent mis sur le compte de la grippe, en même temps qu'une légère conjonctivite bilatérale. Après avoir cessé son travail pendant une semaine, il le reprit, mais sans l'entrain habituel, car il se sentait un peu fatigué et ses jointures étaient comme « engourdies ».

Le 19 mai, sans angine, apparaît une fluxion articulaire au niveau du poignet droit, accompagnée d'un léger mouvement fébrile. Le malade garde le lit.

Le lendemain, 20 mai, la plupart des grosses articulations, surtout celles des membres inférieurs, sont douloureuses et tuméfiées. Un médecin appelé prescrit du salicylate de soude. Néanmoins, les douleurs articulaires persistent, ce que voyant le malade se fait conduire à la maison Dubois, où il entre le 24 mai dans la soirée.

Le 25 mai, on se trouve en présence d'un sujet d'aspect robuste, en proie à de vives douleurs articulaires. Les genoux, les cous-de-pied, les épaules, le coude et le poignet droits sont tuméfiés, douloureux, avec coloration rosée de la peau. L'appétit a disparu ; le cœur, les poumons, les plèvres et le foie paraissent sains ; les urines, assez abondantes, ne contiennent pas d'albumine. La température est à 39°2 ; pouls, 94. On prescrit 4 grammes de salicylate de soude par jour, des enveloppements au liniment chloroformé et le régime lacté.

27 mai. Les douleurs articulaires ont notablement diminué, mais les urines tombent à 400 centimètres cubes et sont très foncées ; on y constate la présence d'albumine et le perchlorure de fer montre que l'acide salicylique est bien éliminé.

28 mai. Urines : 300 centimètres cubes, hématuriques, avec de nombreux globules rouges dans le dépôt. Suppression du salicylate de soude.

29 mai. Urines : 200 centimètres cubes, très rouges. Malade très anxieux et couvert de sueurs.

30 mai. Urines moins foncées : 1300 centimètres cubes ; état général meilleur.

2 juin. Les urines sont devenues très abondantes : 3 litres et demi et ont repris leur teinte normale. Les fluxions articulaires ont presque totalement disparu, mais les douleurs sont encore assez vives.

5 juin. Urines : 5 litres.

6 juin. Urines : 6 litres. La température tend à remonter sans cause apparente.

7 juin. Température : le matin, 39°1 ; le soir, 40°5. En arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, dans la région parotidienne droite, existe une tuméfaction légère, douloureuse, tendue, rosée.

8 juin. Le gonflement parotidien a augmenté, tendant à gagner la joue droite ; le malade se plaint de souffrir surtout dans les mouvements d'abaissement du maxillaire inférieur et d'avoir des irradiations douloureuses dans l'oreille et la région mastoïdienne droite. Les articulations ne sont plus tuméfiées et à peine sensibles. On donne de nouveau 4 grammes de salicylate de soude.

9 juin. Tuméfaction parotidienne droite considérable, s'étendant vers la joue, le cou et la mastoïde, relativement peu douloureuse à la pression et spontanément, sans élancements, avec peau tendue, rosée, luisante. Fait à noter, les articulations sont totalement dégonflées et non douloureuses.

10 juin. La parotidite a beaucoup diminué et la douleur n'est plus que légère, permettant la palpation et la pression. La fièvre persiste néanmoins.

11 juin. Région parotidienne encore légèrement tuméfiée et à peine sensible. La température reste aux environs de 40 degrés sans cause apparente.

12 juin. La parotidite est complètement guérie ; mais, par contre, les douleurs et le gonflement articulaires qui avaient totalement disparu avec le début de la parotidite font leur réapparition au niveau des principales articulations. Le premier bruit cardiaque est très sourd à la pointe.

Dans la soirée de ce même jour, le malade se plaint de malaise général et de difficulté à fixer son attention, en même temps qu'il accuse de la céphalalgie surtout frontale. Vers huit heures du soir, brusquement, il est pris d'une vive agitation : il se met à crier, rejette ses couvertures, veut se lever, remue bras et jambes, alors que durant toute la journée les douleurs articulaires l'avaient tenu dans l'immobilité, menace sa garde qui veut le maintenir dans son lit et qui est obligée d'appeler trois infirmiers qui arrivent avec peine à le tenir couché. On lui fait prendre deux cuillerées de sirop de chloral et au bout de trois quarts d'heure il s'endort profondément.

13 juin. Au moment de la visite, le malade est calme, dans la stupeur, les yeux clos, immobile, dans le décubitus dorsal, gardant un mutisme absolu. Dans l'après-midi, le délire recommence très actif et la température atteint à quatre heures du soir 42°4 (température vérifiée avec deux thermomètres exacts). Pas de contractures, pas de signe de Kernig. On prescrit des bains froids à 24 degrés toutes les trois heures.

14 juin. Le délire a persisté moindre durant toute la nuit, mais le malade n'a pas dormi, et sa température à six heures du matin est encore de 40°8.

A neuf heures du matin, ponction lombaire : liquide très limpide, coulant facilement, mais non sous pression. Après centrifugation électrique de quinze minutes, pas de culot apparent ; sur les préparations colorées on ne constate qu'un ou deux éléments par champ optique.

Dans la journée, le délire disparaît pour faire place à de la prostration et la température est le soir de 38°8.

15 juin. Continuation des bains. La prostration persiste et le malade garde une immobilité et un mutisme absolus.

16 juin. Amélioration très grande ; la prostration et le mutisme ont disparu ; le malade reste abattu, mais répond nettement aux questions qu'on lui pose ; il ne se souvient pas des

faits qui se sont passés ces jours derniers. Le genou gauche est de nouveau tuméfié et douloureux, avec une légère hydarthrose. La plupart des autres grosses articulations, sans être tuméfiées, sont endolories.

17 juin. Cessation des bains.

22 juin. La température reste au-dessus de 38 degrés; l'endolorissement des jointures persiste, 3 grammes de salicylate de soude par jour. Le premier bruit cardiaque est très sourd et prolongé.

29 juin. Les mouvements sont encore difficiles, les articulations étant comme « raides et engourdies », 2 grammes de salicylate de soude par jour.

5 juillet. Le malade va notablement mieux, et les mouvements sont presque totalement libres. Le facies est très pâle et l'anémie prononcée, suppression du salicylate de soude.

Dans les jours qui suivent, la convalescence s'affirme et l'alimentation est reprise progressivement. Le malade commence à se lever et à marcher; et le 21 juillet, il quitte l'hôpital en bon état, sans albumine dans les urines, mais avec un premier bruit cardiaque sourd et prolongé, qui laisse quelques craintes pour l'avenir.

La deuxième observation, fort résumée, est due à M. Gouget qui adressait, le 24 novembre 1904, à la *Gazette des Hôpitaux*, la lettre qui suit :

Obs. II. — « J'ai lu avec d'autant plus d'intérêt l'observation de MM. Courtois-Suffit et Beaufumé relative à un cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué de parotidite, que j'ai moi-même observé un cas analogue en 1893, alors que j'étais interne à la Charité. Chez un malade atteint d'un rhumatisme articulaire aigu de moyenne intensité je vis survenir, en pleine attaque, une tuméfaction un peu douloureuse de la parotide droite, qui ne dura d'ailleurs que trente-six heures. Je fis alors quelques recherches à ce sujet et ne trouvai cette complication signalée nulle part, comme viennent de le confirmer MM. Courtois-Suffit et Beaufumé. Si cependant je ne me décidai pas à publier cette observation, c'est qu'en raison de la fugacité de la parotidite et de l'absence de toute autre complication, elle eût vraiment paru un peu maigre. Mais je suis heureux de la produire aujourd'hui à l'appui de celle de mes confrères. »

Enfin, voici la troisième observation de parotidite rhumatismale et qui nous est encore personnelle :

Obs. III. — M..., âgé de vingt ans, étudiant, est atteint de rhumatisme articulaire aigu, généralisé au début d'octobre 1909, à son retour à Paris, après vacances terminées. C'est la troisième attaque de rhumatisme qu'il présente, les attaques précédentes ayant laissé comme complication une insuffisance mitrale des plus nettes et jusqu'alors parfaitement compensée. Rien autre de particulier dans les antécédents, notamment aucune maladie vénérienne.

La plupart des grosses articulations sont prises; la température oscille autour de 39 degrés; le malade est soigné par des applications calmantes locales et du salicylate de soude à la dose progressive de 4, 6, 8 grammes par jour. Pas d'albumine dans les urines.

Le 11 octobre, l'amélioration s'est déjà fait sentir d'une manière appréciable, car les coudes, le poignet et le cou-de-pied droits sont peu tuméfiés et à peine sensibles, et depuis trois jours aucune nouvelle articulation ne s'est prise. Urines : 1100 centimètres cubes. Température, le soir : 38°6.

Le 12 octobre, au réveil, gêne dans les mouvements du maxillaire inférieur et dans les mouvements de déglutition. Douleur légère à la pression sous le lobule de l'oreille droite dans le sillon rétro-maxillaire. Pas de gonflement appréciable à la vue. Pas d'angine, pas de stomatite, pas de rougeur au niveau de l'orifice buccal du canal de Sténon. Température : 39°3. Le soir, de ce même jour, la gêne s'est transformée en une tension nettement douloureuse spontanément de la région, en même temps qu'existe maintenant une tuméfaction qui dessine assez bien la forme de la glande parotide. Température : 39°6. Applications calmantes. Salicylate de soude : 9 grammes.

Le 13 octobre, le gonflement parotidien a augmenté, le sillon rétro-maxillaire est masqué par une voussure assez prononcée qui s'étend principalement sur la joue droite. La douleur est relativement modérée à la pression; pas d'élancements; il existe quelques irradiations douloureuses dans la région supérieure et latérale droite du cou, et même jusqu'au niveau de l'épaule droite, qui est libre. Pas de douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. La peau est tendue et a conservé sa coloration blanchâtre habituelle. Température : 39°1. Salicylate de soude : 10 grammes. Urines : 1250 centimètres cubes.

Le 14 octobre, la parotidite a notablement diminué, la tuméfaction est bien moins accentuée que la veille; les mouvements de la mâchoire inférieure sont peu gênés; la palpation révèle peu de douleur. Urines : 1500 centimètres cubes. Température : 38°8. Salicylate de soude : 8 grammes.

Le 15 octobre, la parotidite a complètement disparu : ni gonflement local, ni douleur. Les douleurs articulaires qui avaient persisté pendant toute l'évolution de la parotidite ont continué à décroître pendant ces derniers jours. Température : 38°1.

Dans la suite, sous l'influence du traitement salicylé toujours à doses relativement élevées, l'amélioration va s'accentuant, les arthrites et la fièvre diminuent progressivement. Aucune complication nouvelle ne se montre. Mais la guérison totale ne survient cependant que lentement et elle n'est complète qu'au bout de quatre semaines.

Les trois observations que nous venons de rapporter nous permettent de tracer les caractères cliniques de la parotidite rhumatismale.

D'ordinaire unilatérale, elle survient dans le cours même de l'accès de rhumatisme articulaire aigu alors que les fluxions des jointures sont à leur maximum ou lorsqu'elles sont en voie de décroissance et que la guérison semble proche. Elle se présente sous des allures nettement inflammatoires et revêt la forme fluxionnaire ou congestive des parotidites des maladies infectieuses. Il se produit un gonflement assez rapide, très net, d'abord rétro-maxillaire, puis qui s'avance plus ou moins sur les régions voisines de la joue, du cou et de la région mastoïdienne, et ce gonflement peut même être considérable. La peau n'offre pas de changement de coloration, ou bien elle est tendue, luisante, rosée. Le malade accuse une douleur relativement minime spontanément, sans élancements; il se plaint plutôt d'une sensation de tension de la région, de gêne douloureuse dans les mouvements du maxillaire inférieur et dans les mouvements de déglutition. La douleur, exagérée par la pression locale, présente parfois quelques irradiations vers l'oreille, le cou ou la région mastoïdienne. L'angine et la stomatite sont absentes. Quant aux phénomènes généraux, ils consistent particulièrement dans une élévation de la température qui peut atteindre ou dépasser 40 degrés. La durée de cette fluxion est courte et la résolution complète survient en trente-six heures, trois jours, cinq jours.

Il est à signaler que si, dans les deux dernières observations, la parotidite rhumatismale évolua con-

comitamment avec les arthrites et sans que ces dernières aient présenté quelque modification dans leur allure habituelle, par contre dans la première observation les arthrites disparurent complètement quand survint la parotidite pour réapparaître au moment de la guérison de cette dernière. Nous constatons simplement ce fait, car, ne pouvant plus aujourd'hui faire appel à la vieille théorie démodée de la métastase, nous n'avons aucune explication plausible à proposer pour rendre compte de la disparition des manifestations articulaires pendant l'évolution de la parotidite.

Quant à la pathogénie de cette parotidite survenant au cours du rhumatisme articulaire, elle semble bien devoir être rattachée directement au rhumatisme articulaire aigu et être de même nature. C'est dire que nous pensons plus volontiers voir là une localisation et une colonisation du germe encore inconnu du rhumatisme articulaire vrai, que ce germe arrive à la glande par voie sanguine ou par voie canaliculaire, et nous ne croyons pas qu'il s'agisse d'une infection banale surajoutée. D'ailleurs, la forme nettement fluxionnaire des accidents, l'absence de suppuration, la rapidité de l'évolution, parfois la rétrocession des manifestations articulaires pendant sa durée, sont sans aucun doute des preuves de la nature rhumatismale de cette complication. C'est pourquoi elle nous semble parfaitement devoir être justiciable du traitement spécifique par le salicylate de soude.

UN CAS DE CONTRACTURE GÉNÉRALISÉE HYSTÉRIQUE

Par M. DAUTHEVILLE,

Médecin-major au 6e chasseurs à cheval.

MM. L. Bousquet et J. Anglada ont relaté, dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 mars 1909, un cas très intéressant de contracture généralisée hystérique, observée en décembre 1908 dans le service de M. le professeur Carrieu.

Il nous a été donné d'observer un cas analogue à l'hôpital militaire d'Oran, chez un tirailleur indigène, du 2e régiment algérien.

Le tirailleur, Ali Bou..., était en prison le 21 mai 1909; il avait du reste presque achevé sa punition et l'avait subie jusqu'à ce jour avec une philosophie fataliste. Le 21 mai au réveil, le sous-officier de garde l'avait vu en bonne santé, ayant dormi toute la nuit sans rien présenter d'anormal. Une heure après, appelant les soldats punis pour une corvée, ce gradé trouva Ali Bou... étendu sur le lit de camp, paralysé, atteint de mutisme, les yeux clos, la bouche fermée, les masseters très nettement marqués par un trismus intense. On le porte à l'infirmerie où le caporal infirmier constate qu'il ne peut éveiller l'homme. Il prend sa température qui est de 36°5 et m'envoie chercher. Il reste à côté du sujet à l'observer.

Je vois ce tirailleur à huit heures du matin. Il n'a pas bougé depuis sa venue à l'infirmerie. C'est un homme assez petit, inerte sur un lit, les bras ramenés sur la poitrine, les yeux fermés, bouche close, sans un tremblement du visage.

Les masseters sont contracturés. Parésie flasque des membres. Les yeux après ouverture de force des paupières ont leur réaction pupillaire et cornéenne normale. Les muscles de l'œil ne sont point paralysés car les globes oculaires ont des mouvements convulsifs en tous sens. Aucune déviation des yeux, de la bouche ou de la langue. La bouche est hermétiquement close. J'introduis un abaisse-langue entre les arcades dentaires et les écarte. Le trismus disparaît alors. Rien dans la bouche ni à la gorge. Réflexe pharyngien normal. Rien à la poitrine. Respiration très superficielle (50 mouvements à la minute). Rien au cœur. Pouls 90; bien frappé et plein. Rien à l'abdomen. Ventre souple. Le tirailleur aurait été à la selle la veille, disent ses camarades de prison. Réflexes crémastérien et rotulien normaux.

L'homme reste dans un mutisme absolu. Il semble dormir, ne pas voir, ne pas entendre, ne pas comprendre. La pupille ne réagit pas à l'accommodation mais bien à la lumière. L'approche d'un corps étranger de l'œil ne provoque même pas un mouvement des paupières. L'œil reste fixe, grand ouvert jusqu'à ce qu'on referme les paupières avec le doigt.

La sensibilité cutanée est conservée. Température 36°5. Croyant à un simulateur doué d'une énergie rare, je laisse un infirmier européen intelligent à côté du sujet, espérant que le temps porterait remède à cet état singulier. Vers deux heures après midi, l'infirmier qui n'avait pas vu bouger l'homme depuis le matin et avait constaté à plusieurs reprises la persistance de la pseudo-dyspnée et de l'accélération du pouls, voit le ventre se ballonner tandis que le nombre des mouvements respiratoires augmente. Peu à peu le ventre se distend, devient énorme. L'ombilic presque effacé, les grands droits faisant saillie, admirablement dessinés et mis en relief.

On va à Oran me chercher. A mon arrivée, ventre globuleux, énorme, météorisé de façon excessive; aucune matité autre que la matité vésicale remontant assez haut (la distension de l'abdomen empêche de prendre un repère). Toujours paralysie flasque, yeux fermés, bras sur la poitrine, mutisme, réflexes normaux, sensibilité normale; pouls 80. Température 36°4, respiration 50 à 55. Appareils divers en bon état. L'homme n'a pas uriné depuis le matin. Je le sonde; 2 litres d'urine normale; ni sucre ni albumine.

Vers neuf heures du soir je me décide à envoyer le sujet à l'hôpital militaire d'Oran. Je l'y accompagne. On place Ali Bou... dans le service des blessés et M. le médecin-major M..., de semaine, vient à mon appel.

L'état est le même. Le météorisme semble un peu moindre. Respiration 60; pouls 80. Hyperesthésie de la moitié gauche du corps; hypoesthésie de la moitié droite. Une épingle transfixe la peau de la cuisse sans douleur et sans hémorragie. Aucun signe de Kernig, aucune raideur musculaire, rien aux divers appareils. Parfois tremblements des muscles des bras et des cuisses.

Le 22 mai, M. le médecin-major L... le voit à la visite. Raideur tétanique. Le malade est soudé. Pour le déplacer il faut le soulever en bloc. Trismus. Crises de secousses musculaires de temps à autre, pendant deux à trois minutes. Respiration 60 à 70. Pouls 110. Sudation abondante qui mouille complètement le linge.

On l'alimente à la cuiller en ouvrant de force la mâchoire.

Il n'y a ni douleur ni photophobie. Les réflexes sont atténués, sauf pupillaires et cornéens qui restent normaux. Ventre toujours météorisé. Température, 36°6. N'a été à la selle ni uriné depuis la veille.

A midi je viens le voir avec MM. les médecins-majors M..., L... et R...

Ventre météorisé, grands droits de l'abdomen saillants comme des cordages; paralysie flasque qui devient rigide

sous nos yeux, redevient flasque puis encore rigide, et cela alors que le malade nous sait présents. Les membres gardent longtemps la position qu'on leur donne, sans signe de fatigue. Le malade entend, comprend, essaye d'exécuter l'ordre. Il ouvre à demi la bouche. Toujours sudation abondante. Sensibilité normale. Température, 36°7. Respiration, 50. Pouls, 70.

Les diagnostics restant hésitants (méningite tuberculeuse, tétanie, hystérie), on pratique une ponction lombaire. Le liquide sort avec peine. Aucune tension. Le malade gémit hautement sans cesser d'être contracturé, sans ouvrir les yeux. Le liquide examiné par M. le médecin-major M... au laboratoire régional de bactériologie n'offre rien de remarquable.

Le 23 mai, disparition des contractures. Le malade ouvre les yeux et parle. Le ventre a beaucoup diminué de volume. Le malade a uriné seul. Respiration normale, 25 mouvements. Pouls, 72. Un peu d'hypoesthésie à droite.

24 mai. Dans la nuit, le malade a de la fièvre, 38°8. On l'a purgé ce matin. Il parle, ne souffre que de la gorge où on lui découvre une angine. Il a eu quelques vomissements. Le ventre est souple, non douloureux.

Le 25 mai, il est évacué au service des fiévreux. L'angine évolue normalement.

Le 27 mai, le malade est convalescent de son angine. Il ne présente aucun autre signe pathologique. On peut alors l'interroger à loisir.

C'est un soldat qui a déjà passé dix-huit à dix-neuf mois au service sans punition très marquante. La discipline étant très stricte, il lui est déjà arrivé d'aller en prison, mais cette punition n'a pas le don d'émouvoir beaucoup les tirailleurs, et Ali Bou... n'y voit qu'un désagrément passager.

Il était du reste à la fin de sa punition et n'avait pas été malade auparavant. Il ne se souvient pas d'avoir eu un aura le 21 au matin. Il ignore son âge exact (environ vingt ans). Il a encore ses parents, des frères et sœurs qui se sont dispersés, d'où son ignorance de leur état de santé passé et présent. Pour lui, il n'a pas été malade depuis longtemps, mais cependant en 1908, peu après son arrivée au corps, il a eu déjà un accident analogue à ce dernier, traité pendant deux jours à l'infirmerie de garnison. Pas de paludisme, pas de syphilis. Rien d'anormal du côté des réflexes. Aucun trouble de la station ou de la marche. Il n'y a de notable qu'une hypoesthésie appréciable à droite.

Ali Bou... sortit guéri de l'hôpital militaire d'Oran, sans congé de convalescence, n'en ayant pas demandé du reste.

Le diagnostic d'hystérie s'impose de lui-même dans le cas présent. Le brusque début et la guérison rapide de la maladie, son évolution écartent toute autre hypothèse.

La ponction lombaire du reste permit d'éliminer les méningites ou hémorragies méningées. D'ailleurs la succession des événements : paralysie flasque précédant un état de contracture après laquelle vient un état de résolution alternant, d'un instant à l'autre, avec la contracture généralisée, semble démontrer que cet hystérique subconscient ou inconscient simulait, et soutint son effort pendant environ cinquante heures sans se relâcher (la surveillance ayant été constante et exercée par des Européens) ce après quoi la fatigue apparut.

Il a été impossible de trouver la cause de cet incident. Le malade n'avait aucun intérêt à agir ainsi, sachant fort bien que sa punition ne serait que suspendue par son entrée dans une formation sanitaire. Du reste les renseignements fournis sur son moral le représentent comme un jeune soldat devant devenir un bon sujet, d'intelligence assez vive.

Il était en prison au mois de mai. Or les chaleurs ne sont pas encore telles que les corvées ou le peloton d'instruction faits en dehors du camp soient une occasion de troubles nerveux.

De même sa situation de prisonnier le mettait à l'abri des intoxications par l'opium ou le chanvre, voire l'alcool, si aisées dans les bouges de la ville arabe.

Il ne reste qu'une hypothèse, peut-être risquée, attendu que tirailleurs ou gradés indigènes détournaient la conversation quand je leur en parlais. Il est possible qu'Ali Bou... soit un affilié de la confrérie des Aïssaoui qui a un mokadem et des Frères à Oran et en a très certainement parmi les milliers de tirailleurs algériens.

L'Aïssaoui, en dehors des jongleries classiques devant un public d'infidèles, a des pratiques, à nous inconnues, où l'état extatique joue un grand rôle; des méditations, des récitations de chapelets sur un rythme donné, créent un état de nervosisme qui confine à l'hystérie. Il est très possible, étant donné le désir forcené des Arabes d'étonner leur entourage, qu'Ali Bou... ait dépassé la limite coutumière et que son moi conscient ait été, pour ainsi dire, la victime d'une surenchère de son moi subconscient.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1910)

Une fonction supplémentaire du pied dans la race jaune. — M. le professeur LANNELONGUE qui revient d'un voyage en Extrême-Orient a entretenu l'Académie d'observations qu'il a pu faire, et il a mis ainsi en relief le fait de populations nombreuses possédant des membres inférieurs doués d'une grande souplesse et d'une grande agilité.

Le pied n'est plus chez elles un organe exclusif servant à porter le corps. Il peut, selon le genre de vie des gens, s'accommoder à d'autres fonctions et devenir un organe de préhension au même titre que la main et la bouche de l'homme, que la trompe de l'éléphant, que la queue du singe d'Amérique ; il est toutefois infiniment moins préhensible que ces derniers organes.

En tant qu'organe de locomotion, le pied rend la marche plus sûre, plus aisée et, dans les circonstances difficiles, moins exposée. En tant qu'*organe prenant*, il donne à celui qui le possède, à cette population considérable de pêcheurs, bateliers, par exemple, de sérieux avantages pour les besoins journaliers de l'existence.

Étude médico-légale de la réaction à la benzidine dans la détermination des taches du sang. — M. F. BORDAS considère que l'expert doit, dans le cas d'une réaction positive avec la benzidine, rechercher la nature des taches suspectes par des *procédés plus rigoureux avant de conclure.*

Au contraire — et c'est là le principal avantage de la méthode — lorsque la réaction aura été négative, il pourra se dispenser de poursuivre ses investigations plus loin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MARS 1910)

Ictère hématogène streptococcique, au cours d'une septicémie puerpérale. Syndrome de l'ictère par rétention; absence d'angiocholite. Acholie pigmentaire vésiculaire. — MM. P. ABRAMI, Ch. RICHET FILS et R. MONOD rapportent l'observation d'une malade, atteinte d'infection puerpérale, et qui succomba après avoir présenté le syndrome de l'ictère par rétention.

Les recherches bactériologiques ont permis d'établir que cet ictère relevait de l'infection biliaire descendante : le streptocoque, isolé en culture pure de la circulation générale pendant la vie, fut retrouvé à l'autopsie dans la bile vésiculaire et dans le foie.

L'ictère, dans ce cas, n'était pas en rapport avec l'angiocholite ; les voies biliaires extra-hépatiques étaient complètement perméables et indemnes de lésions ; il en était de même des canaux intra-hépatiques. Cette observation vient donc encore à l'appui de l'opinion défendue par MM. Widal et Abrami, et d'après laquelle les ictères infectieux sont avant tout fonctions d'hépatite, et non d'angiocholite.

La vésicule biliaire contenait un liquide incolore, ne fournissant plus les réactions de la bile. L'acholie pigmentaire, ainsi constatée expliquait suffisamment la décoloration des matières. Elle ne saurait être interprétée comme un signe d'insuffisance hépatique sécrétoire; il s'agit d'une décoloration de la bile produite *in situ* par la pullulation microbienne, et que l'expérimentation reproduit d'ailleurs très facilement. Les auteurs pensent que cette pathogénie est applicable à la plupart des cas d'acholie pigmentaire.

A propos d'un cas de sporotrichose méconnu et traité pendant deux ans. — MM. DANLOS et FLANDIN étudient les procédés de diagnostic clinique et expérimental actuellement à notre disposition.

Au point de vue clinique, ils insistent sur l'évolution rapide sur l'aspect des lésions violacées, mal limitées, croûteuses, donnant issue par des parties multiples à du pus séreux.

Ils ont, sur leur malade, pratiqué la culture, sans pouvoir faire de diagnostic avant le huitième jour. La sporo-agglutination, la réaction de fixation ont été positives; mais le procédé de choix paraît être l'intra-dermo-réaction de Pautrier et Lutembacher qui pose le diagnostic dès le deuxième jour. L'iodure de potassium a une action très rapide, véritablement spécifique, très nette chez cette malade qui avait subi tous les traitements possibles depuis deux ans.

Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique et désinfection du rhino-pharynx. — M. G.-E. SCHNEIDER (Val-de-Grâce) a appliqué le procédé de désinfection du rhino-pharynx décrit par MM. Vincent et Bellot à 54 « porteurs sains de méningocoques » dont on sait le rôle très important dans la propagation de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Ce procédé consiste en badigeonnages du rhino-pharynx à la glycérine iodée au trentième, gargarismes à l'eau oxygénée diluée au dixième, inhalations des vapeurs d'un mélange tiède : iode 20 grammes, gaïacol 2 grammes, acide thymique 25 centigrammes, alcool à 60 degrés 200 grammes.

Sous l'influence de ce traitement, l'auteur a vu le méningocoque disparaître en quatre jours du rhino-pharynx des porteurs.

Cette méthode permet donc d'abréger de manière sensible la durée de la période d'isolement des porteurs sains, dépistés par l'examen bactériologique. Cet isolement n'est pas en effet sans inconvénients majeurs dans les collectivités.

Le procédé de MM. Vincent et Bellot, pratique et efficace, mérite d'être généralisé.

Deux nouveaux cas de tuberculose de l'œsophage diagnostiqués et traités par l'œsophagoscopie. — M. GUISEZ. La tuberculose de l'œsophage est évidemment une affection rare mais elle existe. L'auteur a eu l'occasion d'en observer récemment deux nouveaux cas.

Dans l'un, il s'agissait d'une ulcération primitive de l'entrée de l'œsophage. On croyait à une tuberculose laryngée, aryténoïdienne, étant donné la dysphagie, mais il n'y avait rien au larynx. L'œsophagoscope révéla une ulcération de la paroi postérieure de l'œsophage.

Dans l'autre, le diagnostic posé était un épithélioma de l'entrée de l'œsophage. Il s'agissait également d'une ulcération tuberculeuse à forme semi-circulaire.

Ces deux malades étaient des tuberculeux pulmonaires et leurs ulcérations ont guéri par des attouchements et des pansements d'acide lactique.

D'après ces observations et trois autres publiées précédemment on doit distinguer trois formes dans la tuberculose de l'œsophage :

1° Tuberculose œsophagienne à forme ulcéreuse, la plus fréquente.

2° Forme scléro-cicatricielle, type de Schrotter.

3° Forme par propagation des ganglions médiastins.

Sténoses cicatricielles d'origine spontanée. — M. GUISEZ rapporte cinq observations de malades chez qui l'œsophasgoscope a permis de diagnostiquer la nature exacte d'une sténose spontanée. Chez la plupart d'entre eux le diagnostic de cancer avait été posé d'après les signes cliniques, radioscopiques, et étaient sur le point d'être gastrostomisés.

L'aspect nettement cicatriciel de la lésion à pertuis central est tout à fait caractéristique à l'œsophagoscope.

Ces sténoses siègent presque toujours au niveau du cardia (4 fois sur 5) et ont comme étiologie un processus d'œsophagite chronique qui amène petit à petit la sclérose de la paroi œsophagienne et la sténose progressive de ce conduit.

Ce qu'il y a d'intéressant pour ces malades c'est que le diagnostic une fois fait, la dilatation à l'aide de bougies molles ou de bougies électrolytiques a pu être effectuée et le calibre de l'œsophage ramené progressivement à la normale.

La parotidite rhumatismale. — M. COURTOIS-SUFFIT lit en son nom et au nom de M. BEAUFUMÉ un mémoire sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 383.)

Fièvre typhoïde grave, apyrétique, simulant l'infection puerpérale. Hémoculture positive. — MM. M. BRULÉ et René TOUPET. La malade entra dans le service du professeur Quénu après un avortement de trois mois et le curettage ramena des débris placentaires fétides. L'état général était grave : prostration, délire tranquille, langue rôtie, dyspnée et albuminurie; mais il n'y avait ni lochies fétides, ni symptômes péritonéaux. Par ailleurs n'existait aucun des signes habituels de la fièvre typhoïde : ni taches rosées, ni splénomégalie, ni diarrhée.

La courbe thermique était particulièrement anormale, oscillant entre 37 degrés et 37°6, tandis que le pouls était très accéléré. La mort survint vers le troisième septénaire, au milieu de symptômes ataxo-adynamiques.

Cependant les examens de sang avaient prouvé qu'il s'agissait, non pas d'infection *post abortum*, mais d'une septicémie éberthienne ayant provoqué l'avortement : le séro-diagnostic était fortement positif; l'hémoculture, pratiquée à deux reprises éloignées, décela, malgré l'apyrexie, la présence du bacille d'Eberth dans la circulation.

L'autopsie ne montra que des lésions intestinales minimes; la bile, quarante-huit heures après la mort, contenait du bacille d'Eberth en culture pure.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1910)

Résistance globulaire dans les pleurésies hémorragiques. — M. Lafforgue a étudié la résistance globulaire des hématies de l'épanchement dans deux cas de pleurésie hémorragique, l'une métapneumonique, l'autre rhumatismale. Dans les deux cas, il a trouvé des globules à résistance augmentée et des globules à résistance diminuée.

La diminution de résistance paraît tenir à une action adultérante du liquide pleural sur les hématies, l'augmentation de résistance à la production d'une substance protectrice réactionnelle, adhérente aux hématies, émanant d'elles, et non diffusée dans le milieu ambiant. Rapprochant les faits ci-dessus de ceux observés par Guillain et Troisier dans un cas d'hématome pleural traumatique, on doit se demander s'il n'y a pas pour les diverses variétés d'épanchement hémorragique une formule spéciale de résistance globulaire.

Rapport de doses d'arséniate de soude provoquant la diarrhée chez le lapin et celles qui rendent ses urines albumineuses. — M. Maurel, après avoir constaté que l'arséniate de soude provoque la diarrhée chez le lapin à doses plus faibles par la voie hypodermique et la voie veineuse que par la voie gastrique (*Soc. de biol.*, 27 nov. 1909), avait été conduit à cette hypothèse que cette diarrhée était un moyen utilisé par l'organisme pour éliminer l'arséniate de soude et venir ainsi en aide à la voie rénale. Or, les expériences de MM. Maurel et Arnaud, faites depuis, sont venues leur prouver que les doses d'arséniate de soude, capables de provoquer la diarrhée chez le lapin, altèrent toujours assez ses reins pour rendre ses urines albumineuses. La diarrhée n'apparaît donc que lorsque les reins sont devenus moins perméables. L'hypothèse de la diarrhée comme procédé d'élimination trouve ainsi dans ces faits un sérieux argument. La diarrhée provoquée dans ces conditions n'était donc qu'un moyen de suppléance utilisé par l'organisme pour sa défense.

Classification des hyperconcentrations du sérum sanguin. — MM. Javal et Boyet ont déjà montré que l'hyperconcentration du sérum sanguin peut être attribuée dans certains cas à la rétention d'azote (azotémie pure) et dans d'autres cas à la rétention des chlorures (chlorurémie pure). Il existe un troisième groupe de rétentions, chimiquement encore indéterminé, dans lequel on voit le Δ s'abaisser très notablement (les auteurs l'ont noté une fois — 0°76) sans qu'on puisse déceler dans le sérum ni excès de chlorures ni excès d'azote.

Les rétentions isolées sont rares : le plus souvent, elles sont mixtes ou associées, c'est-à-dire que différentes substances concourent à la fois à abaisser anormalement le Δ.

C'est par l'étude des formes pures qu'on peut essayer de différencier les symptômes cliniques qui appartiennent à chacune de ces rétentions.

Leuco-réactions à la scopolamine et à l'atropine. — MM. Achard et Français ont constaté, par la mesure de l'activité leucocytaire *in vitro*, que l'accoutumance spécifique des leucocytes aux poisons, déjà constatée pour la morphine et l'héroïne, s'étend à la scopolamine et à l'atropine.

Chez une femme qui recevait depuis un mois une dose quotidienne de 2 à 4 dixièmes de milligramme de scopolamine, l'accoutumance à ce poison était très marquée.

Il en était de même pour l'atropine chez des sujets qui recevaient en piqûre une dose de cet alcaloïde d'un demi-milligramme depuis un mois. Par contre, l'instillation de collyre d'atropine a paru sans effet, la dose absorbée étant sans doute insuffisante.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN MANIFESTE A PROPOS DU PROCHAIN CONCOURS DE L'AGRÉGATION

Un Comité d'action s'est formé issu des groupements professionnels suivants : Union des syndicats médicaux de France, Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris, Société de l'internat des hôpitaux de Paris, Comité de vigilance du Congrès des praticiens, Association corporative des étudiants en médecine de Paris, qui ont, lors du concours de l'agrégation de 1908, porté aux pouvoirs publics un mémoire résumant les revendications du corps médical, mémoire demandé par le ministre et resté sans réponse.

Devant le défi porté par l'arrêté ministériel qui prétend, sous prétexte de « provisoire », maintenir indéfiniment un concours condamné par les praticiens et à la veille d'un nouveau concours, ce Comité fait appel à l'opinion médicale et publie un manifeste, dont voici les parties essentielles :

Le moindre défaut de l'agrégation est certainement l'immoralité de son concours. Que le favoritisme soit à la base du système, nul ne le nie, parce que cela n'est pas niable. Que l'on modifie ou non la composition du jury, la faveur est une tare que nulle réforme ne peut abolir.

L'injustice, d'ailleurs, ne réside-t-elle pas davantage dans le fait de juger un homme sur *une* composition, d'après l'étude d'une heure ou d'une journée de sa vie ?

Au point de vue enseignement : l'agrégation, c'est la consécration de la suprématie de l'enseignement théorique sur l'enseignement pratique, car le concours est basé sur des épreuves théoriques, car l'agrégation donne à l'agrégé, non pas un service d'hôpital, non pas des matériaux d'enseignement, mais simplement le droit de faire un enseignement théorique, devant des banquettes, et un titre.

Au point de vue scientifique : l'agrégation est non seulement inutile, mais contraire à la science ; inutile, parce que sa préparation est purement livresque ; contraire, parce que la nécessité de la préparation livresque éloigne des recherches scientifiques, et, ce qui est pis encore, depuis l'épreuve de titres, entraîne aux communications de hasard, hâtives et non mûries, qui peuvent fausser et retarder le travail patient et méthodique de l'exploration scientifique.

Au point de vue professionnel : l'agrégation conduit forcément — rappelons-le — à la division du corps médical, elle met entre les mains d'une caste fermée toutes les fonctions d'enseignement, elle s'oppose à la liberté de production, parce que, en fait, officiellement, son enseignement, même débile, seul compte.

Au point de vue social : elle est un danger permanent, parce qu'elle ne suscite pas l'effort efficace et contribue au contraire à tarir les sources où tous pourraient utilement puiser.

***

C'est pour ces raisons que le corps médical, dans ses Congrès, de Paris en 1907, de Lille en 1908, dans ses syndicats et ses groupements professionnels de toutes sortes (Société de l'internat des hôpitaux de Paris, Association corporative des étudiants en médecine de Paris) a condamné l'agrégation.

C'est à l'instigation de ces groupements professionnels

que la lutte fut engagée, et c'est grâce à leur action directe que fut supprimé le concours de décembre 1908.

A la suite de ces événements, nous avions pu croire un instant que les pouvoirs publics allaient nous donner satisfaction. On nous reçut, on nous promit..., rien ne nous a été accordé. Et la commission que nous avions demandée, composée mi-partie de praticiens et mi-partie de professeurs, n'a pas été créée.

La question se pose donc aujourd'hui à nouveau, dans son entier, comme en décembre 1908. C'est sur nous seuls qu'il faut compter, sur notre action méthodique.

L'existence de l'agrégation dépend de la volonté des praticiens.

Jamais ils n'auront occasion plus propice d'agir et d'obtenir de leur effort direct satisfaction plus importante et plus légitime.

Comme nous ne voyons aucun autre moyen légal de combattre l'agrégation que d'engager les médecins à se présenter au prochain concours, nous publions aussi l'avis suivant, rédigé par le comité, pour ceux qui voudraient y prendre part.

Avis aux candidats.

Le comité *recommande instamment* aux candidats de se faire inscrire le plus tôt possible dans les sections suivantes :

Médecine générale ;

Chirurgie générale;

Obstétrique.

De nouveaux avis seront ultérieurement publiés pour les candidats.

Le prochain concours d'agrégation.

Le concours d'agrégation ouvrira le 23 mai à la Faculté de médecine. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 22 mars à l'Académie (Sorbonne, rue des Ecoles, bureau VI, au premier étage).

Les pièces à fournir sont :

1° Une demande d'inscription écrite sur papier timbré à soixante centimes (1) ;

2° Le diplôme de docteur en médecine ;

3° L'acte de naissance sur papier timbré ;

4° Exposé des titres sur papier libre (2), et remise de la thèse

UNE CONDAMNATION POUR EXERCICE ILLÉGAL

La neuvième chambre correctionnelle, présidée par M. Pacton, vient de rendre son jugement dans l'affaire de la ceinture « électro-vigueur » Mac Laughlin.

Six prévenus étaient poursuivis sous l'inculpation d'exercice illégal de la médecine, escroquerie et complicité : M. Z..., ancien directeur général du bureau de Paris; M. D..., directeur général actuel; M. C..., directeur commercial et les docteurs F..., D..., et L. de L..., attachés à l'établissement.

La prévention leur reprochait d'avoir coopéré au fonctionnement de l'institut *Mac Laughlin*, installé 14, boulevard Montmartre, pour la vente de ceintures électriques, et dont l'organisation comportait, pour en faciliter la vente, des consultations médicales confiées aux docteurs.

(1) Monsieur le vice-recteur de l'Université de Paris,

J'ai l'honneur de vous demander mon inscription comme candidat à l'agrégation (*indiquer la section :* médecine générale, chirurgie générale, obstétrique, anatomie pathologique, ophtalmologie, physiologie, anatomie, etc., et la Faculté pour laquelle on se présente).

Veuillez agréer...

Ne pas omettre le nom et l'adresse.

(2) Pour l'exposé des titres, l'annonce du titre de la thèse suffit. Ajouter : décorations, fonctions remplies, cours libres, dignités officielles ; mais il faut remettre un exemplaire de la thèse.

Trois syndicats médicaux se portaient parties civiles : le Syndicat des médecins de la Seine, le Syndicat général des médecins français électrothérapeutes et radiologistes, et le Syndicat médical de Paris; ils réclamaient chacun 50.000 fr. de dommages-intérêts et cent insertions.

Le tribunal a mis hors de cause le docteur L. de L. ; il a acquitté également les cinq autres prévenus du chef d'escroquerie, mais, du chef d'exercice illégal de la médecine, il les a condamnés chacun à 500 francs d'amende et solidairement aux dépens.

Quant aux parties civiles, elles ont obtenu chacune 1.000 fr. à titre de dommages-intérêts.

UN TRIOMPHE DE L'EMPIRISME

M. Huchard donne, dans le *Journal des Praticiens,* quelques détails sur un fait que l'on a pu lire ces jours-ci dans la presse quotidienne :

« Les ouvriers délaineurs de Mazamet (Tarn) ont une singulière manière de comprendre leurs intérêts. Le charbon règne parmi ces électeurs ; la science moderne organise des traitements efficaces. Les ouvriers protestent et leur indignation va croissant. Ils ne veulent pas des traitements modernes et en réfèrent au ministre, lequel, étant M. Viviani, convoque d'urgence la Commission des remèdes secrets à l'Académie de médecine. M. le professeur Debove et M. Yvon ont bien voulu me communiquer les conclusions du rapport rédigé sur la demande du ministre. Ce dernier sollicitait l'étude d'un traitement recommandé par un empirique : en fait, il s'agissait tout simplement d'une cautérisation à la potasse caustique. Depuis un siècle, la médication était abandonnée. Les ouvriers n'entendent pas de cette oreille.

Du moment qu'un empirique prétend s'y connaître, c'est l'empirique qui a raison. M. Faguet vient d'écrire un livre sur l'incompétence, principe de toute notre organisation sociale contemporaine. Moins un sujet semble qualifié, mieux le poste lui convient. De tous temps, les empiriques ont joui de la crédulité des foules. Leur règne n'était point arrivé. C'est seulement d'aujourd'hui qu'ils correspondent avec des ministres et convoquent les commissions de l'Académie.

M. Yvon s'en montrait un peu surpris. « Un signe des temps », opinait M. Debove, en souriant. Taine eût épinglé avec soin ce petit fait significatif.

P. S. Le syndicat médical de Mazamet a décidé d'appliquer, dans les cas de charbon, le remède proposé par l'empirique. Il nous semble que nos confrères eussent été mieux inspirés en attendant les conclusions du rapport déposé par l'Académie. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la huitième semaine, 980 décès, au lieu de 1054 pendant la semaine précédente et au lieu de 1120, moyenne ordinaire de la saison.

Une épidémie de variole a éclaté, durant cette semaine, dans le quartier des Grandes-Carrières. La rougeole est de plus en plus fréquente. Au contraire, la fièvre typhoïde et les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La variole a causé 3 décès (dont 2 dans le quartier de Clignancourt et 1 à Plaisance). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 36, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 11), dont 25 dans le seul quartier des Grandes-Carrières, 2 dans chacun des deux quartiers limitrophes Clignancourt et les Epinettes, et 1 dans les Batignolles, également limitrophe. Pendant la semaine précédente, aucun cas n'avait été signalé dans les Grandes-Carrières ni dans les Epinettes, et 1 seul dans Clignancourt. L'irruption de la maladie est donc très subite. Elle n'est

signalée cette semaine que dans quelques autres quartiers pauvres de la périphérie (Combat 2 cas, Ménilmontant, Plaisance, Sainte-Marguerite, Roquette, chacun 1 cas). Aucun cas n'est signalé dans les douze arrondissements du centre et de l'ouest.

La rougeole a causé 28 décès au lieu de 22 pendant la semaine précédente (moyenne 11). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 584, au lieu de 486 précédemment (moyenne 242). Les quartiers les plus atteints sont ceux de la périphérie. Les 10 arrondissements du centre n'ont compté au total que 3 décès; les faubourgs de la rive gauche, 6. Au contraire, Montmartre, les Buttes-Chaumont et Ménilmontant en ont compté chacun 5. Les cas nouveaux de la semaine se distribuent de façon à peu près analogue; pourtant les arrondissements les plus atteints sont Popincourt (68 cas) et Batignolles (95 cas). Mentionnons encore les quartiers de la Gare (30 cas) et de Plaisance (26 cas).

La coqueluche a causé 14 décès, au lieu de 7 pendant la semaine précédente (moyenne 6).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 164 décès, au lieu de 216 pendant la semaine précédente (moyenne 242).

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès (moyenne 225).

La méningite tuberculeuse a causé 22 décès (moyenne 23).

La méningite simple a causé 9 décès (moyenne 20); parmi eux nous comptons 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 2.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (SEMESTRE D'ÉTÉ). — M. le professeur Gilbert Ballet a repris le cours de clinique des maladies mentales à l'asile clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, le dimanche 6 mars 1910, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — L'association organise chaque année deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques, spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie.

Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La série de Pâques 1910 aura lieu du lundi 21 mars au samedi 2 avril.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Barbarin, 186, faubourg Saint-Honoré.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 MARS 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 18 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et André Jousset.

1er (oral) : MM. Nicolas, Gosset et Branca.

2e : MM. Gariel, Gley et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Sicard.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Macaigne; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie, 2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Campenon et Ombrédanne; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Lœper, suppléant.

Samedi 19 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Retterer et Marion.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilbert Ballet, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Thiéry et Lenormant.

4e : MM. Gilbert, Fernand Bezançon et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Launois, suppléant.

THÈSES

Mercredi 16 mars, à une heure. — M. BONDOUY. Chimie biologique. Sclerostomum equinum. (MM. Gautier, président; Pouchet, Nicolas et Desgrez.) — M. TABUTEAU. Contribution à l'étude des préparations galéniques des plantes fraîches. (MM. Pouchet, président; Gautier, Nicolas et Desgrez.) — M. COCHET. Rapports différents des deux pneumo-gastriques dans la région cervicale. (MM. Nicolas, président; Gautier, Pouchet et Desgrez.) — M. VAUZELLE. Injections intra-veineuses dans le traitement des syphilis graves, leurs comparaisons avec les autres méthodes des traitements intensifs. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Roger et Lœper.) — M. ROGER. La prophylaxie antivénérienne au lycée. (MM. Pierre Marie, président; Gaucher, Roger et Lœper.) — M. POULLAIN. Essai de pathologie comparée au sujet de l'hématurie chronique des bovidés. (MM. Roger, président; Gaucher, Pierre Marie et Lœper.) — M. GUINBELLOT. Sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon. (MM. Reclus, président; Delbet, Hartmann et Gosset.) — M. PICOT. Le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire aiguë. (MM. Reclus, président; Delbet, Hartmann et Gosset.) — M. ROKEACH. Contribution à l'étude des fractures de la tubérosité antérieure du tibia. (MM. Delbet, président; Reclus, Hartmann et Gosset.) — M. DEROIDE. Contribution à l'étude de quelques complications rares de la prostatectomie sus-pubienne (obstacles au cours normal de l'urine). (MM. Hartmann, président; Reclus, Delbet et Gosset.)

Jeudi 17 mars, à une heure. — M. LOMBART. Sur la symphyse tuberculeuse du péricarde. (MM. Dieulafoy, président; Debove, Hutinel et Castaigne.) — M. BÉGUIER. La percussion abdominale d'après la méthode de Sigaud (de Lyon). (MM. Debove, président; Dieulafoy, Hutinel et Castaigne.) — M. MINEFF. Torticolis et fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président; Dieulafoy, Debove et Castaigne.) — M. GASTON. L'opération de Müller dans les grands prolapsus utérins. (MM. Pozzi, président; Quénu, André Broca et Marion.) — M. MARQUIS. Les applications chirurgicales de l'aérothermothérapie. (MM. Quénu, président; Pozzi, André Broca et Marion.) — M. MARSAN. Les néphrites et les périnéphrites chroniques douloureuses et leur traitement chirurgical. (MM. Quénu, président; Pozzi, André Broca et Marion.) — M. MÉRIC DE BELLEFON. Essai sur les coups de feu dans l'orbite (balles de revolver). (MM. de Lapersonne, président; Thoinot, Langlois et Auvray.) — M. MARQUET. L'hydarthrose périodique. (MM. Thoinot, président; de Lapersonne, Langlois et Auvray.) — M. BERNELLE. La psychose de Gilles de Raïs, sire de Laval, maréchal de France. (MM. Thoinot, président; de Lapersonne, Langlois et Auvray.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 17 mars, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 7 avril 1910, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Lecture des copies : Symptomatologie.* — Séance du 8 mars. — MM. Le Sourd (L.), 9; Pagniez, 10; Schæfer et Lemierre, 8; Philibert, 6; Israëls-de-Jong et Fiessenger, 8; Nattan-Larrier, 9; Detot, 7.

Prochaine séance, samedi 12 mars, à cinq heures, à la Charité.

Anatomie pathologique. — Séance du 8 mars. — MM. Ribadeau-Dumas, Grenet, Mercklen et Weil (Emile), 9; Boidin, Trémolières et Leven, 8; Villaret, 9.

Prochaine séance, jeudi 10 mars, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Richelot, Legueu, Lejars, Campenon, Ombrédanne, Marion et Achard.

— Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance supplémentaire du 7 mars 1910. — MM. Grivot, 18; Hautant, 19; Lemaître, 20.

— Médaille d'or (médecine). — *Mémoires.* — Séance du 3 mars. — MM. Bénard, 30; Cawadias, 29; Chabrol, Debré, de Brunnel-de-Serbonnes, Duvoir, Foix et Joltrain, 30; Lecomte et Lévy-Valensi, 29; Lyon-Caen, 30; Merle, 29; Penard et Schæffer, 30; Tinel, 29; Troisier, 30.

Oral. — Séance du 7 mars. — Question donnée : « Pouls lent. »

MM. Joltrain, 15; Chabrol et Foix, 19; Debré, 18.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 7 mars. — Question donnée : « Sciatique poplitée externe. — Signes et diagnostic du mal perforant plantaire. »

MM. Thouvenin, 13 + 13 = 26; Brun, 13 + 12 = 25; Gougelet, 11 + 18 = 29; Buc, 14 + 19 = 33; Perin (Lucien), 7 + 13 = 20; Philippon, 17 + 20 = 37; Monod (Robert), 17 + 23 = 40; Desplas, 19 + 22 = 41; Netter, 14 + 20 = 34; Feil, 16 + 20 = 36.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le vendredi 22 avril 1910, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 1er avril inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1910.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. le docteur Eymeri, ancien suppléant, est nommé professeur de physiologie.

— Tours. — M. le docteur Lapeyre, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert le 24 mai 1910, à la Maison nationale de Charenton à Saint-Maurice (Seine), un concours pour l'internat dudit établissement.

On trouvera chez le concierge de la Faculté de médecine et à la Maison nationale des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

MÉDECINS DE COLONISATION. — Un concours pour le recrutement de huit médecins de colonisation sera ouvert le 11 avril 1910, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (office de l'Algérie) et à la préfecture des villes possédant des facultés et écoles de médecine.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, 2e bureau, du gouvernement général de l'Algérie. Les demandes d'admission au concours devront parvenir au gouvernement général avant le 27 mars.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Doléris (de Paris).

Au grade d'officiers. — MM. les docteurs Chatin (A.-P.) et Valude (de Paris).

Au grade de chevaliers. — MM. les docteurs Barrault (de Paris), Choyau (de la Roche-sur-Yon), Clerval (de Charenton), Lallement (de Besançon), Laurent (de Bois-Colombes), Leclerc, Stef et Zacchiri (de Paris).

LE DÉVELOPPEMENT DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE 1894 A 1909. — Dans une conférence qu'il vient de faire à la Sorbonne sous la présidence de M. Liard, vice-recteur, M. Appell, doyen de la Faculté des sciences, a montré le grand développement pris par cette Faculté depuis quinze ans.

En 1894, 860 étudiants, parmi lesquels 61 étrangers et 27 femmes. En 1909, 2151 étudiants, parmi lesquels 574 étrangers et 323 femmes.

En 1894, 80 professeurs chargés de cours, maîtres de conférences, chefs de travaux pratiques et préparateurs. En 1909, 163.

En 1894, 21 chaires magistrales. En 1909, 34.

Ainsi, en quinze ans, le nombre des étudiants a presque triplé, celui des membres du corps enseignant a doublé.

Le doyen attribue ces progrès au développement rapide des sciences et de leurs applications médicales, industrielles et agricoles, au caractère scientifique de la civilisation moderne.

UNION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE DU PREMIER AGE. « GOUTTES DE LAIT ». *Comité national français.* — La date du IIIe Congrès international de la Protection de l'Enfance (gouttes de lait), qui devait avoir lieu à Berlin en 1910, ayant été modifiée et reportée à l'année 1911, par les Allemands, pour des raisons de convenance purement personnelle, le Comité national français a, dans sa séance du 31 octobre 1909, voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant que nous sommes priés de communiquer à nos lecteurs :

« Etant donné l'article VI des statuts de l' « Union internationale » pour la protection du premier âge ;

« Etant donné la décision prise par le Congrès de Bruxelles dans sa séance de clôture du 16 septembre 1907, décision qui fixait la date du prochain Congrès en 1910 à Berlin ;

« Etant donné qu'il y a déjà en 1911, plusieurs Congrès se rattachant à la protection du premier âge ;

« Regrette que l'Allemagne, pour des intérêts particuliers, ait demandé de reculer d'une année le prochain Congrès et ait même refusé de recevoir le Congrès à Berlin, au cas, où le Comité français n'accepterait pas la nouvelle proposée ;

« Proteste contre cette prétention ;

« Décide toutefois pour sauvegarder les intérêts scientifiques et humanitaires, représentés par l' « Union internationale » pour la Protection de l'Enfance du premier âge, de prendre part, tout au moins, officiellement, au Congrès de 1911, à la condition qu'il ait lieu pendant les vacances, c'est-à-dire en août ou septembre. »

LE CENTENAIRE DU DOCTEUR BOULLÉ. — Nous avons annoncé la fête qui vient d'être offerte au docteur Boullé (de Saint-Valérien), à l'occasion de son centième anniversaire.

A l'issue du banquet qui lui a été offert, le représentant du ministre de l'Instruction publique lui a remis les palmes d'officier d'académie.

Le *Temps* donne les détails suivants sur notre vénérable confrère :

« Le médecin centenaire, bien que d'aspect chétif, est encore alerte et se tient droit. Son visage maigre est entouré d'un collier de barbe blanche.

Il s'est rendu à la fête que lui offraient ses concitoyens appuyé sur le bras de sa vieille gouvernante qui le sert depuis vingt-sept ans. Le plus jeune de ses fils, docteur en médecine lui aussi, et qui est âgé de soixante-cinq ans, l'accompagnait.

Le docteur Boullé raconte volontiers sa vie :

« Mon père et mon grand-père, dit-il, furent médecins, et dans ce pays-ci. C'est dire que depuis 1750 tous les malades ont été soignés par ma famille.

Jadis, chez mon père, nous menions la vie des paysans, mangeant plus souvent des pommes de terre que des tranches de bœuf. Mon père était autant cultivateur que médecin ; il cultivait sa terre quand il ne soignait pas ses malades. Et il éleva ses six enfants avec la modestie dont on usait à cette époque : j'ai le droit de dire que tous sont devenus de braves gens.

Ce fut le docteur Rétif (de Sens) qui dirigea mes premières études médicales. Il eut fort à faire, car j'avais la tête dure. En automne 1828, j'allai à Paris pour y achever mes études. J'habitai dans une ruelle du quartier latin, la rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, où je payais cinq francs par mois une chambre et un petit cabinet.

J'ai assisté aux troubles de 1830, mais je suis resté neutre.

Après 1848, je fus élu maire républicain de Saint-Valérien. En 1851, je protestai contre le coup d'Etat. Je faillis être arrêté, mais mes adversaires eux-mêmes intercédèrent en ma faveur.

J'ai vu 1870. Des soldats prussiens occupèrent ce village. Ce furent de tristes jours... »

Le docteur Boullé, il y a deux ans, procéda lui-même, paraît-il, au sauvetage de ses papiers et des objets qui lui sont chers, au cours d'un incendie qui détruisit en partie sa maison. On le vit alors — il avait quatre-vingt-dix-huit ans — monter à l'échelle jusqu'au toit de l'immeuble.

Il se flatte d'avoir toujours bu et mangé à sa faim et à sa soif et attribue sa santé et sa longévité à l'air pur de la Bourgogne et à la vie active qu'il a toujours menée. »

LA SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS tiendra sa prochaine séance le jeudi 17 mars, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la Clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antoine Lacour (de Lyon).

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES DU 8 AU 20 AVRIL 1910 (Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne). — Le cours de physiothérapie est divisé en deux séries de 20 leçons. Le prix de chacune des séries de 20 leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, chez M. le docteur Albert-Weil, 21, rue d'Edimbourg, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

Les cours sont divisés de la façon suivante :

SÉRIE A. — *Electrothérapie* (dix leçons) : M. Albert-Weil, rédacteur en chef du *Journal de physiothérapie*. — *Radiumthérapie* (trois leçons) : M. Dominici, ancien interne des hôpitaux. — *Photothérapie* (une leçon) : M. Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. — *Radiothérapie* (trois leçons) : M. Albert-Weil. — *Hydrothérapie* (trois leçons) : M. Sandoz.

SÉRIE B. — *Massage en général et massage des membres* (sept leçons) : M. Durey, assistant de physiothérapie de M. Tuffier à l'hôpital Beaujon. — *Massage viscéral* (trois leçons) : M. Cautru, ancien interne des hôpitaux. — *Massage de la face* (une leçon) : M. Raoul Leroy. — *Kinésithérapie gynécologique* (deux leçons) : M. Wetterwald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie. — *Gymnastique* (trois leçons) : M. Desfosses, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi. — *Rééducation* (une leçon) : M. Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière. — *Mécanothérapie* (trois leçons) : M. Kruger, directeur de l'Institut Zander de Paris. — *Méthode de Bier* (une leçon) : M. Durey.

Les cours de la série A ont lieu à six heures, ceux de la série B à cinq heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des instituts, leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au moins, pour que les élèves d'une série puissent néanmoins suivre les cours de l'autre série.

Les élèves régulièrement inscrits à l'une des deux séries sont invités à six conférences sur les grandes indications diététiques, climatiques et hydrologiques faites par M. Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique, M. Martinet, ancien interne des hôpitaux, et M. Schlemmer, président de la Société d'hydrologie, médecin consultant au Mont-Dore.

Et peuvent prendre part à l'excursion organisée à Vichy avec le concours de la Société fermière.

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE pour dix mois à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

PROCÉDÉ SIMPLE

POUR

L'ABLATION DES CANCERS DE LA LANGUE

Par le professeur PAUL RECLUS.

Il y a trois jours, vous êtes venus en grand nombre, malgré le congé du mardi-gras, pour me voir enlever un cancer de la langue sous l'anesthésie localisée et par un procédé qui m'est personnel. Mon chef de clinique, dont vous connaissez l'habileté opératoire et pour qui le maniement de la novocaïne n'a guère de secret, pensait que, dans ce cas, la chloroformisation était nécessaire et c'est sur sa demande, peut-être légèrement narquoise, que je me suis chargé de l'intervention. Ai-je tort de soupçonner que votre affluence était un peu due à l'inconscient désir de jouir des embarras du « patron »? J'ai été interne et j'ai connu ce sentiment.

Avant d'entrer dans le détail de l'observation, il me semble indispensable d'indiquer quelles sont, d'après moi, les limites de la chirurgie dans le traitement des cancers de la langue. Pour ma part je n'interviens pas lorsque le néoplasme envahit la base de l'organe et les piliers du voile du palais, lorsque le plancher de la bouche est pris et que l'os maxillaire est atteint; je m'abstiens encore lorsque les ganglions, dégénérés en grand nombre, s'avancent bas dans la région carotidienne. J'ai vu pratiquer par Verneuil, dont la maîtrise pour ce genre d'opérations n'a pas été surpassée, beaucoup d'exérèses dans ces cas désespérés; avec lui et après lui, j'ai moi-même ouvert la voie sus-hyoïdienne, scié, réséqué, dédoublé le maxillaire inférieur; j'ai vu les malades de Poirier soumis à la « méthode anatomique » de cet habile chirurgien et c'est, pour bien les connaître, que je proclame le néant de tant d'efforts coalisés.

D'abord n'oublions pas que la mort opératoire est fréquente et même dans les mains les plus habiles. Les prestidigitateurs de la chirurgie n'y échappent pas et lorsque notre collègue Poirier faisait, devant ses collègues, à la tribune de l'Académie de médecine, l'apologie de l'ablation des cancers, de presque tous les cancers de la langue, dirai-je, ce virtuose du bistouri produisait des statistiques d'où n'étaient pas exclus les décès des premières heures ou des premiers jours de l'intervention, décès d'autant plus nombreux que les cancéreux de la langue sont, le plus souvent, des tarés de la syphilis, du tabagisme et de l'alcoolisme, des artério-scléreux dont les fonctions viscérales sont largement compromises et qui vont mourir de leur rein, de leur foie ou de leur poumon.

Nous n'ignorons pas ce que les jeunes opérateurs nous répondent : vous l'avouez vous-même, tous ces malades sont dévoués à une mort prompte et terrible si l'on n'intervient pas. Et, d'autre part, on glane parfois quelques beaux succès qui dédommagent des habituels et lamentables désastres. Moi-même j'en ai cité des exemples et vous m'avez entendu parler d'un Versaillais, vivant et bien vivant encore et dont j'ai reçu le 11 janvier dernier, anniversaire de son opération de 1886, la vingt-quatrième de ses cartes de visite annuelles. Mais il se glisse ici une confusion regrettable, car, dans leur presque totalité, ces cas heureux sont ceux de cancers petits, jeunes, sans adhérences, sans ganglions, et où l'intervention put être radicale et rapide. D'ailleurs il est inutile de discuter : dans vos premières années de bureau central, à l'âge de toutes les espérances, vous serez pris de fièvre interventionniste; elle s'éteindra et, vers la quarantaine, plus tôt, plus tard selon votre tempérament, vous adopterez, comme nous tous, la bourgeoise formule de tout à l'heure.

J'en arrive à notre intervention de mardi : le malade était de ceux qu'on doit opérer et qui peuvent bénéficier de l'intervention. Il s'agit d'un représentant de commerce, âgé de soixante-trois ans, qui, depuis vingt mois, éprouvait des douleurs vives à la langue, il les croyait dues à des excès de tabac et s'abstint quelque temps de fumer; les souffrances s'apaisèrent un peu, mais pour revenir dès que notre homme se remit à la cigarette. En novembre 1909, son médecin, le docteur Lacapère, constate sur le bord droit de l'organe, à peu près à égale distance de la pointe et du pilier antérieur du voile du palais, une petite ulcération à base indurée et qui provoquait de telles douleurs pendant la mastication, que le malheureux patient se privait de manger. Il fallait agir, et notre collègue fit d'abord extraire une dent qui pouvait entretenir l'altération et poussa dans la fesse des injections anti-syphilitiques qui ne modifièrent pas la tumeur.

Le malade nous fut envoyé à l'Hôtel-Dieu et nous constatons, au niveau de la partie moyenne du bord droit de la langue, l'existence d'une perte de substance, large comme une pièce de cinquante centimes, creusée en cupule et qui présentait, sur son fond, une surface sanieuse et saignante. Elle reposait sur une masse indurée du volume d'une grosse noisette. C'était bien un épithélioma de forme rongeante, variété grave et qui, dans l'espèce, devait être opéré sans discussion possible : tout y incitait, son faible volume, son siège en avant des piliers du voile du palais, son absence d'adhérences au maxillaire et le manque de ganglions appréciables à la palpation. L'intervention fut décidée et je vais vous décrire, avec quelque minutie, la technique que j'ai suivie et que je vous propose d'adopter.

Il est bien entendu que l'antisepsie de la bouche s'impose : trois ou quatre jours au moins avant l'intervention, le malade se gargarisera fréquemment avec une solution saturée de chlorate de potasse et aussi, pour calmer la douleur, avec de l'eau chloralée à la fois antiseptique et analgésique. On devra, matin et soir, passer doucement un tampon de ouate hydrophile sur la face dorsale de la langue pour en détacher l'enduit qu'amassent, entre les

papilles, les déchets de la desquamation épithéliale et la sanie qui s'échappe de l'ulcération cancéreuse. Enfin, au moment de l'opération, et lorsque les tissus sont déjà anesthésiés nous conseillerions, ce que nous avons omis de faire, il y a trois jours, d'appliquer avec un pinceau une couche de teinture d'iode fraîchement préparée sur tout le champ opératoire.

C'est alors que nous procédons à l'anesthésie et vraiment la technique en est facile : elle l'est, comme dans tous les cas où le champ opératoire est restreint, car avec nos solutions actuelles de novocaïne et d'adrénaline dont l'activité est grande et la toxicité faible, on peut multiplier les injections sans crainte d'accident. Nous pourrions faire pénétrer, dans l'épaisseur des tissus, tout au plus quarante centimètres cubes de solution, par conséquent le contenu de vingt de nos seringues dont la capacité est de 2 grammes, ce qui représente vingt centigrammes de novocaïne et dix gouttes d'adrénaline d'une solution au millième. Or vous savez que nous pourrions doubler ces doses sans redouter la moindre alerte.

Pour analgésier le champ opératoire, nous saisissons la langue avec une compresse pour qu'elle n'échappe pas et nous plantons dans la pointe, en plein tissu, l'aiguille de la seringue dont nous injectons le contenu; la muqueuse se soulève en une boule d'œdème et, pour être bien sûr d'une insensibilité absolue, nous vidons une nouvelle seringue au même endroit ou à côté. Après quelques minutes d'attente, nous traversons cette pointe analgésiée par une aiguille de Reverdin et nous amarrons l'organe avec un fort catgut, assez long pour être pris bien en main, ce qui permet de tirer commodément la langue et de l'immobiliser hors de la bouche. Si un fil ne paraît pas suffisant, on en passe un deuxième, et ces catguts seront confiés à un aide attentif; ils jouent un rôle important, car ils assurent la régularité de l'opération. A défaut de catgut ou de fil de soie, la pince à langue des chloroformisateurs pourrait y suppléer.

La langue est amenée en grande partie hors de la bouche, maintenue par la traction souple et soutenue de l'aide qui tire sur les catguts; le chirurgien se rend facilement compte de l'étendue de la tumeur et de la zone d'induration. Il enfonce alors son aiguille dans les tissus sains environnants; nous disons « sains », car l'aiguille ne doit ni traverser, ni même atteindre les tissus néoplasiques de peur des inoculations cancéreuses; il injecte ainsi la solution analgésique en avant, en arrière, en dessous, de manière à envelopper la tumeur d'une vaste atmosphère insensible, car il faut dépasser largement les limites du cancer pour éviter les récidives. On a pratiqué ainsi une sorte d'analgésie régionale puisque les rameaux des nerfs qui abordent le champ opératoire sont « sectionnés physiologiquement » par le contact de la novocaïne. Mais n'oubliez pas que, à ces doses et avec ces solutions, nos injections sont innocentes et qu'il vaut mieux en faire trop que pas assez pour que, si au cours de l'intervention, vous voulez pousser plus loin le bistouri, afin d'enlever plus sûrement tout le mal, l'instrument tranchant se trouve encore en région analgésiée.

Ainsi, chez le malade que j'ai opéré devant vous, la pointe de la langue était complètement anesthésiée; puis une traînée novocaïnique s'étendait de ce point d'avant en arrière, à droite, en dedans de la masse morbide, dépassait la ligne médiane et empiétait sur le côté gauche. En arrière, elle ne s'arrêtait qu'au delà du V lingual. Puis elle obliquait vers la droite et atteignait le bord droit de la langue au niveau du pilier antérieur du voile du palais; enfin, une nouvelle traînée analgésique était faite dont l'infiltration œdémateuse envahissait toute la partie inférieure de l'organe et rejoignait, en dedans et en haut, la traînée analgésique dorsale. En définitive, le noyau cancéreux se trouvait rigoureusement entouré d'une zone analgésiée, large atmosphère insensible où nous pouvions porter l'instrument tranchant sans provoquer la moindre douleur. Et c'est ce que j'ai pu exécuter sous vos yeux.

Voici comment nous avons procédé : la langue, tendue par notre aide tirant sur les catguts, montrait, en avant des arcades dentaires, le noyau cancéreux bien sous les yeux et sous la main de l'opérateur; mais, pour mieux l'exposer encore, un aide déprimait la commissure labiale avec un écarteur de Farabeuf. Nous avons saisi alors la tumeur, au delà de ses limites indurées, avec une pince de Museux, dont les quatre griffes enserraient le néoplasme sans l'écraser. Prenant alors le bistouri, nous avons, sans presse, mais hardiment, fait une incision supérieure qui, partie en arrière du pilier antérieur, s'est dirigée en avant et en dedans, atteignant bientôt la ligne médiane et ne s'est arrêtée qu'à la pointe de la langue; le bistouri était dirigé en bas et en dedans de façon à tailler un biseau laissant un peu plus de muqueuse et enlevant plus de muscle. Puis, au-dessous de la tumeur, nous avons fait une incision inférieure qui, partie en arrière du même point que la supérieure, descendait en divergeant, circonscrivait la tumeur et remontait en avant, rejoignant, à sa terminaison, la ligne supérieure. Cette double incision détachait du bord droit de la langue un bloc cunéiforme, une sorte de tranche de melon comprenant le cancer et une zone importante de tissus sains.

Il me faut maintenant insister sur un point capital : nous avons pratiqué cette large exérèse dans un tissu aussi vasculaire que l'est celui de la langue sans prendre aucune des mesures hémostatiques ordinaires. Nous n'avions pas fait la ligature préventive des linguales ou des carotides externes et, cependant il n'y a eu aucun écoulement sanguin. Or, ceci est, avec l'analgésie locale, le point original de notre procédé. On pourrait peut-être penser que cette incision à blanc est due à l'énergique vaso-constriction de l'adrénaline. Nous ne le croyons pas et, pour nous, l'arrêt de la circulation est dû à la traction exercée sur la langue, traction diminuant jusqu'à l'oblitérer, le calibre de l'artère linguale. Nous en avons eu la démonstration directe : à un moment donné,

notre aide a relâché ses catguts ; or, nous avons vu immédiatement un jet puissant jaillir de la linguale sectionnée et le jet ne s'est arrêté que lorsque l'aide a de nouveau tiré sur ses fils. Nous ne vous ferons pas l'injure d'insister sur l'importance de cette hémostase préventive : l'opérateur n'a plus besoin de déposer le bistouri pour lier les vaisseaux ouverts, pour éponger le champ opératoire, déterger le pharynx et l'entrée du larynx obstrué par le sang; le patient mal endormi ne se débat plus, n'asphyxie plus et, au milieu de ses quintes de toux, n'éclabousse plus le chirurgien de son sang.

Il me semble nécessaire d'insister sur cette hémostase par traction de la langue, car, à ma connaissance, aucun auteur ne l'aurait encore signalée. J'ai demandé à mon chef de clinique, le docteur Piquand, ancien aide d'anatomie de la Faculté, de faire quelques recherches sur ce point intéressant et voici un résumé de la note qu'il m'a communiquée : « L'artère linguale, au niveau de la base de la langue, passe dans une sorte de boutonnière limitée en dedans par la génio-glosse, en dehors par l'hyo-glosse et le stylo-glosse, boutonnière suffisante pour le passage du vaisseau lorsque la langue est en position normale; mais qu'on la tire fortement en avant, le génio-glosse se ramasse, l'hyo et le stylo-glosse très obliques s'appliquent sur le génio-glosse : la boutonnière se rétrécit et comprime l'artère au point de l'aplatir. »

Et c'est, toujours protégé par l'hémostase provisoire due à la traction de la langue, qu'on procède à l'hémostase définitive; il n'est pas besoin de ligatures et on obtient l'arrêt du sang, simplement par les sutures des deux lèvres de la plaie. Il ne faut pas croire qu'on a eu recours de tout temps à cette élégante méthode : il y a une vingtaine d'années on coupait bien les langues cancéreuses avec les ciseaux ou le bistouri, le thermo ou le galvanocautère; mais, déjà en pleine ère antiseptique, on n'essayait pas encore d'unir, par une suture, les lèvres de l'incision. A cette époque, nos éminents et regrettés collègues, les professeurs Paul Berger et Terrier, firent une communication, à la Société de chirurgie, pour proposer la suture qu'ils croyaient avoir imaginée et qui réalisait le triple avantage de provoquer la réunion immédiate, d'empêcher l'inoculation septique des tissus profonds et d'assurer l'hémostase. Mais je leur appris que, deux ans auparavant, j'avais cru faire la même découverte et qu'heureusement je m'étais abstenu de la publier, car, avant moi, Richelot y avait eu recours et d'ailleurs ni lui, ni moi, n'étions l'inventeur du procédé, puisque Péan nous avait précédé tous les quatre.

Cette suture sera pratiquée avec le plus grand soin; on juxtaposera avec exactitude les deux surfaces en biseau laissées par l'exérèse cunéiforme de la tumeur. Avec une aiguille de Reverdin courbe, solide et assez longue pour traverser facilement la langue tout entière, on passera un premier catgut environ au niveau de la section de la linguale. On le serrera suffisamment pour appliquer et maintenir l'une sur l'autre les deux lèvres de la perte de substance tout en obstruant l'artère ouverte. Puis, en avant et en arrière de ce point central, on pose les points complémentaires. Nous avons alors cessé la traction linguale pour constater que l'hémostase était bonne. Elle l'était; nous avons néanmoins réuni les catguts en faisceaux, hors de la bouche, au lieu de les couper au ras de la langue, de façon à avoir prise sur elle et la tirer au dehors pour placer facilement un point de suture intermédiaire si par hasard une hémorragie survenait.

Vous avez vu, messieurs, combien a été correcte cette opération qu'on croyait délicate, avec quelle aisance, quelle sécurité et quelle rapidité elle a pu être terminée ; nos manœuvres analgésiques ont été volontairement lentes, car il faut à notre novocaïne-adrénaline un assez long temps pour insensibiliser les tissus, dix minutes environ. Mais l'exérèse en elle-même, y compris la suture, n'a pas duré cinq minutes, et le procédé est certes bien plus difficile à exposer qu'à exécuter. Rappelez-vous-le, car il vous rendra de grands services, et n'oubliez pas que son originalité consiste essentiellement dans l'emploi systématique de l'anesthésie locale, dans la fixation de la pointe de la langue par deux catguts, et surtout par l'hémostase provisoire qu'assure la traction de l'organe pendant l'amputation des tissus morbides, traction qu'on maintiendra jusqu'à ce que la suture régulière ait oblitéré les vaisseaux ouverts.

MÉDECINE PRATIQUE

LA MYCOSE LEPTOTHRIXIQUE DU PHARYNX

La mycose leptothrixique des amygdales et du pharynx n'est pas une affection très nouvellement décrite, car, dès 1873, Fraenkel publiait, en Allemagne, la première observation de « mycose tonsillaire » et Colin (1) la faisait connaître, en France, dans une excellente thèse en 1893. Mais, dans les traités de médecine, la pharyngo-mycose est seulement signalée en quelques lignes, au chapitre du diagnostic différentiel des angines; pour en trouver une description complète, il faut la chercher dans les traités ou manuels écrits par les spécialistes des maladies de la gorge. Et cependant, les affections amygdaliennes ou pharyngées, dont la mycose, ressortissent, au moins pour le diagnostic, à la médecine générale ; le traitement même de cette mycose peut être, dans un certain nombre de cas, pratiqué par un médecin non spécialisé. Diagnostic et traitement ne présentent, d'ailleurs, aucune difficulté, ainsi qu'on pourra s'en rendre compte par la description suivante, empruntée à Colin, à Escat (2), à Moure et Brindel (3) et complétée par une clinique du professeur Hutinel (4).

La mycose leptothrixique est une affection qui atteint surtout les amygdales, la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx ; elle est causée par le développement sus-

(1) COLIN. *La mycose leptothrixique pharyngée*, Th. de Paris, mars 1893.

(2) ESCAT. *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx.*

(3) MOURE et BRINDEL. *Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez.*

(4) HUTINEL. Sur un cas de pharyngomycose, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1909, p. 489.

épithélial et intra-épithélial de filaments de Leptothrix buccalis. Dans bien des cas, la pharyngo-mycose survient et se développe sans grands symptômes fonctionnels; c'est par hasard que le sujet qui en est porteur constate dans sa gorge la présence de points blancs ou que le médecin pratique un examen de la gorge et découvre la mycose. Mais parfois aussi quelques symptômes fonctionnels attirent l'attention vers le pharynx; c'est un chatouillement, c'est une irritation dans la gorge déterminant une toux pénible; c'est une sensation de corps étranger faisant exécuter au malade de fréquents mouvements de déglutition; parfois aussi la voix est altérée, il existe un certain degré d'enrouement et de nasillement. A l'examen de la gorge, la pharyngo-mycose se présente sous trois aspects différents. Tantôt, ce sont de petits points blanchâtres, de la grosseur d'un grain de millet, pointus et résistants, faisant une légère saillie au-dessus de la surface de la muqueuse sur laquelle ils sont parsemés. Tantôt, ces points saillants s'assemblent et forment des îlots dont la surface est hérissée d'un grand nombre de petites piques; l'aspect est alors celui des crêtes de coq, et nulle comparaison ne peut donner une meilleure idée de la lésion, constituée par de petites masses tomenteuses et irrégulières; mais ces crêtes de coq sont d'un blanc jaunâtre; Colin compare aussi ces amas de leptothrix aux touffes de champignons appelés communément barbe de capucin. Enfin, dans d'autres cas, la mycose se présente sous forme de taches blanc jaunâtre pouvant être confondues avec des membranes diphtériques.

Quel que soit leur aspect, les amas mycosiques siègent sur les amygdales, mais sur les ponts de muqueuse qui séparent les cryptes amygdaliennes plutôt que dans les orifices cryptiques. On en trouve aussi sur les parties latérales de la paroi postérieure du pharynx, sur la base de la langue, sur les replis glosso-épiglottiques. Si l'on cherche à enlever avec un tampon d'ouate monté sur une pince ces productions mycosiques, on y réussit difficilement car elles adhèrent à la muqueuse, elles ont une consistance ferme et dure; il faut les extirper avec une pince et alors on constate qu'elles sont très résistantes; au-dessous de l'exsudat ainsi enlevé, la muqueuse est un peu saignante.

La marche de la maladie est essentiellement chronique, les productions mycosiques poussent avec une plus ou moins grande rapidité et finissent par former des touffes qui, en se réunissant, couvrent presque toutes les parties glandulaires du pharynx; de plus, la mycose leptothrixique a des tendances très marquées à la récidive; lorsqu'on l'a détruite en un point, on retrouve, au bout de quelques jours, ce même point envahi de nouveau par le champignon. Aussi n'est-il pas étonnant que, sans jamais porter gravement atteinte à la santé générale, la pharyngo-mycose soit une affection qui préoccupe parfois le malade et le conduit à un état de dépression mentale pouvant être très marqué.

Le diagnostic différentiel ne présente aucune difficulté pour qui connaît l'existence de cette maladie. L'aspect des crêtes de coq blanchâtres est tout particulièrement caractéristique. La consistance ferme et dure des amas mycosiques, leur adhérence qui nécessite l'emploi de la pince pour les détacher de la muqueuse empêchent la confusion avec une amygdalite lacunaire. Quand la mycose s'étend sous forme de taches blanc jaunâtre, on pourrait penser à une angine diphtérique; mais la diphtérie a une évolution aiguë; la fausse membrane est moins adhérente; une adénopathie survient très rapidement, tandis que la réaction ganglionnaire manque complètement dans la pharyngo-mycose.

En cas de doute, l'examen microscopique fixera le diagnostic; un simple examen immédiat d'une parcelle d'exsudat dissocié sur une lame dans une goutte d'eau montre, à un faible grossissement, de petites touffes jaunâtres, filamenteuses, qui sont le *leptothrix buccalis*; par la méthode de Gram, les couches de leptothrix sont colorées en violet.

Après ce diagnostic de la pharyngo-mycose, on fera un examen complet du malade, pour chercher quelque renseignement étiologique; actuellement, l'étiologie de l'affection est assez imprécise, on sait seulement qu'elle survient surtout chez des sujets de vingt à trente ans, quelquefois chez des enfants. On a dit que le lymphatisme offrait un excellent terrain pour le développement du leptothrix; il est bien certain que le leptothrix, comme beaucoup d'autres parasites, ne prolifère guère que sur des organismes déjà altérés et le professeur Hutinel fait remarquer que la pharyngo-mycose a été le plus souvent signalée chez des tuberculeux.

Le traitement de la pharyngo-mycose est assez long et doit être conduit avec énergie; Ruault et Colin conseillent d'extirper aussi complètement que possible les végétations du leptothrix avec une pince ou même avec une curette et de badigeonner ensuite la muqueuse sous-jacente avec la solution iodo-iodurée :

Iode métallique...........	2	grammes
Iodure de potassium.......	3	—
Eau......................	20	—

Quelquefois cette solution iodo-iodurée est irritante et la solution forte de perchlorure de fer paraît préférable; on a employé aussi le chlorure de zinc à 1 pour 20.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 MARS 1910)

Les particularités de la diathèse arthritique. — L'Académie a entendu une intéressante lecture de sir DYCE DUCKWORTH (de Londres) sur ce sujet. On sait que c'est là une question sur laquelle notre éminent confrère anglais a particulièrement porté son attention et on se souvient du succès qu'a obtenu, auprès du public médical parisien, une conférence qu'il a faite sur la goutte. Sir Dyce Duckworth défend, avec une grande conviction, la doctrine des diathèses et, dans ce nouveau travail, il passe en revue toutes les particularités de la diathèse arthritique. Chemin faisant, il discute les rapports de l'arthritisme avec la tuberculose admis par l'Ecole de Lyon, et il termine son important travail par un hommage rendu aux savants de tous pays qui ont étudié plus spécialement cette vaste question de l'arthritisme.

Le travail de sir Dyce Duckworth est renvoyé à une commission composée de MM. Raymond et Chauffard.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux. Elle a élu M. Balland (de Saint-Julien) par 47 voix sur 69 votants, et M. Poncet (de Lyon) par 42 suffrages sur 70 votants.

M. Poncet échange donc ainsi son titre de membre correspondant national pour celui d'associé national.

Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre éminent confrère de Lyon.

Mammite streptococcique des vaches. — M. MOLLEREAU signale que l'affection désignée sous le nom de « mammite streptococcique » des vaches laitières évolue sur certains sujets avec une grande lenteur. Sous cette forme, le lait sécrété est moins abondant, mais semble néanmoins conserver ses caractères normaux. Les animaux atteints de cette maladie contagieuse doivent être considérés comme de véritables « porteurs de germes », d'autant plus dangereux que, méconnus, ils continuent à propager l'infection en dépit des précautions prises.

Le cancer de la mamelle en pathologie comparée. — M. Petit (d'Alfort) vient de réussir des greffes cancéreuses chez le cheval.

Les tumeurs malignes obtenues chez le cheval présentent une certaine analogie avec les tumeurs cancéreuses du sein chez la femme. C'est là un point de pathologie comparée des tumeurs du sein observé pour la première fois.

La radiothérapie dans les adénites tuberculeuses. — M. Mahar lit un travail sur cette méthode de traitement. Sur 50 cas traités, dont 27 ont été suivis jusqu'à la fin, M. Mahar a constaté 66 p. 100 de guérisons complètes. Le traitement radiothérapique dure trois mois au plus et deux mois en moyenne. Pour les adénites suppurées, le traitement est un peu plus long.

Nouvelle méthode de traitement des entérites par imprégnation de l'intestin avec un milieu électif de sa flore microbienne normale. — M. Gilbert présente un travail de MM. René Laufer et R. Bourgeois. Les auteurs, envisageant sous un nouvel aspect le traitement des entérites, ont montré qu'il était possible de fournir aux ferments normaux qui existent toujours dans l'intestin, qui y sont déjà adaptés, un milieu électif favorisant leur prolifération in situ et y assurant leur prédominance.

Ce milieu est un liquide pratiquement neutre et n'exerce, par conséquent, aucune influence fâcheuse sur le chimisme gastrique. En outre, il réalise une préparation hydro-carbonée minéralisée dont on connaît l'action modificatrice puissante sur les putréfactions azotées de l'intestin. Enfin, il n'est incompatible avec aucun autre moyen de traitement parmi ceux qui sont ordinairement employés. N'étant pas toxique, il peut être donné, en injections ou en lavements, à doses assez larges pour réaliser une imprégnation aussi étendue que possible.

Les auteurs l'ont administré avec de bons résultats dans un grand nombre de cas, chez des enfants ou des adultes, notamment chez des malades atteints de gastro-entérite aiguë avec tendance vers la chronicité, d'entérite chronique, d'entérocolite muco-membraneuse avec constipation rebelle, où les autres méthodes s'étaient montrées insuffisantes.

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude du syndrome d'hérédo-ataxie cérébelleuse. (Max Vincent, Thèse de Paris, 1909, Michalon édit.) — Dans cette thèse, l'auteur étudie surtout les rapports qui unissent l'hérédo-ataxie cérébelleuse décrite par M. P. Marie à la maladie de Friedreich et à la paraplégie spasmodique familiale. L'hérédo-ataxie cérébelleuse et la maladie de Friedreich ont une étiologie presque identique et présentent de nombreux symptômes communs. De plus, tous les signes considérés comme particuliers à l'une de ces maladies ont pu être retrouvés chez l'autre, il en est ainsi pour l'exagération des réflexes rotuliens, l'existence de troubles visuels, l'absence de troubles trophiques qui ont été considérés comme caractéristiques de l'hérédo-ataxie cérébelleuse; aucun de ces symptômes différentiels n'a une valeur absolue; l'affection peut changer de type au cours de son évolution, c'est-à-dire qu'une maladie de Marie peut passer dans le type Friedreich; enfin, au point de vue familial, il arrive que deux frères soient atteints chacun d'une forme différente de ces affections. L'anatomie pathologique ne permet pas davantage de distinguer complètement les deux maladies; car il n'est pas de lésion caractéristique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse; les lésions limitées au cervelet sont exceptionnelles et coexistent le plus souvent avec des lésions médullaires.

Des conclusions à peu près identiques peuvent être tirées de l'étude de la paraplégie spasmodique familiale. La paraplégie pure (type décrit par Strümpell) est très rare, des symptômes d'hérédo-ataxie cérébelleuse ou de maladie de Friedreich lui sont fréquemment associés.

Ces trois affections paraissent donc devoir être considérées comme des types différents d'un même processus morbide intéressant les cordons postérieurs, le faisceau pyramidal et le système cérébelleux.

BRELET.

Persistance du canal cranio-pharyngien sur deux crânes d'acromégaliques. Signification et importance de cette trouvaille au point de vue de l'acromégalie et des syndromes hypophysaires en général. (*Rivista critica di Clinica medica*, 1909, n° 23.) — E. Lévi étudiant les deux seuls crânes d'acromégaliques existant au « Museo fiorentino di Anatomia patologica », a constaté sur eux, outre les stigmates communs de l'acromégalie, une dilatation très considérable de la salle turcique et la persistance du canal cranio-pharyngien. Cette variété anatomique, très fréquente chez les singes anthropoïdes, est extrêmement rare chez l'homme adulte où on ne la rencontre que dans 0,20 p. 100 des cas. L'auteur a donc été conduit à supposer que cette variété anatomique est fréquente dans l'acromégalie, le gigantisme et en général dans les cas de syndromes hypophysaires. Il note que Launois et Roy, dans leur livre sur le gigantisme ont signalé la persistance du canal cranio-pharyngien chez le géant Magrath décrit par Cunningham. E. Lévi demande donc que des recherches à ce sujet soient faites dans tous les musées qui possèdent des crânes d'acromégaliques ou de géants; la fréquence du fait, si elle était démontrée, acquerrait une grande valeur quant à la pathogénie de la maladie de Marie.

La persistance du canal cranio-pharyngien chez des adultes acromégaliques révèle qu'il existe congénitalement chez eux une anomalie de développement portant sur la poche pharyngienne de Ratchke, car le canal cranio-pharyngien s'oblitère normalement entre le troisième et le quatrième mois de la vie intra-utérine.

L'hypothèse de l'auteur, d'un vice congénital de développement de l'appareil hypophysaire cadrerait bien avec les cas d'hérédité de l'acromégalie, et plaiderait en faveur des théories (hypo ou hyperpituitarisme) d'après lesquelles l'acromégalie serait secondaire à une lésion hypophysaire.

L'auteur cite enfin les études récentes de Civalleri, lequel a démontré l'existence constante chez l'adulte normal d'une hypophyse pharyngienne absolument semblable au point de vue histologique à l'hypophyse cérébrale. Selon E. Lévi, l'étude systématique de cette hypophyse accessoire dans les cas d'acromégalie et dans les divers syndromes hypophysaires serait du plus haut intérêt, et l'importance de cette glande accessoire chez les acromégaliques serait encore bien plus grande si l'on constatait chez eux la persistance constante du canal cranio-pharyngien.

L'influence fonctionnelle, en plus ou en moins, de l'hypophyse accessoire pourrait peut-être expliquer ces cas d'acromégalie sans altération hypophysaire et d'altération hypophysaire sans symptômes acromégaliques, qui nuisent à l'acceptation générale de la théorie hypophysaire de l'acromégalie.

A l'appui de l'idée, que l'hypophyse accessoire pharyngienne joue un rôle dans la production de l'acromégalie, vient aussi ce fait que Béclère et Gramegna ont obtenu des résultats par l'application des rayons de Röntgen sur la région pharyngée, ce qui pourrait s'expliquer par l'action directe exercée sur le tissu hypophysaire pharyngien.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Tumeur adénomateuse de l'hypophyse. Sommeil pathologique. Absence de manifestations acromégaliques. (SANDRI. *Riv. d. patol. nerv. e ment.*, 1909, pp. 289-303, 4 fig.) — Femme de quarante-huit ans. Les symptômes ont débuté quinze mois avant la mort, par une apathie intellectuelle qui a fini par devenir un sommeil complet. Celui-ci a duré pendant les cinq derniers mois, au cours desquels on n'a obtenu de courts réveils qu'à l'aide d'excitations artificielles. Pas de manifestations acromégaliques.

La tumeur de 4 centimètres de diamètre s'est développée aux dépens de la glande, dont on retrouve à la périphérie la structure, représentée par des éléments chromophobes, avec quelques chromophiles, surtout éosinophiles. Le néoplasme est sillonné de travées conjonctives. L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Hypophysectomie partielle pour acromégalie. (Harvey CUSHING. *Ann. of Surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, pp. 1002-1017.) — La glande pituitaire a des fonctions encore mal définies. Si le rapport entre l'acromégalie et un trouble de fonctionnement de la pituitaire est cliniquement bien établi, on ne sait s'il s'agit d'hyper ou d'hypofonctionnement. Cushing a recherché l'effet de l'ablation de la glande pituitaire sur plus de cent chiens : un fragment de la glande est nécessaire à la vie. L'insuffisance pituitaire conduit au syndrome adiposo-génital, type Frœlich; l'acromégalie, type Marie, est probablement due à de l'hyperpituitarisme. De même pour le gigantisme.

Cushing a en mars 1909, d'après ces idées, fait une hypophysectomie partielle sur un homme de trente-huit ans, acromégalique depuis plusieurs années. On donna de fortes doses d'urotropine la veille de l'opération; cela, en conformité avec les travaux de Crowe qui montrent que la formaldéhyde apparaît rapidement dans le liquide cérébro-spinal après l'administration d'urotropine. Trachéotomie préliminaire et occlusion des fosses nasales postérieures. Position de Rose. Adrénalisation des fosses nasales. Incision en oméga sur la région frontale, les jambages inférieurs de l'incision convergeant vers les angles internes des orbites et se prolongeant ensuite verticalement de chaque côté du nez jusqu'au bord inférieur des os propres. Taille d'un lambeau osseux correspondant au lambeau cutané, comprenant la paroi antérieure du sinus frontal et les os propres du nez. Ce lambeau est rabattu sur la figure. Creusage à la gouge d'un tunnel de 2 centimètres de diamètre à travers les cellules ethmoïdales. Eclairage à l'aide d'un miroir frontal. Détermination de la position des cellules sphénoïdales. Effondrement de la paroi antérieure de ces cellules. On aperçoit la projection formée par la selle turcique. On ouvre celle-ci avec un ciseau étroit : la poche de dure-mère est trouvée très tendue. On l'incise, et l'on enlève de nombreux fragments de l'hypophyse avec une petite curette. Drainage avec deux drains en cigarette sortant par les narines. Suture du lambeau. Suture de la plaie trachéale. Guérison sans incidents. Disparition immédiate de la céphalée. Diminution plus lente des symptômes acromégaliques. L'évolution ultérieure nous apprendra le résultat définitif.

Au point de vue opératoire, Cushing préfère de beaucoup la voie transsphénoïdale avec administration préalable d'urotropine. Il a employé la voie temporale chez une femme ayant une tumeur hypophysaire et présentant le syndrome adiposo-génital. Il ne put arriver sur l'hypophyse. Au contraire avec la technique par lui employée, il fut surpris de la facilité avec laquelle il trouva l'hypophyse, une fois les repères anatomiques bien définis. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Goutte et agents physiques. (L. DELHERM, *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, sept. 1909, p. 525.) — Les agents physiques ont été employés dans la goutte pour le traitement de l'accès, de ses séquelles et pour le traitement de la goutte chronique; M. Delherm indique les résultats obtenus par l'électricité et la thermoluminothérapie. En ce qui concerne le traitement de l'accès, la galvanisation, l'ionisation lithinée, le bain de lumière Dowsing et le bain de lumière avec lampes à incandescence ont peu d'action sur la durée de l'accès; ils ne peuvent pas le faire avorter, mais ils diminuent les phénomènes douloureux et peuvent même les faire disparaître; l'accès devient ainsi beaucoup plus tolérable. Sur les séquelles de l'accès et les manifestations subaiguës anciennes, les agents physiques ont souvent une efficacité très remarquable; de même pour les inflammations goutteuses des bourses séreuses, pour les névralgies goutteuses, on utilisera dans ces cas le bain de lumière local, l'ionisation lithinée; quelquefois le courant de haute fréquence, en applications générales, peut aussi être très utile dans les suites d'accès goutteux; les courants de haute fréquence ont même été conseillés pour le traitement général de la goutte, la haute fréquence a, en effet, une action sur la sécrétion urinaire; elle augmente le volume de l'acide urique, de l'azote total, des phosphates et des chlorures éliminés.

L. BABONNEIX.

Le traitement du bubon vénérien notamment par l'hyperhémie au moyen de la ventouse de Bier. (P. FOURNIER. Th. de Paris 1907; A. Michalon, édit.). — Dans le traitement du bubon vénérien :

L'hyperhémie à elle seule est incapable d'empêcher la suppuration; associée aux ponctions capillaires, c'est la méthode la moins douloureuse; elle ne laisse aucune cicatrice; si on ajoute une injection d'oxycyanure de mercure, aux avantages précédents se joint une rapidité d'évolution inconnue jusqu'à ce jour. L. GAYARD.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ŒUVRE GÉNÉRALE DE SECOURS IMMÉDIAT A LA FAMILLE MÉDICALE ET D'ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs du principe de cette œuvre qui existe déjà sous forme régionale à Lille et à Bordeaux après avoir été réalisée tout d'abord à Paris par la Société centrale de l'A. G. (1). Nous avons montré qu'elle ne fait pas double emploi avec les œuvres de prévoyance et qu'elle ne va pas à leur encontre, mais qu'elle en est le complément nécessaire.

L'association de la Presse médicale française a pensé qu'un effort commun devait être tenté pour remédier d'une façon plus large aux infortunes médicales, aussi a-t-elle convié tous les groupements professionnels à examiner s'il y avait lieu de créer une « Œuvre générale de secours immédiat et d'assistance par le travail » et dans le cas de l'affirmative d'indiquer les voies et moyens.

Un très grand nombre de groupements ont répondu à son appel et donné leur adhésion, et à leur tête les deux plus grands groupements professionnels, l'A. G. et l'Union des syndicats médicaux. De nombreux concours sont de plus assurés à l'œuvre.

Devant de tels encouragements, il n'y a plus qu'à marcher le plus rapidement possible, c'est ce qui sera fait, ainsi que nous l'indique la délibération suivante de l'Association de la presse médicale que nous communique notre confrère et ami Granjux :

« L' « Œuvre de secours immédiat à la famille médicale et d'assistance par le travail et autres moyens » est adoptée.

Son premier devoir est de propager les idées de prévoyance.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 129, p. 1617.

Elle est constituée par une fédération de sociétés régionales, ayant une indépendance absolue.

Ces sociétés doivent faire la plus grande part aux dames patronnesses et ouvrir leurs rangs aux divers membres de la famille médicale.

L'assistance doit se pratiquer sous toutes ses formes, mais l'assistance par le travail, idée neuve, féconde, s'impose, et paraît devoir se solutionner comme à Paris, et fonctionner partout où la chose est possible.

Le secours doit être immédiat. Au don paraît devoir s'ajouter le prêt d'honneur. Il y a là une question qui est à étudier à l'aide de documents récents.

Les divers moyens de se procurer des ressources seront envisagés.

La fédération sera réalisée grâce à un conseil central, composé exclusivement des délégués des sociétés locales et d'un représentant de la presse. Il comprendra des dames patronnesses. Il disposera d'une caisse centrale, alimentée tant par des dons que par des cotisations fournies par les sociétés régionales, pour lesquelles elle constituera une sorte de ressource.

A la suite, ont été nommés membres de la commission :

MM. Lande (œuvre de Bordeaux), Ausset et Bombard (œuvre de Lille), Bucquoy (œuvre de Paris), Mmes Deligant, présidente des dames patronnesses ; Berruyer, secrétaire des dames patronnesses ; MM. Lucas-Championnière (association de la presse médicale), Gayral (Union des syndicats médicaux), Darras (Conseil général de l'A. G.), Ducor (Conseil général des sociétés d'arrondissement), Jeanne (Concours médical), Descouts (Œuvre Lagoguey), Butte (Société des médecins inspecteurs), Billon (Société des médecins des bureaux de bienfaisance), Granjux, secrétaire. »

PRATIQUE MÉDICALE

DE LA VALEUR DES FERMENTS DIGESTIFS DANS LES DYSPEPSIES

On a longtemps discuté et l'on discute encore la valeur des ferments digestifs dans le traitement des dyspepsies. Il nous semble qu'il est assez facile d'expliquer pourquoi, aux yeux de certains cliniciens, une sorte de discrédit atteint ces ferments digestifs, et surtout la pepsine animale, le seul ferment que quelques médecins connaissent. Nous savons, en effet, que la pepsine est principalement employée dans les dyspepsies à forme putride qui reconnaissent pour cause, soit une diminution de la sécrétion du suc gastrique, soit un défaut d'acidité de ce suc. Or, la pepsine n'agit bien qu'en présence d'un excès d'acide ; en l'utilisant dans un milieu hypoacide, ne commettrait-on pas une erreur ? Cette remarque, qui paraît n'avoir jamais été nettement formulée, peut donner, à notre avis, l'explication de bien des échecs.

Mais, à côté de la pepsine animale, il est une pepsine végétale, la papaïne, qui est active dans tous les milieux, qu'ils soient neutres ou alcalins. C'est cette papaïne que Wurtz, d'illustre mémoire, étudia dans des travaux qui, il y a une trentaine d'années, firent sensation et que, récemment, des auteurs allemands — le docteur Caroll Chase entre autres — ont de nouveau préconisée.

La papaïne est surtout remarquable par son merveilleux pouvoir digestif ; elle digère mille fois son poids de fibrine ainsi que le professeur Wurtz l'a démontré et bien d'autres expérimentateurs — dont le docteur Caroll Chase — ont confirmé l'exactitude des résultats obtenus par Wurtz. Mais ce n'est pas tout : si la papaïne transforme les substances albuminoïdes alimentaires en peptones après les avoir hydratées, elle transforme aussi l'amidon en maltose, elle émulsionne les graisses, elle peptonise le lait de vache, dont le coagulum devient floconneux, semblable à celui qui se forme dans la digestion du lait de femme.

Depuis trente ans les observations cliniques ont été en complet accord avec les expériences de laboratoire. La papaïne a réalisé toutes les espérances que ces expériences avaient fait concevoir. Elle a été utilisée avec succès dans toutes les dyspepsies, aussi bien chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques. Chez ces derniers malades on peut, si l'on y tient, l'associer au bicarbonate de soude, parce que nous savons qu'elle agit dans les milieux neutres ou alcalins. On l'a donnée avec le plus grand profit dans la tuberculose pour conserver ou faire récupérer aux malades l'intégrité de leurs fonctions digestives. Les dermatologistes l'emploient dans beaucoup d'affections qui reconnaissent pour cause primitive des troubles de la digestion. Elle est prescrite dans tous les états qui peuvent conduire à la cachexie par insuffisance de l'assimilation des aliments. Elle triomphe surtout — et cela d'une façon absolument merveilleuse dans la médecine infantile. Alors que la pepsine ne donne rien chez l'enfant, la papaïne réalise des merveilles. On pourrait ici invoquer le témoignage des pédiatres et des accoucheurs les plus réputés. Et quand nous parlons des accoucheurs, qui ne donnent leurs soins qu'aux nourrissons, c'est qu'en effet on peut donner la papaïne même pendant les premières semaines de la vie pour combattre les vomissements, les lientéries, les diarrhées de l'enfant élevé soit au sein, soit au biberon. Tous les troubles dyspeptiques de la première et de la seconde enfance sont justiciables de la papaïne — depuis les plus légers jusqu'aux plus graves — et il nous a encore été donné d'assister récemment à deux véritables résurrections : il s'agissait d'enfants athrepsiques, ne digérant rien, n'assimilant rien, arrivés à la dernière période de la cachexie, qui furent sauvés rapidement par la papaïne.

Ce produit est donc une arme que le médecin doit avoir entre les mains et dont il doit se servir.

La maison Trouette-Perret a pour ainsi dire monopolisé la bonne papaïne, la seule qui donne des résultats certains et constants, et présente le produit sous trois formes pharmaceutiques principales : 1° les cachets contenant chacun 5 centigrammes de papaïne ; 2° l'élixir (préparation bien peu alcoolisée, malgré son nom) qui constitue une liqueur exquise et peut être utilisé avec avantage chez les dyspeptiques qui ont la fâcheuse habitude du petit verre après les repas ; 3° le sirop qu'on donne chez l'adulte à la dose d'une cuillerée à soupe après le repas et, chez l'enfant, par cuillerées à dessert, par cuillerées à café et moins suivant l'âge. Le petit verre à liqueur d'élixir et la cuillerée à soupe de sirop contiennent chacun 10 centigrammes de papaïne.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 29 janv. 1910.) B. LEFÈVRE : La Belgique antituberculeuse. — VAN GEHUCHTEN : Lésion de la zone lenticulaire gauche sans trouble de la parole. — J. F. HEYMANS : Sur la vaccination antituberculeuse chez les bovidés.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1910.) BARGUES : De l'épithéliome sur lupus vulgaire. — PELLIER : Stéréo-phlogose nodulaire et circinée (granulome annulaire de R. Crocker). — G. ROUVIÈRE : Deux nouveaux cas de xeroderma pigmentosum.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1910.) LERMOYEZ et A. HAU-

TANT : Le Rinne négatif dans les surdités labyrinthiques unilatérales. — H. Luc : Thrombo-phlébite du golfe de la jugulaire et méningite suppurée généralisée consécutives à une labyrinthite méconnue. Autopsie cranienne. — P. Jacques : L'inspection otologique des écoles.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1910.) Laveran : L'hygiène de la boulangerie. — Et. Ginestous : Hygiène des accidents oculaires du travail. — C. Thiellement : Application des lois sur les accidents du travail. — G. Sarda : Assassinat, vol et incendie. — Paul Bembach : Création des jardins thérapeutiques communaux. Du jardinage comme traitement médical.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 279, 15 fév. 1910.) A. Zimmern et E. Bordet : Rapport sur la paralysie infantile, nécessité de son traitement électrique, adaptation des progrès de l'électro-physiologie à la technique. — St. Leduc : Traitement abortif du furoncle et de l'anthrax par l'ion zinc. — Lewis Jones : Sur l'emploi des interrupteurs rythmiques en électrothérapie. — Th. Nogier : Action bactéricide des lampes en quartz à vapeur de mercure; leur application à la stérilisation des eaux potables (*fin*).

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1910.) J. Comby : Méningite cérébro-spinale épidémique. — Kiroff : Anémie infantile pseudo-leucémique (maladie de Jaksch). — Gorter : Un cas de pseudo-tétanos (Escherich). — A. Bruch : Méningite cérébro-spinale (guérie sans sérum). — Christos Dallas : Un cas de leucémie myéloïde chez un nourrisson. — J. Comby : Tétanie et glandes parathyroïdes.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 2, fév. 1910.) F. Moutier : De l'ulcère chronique spontané chez le chien à estomac isolé. — A. Bauer : Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 2, 15 fév. 1910.) P. Guillaume-Louis : Les fistules médianes thyro-hyoïdiennes du cou. — Gallet : Grossesse et tuberculose. — R. Morichau-Beauchant : L'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — J. Mereau : Télépathie chez un enfant de quatre ans.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 6, 10 fév. 1910.) Marc Brener : Les colloïdes et l'emploi du collargol par la voie buccale, dans la pneumonie et la broncho-pneumonie de l'enfant et l'adulte. — (N° 7, 17 fév.) Paul Heger : Une leçon de physiologie 1834-1909. — (N° 8, 24 fév.) A. Louyot : Un cas d'obstruction intestinale par le diverticule de Meckel chez un malade atteint de fièvre typhoïde. — Marcel Brener : Les colloïdes et l'emploi du collargol par la voie buccale, dans la pneumonie et la broncho-pneumonie de l'enfant et de l'adulte.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 7, 13 fév. 1910.) Augistrou : Poliomyélite antérieure aiguë avec réaction méningée. Participation du facial. — Aubaret : Anomalies des ventres antérieurs du muscle digastrique. — (N° 8, 20 fév.) Anglade et Robert : Délire de persécution tardif; démence sénile; jargonaphasie. Forme spéciale de sclérose de la zone de Wernicke. — E. Crouzel : Les dangers de la tabatière. — (N° 9, 27 fév.) R. Lautier : Leçon d'ouverture faite à l'Ecole dentaire de l'Université de Bordeaux. — Anglade et Ducos : Cerveau de démente organique maniaque et jargonaphasique.

Lyon médical. — (N° 7, 13 fév. 1910.) Violet : Sur la cure de la cystocèle vaginale ou hernie pré-utérine. — (N° 8, 20 fév.) Bertier : Tachycardie et arythmie paroxystiques tuberculeuses.

NOTES POUR L'INTERNAT

OREILLONS (1)

L'*orchite* ourlienne montre bien que les oreillons sont une véritable septicémie ; car, si dans la grande majorité des cas, elle est consécutive à la localisation parotidienne, elle peut exceptionnellement précéder cette dernière ou même constituer la seule localisation de la septicémie ourlienne. Très rare chez l'enfant, sauf chez les grands enfants qui approchent de la puberté, l'orchite est, chez l'adulte, d'une fréquence qui varie selon les épidémies, dans des proportions de 1 à 75 p. 100; elle apparaît le plus souvent du quatrième au huitième jour, parfois plus tard, nous avons déjà dit que l'orchite pouvait précéder la fluxion parotidienne.

Elle s'annonce presque toujours par des symptômes généraux très marqués; la température monte à 40 degrés, des phénomènes nerveux se montrent, donnant au malade un aspect typhoïde, délire, stupeur ; dans d'autres cas, ce sont des signes de collapsus : visage grippé, refroidissement des extrémités, pouls petit et fréquent. Après vingt-quatre ou trente-six heures, apparaissent des signes locaux : la douleur au testicule est plus ou moins vive, elle peut irradier dans le cordon ou dans les lombes. Le testicule devient volumineux, doublé ou triplé de son volume normal ; la tuméfaction porte surtout sur le testicule lui-même, mais, contrairement à une opinion ancienne, l'épididyme est aussi très souvent atteint ; dans les cas intenses même, un épanchement peut se former dans la vaginale et alors tout le scrotum est tendu, violacé.

Souvent, les deux testicules se prennent l'un après l'autre, à des intervalles variant de quelques heures à plusieurs jours; cependant, d'après Laveran, l'orchite double est plus rare que l'orchite simple, dans la proportion de 1 à 8. La période fébrile de l'orchite ourlienne dure cinq à huit jours ; puis les accidents généraux cessent brusquement ou lentement. Mais la tuméfaction du testicule persiste encore quelques jours. L'orchite ourlienne n'aurait aucune gravité, car elle ne suppure pour ainsi dire jamais, si elle n'avait comme conséquence fréquente l'*atrophie testiculaire* qui apparaît quelques semaines ou quelques mois après la terminaison de l'orchite ; le testicule devient petit et mou ; le réflexe crémastérien a disparu ; quand les deux glandes ont été prises, l'atrophie peut entraîner la stérilité, l'impuissance et parfois des troubles de développement ayant pour conséquence le féminisme. On peut observer d'autres localisations sur diverses parties des organes génitaux : l'*ovarite* avec douleur dans une fosse iliaque, tuméfaction au niveau d'un ovaire et même symptômes simulant ceux d'une appendicite. La bartholinite, la prostatite, le thrombus des grandes et des petites lèvres sont exceptionnels. On a signalé quelques cas de *mastite* ; Trousseau en a observé plusieurs exemples pendant une épidémie dans un pensionnat de jeunes filles ; on l'a même vue survenir chez des garçons.

Comme autres localisations glandulaires, il faut encore citer la *dacryo-adénite*, avec œdème palpébral, un certain degré de conjonctivite et une légère exophtalmie ; la *thyroïdite* ; la *pancréatite* ourlienne se manifeste par de la douleur au creux épigastrique, des vomissements, de la constipation; la température s'élève, le pouls devient fréquent et petit, dans quelques cas on peut sentir une tuméfaction du pancréas; cette localisation peut faire commettre des erreurs de diagnostic; on pense, en présence de ce syndrome, à une péritonite, à un étranglement interne.

FORMES CLINIQUES. — Chez l'enfant, on décrit une *forme légère*, l'enfant est à peine malade; la tuméfaction

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 26, p. 361.

parotidienne est peu visible; cette forme légère est aussi une forme abortive, en quatre à cinq jours, tout est terminé; une *forme moyenne*, correspondant à la description donnée, elle dure sept à huit jours et se termine par une courte convalescence; des *formes graves*, soit par les symptômes locaux avec tuméfaction énorme, trismus et difficultés de l'alimentation, soit par les symptômes généraux rappelant ceux de la fièvre typhoïde (forme typhoïde) ou ceux de la scarlatine maligne (forme nerveuse).

Chez l'adulte, mêmes formes cliniques, et de plus les oreillons avec orchite constituent toujours une forme d'une certaine intensité.

Notons encore les *formes atypiques* dans lesquelles la localisation parotidienne fait défaut ou n'apparaît qu'après l'atteinte d'un autre organe : oreillons à début sous-maxillaire, sublingual, testiculaire; les oreillons à *rechutes*. Enfin de nouvelles formes cliniques sont à décrire du fait de complications.

COMPLICATIONS. — Les complications locales sont exceptionnelles; on n'observe pour ainsi dire jamais ni suppuration, ni gangrène des parotides ou du testicule. C'est aussi dans des cas exceptionnels qu'on a vu l'œdème inflammatoire de la région parotidienne se propager jusqu'au larynx. Par contre il n'est pas très rare de noter, au cours ou à la suite des oreillons, des adénopathies cervicales, sous-maxillaires, pré-auriculaires, qui se terminent par résolution, mais après avoir duré plusieurs mois; ce sont probablement des adénites tuberculeuses que la fluxion parotidienne a réveillées ou révélées (Hutinel et Darré).

Les complications à distance peuvent porter, en dehors des diverses localisations glandulaires déjà décrites, sur presque tous les appareils.

COMPLICATIONS NERVEUSES. — La plus importante est la *méningite* ou la méningo-encéphalite; dans une forme légère ou fruste, on observe une élévation de la température avec céphalée, insomnie; le pouls est à peine accéléré, quelquefois même ralenti; si on fait une ponction lombaire, on constate de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Souvent les symptômes sont plus bruyants : céphalée intense, nausées et vomissements, constipation, raideur de la nuque et signe de Kernig; modifications du pouls qui est lent, irrégulier et instable; troubles oculo-pupillaires; dans quelques cas même, on voit survenir des paralysies des nerfs craniens et les symptômes de méningite basilaire, ou du délire et des convulsions indiquant une atteinte de la corticalité. Malgré leur allure dramatique, ces méningites guérissent vite et le plus souvent sans laisser de traces; ce sont des méningites séreuses.

Il existe cependant quelques observations de méningites graves terminées par la mort. La nature bactériologique de la méningite ourlienne n'est pas encore connue, mais cette méningite est due très vraisemblablement au germe spécifique des oreillons.

Les *névrites périphériques* sont très exceptionnelles; dans le plus grand nombre des cas, ce sont les nerfs craniens qui sont lésés, dans d'autres les nerfs des membres supérieurs ou inférieurs; il s'ensuit une paralysie ayant tous les caractères des paralysies dues aux névrites périphériques : début lent, marche progressive, abolition des réflexes, troubles de la contractilité électrique, troubles sensitifs, guérison spontanée en quelques mois.

Aux *organes des sens*, les kératites, l'iritis, l'œdème de la papille, la névrite optique sont très rares; la complication la plus curieuse est la surdité; généralement unilatérale, mais pouvant atteindre les deux oreilles, la surdité débute brusquement, elle s'accompagne quelquefois de vertiges, de bourdonnements d'oreilles; dans quelques cas très rares, la surdité est passagère, habituellement elle est incurable; on l'attribue à des lésions du labyrinthe ou du nerf acoustique.

COMPLICATIONS RÉNALES. — La *néphrite ourlienne*, rare chez l'enfant, survient plutôt chez l'adulte et dans les formes graves; presque toujours elle est bénigne, réduite à l'albuminurie et à la cylindrurie pendant quelques jours; dans quelques cas plus bruyants, œdèmes, hématurie et même accidents urémiques; la mort est exceptionnelle. Habituellement la néphrite guérit sans laisser de traces.

COMPLICATIONS ARTICULAIRES. — C'est le rhumatisme ourlien, avec simples arthralgies ou véritables arthrites, mais qui se terminent toujours par résolution.

COMPLICATIONS CARDIAQUES. — Ce sont quelques rares observations de péricardite sèche, d'endocardite ou d'endo-péricardite; le plus souvent, elles disparaissent en quelques jours; elles peuvent cependant déterminer une lésion valvulaire.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC. — La tuméfaction parotidienne des oreillons ne ressemble pas à celle des *adénites préauriculaires* qui déterminent une saillie plus superficielle, plus acuminée, plus limitée et plus dure. Quand cette adénite devient un adéno-phlegmon, on trouve un empâtement de toute la région, avec rougeur de la peau et infiltration dure. Les *adénopathies angulo-maxillaires*, au cours des angines graves de la scarlatine et de la diphtérie, seront rattachées à leur cause par l'examen de la gorge.

Les *parotidites* aiguës sont unilatérales, ont tendance à la suppuration. Les parotidites toxiques (plomb, mercure) ont une évolution lente et ne sont pas douloureuses. L'ingestion d'iodure de potassium peut déterminer une tuméfaction douloureuse des deux parotides, mais il existe en même temps d'autres signes de l'intoxication iodique.

Dans les formes atypiques, il faut distinguer les oreillons sous-maxillaires des adénites sous-maxillaires, les oreillons sublinguaux de la grenouillette aiguë, du phlegmon sus-hyoïdien.

L'orchite ourlienne, si elle survient avant la tuméfaction parotidienne, est à différencier de l'orchite traumatique, de l'orchite blennorragique et même de l'orchite tuberculeuse aiguë.

Pour les complications nerveuses, la méningite ourlienne apparaissant après des oreillons frustes peut faire penser à une méningite tuberculeuse (Comby), à une méningite cérébro-spinale. Il faut rechercher par l'interrogatoire si les jours précédents le malade n'a pas eu une tuméfaction parotidienne.

Le *pronostic* des oreillons est, dans l'ensemble, bénin, surtout chez l'enfant; à cet âge, les formes graves sont rares et les oreillons constituent à peine une maladie. Les complications sont exceptionnelles.

Chez l'adulte, les complications testiculaires, avec leur conséquence assez fréquente, l'atrophie, assombrissent le pronostic; mais même chez l'adulte la mort est exceptionnelle, 4 décès sur 42 000 cas d'oreillons, d'après une statistique militaire.

TRAITEMENT. — Séjour au lit, le développement de l'orchite paraissant favorisé par la station debout; antisepsie des fosses nasales et de la cavité bucco-pharyngée. Si la tuméfaction parotidienne est intense, on cherche à modérer la fluxion inflammatoire par l'huile chloroformée, l'huile laudanisée, la pommade au gaïacol à 5 p. 100.

Pour l'orchite, cataplasmes chauds, pommade au gaïacol. Dans les formes graves, traitement habituel des symptômes généraux et nerveux.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités et manuels de méd.* — COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I. — HUTINEL et DARRÉ. *Les maladies des enfants*, t. I.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies : Anatomie pathologique.* — Séance du 10 mars. — MM. Beaufumé et Læderich, 8; Lemaire, 9; Weil (Benjamin), 8; Faure-Beaulieu, 9; Tixier et Vitry, 7; Géraudel, 8.

MM. les candidats, appelés à cette séance et n'ayant pas répondu, sont invités, s'ils ne renoncent pas à concourir, à adresser des lettres d'excuses au jury.

Prochaine séance, samedi 12 mars, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Richelot, Lejars, Campenon, Ombrédanne, Marion, qui acceptent; Legueu et Richardière, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS POUR UNE PLACE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Lemaître.

— MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Oral.* — Séance du 10 mars. — MM. Pinard, 16; Troisier et Cawadias, 17.

Prochaine séance (composition écrite), samedi 12 mars, à midi, à la Charité.

(CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT). — *Mémoires.* — Séance du 10 mars. — MM. Le Mée, 27; Hovelacque, 30; Monsaingeon, 28; Combier, 29; Bazy et Roux, 30; Olivier, 29.

Epreuve orale. — Séance du 10 mars. — MM. Bazy et Hovelacque, 17; Roux, 19.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 9 mars. — Question donnée : « Muscles temporal et masseter. — Symptômes et diagnostic du tétanos. »

MM. Devillers, 10 + 14 = 24; Michel, 14 + 15 = 29; Routier, 17 + 24 = 41; de Cumont, 16 + 20 = 36; Colombe, 16 + 18 = 34; Massart, 14 + 17 = 31; Hertz, 5 + 17 = 22; Legrain, 13 + 17 = 30; Vaudescal, 16 + 19 = 35.

Prochaine séance, lundi 14 mars, à quatre heuree trois quarts, à la salle des Saints-Pères.

— CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX PLACES D'AIDE D'ANATOMIE. — Un concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes, l'une au 1er novembre 1910, l'autre au 1er juin 1911, sera ouvert le lundi 23 mai 1910, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel) à partir du lundi 11 avril, jusqu'au samedi 30 avril inclusivement, de onze heures à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÈGLEMENT RELATIF A LA SOUTENANCE DE LA THÈSE. — I. MM. les élèves ayant subi avec succès le quatrième examen probatoire peuvent déposer au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à trois heures, le manuscrit de leur thèse, revêtu de la signature du professeur qui en a accepté la présidence.

Ce dépôt a pour but : 1° de s'assurer si toutes les formalités ont été remplies dans la rédaction de la thèse; 2° de soumettre le manuscrit au visa du doyen de la Faculté, puis à celui du recteur de l'Académie pour la délivrance du permis d'imprimer.

MM. les étudiants sont en outre priés de déposer en même temps que leur manuscrit et séparément le duplicata du titre et des conclusions de leur thèse dûment signés du président de thèse.

Ce document est destiné à être conservé dans les archives de la Faculté.

II. Quarante-huit heures environ après le dépôt, les manuscrits de thèse, revêtus du permis d'imprimer, sont tenus à la disposition de MM. les candidats, au secrétariat de la Faculté, où ceux-ci pourront venir les retirer, tous les jours, de midi à trois heures.

III. L'imprimeur est laissé au choix du candidat. Le format de la thèse est l'in-octavo.

Les thèses présentées en vue du diplôme universitaire de docteur en médecine doivent porter la mention suivante, inscrite en tête du titre de la couverture et de la première page : *Thèse présentée pour le doctorat de l'Université de Paris (mention médecine).*

IV. Avant le tirage définitif de la thèse, MM. les candidats devront faire parvenir au secrétaire de la Faculté une épreuve du premier feuillet de la thèse, portant les indications suivantes : 1° titre de la thèse; 2° nom, prénom, date et lieu de naissance du candidat; 3° nom et titres du président de la thèse; 4° liste des professeurs et agrégés en exercice.

Ce feuillet sera immédiatement renvoyé à l'imprimeur avec indication des corrections et bon à tirer, s'il y a lieu.

V. MM. les candidats ne seront admis à consigner qu'après dépôt à la Faculté des 185 exemplaires imprimés de leur thèse.

Ce dépôt pourra être effectué le mardi et le samedi, d'une heure à quatre heures de l'après-midi. Il en sera délivré reçu détaché d'un livre à souche.

VI. Les consignations pour la thèse seront reçues au se-

crétariat de la Faculté (guichet n° 3), le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures, sur la présentation du reçu des exemplaires imprimés de thèses, mentionnés à l'article V.

La mise en série aura lieu dans les quinze jours qui suivront la consignation, en tenant compte des exigences du service de la Faculté.

VII. Il est interdit de consigner pour la thèse avant d'avoir subi avec succès la deuxième partie du cinquième examen probatoire.

VIII. Le présent règlement sera mis en vigueur à dater du 4 avril 1910.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — LYON. — M. Sambuc, agrégé, est nommé, du 1er février au 31 octobre 1910, chef des travaux de chimie organique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un congé, du 1er mars 1910 au 28 février 1911, est accordé, pour raisons de santé, à M. d'Hardiviller, professeur d'histologie.

M. Pruvost, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, du 1er mars 1910 au 28 février 1911, du cours d'histologie.

— BESANÇON. — M. Marceau, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle, est prorogé dans ces doubles fonctions, pour trois ans, à partir du 7 mars 1910.

— CLERMONT. — M. Mornac, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé, à partir du 1er mars 1910, professeur de pathologie interne.

— GRENOBLE. — M. Léger, docteur en médecine, docteur ès sciences, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Grenoble, est nommé, à partir du 1er mars 1910, professeur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bordier, décédé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur H.-J. de Rothschild (de Paris).

Au grade d'officier. — M. le docteur Bosselut (de Nontron).

Au grade de chevaliers. — MM. les docteurs Bailliart; Berthet, Biard et Lesné (de Paris), Zavarit (de Poitiers), Savoire (de Paris).

GUERRE. — Par décision ministérielle du 9 mars 1910 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Maison, affecté aux salles milit. de l'hosp. mixte de Nantes; Barbot, passe au 31e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Vigerie, passe au 64e d'inf.; Lesterlin, au 85e d'inf.; Bar, au 127e d'inf.; Metzquer, au 60e d'inf.; Jodry, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Bertrand, au 1er groupe d'art. d'Afrique; Roudié, au 13e d'art. de campagne.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Millet, passe au 5e bat. d'inf. légère d'Afrique; Rault, aux hôpit. de la division d'Oran.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Théobalt, passe aux hôpit. de la division d'Oran; Avril, à l'hôpit. milit. de Bourges.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le S. M. P. a élu, pour l'année 1910-1911, son bureau qui sera ainsi composé : MM. les docteurs Descout, président; Dalché et Butte, vice-présidents; E. de Pradel, secrétaire général; de Spéville, trésorier; Berruyer et Acheray, secrétaires des séances; Me de Fallois, avocat conseil; Chapon, rédacteur du Bulletin.

CONFÉRENCES SUR LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE INFANTILE. — M. le docteur Ombrédanne, agrégé, commencera une série de 15 conférences, le lundi 4 avril 1910, à cinq heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et la continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences. — Malformations congénitales : bec de lièvre, division de la voûte palatine, fistules et kystes du cou, spina bifida, tumeurs sacro-coccygiennes, malformations ano-rectales, hypospadias, extrophie vésicale, hermaphrodisme, ectopie testiculaire, hernies congénitales inguinales et ombilicales, hydrocèle, malformations du membre supérieur, luxation congénitale de la hanche, pieds bots congénitaux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 AVRIL 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Campenon et Ombrédanne.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Delbet, et Mulon; — (2e série) : MM. Reclus, Retterer et Branca; — (3e série) : MM. Segond, Rieffel et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Monod, Lejars et Gosset; — M. Legry, suppléant.

Mardi 5 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Rémy et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Prenant, Nicolas et Retterer.

2e : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. Pozzi, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 6 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Retterer et Gosset.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Branca et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Nicolas, Campenon et Mulon; — (3e série) : MM. Delbet, Rieffel et Macaigne.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 7 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Thiéry et Lenormant.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Auvrard, Nicloux et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Remy et Auvray.

2e : MM. Ch. Richet, Launois et André Broca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Fernand Bezançon.

4e : MM. Thoinot, Wurtz et Richaud; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 8 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Retterer et Rieffel.

1er (oral, 1re série) : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Macaigne et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Legry, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Campenon et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Aug. Broca et Pierre Duval; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique) *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 9 avril, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Nicolas et Retterer; — (2e série) : MM. Prenant, Remy et Lenormant.

2e : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Thiéry et Marion; — M. André Broca suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Castaigne; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Thiroloix et Claude.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ANÉVRISMES PARIÉTAUX DU CŒUR

Par Henri PAILLARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique et définition. — Les premiers anatomo-pathologistes, étudiant d'une façon très générale les lésions cardiaques et vasculaires, appliquaient le nom d'anévrisme aux simples dilatations du cœur, comme aux dilatations artérielles (Baillou, Lancisi). Corvisart distingua *les anévrismes passifs* où la paroi cardiaque est amincie (encore appelés *anévrismes atrophiques* par Cruveilhier) et *les anévrismes actifs* où la paroi est épaissie ; cette distinction correspond à celle que nous faisons maintenant entre la dilatation proprement dite du cœur et son hypertrophie.

Vers le commencement du XIXe siècle, des études plus précises montrèrent qu'indépendamment de leur dilatation générale les cavités du cœur pouvaient être partiellement dilatées, d'où les noms de *dilatation partielle*, *d'anévrisme partiel*, sous lesquels cette lésion fut décrite par Bérard en 1826. L'année suivante, Breschet à l'occasion du cas de Talma réunissait dans un mémoire, sous le nom *d'anévrisme faux, consécutif, du cœur*, dix faits plus ou moins complets à l'aide desquels il traçait l'histoire générale de la lésion (2).

L'attention fut, dès lors, attirée sur ces faits, et la notion passa presque immédiatement dans le domaine classique; dans le *Traité des maladies du cœur* de Pigeaux (1839) par exemple, nous trouvons une description anatomique, qui, sans être encore très fouillée, est une bonne analyse des faits observés.

C'est surtout Cruveilhier (*Traité d'anatomie pathologique*, 1852, tome II) qui a donné à la question toute la précision nécessaire; dans son atlas, il en représente plusieurs exemples typiques; dans son traité, il en discute la pathogénie et établit les distinctions terminologiques.

Depuis, les observations se sont succédées, nombreuses, plusieurs travaux importants consacrèrent définitivement les caractères des lésions et surtout : l'excellente thèse de Pelvet (1867), les travaux de Karl Huber (1876), de Leyden (1887), de Rendu (1887), d'Odriozola (1888), enfin plus récemment la thèse de R. Marie (1895) qui a fait de la question une étude très remarquable.

(2) On a retrouvé dans la littérature antérieure quelques observations éparses qui correspondent assez exactement aux lésions de l'anévrisme du cœur, mais sans interprétation, ni classification : la première est due à Guzman Galeatti (1757), puis Hunter (1757) cité par Thurnam, Walter (1759), Baillie (1793), Corvisart (1797), Kreysig (1815).

Après la description de Breschet : Reynaud (1829), Dezeimeris (1829), Lobstein (1833), Ollivier (d'Angers) (1834), Chassinat (1834), les auteurs du compendium (1837), Thurnam (1838), Löbl (1840), Craigie (1843), Rokitansky (1844), Hartmann (1846), Forget (1853), Mercier (1857).

Il nous reste à préciser quelques définitions : le terme *anévrisme du cœur*, autrefois compris comme une augmentation de volume quelconque d'une cavité cardiaque (Baillou, Corvisart), était encore accepté sous cette forme par Durozier, qui ne voyait aucun inconvénient à appliquer le qualificatif d'anévrisme à l'hypertrophie du ventricule gauche consécutive à l'insuffisance aortique (*Traité des maladies du cœur*, 1891, p. 157). Mais d'une façon générale, et les anévrismes valvulaires étant mis de côté, on réserve le nom d'anévrisme du cœur à ce que l'on appelait autrefois l'*anévrisme partiel*, et que l'on peut encore nommer, d'une façon plus exacte, *anévrisme pariétal*.

Toutefois, on peut discuter si la lésion mérite toujours le nom d'anévrisme, car, à côté des cas où il existe une tumeur qui s'extériorise, qui se surajoute en quelque sorte à la surface du cœur, il en est d'autres, plus nombreux, où la paroi du myocarde, simplement usée dans ses couches profondes, ne s'est pas laissé distendre, n'a donc pas formé de tumeur anévrismale. Mais la parenté des lésions, tous les intermédiaires qu'on trouve entre les états extrêmes, une commune pathogénie, permettent de tout ranger dans le même cadre, et d'estimer qu'il n'y a là que des différences de degré.

II

Anatomie pathologique. — Cas ordinaire : anévrisme de la pointe. — La plupart du temps, aucune donnée clinique n'a fait soupçonner la lésion, et l'anévrisme constitue une trouvaille d'autopsie. Le cœur est gros, on remarque sa décortication difficile, à cause d'adhérences péricardiques plus ou moins étendues; parfois la palpation de la pointe révèle une sensation de mollesse, de pseudo-fluctuation; mais c'est seulement en ouvrant le cœur qu'on aperçoit, dans le ventricule gauche, au niveau de la pointe et de la moitié inférieure de la cloison interventriculaire, une excavation du volume d'une noix, d'une mandarine, partiellement comblée par des caillots stratifiés, qui se détachent, en général, avec facilité. Si l'on étudie, par des coupes sériées, l'état de la coronaire antérieure, on la trouve athéromateuse et oblitérée, alors que la coronaire postérieure est libre. Enfin cette lésion artérielle est le plus souvent associée à des altérations graves de l'appareil vasculaire et de ses annexes, athérome aortique et sclérose rénale.

Etudions dans le détail ces lésions anatomiques, soit successivement :

- l'aspect extérieur du cœur;
- la poche anévrismale;
- l'état des artères coronaires;
- les lésions fréquemment concomitantes.

1° *Aspect extérieur du cœur.* — Lorsque l'anévrisme est largement développé à l'extérieur, on aperçoit, à la partie inférieure ou antéro-inférieure du ventricule gauche, une dilatation ampullaire de volume variable, qui donne à l'ensemble du viscère l'aspect d'une *brioche renversée*; sa surface est le plus sou-

vent lisse, régulière, parfois bilobée ou multilobée (Cruveilhier).

Quelquefois, le ventricule semble continué par un *prolongement conoïde* et régulier.

A la palpation, cette tumeur offre une consistance molle, fluctuante, ou dans d'autres cas, une consistance dure, comme pierreuse; si les caillots inclus dans la poche sont anciens, ils ont parfois subi une véritable calcification.

Il est plus fréquent de ne constater, à l'inspection du cœur, *aucune modification morphologique*; le cœur est gros, cœur de Traube, et le fait est naturel puisqu'on est en présence d'artério-scléreux; la pointe est peut-être un peu plus arrondie et globuleuse que de coutume. Quelques signes permettent néanmoins, assez souvent, de soupçonner une lésion sous-jacente; c'est, en un point limité, une plaque de péricardite avec aspect rougeâtre, ecchymotique, ou bien, si la lésion est plus ancienne, un certain degré d'opacité du péricarde, avec vascularisation exagérée; d'autres fois un épaississement celluleux; toutes ces lésions manifestent un processus inflammatoire chronique qui, dans ces cas, n'a pas abouti à la symphyse, ou ne donne qu'une symphyse lâche, molle, purement fibrineuse, facilement décollable; quelquefois, une ligne brunâtre légèrement festonnée, à pourtour très ecchymotique, indique une rupture de la paroi, complication mortelle d'un anévrisme resté latent jusque-là, et du reste l'hémopéricarde, abondant en pareil cas, a mis rapidement sur la voie du diagnostic.

Plus souvent encore les lésions extérieures de l'anévrisme sont masquées par une *symphyse du péricarde*; nous la trouvons signalée dans plus de la moitié des observations. Elle peut être très épaisse avec extension au tissu cellulaire du médiastin, adhérence aux plèvres voisines et englobement des nerfs phréniques. Elle est plus ou moins étendue, parfois généralisée, parfois localisée, ou prédominant au niveau de l'anévrisme. Les adhérences sont, dans quelques cas, solides, fibreuses, inextensibles, rétractiles (cas de Rendu); plus souvent elles sont lâches, décollables, il existe sous l'épicarde une couche graisseuse de 2 à 6 millimètres d'épaisseur, destinée vraisemblablement à favoriser le glissement du myocarde lors de ses contractions, et à remplacer, dans une faible mesure, la cavité séreuse qui n'existe plus.

L'examen histologique des feuillets symphysés montre ou bien du tissu fibreux, cicatrice de vieilles lésions n'ayant vraisemblablement rien à voir avec l'anévrisme, ou bien des figures anatomiques plus jeunes avec une dilatation vasculaire et des foyers leucocytaires témoins d'une activité inflammatoire subaiguë.

Enfin souvent, on note çà et là sur le péricarde quelques plaques laiteuses.

2° *Poche anévrismale.* — Que l'anévrisme soit ou non appréciable à l'extérieur, on ne peut bien étudier la poche qu'après ouverture du ventricule gauche. On voit alors, dans la région de la pointe, débordant à la fois sur la paroi postérieure et surtout sur la paroi antérieure du ventricule, une sorte d'excavation, de cupule creusée dans la paroi myocardique qui se trouve, de ce fait, fortement amincie.

Cruveilhier, après Thurnam, distinguait les *anévrismes circonférentiels* c'est-à-dire occupant la totalité ou une notable étendue de la circonférence du ventricule gauche, et *les anévrismes kysteux ou à collet* qui formaient une dilatation nettement circonscrite. Cette division est peut-être un peu trop schématique; tout ce que l'on peut dire, c'est que la limite est tantôt imprécise, la paroi malade se continuant en pente douce avec le myocarde sain, tantôt plus ou moins limitée par un bourrelet circulaire ou ovalaire auquel, quand il est rétréci, on peut donner le nom de collet.

La poche est tapissée par un *revêtement fibrineux* mollement adhérent dans lequel il est en général facile de reconnaître une disposition stratifiée, et qui est constitué par des caillots anciens, comblant en partie et assez irrégulièrement la poche anévrismale. Le plus souvent, ces caillots sont rouge noirâtre, de médiocre consistance; d'autres fois ils sont jaune ocre, plus organisés, plus adhérents. Enfin lorsqu'on a affaire à un anévrisme à collet, il n'est pas rare qu'à son intérieur on trouve un caillot très ancien et très dur, de consistance véritablement ligneuse. Du reste, les diverses stratifications ne sont presque jamais contemporaines, et quel que soit l'état de la profondeur, le plus souvent à la surface existe une bouillie noirâtre de précipitation récente.

La *paroi* de la poche est notablement amincie, présente 2 à 4 millimètres d'épaisseur, alors que le reste du myocarde mesure 1 centimètre et demi à 3 centimètres. Elle forme une membrane de coloration blanchâtre, dure, aponévrotique, inextensible, par conséquent dénuée de toute élasticité et de toute contractilité, ne se vidant pas au moment de la systole ventriculaire. L'examen microscopique montre une transformation fibreuse complète avec disparition des fibres musculaires, quelquefois clivage du tissu fibreux en plusieurs plans séparés par des fentes celluleuses qui semblent jouer véritablement le rôle de bourses séreuses; dans quelques cas, la paroi est infiltrée de sels calcaires et forme une coque pierreuse sonnant sous le couteau; les petites artérioles sont très souvent sclérosées, parfois complètement oblitérées, les capillaires sont par endroits étouffés ou absents, en d'autres, ils présentent des dilatations anormales avec quelques lacs hémorragiques.

A la limite de la lésion, se trouvent des altérations plus ou moins étendues des tissus environnants, et l'on a là, en quelque sorte, une zone de transition : dégénérescence granulo-pigmentaire ou granulo-graisseuse des fibres, hypertrophie du tissu conjonctif, petits amas pigmentaires, vestige d'hémorragies antérieures.

Dans d'autres cas, on est en présence de lésions récentes où le myocarde altéré est non plus sclérosé mais ramolli, de coloration jaunâtre s'il y a eu ischémie pure, de coloration rouge brun au contraire, s'il y a eu farcissement du territoire ischémié, c'est-à-dire infarctus. C'est dans ces cas que la poche, fragile, peut se rompre et nombre des observations de

rupture du cœur sont fournies par de semblables lésions.

3° *Etat des artères coronaires.* — Quelques mots tout d'abord sur leur anatomie normale. Les artères coronaires sont au nombre de deux : la coronaire antérieure ou gauche, qui émerge à la face antérieure du cœur à gauche de l'artère pulmonaire, abandonne en passant le rameau auriculo-ventriculaire gauche, puis descend dans le sillon interventriculaire antérieur. Elle fournit à toute la face antérieure et au bord libre du ventricule gauche ainsi qu'à la pointe, à la majeure partie de la cloison interventriculaire et enfin à la portion de la face antérieure du ventricule droit qui avoisine la cloison; par les branches ascendantes du rameau auriculo-ventriculaire gauche elle irrigue également l'oreillette de ce côté. La coronaire postérieure ou droite émerge à la face antérieure du cœur à droite de l'origine de l'artère pulmonaire, contourne le sillon auriculo-ventriculaire droit, puis descend dans le sillon interventriculaire postérieur; dans ce trajet elle fournit des vaisseaux nourriciers au cœur droit, oreillette et ventricule, à la face postérieure du ventricule gauche et à la partie toute postérieure de la cloison interventriculaire.

Les artères coronaires présentent-elles des anastomoses? Cohnheim n'en admettait aucune; Sappey décrit deux cercles anastomotiques : l'un vertical contournant la pointe (formant en quelque sorte le méridien du cœur), l'autre horizontal ou auriculo-ventriculaire (l'équateur); ce n'est d'ailleurs aucunement constant. Mais en ce qui concerne les branches collatérales, les rameaux des oreillettes s'anastomosent en général assez largement entre eux et de plus, à gauche, avec l'artère bronchique de ce côté; les rameaux ventriculaires sont, au contraire, nettement terminaux. Odriozola a bien insisté sur ces points et ils ont leur importance à propos de la pathogénie de l'anévrisme.

Les observations anciennes ne nous donnent que peu de renseignements sur l'état des artères coronaires dans les cas d'anévrismes du cœur — ou autrefois, lorsqu'on constatait la double lésion pariétale et artérielle, on ne lui attribuait que la simple valeur d'une coïncidence — mais depuis qu'on recherche systématiquement l'état des coronaires, on constate le plus souvent des altérations identiques. Pour les mettre en évidence, il faut suivre une technique assez précise; d'abord, examiner l'orifice des coronaires au niveau de l'aorte, puis par des coupes espacées de 5 millimètres en 5 millimètres suivant la recommandation de Brault et René Marie, rechercher l'état des deux artères sur tout leur trajet et cela spécialement pour la branche interventriculaire antérieure, puisque c'est dans son territoire que siègent le plus souvent les anévrismes. En plusieurs points, on prélèvera un fragment pour l'examen histologique. En général, les lésions sont les suivantes : la coronaire antérieure, souvent perméable à son origine, devient athéromateuse, au point de former un cordon rigide que la palpation révèle dans le sillon interventriculaire antérieur; les coupes perpendiculaires pratiquées à ce niveau, la montrent d'abord rétrécie, mais encore perméable, puis en un point, complètement oblitérée. Assez souvent l'oblitération complète est précédée par un gros éperon athéromateux qui rétrécit considérablement la lumière, et ensuite celle-ci est entièrement comblée par un caillot plus récent.

Quelquefois, les lésions ne sont point généralisées à toute l'étendue de la coronaire antérieure; il existe en un point donné un bloc oblitérant, localisé (R. Marie), indice d'une altération artérielle très circonscrite, néanmoins suffisante pour entraîner l'ischémie du territoire normalement irrigué.

Odriozola admet qu'il y a un point d'élection pour les lésions : « Un détail qui ne manque pas d'importance et que nous retrouvons cité dans une foule d'observations, c'est la localisation des lésions athéromateuses ou calcaires à 2 ou 3 centimètres de l'origine des artères coronaires. Il y a à ce niveau incontestablement *un point d'appel* pour la dégénérescence scléro-athéromateuse des vaisseaux. Ce point faible correspond à la base même des ventricules, de chaque côté de l'origine apparente de l'artère pulmonaire, et nous pouvons ajouter que cette région de la base du cœur est une *région de frottement.* »

L'artère coronaire postérieure est très souvent perméable : assurément, elle est parfois athéromateuse, mais moins que la coronaire antérieure et ce fait explique pourquoi infarctus ou anévrisme sont exceptionnellement localisés dans son territoire.

Enfin, il est des cas où l'on trouve les artères coronaires souples et perméables. Ces faits sont rares et nous y reviendrons.

4° *Lésions concomitantes.* — Ce sont en général des lésions d'artério-sclérose plus ou moins étendue. Les valvules du cœur, mitrale, aortique, sont souvent indurées, bosselées; l'aorte présente des lésions presque constantes; quelquefois cependant elle est souple ou n'offre que quelques traînées athéromateuses discrètes, les lésions restant assez localisées au niveau de la coronaire antérieure. Les reins sont souvent sclérosés, atrophiés, présentant des altérations de néphrite interstitielle; dans les cas où elles ont été examinées, les capsules surrénales étaient hyperplasiées; dans un cas (Josué et Paillard), la droite pesait 14gr200, la gauche 10gr500.

Les lésions cardiaques, les lésions artérielles, les lésions rénales formeront le plus souvent le point dominant du tableau clinique. Ce sont elles qui seront diagnostiquées, et qui, pour une raison ou pour une autre, entraîneront la mort du malade.

VARIÉTÉS RARES. — 1° *Anévrismes de la cloison.* — Ils ne sont pas exceptionnels (Pelvet en a réuni 41 cas) et leurs caractères sont bien définis car ils présentent toujours le même aspect.

Cet anévrisme se forme aux dépens de la partie supérieure, amincie, purement membraneuse de la cloison interventriculaire; cependant la portion musculaire sous-jacente y participe quelquefois en même temps.

L'anévrisme fait saillie dans les cavités droites, soit dans l'oreillette, soit dans le ventricule, suivant qu'il passe au-dessus ou au-dessous de l'insertion de la valve tricuspidienne gauche; il offre de ce côté la

forme d'une proéminence en doigt de gant, en dé à coudre, sphérique, piriforme, cylindrique, quelquefois pédiculée ou bilobée. Dans le ventricule gauche, l'orifice, ordinairement unique, quelquefois dédoublé par une bride, est situé immédiatement sous les valvules sigmoïdes et présente un aspect ovalaire, arrondi, ou linéaire suivant les cas. La cavité elle-même, qui atteint le volume d'une noix, d'un œuf de pigeon, peut être vide, ou partiellement comblée par des caillots en général récents.

Lorsque l'anévrisme est très volumineux, il peut dissocier la paroi de l'oreillette et venir faire saillie à la base du cœur ; d'autres fois, il est multiple, formant des masses polypiformes, prolabées dans le ventricule droit.

En général, ces anévrismes de la cloison s'accompagnent de quelques altérations voisines : lésions des valvules sigmoïdes de l'aorte et de la valve gauche de la tricuspide, hypertrophie du ventricule gauche : dilatation des cavités droites.

Enfin la paroi anévrismale peut se rompre, établissant une communication entre les cœurs.

2° *Anévrismes de la base du ventricule gauche.* — Très rares, ils siègent presque toujours à la face postérieure du cœur, dans le petit recessus situé derrière la valve gauche de la mitrale. Ils s'accompagnent d'altérations artérielles portant sur le rameau auriculo-ventriculaire gauche, branche de la coronaire antérieure.

3° *Anévrismes du ventricule droit.* — Sur 90 observations Pelvet a noté 3 fois seulement le siège de l'anévrisme au ventricule droit ; sur 50 cas Odriozola n'en a trouvé qu'un seul. Ces anévrismes n'offrent du reste rien de très particulier.

2° *Anévrismes des oreillettes.* — Il est souvent difficile de faire la part entre une dilatation générale et un anévrisme de l'oreillette. Deux caractères permettent néanmoins d'établir l'anévrisme : le fait qu'il y a une saillie extérieure circonscrite, et surtout l'absence ou la dissociation des fibres musculaires au point lésé. D'ailleurs ces faits sont rares et de peu d'intérêt.

III

Pathogénie. — Théorie de Cruveilhier. — Lorsque le ventricule se contracte, le sang contenu à son intérieur exerce sur les parois de la cavité une pression de retour. C'est d'après les lois de mécanique hydraulique, l'application directe du principe de Pascal (avec cette différence que nous avons ici une soupape d'échappement, l'orifice aortique suffisante à l'état normal, souvent insuffisante à l'état pathologique).

« Or, supposons, dit Cruveilhier, qu'un des points de la circonférence du ventricule offre moins de résistance que de coutume, que sa force contractile soit amoindrie, évidemment c'est contre ce point que s'exercera tout l'effort du sang. Cet effort du sang deviendra une cause d'irritation qui aura pour résultat la transformation des fibres musculaires, en tissu fibreux, tissu cartilagineux, tissu osseux. Il suit de là, que toute cause, qui diminuera la force de résistance du cœur dans une portion quelconque de ses parois, pourra devenir une cause d'anévrisme. »

Il s'agirait là d'un processus inflammatoire très lent, entretenu par une sorte de traumatisation permanente de la région malade. Les caillots qui tapissent la face interne des anévrismes, même des anévrismes diffus, « non kysteux », seraient, jusqu'à un certain point, la signature de cette inflammation, comme l'est le caillot oblitérant de la phlébite ou de l'artérite. Les tissus ainsi transformés, sclérosés, ayant perdu leur tonicité et leur contractilité, n'offriront plus à la pression intra-cardiaque qu'une résistance passive ; si la pression sanguine est suffisante, si la paroi altérée est peu résistante, elle se laissera dilater en poche kystique ; parfois elle pourra se rompre.

Que le myocarde se laisse déprimer et dilater au niveau d'un point de moindre résistance, cela n'est pas discutable ; mais cela suppose du moins un processus qui évolue en deux temps, un premier où se constitue la lésion myocardique, cause de fragilité pariétale, un second où la pression intracardiaque agit sur cette paroi passive et la dilate plus ou moins. Il n'y a lieu de discuter, en somme, que sur la nature de la lésion pariétale ; Cruveilhier admet une myocardite primitive, et primitivement circonscrite, de cause assez imprécise ; c'est là une vue fort théorique et qui demande au moins à être précisée.

Comment a été interprétée par la suite l'altération de la paroi ? Les uns admettent qu'elle siège d'emblée dans le myocarde ; d'autres font remarquer que le muscle cardiaque, pris entre deux séreuses, subit, dans beaucoup de cas, le contre-coup des altérations de l'une ou de l'autre. D'où trois théories que nous étudierons successivement : théories endocardique, péricardique, myocardique.

Théorie endocardique. — Bérard et Breschet admettaient une rupture de l'endocarde avec lacération et dissociation du myocarde sous-jacent, donc rupture partielle du cœur. Ils donnaient à la lésion le nom *d'anévrisme faux consécutif*. R. Marie critique très justement, en ces termes, cette théorie : « Supposons qu'un individu atteint de rupture incomplète survive quelques jours, le myocarde dégénéré n'est pas une barrière suffisante pour résister à la pression sanguine intraventiculaire. Peu à peu, le sang progressera, infiltrera les différentes couches, et se créera un chemin jusqu'au péricarde. Le malade mourra de rupture du cœur avant que son anévrisme ait eu le temps de subir la transformation fibreuse. »

Bouillaud considérait l'anévrisme pariétal, comme résultant d'une « *cardite ulcérative* » à point de départ endocardique, et, dans son *Traité des maladies du cœur*, il décrit la lésion qui nous intéresse sous le nom de cardite ulcérative avec formation d'un sac anévrismal ; Forget, Mercier, Peacok, Rindfleisch, Pelvet et d'autres ont émis l'hypothèse qu'il y avait endocardite ulcéreuse avec altération sous-jacente du myocarde ; Gouget (Société anatomique 1895) invoque un mécanisme analogue pour un cas d'anévrisme diffus avec intégrité des coronaires ; Tripier,

à propos d'un anévrisme de la base du ventricule gauche, admet une endocardite avec propagation secondaire au myocarde et au péricarde. En somme, il s'agirait d'un processus un peu particulier, qui, au lieu de présenter une extension en surface, évoluerait vers la profondeur. La transformation fibreuse du myocarde au point malade, sa dilatation ultérieure conduisent aux lésions que nous décrivons plus haut.

Cette théorie pathogénique ne paraît pas, *a priori*, dénuée de vraisemblance, et il est possible qu'elle se réalise, dans certains cas. Mais elle a beaucoup d'adversaires. En effet, si le primum movens est une endocardite, n'est-il pas curieux de constater l'intégrité souvent parfaite de l'endocarde valvulaire ; nous savons bien que les endocardites peuvent être localisées, le fait est fréquent pour les valvules, exceptionnel pour l'endocarde pariétal. D'autre part, lorsqu'à l'autopsie d'un cœur, on trouve sur l'endocarde la cicatrice d'une ancienne lésion inflammatoire, et lorsque, par des coupes perpendiculaires, on en cherche la propagation au myocarde, on ne trouve, dans la plupart des cas, qu'une extension minime, ne rappelant aucunement la lésion massive qui existe dans les anévrismes. Enfin, la théorie endocardique ne tient pas compte des altérations des artères coronaires qui sont presque constantes.

Théorie péricardique. — Les altérations péricardiques (en général la symphyse) sont, comme nous l'avons vu, extrêmement fréquentes dans l'anévrisme du cœur. Thurnam, Pelvet, ont insisté sur le fait, sans y attribuer grande valeur étiologique. Rendu a repris la question en l'argumentant de très près. Voici d'une façon générale comment on peut envisager cette théorie. Deux facteurs entrent en jeu : la propagation des lésions, de la séreuse au muscle sous-jacent, les tractions exercées sur la paroi ventriculaire par les brides résultant de la symphyse. L'altération du myocarde par propagation inflammatoire ne semble pas devoir jouer un rôle bien important, car il n'y a là qu'une inflammation, puis une sclérose, très superficielles n'occupant jamais toute l'épaisseur de la paroi. Les tractions excentriques résultant des brides péricardiques offrent plus d'intérêt et leur mécanisme est ainsi exposé par Rendu : dans les cas où on trouve en regard de la paroi anévrismale une symphyse péricardique solide, exactement circonscrite au pourtour de la lésion, il y a lieu de se demander si cette symphyse n'est pas le fait primitif, ayant entraîné au bout d'un temps plus ou moins long la formation de l'ectasie. « Que se passe-t-il en effet dans ces cas ? A chaque systole, le muscle cardiaque change de forme, de consistance, se raccourcit et devient globuleux; mais la locomotion de l'organe se trouve singulièrement gênée, et la portion de la paroi ventriculaire bridée par les adhérences, suit incomplètement le mouvement de la totalité du cœur. Pour employer une comparaison vulgaire, il se produit, en pareil cas, un tiraillement de la paroi à peu près comparable à l'effet d'une ventouse qui serait appliquée à sa surface. A la longue, la contractilité musculaire s'épuise, les fibres du muscle souffrent dans leur nutrition, s'atrophient, se transforment en une simple lame fibreuse. »

Cette hypothèse a été, elle aussi, très critiquée. On a fait remarquer l'absence de symphyse dans bon nombre de cas ; la présence, dans d'autres, d'une symphyse généralisée avec cependant une poche anévrismale nettement circonscrite ; d'autres fois, il n'existe en regard de l'anévrisme qu'une péricardite légère, secondaire selon toute vraisemblance, ou bien une symphyse molle incapable d'entraîner des tractions efficaces. Enfin, la présence fréquente d'une couche graisseuse sous-épicardique dans la symphyse vient encore appuyer ces critiques. Mais, à la vérité, Rendu ne prétendait aucunement appliquer cette théorie à tous les cas et la réservait à ceux où la symphyse était manifestement parallèle à l'anévrisme et où on ne trouvait pas de cause permettant d'admettre une altération primitive du myocarde, en particulier de lésions des artères coronaires. Ces faits sont certainement rares, mais il est bon de ne pas rejeter complètement la théorie péricardique.

Théorie myocardique. — Bon nombre d'auteurs anciens et avec eux encore Durozier (1891) admettaient une atrophie scléreuse du myocarde, une « véritable cirrhose du cœur » de cause assez hypothétique et assez mal définie dans le détail. Le fait que les lésions étaient circonscrites, la présence, à côté de la portion malade, de myocarde complètement sain, ont été quelque peu négligés dans leurs hypothèses un peu rapides et, du reste, toutes les incertitudes des auteurs anciens s'expliquent par la division absolument tranchée qu'ils faisaient entre les « ramollissements du cœur » et les « scléroses » ne voyant pas que souvent la plaque fibreuse est la cicatrice d'une lésion autrefois plus ou moins molle, lorsqu'elle était en pleine période inflammatoire ou en état de dégénérescence massive.

Actuellement, un fait domine la théorie myocardique, c'est la présence de graves altérations artérielles. De bonne heure, on a noté la fréquence des lésions artério-scléreuses généralisées ; l'atteinte si particulière des coronaires a, peu après, frappé l'attention des anatomistes. Malmstein (1861), par exemple, a signalé la coïncidence de thrombose des coronaires et de « ramollissement » du cœur. Pelvet (1867) en a rapporté un certain nombre de cas.

Karl Huber (1882) a insisté particulièrement sur la sclérose des coronaires si fréquemment rencontrée dans les lésions pariétales du myocarde.

Wickham Legg (1883), sur une statistique de 80 cas, a noté d'une façon presque constante l'athérome des coronaires, mais il ne voyait là qu'une cause simplement prédisposante, sans établir d'action pathogénique nette. Les auteurs modernes ont été plus précis sur le mode de constitution des lésions secondaires à ces altérations artérielles. Hippolyte Martin a très éloquemment défendu la thèse de la *sclérose dystrophique*, d'après laquelle les lésions parenchymateuses et la sclérose seraient le résultat progressivement obtenu par l'endartérite

chronique qui frappe les petites ramifications artérielles, d'où nutrition de plus en plus diminuée et transformation fibreuse pour les régions les plus touchées. Huber, Ziegler, Leyden, Weigert ont une opinion assez voisine. R. Marie estime que, le plus souvent, il s'agit de lésions non point progressives, mais évoluant d'une façon à peu près *massive;* pour lui, la plaque fibreuse aux dépens de laquelle se développe l'anévrisme est simplement la cicatrice d'un infarctus ancien du myocarde. « L'anévrisme pariétal est fonction de l'oblitération des coronaires. Un thrombus se fait au niveau d'un point rétréci, toute une portion du myocarde dégénère. Si la rupture du cœur ne se produit pas, le foyer de nécrose entre en régression, se cicatrise et laisse à sa place un placard fibreux plus ou moins grand. L'anévrisme est dès lors constitué .»

Le siège, si particulier et si constant de l'anévrisme, les altérations des coronaires et surtout de la coronaire antérieure plaident fortement en faveur de cette théorie ; on en trouve, de plus, une vérification intéressante en étudiant microscopiquement la paroi malade. Le tissu fibreux, une fois constitué, ne présente à vrai dire rien de bien particulier, rien qui permette de le différencier d'un tissu scléreux d'origine inflammatoire, par exemple; mais si l'on examine la périphérie du foyer, il n'est pas rare de trouver des états intermédiaires qui ressemblent singulièrement aux lésions décrites dans l'infarctus : état alvéolaire, sclérose molle, etc.; souvent on trouve « des blocs pigmentaires, reliquat d'anciennes hémorragies, ou plutôt vestige du pigment qui infiltrait les cellules musculaires ».

Contre cette hypothèse de R. Marie, nous ne trouvons que les faits rares où les artères coronaires ont été trouvées perméables. Mais les anévrismes du cœur ne reconnaissent pas forcément une pathogénie univoque ; il est possible qu'un certain nombre ressortissent soit à un point de départ péricardique comme l'indiquait Rendu, soit à une endocardite ulcéreuse, soit à un foyer de myocardite de cause variable. Notons seulement que le plus grand nombre des faits semble donner raison aux idées soutenues par R. Marie, et il n'est pas indifférent, à cet égard, de remarquer que Cruveilhier avait déjà soulevé l'hypothèse à propos d'un cas, assez particulier, où un ancien infarctus de la base du ventricule gauche avait donné lieu, par ouverture secondaire dans le ventricule gauche, à un anévrisme de la grosseur d'une noix et au niveau duquel la paroi myocardique était détruite jusqu'au péricarde.

La rareté des anévrismes du ventricule droit a été interprétée diversement. Thurnam admettait que la valvule tricuspide, présentant une occlusion moins complète que la mitrale, ne permettait pas d'hypertension dans le cœur droit, donc pas de dilatation locale. Breschet, Cruveilhier ont insisté sur la « faiblesse » de la pointe du ventricule gauche. Pelvet, Odriozola pensent que la plus grande fréquence des anévrismes au ventricule gauche doit être attribuée à ce fait qu'il fournit un travail plus considérable que le cœur droit et à ce qu'il constitue, en somme, un véritable point d'appel.

Les anévrismes, si rares, des oreillettes reconnaissent peut-être pour cause des altérations pariétales d'origine dystrophique; la plupart du temps ils accompagnent des dilatations générales de ces cavités et ils constituent probablement des zones un peu plus distendues que le reste. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1910)

Polypes naso-pharyngiens. — M. SEBILEAU reprend la question des fibromes naso-pharyngiens, au point de vue symptomatologique comme au point de vue thérapeutique. Il établit d'abord une distinction très nette entre les fibromes et les sarcomes naso-pharyngiens, les premiers récidivent toujours fatalement, les seconds récidivent aussi quelquefois. Il insiste particulièrement, au point de vue de l'intervention, sur les dangers de l'hémorragie. Celle-ci n'est pas tant la conséquence de la section des gros vaisseaux; ce sont surtout des hémorragies en nappes très abondantes au point de déterminer des syncopes même mortelles. Aussi, M. Sebileau estime-t-il qu'il faut, avant tout, être bien éclairé. Il pense donc qu'il ne faut jamais entreprendre ces opérations sans le secours d'un bon éclairage artificiel. Quand on voit bien ce qu'on fait, il devient facile de saisir le fibrome par les voies naturelles, de passer par la narine une anse froide à l'aide de laquelle on saisit le pédicule et de tirer ensuite par la bouche le polype. Il est des cas où la voie buccale est insuffisante; il ne faut pas hésiter alors à sectionner le voile du palais et, toujours bien éclairé, on arrive alors à pouvoir extraire la tumeur. L'opération terminée, on réunit les deux bords du voile du palais. Cette réunion n'est pas toujours obtenue par première intention; il faut quelquefois y revenir, un ou deux fils ayant manqué.

Dans les cas où cette ouverture du voile du palais est encore insuffisante, M. Sebileau n'est pas partisan de la résection du maxillaire supérieur, il préfère recourir à la voie latéro-nasale, à la rhinotomie paralatéro-nasale; on a une large brèche par laquelle il devient très aisé d'agir dans le rhino-pharynx.

Il y a une grande différence, au point de vue de l'intervention, selon qu'on a affaire à un sarcome ou à un fibrome. Dans les cas de fibromes, l'implantation est très restreinte et tout le reste de la tumeur est libre et sans adhérences. Dans les cas de sarcomes, au contraire, la périphérie de la tumeur peut contracter des adhérences avec les parties voisines et l'opération devient alors beaucoup plus difficile et plus compliquée. Enfin, dans ces sortes d'opérations, il faut aller aussi vite que possible et, pour cela, il faut être bien éclairé.

M. KIRMISSON reproche à M. Sebileau de lui avoir prêté, dans cette discussion, des opinions qu'il n'a jamais eues. Tout ce que vient de dire M. Sebileau, M. Kirmisson l'a appris, il y a quarante ans, de Letourneur, de Nélaton. Il a toujours soutenu, comme vient de le faire M. Sebileau, que les fibromes naso-pharyngiens ont une implantation unique et limitée, qu'ils ne contractent pas d'adhérences avec les parties voisines. M. Kirmisson a toujours soutenu également qu'il fallait enlever ces tumeurs par arrachement et, si les voies naturelles ne sont pas suffisantes, qu'il fallait se créer du jour par l'incision du voile du palais et même de la voûte palatine, comme l'enseignait Nélaton.

M. LAUNAY a récemment enlevé un polype naso-pharyngien par les voies naturelles et l'incision du voile du palais. Contrairement à ce qu'a dit M. Sebileau, il a obtenu une réunion parfaite et par première intention du voile du palais. Pour faciliter les voies d'accès sur la tumeur, au lieu de prendre les deux bords du voile du palais incisé avec des pinces, M. Launay passe un fil de chaque côté, ce qui encombre beaucoup moins le champ opératoire.

M. POZZI fait observer que ce qui fait le danger des hémorragies possibles au cours de ces opérations, ce n'est pas

tant l'abondance de l'hémorragie que la topographie des vaisseaux de la région, par laquelle s'expliquent les syncopes si redoutables dans ces cas.

Procédé d'hémostase de Momburg. — M. MORESTIN, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Auvray, fait observer que cette méthode d'hémostase, si en faveur à l'étranger, a été, jusqu'ici, bien peu employée en France. Il a eu l'occasion d'y recourir récemment dans le cas suivant. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, robuste, non cardiaque, qui a été atteint d'une tumeur blanche grave du genou, ayant entraîné des abcès et des fistules de la cuisse, tels que la désarticulation de la hanche s'imposait. M. Morestin a pratiqué cette opération 14 fois. Dans ses treize premiers cas, il a eu recours aux moyens d'hémostase ordinaires. Les résultats ont été bons. Sur ces 13 cas, il n'a eu que deux décès, l'un par urémie, l'autre par infection secondaire. Il n'a pas eu d'hémorragie. Dans le quatorzième et dernier cas, il a eu recours à la bande de Momburg. Il l'a serrée graduellement jusqu'à ce qu'il ne sente plus du tout les battements de l'artère fémorale.

L'opération a été très simple; il a fait deux lambeaux, un antérieur et un postérieur. La désarticulation n'a pas duré cinq minutes. Il n'y a pas eu une goutte de sang. Mais au cours de l'opération, l'état du malade lui a donné les pires inquiétudes. Le pouls, est monté, en une minute, de 76 à 120, puis à 150; à la troisième minute il était devenu incomptable; à la quatrième, imperceptible.

M. Morestin a été très effrayé. Il a fait enlever la bande et a fait faire des injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum. Enfin le malade revint à lui. Une heure et demie après l'opération, son pouls était encore à 112. Les suites de l'opération furent simples et le malade est en voie de guérison.

Au point de vue de l'hémostase préalable, il est certain que la méthode est parfaite; mais elle ne semble pas sans danger. Aussi M. Morestin s'étonne-t-il qu'on l'ait proposé pour des opérations gynécologiques ou pour des opérations sur la prostate, la vessie ou le rectum.

La technique de ces opérations est assez bien réglée aujourd'hui, au point de vue de l'hémostase, pour qu'il n'y ait pas lieu de recourir à la méthode de Momburg. M. Morestin n'y aura plus non plus recours pour les opérations sur la cuisse.

La seule indication de cette méthode serait, à ses yeux, les opérations sur les os du bassin.

M. DELBET a assisté, dans son service, à une désarticulation de la hanche pratiquée sur un vieillard, par son chef de clinique, M. Hallopeau, à l'aide de la méthode de Momburg. L'hémostase a été parfaite. A aucun moment, l'état général du malade n'a donné la moindre inquiétude. Le pouls n'a pas dépassé 112 et a toujours été bien frappé. Au moment où on a retiré la bande, il y a eu un léger affolement du pouls qui est monté à 167. Dans ce cas, où il s'agissait d'un vieillard tuberculeux opéré pour une tumeur blanche du genou avec abcès et fistules multiples de la cuisse, la méthode de Momburg a donné une hémostase parfaite, sans le moindre inconvénient.

M. QUÉNU trouve MM. Auvray et Delbet trop indulgents pour la méthode d'hémostase par la compression de l'aorte. Une désarticulation de la hanche peut et doit se faire sans hémorragie, si on suit le précepte de Verneuil et qu'on lie les vaisseaux avant de les couper. La constriction de Momburg est inutile.

M. ROUTIER partage entièrement l'avis de M. Quénu et n'aura jamais recours à la méthode de Momburg pour une désarticulation de la hanche.

M. DELBET fait observer qu'une désarticulation de la hanche, avec le procédé de Verneuil, dure trois quarts d'heure.

M. QUÉNU répond à M. Delbet qu'avec la méthode de Verneuil on lie les vaisseaux avant, tandis qu'avec celle de Momburg on les lie après. Cela revient au même.

M. DELORME a fait trois fois la désarticulation de la hanche sans faire d'hémostase préalable. Il ne croit pas qu'on doive être embarrassé pour lier les vaisseaux au cours de l'opération. Toutefois l'hémostase préalable fournie par la bande de Momburg lui paraît rationnelle.

Troubles sensoriels consécutifs à une fracture du crâne. — M. WALTHER fait un rapport sur une observation de M. Savariaud. Il s'agit d'une femme qui a eu une fracture du crâne à la suite d'une chute sur la tête. Deux ponctions lombaires ont montré qu'il y avait du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Cette femme a repris assez rapidement connaissance et a eu, dans la suite, de la céphalée et une paralysie de l'œil droit. Elle a eu aussi une anosmie incomplète. Elle ne sentait que deux odeurs, l'éther et le goudron; mais elle ne sentait aucune autre odeur, pas même celle des matières fécales.

M. Savariaud étudie, à ce propos, les différents modes de traumatisme des nerfs craniens et il conclut de cette étude que, chez sa malade, il a dû y avoir simplement tiraillement, mais non destruction complète du nerf olfactif.

MM. QUÉNU et SEBILEAU émettent quelques réserves sur l'explication donnée par M. Savariaud à cette anosmie élective.

Thyroïdectomie partielle dans un cas de goitre exophtalmique. — M. ROCHARD présente une malade qui a été très améliorée par cette opération.

Cette présentation a donné lieu à une discussion qui a dégénéré en conversation particulière et à laquelle ont pris part MM. Poncet, Tuffier et d'autres.

La question nous semble assez intéressante pour donner lieu à une discussion que nous puissions entendre.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET DU 2 FÉVRIER 1910 RELATIF AU RECRUTEMENT DES MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES D'ALIÉNÉS ET DES DIRECTEURS-MÉDECINS DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DESTINÉS AU TRAITEMENT DES ALIÉNÉS.

[Nous avons annoncé il y a un mois l'apparition du nouveau décret abrogeant le décret du 1er août 1906 relatif au recrutement des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés (1).

Nous croyons utile de publier *in extenso* le nouveau décret contre lequel s'élèvent de justes protestations, car il tend à restreindre les droits que possède tout médecin de par son diplôme, et par la nouvelle composition du jury il met le concours entièrement entre les mains du ministre].

Le président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839;

Vu le décret du 6 juin 1863 et les décrets qui l'ont modifié;

Vu l'avis du comité des inspecteurs généraux du 9 novembre 1909;

Sur la proposition du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés au moyen d'un concours annuel.

Nul ne pourra à l'avenir soit obtenir l'autorisation nécessaire pour exercer les fonctions de directeur médecin d'un établissement privé destiné au traitement des aliénés, soit être agréé comme médecin d'un établissement de cette nature en vertu de l'article 19 de l'ordonnance du 18 décembre 1839, s'il n'a subi avec succès les épreuves du concours d'adjuvat.

Toutefois, un médecin ayant dépassé l'âge fixé pour prendre part au concours et ayant acquis une notoriété spéciale dans la science de la psychiatrie, pourra, sans subir les épreuves du concours, être autorisé à diriger un établissement privé ou agréé comme médecin, si la dispense lui a été accordée par le ministre de l'intérieur, sur l'avis conforme et motivé de la commission prévue à l'article 18 du présent décret.

ART. 2. — La date du concours annuel est fixée par un arrêté ministériel publié au *Journal officiel* deux mois au moins à l'avance; cet arrêté détermine le nombre des postes de médecins adjoints d'asiles publics mis au concours. Ce nombre pourra être augmenté, à raison de nouvelles vacances ou prévisions de vacances, par un arrêté supplémentaire pris avant l'ouverture du concours.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 88, p. 1053.

Exceptionnellement, le ministre de l'intérieur peut décider, sur avis conforme de la commission prévue à l'article 18, et par arrêté publié au *Journal officiel* le 31 décembre au plus tard, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année suivante.

ART. 3. — Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée et avoir eu moins de trente-trois ans au 1er janvier de l'année du concours.

Ils doivent justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement des aliénés, soit comme chef de clinique ou interne des hôpitaux nommés au concours.

Pour être admis à participer au concours, ils adressent au ministre de l'intérieur une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Quinze jours au moins avant l'ouverture du concours le ministre arrête la liste des candidats admis à concourir et fait connaître à chaque postulant la suite donnée à sa demande; cette liste est déposée à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, où toute personne peut en prendre communication.

ART. 4. — Le jury du concours est nommé par le ministre de l'intérieur; il comprend :

1° Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, président;

2° Deux professeurs, chargés de cours, ou agrégés spécialisés pour la médecine mentale, représentant, l'un la Faculté de médecine de Paris, le second la faculté que le sort aura désignée parmi les autres facultés de médecine où l'enseignement de la psychiatrie est organisé;

3° Quatre directeurs médecins, ou médecins en chef des asiles publics d'aliénés.

Il est en outre nommé deux jurés suppléants pris parmi les directeurs médecins ou médecins en chef.

ART. 5. — Les professeurs, chargés de cours ou agrégés, sont choisis par la faculté appelée à être représentée dans le jury.

Le membre qui a siégé dans le jury d'un concours comme représentant de la Faculté de Paris ne peut être choisi pour les trois concours suivants, à moins de force majeure.

Celle des autres facultés qui aura été représentée dans le jury d'un concours est exclue pour les trois concours suivants du tirage au sort prévu à l'article précédent.

ART. 6. — Le ministre désigne les quatre directeurs médecins ou médecins en chef appelés à remplir les fonctions de juré titulaire et l'un des suppléants, après avis du comité des inspecteurs généraux, sur une liste de quinze noms dressée par voie de tirage au sort, portant sur l'ensemble des directeurs médecins et médecins en chef des asiles publics de France, de la maison nationale de santé de Charenton, de Bicêtre, de la Salpêtrière et de l'infirmerie spéciale du dépôt, qui comptent au moins sept ans de fonctions depuis leur nomination en qualité de médecin-adjoint.

Le second juré suppléant est désigné par le ministre, après le même avis, sur une liste de trois noms tirés au sort parmi ceux des directeurs médecins et médecins en chef visés au paragraphe précédent, qui résident dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Les noms des jurés suppléants et titulaires qui ont siégé dans un concours sont exclus du tirage au sort pour les trois concours suivants.

ART. 7. — Les tirages au sort prévus pour la constitution du jury ont lieu par les soins d'une commission composée du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, assisté d'un inspecteur général des services administratifs, ainsi que du plus ancien et du moins ancien des praticiens parmi lesquels doit être choisi le second juré suppléant.

ART. 8. — Le jury est constitué avant l'ouverture du registre des inscriptions.

En cas d'empêchement, l'inspecteur général président est remplacé par un autre inspecteur général désigné par le ministre; les autres membres du jury sont, en cas d'empêchement, remplacés par les jurés suppléants et les épreuves continuent de plein droit avec les membres restants.

ART. 9. — Les épreuves ont lieu à Paris; elles sont toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général, président.

Elles sont au nombre de six, dont trois épreuves préparatoires et trois épreuves définitives.

Les épreuves préparatoires comprennent :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il est accordé quatre heures aux candidats; le maximum des points est de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation applicable aux aliénés, pour laquelle il est accordé deux heures; le maximum des points est de 10.

Les copies ne doivent porter ni nom ni signatures; elles doivent être écrites lisiblement et revêtues d'une devise qui est reproduite sur une feuille de papier signée du candidat et mise par lui sous enveloppe cachetée.

3° Une épreuve sur titres; le maximum des points est de 10 pour cette épreuve à laquelle le jury doit procéder aussitôt après la correction des épreuves écrites.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les épreuves définitives comprennent :

1° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il est accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

2° Une épreuve clinique orale qui porte sur un seul malade aux points de vue suivants : diagnostic, pronostic, traitement, assistance; il est accordé vingt minutes pour l'examen des malades, dix minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition.

3° Une épreuve clinique écrite qui porte sur un seul malade (diagnostic de l'état mental du sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle); il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade, et une heure pour la rédaction de la consultation.

Pour chacune de ces trois épreuves définitives, le maximum des points est de 20.

ART. 10. — La police générale du concours est confiée au jury qui, notamment, détermine les règles à appliquer à la remise et à la lecture des copies, indique l'ordre des épreuves, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 11. — Chaque candidat remet au président du jury, avant l'ouverture des épreuves, une déclaration écrite par laquelle il fait connaître s'il est ou non dans ses intentions, en cas de succès, d'occuper avant la fin de l'année du concours un poste de médecin adjoint dans un asile public. Selon que leur déclaration est affirmative ou négative, les candidats sont répartis en deux groupes, dits A et B.

ART. 12. — Nul n'est admis s'il n'a obtenu un nombre de points au moins égal au minimum fixé par le jury, ce minimum ne pouvant en aucun cas être inférieur à la moitié du total des maxima prévus à l'article 9.

Les candidats sont classés d'après le nombre des points obtenus.

La liste dressée par le jury ne peut comprendre un nombre de candidats du groupe A supérieur au nombre des postes de médecins adjoints des asiles publics mis au concours, sauf au cas d'*ex æquo*, où le ministre décide sur proposition spéciale du jury.

ART. 13. — Aussitôt après la clôture des opérations du concours, le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques désigne aux candidats admis du groupe A, ceux des postes de médecins adjoints mis aux concours qui se trouvent vacants.

Lesdits candidats choisissent parmi ces postes suivant leur rang de classement. Ce rang détermine aussi l'ordre dans lequel les nominations seront faites aux postes ultérieurement vacants.

Si l'un des candidats n'a pas exercé son choix dans les quinze jours qui suivent le concours ou s'il n'accepte pas le poste ultérieurement vacant, auquel il est appelé d'après son

rang de classement, il est fait appel aux candidats du même groupe classés après lui.

Lorsque la liste de ceux-ci est épuisée, le candidat non encore pourvu est invité, à nouveau, à accepter le poste qui se trouve vacant; en cas de nouveau refus, il ne peut être nommé qu'après les candidats reçus au concours de l'année suivante.

Celui qui n'accepte aucun des postes à lui offerts dans le courant de l'année qui suit celle du concours est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours.

A défaut de candidats admis du groupe A, les candidats du groupe B, classés avant le dernier du groupe A, peuvent être nommés aux postes de médecin adjoint des asiles publics.

Cette faculté cesse à la fin de l'année du concours.

Il sera procédé à la nomination des médecins adjoints par arrêté ministériel et leurs services courent à partir de leur installation effective.

ART. 14. — Les classes et traitements des directeurs médecins, médecins en chef, et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit.

1° Directeurs médecins et médecins en chef :

Classe exceptionnelle	9000 francs
Première classe	8000
Deuxième classe	7000
Troisième classe	6000
Quatrième classe	5000

2° Médecins adjoints :

Classe exceptionnelle	4500 francs
Première classe	4000
Deuxième classe	3500
Troisième classe	3000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des allocations en nature, déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.).

ART. 15. — Les avancements de classe sont, sous réserve des dispositions de l'article 17, accordés par le ministre aux directeurs médecins et médecins en chef après trois ans, et aux médecins adjoints après deux ans d'exercice dans la classe inférieure.

La période de trois ans exigée pour les directeurs médecins et médecins en chef peut être réduite à deux ans par le ministre sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et sur l'avis conforme de la commission instituée à l'article 18, en raison de services et titres exceptionnels d'ordre médical, scientifique ou administratif.

Les directeurs médecins et médecins en chef ne peuvent être promus à la classe exceptionnelle qu'après quinze ans de services dans le grade et dans les formes définies au paragraphe précédent.

A dater de la promulgation du présent décret, les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints seront inscrits dans la classe déterminée par le traitement afférent à la classe dans laquelle ils étaient antérieurement rangés et ils conserveront l'ancienneté qu'ils avaient dans cette dernière classe.

ART. 16. — Les médecins adjoints, sauf ceux qui ont été rétrogradés du poste de directeur médecin ou de médecin en chef par application des dispositions de l'article suivant ou dont la promotion se trouve retardée à titre de mesure disciplinaire conformément au même article, sont nommés à l'ancienneté aux postes de directeurs médecins ou de médecins en chef.

Toutefois les dispositions spéciales de l'arrêté du 11 septembre 1907, concernant le personnel des médecins des asiles de la Seine, resteront provisoirement en vigueur.

ART. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés, sont :

1° L'avertissement;
2° La censure;
3° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ou au grade supérieur;
4° Le déplacement;
5° La rétrogradation de classe ou de grade;
6° La mise en disponibilité d'office;
7° La révocation.

Ces mesures sont appliquées par le ministre sur la proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques et, sauf pour l'avertissement ou la censure, après avis motivé de la commission prévue à l'article suivant.

Dans tous les cas, l'intéressé doit être préalablement invité à prendre communication de son dossier conformément aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, et à fournir ses justifications écrites.

En outre, le cas échéant, il peut demander à être entendu par la commission de discipline et se faire assister alors d'un défenseur dont la désignation, à moins qu'il ne s'agisse d'un avocat, est soumise à l'agrément du président.

Les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints mis en disponibilité d'office ne reçoivent pas de traitement; ils ne peuvent être réintégrés que sur l'avis conforme de la commission prévue à l'article 18.

ART. 18. — Il est constitué auprès du ministre de l'intérieur une commission spéciale composée comme suit :

Un conseiller d'Etat, nommé pour trois ans par le ministre, président;

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques;

Le directeur de l'administration départementale et communale;

Un inspecteur général des services administratifs nommé pour trois ans par le ministre;

Trois directeurs médecins ou médecins en chef élus annuellement par leurs collègues qui sont en outre appelés à élire un suppléant.

Pour les affaires disciplinaires intéressant les médecins adjoints, les trois directeurs médecins ou médecins en chefs sont remplacés par trois médecins adjoints élus, ainsi qu'un suppléant, par leurs collègues.

Lorsque la commission est saisie d'une affaire concernant un de ses membres élus ou un médecin de l'asile auquel l'un de ceux-ci est attaché, ledit membre est récusé de plein droit.

L'élection des représentants du personnel médical a lieu au scrutin de liste, par correspondance. Nul n'est élu s'il n'a obtenu, au premier tour de scrutin, la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits ou, au deuxième tour, la moitié plus un des suffrages exprimés; au troisième tour l'élection a lieu à la majorité relative.

Le dépouillement du scrutin est opéré au ministère de l'intérieur par les soins de la commission prévue à l'article 7.

Indépendamment des attributions qui lui sont ci-dessus conférées, la commission instituée en vertu du présent article donnera son avis sur toutes les questions concernant le recrutement, l'avancement, la discipline et les traitements du personnel médical des asiles publics d'aliénés et le concours de l'adjuvat ainsi que sur toutes affaires qui lui seront renvoyées soit par le ministre soit par le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

ART. 19. — Sont rapportés les décrets des 1er août 1906, 26 novembre 1907 et 5 août 1908.

Sont en outre abrogées toutes dispositions de décrets ou arrêtés ministériels contraires à celles du présent décret.

ART. 20. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 2 février 1910.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République,
Le président du conseil,
ministre de l'intérieur et des cultes,
ARISTIDE BRIAND.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 31. — MARDI 15 MARS 1910. 83e ANNÉE. MARDI 15 MARS 1910. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies : Anatomie pathologique.* — Séance du 12 mars. — MM. Darré, 9; Voisin, 8; Bigart, Courcoux et Babonneix, 9; Le Sourd (Louis) et Schæfer, 8.

Prochaine et dernière séance, mardi 15 mars, à huit heures et demie du soir, à la salle des Saints-Pères.

Symptomatologie. — Séance du 12 mars. — MM. Rivet, 9; Audistère, Milhit et Roussy, 8; Crouzon, 10; Hercher, 8; Gougeret, 7; Paisseau, 9; Lippmann, 8.

Prochaine séance, mardi 15 mars, à quatre heures trois quarts, à la Charité.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Richelot, Legueu, Lejars, Campenon, Ombrédanne, Marion et Richardière.

— MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENT). — *Lecture.* — Séance du 12 mars. — MM. Hovelacque et Roux, 25.

Premier prix (médaille d'or), M. Roux.

Deuxième prix (médaille d'argent), M. Hovelacque.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Le mercredi 11 mai 1910, à dix heures du matin, aux hospices d'Orléans, aura lieu un concours pour la nomination de deux médecins adjoints.

Et le mercredi 18 mai 1910, à dix heures du matin, aux hospices d'Orléans, aura lieu un concours pour la nomination de deux chirurgiens adjoints.

Pour tous renseignements et s'inscrire, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Un concours sera ouvert le 9 mai 1910 pour l'admission à cinq places d'interne en médecine et en chirurgie à la maison départementale de Nanterre et pour la désignation, à la suite du concours, de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, aux fonctions d'interne provisoire.

Les candidats qui seront désignés pour occuper les cinq places vacantes seront nommés pour une année à dater du 1er juin 1910. Leur fonction pourra être prorogée par le préfet de police sur avis de MM. les médecins et chirurgiens de la maison départementale et du directeur de l'établissement.

Traitement annuel, 1800 francs. Indemnité de logement, 300 francs.

Les candidats peuvent se faire inscrire dès à présent à la préfecture de police (secrétariat-général, personnel, quai du Marché-Neuf, n° 2), de dix heures à midi, ou de deux à quatre heures, où ils recevront le programme du concours. Le registre d'inscription sera clos le 20 avril prochain, à quatre heures.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours s'ouvrira le 2 juin 1910. Pour tous renseignements s'adresser à la direction ou au docteur Anglade, médecin-chef.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 17 mars, à cinq heures du soir, 12, rue de Seine.

ORDRE DU JOUR. — I. Communications : M. Maurice Faure. Suggestion et rééducation.

II. Lecture : M. Javal. La déchloruration au point de vue curatif et au point de vue préventif. Différence entre le mécanisme de la rétention chlorurée et de la rétention azotée.

III. A cinq heures et demie, séance d'intérêts professionnels : « Résultats du referendum sur le concours d'agrégation. » M. Paul Salmon. La copie anonyme au concours de l'Internat.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 434.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 6 avril, à une heure. — M. TIFFENEAU. Sur quelques alcaloïdes synthétiques voisins de l'hordénine et de l'adrénaline. (MM. Pouchet, président; Reclus, Segond et Richaud.) — M. LEMASSON-DELALANDE. Le boccage normand, son hygiène rurale et sa culture. (MM. Reclus, président; Pouchet, Segond et Richaud.) — M. DIJON. Considération sur la sinusite maxillaire au XVIIIe siècle. (MM. Segond, président; Pouchet, Reclus et Richaud.)

Jeudi 7 avril, à une heure. — M. SAISON. Lésions du rein et du foie produites par le chloroforme et l'éther (études expérimentales). (MM. Debove, président; Hutinel, Pierre Marie et Castaigne.) — M. GARBAN. Un sanatorium d'hôpital. Le traitement de la tuberculose à l'hôpital Hérold (1902-1909). (MM. Hutinel, président; Debove, Pierre Marie et Castaigne.) — Mlle ROCHLINE. Séro-diagnostic de la lèpre. (MM. Pierre Marie, président; Debove, Hutinel et Castaigne.)

AU SUJET DE DEUX CAS

DE

PLAIES DU CŒUR PAR ARMES A FEU

Par le docteur DUPONT,

Médecin aide-major de première classe.

Evolution. — A considérer les dernières pages de notre précédent article (1), il pourrait sembler que la mort est la seule terminaison des plaies du cœur par armes à feu. Après vingt siècles (?) de progrès le vers d'Ovide

Sanabit nulla vulnera cordis ope

demeure-t-il la maxime inexorable qui enlève tout espoir de guérison?

La mort est un mode de terminaison très fréquent des plaies du cœur par armes à feu. D'après Fischer, la mortalité serait de 91,6 p. 100. Avec Loison, elle s'élèverait à 97,2 p. 100. Nous avons essayé à notre tour une statistique ne comprenant que les blessures du cœur contrôlées par l'opération ou l'autopsie, et nous n'arrivons qu'à 74,5 p. 100, ce qui s'explique par l'apparition récente d'un nouveau facteur, l'intervention opératoire.

On peut être frappé au premier abord de voir que la mortalité a augmenté entre 1868 et 1899, alors que la chirurgie avait fait des progrès et que l'on connaissait, à défaut d'autres traitements, les principes de désinfection des abords de la plaie. Momburg explique cette différence par ce fait que, par suite du perfectionnement des armes à feu, les projectiles restent moins souvent enclavés dans le tissu musculaire du cœur, par suite la guérison est moins fréquente. Il s'appuie pour formuler cette hypothèse sur les rapports sanitaires de l'armée prussienne pour les années 1894-1899 où, sur 83 plaies du cœur par armes à feu, on ne constata pas une seule guérison. Or la plupart de ces blessures avaient été produites par des armes de modèle réglementaire douées d'une grande force de pénétration.

L'écart est inverse si on envisage notre statistique depuis 1899. C'est que depuis le jour où Marion le premier intervint sur le cœur pour une plaie par arme à feu, la chirurgie du cœur s'est considérablement développée et beaucoup de tentatives ont été couronnées de succès.

Des causes de la mort immédiate nous ne dirons rien, nous en avons parlé précédemment.

Mort tardive. — Nous désignerons sous ce vocable la mort constatée plusieurs heures, plusieurs jours et même plusieurs mois après le traumatisme. La statistique de Jamain offre 84 cas de ce genre sur 121 observations, soit 60 p. 100.

Dans Loison, nous trouvons que dans 66 cas sur 110 la mort s'est produite à une échéance variable. Les temps de survie se répartissent ainsi :

Survie de 1 h. à 24 heures.	11 fois, soit	10 %.
Survie de 1 jour à 8 jours.	15 —	13,5 —
Survie de 1 sem. à 1 mois.	23 fois, soit	20,9 %.
Survie de 1 mois à 1 an...	12 —	10,9 —
Survie de plusieurs années.	5 —	4,5 —

Dans notre statistique nous trouvons :

Survie de 1 h. à 24 heures.	11 cas, soit	35,4 %.
Survie de 1 jour à 8 jours.	6 —	19,3 —
Survie de 8 jours à 1 mois.	3 —	9,6 —
Survie de 1 mois à 1 an...	2 —	6,4 —

Quelle est la cause de la mort?

Statistique Loison. — Survie de 1 heure à 1 jour (11 cas) :

Hémorragie .... 11 fois.

Survie de 1 jour à 8 jours (15 cas) :

Hémorragie .... 13 fois.
Infection .... 1 —
Asystolie .... 1 —

Survie de 8 jours à 1 mois (23 cas) :

Infection .... 14 fois.
Hémorragie .... 5 —
Causes inconnues .... 4 —

Survie de 1 mois à 1 an (12 cas) :

Infection .... 4 fois.
Phénomènes nerveux .... 4 —
Asystolie .... 1 —
Hémorragie .... 1 —
Causes intercurrentes .... 2 —

Survie de plus de 1 an (5 cas) :

Causes intercurrentes et inconnues. 4 fois.
Hémorragie .... 1 —

D'après notre statistique, survie de 1 heure à 1 jour (11 cas) :

Hémorragie .... 7 fois.
Anémie et shock post-opératoire... 4 —

Survie de 1 jour à 8 jours (6 cas) :

Hémorragie .... 4 fois.
Déchirures étendues des tissus.... 1 —
Anémie et shock post-opératoire... 1 —

Survie de 8 jours à 1 mois (3 cas) :

Hémorragie .... 2 fois.
Causes inconnues .... 1 —

Survie de 1 mois à 1 an (2 cas) :

Causes intercurrentes .... 1 fois.
Infection .... 1 —

D'un simple coup d'œil d'ensemble jeté sur ce tableau il résulte que l'hémorragie est la cause la plus fréquente de la mort dans les huit jours qui suivent la blessure.

A partir de ce moment, c'est l'infection qui provoque surtout la mort. Enfin à échéance éloignée, ce sont surtout les causes indépendantes de la blessure qui entraînent la mort.

Il faut encore faire une place, depuis que l'intervention est devenue la règle, aux observations dans lesquelles le malade a succombé au shock chirurgical pendant ou après l'opération.

L'hémorragie peut intervenir comme cause de la

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 2, p. 17, et 4, p. 43.

mort retardée d'une façon très invariable, le mécanisme demeurant le même que dans la mort immédiate par hémorragie.

Mais le péricarde sous l'influence d'une pression progressive se laisse distendre jusqu'à pouvoir contenir 460 grammes de sang (Farabeuf), tandis que dans les cas d'inondation brusque les phénomènes de compression apparaissent à 250 grammes de liquide. Le cœur peut alors lutter assez longtemps contre la pression intra-péricardique.

L'hémorragie secondaire peut être provoquée par la chute d'un caillot qui, remplissant l'office de bouchon et formé à la faveur d'une syncope, obturerait la plaie cardiaque. Fischer mentionne un cas dans lequel la mort survint de semblable façon neuf semaines après la blessure, alors que la blessure du thorax et du péricarde était guérie. Il peut arriver aussi que le bouchon soit constitué par le projectile enkysté dans la paroi. Sous l'influence d'une contraction plus énergique du cœur la balle peut être expulsée de sa loge et par l'orifice ainsi rendu libre se produit une hémorragie secondaire mortelle. Enfin dans le cas où la balle enkystée tombe et ne laisse pas à nu un orifice, la paroi diminuée d'épaisseur offre un point faible à travers lequel une contraction cardiaque plus violente peut déterminer une fissure. La plaie non pénétrante va être transformée en plaie pénétrante et évoluer comme telle.

L'infection se manifeste sous des formes diverses, atteignant tantôt l'appareil circulatoire, tantôt l'appareil respiratoire, souvent aussi se développant dans les organes voisins traversés par les balles.

En premier lieu il convient de citer la péricardite. Elle présente les mêmes caractères que lorsqu'elle évolue en dehors d'un traumatisme.

Elle peut s'installer dès le début, au troisième jour (Fritz König), au huitième (Morer), amenant une mort souvent rapide. Riedel constate l'apparition de la péricardite le dixième jour, son malade meurt le quinzième. Quelquefois la péricardite n'apparaît que plus tardivement. L'histoire de la guerre de sécession nous rapporte un cas où la péricardite ne fut constatée que le dix-septième jour. Le malade meurt onze jours après.

En général on admet qu'un léger degré de péricardite présente des chances de guérison. Des adhérences se forment. Elles ont même l'avantage d'aider dans une certaine mesure à l'obturation des blessures du cœur (Fischer). Quant aux inflammations aiguës avec fièvre interne, outre le danger qu'elles offrent de produire une hémorragie par chute du bouchon et de déchirer les cicatrices récentes, elles entraînent presque toujours la mort, car elles se développent dans un organe déjà affaibli, qui ne peut réagir avec une force suffisante.

Cette complication des blessures du cœur est relativement fréquente. Dans Loison nous la trouvons mentionnée 9 fois, c'est-à-dire un peu plus de 8 p. 100 des cas et Ercklenz dans son relevé des complications des blessures du cœur la trouve évoluer une fois sur 9 cas.

Quant au cœur lui-même, « les différentes monographies ne contiennent aucun renseignement sur les conséquences éloignées de la blessure suivie de guérison. Dans les observations de Fischer, on est frappé qu'un certain nombre de guérisons complètes sont signalées permettant une survie fort longue sans qu'aucun accident cardiaque soit mentionné comme conséquence du trauma. A côté il y a des faits où les troubles circulatoires suivent de près la blessure et provoquent la mort au bout d'un temps plus ou moins long par le processus habituel des affections cardiaques.

Il serait intéressant de rechercher quelles étaient les conditions anatomiques différentes des blessures ayant des effets aussi dissemblables.

Il semble qu'un premier groupe des plaies du cœur, dans lequel la paroi ventriculaire seule est blessée et où les piliers valvulaires et les valvules restent intacts, n'entraîne à sa suite aucune complication. Dans un deuxième groupe, la lésion des parties constituantes des appareils valvulaires est rapidement suivie de troubles fonctionnels sérieux.

Ne pourrait-on donc supposer que les lésions exclusivement pariétales seront d'un pronostic favorable au point de vue des conséquences éloignées du traumatisme, tandis que les blessures de l'appareil valvulaire entraîneront toujours un pronostic beaucoup plus sérieux ?

Ces déductions sembleraient logiques, si d'autre part l'expérimentation (Rosenbach. *Arch. f. experim. pathol. und pharmacologie*, 1878, t. IX, p. 1) ne démontrait l'extension fréquente aux orifices du cœur d'un processus phlegmonique engendré en un point quelconque de l'endocarde par une blessure. La propagation inflammatoire aux orifices amènerait donc bientôt un rétrécissement ou une insuffisance et les mêmes désordres se trouveraient créés sans qu'aucune distinction pût être faite entre les plaies pariétales et les plaies intéressant les piliers valvulaires. » (Nélaton.)

La statistique de Fischer était trop incomplète pour permettre à Nélaton de vérifier son hypothèse. De la lecture des observations de Loison et de celles que nous avons recueillies il résulte que trop souvent, dans les cas de survie d'assez longue durée, les auteurs négligent de nous renseigner sur l'état du cœur.

Le plus souvent il existe des signes de symphyse cardio-péricardique qui sont constatés à l'autopsie (Conner, Karlinski, Steudener, Thilo); mais dans quelle mesure cette symphyse entravait-elle les fonctions du cœur ? Nous ne possédons aucune donnée précise à cet égard. Dans tous les cas, il ne semble pas que cette symphyse ait dû apporter une grande gêne, puisque les blessés survécurent tous un temps assez long : trois ans pour le malade de Conner; onze ans pour celui de Karlinski; quinze semaines, Steudener, et soixante-trois jours, Thilo.

Les lésions du côté de l'appareil valvulaire sont-elles fréquentes ?

Le malade de Conner présentait en même temps que sa symphyse une affection valvulaire persistante. L'autopsie démontre l'existence d'un canal large d'un quart de centimètre faisant communiquer les deux ventricules au niveau de l'infundibulum

pulmonaire de l'oreillette droite. On avait observé des phénomènes d'endocardite dès le cinquième jour après la blessure.

Zismann signale que son blessé présentait le quinzième jour un souffle au cœur avec augmentation de la matité précordiale sans que l'autopsie nous renseigne sur la cause.

Nélaton rapporte dans sa thèse d'agrégation un casd e Verchère dans lequel on vit s'installer six jours après la blessure un souffle présystolique ayant son maximum à la pointe, et lors de la sortie du malade vingt-cinq jours après l'accident il subsistait à la pointe un double souffle d'insuffisance et de rétrécissement mitral qui fut encore constaté trois semaines après.

Schmidt constate chez son malade un souffle cardiaque intense dû à la déchirure des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire.

Le blessé de Fignez qu'opéra Tuffier présentait avant l'opération des phénomènes d'oppression avec dédoublement du premier bruit à la pointe, dix jours après l'opération on constatait un enrouement du premier bruit à tous les orifices, plus marqué à l'orifice aortique. Le deuxième bruit aortique était un peu retentissant. Cependant la balle était seulement enkystée dans la paroi. Il semblerait donc que l'hypothèse de Nélaton fût ici mise en doute et qu'une blessure non perforante du cœur déterminât rarement une inflammation de l'endocarde entraînant à sa suite des lésions orificielles.

Le malade de Prodrez présentait lors de sa sortie un rythme pendulaire, mais les bruits étaient clairs et normaux. Les malades de Schubert, Noll et Launay guérissent sans lésion cardiaque.

En somme peu de complications du côté du cœur. Rosenbach nous explique la cause de cette rareté. Il résulte en effet de ses expériences venant à l'appui de l'hypothèse de Klebs et de Conheim que par le fait même de la blessure la puissance systolique du muscle cardiaque se trouve considérablement augmentée et « nous avons là un élément de réparation évident pour les accidents immédiats lorsque le myocarde est dans un parfait état d'intégrité » (Nélaton). Le myocarde sain résiste et déploie une énergie capable de rétablir rapidement ou d'emblée la comparation.

Comme toute endocardite évoluant normalement, l'endocardite traumatique peut quelquefois être l'origine d'une embolie. Tel fut le cas du blessé de Zismann chez lequel on constata un souffle le quinzième jour et qui le seizième et le vingt et unième présenta une gangrène des deux jambes.

Chez les malades de Key et Ronau et de Verger l'embolie cardiaque se localisa dans le cerveau et détermina des phénomènes de paralysie qui disparurent au bout d'une quinzaine de jours, chez le premier, au bout d'un mois seulement chez le second.

La fréquence de la blessure de la plèvre et du poumon explique que leur réaction vienne très souvent augmenter dans une notable mesure la léthalité.

La pleurésie apparaît à des dates variables. Tantôt très précoce comme dans le cas de Poncet où cependant le malade ne mourut que trois mois et demi après l'accident, elle peut quelquefois n'apparaître que plus tardivement (treizième jour par exemple) et la mort suivre de près (vingt-huitième jour). Le malade de Schmidt ne meurt qu'au bout d'un mois, celui de Ferran la sixième semaine.

Quand le poumon participe à l'infection, la pneumonie évolue sous ses formes habituelles : le malade de Polaillon chez lequel la pneumonie est constatée le dix-huitième jour, meurt le vingt-quatrième, celui de Rose succombe le douzième jour, celui de Tchekunoff le dixième.

Du côté des organes voisins de la cavité thoracique atteints par les balles, les complications infectieuses mortelles existent mais sont assez rares. Tillaux nous rapporte un cas où existait une poche hémato-purulente sous-diaphragmatique, le malade de Kumar succomba à un plegmon péri-néphrétique. Il est vrai de dire que chez ce dernier la mort fut causée aussi bien par ce phlegmon local que par une pyohémie.

Dans une autre catégorie de complications infectieuses la mort est due à une maladie générale, cette infection généralisée étant considérée comme le passage dans le système circulatoire des germes morbides développés localement par la blessure.

Il y a lieu de signaler le cas de Mosetig-Moorhof, dans lequel le malade porteur d'une pleurésie qui nécessita la thoracentèse succomba à des phénomènes d'urémie.

Dans le relevé statistique que nous avons présenté ci-dessus figurent certains cas de mort plus ou moins retardée sous la rubrique, cause inconnue. Sans que l'on puisse affirmer rétrospectivement l'origine de la mort, il faut envisager deux processus sur lesquels l'attention n'est pas assez souvent attirée, la mort par embolie gazeuse et par embolie provenant du transport à distance du projectile.

L'embolie gazeuse, dit Prodrez, est une cause fréquente de mort. Chauveau et Marey (Marey. *Circulation du sang*, Paris 1881), Golz et Gaule (*Arch. f. die. gesamete Physiologie*, 1878) ont montré que la pression dans les cavités cardiaques étant assez haute dans la systole s'abaisse pour devenir négative dans la diastole, d'où possibilité d'entrée de l'air dans le cœur, s'il y a communication par une plaie avec l'extérieur. On peut donc expliquer par ce procédé la mort dans les cas où on n'a constaté ni shock, ni hémorragie, ni autres phénomènes communs.

D'un autre côté on a pu constater à l'autopsie la fréquence de balles ou de fragments de projectile dans les cavités cardiaques (Trendelenburg, *XXXe Congrès de la Soc. all. de Chir.*). Par ses expériences multiples, Homolle (Th. Paris, 1906) a démontré la possibilité pour des corps étrangers de séjourner dans le cœur. Or, ces projectiles peuvent sous l'influence d'une contraction plus violente se détacher et suivant le cours du sang aller se fixer dans une partie quelconque du corps. O. Pertik, Schmith, Schloffer rapportent des cas d'embolies par projectiles dans lesquelles la balle fut retrouvée dans la lumière d'une veine du foie, dans l'artère crurale,

dans l'artère axillaire, déterminant dans le dernier cas des troubles trophiques du muscle supérieur.

Il suffit de signaler ce fait pour qu'à l'autopsie des cas où l'on ne trouve pas d'explication à la mort du blessé on songe à chercher dans la lumière des gros vaisseaux s'il n'existerait pas un fragment de projectile ayant joué le rôle de thrombus mortel.

Enfin et en dernier lieu il faut signaler les cas dans lesquels le malade, en apparence guéri, quitte l'hôpital, reprend son travail, puis quelque temps après meurt subitement, le plus souvent en faisant un effort. L'autopsie montre ou bien un anévrisme rompu ou bien une cicatrice ayant cédé sous l'influence de l'effort. La statistique de Loison contient 9 cas de ce genre.

Guérison spontanée des plaies du cœur.

Jamain trouve 16 guérisons sur 121 cas
Zanelli — 18 — — 152 —
Laforgue — 16 — — 56 —
pour Fischer la proportion est de 8 p. 100.

Loison ne rapporte aucun cas de guérison spontanée. Nous partageons sa réserve. Dans combien de cas en effet n'arrive-t-il pas que de la position de l'orifice d'entrée de la balle on conclut à une blessure du cœur. Un traitement médical, du repos suffisent à obtenir une guérison rapide. Or sans contrôle anatomique, il est à peu près impossible d'affirmer l'existence d'une blessure du cœur, le diagnostic étant trop incertain pour que l'on puisse inférer d'une blessure de la région cardiaque à l'existence réelle d'une plaie du cœur.

Cependant il est rationnel de croire à la possibilité d'une guérison spontanée des plaies du cœur, encore que cette hypothèse soit assez rare dans les cas de plaies par armes à feu, où les dégâts sont toujours assez considérables.

Bonome et Martinotti qui ont étudié la question de la cicatrisation des plaies du cœur concluent qu'il se forme du tissu fibreux aux dépens du tissu cellulaire interstitiel, mais sans soudure des lèvres de la plaie. A travers ces lèvres non réunies il peut se produire un anévrisme ou une rupture du cœur. On en revient dès lors aux cas de mort retardée que nous avons déjà envisagée.

Guérison provoquée. Suture du cœur.

Nous poserons d'abord comme principe que nous n'entrerons pas dans les questions de traitement des plaies du cœur. Les nombreux mémoires de Guibal, de Raymond et Terrier, les discussions dans les Congrès et à la Société de Chirurgie de Paris ont élucidé cette question au point de vue opératoire. Nous nous contenterons de montrer la légitimité de l'intervention et dans quelles mesures la technique opératoire nouvelle a modifié le pronostic des blessures du cœur par armes à feu.

C'est en mars 1899 que Marion tenta le premier la suture du cœur dans un cas de blessure par arme à feu, c'est donc seulement à partir de cette période que nous établirons notre statistique comparative.

Le mémoire de Loison étant de mars 1899 nous ne pouvons lui emprunter aucun élément.

Depuis 1899 nous avons relevé 31 observations sur lesquelles nous constatons 23 morts soit 74, 5 p. 100 ce qui, nous le voyons au premier abord, nous laisse bien en arrière des statistiques antérieures où l'on avait 91, 6 p. 100 de morts (Fischer) ou 97,2 (Loison). Sur ces 31 observations il y en a onze dans lesquelles la mort fut immédiate c'est-à-dire dans lesquelles toute intervention fut impossible. Nous restons donc en présence de 21 cas, dans lesquels un traitement chirurgical put être tenté. Il le fut chaque fois et huit fois l'opération amena la guérison du malade — la proportion de la mortalité devient dans ces conditions de 64, 6 p. 100. Ces simples chiffres sont assez éloquents comparés aux précédents, pour que nous n'ayons pas à faire ressortir tout l'avantage qu'il y a à opérer les malades chez lesquels le diagnostic permet d'affirmer une plaie cardiaque, encore que parmi les 14 décès opératoires il faille en citer un dû à une péritonite qui causa la mort quelques heures après l'opération (Rotfuchs). Le malade de Wolff survécut onze jours à l'opération et mourut d'un empyème.

Mais la suture, lorsqu'elle peut être faite, est-elle un moyen de guérison définitive et met-elle à l'abri des accidents cardiaques, principalement de l'anévrisme du cœur que nous avons vu précédemment être souvent la cause de morts retardées? Cette question s'impose puisque nous avons vu plus haut Bonome et Martinotti dire que dans la cicatrisation spontanée il n'y avait pas soudure des lèvres de la plaie. Existe-t-elle lorsqu'il y a suture ?

Elsberg a étudié très soigneusement le processus histologique de la suture des plaies du cœur.

Les fibres cardiaques ne possèdent pas de sarcolemme et s'anastomosent de telle sorte que le cœur peut être considéré comme une seule fibre musculaire richement ramifiée. Les fibres musculaires qui comblent la surface cicatricielle proviennent pour les uns des fibres du tissu conjonctif interfibrillaire, pour d'autres de fibres nouvelles émanées des anciennes. Mais d'une façon générale, il y a peu de fibres musculaires dans la cicatrice qui se comble surtout de tissus fibreux.

Quand il y a eu suture par surjet, la ligne, dit Elsberg, est uniquement composée de tissu conjonctif. Quand il y a eu points séparés, le tissu conjonctif n'existe qu'autour des sutures et les fibres musculaires normales remplissent l'espace laissé entre elles. Ce qui fait qu'Elsberg préfère la suture à points séparés au surjet, l'interposition de fébrilles musculaires consolidant la cicatrice et exposant moins à une dilatation anévrismatique qu'une cicatrice fibreuse. M. Cornil ayant examiné le cœur d'une chienne opérée par Léo trouve, bien que la suture ait été faite à points séparés, presque uniquement du tissu fibreux, il ne rencontre quelques fibres musculaires que sous l'endocarde ; à la limite du tissu cicatriciel, entre lui et le tissu musculaire se présentent quelques îlots arrondis de calcification.

L'autopsie du malade de Launay mort de typhoïde deux ans après l'opération vérifie cette constatation.

« Sur le ventricule gauche, dit le rapporteur, existent deux dépressions facilement visibles au niveau

desquelles les tissus sont restés souples... Après ouverture du ventricule gauche on remarque que la cicatrice inférieure se trouve exactement au niveau du pilier mitral antérieur et qu'une zone cicatricielle blanche est aperçue profondément derrière la valve mitrale gauche... Sur l'endocarde on voit une cicatrice longue de deux centimètres et demi tranchant vivement par sa teinte blanchâtre sur les colonnes charnues voisines.

« Cette cicatrice s'étend du pilier antérieur jusqu'au niveau de l'insertion de la valve mitrale... A ce niveau la saillie des colonnes charnues est modifiée, la cicatrice est légèrement déprimée. Il n'existe aucun enfoncement au niveau des orifices d'entrée et de sortie. »

Devant l'importance d'une telle intervention l'observation clinique des plaies du cœur ne devient plus un simple fait de curiosité. Par l'étude attentive des symptômes qu'elles présentent, le diagnostic auquel elle conduit, le chirurgien peut intervenir efficacement en faveur du blessé. Il est donc de première nécessité de nous attarder un peu longuement sur les symptômes des plaies du cœur et sur les moyens que nous avons à notre disposition pour en amener aussi solidement que possible le diagnostic.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE PRATIQUE

UN MOYEN PRATIQUE D'UTILISER LE PERMANGANATE POUR LA DÉSINFECTION DES EAUX

D'après M. DEBUCHY.

Parmi les procédés chimiques qui ont été préconisés ces derniers temps pour la désinfection de l'eau, celui au permanganate de potasse a été plus particulièrement recommandé.

Il présente malheureusement l'inconvénient d'obliger aussi à la neutralisation de l'excès du permanganate employé, d'où addition secondaire d'hyposulfite de soude, de carbonate de soude qui modifiera nécessairement la qualité primitive des eaux en traitement.

Dans l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique [9 fév. 1910 (1)], M. Debuchy a proposé un nouveau réducteur, la *résorcine*.

« Si l'on dissout, par exemple, dit-il, vingt-cinq centigrammes de permanganate de potasse dans un litre d'eau, il suffit de 25 centimètres cubes d'une solution de 0g 20 de résorcine dans 100 centimètres cubes d'eau, soit par suite 0g 05 de résorcine, pour obtenir, dans un délai de quelques minutes, la réduction complète du permanganate, une simple filtration sur coton hydrophile ou papier opère la séparation des oxydes précipités, pour donner une solution claire, limpide, sans traces de manganèse, et absolument neutre au réactif tournesol. Il a donc suffi de 20 p. 100 au plus du poids du permanganate de potasse. Mais ce chiffre, déjà très faible, le devient plus encore, si l'on considère que l'on n'aura à agir dans une purification que sur l'excès du permanganate employé.

Si nous nous en tenons à la purification de l'eau ordinairement en service à Paris, nous pourrons abaisser encore ce chiffre de résorcine.

On sait, en effet, que pour purifier un litre d'eau ordinaire on dépense de 3 à 4 centigrammes de permanganate. Si nous dissolvons donc 3 centigrammes dans un litre d'eau, que nous abandonnons au repos 2 à 3 heures par exemple, nous constatons qu'il nous faut 4 milligrammes de résorcine pour la réduction complète, alors qu'en faisant cette réduction, immédiatement sans temps de repos, il nous faudrait 5 milligrammes.

Nous nous résumerons en disant : pour purifier un litre d'eau il suffira d'y dissoudre 3 centigrammes de permanganate de potasse, de laisser reposer 2 à 3 heures, puis d'y ajouter 4 milligrammes de résorcine : la réaction se fait presque instantanément (5 minutes au plus); aussitôt sa couleur virée au jaune brun, filtrer sur coton hydrophile ou sur papier. Naturellement si on élève la quantité de permanganate à 4 ou 5 centigrammes, il suffira d'augmenter proportionnellement la quantité de résorcine. »

Il s'agit donc là d'un procédé sûr et rapide susceptible de rendre des services et digne d'attirer l'attention des hygiénistes.

(1) *Bull. gén. de thér.*, t. CLIX, 7e livr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 MARS 1910)

Radioactivité persistante de l'organisme résultant de l'injection intraveineuse d'un sel de radium insoluble et sur ses applications. — M. le professeur BOUCHARD présente une note de MM. DOMINICI, PETIT et JABOIN sur ce sujet.

Suivant la méthode indiquée précédemment par MM. Dominici et Faure-Beaulieu, les auteurs, dans le service du professeur Petit (d'Alfort), ont injecté à un cheval, au mois de juillet dernier, un sérum isotonique contenant un milligramme (mille microgrammes) de radium insoluble, procédé Jaboin. Non seulement l'injection a été supportée sans inconvénient, mais elle a exercé une influence favorable sur la nutrition et l'état général du cheval.

La radioactivité des urines et du sang a été dosée à de nombreuses reprises. Ces expériences ont prouvé que l'injection du sel de radium insoluble a été suivie d'une décharge relativement abondante mais passagère de ce sel, après laquelle l'élimination est devenue remarquablement faible en suivant une progression décroissante, laissant une partie de ce sel fixée dans l'organisme. La radioactivité persiste plus de six mois après l'injection du sulfate de radium insoluble. C'est la démonstration formelle de la radioactivité permanente du sang, partant de l'organisme tout entier, consécutive à l'injection intraveineuse de sulfate de radium insoluble.

Il est logique de supposer que cette diffusion prolongée d'émanation est capable d'agir sur la constitution intime des tissus et d'en changer la physiologie. Ces transformations, peu accusées chez l'animal normal, sont susceptibles de modifier les liquides organiques, notamment le sérum, au point de leur conférer des propriétés thérapeutiques spéciales.

Sur les dimensions du cæcum et la typhlectasie. — M. R. ROBINSON a examiné 50 cæcums sur cadavre, il en a trouvé 3 tout petits, 37 normaux et 10 très dilatés et plongeant dans le bassin. L'auteur a constaté le même fait sur la table d'opération dans les hôpitaux.

L'auteur s'est demandé d'où venait cette *typhlectasie* comme il propose de l'appeler. Les herbivores et les fructivores sont pourvus d'un gros cæcum, mais parce que leurs aliments laissent beaucoup trop de déchets. Ils ont une *typhlomégalie*.

L'homme civilisé étant plutôt carnivore aurait dû avoir un cæcum plus petit. M. R. Robinson pense que c'est précisément parce que l'aliment carné se réduit en un petit bol jusqu'à l'arrivée au cæcum, que ce dernier n'est pas énergiquement sollicité pour se contracter et parce que ce résidu étant très toxique irrite la paroi et fatigue la musculature qui se laisse dilater.

Action des rayons ultra-violets sur les trypanosomes. — MM. H. Bordier et R. Horand.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 MARS 1910)

Caractères généraux de poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. Fernand Bezançon et Henri de Serbonnes reprennent l'étude de la marche intermittente de la tuberculose pulmonaire chronique en étudiant isolément les poussées évolutives à la façon de véritables maladies infectieuses aiguës et ils en examinent successivement les symptômes généraux, fonctionnels et physiques. Ils remarquent ainsi que la courbe thermique des poussées dont les modalités cliniques peuvent être assez variables présente cependant trois caractères primordiaux. Elle est cyclique, elle a une allure rémittente et ne présente pas, en général, de stade d'hypothermie terminale. La défervescence se fait lentement et la température se maintient finalement d'une façon chronique un peu au-dessus de 37 degrés. La pression artérielle baisse au moment des poussées et se relève légèrement vers la fin tout en restant toujours, dans l'immense majorité des cas, au-dessous de la normale. Le relèvement de la pression se fait également d'une façon, en quelque sorte chronique. De même, si l'on trouve une phase éphémère de rétention chlorurée, l'on voit qu'au moment de la convalescence il se produit de grosses débâcles chlorurées et chroniques. La courbe leucocytaire présente les trois stades de polynucléose, mononucléose et éosinophilie, mais, tandis que la polynucléose initiale est extrêmement transitoire, l'éosinophilie terminale, au contraire, se prolonge d'une manière en quelque sorte indéfinie.

Les anticorps ont une courbe oscillante assez spéciale et sans aucune régularité. Néanmoins, au moment de la convalescence, on assiste à un relèvement des agglutinines et des précipitines. A ce moment, la cuti-réaction est également plus intense. L'expectoration des tuberculeux subit également pendant la poussée certaines modifications quantitatives et qualitatives parmi lesquelles la plus importante est la production de décharges de bacilles de Koch.

Tous ces caractères : température cyclique, abaissement de la pression artérielle avec relèvement, rétention chlorurée suivie de débâcle, augmentation des agglutinines et des précipitines au moment de la convalescence, courbe leucocytaire passant par les trois stades de polynucléose, mononucléose et éosinophilie rapprochent la poussée évolutive des maladies infectieuses en général. Mais la chronicité des phénomènes terminaux et l'absence de crise qu'elle entraîne font de la poussée évolutive une infection fort particulière qui s'individualise nettement et qui peut, par suite, être distinguée des infections secondaires que l'on rencontre chez les tuberculeux. Cette connaissance des poussées évolutives donnera, par suite, d'utiles renseignements au point de vue de l'évolution générale de la maladie et constitue un des meilleurs éléments de pronostic que nous ayons à notre disposition pour apprécier l'évolution de la tuberculose.

Crises d'épilepsie accompagnées de polynucléose céphalo-rachidienne transitoire. — MM. Mosny et Marcel Pinard rapportent l'observation d'un malade atteint de crises d'épilepsie identiques aux crises classiques d'épilepsie essentielle et accompagnées de polynucléose céphalo-rachidienne. Les premières crises apparues à l'âge de cinquante ans sont périodiques, revenant tous les mois, surtout nocturnes. Après les crises on trouve une réaction céphalo-rachidienne abondante : polynucléose pure variant de 20 à 200 par champ microscopique suivant les crises.

Dans l'intervalle des crises la réaction est nulle ou bien il n'y a que quelques lymphocytes (2 à 4 par millimètre cube à la cellule de Nageotte).

Quelle est la nature de ces crises ? Nous l'ignorons et nous devons nous contenter d'indiquer que ni l'urémie, ni la syphilis, ni le saturnisme ne sauraient être mis en cause. Nous supposons qu'il s'agit là de raptus congestifs locaux, transitoires, banals, des centres nerveux et de leurs enveloppes, ressortissant aux causes les plus diverses, et dans la genèse desquels on ne saurait en tous cas faire intervenir ni l'accroissement de la tension artérielle, ni l'existence d'un processus inflammatoire.

Lipomes symétriques et circonscrits à topographie radiculaire. — MM. A. Clerc et Thibaut. Il s'agit d'une femme de soixante-neuf ans, entrée à l'infirmerie des Ménages pour une arthrite aiguë du poignet gauche à l'occasion de laquelle on constata l'existence de nombreuses petites tumeurs disséminées le long des membres supérieurs et à la partie supérieure de la cuisse, la face, le cou et le tronc étant respectés; ces tumeurs de grosseur variable, sont absolument indolores, la pression les fait rouler sur les plans profonds et la peau n'offre aucune lésion à leur niveau ; leur consistence est semi-molle, semi-élastique et donne une sensation de lobulation; leur grosseur varie de celle d'une noisette à celle d'une mandarine. La distribution des tumeurs est sensiblement symétrique et leur topographie radiculaire des plus nettes. Il s'agit de lipomes circonscrits et non de maladie de Dercum, car il n'existe ni douleur, ni asthénie, ni troubles psychiques bien que l'émotivité soit excessive. L'affection s'est développée insidieusement, le début remonte à trente ans, et la ménopause n'a exercé aucune influence. Les auteurs, en adoptant une dénomination générale, font remarquer combien à la limite le diagnostic peut devenir délicat entre la lipomatose symétrique et la maladie de Dercum (forme circonscrite), car cette dernière peut ne représenter qu'une forme spéciale de la première, car les troubles généraux acquièrent un maximum d'intensité. Chez la malade en question, l'existence d'arthrites successives et qui ont guéri prouve l'influence de l'arthritisme; quant à l'influence du système nerveux, elle est indéniable, soit qu'on puisse invoquer une trophonévrose véritable, soit que le système nerveux soit intervenu pour réglementer la distribution des tumeurs comme il le fait dans tant d'autres manifestations cutanées.

M. Antonin Poncet. Il ne peut y avoir de doutes sur la nature des tumeurs multiples présentées par cette malade. Il s'agit de lipomes sous-cutanés multiples, plus ou moins symétriques.

L'auteur a vu des malades tout à fait semblables, chez lesquels, de tels lipomes étaient d'origine tuberculeuse. Il croit donc, que dans un pareil cas, il faut songer pathogéniquement parlant à la tuberculose, et cela, d'autant mieux, que cette femme a eu des polyarthrites au début de l'apparition de ces lipomes.

Rhumatisme articulaire tuberculeux et lipomatose circonscrite marchent volontiers ensemble.

Ictères leucopathiques mixtes. — M. Emile Feuillié rapporte quatre observations d'ictères présentant les caractères mixtes d'ictères par rétention et d'ictère hémolytique; il y avait à la fois fragilité globulaire et décoloration des matières fécales.

Ces ictères semblent dus à un barrage des voies biliaires par une infiltration et un exode d'origine leucopathique. Cette

notion de barrage biliaire n'implique pas que l'ictère n'est pas hépatogène. Ictère hémolytique n'est pas synonyme d'ictère hépatogène. La discussion reste ouverte, le nombre d'ictères hémolytiques, hépatogènes se restreint.

Influence des évacuations minimes sur la résorption des épanchements pleuraux. — M. Lévy-Valensi et Mlle Pouzin ont observé 5 cas de pleurésie séro-fibrineuse dont les signes disparurent à la suite d'évacuations de 10 à 20 centimètres cubes. Ils croient que dans certaines conditions les évacuations minimes suffisent à amorcer ce processus de résorption.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 MARS 1910)

Apparition en masse de myéloblastes non granuleux au cours de la leucémie myéloïde. — MM. Ed. Rist et Henri Béclère. Dans trois cas de leucémie myéloïde typique suivis dans le service de M. Béclère, les auteurs ont vu apparaître à un moment donné des éléments qui, jusqu'ici, n'y ont pas été signalés. Il s'agit, d'après eux, de myéloblastes identiques morphologiquement aux éléments caractéristiques de la leucémie lymphoïde aiguë. Ces faits établissent un lien évident entre la leucémie aiguë et la leucémie myéloïde.

Guérison du tétanos expérimental à la période de contracture. — M. Jean Camus a traité des chiens tétaniques par des injections intra-rachidiennes d'un mélange fait à l'étuve, d'émulsion encéphalique et de sérum anti-tétanique. Les animaux traités ont survécu et ont conservé un excellent état général, ils ont gardé seulement de la raideur du membre injecté avec la toxine.

Les chiens témoins ou traités par l'injection intra-rachidienne de sérum anti-tétanique seul ou d'émulsion cérébrale seule ont tous présenté des accidents mortels de tétanos généralisé.

M. Jean Camus présente à la Société un groupe de trois animaux sur lesquels il a expérimenté récemment. Il s'est écoulé quatre jours entre l'injection de toxine tétanique et le traitement préconisé par l'auteur. Le chien traité par la méthode indiquée ci-dessus avait des contractures depuis quarante-huit heures. Il est à l'heure actuelle bien portant. Le témoin est mourant avec le tableau typique du tétanos généralisé. Un troisième chien traité par le même mélange (substance cérébrale et antitoxine) mais en injection sous-cutanée a des accidents généralisés, mais qui paraissent moins accentués que ceux présentés par le témoin.

Le séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Porges. — MM. Tanton et E. Combe. La réaction de Porges a été expérimentée sur 33 échantillons de sérums. Sur 20 syphilitiques, elle a été positive 12 fois, elle a été négative avec 13 sérums non syphilitiques.

Le précipité apparaît en moyenne au bout de vingt heures.

L'emploi de solutions, même un peu anciennes (un mois), de glycocholate de soude donne des résultats identiques à ceux obtenus avec des solutions fraîches.

Les réactions de Porges et de Wassermann, pratiquées parallèlement dans 16 cas, ont concordé 12 fois et été en discordance 4 fois. Dans ces derniers cas, la réaction de Wassermann était positive et celle de Porges négative. Le cas contraire n'a pas été observé. La réaction de Porges a toujours été négative chez des sujets non syphilitiques; elle est plus fréquente aux périodes primaire et secondaire de l'infection syphilitique.

Moins sensible que la réaction de Wassermann, la réaction de Porges a sur cette dernière l'avantage d'être plus simple et plus pratique, tout en paraissant aussi spécifique.

Anaphylaxie à la substance grise cérébrale. — M. P. Armand-Delille est arrivé, bien que certains auteurs en aient nié l'existence, à obtenir l'anaphylaxie pour la substance grise des centres nerveux.

En faisant à des lapins, par voie sous-cutanée, une injection anaphylactisante d'une émulsion d'écorce grise de chien, ces lapins sont tués par une injection intra-veineuse d'une semblable émulsion, pratiquée trois semaines après. On obtient donc ainsi chez le lapin, le phénomène de Théobald Smith. Par contre quelle que soit la dose préparatoire employée, on ne peut par ce procédé anaphylactiser le cobaye, c'est donc le contraire de ce qu'on observe avec le sérum.

Le fait intéressant à signaler, c'est qu'en faisant varier soit l'antigène, soit l'espèce inoculée, on fait varier les conditions de l'anaphylaxie.

Etude biologique d'un cas de ladrerie chez l'homme. — MM. Albert Robin et Noël Fiessinger. Dans un cas de ladrerie dû au cysticercus cellulosæ du tœnia solium, les auteurs ont mis en évidence les réactions suivantes : toxicité anaphylactisante du liquide des kystes, intradermoréaction positive avec le liquide kystique mais sans spécificité, éosinophilie locale intense à mononucléaires et à polynucléaires. L'absence de réaction de fixation du complément sur le liquide du kyste et l'absence d'éosinophilie sanguine permettent d'affirmer que cette toxicité « reste locale ».

Les modifications et altérations du chondrome des cellules hépatiques chez les mammifères. — MM. Noël Fiessinger et Louis Lyon-Caen étudient les modifications des mitochondries chez le lapin, le chien et le cobaye au cours de l'hypersécrétion biliaire artificielle (injection d'hémoglobine) et au cours des intoxications. Il résulte de leurs constatations que les mitochondries à forme bacillaire se modifient et se transforment en granulations arrondies sous ces diverses influences.

Variations de la conductibilité électrique du sérum sanguin. — MM. Javal et Boyet. La cryoscopie du sérum sanguin donne une mesure de sa concentration moléculaire globale, la résistance électrique, ou inversement sa conductibilité permettent d'apprécier la part qui, dans la concentration totale, revient aux substances salines à l'exclusion des molécules organiques. Ces deux procédés d'étude se complètent donc utilement.

Nous avons examiné par ces méthodes physiques 39 sérums recueillis chez des malades atteints d'affections diverses. Il ressort de nos recherches que la conductibilité des sérums progresse assez régulièrement en même temps que leur richesse en chlorures.

La conductibilité du sérum passe pour être chez l'homme sain extrêmement fixe. Dans les cas pathologiques on voit de grandes variations, et il n'y a pas plus isoconductivité d'un malade à l'autre que d'un liquide à l'autre chez le même malade.

Les augmentations de la conductibilité électrique du sérum sanguin sont le témoin de la chlorurémie.

FORMULAIRE

CONTRE LES FISSURES ANALES

Antipyrine....................	4 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.......	0g05
Extrait thébaïque.............	0g10
Axonge........................	30 grammes

(Huchard.)

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU MANIFESTE CONTRE LE CONCOURS D'AGRÉGATION

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

Paris, le 12 mars 1910.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Nous faisons appel à votre obligeance pour vouloir bien insérer dans vos colonnes la note rectificative suivante.

Avec tous nos remerciements, veuillez agréer l'expression de nos sentiments très distingués.

Il a paru dans différents journaux, et sous forme de circulaire, un « manifeste » émanant d'un « Comité d'action contre l'agrégation ».

Ce Comité d'action se dit issu de groupements professionnels, parmi lesquels figurerait la « Société de l'Internat des hôpitaux de Paris ».

Le bureau de la Société de l'Internat déclare qu'il ignorait l'existence de ce Comité d'action, et qu'aucun des membres de la Société n'a reçu mission de l'y représenter.

Une commission spéciale, nommée en 1908, a seulement organisé un *Referendum* sur le concours de l'agrégation.

Ce referendum a pour but de permettre à chacun des membres de la Société d'exprimer son opinion personnelle.

Le résultat n'en sera connu que le 17 mars 1910.

En conséquence, le bureau désavoue les textes qui ont pu mettre la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris en cause dans le « manifeste » dont il s'agit.

LE BUREAU DE LA SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

UN BILLET DE BANQUE PATHOLOGIQUE. — C'est du nouveau billet de cent francs qu'il s'agit. Notre confrère Durante vient de faire à la Société médico-historique une communication d'où il résulte que le nouveau billet est atteint de tares physiologiques graves.

Tout dégénère, les modèles eux-mêmes, si nous en jugeons d'après ceux qui ont servi au peintre Luc Oliver Merson.

Voici d'abord l'enfant qui occupe le recto du billet, à gauche. Solidement campé sur son pied gauche, il ne touche qu'avec peine le sol de la pointe du pied droit, et ceci, bien que la jambe soit parfaitement droite et que le bassin, relevé à gauche par un déhanchement naturel, s'abaisse fortement du côté droit. Conclusion : le membre inférieur droit doit avoir 8 à 10 centimètres de moins que le gauche, peut-être même davantage.

Cependant on ne trouve pas trace d'atrophie. Il ne s'agit donc pas d'un arrêt de développement, suite de paralysie infantile. La rectitude du membre sur le tronc permet d'éliminer la coxalgie. On ne peut incriminer le rachitisme. Pas de déformation du crâne, pas de brièveté du membre inférieur ou de la cuisse, permettant d'invoquer l'achondroplasie.

On est donc amené à admettre que le peintre a dû prendre comme modèle « un enfant atteint d'un arrêt de développement simple, d'une pure micromélie congénitale et partielle, affection très rare, sur laquelle nous ne possédons encore que peu ou pas de documents ».

M. Durante critique ensuite le *mouton* que tient cet enfant. « Couvert de laine blanche sur la tête et le tronc, il paraît complètement dépourvu de poils sur les membres, qui sont couleur chair. Il y a là une affection de la peau à localisation très spéciale.

Près de l'enfant, une *paysanne* debout appuie sur le cadre central son bras gauche jusqu'au coude. Bien que l'avant-bras ne soit pas soutenu, la main tombe presque à angle droit. Il y a certainement là une paralysie des extenseurs.

Reste enfin l'*ouvrier* qui occupe le verso. Pourquoi sa main gauche s'appuie-t-elle sur sa cuisse droite, ce qui semblerait nécessiter une rotation en avant de l'épaule qui fait défaut ?

Cette position rappelle celle du monoplégique qui, lorsqu'il s'assied, ramène avec l'autre main ou lance en quelque sorte sur ses genoux, par un mouvement de rotation du tronc, son membre paralysé qui vient souvent s'accrocher sur la cuisse du côté opposé. Cette main, du reste, à la paume étalée, aux premières phalanges étendues et aux deuxième et troisième phalanges fléchies, rappelle certaine griffe cubitale, comme la paysanne fait penser à la paralysie radiale. »

En résumé :

Monoplégie ou paralysie cubitale de l'ouvrier, paralysie radiale de la paysanne, affection épilante du mouton, et surtout micromélie partielle considérable de l'enfant, telles sont les tares physiologiques que nous montre le nouveau billet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Sentex (de Saint-Sever).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 7, 12 fév. 1910.) G.-H. Lemoine : Le rôle des porteurs de germes dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. — H. Huchard : La bradydiastolie (tachycardie ou bradycardie diastolisante). — Gaucher : Affections cutanées causées par les champignons parasites hyphomycètes. — Salignat : Un procédé simple pour le traitement de la gangrène sèche diabétique. — (N° 8, 19 fév.) Le Gendre : Quelques commentaires sur le secret professionnel. — Nobécourt : Péritonite à pneumocoques. — Guisez : Quelques faits pratiques de broncho-œsophagoscopie.

Journal médical français. — (N° 1, 15 janv. 1910.) F. Besançon et A. Philibert : Revue critique des nouveaux moyens de diagnostic pratique de la tuberculose. — Ch. Achard : Leuco-réaction à la tuberculine. — J. Castaigne et F.-X. Gouraud : Les urines des tuberculeux. Importance de leur étude pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose. — André Bergeron : La recherche des bacilles de Koch dans les crachats. — (N° 2, 15 fév.) Ch. Dopter et L. Boidin : Les symptômes et le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique. — R. Cruchet : Etude critique sur les rapports de la méningite cérébro-spinale et de la paralysie infantile. — Dujarier et Guénot : De la rachistovaïnisation. — P. Sainton : La valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans les syndromes d'origine nerveuse. — Ch. Dopter : La prophylaxie et le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10f par an.** L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Lecture des copies : Anatomie pathologique.* — Séance du 15 mars. — MM. Salomon et Deguy, 7 ; Armand-Delille, Aubertin et Philibert, 8.

Symptomatologie. — Séance du 15 mars. — MM. Léri, 10 ; Halbron, 8 ; Laubry, 10 ; Gaultier, 9 ; Ribadeau-Dumas, Grenet et Merklen, 10 ; Weil (Emile), Boidin et Darré, 9.

La séance de classement aura lieu le jeudi 17 mars, à huit heures trois quarts du matin, à la Charité.

— Médaille d'or (médecine). — *Lecture.* — Séance du 14 mars. — MM. Foix, 28 ; Chabrol, 27 ; Cawadias, 26.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 14 mars. — Question donnée : « Vaisseaux sanguins de l'estomac. — Symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac. »

MM. Jumon, 15 + 24 = 39 ; Latil, 14 + 16 = 30 ; Mlle Blanchier, 15 + 15 = 30 ; MM. Kœchlin, 16 + 17 = 33 ; Blum, 10 + 14 = 24 ; Malet (Ch.), 15 + 19 = 34 ; Gouverneur, 14 + 18 = 32 ; Thiers, 17 + 18 = 35 ; Genil-Perrin, 17 + 16 = 33 ; Godlewski, 15 + 16 = 31.

Séance du 15 mars. — Question donnée : « Ganglions de l'aine. — Diagnostic des adénites de l'aine. »

MM. Gauchery, 18 + 23 = 41 ; Gutmann, 17 + 22 = 39 ; Donzelot, 17 + 19 = 36 ; Bruel, 16 + 16 = 22 ; Rouillard, 17 + 18 = 35 ; Huber, 19 + 26 = 45 ; Busson, 13 + 15 = 28 ; Krebs, 13 + 20 = 33 ; Labourdette, 17 + 22 = 39.

UN ORDRE DU JOUR DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES HOPITAUX. — La Société des médecins des hôpitaux, dans sa séance du 11 mars 1910, a voté à l'unanimité une motion qui doit être transmise au directeur de l'Assistance publique par son représentant au Conseil de surveillance.

En voici le texte d'après la *Clinique infantile* :

« La Société des médecins des hôpitaux, après avoir entendu les explications de M. X... sur les réformes projetées dans son service, regrette qu'une commission ait pu être constituée pour transformer un service hospitalier, sans que le chef de service ait été appelé à en faire partie et sans même qu'il ait été avisé de sa formation. »

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 9 avril, à sept heures et demie, au Carlton Hôtel, 119, avenue des Champs-Elysées, sous la présidence de M. le professeur Pozzi.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice.

Pour s'inscrire, envoyer son adhésion à M. le docteur Verchère, rue du Bac, 101, à Paris.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu). — Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur agrégé de physique ; Cantonnet, chef de clinique ; Cerise, chef de laboratoire ; Gellé, chef des travaux de rhinologie ; Coutela, chef de clinique adjoint, commencera, le mardi 5 avril 1910, à trois heures, dans l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un cours de technique ophtalmologique, avec exercices pratiques.

Ce cours comprendra la médecine opératoire, l'ophtalmométrologie, la technique thérapeutique, la bactériologie et l'anatomie pathologique oculaires, les examens oto-rhinologiques.

Il sera complet en six semaines environ. Les leçons ont lieu tous les jours.

MM. les docteurs et étudiants titulaires de 16 inscriptions, français et étrangers, seront admis, après immatriculation, à s'inscrire en vue de ce cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Les bulletins de versement des droits d'immatriculation et de frais de cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — *Cours de vacances*, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du *dimanche 20 au samedi 26 mars :*

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie,

particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine, il commencera le *dimanche 20 mars, à dix heures du matin*, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 21 mars. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (directeur : M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — *Semestre d'été 1910.* — Cours et exercices de médecine opératoire : AMPUTATIONS ET LIGATURES. — M. Pierre Sebileau, directeur de l'amphithéâtre; MM. Pierre Descomps et Henri Desmarets, prosecteurs. — Du lundi 2 mai au lundi 30 mai, les lundis, mercredis et vendredis, à deux heures.

CHIRURGIE D'URGENCE ET DE PRATIQUE COURANTE. — M. Hippolyte Morestin, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Du mardi 5 avril au jeudi 28 avril, les mardis, jeudis, samedis, à trois heures.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE. — M. Félix Legueu, agrégé, chirurgien de l'hôpital Laënnec; M. Georges Marion, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière. — Du mercerdi 6 avril au mercredi 27 avril, les lundis, mercredis, vendredis, à trois heures.

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF ET DES ANNEXES. — M. Antonin Gosset, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Du mercredi 1er juin au mercredi 22 juin, les lundis, mercredis, vendredis, à trois heures.

CHIRURGIE DE LA TÊTE ET DU COU. — M. Pierre Sebileau, agrégé, chirurgien des hôpitaux; M. Etienne Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Du lundi 2 mai au vendredi 27 mai, les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures.

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE. — M. Jean-Louis Faure, agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin; M. Robert Proust, agrégé, chirurgien des hôpitaux. — Du mardi 3 mai au samedi 28 mai, les mardis, jeudis, samedis, à trois heures.

CHIRURGIE DES OS ET DES ARTICULATIONS. — M. Henri Rieffel, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Du vendredi 10 juin au lundi 11 juillet, les lundis, vendredis, à cinq heures.

Chacun de ces cours comprendra dix leçons suivies d'exercices de technique chirurgicale.

Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants en médecine immatriculés et de 80 francs pour les docteurs en médecine français et étrangers. Le nombre des élèves est limité.

Le cours d'amputations et ligatures est également gratuit pour les internes des hôpitaux.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 1, janv. 1910.) MERCIÉ : Rapport d'inspection générale de l'escadre du Nord. — HESNARD : La neuropsychiatrie dans la marine. — BELLET : Anthrax et staphylococcie.

Bulletin médical. — (N° 13, 12 fév. 1910.) L. BROCQ : La gale. — (N° 14, 16 fév.) HUTINEL : Les néphrites de l'enfance. Traitement. — (N° 15, 19 fév.) NOËL : Le service de santé au Parlement. — A.-F. PLICQUE : Le traitement de la boulimie. — (N° 16, 23 fév.) RAYMOND : De certaines variétés de paralysie alterne.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 fév. 1910.) L. FRANCOZ : La méthode de Bier et sa valeur thérapeutique (*suite*). — (15 fév.) L. FRANCOZ : La méthode de Bier et sa valeur thérapeutique. — P. BAILLIART : Traitement du chalazion. — (23 fév.) LAUMONIER : Traitement de la paresse. — (28 fév.) CABANÈS : La dernière maladie de Napoléon. Quelle a pu en être la cause ? Pouvait-on la guérir? — G. SARDOU : Le retard de l'évacuation intestinale et l'hyposécrétion muqueuse comme facteurs de constipation. — BLIND : L'artério-sclérose en Austro-Allemagne.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 7, 13 fév. 1910.) MATIGNON : Du rôle des valvules rectales de Houston dans la constipation. — C. BRUNETIÈRE : L'assistance aux aveugles en Suisse. — (N° 8, 20 fév.) H.-L. ROGER et M. LAFOND : Amputation congénitale incomplète du bras gauche produite par le cordon d'un fœtus frère dans un cas de grossesse quadruple (1 fig.). — Paul LEMAIRE : Le rôle et l'importance d'une commission permanente du Codex. — (N° 9, 27 fév.) J. SABRAZÈS : Paralysie infantile et poliomyélite antérieure aiguë épidémique.

Gynécologie. — (N° 1, janv. 1910.) P. PETIT et J. ARACTINGI : Nouvelle note sur la valeur diagnostique de la leucocytose en chirurgie abdominale. — E. MICHON : Les suppurations des fibromes utérins. — G. DURANTE et PAGNY : Du pronostic de la môle d'après l'examen histologique de la caduque. — H. ROULLAND : Les accidents tardifs du chloroforme.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 fév. 1910.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : A propos du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et le mouvement. — (25 fév.) CAUCHOIX : Des méthodes actuelles de diagnostic et de traitement des kystes hydatiques du foie.

Marseille médical. — (N° 4, 15 fév. 1910.) A. RAYBAUD : Eloge du professeur Queirel. — F. ARNAUD : Etudes thérapeutiques sur la quinine. — BILLON : L'occlusion duodénale aiguë post-opératoire. — E. POUCEL : Traitement non sanglant de l'ongle incarné. — BANNELIER : Un cas de néphrolithotomie.

Province médicale. — (N° 7, 12 fév. 1910.) ROQUE et Ch. GARIN : Contribution à l'étude du refroidissement chez l'homme. La glycosurie hypothermique. — J. EUZIÈRE et Ch. PEZET : Les troubles psychiques dans la chorée de Huntington. — (N° 8, 19 fév.) J. MINET : Du zona sans éruption. — J. CHATTOT : Tétanos et sérum antitétanique. — M. CRAPONNE : De l'action thérapeutique de l'air des altitudes. — (N° 9, 26 fév.) E. MARAGLIANO : Thérapie spécifique de la tuberculose. Bactériolysine, vaccination préventive antituberculeuse. — VIGNARD et SARGNON : Trois cas d'ostéomyélite cranienne d'origine otique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 27 janv. 1910.) ROLLET : Sur la dilatation du sinus coronaire au cœur dans la sténose de l'ostium cardiaque gauche. — PERUTZ : Sur l'hydroa estival. — REUSS : La saccharosurie alimentaire chez les nourrissons dyspeptiques. — HEILBA : Situation pelvienne congénitale du rein et grossesse. — NEUGEBAUER : Sur les effets d'une préparation combinée de mercure, d'arsacétine et de quinine dans la syphilis. — WITTEK : Sur le traitement des paralysies flasques postpoliomyélitiques. — FRISCH : Un cas de luxation bilatérale isolée de l'os semi-lunaire. — BAUER et HIRSCH : Contribution à la nature de la réaction de Wassermann.

UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE

PAR PORTEUR DE BACILLES ET PAR CONTAGION

Par MM. COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ.

En ce moment où l'étiologie de la fièvre typhoïde donne lieu à des discussions si intéressantes, nous croyons utile de verser aux débats la relation suivante minutieusement étudiée. Il s'agit d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans un village, épidémie dont l'origine première résida dans une porteuse de bacilles et dont les cas successifs furent manifestement dus à l'influence de la contagion.

Une jeune femme, Marie R..., vingt-sept ans, habitant Epernon (*Eure-et-Loir*), a dans son entourage immédiat, en avril-mai 1902, *plusieurs cas de fièvre typhoïde typique, dûment diagnostiqués.* Au début de juin elle n'a pas ses règles comme d'habitude et se considère dès lors avec raison comme enceinte. Vers le milieu de juin, elle est prise tous les soirs régulièrement d'un léger mouvement fébrile. En même temps, *anorexie, légère diarrhée,* mais surtout et rapidement amaigrissement prononcé. Le *28 juin, survient une hémorragie intestinale.* Jamais alors cette jeune femme ne s'alita ni ne consulta un médecin, continuant à vaquer à ses occupations habituelles de ménagère, heureuse d'une maternité prochaine et désirée qui semblait expliquer par elle seule ces divers troubles de la santé. Il n'y a aucun doute que Marie R... fut alors atteinte d'une fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Le 14 juillet, quoique encore fatiguée, elle se promena et prit même un peu part aux réjouissances populaires. Néanmoins, bien que vers la fin du mois elle se sentît relativement bien, en raison de l'anémie et de l'amaigrissement qui étaient survenus, elle se décida à aller en convalescence à la campagne. Elle vint alors chez ses parents, famille de paysans, le 28 juillet, dans le village de Festigny (*Yonne*).

Ce village, situé sur un léger plateau, en pleine campagne, est distant de quatre kilomètres de la rivière l'Yonne et de la gare la plus proche, et de quelque cent mètres d'une route nationale. Habité par une population de paysans, agriculteurs et bûcherons, les maisons sont éparpillées à peu près sur une seule rue d'une longueur de six cents mètres environ, et chaque famille consomme de l'eau provenant de sa propre citerne. Les épidémies, sauf celles de grippe, y sont inconnues, et jamais les individus les plus âgés ne se rappellent avoir vu dans ce village de fièvre typhoïde ou d'autres « mauvaises fièvres ».

Donc, Marie R... arrive à Festigny le 28 juillet, et, à partir de ce jour, elle est en contact répété avec tous les membres de sa famille ainsi qu'avec la plupart des personnes des maisons voisines.

Cas 1. — Le 18 août, le *père* de cette jeune femme, Auguste R..., soixante-dix ans, est atteint de fièvre typhoïde avec diarrhée, fièvre élevée, etc., qui dura vingt-cinq jours environ. Depuis plusieurs années, cet individu n'avait pas quitté son village.

Cas 2. — Le 27 août, dans une maison voisine, Antoine P..., huit ans, fièvre typhoïde grave ayant duré plus d'un mois.

Cas 3, 4, 5. — Au début de septembre, Jean, Jeanne, Elise P..., *frère* et *sœurs* du précédent, plus âgés, sont atteints également de fièvre typhoïde. A noter que tous ces malades (2, 3, 4, 5) fréquentaient d'une manière assidue la famille R... — Mentionnons ici que les diverses familles qui présentèrent des cas de dothiénentérie *consommaient du lait de provenance différente.*

Cas 6. — Le 14 septembre, c'est-à-dire un mois et demi après son arrivée à Festigny, Marie R..., dont l'état s'était amélioré, est reprise d'une fièvre typhoïde, typique cette fois, qui provoque l'*avortement* et *une phlébite gauche.* La malade fut alitée jusqu'au début de décembre; elle revint guérie à Epernon le 19 décembre.

Cas 7. — Onésime J..., soixante-deux ans, fièvre tyhoïde fin septembre. *Mort de perforation intestinale* le 8 octobre.

Cas 8. — Jules P..., quarante-neuf ans, le père des malades, 2, 3, 4, 5; fièvre typhoïde au début d'octobre.

Cas 9. — Eugène P..., trente ans, fièvre typhoïde au début d'octobre. *Mort de perforation intestinale* le 19 octobre.

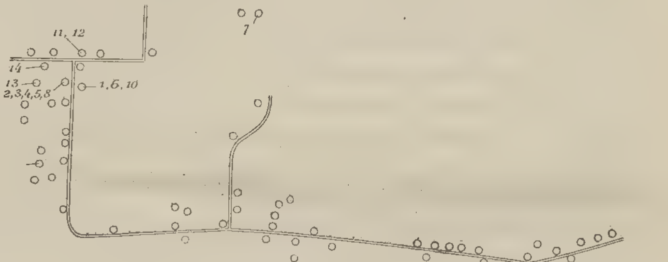
Cas 10. — Eugénie R..., vingt-neuf ans, sœur de Marie R..., qu'elle avait soignée jusque-là; fièvre typhoïde le 18 octobre.

Cas 11, 12. — Marcelline C..., trente-neuf ans, et son fils, Octave C..., dix-sept ans, fièvre typhoïde fin octobre.

Cas 13. — Auguste B..., soixante-quatorze ans; à la même époque, fièvre typhoïde compliquée d'*abondantes hémorragies intestinales.*

Cas 14. — Le 4 février 1903, Gabriel R..., trente-huit ans, fils d'Auguste R..., et frère de Marie R... et d'Eugénie R..., est enfin atteint de fièvre typhoïde grave avec fièvre élevée, délire violent et diarrhée profuse. Il fut soigné par un jeune médecin nouvellement installé dans la région qui déclara ouvertement à l'entourage qu'il s'agissait de fièvre typhoïde et fit prendre les précautions les plus minutieuses de prophylaxie. L'épidémie cessa. Nous signalerons que tous les autres malades avaient été soignés par un vieil officier de santé, aujourd'hui décédé, ennemi et négateur des idées pastoriennes, qui ne fit aucune déclaration de maladie épidémique et ne conseilla aucun moyen prophylactique.

En résumé, la présente épidémie de fièvre typhoïde a été apportée à Festigny par Marie R..., qui avait eu à Epernon une fièvre typhoïde ambulatoire certaine. A son arrivée dans ce village elle était encore porteuse de bacilles typhiques virulents. Elle a contagionné son entourage immédiat et certaines personnes avec qui elle était en contact journalier. Ultérieurement les malades atteints les premiers ont à leur tour porté la contagion autour d'eux. D'ailleurs, il suffira de se reporter au plan schématique ci-dessous pour voir que les cas de fièvre typhoïde n'ont porté *qu'à une*



Plan schématique du village de Festigny (Yonne)

Les Cercles indiquent les maisons. Les numéros indiquent les cas successifs de fièvre typhoïde.

seule extrémité du village et dans certaines maisons dont les habitants étaient, nous le redisons, en contact répété. Notons d'ailleurs que les paysans du village refusèrent rapidement d'avoir toute espèce de relations avec les individus appartenant aux maisons ou aux familles contaminées; ils allaient même jusqu'à ne plus passer à l'extrémité du village infectée, préférant faire un long détour à travers les champs. Ainsi s'établit un isolement qui fut efficace pour cantonner l'épidémie.

Second point intéressant. Marie R... eut d'abord une fièvre typhoïde ambulatoire; puis, deux mois après la fin apparente de celle-ci, elle eut une rechute de fièvre typhoïde typique. Il nous semble tout naturel d'admettre qu'il y eut bien rechute véritable et que cette jeune femme était encore porteuse à cette époque de bacilles qui se sont réveillés et révélés par une nouvelle atteinte de dothiénentérie. Il n'y a sûrement pas eu nouvelle réinfection par quelque individu qu'elle avait déjà infecté.

Enfin, troisième point à signaler. Gabriel R..., fils et frère de trois typhoïdiques, fut atteint de dothiénentérie seulement deux mois après que tous les autres malades semblaient guéris. Deux conditions seules nous paraissent possibles pour expliquer ce fait : ou bien Gabriel R... a présenté une incubation de sa fièvre typhoïde tout à fait anormale par sa longue durée, ou bien il a été infecté par quelqu'un de son entourage immédiat encore porteur de bacilles après guérison apparente.

AU SUJET DE DEUX CAS

DE

PLAIES DU CŒUR PAR ARMES A FEU

Par le docteur DUPONT (1),

Médecin aide-major de première classe.

Symptomatologie. — L'étude des symptômes des plaies du cœur comprend un ensemble de troubles relevant, à la fois, des deux appareils connexes circulatoire et respiratoire, et de tous les appareils de l'économie. On pourra dès lors juger facilement de la complexité des phénomènes constatés. Nous allons essayer de les comprendre sous un certain nombre de rubriques se rapportant aux principales modifications fonctionnelles et objectives.

TROUBLES SUBJECTIFS. — Les altérations du visage sont en rapport direct avec l'abondance de l'hémorragie. Celle-ci est-elle très abondante, le blessé sera très pâle. Au début l'aspect du visage peut ne pas être proportionnel à la gravité de la blessure, mais rapidement apparaît une pâleur extrême, semblable à celle de la mort, disent les auteurs.

La langue est souvent de teinte bleu foncé. Quand le poumon est blessé en même temps que le cœur, on peut voir une écume plus ou moins abondante venir mousser sur les lèvres du malade.

La température du corps est généralement basse, ainsi qu'il arrive dans toute hémorragie abondante. Plusieurs auteurs signalent que le malade était glacé. Les extrémités surtout, nez, oreilles, périphérie des membres, se refroidissent très vite.

La peau est généralement recouverte d'une sueur froide. Plus tard, quand la réaction fébrile se produit, la peau devient chaude, mais reste souvent sèche.

Les yeux, souvent inertes, sont quelquefois convulsés en haut (Bérard et Viannay), les pupilles élargies ne réagissent plus à la lumière.

La syncope est un phénomène très fréquent dans les blessures du cœur par armes à feu. Loison, sur ses 110 cas n'en relève que 5 dans lesquels il n'y a pas eu de syncope et encore dans un cas s'agissait-il de blessure du péricarde. En général immédiate, la syncope dure rarement pendant longtemps.

Il est à peu près impossible d'établir une relation entre la syncope et sa durée et la blessure de telle ou telle cavité du cœur. Il semble cependant que la plaie du péricarde seul entraînerait rarement la syncope, que celle-ci au contraire accompagne tout particulièrement la blessure du ventricule gauche.

De la syncope et de ses caractères peut-on tirer quelque indication relative au pronostic ? Cela paraît difficile. Sur les quatre observations de Loison, où on signale l'absence de syncope, la mort fut en général rapide.

Fischer pensait que les cas dans lesquels la syncope s'installait aussitôt après la blessure sont des cas heureux. L'observation de Pirogoff seule confirme cette affirmation; dans les 14 cas de Loison où il y eut syncope immédiate, un seul blessé guérit. Tous les autres moururent dans un délai souvent très bref.

Dans le courant de la maladie, la syncope peut aussi se produire. Elle est provoquée, en général, par un mouvement trop violent du malade.

Les phénomènes de shock accompagnent presque toujours les blessures du cœur.

Dès le début, les malades sont sidérés et présentent l'apparence de la mort. Quelquefois léger, le collapsus peut disparaître au bout de peu de temps; cependant la mort peut survenir avant qu'il ne se soit dissipé.

Fischer prétend que la cause de ces phénomènes est l'hémorragie. Sur quatre observations de Loison où on signale la présence de collapsus, dans un cas il n'y a pas eu d'hémorragie externe et dans un autre celle-ci fut très faible. En revanche ce furent ceux dont l'épanchement, soit intrapleural, soit intrapéricardique, était le plus abondant qui sont notés comme ayant eu de légers phénomènes de shock.

Le collapsus ne peut donner d'indications sur la cavité blessée. On l'a vu se produire aussi bien dans une perforation du ventricule gauche que dans une légère perforation de l'auricule.

En revanche, coma ne signifie pas mort immédiate. Le malade de Rolling put quitter sa chambre le neuvième jour et ne mourut subitement que le onzième jour. Le malade de Verger guérit.

Il ne faudrait pas croire que la syncope et le coma soient les conséquences immédiates et fatales des blessures du cœur. Il se produit au contraire assez fréquemment, soit qu'il n'y ait aucun de ces phénomènes, soit que le blessé ayant toute sa connaissance puisse parcourir après l'accident un espace plus ou moins long. Le malade de Dudley, le lendemain, put être transporté à une distance de 162 milles, le malade de Morer fait 60 kilomètres à dos de mulet. Il est même des blessés comme celui de Wetzel qui put après sa blessure se lever, traverser sa chambre, se rendre à l'étable (12 pas), revenir à sa chambre, puis se recoucher. Une demi-heure après il se lève

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 31, p. 427.

de nouveau. Il meurt une demi-heure plus tard. Le malade de Tuffier put après avoir reçu un coup de pistolet rester encore une demi-heure à cheval.

Il paraîtrait résulter de la comparaison des observations que cette énergie un peu surprenante chez les sujets blessés au cœur se présente surtout chez ceux pour lesquels la balle a simplement pénétré la paroi et s'y est fixée. C'est d'ailleurs dans cette catégorie qu'on trouve le seul cas de guérison (Tuffier) parmi les blessés ayant présenté au début cette superactivité anormale. Parmi les autres, celui qui survécut le plus longtemps, mourut le dixième jour.

Dans les blessures du péricarde seul, le collapsus paraît être rare. Wagner et Eichel sont les seuls à signaler ce symptôme, il fut de peu de durée et les malades guérirent.

L'angoisse isolée est en général assez rare. Sur les 110 observations de Loison, nous ne la trouvons mentionnée que dans un seul cas.

Le plus souvent elle est liée à la dyspnée et à l'oppression. Elle dépend d'une compression du cœur et des poumons soit par une hémorragie interne au début, soit par une péricardite ou une pleurésie en évolution. L'angoisse peut aussi être provoquée par une pression exercée sur la paroi thoracique et transmise au cœur par un mouvement violent des bras, surtout du bras gauche, ou encore par une inspiration profonde.

Le cœur par lui-même est insensible. L'observation d'Harvey en fait foi.

En général la douleur éprouvée par le malade n'est pas en rapport avec l'importance de la blessure. Si, dans l'observation de Jager; il y avait à la fois blessure du péricarde, du ventricule gauche et du poumon, le plus souvent la douleur est liée à une blessure isolée du péricarde. Cet organe est riche en terminaisons nerveuses. Il n'est donc pas étonnant qu'une balle ayant blessé sa paroi (Eichel, Mastin, Mauclaire) ou bien libre dans sa cavité (Morer) puisse déterminer les douleurs violentes dont se plaignent les malades. Cette douleur, souvent très vive au début, disparaît en général assez vite, à la suite de l'immobilité et du repos. Cependant elle peut quelquefois persister assez longtemps. C'est ainsi que le malade de Mauclaire s'en plaignit pendant les quarante-huit heures qu'il survécut.

La douleur provenant d'une péricardite ou d'une pleurésie n'a plus comme précédemment pour siège la région précordiale seule. Elle s'irradie en général plus ou moins loin le long des côtes, peut ainsi se propager du côté de l'omoplate (pleurésie), siéger au niveau du creux épigastrique (blessure du diaphragme) ou même se faire ressentir dans les membres inférieurs (Fischer).

Boyne pensait que l'absence de douleurs permettait de bien augurer des blessures du cœur.

Phénomènes objectifs. — Le plus souvent la blessure extérieure saigne, à moins toutefois qu'un caillot ne vienne oblitérer l'orifice — ce qui est assez rare.

Cette hémorragie, abondante dans la plupart des cas, ne semble pas emprunter ses caractères au siège de la blessure. On peut cependant dire que, plus la plaie se rapproche de la ligne médiane, plus elle saigne et avec d'autant plus d'abondance qu'on se rapproche du sixième espace. En effet le calibre des artères intercostales augmente au fur et à mesure que l'on considère un espace plus inférieur. Les blessures siégeant en dehors de la ligne mamelonnaire ou dans le voisinage de la ligne axillaire saignent peu ou pas du tout.

L'abondance de l'hémorragie ne paraît pas non plus être en rapport avec la cavité blessée, ni avec la nature de la blessure, du moins en ce qui concerne les hémorragies qualifiées d'abondantes et de moyennes. Les cas de Loison où il n'y a pas d'hémorragie se rapportent en général à des blessures non pénétrantes des parois du cœur.

Fischer émet l'opinion que les hémorragies sont plus fréquentes et plus abondantes dans les blessures du ventricule droit. Telle n'est pas la conclusion que nous pourrions tirer de la comparaison des observations de Loison et de notre statistique. Il semble que blessure du cœur droit, comme blessure du cœur gauche sont aussi bien l'une que l'autre susceptibles de donner lieu à un grand écoulement de sang.

Le sang qui sort de la plaie est rouge. Le plus souvent il suinte d'une façon continue. Il ne prend la forme de jet que si un vaisseau superficiel a été atteint.

Le sang peut être spumeux, lorsqu'il y a en même temps blessure du poumon.

Lorsqu'éclate une péricardite ou une pleurésie, la plaie peut donner issue à une sérosité rosée.

La blessure peut aussi suppurer et évacuer des corps étrangers entraînés par la balle (vêtements, bourre) ou veines de l'intérieur (esquilles). Lorsque ces corps étrangers ont été rejetés, la plaie se cicatrise. Quelquefois ce travail peut être assez long et laisse subsister plus ou moins longtemps une fistule.

Si les mouvements respiratoires provoquent l'entrée et la sortie de l'air par l'orifice de la plaie (Schubert), on entend un sifflement caractéristique correspondant à l'inspiration et à l'expiration.

Ce phénomène peut être influencé par la direction de la blessure et la position du blessé. Le sifflement n'est alors que temporaire et cesse dès que, par suite d'un changement de position, la blessure des téguments et celles de la profondeur ne se trouvent plus en concordance. De même une élévation de bras ou le passage de la position couchée à la position assise ou debout peuvent amener des variations dans ce phénomène.

Quelquefois, autour de la blessure, la première révèle un crépitement caractéristique de l'emphysème. Celui-ci peut ne pas demeurer local et s'étendre à la poitrine, au cou et même au visage.

Plus souvent l'orifice de la plaie est entouré d'une zone concentrique dont la dimension est en rapport avec la vitesse du projectile, zone d'ecchymose qui peut être incrustée de petits points brunâtres lorsque le coup a été tiré de près.

Enfin Morestin a signalé la possibilité de trajets

sous-cutanés, qui sont tous à connaître afin de ne pas égarer le diagnostic.

Les phénomènes constatés du côté de l'appareil circulatoire, tant dans le système propulseur que dans ses parties périphériques, sont des plus importants.

En général le choc du cœur est très affaibli. Il peut même arriver que la propulsion cardiaque soit imperceptible, ce qui est relativement assez fréquent dans les nombreux cas de syncope consécutifs aux blessures du cœur.

Cette diminution dans la force de la contraction cardiaque n'amène quelquefois aucune altération dans le rythme, mais assez fréquemment l'affaiblissement du début est lié à un trouble dans la succession des battements qui deviennent tumultueux et souvent irréguliers. Dans quelques cas les auteurs signalent à la palpation une sensation de frémissement vibratoire particulier.

Dans la suite de la maladie, la contraction tumultueuse du cœur peut, si une péricardite se déclare, devenir faible et insensible, de même qu'un choc, peu perceptible au début par suite de l'état d'anémie du malade, peut les jours suivants reprendre de l'énergie et revenir à ses caractères antérieurs.

Naturellement le pouls fournit des indications analogues. Il est signalé dans la plupart des observations comme petit, faible, filiforme.

Le pouls est en général augmenté de fréquence avec des irrégularités et des intermittences.

Fischer considère comme anormale l'absence de troubles du pouls.

Les résultats de la percussion de la région précordiale ne sont mentionnés que dans peu de cas. Ils sont souvent très différents.

La sonorité est quelquefois normale (Marion, Morestin, Manteuffel, Bérard et Viannay), surtout si elle est pratiquée de bonne heure après la blessure. On peut constater aussi une matité cardiaque, plus nette, plus franche et s'étendant en dehors des limites normales (Momburg). Cette matité peut gagner vers la droite (Prodry). Malgré la fréquence de l'hémopéricarde dans les plaies du cœur, cette augmentation de la matité cardiaque n'a été signalée que dans peu de cas. Plus souvent les auteurs rapportent l'existence d'une sonorité plus ou moins étendue remplaçant la zone de matité cardiaque normale (Momburg, Launay, Brézard et Morel).

En outre la position du malade peut faire varier dans des limites assez sensibles les résultats de la percussion. Si le malade est couché sur le dos, le son est plus clair, s'il est assis ou levé, le son devient étouffé par suite du rapprochement du cœur de la paroi thoracique.

L'auscultation des bruits du cœur pratiquée d'une façon plus régulière par les auteurs nous donne des résultats comparables entre eux.

Dans un certain nombre de cas l'auscultation n'a permis de constater aucune modification dans les bruits du cœur (Lenormant, Morestin, Verchère in Nélaton).

D'une façon générale cependant on peut dire que, dans les cas de blessures du cœur, les bruits sont assourdis. Ils peuvent même ne pas être perceptibles, ce qui est à peu près la règle lorsque l'hémopéricarde est abondant ou qu'il existe une péricardite séro-sanguinolente (Rose).

Les bruits anormaux sont très nombreux par suite de la différence soit de leur nature, soit de l'interprétation qui leur est donnée.

Jobert signale un bruit de sifflement, de susurrement qu'il considère comme constant et pathognomonique des blessures du cœur récentes, car d'après lui il disparaîtrait lorsque la plaie est obturée par un caillot. Il le compare au bruit fait par le sang d'une artère dans une veine. C'est d'ailleurs un bruit à peu près semblable à celui que Ferrus avait déjà signalé.

On a entendu aussi des bruits métalliques que Feine attribue à une accumulation de liquide dans le péricarde.

Krause a décrit un bruit de scie perceptible assez longtemps et qui apparut dans les premiers jours après une blessure du péricarde. Il semble que ce soit simplement un bruit de frottement très accusé auquel l'auteur a donné une interprétation spéciale.

Brugnolé entendit un bruit de crécelle dans un cas où il y avait communication entre les deux ventricules, mais comme ce bruit n'a jamais été retrouvé dans le même cas anatomo-pathologique, il est permis de se demander s'il n'était pas dû à une autre cause ignorée par l'auteur.

Le bruit de roue hydraulique a été décrit par Morel-Lavallée comme pathognomonique d'hémopneumopéricarde. Il est produit par le brassage du liquide hémopéricardique par le cœur, l'ébranlement produit étant considérablement augmenté par la présence de l'air dans le péricarde. Le bruit peut être intermittent et ne se produire que toutes les deux ou trois systoles (Bérard et Viannay), toutes les sept, quinze ou vingt systoles (Launay) ou bien être continu et coïncider avec chaque systole (Stern et Moll), Il peut être perçu en dehors de l'aire cardiaque et même à quelque distance de la poitrine (50 centimètres dans l'observation de Stern). Laënnec pensait, avant que Morel-Lavallée ne le vérifiât, que cette perception à distance du bruit du cœur correspondait toujours à la présence d'air dans le péricarde. Le bruit de roue hydraulique perçu dans la position couchée disparaît quelquefois quand le malade est dans la position assise (Reynier). M. Duval (*Soc. Chir.*, 5 juin 1907) a constaté ce bruit en dehors de tout épanchement péricardique. Le bruit disparut dès que la plèvre fut desséchée. Le bruit de rouet peut donc être dû au brassage par le cœur d'un épanchement pleural abondant qui en masque les battements. Ce fait avait déjà été démontré par Reynier.

A côté de cette catégorie de phénomènes, il y a à considérer les bruits surajoutés aux bruits du cœur.

Le plus souvent le seul souffle perçu est un souffle systolique provenant d'une perforation interventriculaire par suite de la perforation par un projectile du système de séparation (Rosenthal) ; par une blessure des valvules, créant ainsi une insuffisance

traumatique (Schmidt) ou bien encore par une dilatation anévrismatique des vaisseaux. C'est ainsi que dans le cas de Freyan le souffle, ayant son maximum au niveau de l'aorte et de la partie inférieure du sternum, était causé par une dilatation anévrismatique de l'aorte immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes, la balle étant logée au milieu des caillots du sac.

L'appareil respiratoire, en corrélation interne avec le cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique et du sympathique, réagit presque toujours d'une façon très sensible aux troubles cardiaques et cela même à un tel point qu'on a pu intervenir dans des cas de blessures du poumon croyant se trouver en présence d'une plaie du cœur. (*Bulletin de la Soc. de Chir.*, 19 juin 1907.)

Il est assez rare que le rythme respiratoire reste normal. Dans un tiers seulement des cas la respiration n'est pas modifiée.

Le rythme est en général accéléré. Seul Bouglé a remarqué une respiration ralentie. La respiration plus rapide est en général accompagnée d'inspirations très courtes se succédant d'une façon permanente (Momburg) ou bien coupées d'inspirations plus profondes, produisant ainsi un rythme irrégulier signalé par Mauclaire dans une blessure isolée du péricarde. Quelquefois la respiration est coupée par des sanglots, des gémissements; d'autres fois les mouvements du thorax peuvent être si violents que le malade doit être maintenu sur son lit. Enfin le stade extrême de cet état est la dyspnée, assez rare cependant, puisque nous ne l'avons trouvée mentionnée que dans trois cas.

Sur les 110 observations de Loison, on ne la trouve mentionnée que dans deux cas.

Le plus souvent elle provient d'une compression du cœur et du poumon par l'hémorragie, soit seulement d'une compression du cœur. Secondairement la dyspnée peut provenir de l'évolution d'affections inflammatoires ayant pour siège le cœur ou le poumon, péricardite, pleurésie, inflammation du médiastin, formation d'adhérences entre la plèvre et le poumon.

L'hémophysie est relativement assez rare dans les blessures du cœur et du péricarde. Dans Loison on ne la trouve signalée que dans 4 cas. Sauf dans le cas de Boom on trouve que la balle après avoir blessé le cœur avait atteint le poumon dans une zone généralement située à sa périphérie. L'éloignement des gros vaisseaux de cette région explique le peu de sang rejeté par les malades. Le plus souvent l'hémophysie est constatée dès les premières heures qui suivent l'accident. Si elle est constatée quelques temps après, elle indique que la plaie primitivement cicatrisée s'est ouverte de nouveau. Dans le cas de Boom elle se produisit le treizième jour, elle fut suivie de mort immédiate.

Le sang rejeté est presque toujours rouge, quelquefois il est spumeux et est expulsé dans un accès de toux.

La toux peut se présenter sans hémophysie en même temps qu'une dyspnée intense dans les cas d'hémorragie intrapleurale avec blessure du poumon.

Les moyens physiques d'investigation appliqués à l'appareil pulmonaire pourront permettre de constater l'existence de lésions inflammatoires ou chroniques.

Dans la statistique de Loison, on trouve : signes d'hémothorax, 5 cas; de pneumothorax, 2 cas; d'hémopneumothorax, 2 cas; de pneumonie, 3 cas; de pleurésie unilatérale, 3 cas; de pleurésie purulente, 1 cas; d'œdème pulmonaire, 1 cas.

Les phénomènes constatés du côté de l'appareil digestif sont de moindre importance.

On a voulu donner aux vomissements une signification spéciale au point de vue de la concomitance d'une blessure du diaphragme. Cette corrélation est loin d'être vérifiée. C'est ainsi que Bardenheuer constatant des vomissements violents chez son malade croit à une blessure du diaphragme. Il ouvre la plèvre et ne trouve rien. De même, dans l'observation de Slogget, il n'y avait de blessure ni du diaphragme, ni de l'estomac. Dans l'observation de Welb, il y eut un vomissement d'une demi-pinte de sang noir, alors que la balle avait perforé le diaphragme et l'estomac au niveau du cardia. L'intestin était rempli de sang.

Si les blessés ont pris un repas peu avant le moment de la blessure, celle-ci peut par réflexe provoquer des vomissements qui se reproduisent dès que le malade fait un effort.

Le hoquet a été constaté assez rarement (Slogget); on ne peut lui assigner de cause précise.

Rarement aussi on a observé de la diarrhée consécutive à une blessure du cœur. Fischer pense qu'elle se produit d'ordinaire comme le vomissement après le repas.

La soif souvent vive chez les blessés est une conséquence de l'anémie et de la perte de sang. Elle atteint son maximum d'acuité dans le cas de blessure de l'estomac.

Rosenthal a vu de l'ascite et un léger ictère se produire dans les quelques jours qui suivirent la blessure du cœur.

Le système nerveux réagit souvent d'une manière très intense à l'ébranlement causé par une plaie du cœur.

Un des modes de réaction le plus fréquent est la fièvre.

La fièvre du début constatée dès le premier examen est rare (Picqué). Plus souvent elle paraît se manifester dans les plaies du péricarde. Cette fièvre du début ne semble pas devoir être d'un pronostic fâcheux. Elle peut régresser (Picqué, Mastin) ou bien s'installer définitivement, une inflammation de l'appareil circulatoire ou pulmonaire expliquant sa persistance.

En effet dans cinq cas (Loison), elle coïncide avec une péricardite ou avec une pleurésie (quelquefois avec toutes les deux à la fois), soit avec un hémopyothorax (Cavaillon). Dans ces circonstances, la fièvre prend les caractères propres à l'affection surajoutée.

Fischer signale des cas où la fièvre a apparu sans cause occasionnelle apparente. Il prétend que l'autopsie a pu permettre de constater qu'elle était en rapport avec une deuxième hémorragie : nous n'avons

pu parmi toutes les observations relever une telle coïncidence.

Le tremblement est un phénomène qui a été rarement mentionné. Il semble qu'il soit le plus souvent causé par l'anémie.

Une des complications assez fréquente des blessures du cœur par armes à feu du côté du système nerveux est la paralysie.

Nous avons pu en relever six cas. De leur comparaison, il semble que les causes peuvent être rangées sous deux chefs principaux.

Dans un premier ordre d'idées, le projectile logé dans une paroi ou dans un vaisseau provoque la formation d'un thrombus, d'où peut se détacher un caillot, qui transporté à distance provoque des phénomènes paralytiques par ischémie cérébrale partielle.

D'un ordre un peu différent sont les paralysies produites par une contusion ou une section de la moelle.

Dans ces deux cas les symptômes apparaissent immédiatement après la blessure, s'installant d'emblée dans le cas de section de la moelle, mettant un ou deux jours pour envahir le territoire innervé dans le cas de contusion ou de compression.

Les symptômes n'ont aucune tendance à régresser et le malade meurt au bout d'un espace de temps qui a varié de deux mois à quinze semaines au milieu de la cachexie la plus complète ou bien emporté comme dans le cas de Thilo par un empoisonnement urineux.

Enfin il peut apparaître à la suite des blessures du cœur par armes à feu des maladies générales causées le plus souvent par l'infection, telles que la pyohémie, l'érysipèle. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 MARS 1910)

Les tumeurs de la glande pinéale chez l'enfant. — M. Raymond, en son nom et au nom de M. Claude, fait une intéressante communication sur ce sujet. Il n'a pu jusqu'ici réunir que cinq observations de tumeurs de la glande pinéale chez l'enfant. Il rapporte une sixième observation, celle d'un garçon de dix ans qui, depuis trois ans, présentait une céphalée intense, surtout marquée du côté droit, avec transmission de la douleur dans l'œil du même côté. Cet enfant avait aussi des vomissements et de l'impotence des membres. On lui fit trois ponctions lombaires successives qui améliorèrent un peu son état. Cependant la vue s'affaiblissait de plus en plus et la dépression générale s'accentuait. Bientôt apparurent tous les signes de l'hydrencéphalie. Le diagnostic de tumeur cérébrale s'imposait.

La cécité devint complète, MM. Raymond et Claude purent suivre ce malade pendant six mois. Leur diagnostic était : tumeur de l'hypophyse. L'hydrencéphalie augmenta rapidement, au point que les sutures craniennes éclatèrent et que le malade devint paralysé des quatre membres. Il présenta une somnolence continuelle, tomba dans une atonie absolue et finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva une tumeur gliomateuse occupant la région de l'hypophyse et constituée aux dépens de cette glande. Le cerveau était énorme, les ventricules étaient dilatés. Les surrénales étaient hypertrophiées. L'examen histologique montra les caractères de la suractivité fonctionnelle. Le corps thyroïde était normal. Les testicules étaient petits.

M. Raymond fait l'historique de cette intéressante question des tumeurs de la glande pinéale chez l'enfant. Il rappelle les différents travaux parus sur ce sujet et les divers auteurs qui ont traité la question.

« En somme, dit-il en terminant, dans ces cas, le tableau clinique est constitué par la coexistence de signes d'hydrencéphalie et de phénomènes se traduisant par des modifications pluriglandulaires et amenant un syndrome, tantôt d'insuffisance, tantôt d'hyperfonction. Cette symptomatologie permettra un diagnostic précoce et on peut supposer que lorsqu'on aura pu faire un diagnostic précoce on pourra opposer à cette affection un traitement chirurgical efficace. »

La mortalité infantile dans le milieu ouvrier à Lille. — M. Oui (de Lille) adresse un travail dont M. Pinard donne lecture.

On peut diviser les enfants des ouvriers de Lille en trois catégories, ceux qui sont mis en garde chez des parents, ceux qui sont confiés à des soigneuses, ceux qui sont élevés par leur mère. Il résulte des recherches statistiques auxquelles se sont livrés M. Oui et son collaborateur que la mortalité des enfants de zéro à deux ans est de 78 p. 100 chez les premiers, de 46 p. 100 chez les seconds, de 24 p. 100 chez ceux de la troisième catégorie. Depuis l'emploi des femmes dans les industries, les enfants sont bien moins souvent soignés par leur mère, de là une augmentation considérable de la mortalité infantile. La conclusion à tirer de l'important travail de M. Oui est que les enfants confiés à des soigneuses pendant les douze heures de la journée de travail de leurs mères devraient être classés parmi ceux que la loi Roussel protège.

Une épidémie de fièvre typhoïde par porteur de bacilles et par contagion, par MM. Courtois-Suffit et Beaufumé. — (Voir plus haut, p. 441.)

Election. — Après 4 tours de scrutin, M. Lucet a été élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire par 46 suffrages contre 26 donnés à M. Martel.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1910)

Parathyroïdes et maladie de Parkinson. — MM. Roussy et Clunet présentent les préparations histologiques des parathyroïdes de quatre parkinsoniens. Les glandules augmentées de poids et de volume sont anormalement riches en colloïdes, ce que les auteurs interprètent comme de l'hyperfonction. — L'opothérapie parathyroïdienne, essayée chez deux malades, dut être abandonnée, parce qu'après une légère amélioration l'état avait empiré. M. Claude estime que la constatation de l'hyperfonction parathyroïdienne dans cette affection doit rendre très réservé l'emploi de l'opothérapie. — M. Alquier ayant, dans son cas, trouvé l'inverse des lésions parathyroïdiennes qui viennent d'être décrites, se demande si les parathyroïdes ne présentent pas, dans cette maladie, la même variabilité que le thyroïde, dont il a, sur dix autopsies, trouvé le poids variant de 16 à 80 grammes, avec tous les aspects histologiques, tantôt de l'hyperfonction, ailleurs, de l'hypofonction. La théorie parathyroïdienne n'est à l'heure actuelle qu'une hypothèse, comme les autres qui ont été proposées ; quant à l'opothérapie, elle est d'action incon-

stante, mais procure à certains sujets une amélioration supérieure à celle que leur ont donné les autres modes de traitement. — M. MEIGE se demande si son action n'est pas analogue à celle des médicaments employés dans la maladie de Parkinson : transitoire et nécessitant des doses progressives. — M. ALQUIER répond que l'action de l'opothérapie diffère de celle des autres médicaments en ceci : elle n'agit que sur la raideur, non sur le tremblement, peut réussir là où les médicaments ont échoué ; enfin, la dose utile doit être, au bout d'un certain temps, diminuée et non augmentée.

Deux épithéliomas primitifs du cerveau. — MM. CLUNET et BOUDET présentent les photomicrographies autochromes de deux tumeurs : l'une, développée aux dépens de l'épendyme du ventricule latéral, a l'aspect d'un papillome avec des points kystiques; l'autre, située au niveau de la fente de Bichat, reconnaît également une origine épithéliale. — M. CLAUDE pense que certaines tumeurs de la région épiphysaire ont en réalité la même origine.

Sur la nature gliomateuse du neuro-fibrosarcome. — M. LHERMITTE, ayant étudié un cas de ce que Cestan a désigné sous le nom de neuro-fibrosarcome, montre à l'aide de sa méthode spéciale pour la névroglie, qu'il s'agit, en réalité, d'un gliome. — M. ALQUIER fait remarquer que, pratiquement, la constatation de l'aspect sarcomateux dans les tumeurs de l'acoustique n'indique pas une marche rapide : il l'a constaté dans une tumeur isolée du nerf facial qui, pendant treize ans, n'avait donné d'autre signe qu'une paralysie faciale complète; il l'a encore trouvé dans un autre cas dans les tumeurs cutanées de la maladie de Recklinghausen, ne paraissant cependant pas en voie d'évolution rapide.

Sur les lésions inflammatoires de la sclérose en plaques. — MM. LHERMITTE et GUCCIONE, dans un cas de sclérose en plaques très intense, ont trouvé, dans l'un des ventricules latéraux, une vaste plaque de sclérose diffuse sous-épendymaire, au niveau de l'aqueduc de Sylvius, des invaginations et pseudo-kystes épendymaires, montrant que certaines lésions semblent attribuables à l'action irritante du liquide céphalo-rachidien. Enfin existaient des lésions d'inflammation périvasculaire, avec infiltration de plasmazellen. — MM. MARIE et MERLE étudient actuellement un cas dans lequel ils trouvent des lésions de même ordre.

Hémiplégie avec apraxie. — M. CLAUDE a observé une malade, qui ne présentait antérieurement aucun signe de lésion du névraxe, malgré qu'elle ait eu une perte de connaissance avec quelques signes nerveux, il y a quelques années. Or cette femme fit une hémiplégie légère, avec mouvements syncinétiques réflexes très développés, caractère sur lequel insiste l'orateur, car il indique, dit-il, un pronostic bénin. Effectivement, l'hémiplégie s'améliora vite. En même temps, existait de l'apraxie du côté sain. La malade étant morte, M. Claude constata une petite lacune ancienne, sur le trajet des radiations frontales du corps calleux; cette lésion, restée latente, a très bien pu jouer un rôle dans la genèse de l'apraxie qui a accompagné l'hémiplégie.

Sur la méningite spinale du mal de Pott. — M. KLARFELD, dans un cas, a constaté un envahissement discret des méninges molles par les racines, ce qui confirme les données de Sicard et Cestan : le ligament dentelé a également servi à la diffusion de l'inflammation aux méninges molles; son envahissement précoce, comme dans ce cas, rend peut-être compte de certaines lymphocytoses céphalo-rachidiennes encore mal expliquées. — M. ALQUIER, sur 18 autopsies, n'a jamais vu la tuberculose se propager autrement que par les racines, et non par voie directe, par effraction de la dure-mère.

SÉANCE DU 10 MARS

Troubles de la sensibilité à distribution radiculaire dans les lésions transverses de la moelle — M. A. THOMAS, à l'autopsie d'une sciatique avec anesthésie radiculaire, n'a trouvé d'autre cause qu'une méningomyélite du côté opposé. Une anesthésie radiculaire cervicale était également myélopathique. Enfin, un angiome et un cancer de la dure-mère s'accompagnaient d'anesthésie en bande longitudinale du membre inférieur. — M. ALQUIER fait remarquer l'intérêt pratique de ces constatations : on considère comme l'indice d'une compression radiculaire une anesthésie à topographie radiculaire avec sensibilité normale au-dessus et au-dessous; il faut se méfier de cette interprétation, si l'on ne veut s'exposer à méconnaître la compression médullaire.

Petits signes de lésion organique dans la chorée. — M. THOMAS montre un enfant de neuf ans et demi atteint de mouvements choréiformes de la partie supérieure du corps; on constate chez lui des modifications du tonus et des mouvements syncinétiques, le signe de l'orteil bilatéral, peut-être l'exagération des réflexes du côté droit, enfin de l'instabilité physique et mentale, semblant indiquer une encéphalopathie légère. M. Thomas trouve des petits signes de lésion organique dans à peu près un tiers des cas de chorée. — M. MEIGE remarque que les tiqueurs présentent eux aussi de l'instabilité physique et mentale et la prédominance unilatérale des mouvements anormaux, peut-être sont-ils également atteints d'une encéphalopathie légère. — M. THOMAS répond que l'instabilité guérit en même temps que les mouvements anormaux, et que, si ceux-ci viennent à passer d'un côté à l'autre, les signes organiques font de même, ce qui indique entre eux des relations étroites. — M. BABINSKI dit que le signe de l'orteil est assez rare dans la chorée de Sydenham, et M. RAYMOND trouve plus souvent la flexion combinée de la cuisse sur le bassin.

Kératite neuro-paralytique et décompression cérébrale. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD montre une femme atteinte de papillite atrophique progressive : une kératite neuro-paralytique détermina l'intervention, une large décompression fut pratiquée, et la kératite guérit en trois semaines, sans suture de la paupière.

M. SICARD a vu se développer cette complication après deux interventions sur le ganglion de Gasser. — MM. MARIE et BABINSKI l'ont observée avec des signes de lésion bulbo-protubérantielle. — M. THOMAS, à l'autopsie d'un cas de kératite, n'a rien trouvé dans le trijumeau ni dans le ganglion de Gasser. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD rappelle que le traitement classique est la suture des paupières sans antisepsie.

Hypertension cérébrale et décompression. — M. DE MARTEL montre une femme chez laquelle les signes de l'hypertension cérébrale furent très rapidement guéris par l'ablation d'un large volet osseux sans toucher à la dure-mère. — M. BABINSKI estime qu'en pareil cas il faut se guider sur l'évolution de la papillite ; si elle persiste après l'intervention, il faut songer à pratiquer le deuxième temps et inciser la dure-mère.

Présentation d'un parkinsonien traité depuis cinq ans par la scopolamine. — M. ROUSSY. Il s'agit du malade Bachère, jadis présenté par Charcot : le tremblement a fait son apparition, et la raideur est manifeste aux membres, à la tête et au tronc. Depuis cinq ans, ce malade reçoit tous les deux jours, presque sans interruption, une injection sous-cutanée de 2 milligrammes de scopolamine, très bien tolérée et qui continue à produire le même effet sédatif.

M. SOUQUES suit depuis quatre ans un malade que soulagent des injections d'un demi-milligramme.

Radiculite cervico-dorsale associée à une polynévrite alcoolique. — MM. Le Play et Sézary. La radiculite, caractérisée par les troubles moteurs, sensitifs et le syndrome sympathique ordinaire, pourrait être de nature syphilitique, en raison de l'existence d'un sarcocèle syphilitique.

Arthropathie du tarse dans un cas de talus combiné. — MM. Le Play et Sézary croient que l'arthropathie qui est médio-tarsienne est de nature nerveuse plutôt que syphilitique, en raison de son indolence, malgré la grosse tuméfaction, il existe de l'hyperhydrose plantaire et un mal perforant.

Monoplégie crurale pure corticale. — M. Long montre un artério-scléreux de cinquante-sept ans, avec hypertension à 23 au Potain, atteint d'une monoplégie crurale pure, avec mouvements syncinétiques, sans troubles sensitifs ou sphinctériens, qu'il considère comme d'origine corticale.

Amyotrophie spinale chez un malade atteint autrefois de paralysie infantile. — MM. Launois, Rose et Geffrier. Présenté en 1889 par Charcot comme paralysie infantile survenue à l'âge de deux ans, ce malade a, trente-quatre ans après, fait une amyatrophie des épaules et des bras, stationnaire depuis deux ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 11 mars 1910)

Evolution de la tuberculose rénale. — M. Desnos. Plus l'attention est portée sur l'étude clinique de la tuberculose rénale et plus il devient évident que le début est presque toujours lent et insidieux. Même dans les cas où la maladie se manifeste par des phénomènes aigus, des commémoratifs, recherchés avec soin, montrent l'existence de symptômes souvent très anciens qui, observés et suivis en temps utile, auraient permis un diagnostic précoce. La cystite et la prostatite, toujours secondaires, n'apparaissent ordinairement qu'à une période où la tuberculose rénale est déjà confirmée et avancée et où il est déjà trop tard pour qu'une intervention chirurgicale réussisse. Aussi est-il important de dépister de bonne heure les lésions rénales, alors qu'on a les plus grandes chances d'obtenir une cure radicale.

La guérison spontanée ne s'obtient que par l'oblitération de l'uretère et l'exclusion physiologique du rein. Ces cas existent mais on en a beaucoup exagéré la fréquence; et la marche de la maladie est alors particulièrement lente et insidieuse; mais même alors, on ne saurait affirmer qu'une tuberculose qui a présenté une marche particulièrement latente et bénigne ne prendra pas tout à coup des allures rapides et d'une gravité extrême. Aussi ces faits ne sauraient être donnés comme argument contre une intervention chirurgicale précoce.

Traitement de la tuberculose rénale. — M. Le Fur expose ses idées sur le traitement de la tuberculose rénale et montre que le traitement médical doit toujours précéder l'intervention dans la tuberculose rénale; ce n'est que quand le traitement médical a échoué, lorsque l'état local ou l'état général s'aggravent que l'opération s'impose : la seule opération qui s'impose alors est la néphrectomie qui donne d'excellents résultats : sur six cas de néphrectomies qu'il a pratiquées dans ces conditions, l'auteur a obtenu six guérisons.

Le collargol dans les cystites et les infections vésicales. — M. Minet expose les avantages du collargol dans les cystites et pense que ce médicament doit être conseillé.

Moyens propres à diminuer la mortalité infantile (*Discussion*). — M. Depasse insiste sur la nécessité de faire de l'agitation autour de cette grave question du mauvais lait, de ne pas cependant créer tout un corps de nouveaux fonctionnaires qui n'est pas nécessaire puisqu'il existe, mais on ne s'en sert pas.

M. Dignat approuve toutes mesures destinées à assurer à la population la fourniture d'un lait naturel et hygiénique, mais il combat toute proposition tendant à créer un nouvel ordre de fonctionnaires.

M. Ducor. En Amérique, ce n'est pas l'administration, c'est le public lui-même qui a formé des associations en vue de la sauvegarde du lait comme production, transport et livraison. Faisons de même en France, formons des associations scientifiques et philanthropiques pour la protection du lait; mais il est inutile et dangereux de mettre en action l'administration en vue d'augmenter son intervention dans les affaires médicales; la législation actuelle serait suffisante si elle était appliquée.

M. Smester. La question du lait est une question d'une importance capitale et pour les enfants et pour les malades. Il faut l'étudier ab ovo depuis le choix de la race, la nourriture des bêtes, les soins aux animaux, etc., de façon à donner du lait à tous les points de vue irréprochable, surtout aux nourrissons.

Sur la proposition de M. Coudray, la Société décide de nommer une commission composée de cinq membres : MM. Coudray, Depasse, Dignat, Robert Simon, Smester, commission qui étudiera la question et qui présentera un rapport sur ce sujet d'une importance nationale.

Réduction en douceur des luxations de l'épaule par le procédé de Kocher modifié. — M. Gallois regrette que le procédé de Kocher pour la réduction des luxations de l'épaule soit relativement peu employé. Ce procédé est considéré comme brutal. Or, en supprimant le quatrième temps de Kocher qui, en effet, est un peu brutal, et en s'arrêtant au troisième temps, on peut obtenir une réduction sans douleur à condition d'avoir une patience suffisante.

Régression des viscéropathies rhumatismales aiguës par les injections de sérum antirhumatismal. — M. Georges Rosenthal présente une série de huit observations de rhumatisme articulaire aigu avec manifestations viscérales étudiées dans le service de M. Thiroloix. Sous l'influence du sérum, une sédation importante de la douleur se produit, mais le point capital et nouveau est la régression des viscéropathies. L'assourdissement du premier bruit, le souffle systolique de l'endocardite s'atténuent sous son influence.

Par le sérum, le rhumatisme articulaire aigu passe de la bénignité relative due au salicylate de soude à la bénignité absolue.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LES LAVAGES VÉSICAUX

Par le docteur Bausant.

Le meilleur moyen de lutter contre la cystite quelle que soit son origine est de faire une désinfection locale en amenant sur la muqueuse les antiseptiques choisis.

Mais il y a une question pratique de haute importance qui doit diriger toute intervention de ce genre. La capacité vésicale est-elle suffisante, c'est-à-dire au dessus de 100 grammes, ou bien est-elle insuffisante ?

Dans le premier cas, en effet, les lavages vésicaux sont permis, mais ils doivent être remplacés dans le second cas par les *instillations* vésicales.

Pour effectuer ces lavages on utilisera soit la seringue de Guyon, soit la seringue de Gentile facilement stérilisable. On s'assurera tout d'abord que le piston est très doux, fonctionnant sans effort, permettant de sentir la moindre résistance

de la vessie. Avec un piston dur, en effet, on s'expose à donner des poussées de cystite au malade et, comme le dit Le Fur, « en provoquant de la congestion de la muqueuse on met la vessie dans les meilleures conditions de réceptivité au point de vue de l'infection vésicale ».

La seringue comporte l'emploi d'une sonde que l'on place d'abord et par laquelle on injecte le contenu de l'injecteur.

Parfois, et surtout chez les prostatiques infectés, on se trouvera bien d'employer le procédé du lavage au bock associé à la sonde.

Dans tous les cas où les lavages devront être confiés au malade lui-même on utilisera ce procédé qui évite, quand la pression est peu élevée, tout traumatisme, tandis que la seringue est difficile à manier par le malade. Ce dont il faut s'assurer c'est que l'embout du bock laveur entre et sort facilement du pavillon de la sonde.

Quels sont maintenant les solutions antiseptiques à préconiser contre la cystite? Il en est surtout deux importantes : les solutions de sels d'argent et celles d'anios à 2 p. 100; on utilisera le protargol à 1 p. 1000 en solution un peu plus concentrée. Malheureusement, dans beaucoup de cas, les sels d'argent sont mal supportés et déterminent une assez vive douleur nécessitant, même avant de commencer le lavage, l'usage de la cocaïne ou bien d'un lavement calmant.

L'anios à 2 p. 100 n'est pas douloureux et n'a aucune causticité. Il réussit bien quand la cystite est purulente et paraît exercer, en même temps qu'une action germicide sur la muqueuse, des effets cicatrisants. Une bonne pratique consiste à utiliser alternativement l'un et l'autre de ces remèdes, ce qui permet de modifier rapidement l'état vésical sans fatiguer l'organe.

Mais le principe essentiel de tout lavage de vessie ne doit pas être perdu de vue : « Il ne faut *jamais lutter contre l'organe* et il faut *écouter ses contractions.* »

LIVRES NOUVEAUX

Memento de Pharcodynamie et de matière médicale (1), par le professeur G. POUCHET.

La genèse de cet excellent ouvrage, qui n'a besoin pour se présenter que du nom de son auteur, est assez originale, et je cède la parole au professeur Pouchet. « La mise à exécution des nouveaux décrets relatifs à l'enseignement dans les facultés de médecine ayant nécessité la rédaction d'un programme assez détaillé qui devait être soumis à l'approbation de l'assemblée de la faculté, j'ai pensé qu'en donnant plus d'extension à ce programme et en fixant par quelques faits précis ses principaux points, il pourrait constituer un précieux *aide-mémoire* en même temps qu'il permettrait de résumer et de coordonner les connaissances acquises. Ce livre a donc pour but de mettre en relief et de rappeler les points importants relatifs à l'étude des substances toxiques et médicamenteuses. »

En d'autres termes, ce petit volume est le résumé, la « substantifique moelle » des travaux et de l'enseignement de M. le professeur Pouchet. Cela suffit, et point n'est besoin, je pense, d'autres commentaires.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 ou 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

(1) 1 vol. de 277 p. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de syphiligraphie. La Syphilis du système nerveux, de l'œil, de l'oreille et du nez, par le professeur E. GAUCHER et les docteurs G. MILIAN, F. TERRIEN et A. CASTEX. In-8 écu, cartonné toile, tête dorée, de 750 pages, avec 70 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Précis de chimie physiologique, par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne, 6e édition revue et augmentée. In-8 (de la collection de précis médicaux), de VI-398 pages, avec 118 fig. dans le texte et 2 planches hors texte en couleurs, cartonné toile. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Examen et séméiotique du foie et du pancréas, par le docteur PRON (d'Alger), membre adhérent de la Société de médecine de Paris, correspondant national de la Société de thérapeutique. In-18 jésus, de 178 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Consultations et Formulaire de thérapeutique infantile, par le docteur M. DEGUY, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades. In-18 de 554 pages. — Prix : 7 francs relié. — Paris, direction du « Formulaire », 9, rue d'Assas.

L'Electricité de haute tension et de haute fréquence, par H. DE GRAFFIGNY, avec une préface de J.-L. BRETON. In-16 de 96 pages, avec 44 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE SURRÉNALE : SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DÉFINITION. — Les capsules surrénales ont une double fonction : *antitoxique*, normalement, elles neutralisent certains poisons exogènes ou endogènes, ceux-là étant des plus variés, ceux-ci étant surtout d'origine musculaire (Brown-Séquard, Abelous et Langlois); et *angiotonique*, l'extrait surrénal, injecté dans les veines d'un animal, déterminant chez lui une élévation rapide et intense, mais éphémère de la tension artérielle. L'action antitoxique est exercée par la couche corticale de la surrénale, laquelle sécrète de la *lécithine*, « substance indispensable à l'équilibre nerveux, à la tonicité musculaire et à la défense de l'organisme, mais sans action sur la tension sanguine » (Lœper et Oppenheim); l'action angiotonique est exercée par la couche médullaire, laquelle sécrète de l'*adrénaline* isolée par Takamine.

Ceci étant posé, on peut admettre, théoriquement, que, sous l'influence de causes diverses, le fonctionnement des capsules surrénales peut être troublé de deux façons : par *excès* ou par *défaut*. Dans le premier cas, on a affaire à l'*hyperépinéphrie* (L. Bernard et Bigart); dans le second, à l'*hypoépinéphrie*, plus connue sous le nom (Sergent) d'*insuffisance surrénale*, celle-ci pouvant d'ailleurs être partielle ou totale, aiguë, subaiguë ou chronique, curable ou non.

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE EXPÉRIMENTALE. — L'extirpation totale des capsules surrénales tentée, pour la première fois, par Brown-Séquard, provoque infailliblement les accidents suivants : asthénie musculaire sans paralysie vraie; tendances syncopales; troubles digestifs variés (anorexie, vomissements, diarrhée); hypothermie; modifications circu-

latoires et respiratoires; accidents nerveux (délire, convulsions). La mort ne tarde pas à survenir : elle est le fait d'une syncope ou de l'asphyxie. Langlois démontre que, si on laisse en place une toute petite partie des capsules surrénales (le onzième de leur poids), l'animal survit.

Les accidents consécutifs à l'extirpation totale de la glande s'expliquent évidemment par une insuffisance surrénale aiguë : certains (modifications circulatoires et respiratoires, état syncopal) sont dus à la suppression de la fonction angiotonique ; d'autres (paresse musculaire, troubles digestifs), à l'abolition de la fonction antitoxique; d'autres encore (hypothermie, dyspnée) peuvent être mis indifféremment au compte de l'une ou de l'autre.

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE HUMAINE. — **§ I. Analyse symptomatique.** — « L'insuffisance surrénale se traduit, en clinique, par des symptômes superposables aux effets de l'ablation expérimentale des capsules surrénales » (Sergent). Ces symptômes peuvent être groupés en quatre grandes catégories :

1° **Troubles circulatoires.** — Le phénomène capital, c'est **l'hypotension artérielle.** Plus ou moins accentuée selon la nature des lésions, la période de la maladie, elle varie d'un jour à l'autre, suivant que le malade s'est plus ou moins fatigué, qu'il est plus ou moins ému, ou quelquefois sans cause appréciable; elle peut atteindre un degré extrême [7, 8, 9 au Potain, au lieu de 14 à 15, moyenne chez l'homme adulte; 5 au sphygmo-signal de Vaquez, au lieu de 10 à 13, moyenne pendant la seconde enfance (P. Nobécourt)]. Cette hypotension artérielle, qui exprime la diminution de la fonction angiotonique, rend compte de tous les troubles circulatoires observés : *pouls petit*, faible, dépressible, ondulant, parfois intermittent, souvent *rapide*, variant d'un moment à l'autre; *palpitations* survenant à l'occasion du moindre effort; *sensation de froid*, parfois très accusée; *arythmie*, avec parfois crises d'angoisse précordiale; *tendances aux collapsus et aux lipothymies* ; fréquemment, *mort subite*. La *ligne blanche surrénale* (Sergent) est, en quelque sorte, l'inverse de la raie rouge méningitique ; pour la provoquer, il suffit de frôler légèrement la peau de l'abdomen avec un objet mousse (pulpe du doigt, par exemple) sans gratter; au bout de quelques instants, on voit apparaître, sur le trajet qu'a suivi le doigt, une raie blanche assez large qui s'accentue de plus en plus, puis demeure stationnaire plus ou moins longtemps (trois à quatre minutes), puis s'efface peu à peu. Ce phénomène s'explique, lui aussi, par l'hypotension artérielle. L'excitation mécanique, produite par le frôlement de la peau, substitue, à la vaso-dilatation périphérique, une vaso-constriction réflexe, d'où production de la ligne blanche. La valeur séméiologique de ce signe, que Sergent considère comme pathognomonique de l'hypotension artérielle a été contestée (L. Bernard, Le Clerc). En réalité, elle est indiscutable, puisque : 1° elle n'apparaît jamais chez un malade adulte dont la tension (mesurée au Potain) est supérieure à 13; 2° elle est d'autant plus nette que l'hypotension est plus marquée; et inversement, elle s'atténue quand la tension artérielle remonte; 3° elle est constante dans les syndromes d'insuffisance surrénale ; 4° elle s'associe presque toujours aux autres signes de l'insuffisance surrénale; 5° elle disparaît en même temps que l'hypotension lorsqu'on administre aux malades de l'adrénaline.

2° **Troubles digestifs.** — Ils ne manquent, pour ainsi dire, jamais et consistent en : *anorexie*, d'abord légère, puis évoluant parallèlement à l'asthénie; *vomissements* fréquents, d'abord matutinaux et muqueux, à la façon des pituites, puis bientôt alimentaires, survenant inopinément après les repas; parfois demeurants, incoercibles, et faisant songer alors, surtout s'ils s'associent à de la *diarrhée* et à des *douleurs abdominales* violentes, à un empoisonnement; la *constipation* est cependant fréquente, surtout chez l'adulte; on peut dire qu'elle caractérise les formes lentes, la diarrhée, les formes aiguës d'insuffisance surrénale.

3° **Troubles nerveux toxiques.** — Ils sont très nombreux :

1. Les **phénomènes d'encéphalopathie** peuvent, eux-mêmes, présenter diverses modalités : tantôt ils consistent simplement en une sorte d'asthénie intellectuelle; c'est ce qu'on observe surtout dans la maladie d'Addison, où « le sujet, progressivement affaibli, s'enfonce peu à peu dans un état demi-somnolent qui aboutit plus ou moins rapidement à la prostration complète » (Sergent et Bernard). Cet état de demi-sommeil peut d'ailleurs être calme ou au contraire agité, entrecoupé de rêvasseries et de cauchemars; tantôt (insuffisance surrénale aiguë) les signes d'encéphalopathie sont aigus, apparaissant soit d'emblée, soit au cours d'un syndrome d'insuffisance surrénale lente, et consistent en céphalée violente, avec excitation, convulsions, délire; la mort survient dans le coma. Sergent a même publié deux cas où l'insuffisance surrénale aiguë avait donné lieu à un *syndrome pseudo-méningitique* caractérisé par les signes suivants : attitude en chien de fusil, instabilité pupillaire, photophobie, douleur à la pression des globes oculaires, hyperesthésie cutanée, cri hydrencéphalique, céphalée.

2. Les **troubles oculo-moteurs** qui ont parfois été signalés dans ces cas doivent être, eux aussi, considérés comme des phénomènes d'insuffisance surrénale, puisque l'adrénaline exerce, comme on sait, une action extrêmement nette sur l'œil (mydriase).

3. **Troubles sensitifs.** L'hyperesthésie généralisée est rare; par contre, de nombreux auteurs ont observé des *douleurs*, diffuses ou plutôt localisées [région lombaire, épigastre, hypocondre, et alors souvent limitées (Martineau) à un point précis correspondant à l'extrémité de la douzième côte], irradiant parfois vers le thorax et les épaules; continues ou intermittentes, tantôt assez vives pour arracher des cris aux malades, tantôt sourdes et réveillées seulement par les mouvements.

4. **Asthénie** : surtout nette dans les syndromes lents d'insuffisance surrénale. « Les lésions chroniques des capsules surrénales entraînent, en général, le développement progressif d'une lassitude extrême qui, peu à peu, aboutit à la prostration et à l'apathie complète. Redoutant le moindre effort, impuissant d'ailleurs à le fournir, conscient, mais n'ayant plus la force de vouloir ni la volonté d'agir, le malade n'est plus qu'un être inerte, dépourvu de toute activité physique et morale. Plus ou moins rapidement, il s'enfonce dans un demi-sommeil permanent, sans cesse enfoui sous ses couvertures, ne répondant que mollement et faiblement aux questions qui lui sont adressées, n'acceptant que de mauvaise grâce les aliments qui lui sont présentés, tant il redoute le surcroît de fatigue que le moindre effort lui réserve. » (Sergent et L. Bernard.) Les tracés ergographiques pris sur ces malades présentent des caractères identiques à ceux que l'on obtient chez les animaux décapsulés (Dupaigne). Dans les syndromes aigus, l'abattement est brutal, la prostration, rapidement complète, la *dyspnée* souvent très marquée.

4° **Phénomènes généraux.** — 1. La *température* est, le plus souvent, abaissée, surtout aux phases terminales de l'insuffisance surrénale chronique; exceptionnellement, dans certains cas d'insuffisance surrénale aiguë, on a noté de l'hyperthermie. 2. *Ralentissement des échanges.* Les urines sont peu abondantes et peuvent contenir des produits pathologiques (urobiline, indican, acide taurocholique et acides gras, albumine, neurine) ; elles sont souvent très toxiques. 3. *Anémie* caractérisée par des troubles fonctionnels : vertiges, bourdonnements d'oreilles, amblyopie; des troubles menstruels ou signes physiques : souffles extra-cardiaques, bruit de diable, etc. Les hématies sont très diminuées de nombre, l'hémoglobine serait parfois diminuée, elle aussi. 4. *Amaigrissement* et *cachexie*, surtout nets dans les formes lentes.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE. — AUBRY. Le syndrome d'insuffisance surrénale dans les maladies infectieuses, *Gaz. méd. de Nantes*, 3 juillet 1909. — L. BERNARD et E. SERGENT. L'insuffisance surrénale, *Coll. Léauté.* — BERNARD. Les syndromes surrénaux. *Presse méd.*, 6 déc. 1905. — G. CASTAIGNE. *Le Journal méd. franç.*, 1909. — LŒPER et OPPENHEIM. *Manuel de médecine*, 2e édition (maladies des reins et des capsules surrénales). — MOIZARD. L'insuffisance surrénale dans les maladies infectieuses et son traitement, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1909. — SERGENT. L'insuffisance surrénale, *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, nov. 1909 ; — Diagnostic et traitement de l'insuffisance surrénale, *Presse méd.*, n° 55, 10 juillet 1909.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 33. — SAMEDI 19 MARS 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 19 MARS 1910. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Classement.* — MM. Pagniez, Laubry, Grenet, Merklen, Léri, Crouzon, Bigart, Babonneix, Ribadeau-Dumas, Villaret, Weil (Emile), Nattan-Larrier, Courcoux, Darré, Boidin, Gaultier, Le Sourd (Louis), Aubertin, Trémolières, Faure-Beaulieu, Lemierre et Tixier sont admis à prendre part à l'épreuve clinique.

La première épreuve clinique est fixée au mardi 12 avril, à quatre heures et demie, à la Charité.

MM. les candidats sont prévenus que les hôpitaux la Charité, Necker et Beaujon leur sont consignés pendant la durée du concours.

— MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Lecture.* — Séance du 16 mars. — MM. Debré et Troisier, 27.

Le concours se termine de la façon suivante :
Médaille d'or : M. Foix.
Médaille d'argent : M. Chabrol.
Accessit : M. Debré.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 16 mars. — Question donnée : « Rapports de l'uretère chez la femme. — Phlegmon périnéphrétique. »

MM. Cassard, 15 + 16 = 31; Larcher, 14 + 14 = 28; Durand (H.), 15 + 21 = 36; Paris, 16 + 22 = 38; Bollack, 16 + 24 = 40; Lefèvre, 13 + 20 = 33; Baumgartner, 18 + 22 = 40; Mossé, 14 + 16 = 30; Vincentelli, 8 + 16 = 24; Jacquemin (Alfred), 17 + 15 = 32.

Prochaine séance, lundi 4 avril, à quatre heures trois quarts, à la salle des Saints-Pères.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Un congé, du 1er mars au 30 avril 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lépine, professeur de clinique médicale.

M. Lesieur, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 30 avril 1910 (durée du congé accordé à M. Lépine), d'un cours de clinique médicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Lecornu, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dixième semaine, 987 décès, au lieu de 970 pendant la semaine précédente et au lieu de 1065, moyenne ordinaire de la saison.

La variole a disparu du 18e arrondissement; on en trouve des cas disséminés dans toutes les parties de la ville. La rougeole continue à être fréquente. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 163 décès, au lieu de 146 pendant la semaine précédente (moyenne 197).

La phtisie pulmonaire a causé 253 décès (moyenne 229).

La méningite tuberculeuse a causé 19 décès (moyenne 22).

La méningite simple a causé 18 décès (moyenne 21); parmi eux nous comptons 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 2.

Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 11 décès (moyenne 17).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — *Prix quinquennal Léon Riboud.* — Le prix Léon Riboud, formé par le revenu quinquennal d'une somme de 50000 francs léguée à la Faculté de médecine par M. Riboud, doit être attribué, tous les cinq ans, à un savant de Lyon ou de la région lyonnaise (Rhône, Ain, Isère, Loire et Saône-et-Loire), ayant au moins cinq ans de résidence, qui, par ses travaux, par ses découvertes ou son enseignement, aura contribué au progrès de l'hygiène, de la santé publique, ou des sciences médicales, particulièrement de celles qui ont pour but la protection de l'enfance.

Le prix Léon Riboud qui s'élève à la somme de 7500 francs environ sera décerné au mois de décembre 1910.

Les candidats devront déposer leurs titres ou mémoires, avec un exemplaire des travaux qu'ils auront publiés, au secrétariat de la Faculté de médecine, au plus tard le 30 novembre 1910.

La liste des candidats sera communiquée à toute personne qui en fera la demande.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Brimont (des troupes coloniales).

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène infantile, par le docteur G. Variot, médecin en chef de l'hospice des Enfants-Assistés, fondateur du dispensaire et de la Goutte de lait de Belleville. Gr. in-8 jésus, de 800 pages, avec 137 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Traité des maladies épidémiques, étiologie et pathogénie des maladies infectieuses, par le docteur A. Kelsch, médecin inspecteur de l'armée (cadre de réserve), membre de l'Académie de médecine. T. III, 1er fascicule : les oreillons, la coqueluche, la suette, le choléra et la grippe. In-8 raisin de 420 pages, avec tracés dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Atlas des champignons parasites et pathogènes de l'homme et des animaux, par Henri Coupin, docteur ès sciences, lauréat de l'Institut, chef des travaux de botanique à la Sorbonne. Grand in-8 jésus, cartonné toile, de 150 pages avec 58 planches renfermant 1 000 dessins. — Prix : 7 fr. — Paris, O. Doin et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 AVRIL 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Gosset et Mulon ; — (2e série) : MM. Nicolas, Proust et Branca ; — (3e série) : MM. Hartmann, Retterer et Macaigne.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Potocki et Rieffel ; (2e partie) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper ; — — M. Couvelaire, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 12 avril, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. G. Ballet, Desgrez et Fernand Bezançon ; — (2e série) : MM. Achard, Nicloux et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Prenant, Retterer et Thiéry ; — (2e série) : MM. Quénu, Launois et Morestin ; — (3e série) : MM. Nicolas, Rémy et Lenormant.

3e (oral, 2e partie) : MM. Hutinel, Balthazard et Nobécourt ; — M. André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot ; — M. Gouget, suppléant.

Mercredi 13 avril, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* ; épreuve pratique : MM. Gautier, Pierre Marie et Teissier, — (2e série) : MM. Roger, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Rieffel et Macaigne ; — (3e série) : MM. Hartmann, Retterer et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 14 avril, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gilb. Ballet, Balthazard et Nicloux ; — (2e série) : MM. Achard, Desgrez et Fernand Bezançon.

1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Remy et Morestin ; — (2e série) : MM. Quénu, Retterer et Auvray ; — (3e série) : MM. Nicolas, Thiéry et Lenormant.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et André Broca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Brumpt ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 15 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Macaigne.

1er (oral, 1re série) : MM. Segond, Retterer et Rieffel ; — (2e série) : MM. Nicolas, Campenon et Mulon.

2e : MM. Gariel, Roger et Branca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Legry, suppléant.

Samedi 16 avril, à une heure. — 3e (2e partie, 1re série) : *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique* ; épreuve pratique : MM. Gilb. Ballet, Fernand Bezançon et Nicloux ; — (2e série) : MM. Achard, Desgrez et Balthazard.

1er (oral, 1re série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant ; — (2e série) : MM. Nicolas, Thiéry et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Remy et Auvray ; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Claude et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Rénon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin ; — M. Gouget, suppléant.

THÈSES

Jeudi 14 avril, à une heure. — M. Lenable. Les bains-douches à l'école primaire. (MM. Hutinel, président ; Gilbert Ballet, Carnot et Nobécourt.) — M. Lamy. Etude de statistique clinique de 134 cas de cancers de l'œsophage et du cardia. (MM. Gilbert, président ; Hutinel, Carnot et Nobécourt.) — M. Ollé. Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie chez la femme. Extraction par les voies naturelles. (MM. Pozzi, président ; Pierre Marie, Marion et Claude.) — M. Fénolhac. Coxalgie hystérique. (MM. Pierre Marie, président ; Pozzi, Marion et Claude.)

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

POUVOIR DIGESTIF ÉNERGIQUE

POUR LES ENFANTS :

Sirop de Papaïne

GASTRO-ENTÉRITES DES NOURRISSONS

Une demie ou une cuillerée à café avant ou après chaque repas ou tétée.

A SOUVENT RÉUSSI APRÈS ÉCHEC DE TOUTE AUTRE MÉDICATION.

POUR LES ADULTES :

Élixir - Sirop - Cachets

Digère les produits azotés, *quelle que soit la réaction* de l'estomac, acide, neutre ou alcaline.

Indications : Toutes les fois que l'on digère mal.

Elixir Trouette-Perret à la Papaïne : Un verre à liqueur après chaque repas.
Sirop Trouette-Perret à la Papaïne : Une cuillerée à soupe après chaque repas.
Cachets Trouette-Perret à la Papaïne : Deux cachets après chaque repas.

LA POUDRE DE VIANDE de TROUETTE-PERRET

DIASTASÉE

est composée de POUDRE DE VIANDE, de LACTINE et de MALT DE LENTILLES.

C'est donc un aliment complet et entièrement assimilable, qui, depuis plus de 25 ans, a rendu les plus grands services à tous ceux qui l'ont employé.

Indications : **Tuberculose, Affections de l'Estomac, Convalescences, Alimentation, Suralimentation, etc.**

MODE D'EMPLOI : Une à deux cuillerées à soupe matin et soir, dans de l'eau ou du lait froid, ou du café au lait, sucré ou non, jamais dans du bouillon, ni du potage.

Les Malades s'en trouvent toujours très bien et la prennent avec plaisir.

5 fr. le flacon. — 2 fr. 75 le demi-flacon.

Vente en Gros : E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris. — Vente réglementée laissant aux Pharmaciens un bénéfice normal.

SIROP ROCHE au THIOCOL

l'administration du **GAÏACOL à hautes Doses**
sans aucun inconvénient

AFFECTIONS PULMONAIRES
TUBERCULOSE



Echantillon et Littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
7, Rue Saint Claude PARIS.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ANÉVRISMES PARIÉTAUX DU CŒUR (2)

Par Henri PAILLARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

IV

Etiologie. — Odriozola donne la statistique suivante (35 cas) :

36 ans.........	1 cas
40 à 50 ans.........	6 —
50 à 56 ans.........	11 —
60 à 70 ans.........	6 —
70 à 80 ans.........	8 —
80 ans et plus......	3 —

Nous avons réuni 23 cas postérieurs qui nous donnent les proportions suivantes :

40 à 50 ans.........	4 cas
50 à 60 ans.........	6 —
60 à 70 ans.........	7 —
70 à 80 ans.........	4 —
80 ans et plus......	2 —

Enfin l'affection semble nettement plus fréquente chez l'homme. Sur 26 cas collationnés par nous, il y a 18 cas chez l'homme, 8 seulement chez la femme.

En ce qui concerne l'étiologie directe, on a parfois signalé des traumatismes sur la région précordiale. Zannini rapporte le cas d'un gondolier qui reçoit un coup sur la poitrine, souffre dans cette région à partir de ce moment et meurt dix ans après; à son autopsie, on trouve un anévrisme du cœur. Breschet, qui observa le cas de Talma, attribua l'anévrisme « aux efforts violents auxquels s'était livré Talma dans le rôle passionné d'Hamlet ».

Actuellement on tend à accorder plus d'importance aux lésions générales et surtout à l'artériosclérose; presque tous les malades présentent des lésions athéromateuses très marquées de l'aorte et de ses branches, dans d'autres cas l'artério-sclérose est presque localisée aux artères coronaires; ces derniers faits sont évidemment curieux, mais n'ont rien d'inexplicable. Enfin dans les cas rares où l'anévrisme ressortit à une endocardite ou à une péricardite, les données étiologiques sont celles de ces propres affections.

Dans un cas (Société anatomique, 25 octobre 1889), Bouisson a cru pouvoir incriminer la syphilis comme cause des altérations artérielles. Si le fait est fréquent, et il ne semble pas qu'on se soit toujours préoccupé de l'élucider, on conçoit qu'il ait quelque importance au point de vue thérapeutique.

V

Etude clinique. — En règle générale, les anévrismes du cœur ne sont jamais diagnostiqués pendant la vie du malade. Beaucoup d'auteurs ont, *post mortem*, insisté sur un certain nombre de symptômes observés cliniquement, et que l'on peut, d'après eux, rattacher vraisemblablement à l'existence de l'anévrisme. Remlinger a porté, une fois, pendant la vie, un diagnostic qui fut vérifié à l'autopsie.

On conçoit du reste assez bien que dans la plupart des cas l'hypothèse d'un anévrisme ne soit pas soulevée; on est en présence de malades artérioscléreux, emphysémateux, brightiques ou asystoliques, dont l'affection ne semble rien présenter de particulier; ils meurent de leurs lésions générales, exceptionnellement ils succombent à une complication de l'ectasie cardiaque. Et soupçonnerait-on cette dernière lésion, on ne dispose que d'un minimum de signes physiques pour en appuyer l'hypothèse.

Nous essaierons toutefois d'en étudier les caractères généraux, d'abord en analysant l'ensemble des symptômes, puis en envisageant l'évolution de la maladie.

Symptômes. — *Les symptômes fonctionnels* dont se plaint le malade sont pour la plupart des symptômes d'emprunt.

Une *dyspnée* assez vive, tenace surtout, force souvent le malade à rester assis sur son lit, parfois à courber le thorax en avant. Il n'y a là rien de spécial, et cette dyspnée s'explique aussi bien par l'hyposystolie ou par l'existence d'emphysème. Notons simplement une remarque de Bucquoy et Hanot portant du reste, non pas sur la dyspnée des malades, mais sur leur attitude : dans plusieurs cas d'anévrisme du cœur qu'ils ont eu occasion d'observer en peu de temps, ils ont été frappés de la position toute particulière que prenaient les malades, s'inclinant en avant jusqu'à toucher presque du front leurs genoux « comme s'ils voulaient par là faciliter l'afflux du sang au cerveau ».

Assez fréquemmen, on observe des *douleurs précordiales* dont les unes, diffuses et non angoissantes, sont imputables vraisemblablement à la péricardite chronique qui englobe et comprime les filets nerveux de la région, dont les autres affectent au contraire le type angineux vrai, évoluant par crises dont l'une peut entraîner la mort du malade. Il est intéressant de noter néanmoins qu'il n'y a pas du tout parallélisme entre les crises d'angor pectoris et les sténoses coronariennes constatées à l'autopsie; nombre de malades présentent une oblitération plus ou moins complète de ces artères et néanmoins n'ont jamais eu de crises angoissantes pendant leur vie.

Enfin les malades accusent presque toujours une sensation *d'oppression*, « un poids sur la poitrine », qui n'est ni véritablement douloureux, ni véritablement dyspnéique et qui relève plutôt de la myocardite, ou peut-être, pour une bonne part, de l'anévrisme. Assez souvent, on a noté *des palpitations*, de *la dyspnée d'effort*.

Pelvet résume très justement l'ensemble de ces symptômes : les phénomènes initiaux sont très souvent des troubles respiratoires; les symptômes

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 30, p. 413.

cardiaques quand ils occupent le premier plan sont des symptômes d'emprunt.

Les signes physiques ressortissent à plusieurs cadres. Les uns sont des signes de *symphyse* : rétraction systolique de la pointe, intéressant largement plusieurs espaces intercostaux ; parfois ondulations précordiales ; fixité de la pointe qui ne se déplace pas, quelque position que prenne le malade, et aussi ce fait sur lequel on a depuis longtemps insisté et que Pelvet a souvent noté dans les cas qu'il rapporte, c'est cette sorte de dissociation qui existe entre l'impulsion ventriculaire qui est forte, qui soulève largement la paroi thoracique, et le pouls qui est petit, faible, sans tension.

D'autres symptômes fréquemment observés sont dus à *l'artério-sclérose* : aorte dilatée, perçue à la palpation dans le creux sus-sternal, accusant à la percussion une matité de 5 à 9 centimètres ; l'auscultation y révèle un deuxième bruit clangoreux, parfois des signes de lésions valvulaires.

Les radiales, les temporales sont indurées : fréquemment il existe des signes de néphrite interstitielle, entre autres une albuminurie légère, qui peut un jour ou l'autre s'accentuer, s'accompagner de rétention chlorurée et d'œdèmes.

A ces signes encore se surajoutent, dans plus de la moitié des cas, des symptômes *d'emphysème*, et on conçoit qu'ils soient particulièrement gênants pour l'auscultation du cœur. Il est vraisemblable que, si cette interposition pulmonaire n'existait pas, on aurait noté plus souvent des signes physiques en rapport direct avec l'anévrisme, alors que, comme nous allons le voir, cette symptomatologie propre est singulièrement pauvre.

Un certain nombre de signes ont, en effet, été *attribués en propre* à l'anévrisme. Ils sont du reste très inconstants et très variables d'un cas à l'autre.

Il est exceptionnel qu'il y ait une *tumeur* pulsatile saillant à l'extérieur, ayant usé les côtes ou battant sous le rebord costal ; Pelvet en a trouvé deux cas, d'ailleurs douteux, dans la littérature.

La plupart des signes observés sont des signes d'auscultation : on peut entendre des *souffles*, des *modifications du rythme*, des *bruits surajoutés*.

Constantin Paul (Soc. méd. des hôp., 27 fév. 1885) s'exprimait ainsi : « Lorsqu'on trouvera à la pointe du cœur un bruit de *souffle diastolique* et que ce bruit ne s'expliquera ni par une lésion de la valvule mitrale, ni par la transmission du bruit d'une insuffisance aortique, on devra soupçonner la présence d'un anévrisme du cœur. » Eliminer l'insuffisance aortique est chose facile, même quand la lésion siège sur la valvule sigmoïde gauche, le souffle n'a jamais son maximum à la pointe et il se propage toujours le long du sternum. Il est plus difficile d'éliminer les lésions mitrales : un rétrécissement mitral pur, par exemple, donne un souffle diastolique à la pointe ; il est vrai que C. Paul refuse au rétrécissement mitral et le roulement diastolique et le souffle présystolique ; il n'y a pas lieu de discuter ici cette opinion qui est en désaccord avec toutes les données classiques.

Kasem Beck a noté, dans un cas, un souffle présystolique à la pointe.

Il est un symptôme sur lequel a longuement insisté Rendu ; *le bruit de galop* rencontré avec des caractères assez particuliers dans un cas que nous avons déjà cité à propos de la pathogénie. Il s'agissait d'un bruit à *rythme* spécial, le bruit surajouté étant, non point présystolique, comme chez les rénaux, mais diastolique, survenant après la fermeture des valvules sigmoïdes, — à *timbre* également particulier, car au lieu d'être sourd, mat, « tactile », le bruit surajouté était clair, éclatant, parcheminé ; son *siège* était très étendu, avec maximum au-dessus de la pointe du cœur et diffusion jusque vers l'appendice xiphoïde et le sternum. Enfin ce bruit de galop présentait une *fixité* remarquable et ne se modifiait point avec l'accélération des contractions cardiaques ; il est toujours resté constant.

Remlinger a diagnostiqué un anévrisme du cœur, du vivant du malade, grâce aux symptômes suivants : il s'agissait d'un emphysémateux avec bruits cardiaques sourds, lointains, mais normaux ; dans la région xiphoïdienne, on entendait sur une surface de 5 centimètres de diamètre, un *double frottement péricardique* ; il était exagéré par la pression du stéthoscope, il avait son maximum d'intensité dans l'inspiration forcée, diminuait dans la position assise ; il était exactement limité à la zone décrite ci-dessus. Un peu au-dessus et à gauche, et sous-jacent à ce frottement, on entendait un *double bruit piaulant* systolique et diastolique, non influencé par la position assise, ni par la pression du stéthoscope ; il ne présentait aucune propagation ; on ne percevait rien à la palpation. Ces symptômes ont, du reste, été transitoires ; les jours suivants on n'entendait plus qu'un léger piaulement tantôt systolique, tantôt diastolique, puis tout disparut, probablement en même temps que la poche anévrismale se comblait ; il ne resta plus que le frottement péricardique.

De ce double bruit de Remlinger, il nous faut rapprocher un signe autrefois décrit par Gendrin et sur lequel Aran avait insisté après lui : un *murmure double* à temps séparés, composé d'un murmure sec, soufflant et sibilant, commençant avec la systole et cessant tout d'un coup immédiatement après le choc systolique, et d'un murmure diastolique, très court, sibilant, sec et rugueux, succédant au premier après un intervalle de silence.

« D'autres bruits anormaux ont encore été signalés : *le bruit de cloche*, qui n'est qu'une exagération du retentissement métallique produit par une impulsion énergique du cœur ; *le bruit de bombe* observé par Potain et qui est dû à un souffle faible, sourd, profond, lointain, surajouté au bruit normal. Ces bruits n'offrent rien de caractéristique. » (Pelvet.)

En somme, ce que nous constatons surtout, ce sont des bruits diastoliques correspondant à la réplétion de la poche anévrismale, ou des doubles bruits correspondant au va-et-vient du sang du ventricule dans la poche. On conçoit que la grandeur de celle-ci, la présence d'un collet ou non, le fait qu'elle est plus ou moins comblée par des caillots, sont autant

de facteurs qui ont leur importance pour la production de ces différents signes.

Mais, encore une fois, de tous les symptômes décrits à propos de l'anévrisme au cœur, il n'en est aucun qui soit vraiment caractéristique. On peut penser à cette lésion, la soupçonner quelquefois avec un peu de vraisemblance: on ne peut pas poser de diagnostic ferme.

Le *pouls* est petit, si la symphyse cardiaque est marquée; il est tendu et vibrant s'il y a hypertrophie ventriculaire gauche et sclérose artérielle, il devient irrégulier lorsque le myocarde commence à faiblir; il ne présente donc rien de bien spécial.

Nous n'avons pas connaissance que la *radioscopie* ait jamais été pratiquée. Peut-être pourrait-elle, quelquefois, donner des renseignements intéressants.

Évolution. — Lorsqu'on étudie, après coup, l'observation clinique de malades à l'autopsie desquels on a trouvé un anévrisme du cœur, il est en général fort malaisé de découvrir dans l'ensemble des symptômes, ce qui revient à l'anévrisme et, en particulier, ce qui a pu en constituer les *premières manifestations*. Un malade peut vivre longtemps avec cette lésion; il y aurait intérêt à savoir, dans la mesure du possible, la date de son apparition. Or, si le fait initial est un infarctus du myocarde et si les lésions se produisent en somme rapidement, il n'est pas illogique, *a priori*, de penser que ces phénomènes doivent avoir une traduction clinique. C'est, du reste, le cas pour les ruptures du cœur comme nous allons le voir dans un instant; mais il en est assez rarement de même pour les anévrismes : un certain nombre se constituent et se développent d'une façon absolument silencieuse, sans que rien permette de soupçonner l'évolution de lésions aussi graves; dans d'autres cas, le tableau symptomatique est tellement complexe, comporte tellement de transitions, qu'il est véritablement impossible de dépister ce qui, dans les symptômes fonctionnels accusés par le malade, revient ou non à l'infarctus du myocarde et à l'anévrisme. R. Marie estime que les crises angineuses présentent souvent quelques caractères atypiques : l'absence d'irradiations périphériques, la coexistence d'une dyspnée intense, la durée plus longue de la crise. Lorsque l'oblitération se fait en plusieurs temps, une crise correspond à chaque poussée et lorsqu'elle se complète définitivement, il survient un accès plus violent. Ce ne sont là que des indications assez vagues et, en règle générale, on ne peut pas, cliniquement, marquer le début d'un anévrisme du cœur.

De la marche de l'affection, nous ne saurions rien dire, si ce n'est que la destinée du malade dépend beaucoup plus des lésions concomitantes que de l'anévrisme lui-même, et cela nous amène à envisager les différents modes de mort chez ces malades.

Beaucoup meurent d'*asystolie*. Cardio-rénaux, pour la plupart, ils font, à un moment donné, de l'insuffisance cardiaque avec œdèmes, anasarques, dyspnée; la présence de l'anévrisme est une condition de plus qui s'oppose à la réparation fonctionnelle du myocarde, et il est possible que les accidents se trouvent, assez souvent, accélérés de ce fait. Un certain nombre succombent à une *hémorragie cérébrale*, d'autres (et ce n'est pas très rare quand l'infarctus est relativement récent) détachent un caillot de leur paroi et font une embolie cérébrale avec le tableau classique en pareil cas.

En étudiant les observations où l'histoire clinique est rapportée avec d'assez nombreux détails, nous avons été frappés de voir la fréquence des *complications pulmonaires*, et spécialement de celles qui surviennent à titre d'accidents terminaux. Il s'agit en général, avons-nous dit, d'emphysémateux, mais ils peuvent encore, pour plusieurs raisons, faire des troubles respiratoires, en tant que cardiaques, en tant que rénaux; d'où ces bronchites à répétition, l'expectoration plus ou moins abondante, la congestion des bases que l'auscultation révèle en permanence. C'est sur un terrain ainsi préparé que vient se greffer une infection terminale qui réalise le plus souvent le type broncho-pneumonique : la dyspnée est plus accentuée, la température s'élève, les crachats, parfois rouillés, contiennent une véritable purée microbienne; l'albuminurie, si elle était légère auparavant, s'accentue à ce moment. Après plusieurs jours de pyrexie, de dyspnée et d'insuffisance cardiaque, le malade meurt rapidement. Il faut noter que parfois il y a là de véritables septicémies avec des localisations secondaires. Celles-ci peuvent même atteindre le myocarde : dans un cas (Josué et Paillard), il y avait, à côté de lésions anciennes de sclérose et d'anévrisme, des altérations relevant évidemment d'une myocardite aiguë survenue au cours d'une infection pneumococcique avec broncho-pneumonie mortelle. Toutes ces complications pulmonaires n'ont du reste rien qui doive nous étonner, étant donné leur fréquence chez les artério-scléreux.

La *mort subite* est également fréquente et peut ressortir à plusieurs causes; elle peut survenir dans une crise d'angine de poitrine; elle peut être due à une embolie cérébrale. Plus intéressants sont les cas où la mort est liée à une rupture du cœur; elle peut être absolument subite, surprenant l'individu en bonne santé apparente, ou survenant la nuit pendant le sommeil. Assez souvent, elle se produit après une période longue de plusieurs heures, parfois même durant un ou deux jours, période pendant laquelle le malade éprouve des douleurs précordiales intenses, une dyspnée très vive avec cyanose, accélération du pouls; puis la mort survient, soit en pleine crise douloureuse, soit de préférence après une phase d'accalmie, de sorte que nous retrouvons ici presque la mort subite. La période, parfois si longue, qui l'a précédée, correspond vraiment à la désintégration massive et jusque-là incomplète de la paroi myocardique. Nous posions tout à l'heure la question à propos du début clinique de l'anévrisme du cœur; mais il faut sans doute, pour obtenir cette symptomatologie accentuée, que les accidents soient déjà très graves et alors déterminent la mort par rupture du cœur.

Pelvet, sur une statistique de 86 cas, a trouvé :

31 cas de mort par affection cardiaque.
7 — cérébrale.
17 — pulmonaire.
7 morts de cause étrangère.
24 morts subites.

Sur 15 observations que nous avons collationnées, principalement d'après les bulletins de la Société anatomique, et où la cause de la mort était indiquée, nous avons trouvé :

6 cas de mort par asystolie.
1 — par hémorragie cérébrale.
3 — par complications pulmonaires.
5 — subite.

VI

Diagnostic. — Etant donné tout ce qui précède, on conçoit qu'il ne saurait être question d'en poser les règles ; le clinicien minutieux et averti pourra, dans quelques cas, soupçonner la lésion; il ne nous semble pas qu'il ait de quoi poser un diagnostic ferme. Cependant, si la paroi thoracique est mince, et si le cœur est directement appliqué derrière, sans interposition emphysémateuse, les signes physiques peuvent sans doute acquérir une valeur un peu plus grande ; d'autre part, la radioscopie paraît susceptible de rendre quelques services.

Si, un jour, on arrive à trouver aux ectasies cardiaques une symptomatologie propre bien caractérisée, on ne pourra le faire que grâce à des examens nombreux, patients et souvent très décevants.

VII

Traitement. — Il ne peut s'agir que de mesures hygiéniques : repos général du malade, diminuer le travail du cœur; traitement de l'artério-sclérose, de la néphrite chronique, de l'emphysème. La maladie ne comporterait d'indications thérapeutiques spéciales qu'au cas hypothétique où la sclérose artérielle pourrait être d'origine syphilitique. Mais encore convient-il, pour appliquer un traitement, d'avoir posé un diagnostic, et nous avons vu les difficultés de celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE (1)

ARAN. Anévrisme du cœur, *Union méd.*, 1857, p. 480. — ANDRAL. Anévrismes du cœur, *Clin. méd.*, t. V. — ADDISON. Death from hemorrage in the pericardium, *Lancet*, 1894.

BÉRARD. Th. de Paris, 1826, n° 23. — BIETT et BRESCHET. *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, 1827, t. III (histoire de la maladie de Talma). — BOURDET. Anévrisme du ventricule droit, *Bull. de la Soc. anat.*, 1838, p. 131. — BOUILLAUD. *Traité clinique des maladies du cœur*, 1841. — BÖTTGER. Ueber die spontanen Rupturen des Herzens, *Arch. d. Heilk.*, t. IV, 1863. — BUTTE et QUINQUAUD. Oblitération des artères coronaires, *Soc. anat.*, 1882. — BUCQUOY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 fév. 1885. — BUDOR. *Oblitération des artères coronaires*, Th. de Paris, 1888. — BECK. *Zur Kentniss der Entstehung der Herzruptur und des chronischen Herzaneurysma* (I. D. Tübingen), 1886, und *Beitr. z. path. Anat. v. Ziegler et Nauwerck*, t. II, 1888. — BOUISSON. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, 25 oct. 1889. — BOSSU. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, nov. 1891. — BUREAU. Anévrisme de la pointe, *Soc. anat.*, 1892. — BRAULT. Les artérites, *Encyclopédie Léauté*. — BUREAU. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, janv. 1896. — BACALOGLU. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, janv. 1898. — BERNARD. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, mai 1898. — BACALOGLU. Anévrisme pariétal du cœur, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 35.

CORVISART. *Essai sur les maladies du cœur*, 3e édit., 1818, p. 286. — CHASSINAT. Th. de Paris, 1835. — CAVELLA. Anévrisme du ventricule droit, *Arch. gén. de méd.*, 1844, p. 220. — CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. II, 1852, et *Atlas*. — CORNIL et RANVIER. *Manuel d'histologie pathologique*. — CUFFER. Anévrisme du cœur, *Sem. méd.*, 1893. — CLAUDE. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, 1895.

DUROZIER. *Traité clinique des maladies du cœur*, 1891.

EICHHORST. *Lehrbuch der spec. Path. und Therapie*, 1885.

FORGET. Recherches cliniques sur l'anévrisme partiel du cœur, *Gaz. méd.*, 1853, p. 208. — FRIEDREICH. *Traité des maladies du cœur* (traduction de Lorber et Doyon), 1873.

GALEATI (dom Guzman). *De Bononiensi scientiarum et artium instituto atque Academia commentarii*, t. IV (Academiarum quarumdam opuscula varia), p. 26-33, 1757. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Soc. anat.*, 1836. — DE GRANDMAISON. Anévrisme du cœur avec rupture, *Soc. anat.*, 1889. — GOUGET. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, 1892 et 1er mars 1895. — GESLAND. Anévrisme du cœur et gangrène partielle du cœur, *Soc. anat.*, mars 1895. — GRIFFON. Deux cas d'anévrismes du cœur, *Soc. anat.*, 1895. — GUÉRIN. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1895. — GEORGIADES. *Anévrismes du cœur*, Münich 1895. — GÉRAUD. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, juin 1899. — GAULTIER (R.). Thrombose coronarienne avec ramollissement limité de la pointe du cœur, *Soc. anat.*, oct. 1904.

HUBER (Karl). Ueber den Einfluss der Krantzarterienerkrankung auf das Herz und die chronische myocarditis, *Virch. Arch.*, Bd. LXXXIX, 1882. — HOFFMANN. *Anatomie pathologique du cœur dans la sclérose des coronaires*, Saint-Pétersbourg 1886. — HOBBS. *Congrès français de médecine*, Nancy, août 1896.

JACQUET. *Soc. anat.*, 1883. — JOSUÉ et PAILLARD. Symphyse cardiaque, syndrome surréno-vasculaire, anévrisme du cœur, *Soc. méd. des hôpit.*, 29 janv. 1909.

KLEIN. Zur Ætiologie der Aneurysmen der Pars membransept. ventricul. und deren Ruptur, *Virch. Arch.*, Bd. CXVIII, 1889. — KRZWICKI (V.). Das septum membr. ventr. cordis, sein Verhältniss zum sinus Valsalvœ dexter Aortœ und die aneurysmatischen Veränderungen beider, *Beitr. zur path. Anàt. v. Ziegler*, t. VI, 1889. — KUNDRAT. *Soc. império-royale des méd. de Vienne*, 1892. — KASEM-BECK. *Centralbl. f. inn. Med.*, 13 fév. 1897.

LOBSTEIN. *Anatomie pathologique*, t. II, 1833. — LAVERAN. *Union méd.*, 1878. — LANCEREAUX. *Atlas*; — *Arch. gén. de méd.*, 1873 et 1881. — LEGG (Wickham). *Med. Times and Gaz.*, 25 août 1883, p. 199. — LEYDEN. Ueber die Sklerose der Coronararterien und die davon abhängigen Krankeitzustände, *Zeits. f. klin. Med.*, t. III, 1884, und *Deuts. med. Wochens.*, 1885. — LETULLE. Plaques atrophiques du myocarde, *Soc. méd. des hôpit.*, 1887. — LAURENT. *Etude sur l'évolution anatomique et clinique des anévrismes de la pointe*, Th. de Paris, 1894. — LOP. Anévrisme de la pointe du cœur, *Marseille méd.*, 1890; — Contribution à l'étude des anévrismes du cœur, *Revue de méd.*, 1892. — LÉOPOLD-LÉVI. Anévrisme de la pointe du ventricule gauche. Péricardite adhésive. Pas de sclérose des coronaires, *Soc. anat.*, juillet 1893. — LORRAIN et TRANNOY. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, juin 1906.

MAISONNEUVE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1833. — MERCIER. Sur la myocardite considérée comme cause d'anévrisme partiel,

(1) Pour les travaux antérieurs à 1867, nous n'avons cité que les principaux. On trouvera la bibliographie complète dans la thèse de Pelvet.

Gaz. méd., 1857. — MALMSTEIN. *Hygiena*, t. XXVI, 1861, p. 629, cité par Friedreich. *Trad. franç.*, p. 320. — MARTIN (Hippolyte). *Revue de méd.* : Lésions viscérales consécutives à l'endartérite oblitérante et progressive, mai 1881 ; — Pathogénie des endocardites et des scléroses cardiaques, fév. 1883 ; — Pathogénie des scléroses dystrophiques, janv. 1886. — MEYER (G.). Zur Kentniss d. spontanen. Herzruptur, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XLIII, 1888. — MACAIGNE. Anévrisme du cœur, *Soc. anat.*, 20 nov. 1891. — MARIE (René). *L'infarctus du myocarde et ses conséquences*, Th. de Paris, 1896. — MOLLARD et BERNARD DE TEYSSIER. Anévrisme du cœur, *Lyon méd.*, 16 nov. 1902. — MARIE (René). Anévrisme et rupture du ventricule gauche liés à l'oblitération de la coronaire antérieure, *Soc. anat.*, nov. 1905.

ODRIOZOLA (Ernesto). *Les lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires*, Th. de Paris, 1887-1888.

PIGEAUX. *Traité pratique des maladies du cœur*, 1839. — PEACOCK. *Edinburg Med. and surg. Journ.*, oct. 1846. — PELVET. *Anévrismes du cœur*, Th. de Paris, 1867. — PAUL (Constantin). *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 27 fév. 1885. — PERNICE. Ateroma dell' Aorta e sclerosi del miocardo, *Arch. p. le Scienze med.*, t. XI, 1887. — PILLIET. Anévrisme de la pointe, *Soc. anat.*, 1890. — PARISOT et SPILLMANN. *Revue méd. de l'Est*, 1897. — PEYRE. Anévrisme pariétal diffus du cœur, *Soc. anat.*, mai 1902.

ROKITANSKY. *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, 1re édit., 1844, 2e édit., 1856, Wienn, t. II, p. 450 ; — *Die Defecte der Scheidewände des Herzens*, Wien 1875. — REINHARDT. Zur anat. und pathol. Kentniss der dünnen stelle in der Herzscheidewand, *Virch. Arch.*, Bd. XII. — RENDU (H.). Note sur un cas d'anévrisme partiel du cœur, avec des remarques sur la pathogénie et la symptomatologie de cette lésion, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 déc. 1887. — ROBIN et NICOLLE. *Les ruptures du cœur*, bibliothèque Charcot-Debove. — REMLINGER (P.). Sclérose de l'artère coronaire antérieure. Dégénérescence consécutive du ventricule gauche. Anévrisme du cœur diagnostiqué pendant la vie, *Bull. méd.*, 20 mai 1896.

SAINTON. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1879. — SAINT-GERMAIN (DE). Anévrisme de la pointe, *Soc. anat.*, 1882. — STERNBERG. *Ueber Erkrankungen des Herznurskels im Auschluss an Störungen des Coronararterienkreislaufs* (I. D. Marburg), 1887. — SIMONIN. Thrombose de l'artère coronaire antérieure, *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 1894, p. 388-398. — SIDNEY-SHORT. *Brit. med. Journ.*, mai 1897.

TAUTAIN. *De quelques lésions des artères coronaires comme cause d'altération du myocarde*, Th. de Paris, 1878. — TOLOT. Anévrisme du cœur; pas d'athérome des coronaires (opinion de Tripier), *Lyon méd.*, 26 janv. 1902.

VITI. Die Sklerosen des myocardiums, *Arch. ital. di clin. med.*, t. II, 1890. — VIDAL. Anévrisme du ventricule droit, *Soc. anat.*, 1830, p. 125.

WEIGERT. Ueber die pathologischen Gerinnungsvorgänge, *Virch. Arch.*, Bd. LXXIX, 1880.

ZANNINI. *Anatomia pathol. di alcuna fra le parti più import.*, etc., di Matteo Baillie (traduction), Venezia 1819, vol. I, p. 27. — ZAHN. Anevrisma der Pars membransepti ventric. cordis, *Virch. Arch.*, Bd. LXXII. — ZIEGLER. Ueber die Ursachen der Nierenschrumpfung, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXV, 1879 ; — *Lehrbuch der speciellen Pathologischen anatomie*, Iéna 1892.

AU SUJET DE DEUX CAS DE

PLAIES DU CŒUR PAR ARMES A FEU

Par le docteur DUPONT (1),

Médecin aide-major de première classe.

Diagnostic. — Le diagnostic, disons-le tout de suite, est le plus souvent impossible (*diagnostic chirurgical*, Duplay, Rochard, Demoulin).

« Il n'y a pas de symptôme pathognomonique qui permette de diagnostiquer avec sûreté absolue une blessure du cœur. Cependant il y a toute une série de points d'appui à l'aide desquels on peut déduire avec grande vraisemblance et même avec certitude à peu près absolue une blessure du cœur. » (Momburg.)

Nous ne suivrons pas cet auteur dans sa dernière conclusion. Les faits sont là pour montrer qu'on arrive rarement à la certitude.

Recherchons donc les principaux éléments de diagnostic.

Le premier point à établir bien exactement est le siège de la plaie dans le cas où il y a plaie extérieure.

L'aire de projection du cœur sur la paroi thoracique antérieure a été l'objet d'études approfondies de la part de nombreux auteurs.

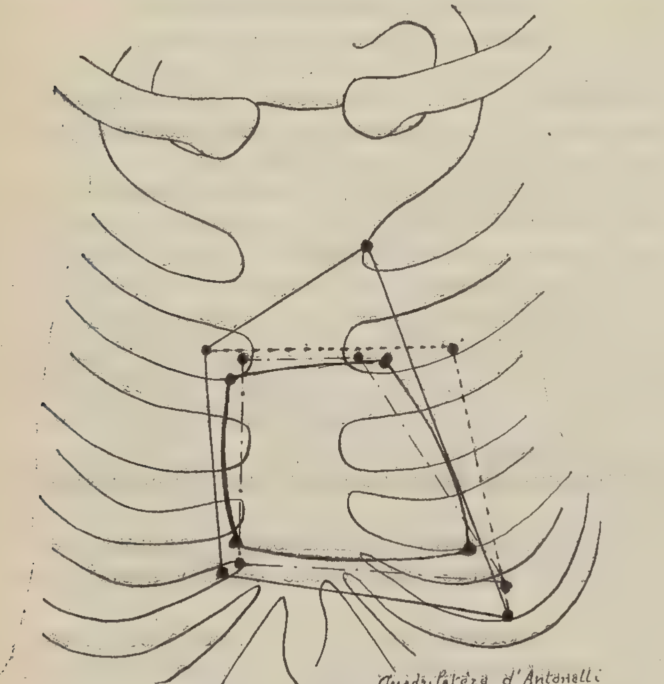
Le professeur Antonelli projette avec des lignes très simples sur la surface antérieure du thorax l'aire du cœur (le péricarde étant intimement accolé au cœur on peut assimiler ses limites à celles de ce dernier). Du bord sternal du premier espace intercostal gauche, on tire en bas et en dehors une ligne qui va rencontrer le bord supérieur du sixième cartilage costal gauche vers son union avec la portion osseuse à 8 centimètres en dehors de la ligne médio-sternale. Cette ligne représente la limite gauche du péricarde. A droite on fait descendre une autre ligne du col de la clavicule au bord supérieur de l'extrémité interne du sixième cartilage costal à une distance de 1 centimètre à 1 centimètre et demi du bord du sternum. Cette ligne correspond au bord droit du péricarde. De l'extrémité supérieure de la ligne gauche une troisième ligne va transversalement couper la ligne de droite en passant par le deuxième espace intercostal. Elle indique le bord supérieur de l'aire péricardique. En bas, une quatrième ligne transversale unit les extrémités inférieures des lignes latérales. Elle ferme en bas l'aire péricardique.

La figure de projection de la face antérieure du cœur sur la poitrine, dit Poirier, affecte la forme d'un quadrilatère irrégulier.

Le bord supérieur horizontal coupe la partie moyenne de l'extrémité sternale du deuxième espace intercostal et dépasse de 2 centimètres environ le bord droit et le bord gauche du sternum. Le bord inférieur légèrement oblique en bas et à gauche s'étend de l'extrémité sternale du cinquième espace intercostal droit à la pointe du cœur, c'est-à-dire à un

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 31, p. 427, et 32, p. 442.

point situé dans le cinquième espace gauche un peu en dehors du mamelon. Le bord droit et le bord gauche réunissent les extrémités droite et gauche des bords supérieurs et inférieurs. Le premier est presque vertical. Le deuxième est fortement oblique en bas et à gauche.



La projection du cœur sur la paroi thoracique antérieure d'après les divers auteurs.

Testut donne le nom d'espace précordial à un espace triangulaire au sommet tronqué, dirigé en haut ou mieux à un quadrilatère aux côtés inégaux.

Les points angulaires de cette surface sont situés le premier sur le bord supérieur du troisième cartilage costal droit à 1 centimètre du bord droit du sternum; le deuxième au niveau de l'articulation sternale du cinquième cartilage costal droit; le troisième au niveau de la pointe du cœur, c'est-à-dire en un point situé au bord supérieur du cinquième cartilage costal gauche à 8 centimètres en dehors de la ligne médio-sternale. Le quatrième point angulaire se trouve dans le deuxième espace intercostal gauche, à égale distance des deux cartilages et à 2 centimètres du bord gauche du sternum.

Ces quatre points sont réunis deux à deux par des lignes courbes concaves vers l'intérieur du quadrilatère.

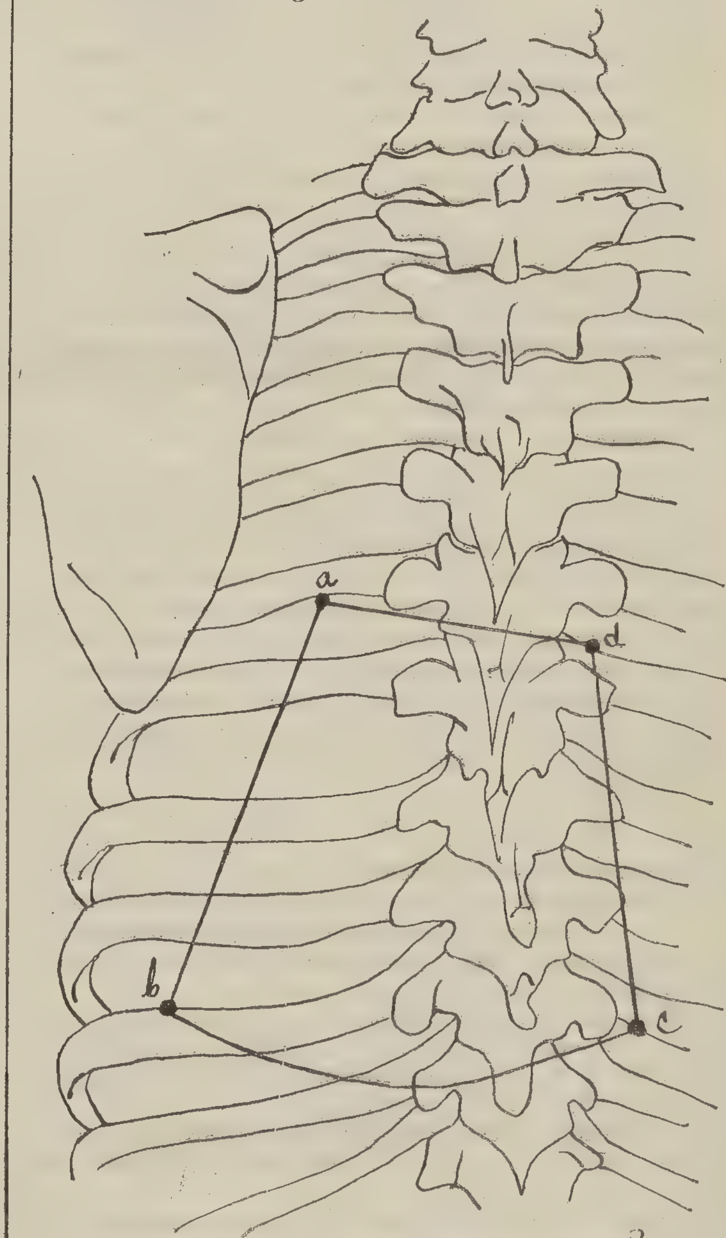
Merkel donne à peu près les mêmes limites.

Si nous considérons la figure représentant les orifices d'entrée des projectiles par rapport à la projection du cœur sur la paroi thoracique antérieure, nous donnerons la préférence à la figure d'Antonelli, mais en reportant le bord gauche du cœur selon une ligne qui descendrait du col de la clavicule gauche, la limite supérieure du cœur étant une horizontale passant par le deuxième espace. C'est ce que nous appellerons *l'aire cardiaque utile ou l'aire cardiaque chirurgicale*.

Nos études nous ont amené à rechercher en même temps l'aire de projection du cœur sur la paroi thoracique postérieure. L'expérience répétée sur cinq cadavres nous a donné les résultats suivants :

Le cœur se projette sur la paroi thoracique postérieure suivant un quadrilatère irrégulier à cheval sur la colonne vertébrale et la débordant beaucoup plus du côté gauche que du côté droit.

Les points angulaires de ce quadrilatère sont les suivants : un point supérieur gauche (*a*) est situé sur le bord inférieur de la sixième côte gauche à six centimètres de la ligne médiane.



Projection du cœur sur la paroi thoracique postérieure.

Un point inférieur gauche (*b*) correspond au bord supérieur de la dixième côte gauche à 10 centimètres de la ligne médiane.

Un point inférieur droit (*c*) à 4 centimètres de la ligne médiane sur le bord inférieur de la dixième côte droite.

Un point supérieur droit (*d*) à 3 centimètres de la ligne médiane sur le bord inférieur de la septième côte droite.

Les points supérieurs, les points droit et gauche

sont unis par une ligne droite ; les points *b* et *c* sont réunis par une ligne courbe à concavité interne dont le sommet passe par le col de la onzième côte à 2 centimètres de la ligne médiane.

Toute balle qui aura pénétré à travers l'une de ces surfaces de projection et qui sera sortie par l'autre, aura à peu près sûrement atteint le cœur.

Il faut cependant envisager les cas très fréquents de coups de feu obliques, l'arme ayant été tenue plus ou moins inclinée. Si nous nous reportons à la coupe antéro-postérieure du corps sur laquelle nous avons reproduit quelques trajets, nous voyons que tous étaient obliques, mais l'orifice d'entrée était situé dans l'aire cardiaque antérieure.

Il faut encore ne pas oublier que dans quelques cas l'orifice peut être assez éloigné de la région précordiale.

La plaie étant localisée dans la région cardiaque, il faut se demander si elle est pénétrante ou non. Le collapsus, l'état général devenant rapidement très mauvais sont en faveur d'une plaie pénétrante, mais ces signes sont sans utilité pour le diagnostic précis de la lésion, le poumon et la plèvre étant le plus souvent intéressés en même temps. Le signe auquel Froser a donné le nom de traumatopnée est cependant à peu près pathognomonique d'une pénétration intra-thoracique. De même l'emphysème sous-cutané seul sans pneumothorax indique le plus souvent une plaie pénétrante.

« Je ne proscris pas, dit Rehn de Francfort (XXVIe *Congrès de la Soc. allem. de Chir.* 1897), vu l'importance d'un diagnostic exact, l'emploi prudent de la sonde. » Les avis là-dessus sont très partagés. Rydgier considère cette manœuvre comme sans utilité et dangereuse, elle peut en effet produire la déchirure de parties déjà obturées et entraîner une nouvelle hémorragie.

Fischer attire l'attention sur l'irritation du cœur que peut provoquer le contact de la sonde, irritation suivie de contractures plus fortes suivies souvent d'hémorragies secondaires.

Lendler se montre très partisan de cette manière d'agir. Loison pense que l'exploration à la sonde pratiquée avec prudence, douceur et antisepsie, ne peut présenter aucun des inconvénients qu'on lui a reprochés et présente par contre de nombreux avantages.

« Un moyen plus simple, dit Momburg, et plus sûr d'apprécier le trajet et la profondeur de la plaie consiste à élargir la plaie de chaque côté et en profondeur. La plaie se manifeste-t-elle alors comme non pénétrante, on aura toujours fait une désinfection du canal. »

La plaie localisée dans la région cardiaque étant pénétrante a-t-elle atteint le cœur ?

Les caractères de l'hémorragie externe considérés comme très importants par beaucoup d'auteurs ne sont pas en général si nets qu'ils puissent être infaillibles.

Et tout d'abord l'hémorragie externe ne vient pas nécessairement du cœur. Une artère intercostale, l'artère mammaire interne ou bien encore une artère pulmonaire blessée peuvent donner un jet de sang synchrone avec la systole cardiaque. Du sang veineux peut aussi s'écouler par la plaie et provenir de la blessure d'une veine de la paroi. On ne peut donc, comme le voulaient les anciens auteurs, invoquer la qualité du sang issu de la plaie pour en augurer une blessure du ventricule droit ou du ventricule gauche.

Enfin la douleur rétrosternale n'a que peu de valeur au point de vue du diagnostic, elle peut être provoquée par un épanchement sanguin dans le médiastin antérieur ou se développer seulement sous l'influence d'une inflammation de la région.

Du côté du cœur la constatation de certains phénomènes peut aider au diagnostic.

En premier lieu les modifications apportées dans la percussion de la région cardiaque. Le plus souvent on constate une augmentation de la matité précordiale. Mais elle signifie seulement que du sang s'est épanché autour du cœur. Mais on peut se trouver en présence d'un épanchement pré-péricardique, d'un hémo-médiastin, au lieu d'un épanchement intra-péricardique, c'est-à-dire d'un hémo-péricarde.

La nature de l'épanchement, pré ou intra-péricardique, peut être faite, non pas comme le pensait Morel Lavallée par l'existence du bruit de moulin, nous avons dit pourquoi plus haut, mais grâce à une manœuvre exposée par Reynier. « Quand l'épanchement est intra-péricardique, le bruit de clapotement s'entend dans le décubitus dorsal et dans la position assise, de plus il s'accompagne de troubles du côté de la circulation. Quand l'épanchement est extra-péricardique, il ne s'entend que dans la position couchée ou se modifie d'une façon notable, quand on fait asseoir le malade. »

Les bruits anormaux de râpe, de scie, des souffles perçus à l'auscultation doivent faire penser à une lésion du cœur, de même que la petitesse et la faiblesse du pouls.

Enfin même quand il n'y a pas de plaie extérieure, il faut envisager la possibilité d'une blessure du cœur, qui se range sous l'influence de la pression exercée à sa surface.

De tous les éléments de diagnostic énoncés ci-dessus en est-il un qui soit pathognomonique et à lui seul soit suffisant ? Non. Une blessure du cœur se diagnostique par un ensemble de symptômes et non par un seul d'entre eux. Symptômes locaux et symptômes généraux concourent à asseoir une croyance.

Rehn disait que le plus important des symptômes des plaies cardiaques était l'anémie. Or nous retrouvons ce symptôme accompagné de toutes les altérations de l'état général (syncope, collapsus) aussi bien dans les plaies du cœur que dans les plaies du poumon ou les plaies des gros vaisseaux intra-thoraciques. Et le diagnostic de cette hémorragie intra-thoracique est lui-même si délicat à poser que M. Routier pouvait dire à la Société de chirurgie le 17 mars 1909 : « Le jour où je diagnostiquerai une hémorragie intra-thoracique menaçante pour la vie du blessé, me comportant là comme ailleurs, je chercherai à aller lier le vaisseau sectionné ; mais c'est parce que jusqu'ici je n'ai pas pu porter un diagnostic tel que je suis resté abstentionniste. »

Veut-on connaître la difficulté du diagnostic, écoutons parler les maîtres de la chirurgie.

« Les signes d'hémorragie interne et surtout *les sièges des orifices d'entrée des balles* nous font penser à la possibilité d'une plaie du cœur avec épanchement sanguin dans le péricarde et la plèvre. » (Beurnier, Société de chirurgie, 13 mars 1908.) C'était une plaie du poumon. « On songe à une plaie du cœur ou à une plaie du poumon », dit-il, quelques mois plus tard en rapportant un fait semblable et il ajoute : « Dans tous les cas où l'on a agi chirurgicalement, on pensait avant l'opération avoir affaire à une plaie du cœur plutôt qu'à une plaie du poumon. »

« Il faut mettre en garde les jeunes chirurgiens, dit Quénu (Société de chirurgie, 26 juin 1908) contre l'erreur qui consiste à diagnostiquer une plaie du cœur parce que la plaie externe est dans la région précordiale ou à son voisinage et que certains signes généraux inclinent à y penser. L'auscultation du cœur ne donne pas toujours des renseignements exacts, par exemple en cas d'emphysème sous-cutané considérable et de pneumothorax, les battements deviennent sourds et l'oreille est gênée par la crépitation gazeuse que provoque son contact avec la paroi. Il faut alors accorder plus d'importance au pouls et douter d'une plaie du cœur, si le pouls est resté plein, au-dessus de 100 pulsations par minute, non influençable par l'effort, par l'excitation chloroformique. »

En présence d'un orifice d'entrée siégeant à 1 centimètre au-dessous du mamelon gauche, Guibal était, comme il le dit, « hanté par sa première idée que le cœur avait été blessé ».

Ricard lui aussi pense à une plaie du cœur par suite de l'absence complète des bruits du cœur.

En somme diagnostic très difficile à porter, dans lequel il ne faut négliger aucun symptôme, dans lequel toute la perspicacité du chirurgien doit être mise en éveil et tous les moyens mis en usage pour s'approcher autant que possible de la certitude. Il ne faudra pas enfin, si l'état du malade le permet, négliger l'emploi des rayons X employés, comme nous l'avons vu, par Manteuffel dans la guerre russo-japonaise. On pourra grâce à eux être renseigné sur le volume de l'épanchement péricardique ou sur la localisation exacte du projectile (Tuffier).

Quant à essayer de savoir avant toute intervention si le péricarde est seul blessé ou s'il est atteint en même temps que le cœur, ce sont là des subtilités de diagnostic, que l'on ne peut essayer de faire pénétrer dans la pratique.

Les signes observés à la percussion, matité ou tympanisme provoqué par l'entrée de l'air dans la cavité péricardique, que Eichel donne comme spéciaux aux blessures du péricarde, ont été observés aussi, comme nous l'avons vu, dans les blessures du cœur.

Malgré toutes ces incertitudes, « voici, croyons-nous, comment il faudrait se comporter si le hasard nous mettait un jour ou l'autre en présence d'un traumatisme de la région précordiale : localiser exactement l'orifice d'entrée de la plaie,... réunir cet orifice d'entrée à l'orifice de sortie par une ligne idéale et rechercher si cette ligne passe à travers le péricarde et le cœur ; si la balle est restée dans les tissus, pratiquer immédiatement la radioscopie ou la radiographie ; explorer la plaie avec le doigt ou la sonde, pour se rendre compte de sa direction et de sa profondeur ; examiner dans le même but l'arme vulnérante, si elle est présentée ; rechercher l'existence d'un épanchement primitif dans le péricarde et la plèvre ; apprécier les caractères de l'hémorragie externe, ausculter le cœur et les poumons, palper le pouls, rechercher les signes d'hémorragie interne...

Si la présence d'un de ces signes peut faire supposer l'existence d'une lésion du péricarde ou du cœur, isolée ou associée à une lésion pleurale, ou pulmonaire ou péritonéale, il ne faut pas dans le doute s'abstenir et surseoir au diagnostic, mais agir et agir immédiatement dans l'intérêt du blessé, en pratiquant le débridement de la plaie, puis, suivant le cas, une thoracotomie exploratrice, suivie ou non d'incision du péricarde. » (Loison.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCES DES 17 FÉVRIER ET 10 MARS 1910)

Etiologie de la fièvre typhoïde (*Clôture de la discussion*). — M. DAUSSAT donne lecture du rapport qui résume la longue discussion qui vient d'être poursuivie au sujet de l'étiologie de la fièvre typhoïde dans l'armée. Grâce aux très nombreuses communications apportées par les médecins régimentaires, il est possible de dégager les conclusions suivantes.

La fièvre typhoïde relève de causes diverses :

1° Infection, 80 p. 100 (Koch), 90 p. 100 (Brouardel) des cas sont dus à la souillure hydrique : eau de boisson, eau de mouillage (lait, cidre), eau de lavage et de rinçage.

10 p. 100 environ sont dus à la souillure du sol (matières fécales, poussières).

2° Contagion, 0,03 p. 100 dus à la contagion hospitalière ; 1 p. 100 pour les infirmiers, d'après les statistiques hospitalières concernant un très grand nombre de cas intérieurs.

D'après les statistiques allemandes, la contagion par les porteurs chroniques de bacilles donnerait 4 à 5 p. 100 de cas. Il est singulier de constater que la contagiosité est plus élevée dans ce dernier cas que dans les milieux hospitaliers où les contacts sont plus intimes.

3° Autogenèse. Le bacille d'Eberth ne naît pas spontanément dans l'organisme, c'est évident, mais son apport au moyen des milieux extérieurs ou par le contage remonte à une date indéterminée. Ainsi introduit dans l'organisme, le bacille typhique peut rester saprophyte pendant un temps variable, puis devenir virulent sous l'influence d'altérations de l'organisme produites par des causes diverses, dites *causes secondes*.

Tous les documents versés aux débats soulignent l'importance, dans le milieu militaire, de ces causes secondes ; les principales sont la fatigue, l'encombrement, les vices de l'alimentation et du casernement, les intempéries.

La conclusion naturelle qui découle de cet important débat est que les médecins régimentaires doivent continuer, comme par le passé, à surveiller l'entraînement progressif et le bien-être physique du soldat, et que toute son attention doit se porter sur la pureté de l'eau, sur l'alimentation, la pro-

preté corporelle et manuelle, le casernement, les latrines, etc. Cette mission prophylactique est loin d'être aussi simple et aussi banale qu'on le croit généralement.

Traitement des dacryocystites chroniques par l'extirpation du sac lacrymal. — M. Revel a obtenu de très bons résultats de cette opération, qui est simple et se termine le plus souvent pur une réunion per primam. Les suites en sont très heureuses; l'épiphora disparaît; seul persiste un larmoiement léger, peu gênant, qui finit par céder en raison de l'atrophie de la glande lacrymale. Il conclut que toute dacryocystite rebelle peut et doit être traitée par l'extirpation du sac.

M. Dejouany appuie ces conclusions. Il passe en revue tous les détails de technique de cette excellente intervention que, depuis plusieurs années, il voit couramment employée aux Quinze-Vingts. Le larmoiement qui subsiste après l'ablation du sac est ordinairement léger; s'il devenait gênant, on pourrait pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale.

Aussi, cette opération est-elle indiquée, à son avis : 1° quand une dacryocystite chronique a résisté aux divers traitements, ou que la suppuration devient un danger pour l'œil; 2° quand il y a des lésions osseuses fistuleuses (tuberculose, syphilis, ulcères); 3° dans les cas d'atonie du sac; 4° comme temps prémonitoire de la cataracte ou de l'iridectomie; 5° enfin lorsque, pour des raisons sociales, chez les ouvriers par exemple, le long et coûteux traitement habituel est impossible.

Simulation de la prétuberculose. — M. Batier rapporte d'originales observations desquelles il appert que certains simulateurs, appartenant ordinairement à la classe instruite, ont pu faire croire qu'ils étaient atteints de tuberculose au début. Amaigrissement provoqué, élévation thermométrique vespérale, palpitations produites par des injections dissimulées de caféine, joints à quelques troubles respiratoires du côté des sommets, qui, on le sait maintenant, sont si fréquents chez les sujets normaux, tels sont les moyens mis en œuvre pour surprendre la bonne foi de l'observateur.

M. Lemoine fait observer que chez 50 p. 100 des sujets, il y a des différences dans la respiration des deux sommets. Sauf chez les gauchers, l'inspiration est, en général, plus forte à droite qu'à gauche. Aussi, pour pouvoir tirer une conclusion valable de l'auscultation des sommets, faut-il constater une diminution sensible du murmure vésiculaire du côté droit. Encore faut-il s'assurer qu'il n'existe pas d'anomalies ou d'obstruction des voies aériennes supérieures, qui modifient la respiration des sommets (Lemoine et Sieur).

Un signe, réellement pathognomonique, et qui lui paraît impossible de simuler, est la fièvre provoquée. Les sujets qui, après une demi-heure d'exercice intensif, présentent une élévation thermique de 0°5 à 0°6, qui persiste pendant quelque temps, doivent être considérés comme suspects de tuberculose au début. Il recherche toujours systématiquement ce signe, sans se fier exclusivement aux résultats de l'auscultation des sommets.

Contusion de l'abdomen par coup de canon à blanc. — M. Pfihl relate l'observation d'un marin qui reçut, presque à bout portant, un coup de canon à blanc. Celui-ci détermina un éclatement de la paroi abdominale, par laquelle faisait issue l'estomac, parfaitement intact et animé de mouvements péristaltiques. Par contre, le pancréas était complètement broyé. Malgré une intervention pratiquée d'urgence, le blessé succomba au shock.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — M. Dubujadoux reçoit à l'hôpital un cavalier qui venait d'être atteint d'un coup de pied de cheval dans l'abdomen, au niveau du bord externe du grand droit, à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque, du côté droit. Douze heures après l'accident, le blessé présentant des signes de probabilité de lésion interne, vomissements, hoquet, ballonnement considérable, défense extrême de la paroi, 38°6 de température, pouls à 104, il pratiqua la laparotomie. Celle-ci ne fit découvrir aucune lésion intestinale; seulement deux ecchymoses insignifiantes sur le côlon ascendant, superficielles, sans amincissement des parois. Guérison.

M. Delorme dit qu'il ne faut pas s'étonner, dans ce cas, de l'absence des lésions intestinales. Les contusions par coup de pied de cheval ont une pathologie très spéciale et qui ne ressemble pas à celle des contusions abdominales observées dans la pratique civile, qui sont provoquées par des tamponnements ou des écrasements. Les coups de pied de cheval ne déterminent de lésions internes que lorsqu'ils portent sur un point de la paroi abdominale qui correspond à une partie résistante de la paroi postérieure, colonne vertébrale ou os iliaque. En dehors de ces zones, les anses intestinales peuvent fuir sous le choc et sont rarement lésées : c'est le cas du blessé de M. Dubujadoux. Malgré des symptômes tapageurs, de pareilles contusions guérissent sans intervention.

LIVRES NOUVEAUX

Dictionnaire médical de poche en 8 langues (1), édité par le docteur J. Meyer (de Berlin), avec la collaboration de M. le docteur Fernand Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris (pour la partie française).

Les relations d'un pays à un autre sont devenues si fréquentes que les médecins se voient obligés d'être familiers avec les langues étrangères.

A l'aide du dictionnaire de J. Meyer, tout médecin qui parle une des 8 langues contenues dans ce volume (français, allemand, anglais, italien, russe, espagnol, japonais, hongrois) peut se faire entendre dans les sept autres idiomes.

Désireux de donner à ce livre un format pratique, l'auteur s'est vu dans la nécessité de se limiter et de ne citer qu'environ 5500 mots dans chaque langue.

Cet ouvrage, combinaison de 56 lexiques, a un triple but : il veut être aussi complet, aussi pratique, aussi maniable que possible. Pour ce, l'auteur a tenu compte des points de vue suivants :

1° Il a inséré un assez grand nombre d'expressions qui, si elles ne sont pas strictement médicales, se trouvent fréquemment employées par les médecins (ex. description d'un tableau clinique).

2° Voulant éviter les répétitions, il a utilisé en général la méthode de la séparation des mots composés.

3° Chaque terme d'une langue autre que la langue allemande est enfin uniquement traduit en allemand. Sous l'expression allemande se trouvent alors toutes les autres traductions du mot.

Nous ne doutons pas que ce dictionnaire conçu sous une forme éminemment pratique, et revu au point de vue français par notre collègue Fernand Lévy, dont les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ont pu souvent apprécier le savoir et la clarté d'exposition, ne remporte auprès du public médical français tout le succès qu'il mérite. L. GAYARD.

(1) In-8 relié. — Prix : 24 couronnes (25 francs). — Urban et Schwarzenbourg, éditeurs, I., Maximilianstrasse, 4, Wien.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 1, 7 janv. 1910.) Léon Tixier : Les anémies graves de type pernicieux. — Emery : Diagnostic et traitement de l'herpès génital. — Pissavy : Péritonites toxiques. — A. Guillon : Lampe à moustiques. — Gagnière : Pneumothorax traumatique chez un homme jeune. — A. Jousset : Précipito-diagnostic de la tuberculose. — (N° 2, 14 janv.) J. Labouré : Laryngectomie totale pour tumeur maligne du larynx. — P. R. Joly : Balnéothérapie et cures adjuvantes. — Caraven : Conseils pratiques pour l'application des bandages herniaires. — Caspari : Traitement des tumeurs de la vessie par les voies naturelles. — (N° 3, 21 janv.) V. Pauchet : De l'anus artificiel dans le cancer du rectum. — Pissavy : Péritonites toxiques (*fin*). — Mauclaire : Tumeurs rétro-péritonéales prévertébrales. — Rudaux : Intoxications chroniques et puerpéralité. — (N° 4, 28 janv.) A. Lapointe : Les opérations mutilantes dans le traitement du prolapsus génital. — Leven : Les deux douleurs gastriques. — Boulai : L'incision de Wilde. — Mauclaire : Traitement des ulcères variqueux. — (N° 5, 4 fév.) E. Lesné et L. Dreyfus : Les porteurs de germes. — V. Pauchet : Abcès du poumon. — Rudaux : Anémie pernicieuse progressive chez la femme enceinte. — Ardenne et Legros : Diphtérie primitive du naso-pharynx. — (N° 6, 11 fév.) E. Lesné et L. Dreyfus : Les porteurs de germes (*fin*). — Weill et Nové-Josserand : Symptômes et pronostic de l'appendicite chez l'enfant. — A. Vigouroux : Folie maniaque dépressive et cyclothymie.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 20 janv. 1910.) Harnack : Sur le traitement général des intoxications. — Rinne : Cas de mort par narcose à la scopolamine-morphine. — Rosenheim et Ehrmann : Etudes cliniques et expérimentales sur le traitement des affections gastriques par les silicates d'albumine. — Eichelberg : Sur la paralysie spinale infantile. — Garbat et Munk : Le chlorate de potasse peut-il remplacer l'immun-hémolysine dans la réaction de Wassermann. — Lesser : Le traitement de la syphilis éclairé par les recherches sur l'immunité. — Hesse : Sur l'épreuve des noyaux de Schmidt. — Weinmann : Le traitement du placenta prævia. — Schæfer : Un cas d'exophtalmie pulsatile. — Rubens : Un cas d'action de la rougeole sur le psoriasis vulgaire. — Jankowski : Péritonite par perforation intestinale par noyaux de cerise. — Reichenbach : Sur un cas de péritonite aiguë purulente d'origine salpingienne chez l'enfant. — Sachs : Sur le pergenol. — (N° 4, 27 janv.) Rinne : Stéatose hépatique aiguë après résection d'une languette hépatique. — König : Achèvement de lignes de sutures mal assurées par autoplastique libre. — Thon : Inflammation et étranglement de l'appendice dans un sac herniaire. — Pekanowich : Sur la valeur diagnostique de la séro-réaction tuberculeuse. — Rosenfeld et Thannhauser : Le séro-diagnostic de la syphilis au moyen de la précipitation par le glycocholate de soude. — Dreuw : Sur la réaction de Wassermann. — Elsner : Sur le cardiospasme chronique. — Wolff : Déchirure de la paroi vaginale postérieure pendant l'accouchement. — Heimann : La faiblesse musculaire des yeux et son traitement. — Eisenstein : Sur le traitement des affections oculaires lympho-scrofuleuses. — Andereya : Sur l'étiologie traumatique de l'abcès de la cloison du nez. — Grimm : Considérations théoriques sur la cholestérine comme agent thérapeutique de la bilieuse hémoglobinurique avec tentative pratique.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1910.) Quénu et Duval : Technique de la colopexie pour prolapsus du rectum (3 fig. et 4 planches). — M. Chevassu : Tumeur de la glande sous-maxillaire (4 fig. et 2 planches). — Rottenstein et Houzel : La carie sèche de la hanche et l'arthrite déformante juvénile (2 fig.). — G. Küss : Les rétrécissements péri-coliques pelviens principalement chez la femme (2 planches). — Tuffier et Martin : Kystes hydatiques du poumon (*fin*). — L. Timbal : Les kystes sanguins du mésentère (*fin*). — Quénu et Muret : Le traitement moderne des anévrismes artériels poplités.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1910.) Hutinel : Typho-bacillose et adénopathie médiastine. — V. Ball et L. Thévenot : Etude comparée chez l'homme et les animaux, des lésions tuberculeuses des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses (tuberculose spécifique et tuberculose inflammatoire). — M. Villaret et Léon Tixier : Le diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire chronique au début. Etat actuel de la question et étude critique.

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1910.) Jean Lépine : Eloge d'Edouard Brissaud. — A. Gouget : La scarlatine (enfants) à l'hôpital Claude-Bernard en 1908 (2e mémoire). — P. Nolf et A. Herry : De l'hémophilie. Pathogénie et traitement (3e mémoire). — A. Marie : L'assistance spéciale des épileptiques et débiles adultes par le retour à la terre. — R. Lépine et R. Boulud : Répartition du sucre dans le plasma et les globules du sang chez un diabétique.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 5, 29 janv. 1910.) L. Dewatripont : Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales. — (N° 6, 5 fév.) Ary dos Santos : A propos d'un cas de corps étranger de l'œsophage. — (N° 7, 12 fév.) P. Cornet : Troisième contribution à l'étiologie de l'oto-sclérose. — (N° 8, 19 fév.) William Scheppegrell : Traitement immunisateur de la fièvre des foins. — (N° 9, 26 fév.) G. Fournier : Sinusite fronto-maxillaire double; suppuration chronique. Opération, guérison.

Revue neurologique. — (N° 2, 30 janv. 1910.) J. Roux : Hémiplégie double (abolition de tous les mouvements volontaires avec conservation des mouvements sensorio-réflexes). — Noïca et V. Dumitresen : Sur le relâchement des muscles dans l'hémiplégie organique. — (N° 3, 15 fév.) H. Dufour et P. Cottenot : Des vomissements incoercibles de la grossesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux. — J. Froment et P. Mazel : Aphasie motrice, coexistence du signe de Lichteim-Déjerine et de paraphasie en écrivant. Troubles latents de l'intelligence (2 fig.).

Semaine gynécologique. — (N° 7, 15 fév. 1910.) Pichevin : Traitement de la rétrodéviation utérine par les pessaires. — (N° 8, 22 fév.) Pichevin : Traitement de la rétrodéviation utérine par les pessaires (*suite*). — (N° 9, 1er mars.) R. Pichevin : La thermo-cautérisation des moignons utérins dans l'hystérectomie subtotale. — A propos de la fistulisation dans les cicatrices consécutives aux laparotomies.

Semaine médicale. — (N° 7, 16 fév. 1910.) R. de Bovis : Le traitement chirurgical des fractures diaphysaires fermées. — (N° 8, 23 fév.) G. Caussade et L. Cotoni : Un épithélioma du sein à marche extrêmement lente, végétant depuis longtemps sous la peau, peut-il perdre ses caractères au point de simuler un cancer malpighien? — (N° 9, 2 mars.) Lejars : Faut-il opérer le rein polykystique?

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de physiopathologie clinique, par le docteur J. GRASSET, associé national de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, chargé de l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique générales. Tome premier. Fonctions de réception, absorption, circulation, élaboration et élimination de la matière, trophobiologie. Grand in-8 de 752 pages. — Prix : 12 francs. — Montpellier, Coulet et fils.

Traité de la goutte, par E. LANCEREAUX, ancien président de l'Académie de médecine de Paris, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. In-8 de 431 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Diabète. Le Goitre exophtalmique, par le docteur Arthur LECLERCQ. In-8 écu de 450 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

L'Avortement (« Consultations médicales françaises », fasc. XII), par le docteur P. RUDAUX, accoucheur des hôpitaux de Paris. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco ; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
40, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nous publierons cette semaine un numéro hors série contenant la table des Revues générales parues dans la Gazette des hôpitaux *depuis le 16 avril 1887 jusqu'au 31 décembre 1909.*

Cette table sera suivie de celle des Notes d'internat publiées jusqu'à la même date.

Tous nos abonnés recevront ce numéro exceptionnel qui sera également mis en vente isolément au prix de 50 centimes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours de l'internat.* — Le conseil général d'administration des hospices civils de Lyon donne avis que, le lundi 13 juin 1910, à huit heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'internes titulaires et d'internes provisoires, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon. Le nombre des internes titulaires et provisoires à nommer sera fixé à la fin du concours.

Concours de l'externat. — Un concours pour la nomination d'externes des hôpitaux de Lyon aura lieu le lundi 27 juin.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 11 juin, à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu.

— Bordeaux. — L'administration des hospices a adressé à ses chefs de services la lettre suivante :

« Monsieur le docteur,

Des abus nombreux résultent de l'introduction de personnes occupant des situations extra-médicales et para-médicales dans l'hôpital Saint-André. L'administration a été l'objet de diverses réclamations à ce sujet. Elle est disposée à prendre des mesures pour faire cesser le désordre que produit, le matin, dans l'hôpital, notamment à l'heure de votre visite, le mouvement des personnes étrangères à la médecine et aux hôpitaux.

La Commission pense qu'elle peut compter sur votre concours et que vous n'hésiterez pas à vous associer aux mesures qu'elle va prendre en vue du maintien du bon ordre dans l'hôpital, plus particulièrement dans l'intérêt des malades.

L'autorité très légitime dont vous jouissez dans votre service vous permet d'intervenir plus utilement que l'administration pour interdire l'accès de vos salles à toute personne étrangère.

Nous avons l'honneur, en conséquence, de vous prier de vouloir bien nous aider dans l'exécution des dispositions de discipline intérieure que nous avons l'intention de prescrire et qui vont être portées par voie d'affiches à la connaissance du public et de notre personnel.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Pour la Commission :
Le Vice-Président, Lande. »

— Saint-Etienne. — La Commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis qu'un concours public pour la nomination d'un médecin de ses établissements sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 5 décembre 1910.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

CONCOURS POUR LE GRADE D'AIDE-MAJOR DE DEUXIÈME CLASSE DE RÉSERVE. — Les jeunes gens nommés médecins auxiliaires à la fin de leur première année de service, pourvus du diplôme de docteur, peuvent être autorisés, s'ils comptent trois semestres de service à la date du 31 mars, à subir les épreuves du concours pour l'obtention du grade d'aide-major de deuxième classe de réserve.

Pièces à produire : acte de naissance; extrait du casier judiciaire; engagement d'accomplir, s'il y est invité, trois périodes supplémentaires d'instruction pendant son séjour dans la réserve; copie du diplôme; relevé de punitions et état signalétique; avis motivé du médecin-major et du chef de corps.

Les épreuves sont écrites et roulent l'une sur la chirurgie d'armée ou l'hygiène militaire (trois heures pour la rédaction), l'autre sur un sujet du service de santé en campagne

(deux heures). Elles sont corrigées par une commission nommée par le ministre et ont les coefficients suivants :

Hygiène ou chirurgie d'armée	6
Service de santé en campagne	4
Note militaire du chef de corps	5
Note technique du directeur	5

Seront éliminés les candidats qui ne réuniraient pas les deux tiers du maximum.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Basset, Billet, Cathelin, Contrastin, Delga, Duchesne, Dufournier, Dupont, Durville, Ferrand, Gigon, Hauser, Henriot, Judet de la Combe, Lapaigne, Lazard, Moinson, Monel, Monthus, Pelisse, Perrody, Pichardie, Poulet, Rabé, Rogier, Roy, Saint Cène et Soubies (de Paris).

MM. les docteurs Ardouin (d'Aubervilliers), Bosredon (de Brive), Cabrol (de Béziers), Carton (de Brévannes), Clerval (de Charenton), Compans (de Podensac), Darène (de Viarme), Dauriac (de Gilles-sur-Vie), Delétré (de Sèvres), Eissen (de Bordeaux), Fournial (de Montastruc), Gardé (de Neuilly-sur-Seine), Goulard (de Sobre-le-Château), de Grucker (de Tebessa), Guérin (d'Ajaccio), Leval (de Commercy), Lomier (de Saint-Valéry sur-Somme), Mailfaire (de Vanves), Marty (de Lamiéjouls), Mercier (de Mer), Pillet (de Baignes), Roger (de Nogent-sur-Sarthe), Sergent (de Levallois-Perret), Serpaggi (de Pierrefitte), Treilhet, médecin-major de première classe au 38e régiment d'artillerie à Nîmes.

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Arnal, Chazal, Cruchandeau, Dumesnil, Ferrand, Herzemberg, Laisné, Lemaître, Lemerle, Lévy-Valency, Monscourt, Morisetti, Mossé, Mouclier, Nicot, Paisseau, Planson, Pouzol, Saison, Vivier et Voisin (de Paris).

Autric (de Toulon), Balestre (de Nice), Besson (de Grenoble), Bidault (de Liernais), Binet (du Raincy), Bonnabel (de Marseille), Bourget (de Saint-Paul Cap de Joux), Bourier (de Choisy-le-Roy), Boyé (de Vincennes), Brunet (de Levroux), Caillot (de Chessy-les-Mines), Chauvain (d'Achères), Daviot (de Nice), Delaporte (de Cires-les-Mello), Diard (de Tonnerre), Douzans, médecin-major des hôpitaux de la division d'Oran; Drouhet, médecin aide-major au 29e drag. à Provins; Dubois (de l'Ile-d'Yeu), Durand (de Branoux), Dussaud (de Valence), Fualdès (de Rodez), Garrier (de Terrenoire), Gauthereau (de Paris), Gauvin (d'Angers), Geley (d'Annecy), Gimbert (de Cannes), Giraud et Granat (de Marseille), Grognot (de Nantes), Jacquot (de Plombières), Kinsbourg (de Remiremont), Lafforgue, médecin-major répétiteur à l'école du service de santé militaire à Lyon; Laporte (de Plailly-le-Buanec-Pleyhen), J. Lecaplain, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Rouen, inspecteur des écoles; Le Long (de Scaër), Lempert (de Saint-Mandé), Mizzoni (de Bône), Oriol (de Vence), Oriot (de la Ferrière aux-Etangs), Pallasse (de Lyon), Paris (d'Epinay-le-Comte), Perfetti (de Hortes), Perramond (de Toulon), Petit (de Quincampoix), Playoust, médecin aide-major aux hôpitaux de la division d'Oran); Pluyaud (de Houilles), Poli (de Fondouk, Alger), Potel (de Croix-de-Vic), Rançon (de Samer), Ravon (de Saint-Etienne), Henri Renaudin, chef de laboratoire du docteur Hepp; Rouchon (de Vaulhaguet), Rouzé (de Lille), Sainclair (de l'Abresle), Sirantoire (de Dun-sur-Meuse), Sourdin (de Verrières-le-Buisson), Spindler, médecin-major au 26e bataillon de chasseurs à Vincennes; Tridon (de Berck-sur-Mer), Vallée (de Moret), Villard (de Laons), Viry, médecin-major au 11e cuirassiers à Saint-Germain-en-Laye.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (V. E. M.). — Les VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES sont organisés, depuis 1899, par le docteur Carron de la Carrière, dans un but d'intérêt général : faciliter aux médecins étrangers et français la visite et la connaissance pratique des stations thermales et climatiques de France.

Ces stations, très nombreuses et très variées, ont été divisées en cinq groupes, d'après leur situation géographique :

1. STATIONS DU CENTRE ET DE L'AUVERGNE. — Lamotte-Beuvron, Néris, Evaux, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Vic-sur-Cère, Le Lioran, Royat, Durtol, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues.

2. STATIONS DU SUD-OUEST DE LA FRANCE. — Luchon, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Bigorre, Castéra-Verduzan, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, l'au, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye, Dax, Arcachon.

3. STATIONS DE LA SAVOIE ET DU DAUPHINÉ. — Hauteville, Evian, Thonon, Saint-Gervais, Salins-Moûtiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Marlioz, Le Revard, Allevard, La Motte, Uriage.

4. STATIONS DE L'EST ET DU JURA. — Sermaize, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne, Luxeuil, Bains, Plombières, Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Ballon d'Alsace, Besançon-Mouillière, Salins, Lons-le-Saulnier, La Faucille, Divonne.

5. STATIONS DU SUD-EST DE LA FRANCE. — Salies-du-Salat, Aulus, Ussat, Ax, Les Escaldes, Mont-Louis, Alet, Molitg, Le Vernet, Amélie, Prats-de-Mollo, La Preste, Le Boulou, Banyuls, Lamalou, Montmirail, Vals.

Chaque année, dans la première quinzaine de septembre, un voyage comprend toutes les stations situées dans la même région.

Sont seuls admis à ces voyages : les médecins, étudiants en médecine français et étrangers et les femmes de médecins accompagnant leur mari.

L'emploi du temps est réglé de façon à étudier chaque station, à tous les points de vue, dans un minimum de temps : 1° VISITE DÉTAILLÉE DES SOURCES ET DES ÉTABLISSEMENTS, sous la direction des médecins de la localité, leçon de choses capitale. — 2° CONFÉRENCE résumant tout ce qu'il faut savoir sur la station : applications thérapeutiques des eaux aussi bien que les avantages des adjuvances qu'on y rencontre : climat, altitude, cure de marche, mécanothérapie, etc. — 3° EXCURSION, permettant d'apprécier la configuration générale du pays.

Le V. E. M. de 1910 aura lieu du 1er au 15 septembre, sous la direction scientifique du professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Il comprendra les stations de la Savoie et du Dauphiné.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, Président de la Société d'Hydrologie médicale de Paris, 2, rue Lincoln, Paris.

TRENTENAIRE DE L'INTERNAT DE BORDEAUX. — Dans sa dernière réunion, le bureau de l'association vient de fixer la date des fêtes du *Trentenaire* au jeudi 12 mai prochain.

On sait qu'à cette occasion aura lieu le Ier Congrès de l'Internat français, auquel les internats de toutes les autres villes universitaires françaises ont promis leur concours.

S'adresser, pour tous renseignements, au docteur René Cruchet, 31, rue Ferrère, Bordeaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Altemaïre, médecin principal de première classe en retraite; Dulac (de Langon), Gabriel Nicolas (de Vichy) et de M. André Feyerstein, étudiant en médecine à Nancy.

RENSEIGNEMENTS

Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten, vom Doctor W. ALEXANDER und Doctor K. KRONER. In-8 cartonné. — Prix : 3 marks 50. — Fischer's Medicin Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin 1910.

Cent consultations médicales pour les maladies des enfants, par Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-16, de IV-190 pages, cartonné toile. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

LES

LÉSIONS CONCOMITANTES DES CENTRES NERVEUX

DANS LES MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES

Par MM. H. CLAUDE et P. LEJONNE.

Depuis quelques années déjà nous avons entrepris l'étude anatomo-clinique et expérimentale des lésions des centres nerveux qui accompagnent les méningites cérébro-spinales, des lésions concomitantes (1), simultanées, qu'on pourrait qualifier de *parathétiques*, et nous avons essayé d'en montrer toute l'importance. Jusqu'à ces derniers temps, dans l'étude de ces affections mixtes à la fois nerveuses et méningées que nous avons en vue on accordait une attention presque exclusive à l'état méningé, et la souffrance de l'élément nerveux était méconnue par beaucoup d'observateurs, considérée par d'autres comme secondaire, ou comme une simple complication, une séquelle.

Nous voyons à l'heure actuelle se faire jour une tendance opposée, mais tout aussi fâcheuse à notre sens : sous l'influence des publications d'auteurs du nord de l'Europe et des Etats-Unis (Medin, Leegaard, Harbitz, Gibney et Wallace, Wickmann, etc.) sur la « poliomyélite antérieure aiguë épidémique », les auteurs récents négligent complètement l'élément méningé et l'on voit publier sous l'étiquette poliomyélite antérieure aiguë des faits fort disparates, ainsi que vient de le faire justement remarquer M. Lhermitte (2), mais parmi lesquels beaucoup sont des cas mixtes de méningites cérébrospinales avec lésions concomitantes des centres nerveux (3).

Il nous paraît donc utile d'attirer à nouveau l'attention sur ces affections à la fois méningées et cérébro-médullaires, dans lesquelles la symptomatologie méningée peut être au premier plan, quoique la lésion des centres nerveux pour moins bruyante soit au fond la plus importante, les *méningites cérébro-spinales avec lésions concomitantes des centres nerveux*.

On connaît bien la solidarité intime qui unit au système nerveux central la méninge molle qui l'enveloppe et il est facile de comprendre que de l'un à l'autre l'infection puisse se propager aisément soit par contiguïté, soit par voie vasculaire, les vaisseaux, artères, veines et lymphatiques traversant la méninge pour gagner la substance nerveuse, de telle sorte que dans la très grande majorité des cas l'inflammation de l'enveloppe retentit sur le système nerveux ou vice versa.

Toutefois les faits sont nombreux dans lesquels soit la méninge molle, soit le système nerveux central peuvent être considérés comme seuls atteints, du moins en pratique, d'un côté les méningites aiguës pures et de l'autre les encéphalo-myélites, dont la poliomyélite antérieure aiguë légitime est l'exemple le plus caractéristique, répondent à ces deux types : là encore, du moins en théorie, il ne s'agit pas d'affections purement nerveuses ou purement méningées, on sait bien en effet que dans les méningites dites pures presque tous les signes traduisent l'irritation des centres nerveux sous-jacents et que par contre la ponction lombaire décèle parfois une réaction méningée dans la paralysie infantile ou l'encéphalite aiguë.

Mais entre ces deux groupes extrêmes, il y a place pour un troisième groupe de faits, dont la fréquence nous apparaît aujourd'hui fort grande, groupe où l'on observe à la fois une atteinte sérieuse des méninges et du système nerveux. A part certains cas de méningo-myélites ou de méningo-encéphalites bien nettes, la plupart d'entre eux ne sont considérés que comme de simples séquelles de méningite ; nous nous efforcerons de démontrer qu'il s'agit là le plus souvent de *lésions concomitantes*, de cérébro, myélo, névro-méningites selon l'expression de M. Chauffard (1) : ce n'est point là une simple question de termes, certaines méningites cérébro-spinales peuvent s'accompagner de séquelles, mais nous devons, et nous pouvons dans la majorité des cas nous efforcer de les différencier, les lésions anatomiques qui les conditionnent, le pronostic, l'évolution ne sont pas les mêmes, on peut considérer ces séquelles comme de simples complications des méningites légitimes, l'atteinte du système nerveux étant alors vraiment tout à fait secondaire, tant au point de vue de la chronologie des accidents que de leur importance relative (2).

*
* *

Ainsi donc, les faits que nous avons en vue, les prétendues séquelles de méningite nous paraissent, au moins dans la grande majorité des cas, l'expression d'une lésion des centres nerveux apparue en même temps que la méningite, en un mot une lésion concomitante.

Cette manière de voir nous paraît justifiée par l'examen des faits cliniques, anatomiques et expérimentaux.

---

(1) H. Claude et P. Lejonne. Sur une affection méningo-encéphalique de nature mal déterminée, *Soc. de neurol. de Paris*, 11 avril 1907 ; — Suites éloignées des lésions des centres nerveux concomitantes des méningites cérébro-spinales, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juillet 1907 ; — Lésions encéphaliques expérimentales par irritation méningée, *Soc. de biol.*, 27 mars 1909 ; — Les lésions des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales, lésions concomitantes, suites éloignées, *Congrès international de médecine*, Buda-Pesth, sept. 1909.

(2) J. Lhermitte. De la multiplicité des lésions et des symptômes de la soi-disant poliomyélite antérieure aiguë épidémique, *Semaine méd.*, 24 nov. 1909.

(3) H. Claude. Les méningites et les altérations concomitantes du système nerveux considérées dans leurs rapports avec les affections désignées sous le nom de poliomyélite antérieure aiguë épidémique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 déc. 1909.

---

(1) Chauffard. Méningites cérébro-spinales à méningocoques. Quelques points nouveaux de leur histoire, *Presse méd.*, 6 mai 1905.

(2) On ne s'étonnera pas que nous ne fassions pas l'historique des « séquelles de méningite », il ne s'agit pas ici d'une revue générale, mais de l'exposé de nos idées personnelles. Rappelons seulement la remarquable thèse de Courtellemont (*Accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples*, Paris 1904) et la Revue générale de Sainton et R. Voisin (Complications des méningites cérébro-spinales aiguës, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 1599).

La clinique nous montre que dans bien des cas, qui semblent des méningites pures, on peut en étudiant de près les malades déceler des symptômes qui indiquent bien la participation du système nerveux central, des troubles des réflexes, le signe de Babinski, etc., parfois les signes méningés ne sont cliniquement appréciables que quelque temps après l'apparition des signes nerveux mais plus souvent les phénomènes nerveux sont, à la période d'état de la maladie, masqués par ceux plus bruyants de la méningite et il faut les rechercher avec soin ; nous croyons qu'en ayant l'attention attirée sur ce point on les retrouvera avec une grande fréquence même dans les méningites cérébro-spinales dites simples. Mais les phénomènes qui traduisent la souffrance du système nerveux peuvent être plus accentués ; voici deux faits que nous avons récemment observés et que nous avons pu contrôler anatomiquement.

Le premier (1) concerne un charretier âgé de trente-six ans ; en pleine santé, il présenta brusquement à son réveil le 15 mars 1909 des vomissements spontanés et une douleur violente dans la nuque et les reins ; le 16 se montra une très forte céphalée frontale ; la nuit suivante le malade fut agité, fébrile, se leva plusieurs fois, néanmoins il n'avait pas interrompu son travail et le lendemain il y partit comme d'habitude ; à midi, rentrant déjeuner chez lui, sa femme lui trouva l'air égaré, il divaguait, faisait des actes bizarres, comme de mettre des sous dans le feu par exemple. Il avait une démarche ébrieuse et les gens se retournaient pour le regarder.

En sortant de chez un client il se trompa de voiture et partit avec celle d'un autre livreur ; chez un autre client il emporta un paquet qui ne lui appartenait pas, et fut conduit au poste où on le considéra comme ivre-mort. On le ramena chez lui dans la soirée, la nuit fut fort agitée. Le lendemain, 18 mars, le délire était violent, la céphalée intense ; deux fois le malade vomit. Le 19, le malade fut conduit à l'hôpital, il marchait encore seul et sa démarche était nettement ébrieuse. Examiné le lendemain matin, il présentait tous les signes d'une méningite typique, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig, des pupilles en myosis et des mouvements rythmiques des globes oculaires. Il était en état de confusion mentale avec délire hallucinatoire. Il ne paraissait pas exister de paralysie et les réflexes tendineux étaient normaux. Toutefois le signe de Babinski était positif du côté gauche. La ponction lombaire donna issue à un liquide jaune purulent renfermant de nombreux polynucléaires et fourmillant de diplocoques restant colorés mais assez mal par la méthode de Gram. L'inoculation de ce liquide se montra sans action sur la souris.

Donc chez ce malade l'analyse clinique des symptômes montrait à côté d'une méningite cérébro-spinale intense l'existence d'une encéphalite évidente. Le malade mourut le 20 mars dans la soirée.

La seconde observation est celle d'un serrurier de trente et un ans, amené le 15 mars 1909 à l'hôpital Andral. Bacillaire évident, il avait été soigné à Brévannes trois mois auparavant : au mois de janvier 1909, à la suite d'une hémoptysie, il avait perdu connaissance et était tombé de son lit par terre, sur la tête ; il avait gardé un certain degré d'amnésie depuis cette époque, ainsi que de la céphalée. Au milieu de février 1909, le jour où il quitta Brévannes pour rentrer chez lui il eut une crise de convulsions cloniques avec perte de connaissance ; depuis, ces crises se sont fréquemment renouvelées.

Le 5 mars, il eut une hémoptysie et le jour même présenta de la rétention d'urine et de la constipation. Le 13 mars, apparition d'une violente céphalée surtout frontale et d'engourdissement des jambes ; le malade tient des propos incohérents. Admis le 15 mars, on constate la persistance de la céphalée ; le malade est abattu mais néanmoins répond assez bien aux questions qu'on lui pose et exécute les ordres qu'on lui commande. Il n'y a aucun phénomène pathologique du côté des membres supérieurs ; les réflexes tendineux sont conservés. On n'observe pas le signe de Kernig ; la colonne vertébrale paraît un peu raide. Du côté des membres inférieurs, le malade se plaint toujours d'engourdissements et aussi de douleurs fulgurantes ; la motilité paraît très diminuée ; les réflexes sont abolis sauf le réflexe crémastérien. Il existe une grosse hypoesthésie à tous les modes. Enfin il y a de la rétention d'urine.

Le 17 mars, le malade est en plein délire ; les idées sont incohérentes, on observe la persévération dans les mouvements commandés. Il existe du myosis, de la raideur de la nuque, le signe de Kernig.

Les membres supérieurs sont toujours normaux, mais les membres inférieurs sont presque complètement immobiles, le réflexe crémastérien persiste toujours seul. Quant à la sensibilité elle est toujours diminuée aux membres inférieurs et à la partie inférieure de l'abdomen, mais l'état psychique du malade empêche de déterminer avec certitude la limite supérieure de la zone d'hypoesthésie. La ponction lombaire montre l'existence d'une lymphocytose très abondante. Il s'agissait donc chez ce deuxième malade d'une méningite avec myélite et probablement aussi radiculite concomitantes. Le malade mourut le 20 mars.

Chez ces deux malades, l'examen anatomique montra bien la coïncidence des lésions des méninges et de celles du système nerveux central ; nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce point.

Dans certains cas la lésion du système nerveux est de toute évidence la plus importante et la première en date ; voici comme exemple le bref résumé de deux observations que nous avons antérieurement publiées.

La première (1) concerne un garçonnet de huit ans chez lequel une quadriplégie apparut brusquement le matin au réveil, le 10 février 1907, et précéda de plus de vingt-quatre heures l'apparition de

(1) H. Claude. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 déc. 1909 (obs. V).

(1) H. Claude et P. Lejonne. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juillet 1907 (obs. I).

phénomènes typiques de méningite, fièvre, raideur de la nuque, hyperesthésie, douleurs, etc.; le liquide céphalo-rachidien était presque purulent, et renfermait de nombreux leucocytes polynucléaires; le tableau d'une méningite cérébro-spinale grave se déroula jusqu'au milieu de mars; à cette époque le petit malade entra en convalescence, gardant des paralysies avec atrophie musculaire du bras et surtout de la jambe droite, paralysies qui étaient en bonne voie d'amélioration la dernière fois que nous avons pu le revoir (janvier 1908). L'infection dans ce cas paraît avoir frappé la moelle, avant la méninge; celle-ci s'est enflammée secondairement et les symptômes méningés intenses ont laissé relativement dans l'ombre les lésions nerveuses; puis la méningite a rétrocédé tandis que les paralysies persistaient : leurs caractères, leur évolution vers la guérison nous font penser qu'il s'agissait surtout d'altérations radiculaires et névritiques, plus que de lésions médullaires.

Dans la seconde observation les symptômes d'altération des centres nerveux priment de beaucoup en importance ceux qui traduisent l'irritation des enveloppes. Une femme de trente et un ans (1) est prise dans le courant du mois de juillet 1906 de troubles à la fois psychiques et somatiques (tremblement, maux de tête, changement de caractère, etc.) à développement progressif. Brusquement, au commencement d'août, à la suite de crises convulsives, elle tombe dans un état de confusion mentale absolue : le tremblement de la langue et des lèvres, le mâchonnement, lui donnaient l'aspect d'une paralytique générale.

Au début de septembre, le tableau clinique change, apparaît la fièvre qui dépasse bientôt 40 degrés.

Les irrégularités du pouls et de la respiration, la raideur de la nuque, la contracture des membres avec trépidation spinale, le signe de Kernig, donnent l'image d'une méningite cérébro-spinale; toutefois la ponction lombaire répétée à plusieurs reprises n'a jamais montré d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien, mais il y avait de l'albumine, parfois en assez forte quantité.

Cet état, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation dura environ trois mois. En décembre 1906 la convalescence s'établit, mais il persista comme reliquat un état rappelant d'assez près la sclérose en plaques avec parole explosive et scandée, ataxie et tremblement intentionnel, démarche spasmodique et exagération des réflexes tendineux, abolition des réflexes abdominaux, troubles psychiques caractérisés surtout par le défaut d'attention et par un certain degré de puérilisme mental.

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises, la dernière fois au milieu de 1908, c'est-à-dire plus de dix-huit mois après son entrée en convalescence, on retrouve encore, un peu diminués mais très nets, tous ces phénomènes pathologiques.

Ce cas très complexe nous paraît répondre au développement d'une encéphalite primitive à évolution très lente, touchant d'abord la sphère intellectuelle, puis plus tard la sphère motrice et l'isthme de l'encéphale. La période d'état de la maladie s'est accompagnée de phénomènes méningés assez intenses, mais il y a toujours eu prédominance des troubles du côté du système nerveux central. Enfin les foyers inflammatoires encéphaliques semblent ne pas devoir se résorber entièrement mais avoir tendance à s'organiser, donnant naissance à un tableau clinique qui rappelle celui de la sclérose en plaques.

*
* *

A l'autopsie de malades morts de ces prétendues méningites cérébro-spinales, nous allons retrouver les lésions concomitantes du système nerveux, et parfois aussi accentuées que les lésions méningées.

Les lésions vasculaires, cellulaires, qu'on observe du côté des centres nerveux dans les méningites, sont bien connues à l'heure actuelle; elles nous paraissent plus constantes et plus accentuées qu'on ne le croit communément; en effet si certaines d'entre elles, congestion et inflammation des vaisseaux, chromatolyse des cellules nerveuses, sont assez généralisées, d'autres plus destructives peuvent être beaucoup plus limitées et demandent à être cherchées par l'examen microscopique systématique d'un grand nombre de régions du système nerveux central, on pourra ainsi parfois déceler dans la profondeur de petits foyers d'hémorragie ou de ramollissement autour de vaisseaux enflammés, parfois thrombosés.

L'examen anatomique du premier cas que nous avons rapporté ici nous a montré l'existence à côté des lésions de méningite de lésions d'encéphalite importantes. On constatait en effet un exsudat purulent au niveau de la convexité et surtout de la base du cerveau, particulièrement abondant au niveau du chiasma des pédoncules et de la protubérance. L'examen microscopique, à côté de lésions intenses de méningite à polynucléaires plus marquée au niveau des sillons, montrait les lésions vasculaires et cellulaires du cerveau décrites par les auteurs dans des cas analogues (1) : congestion, infiltration périvasculaire mais sans hémorragies ni thrombose, chromatolyse des cellules et disparition des prolongements, neurophagie. En de nombreux points, surtout du lobe frontal et préfrontal droit, d'ordinaire dans la profondeur des scissures, les lésions d'encéphalite étaient bien plus intenses et présentaient des caractères particuliers : la barrière piale n'existait plus, il y avait envahissement de la substance cérébrale par des macrophages en voie de prolifération intense et présentant de nombreuses figures de karyokinèse. Ces éléments étaient surtout abondants autour des vaisseaux. Au niveau de ces foyers les cellules nerveuses avaient à peu près complètement disparu.

(1) H. CLAUDE et P. LEJONNE. *Soc. de neurol. de Paris*, 11 avril 1907.

(1) THOMAS. *Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës*, Th. de Lyon, 1902. — FAURE et LAIGNEL-LAVASTINE. *Congrès de Grenoble*, 1902, et *Arch. gén. de méd.*, 1903, p. 64. — COURTELLEMONT. Th. de Paris, 1904, p 172, etc.

Nous attachons moins d'importance à une autre lésion que nous avons rencontrée au niveau du lobule paracentral et de la frontale ascendante, l'atrophie pigmentaire des grandes cellules pyramidales, elle nous paraît s'expliquer par le fait que le malade était un alcoolique de vieille date (Klippel).

Enfin du côté de la moelle outre la méningite, intense surtout au niveau de la région lombaire et accompagnée de congestion des vaisseaux extra et intramédullaires et d'un peu de myélite marginale, il existait une myélite disséminée à foyers multiples, assez accentuée surtout à la région dorsale où l'on constatait des hémorragies, parfois de l'œdème et même une véritable myélomalacie. Il y avait abondance de corps granuleux surtout dans le cordon postérieur. Les cylindraxes paraissaient assez bien conservés, ainsi que les cellules des cornes antérieures. Quelques racines antérieures et postérieures présentaient des lésions assez accusées.

Ainsi dans ce premier cas, correspondant aux troubles intellectuels observés, il existait des lésions bien nettes d'encéphalite ; mais de plus on avait la surprise de constater une myélite disséminée assez marquée, bien que pendant la vie du malade on n'eût relevé aucun phénomène pathologique à proprement parler médullaire : cette anomalie apparente s'explique en partie par le fait que les éléments nobles (cellules nerveuses, cylindraxes) étaient encore assez bien conservés. De plus le processus pathologique ne durait que depuis cinq jours et il ne nous semble pas douteux que si la terminaison fatale était survenue moins rapidement des signes cliniques de myélite auraient bientôt fait leur apparition.

Les lésions des centres nerveux peuvent être plus accentuées que dans le cas que nous venons de rapporter, on peut constater alors de véritables encéphalo-méningites, myélo-méningites (1), etc. Il est plus habituel de rencontrer des lésions plus diffuses, parfois étendues à tout l'axe cérébro-spinal. MM. Boinet et Rouslacroix, dans un cas récent (2), ont trouvé à la fois des altérations dégénératives très marquées dans le cerveau et le cervelet et des lésions irritatives intenses et étendues au niveau de la moelle.

L'autopsie de notre deuxième cas clinique nous a montré des lésions à la fois encéphaliques, médullaires et radiculaires ; il s'agissait, il est vrai, d'une méningite très probablement tuberculeuse bien que sur nos coupes nous n'ayons pas constaté de cellules géantes bien nettes, ni pu colorer de bacilles de Koch. La méningite, généralisée, était surtout rachidienne et particulièrement intense au niveau de la queue de cheval où les nerfs baignaient dans un exsudat purulent ; les lésions d'encéphalite étaient très comparables à celles de notre premier cas, peut-être un peu moins accentuées ; en revanche la myélite était très considérable ; les foyers, disséminés dans toutes les régions de la moelle, étaient surtout marqués dans la moelle dorsale inférieure (foyers inflammatoires, hémorragies abondantes, etc.) ; à leur niveau les éléments nerveux, cylindraxes, cellules, semblaient fort malades. De plus on constatait de très grosses lésions des racines aussi bien antérieures que postérieures, tout particulièrement au niveau de la queue de cheval. Les nerfs périphériques paraissaient sains.

Ainsi, de même que dans notre premier cas, les lésions anatomiques étaient plus complexes que la clinique ne permettait de le prévoir, puisque, outre la méningite et la myélite très évidentes, il y avait de grosses lésions radiculaires et un certain degré d'encéphalite ; mais, là encore, il s'agissait de lésions mixtes à la fois nerveuses et méningées : pas plus anatomiquement que cliniquement on ne pouvait considérer les lésions nerveuses comme secondaires, comme de simples séquelles de méningite.

(A suivre.)

(1) Nous en avons rapporté un exemple très typique où à côté d'une méningite intense existait une désorganisation presque complète de la moelle. L'agent microbien était probablement le méningocoque. Voir H. Claude et P. Lejonne. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1908.

(2) Boinet et Rouslacroix. Lésions des centres nerveux dans la méningite cérébro-spinale épidémique, *Réunion biologique de Marseille*, 15 juin 1909.

SUR L'EMPLOI

DE LA

GRAINE DU SOJA HISPIDA DE CHINE

DANS L'ALIMENTATION DES DIABÉTIQUES

Par le docteur J. LE GOFF,

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

A la séance de la Société de biologie du 29 février 1908, j'ai lu une note sur l'emploi du gâteau d'amandes dans l'alimentation des diabétiques et j'ai de nouveau appelé l'attention sur les résultats favorables obtenus par l'usage rationnel des corps gras chez les malades atteints de diabète sucré.

Depuis ce jour, un grand nombre de travaux sont venus confirmer ma manière de voir.

Tout d'abord, M. Maignon, qui a eu la bonne fortune d'avoir à sa disposition un chien diabétique, a vu le sucre urinaire de cet animal diminuer rapidement, sous l'influence d'une alimentation formée exclusivement de corps gras. Avec le régime carné comportant 500 grammes de viande bouillie, l'urine renfermait 51 grammes de glucose. M. Maignon (1) mit l'animal au régime gras, il introduisit dans l'estomac au moyen d'une sonde, 200 grammes d'huile saponifiée. Le lendemain le glucose tombait à 7 grammes, puis disparaissait au bout de quelques jours de ce régime.

M. Maignon a appliqué ce traitement à un certain nombre de diabétiques, il a vu que ses effets sont constants, que le glucose diminuait dans les diverses formes cliniques du diabète.

C'est également le résultat que j'ai obtenu toutes les fois qu'un diabétique s'est astreint à prendre

(1) *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, séances du 11 avril et du 2 mai 1908.

chaque jour 300 grammes de pain d'amandes préparé suivant ma formule.

Le malade en effet absorbe ainsi 130 grammes de corps gras, puisque l'amande contient 55 p. 100 de son poids d'huile.

L'amande n'est pas d'ailleurs la seule graine oléagineuse que l'on puisse se procurer. Il y a les noix, les noisettes, les faînes, les graines de pavot qui sont utilisées dans certaines parties de la Russie pour faire une sorte de pain, les graines d'arachides, qui grillées sont d'un goût très agréable.

Je viens aujourd'hui appeler l'attention sur une légumineuse, le *Soja Hispida* (Mœnch), dont la graine connue sous le nom vulgaire de pois oléagineux de Chine sert de base à l'alimentation des habitants de ce vaste pays.

Comme le blé, c'est une plante annuelle. Elle est cultivée en Chine depuis la plus haute antiquité, on la trouve également en Cochinchine, au Cambodge, dans l'Inde et au Japon.

On n'a guère essayé sa culture en France. La tentative de Lechartier (1) faite dans le but d'utiliser le soja comme plante fourragère n'a pas eu d'écho jusqu'à présent.

Désireux d'augmenter le nombre des aliments permis aux diabétiques et surtout de leur fournir un légume frais capable de remplacer les pois et les haricots, j'ai eu l'idée de tenter la culture du soja en France. Les essais que j'ai faits en 1909 sont des plus encourageants.

Le soja semé en mai dernier dans le département de Loir-et-Cher a donné des pieds magnifiques de un mètre à un mètre dix centimètres de hauteur qui ont fructifié en septembre, bien que ce mois ait été très pluvieux.

Comme le raisin pour mûrir, le soja pour fructifier a besoin d'une bonne chaleur et l'on peut dire que la récolte sera d'autant plus forte que l'été aura été plus sec et plus chaud. Les régions viticoles semblent convenir de préférence à la culture de cette plante.

Il me paraît démontré que le soja peut être cultivé dans notre pays comme les pois et les haricots. C'est là une ressource nouvelle pour les malades atteints de diabète et habitant les campagnes où il est souvent difficile de se procurer des aliments exempts d'amidon.

L'introduction du soja dans la culture potagère est d'autant plus facile que le commerce nous fournit en ce moment des graines provenant de la récolte de l'année précédente, alors qu'autrefois, celles que l'on trouvait en Europe, dataient de plusieurs années, étaient même altérées, ce qui a contribué quelque peu à la mauvaise qualité des produits alimentaires dont elles avaient été le point de départ et au discrédit dans lequel ils sont tombés.

La graine de soja comme celle de nos haricots et de nos pois se compose d'une enveloppe, de deux cotylédons et d'un embryon, avec cette différence que les cotylédons renferment des matières azotées,

(1) LECHARTIER. *Annales des sciences agronomiques*, 1903, t. I, p. 380.

des matières grasses, et une certaine quantité d'amidon. Si l'on écrase le soja dans un mortier et si l'on triture avec un peu d'eau la poudre obtenue on a une émulsion ressemblant au lait d'amandes, c'est un lait végétal.

Avec ce lait, on peut comme avec le lait animal, fabriquer du fromage dont le prix de revient est presque insignifiant.

En Chine on en consomme des quantités considérables.

Voici d'après M. Balland la composition chimique du soja provenant du Cambodge et du Tonkin.

Matières grasses......	12,95 à 14,80
— protéïques...	34,85 à 38,41
— amylacées...	26,74 à 32,11
Cellulose............	3,6 à 6,2
Matières minérales....	4,35 à 5,20
Eau..................	10 à 11,30

Le soja provenant de Chine renferme 20 p. 100 de matières grasses, 41 p. 100 de matières protéïques et seulement 14 p. 100 d'hydrates de carbone (1).

Le soja peut servir de base à une foule de préparations culinaires pour diabétiques sur lesquelles je reviendrai ; je dirai seulement aujourd'hui qu'il peut remplacer les pois et les haricots dans les mets destinés à ces malades.

Ce n'est pas seulement pour sa faible teneur en amidon ou sa richesse en substances protéïques que l'on peut recommander le soja aux diabétiques; c'est surtout à cause des matières grasses qu'il renferme. A ce point de vue, son action se rapproche de celle que j'ai signalée dans l'alimentation des diabétiques par le gâteau d'amandes (2).

L'influence favorable des matières grasses sur la nutrition des diabétiques, signalée dès la fin du XVIIIe siècle par John Rollo, étudiée ensuite par Pavy, a été rejetée au second plan depuis les travaux de Claude Bernard sur la glycogénie animale et ceux de Pasteur sur la fermentation. La plupart des auteurs ont admis que le glucose formé dans le tube digestif par l'hydratation des matières amylacées, devait, à l'état normal, se transformer dans le sang en anhydride carbonique et en eau. Dans le diabète sucré cette oxydation n'a pas lieu et le glucose passe dans les urines. C'est encore une théorie admise aujourd'hui. En réalité, nous ne savons pas ce que le glucose devient dans le sang et les humeurs; nous savons d'une manière irréfutable qu'il existe dans le tube digestif ; nous savons également qu'il existe dans l'urine des diabétiques (3). Sa présence dans le sang a été signalée, mais non démontrée d'une façon absolue.

On est souvent trop enclin à conclure à l'existence d'un corps que l'on a seulement caractérisé par l'une de ses réactions.

Dans beaucoup de travaux, on voit l'auteur affir-

(1) M. LI-YÜ-YING. *Le Soja.*

(2) LE GOFF. Le pain ou gâteau d'amandes dans l'alimentation, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril 1908.

(3) LE GOFF. Caractérisation du sucre de l'urine des diabétiques. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 21 nov. 1898.

mer la présence du glucose sur la simple constatation de la réduction de la liqueur de Fehling ; cela conduit à des méprises. A mon avis, dans les recherches biologiques originales, lorsqu'on veut conclure à l'existence d'un corps dans un organe, on doit d'abord l'*isoler*, le faire cristalliser si cela est possible et ensuite sur ce corps pur étudier ses réactions caractéristiques, comme je l'ai fait pour le glucose urinaire.

Il résulte des recherches que je poursuis en ce moment que, à l'état normal, une certaine partie du glucose de l'intestin se transforme en corps gras au niveau des villosités intestinales. Il se produit de la sorte, par un travail biologique normal de l'oléo-stéaropalmitine, de l'anhydride carbonique et de l'eau, suivant la formule :

$$13\,C^6H^{12}O^6 = C^{55}H^{104}O^6 + 23\,CO^2 + 26\,H^2O.$$

Ainsi l'organisme, au lieu de décomposer le glucose, formerait avec lui des produits d'addition, de polymérisation.

C'est ce que nous voyons tous les jours, dans l'engraissement des animaux de nos basses-cours et de nos étables.

L'application de l'ultramicroscope à l'étude des humeurs a révélé dans le sang la présence d'un nombre considérable de fines gouttelettes graisseuses ou hémokonies animées d'un mouvement brownien.

J'ai constaté qu'elles existaient même chez un animal nourri exclusivement avec des hydrates de carbone.

Les graisses jouent un rôle important dans l'organisme : elles entrent dans la composition des lipoïdes, des lécithines dont on a signalé la diminution dans le sang des diabétiques.

Il y a donc chez l'animal un véritable travail de synthèse analogue à celui que l'on a observé dans les plantes. On sait depuis longtemps que la mannite du fruit de l'olivier se transforme en corps gras.

Chez les diabétiques, la plus grande partie du glucose traverse les villosités intestinales sans subir de transformation.

Est-il besoin d'ajouter qu'abstraction faite de ces considérations le sang des diabétiques est hyperlipasique et, à ce point de vue seul, le régime des corps gras devrait leur être plus souvent conseillé ? Il doit être cependant appliqué avec circonspection, il ne convient pas à tous. Il faut avoir soin de surveiller les selles et s'assurer que l'assimilation est complète. Sous l'influence du régime gras, le diabétique voit son sucre diminuer, souvent disparaître, ses forces revenir et son état général s'améliorer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MARS 1910)

Sérothérapie de la fièvre typhoïde. Résultats cliniques. — MM. Rodet et Lagriffoul communiquent les premiers résultats de l'application thérapeutique de leur érum antityphique. Ils soulignent le fait que chez les malades traités précocément (du 5e au 11e jour) la maladie a tourné court dans une forte proportion de cas. Une baisse de température s'est en effet brusquement dessinée le lendemain ou le surlendemain de la première injection dans 62 p. 100 des cas, pour s'accentuer rapidement jusqu'à l'apyrexie (56 p. 100 des cas). Les auteurs se croient autorisés à conclure que leur sérum, administré à un typhique précocément, au onzième jour de la maladie au plus tard, est susceptible d'influencer très favorablement la maladie et d'en abréger la durée.

Influence des atmosphères viciées sur la vitalité des microbes. — MM. A. Trillat et Sauton. Les expériences qu'exposent ces auteurs permettent de supposer que les souillures de l'air par les gaz, provenant de la décomposition des matières organiques et qui composaient, pour une partie, ce qu'on appelait autrefois les *miasmes*, peuvent avec le concours d'autres circonstances d'humidité et de température constituer des atmosphères favorables à la protection et à la longévité des germes pathogènes qui y sont véhiculés.

Sur la radio-activité persistante de l'organisme, résultant de l'injection intraveineuse d'un sel de radium insoluble et sur ses applications. — MM. H. Dominici, G. Petit et A. Jaboin.

Activité de la gaine de myéline dans les nerfs en état de survie. — M. J. Nageotte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MARS 1910)

Ostéomyélite du tibia au cours de la rougeole. — MM. P. Teissier, V. Veau et Ch. Richet fils ont observé au cours de la rougeole une ostéomyélite du tibia. Cette ostéomyélite fut grave, elle nécessita une double intervention chirurgicale et finit par guérir. L'intégrité fonctionnelle est remarquable, eu égard à la résection très étendue du tibia. Les complications connues au cours de la rougeole et de toutes les fièvres éruptives sont exceptionnelles, car on ne peut comparer les mastoïdites post-malléolaires aux véritables ostéomyélites.

Paralysie ascendante subaiguë de nature tuberculeuse. — MM. Gougerot et Jean Troisier communiquent une observation de paralysie ascendante subaiguë dont la nature tuberculeuse fut démontrée par l'inoculation de la moelle au cobaye. A propos de cette observation, ils étudient la fixation des veines tuberculeuses sur le névraxe et la bactériolyse des bacilles de Koch par la substance nerveuse.

Double sténose du jéjunum avec syndrome de König, ulcère simple en avant de chaque sténose; perforation au niveau d'un de ces ulcères. — MM. L. Rénon, E. Géraudel et L. Marre rapportent l'histoire clinique et anatomique d'une malade qui, après avoir présenté les signes de sténose intestinale incomplète décrits par König, mourut brusquement de péritonite par perforation.

A l'autopsie, on constate que les anses intestinales étaient étroitement accolées les unes aux autres par des brides péritonéales et épiploïques. Il existait en outre à 0m,80 du pylore environ, deux sténoses circulaires voisines délimitant un segment interstrictural ectasié.

En amont de chaque sténose, on remarquait une ulcération arrondie et régulière, absolument comparable à l'ulcus gastrique ou duodénal. L'une d'elles était perforée.

L'examen histologique montra d'une part que les sténoses étaient dues à l'épaississement de la celluleuse sous-péritonéale, d'autre part qu'il existait au niveau de l'intestin et d'autres organes des lésions vasculaires très accentuées. Ces

lésions ne semblent pas ressortir de la tuberculose, peut-être relèvent-elles de la syphilis.

Quant aux ulcérations, ce sont sans doute de véritables ulcères par auto-digestion développés sur une région inhabituelle, mais où le suc gastrique peut encore exercer une action peptique. Cette action semble avoir été favorisée dans le cas actuel à la fois par la stase et par les lésions vasculaires.

Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie essentielle. — MM. Jules Voisin et Roger Voisin, à propos de la communication faite par M. Mosny dans la précédente séance, rapportent qu'ils n'ont trouvé une réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien que dans deux cas d'états de mal épileptique sur 34 épileptiques qu'ils ont ponctionnées, dont 5 en état de mal. Cette réaction, à prédominance polynucléaire, paraît due à l'issue hors des vaisseaux de leucocytes du sang au moment de la dilatation vasculaire cérébrale que l'on note au début de l'attaque convulsive, et qui se traduit par l'hypertension, marquée à ce moment, du liquide cérébro-spinal; mais la répétition des accès paraît nécessaire, dans les cas habituels, pour produire cette issue de leucocytes. Ils ajoutent que le pouvoir du liquide céphalo-rachidien chez leurs épileptiques ne leur a pas paru augmenter, que le taux de NaCl était normal, et qu'ils n'ont jamais constaté la présence du brome dans le liquide.

Importance de la désinfection du rhino-pharynx dans la prophylaxie de la méningite cérébro-spinale et d'autres maladies contagieuses. — M. H. Vincent. On ne saurait trop insister sur le rôle prépondérant que jouent les porteurs de méningocoques dans la propagation de la méningite cérébro-spinale. Ils sont plus dangereux que le méningitique, car celui-ci est rapidement isolé en raison de la gravité de son état et on prend les mesures préventives à son égard, tandis que le porteur entre en contact avec un grand nombre de personnes saines qu'il contamine. La transmission par les objets souillés est très limitée parce que le microbe ne vit que quelques heures ou un jour en dehors de l'homme.

Le méningocoque peut au contraire persister très longtemps chez le porteur. M. Vincent a observé un porteur qui conserva pendant *onze mois* le microbe dans son rhino-pharynx et eut ensuite une méningite très grave. Il dissémina le méningocoque autour de lui (huit à neuf porteurs).

La prophylaxie doit, en conséquence, viser, plutôt que l'isolement des porteurs, qui est presque toujours irréalisable et doit être très prolongé, la désinfection simultanée des fosses nasales, du rhino-pharynx et de la bouche à l'aide de la méthode qu'il a fait connaître avec M. Bellot : inhalations iodo-gaïacolées, attouchements pharyngés avec la glycérine iodée au trentième et gargarismes antiseptiques à l'eau oyygénée diluée au dixième.

Par ce moyen le méningocoque disparaît entièrement en trois ou quatre jours.

Cette méthode paraît devoir être appliquée fructueusement pour la prophylaxie d'autres maladies : diphtérie, rougeole, scarlatine, poliomyélite aiguë, grippe, etc., aussi bien chez les porteurs de germes que chez toute personne ayant été exposée à la contagion.

Angiocholite suraiguë, traitée et guérie par le drainage du canal hépatique. — M. Lejars. Une malade de trente-cinq ans qui souffrait depuis huit ans de coliques hépatiques répétées, est atteinte, en janvier dernier, d'une crise nouvelle, compliquée de haute température, d'ictère généralisé et très foncé, de décoloration des selles; au treizième jour, après une accalmie succédant au traitement médical, l'état général s'aggrave très rapidement, le délire survient, la température est à 40°5, le pouls mauvais, les urines très rares. La situation semble presque désespérée, lorsque la malade lui est confiée par M. Siredey. Ils interviennent le 31 janvier, par l'incision de Rehr ; la vésicule est toute petite, et contient quatre calculs, sans le moindre liquide; en suivant le canal cystique, ils arrivent au canal hépatique qui est incisé ; il s'écoule une abondante quantité de bile ; ils ne trouvent, à l'exploration, aucune concrétion dans le canal biliaire commun. Le drainage du canal hépatique est installé avec un tube de caoutchouc, adapté, lors du pansement, à un tube plus long qui forme siphon. L'écoulement biliaire se poursuit régulièrement. Dès le soir de l'opération, la température tombe à 37 degrés, les accidents s'atténuent et disparaissent; le drain est supprimé au seizième jour, la cicatrisation achevée fin février. Aujourd'hui, la malade que voici est parfaitement guérie. L'examen de la bile a montré qu'il s'agissait d'une infection coli-bacillaire.

Le résultat obtenu dans ce cas a d'autant plus frappé M. Lejars que la malade était plus gravement atteinte et semblait perdue; il démontre une fois de plus que le drainage biliaire opératoire peut devenir une opération de valeur dans les angiocholites infectieuses. Or ce drainage, qui peut s'exécuter par la simple cholécystostomie, sous la réserve que le canal cystique soit perméable, est plus direct et plus efficace lorsqu'on peut le faire porter sur le canal hépatique lui-même. De plus, dans les infections graves de ce genre, il convient d'y recourir sans attendre, en pleine crise, en plein danger, car il représente le meilleur recours contre ce danger.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1910)

Polypes naso-pharyngiens. — M. Potherat rappelle l'histoire clinique des polypes naso-pharyngiens, leur symptomatologie, leur anatomie pathologique, leur division en fibromes et en sarcomes, puis il arrive à leur traitement chirurgical et fait connaître la méthode à laquelle il a eu recours dans les cas qu'il a opérés. Il n'a jamais employé qu'une seule voie, la voie bucco-naso-pharyngienne. Elle lui a toujours suffi. Il place ses malades dans la position de Rose. Une seule fois, il a fait la section médiane du voile du palais. Il s'agissait d'un jeune homme de seize ans dont la tumeur était très volumineuse. Grâce à cette incision du voile du palais, il put attirer facilement la tumeur et placer sur son pédicule l'anse froide métallique. Dès que la tumeur fut enlevée, il y eut une hémorragie considérable. Mais grâce à la position de Rose, le sang ne tombait pas dans les voies respiratoires. Il put se rendre maître de l'hémorragie d'abord par le tamponnement, puis par la compression digitale qui fut exercée par ses aides, se relayant pendant cinq heures. M. Potherat ne sutura pas le voile du palais. Le malade guérit. Il revint quelque temps après avec une récidive ; cette fois, après avoir attiré la tumeur avec une pince de Museux, M. Potherat décola l'implantation avec une rugine. Il n'y eut presque pas d'hémorragie parce que la tumeur avait été coupée au niveau même de son implantation.

A propos du cas de M. Rouvillois, on a dit que l'hémorragie était due au prolongement sphénoïdal qui était resté. C'est là, pour M. Potherat, une erreur. Il s'agissait, selon lui, d'une hémorragie secondaire. Il croit qu'on peut se rendre maître de ces hémorragies provenant du point d'implantation par une bonne compression suffisamment prolongée.

M. Potherat n'a eu recours que cette seule fois à l'incision du voile du palais. Il a pu l'éviter dans les autres cas et il pense qu'il y a de grands avantages à conserver au voile du palais son intégrité. S'il y a des prolongements, on est toujours à temps à les attaquer dans une autre séance. C'est, selon M. Potherat, par les voies naturelles, c'est-à-dire par

la voie bucco-naso-pharyngienne qu'il faut opérer les polypes naso-pharyngiens. Mais il faut surtout s'appliquer à les sectionner bien exactement au niveau de leur implantation.

Hémostase par la méthode de Momburg. — M. Auvray revient sur cette question à propos d'une observation de M. Wiart. Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de vingt-sept ans qui avait été opérée à plusieurs reprises pour un sarcome récidivant de la cuisse. M. Wiart pensa qu'il ne restait plus que la ressource de la désarticulation de la hanche. Il fit cette opération à l'aide du lien de Momburg. Le résultat fut parfait. Quand il retira le lien après ligature des gros vaisseaux, il n'y eut pas de sang. Au cours de cette opération, on prit plusieurs fois la tension artérielle. Au début de l'opération, cette tension était, au Potain, de 17,5. Elle s'abaissa à 13, puis se releva et retomba à 11 au moment où on retira le lien. Le pouls s'est accéléré et a augmenté de 20 à 30 pulsations à la minute. A un moment même il s'est affolé. L'hémostase a été parfaite et la guérison s'est faite sans shock.

L'observation de M. Wiart confirme donc ce que l'on savait déjà sur cette méthode. Un simple garrot suffit pour l'appliquer. Pour ce qui est de la tension sanguine, généralement, elle augmente pendant que le lien est posé, puis elle baisse quand on l'enlève. Dans le cas de M. Wiart elle a d'abord baissé, puis a augmenté pour baisser de nouveau quand le lien a été enlevé. Il n'y eut d'ailleurs aucun accident.

M. Auvray résume ensuite la discussion qui a été soulevée sur cette question. Il semble, d'après cette discussion, que l'hémostase par le lien de Momburg ne jouit pas d'une grande faveur à la Société de chirurgie. Cependant les cas de MM. Delbet et Wiart semblent assez encourageants. M. Morestin a trouvé cette méthode dangereuse. M. Quénu la repousse pour la désarticulation de la hanche.

M. Auvray pense qu'il faut laisser à chaque chirurgien le choix de son procédé d'hémostase. Il estime toutefois que le procédé de Momburg mérite d'être conservé ne serait-ce qu'à titre exceptionnel.

Trépanation préhistorique. — M. Bazy fait un rapport sur un travail de M. Escomel relatif à cette question et accompagné de photographies de crânes préhistoriques manifestement trépanés.

M. Lucas-Championnière qui s'est beaucoup occupé de cette question pense que les photographies présentées par M. Escomel concernent des cas relativement récents. Il faut, dit-il, distinguer la trépanation complète et la trépanation incomplète.

Sur ces photographies, on voit trois trépanations complètes et deux incomplètes. Une vraie trépanation ne se comble jamais. Il ne se fait pas, comme on l'a dit, de repousse d'os sur les bords. M. Lucas-Championnière s'est exercé, sur des cadavres, à faire des trépanations avec un silex. Il y est assez facilement parvenu.

On retrouve cette trépanation en usage chez les Kabyles. M. Lucas-Championnière nous donne, à ce point de vue, des renseignements très intéressants qu'il a recueillis lui-même chez les Kabyles. La trépanation se fait encore chez eux au point de vue purement médical, pour le mal de tête. Elle se répète même plus ou moins souvent chez le même individu. Le Kabyle qui a renseigné M. Lucas-Championnière et qui était un trépanateur avait été lui-même trépané quatre fois. Son père l'avait été douze fois. Pour un mal de tête, tant soit peu persistant, en Kabylie comme au Monténégro, on vient trouver le trépanateur et, la trépanation faite, on s'en retourne chez soi.

De tous temps, les Kabyles ont fait ce que nous commençons à faire, c'est-à-dire diminuer la tension intra-cranienne.

M. Auvray qui a aussi, de son côté, étudié cette question, rappelle les travaux de Broca et surtout ceux de Capitan. Il est certain, dit-il, qu'avec un silex, on peut user l'os jusqu'à l'ouvrir. Il y a d'ailleurs plusieurs manières de trépaner, même avec un silex, soit qu'on arrive à faire un trou par usure, soit qu'on fasse une série de trous formant un quadrilatère et qu'on fasse ensuite sauter ce quadrilatère osseux. On a retrouvé, même en France, près de Paris, dans le département de l'Oise, des crânes préhistoriques ainsi trépanés.

M. Lucas-Championnière rappelle que Broca croyait, à tort, que la trépanation se faisait par un simple grattage, surtout chez des enfants; d'abord, on a trouvé très peu de crânes d'enfants trépanés. Capitan a cherché un autre procédé; il serait parvenu, avec un silex, à enlever un lambeau osseux triangulaire en faisant une série de trous. Les Kabyles emploient ce procédé en se servant d'un métal. C'est en somme la trépanation de l'homme préhistorique que font encore actuellement les Kabyles. On a beaucoup exagéré, selon M. Lucas-Championnière, le rôle religieux de la trépanation, rôle qui, comme on sait, consistait à faire sortir le démon de la tête des malades. C'est uniquement dans un but thérapeutique qu'était et qu'est encore pratiquée la trépanation chez les Kabyles.

Gangrène pulmonaire consécutive à une fracture de jambe. — M. Quénu communique deux cas de gangrène pulmonaire consécutive à des fractures de jambe. Ces deux malades furent pris de dyspnée, d'hémoptysies et de tous les signes d'une gangrène pulmonaire à la suite de thromboses veineuses. Ces accidents sont rares. Il faut, pour qu'ils se produisent, plusieurs conditions. M. Quénu a fait examiner le sang de ces deux malades et, dans les deux cas, on a constaté dans le sang une coagulabilité nettement augmentée. Dans un cas de ce genre, il y a donc intérêt à mesurer le degré de coagulabilité du sang et, s'il y a augmentation, à chercher à la diminuer par l'usage de l'acide citrique à l'intérieur.

M. Guinard regrette que le moyen proposé par M. Quénu ne soit pas plus pratique et plus à la portée des praticiens. En huit jours, il a eu, dans son service, trois malades qui sont morts subitement au cours d'un traitement pour fractures et luxations. Le premier malade était un homme atteint de fracture de cuisse, qui avait été traité par l'appareil de Hennequin, qui se levait, recommençait à marcher. Il est mort subitement. Le second malade était un homme gros, obèse, atteint de luxation de l'épaule. Réduction difficile, chloroforme. Quatre jours après, ce malade meurt subitement La troisième observation a trait à une femme qui était atteinte d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. On la place dans une écharpe de Mayor. Mort subite au quatrième jour. A l'autopsie, on trouve la veine axillaire oblitérée par une thrombose; il y avait des caillots énormes; il y en avait un dans l'artère pulmonaire.

M. Lucas-Championnère rappelle que ces faits s'observent plus particulièrement au cours des fractures de jambe. Il apporte deux faits à l'appui de cette manière de voir.

M. Tuffier trouve qu'on a généralement trop de tendance à mettre sur le compte de l'embolie ce qui devrait plutôt être attribué à une lésion bulbaire.

— La prochaine séance de la Société de chirurgie aura lieu mercredi 6 avril 1910.

PRATIQUE MÉDICALE

NOUVELLE NOTE SUR UN TRAITEMENT LOCAL ET GÉNÉRAL ABORTIF DE LA SYPHILIS

Par M. Hallopeau (1).

La réaction de Wassermann peut persister pendant plusieurs mois après la cessation de tout traitement et de toute manifestation de la maladie, on ne peut donc pas la considérer comme indiquant la persistance de tréponèmes dans l'organisme. Le traitement mercuriel intensif ne constitue pas en toute certitude un traitement abortif puisque ses partisans continuent à traiter leurs malades pendant des mois et des années ; il est dangereux puisqu'on connaît 70 cas de mort provoqués par lui.

En instituant le traitement local nous pouvons nous en tenir à un traitement actif mais non intensif et sans danger. Le traitement local est indiqué par ce fait qu'à la période primaire de la maladie l'infection est limitée au chancre, et aux parties qui l'avoisinent ainsi qu'aux ganglions satellites; c'est là qu'il faut agir pour l'étouffer.

Or, on le fait avec une puissance beaucoup plus considérable, si l'on introduit l'agent spécifique dans cette région, que si on le fait pénétrer par l'intermédiaire de la circulation générale. En effet dans ce dernier cas le médicament mêlé à la masse sanguine totale n'arrive au contact de la région chancreuse qu'en quantité infinitésimale, tandis qu'en injections locales il agit presque en totalité sur les éléments infectieux.

Le médicament ainsi introduit dans le fourreau y séjourne un certain temps avant de se résorber. Nous employons *l'Hectine* de préférence au mercure pour cette raison que ce dernier n'est pas toléré dans cette région ; la douleur provoquée par *l'Hectine* est très supportable, elle n'est pas plus considérable que celle à laquelle donne lieu l'injection fessière de benzoate de mercure. Nous prescrivons concurremment l'iodure de potassium que nous considérons comme agissant sur les tréponèmes pendant toute l'évolution de la maladie.

En somme nous joignons le traitement général au traitement local en vue d'agir plus directement et plus puissamment sur l'élément infectieux et d'éviter au malade les graves dangers que leur fait courir le traitement mercuriel intensif.

Avec ce traitement mixte nous avons la conviction qu'on doit faire avorter la maladie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recrutement de l'armée. Du choix des conscrits. Indices de robusticité physique. Utilisation méthodique du contingent. Service armé. Service auxiliaire. Dépôts de viriculture extra-régimentaires pour les malingres, par le docteur Bonnette, médecin-major, lauréat de l'Institut de France. In 18 jésus, cartonné toile, de 180 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(1) *Comptes rendus de la Soc. de Dermatol. et de Syphil.*, séance du 3 mars 1910.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 25 janv. 1910.) Zur Verth : Contribution à l'anémie de la partie inférieure du corps d'après Momburg. — Lœning : Sur les différences entre les streptocoques vis-à-vis de l'action bactéricide du sang humain et en particulier du sang citraté. — Beneke : Sur la poliomyélite aiguë. — Mandelbaum : Une nouvelle réaction simple pour le diagnostic de la typhoïde. — Izar : Sur une propriété spécifique des sérums syphilitiques. — Thorel : Sur la structure du noyau du sinus et son union avec la veine cave supérieure et les faisceaux de Wenckebach. — Finck : Permanganate de potasse cristallisé comme caustique. — Achelis et Nunokowa : Sur une méningite tuberculeuse localisée à la partie lombo-sacrée de la moelle dans les manifestations cliniques d'une méningite cérébro spinale. — Kaupe : Sur le traitement de l'empyème pleural. — Zangemeister : Stérilisateur à vapeur pour le praticien. — Krukenberg : Contre-indication de la narcose à l'éther pendant les examens aux rayons Röntgen. — Zeynek : Sur la diathermie. — Lœwenfeld : Sur l'état actuel de la psychothérapie. — (N° 5, 1er fév.) Wilms : Tintements métalliques intestinaux et leur signification pour l'occlusion intestinale. — Stoffel : Sur l'implantation nerveuse dans les paralysies flasques. — Römer : Nouvelles communications sur la poliomyélite expérimentale du singe. — Hess : Le bacille typhique comme agent pyogène. — Hohlfeld : Sur l'importance de la tuberculose bovine pour l'origine de la tuberculose infantile. — Hamm : Le bacillus fecalis alcaligenes est-il pathogène pour l'homme. — Walter : Sur les bases physiques de la diathermie. — Heil : Le tamponnage dans le placenta prævia. — Heeger : Le traitement des ankyloses articulaires par la fibrolysine. — Ungar : Septicémie streptococcique traitée et guérie par le sérum antistreptococcique. — Lœning : Sur les différences entre les streptocoques vis-à-vis de l'action bactéricide du sang humain et en particulier du sang citraté.

Nord médical. — (N° 370, 1er mars 1910.) Gaehlinger et A. Tilmant : Recherches cliniques sur un nouveau procédé de dosage des chlorures. — Vandenabeele : La néphrite syphilitique de la période secondaire et en particulier de son traitement (*suite*).

Presse médicale. — (N° 13, 13 fév. 1910.) Desfosses et Lagasse : Prophylaxie des maladies contagieuses. Désinfection. — G. Vitoux : Désinfection des eaux d'alimentation. — G.-H. Lemoine : Les porteurs de germes et la prophylaxie de la fièvre typhoïde dans l'armée. — H. Roger : Peut-on boire le vin des caves inondées ? — J. Bertillon : Les crues de la Seine n'ont aucune influence sur la fréquence de la fièvre typhoïde. — (N° 14, 16 fév.) Dieulafoy : Gangrène du pied et de la jambe chez un homme âgé et diabétique. Artérites oblitérantes. Heureux résultats des applications de douches d'air surchauffé à très haute température. Appareil aéro-thermo-générateur. — Georges Caryophillis : Bacillo-tuberculose et réaction de Widal. — (N° 15, 19 fév.) Rémond et Voivenel : Chorées aiguës et troubles psychiques. — J. Larat : La médication galvano-ionique. — (N° 16, 23 fév.) A.-B. Marfan : Rachitisme et tuberculose. — Léon Bernard : A propos de la posologie de l'adrénaline.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Aide-mémoire du bactériologiste. Tableau pratique pour le laboratoire, par S. W. S. SECCOMBE, M. R. C. S. — L. R. C. P. — D. P. H., capitaine au corps royal de santé militaire. — Prix : non collé, 3 s. 6 d. ; collé sur toile, 4 s. 6 d. ; sur toile avec bâton, 5 s. 6 d. — Publié à Londres chez John Bale fils et Danielson, éditeurs, Oxford House, 83-91, Great Titchfield Street, London W.

Consultations journalières et formulaire pratique, par Jayme FERREIRA. Un vol. de 200 pages. — Paris, Maloine ; Lisbonne, Rodrigues.

N° 35. — JEUDI 24 MARS 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 24 MARS 1910. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Le concours annuel d'externat a eu lieu le 11 mars. Jury : MM. Legludic, Thibault, Brin, Le Corre et Roguet.

Ont été nommés externes : MM. Levesque, Blanc, Faligant, Boumard, Lecoutour, Jeannet et Coutaud.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Le concours pour une place de professeur suppléant des cliniques chirurgicale et obstétricale qui vient d'avoir lieu devant la Faculté de Montpellier s'est terminé par la nomination du docteur Jean Fiolle, ancien interne des hôpitaux de Marseille, et chef de clinique de l'Ecole de Marseille.

MARINE. — MM. les médecins en chef de première classe Ambiel et Couteaud sont promus médecins généraux de deuxième classe.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont désignés pour être détachés pendant les stations thermales de 1910 aux hôpitaux d'eaux minérales ci-après :

Hôpital de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — M. Lévy, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort, médecin chef; — M. Dieu, médecin-major de première classe, hospice mixte d'Epinal; — M. Albert, médecin-major de première classe, au 69e d'inf. — M. Duband, médecin-major de deuxième classe, hôpital militaire de Versailles; — M. Le Mansois-Duprey, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort.

Hôpital de Vichy (du 1er mai au 13 septembre). — M. Collinet, médecin principal de deuxième classe, hospice mixte de Clermont-Ferrand, médecin chef; — M. Rabuson, médecin-major de deuxième classe, surveillant à l'école d'application du service de santé militaire; — Canet, médecin-major de deuxième classe, 140e d'inf.; — M. Gay-Bonnet, médecin-major de deuxième classe, surveillant à l'école du service de santé militaire; — M. Hauvuy, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — M. Piot, médecin-major de première classe, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris, médecin chef; — M. Schangel, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort.

Hôpital de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — M. Sanglé-Ferrière, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Bayonne, médecin chef; — M. Rebierre, médecin-major de deuxième classe, 49e d'inf.; — M. de Lagoanère, médecin aide-major de deuxième classe, hôpital militaire de Bordeaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS. — Pendant la séance du 18 mars 1910, il a été procédé à l'admission de douze membres nouveaux, puis le docteur Regnault parle du prochain Congrès des praticiens et de l'intérêt qu'il y a pour chacun d'y adhérer.

Le docteur Dieupart fait le compte rendu du Congrès d'assainissement et de l'habitation, auquel il a assisté, comme délégué de la Société.

M. de Rancourt, interne de l'infirmerie centrale des prisons, présente ensuite, en collaboration avec le docteur Le Filliâtre, une communication sur le traitement des collections purulentes, tuberculeuses ou non, par les injections modificatrices d'éther iodoformé, d'huile iodoformée, d'eau oxygénée, etc., montrant la supériorité de l'eau oxygénée.

LES CONGÉS AUX INSTITUTRICES EN COUCHES. — Le *Journal officiel* du 18 mars 1910 publie la promulgation de la loi suivante :

« Un congé de deux mois, avec traitement entier, en dehors des congés pour maladie prévus par le décret du 9 novembre 1853, est accordé aux institutrices, moitié avant, moitié après les couches.

Les institutrices ne peuvent reprendre leur service qu'après examen et certificat médical constatant qu'elles sont en état de le faire sans dommage pour leur santé ; en cas contraire, la prolongation de congé nécessaire leur est accordée aux conditions du congé lui-même, jusqu'à concurrence de deux mois. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Ricard, sénateur de la Côte-d'Or, et Bauby, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, chirurgien des hôpitaux. Notre regretté confrère était le gendre du docteur Eugène Cestan et le beau-frère de nos amis, le professeur Etienne Cestan et le professeur agrégé Raymond Cestan (de Toulouse). Nous leur adressons nos plus bien vives condoléances.

LES LÉSIONS CONCOMITANTES DES CENTRES NERVEUX DANS LES MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES (1)

Par MM. H. CLAUDE et P. LEJONNE.

Ainsi donc, ni la clinique ni l'anatomie pathologique ne nous montrent, dans la catégorie de faits que nous venons de passer en revue, cette subordination des lésions des centres nerveux aux lésions méningées qui justifierait la conception des séquelles.

La plupart des auteurs pensent du moins la trouver dans l'étiologie et la pathogénie et considèrent les lésions des centres nerveux comme étant sous la dépendance de la méningite; ils se fondent sur ce que les phénomènes inflammatoires sont souvent plus accentués au niveau des méninges qu'au niveau des centres sous-jacents et au point de vue topographique sur cette constatation assez habituelle que dans les centres nerveux l'inflammation est plus intense à la périphérie que dans les régions centrales et aussi qu'elle est également plus accentuée dans les régions où la méningite est le plus marquée.

Il nous paraît fort difficile, au moins dans bien des cas, de décider si c'est la méninge ou bien le système nerveux qui a été le premier atteint par l'élément infectieux. La clinique ne nous renseigne guère à ce sujet; le plus souvent les phénomènes méningés semblent les premiers en date, mais le contraire se voit assez fréquemment, nos observations cliniques III et IV en sont des exemples; nous n'affirmerions pas toutefois que dans ces deux cas il n'y avait pas dès le début des lésions méningées : la notion des méningites latentes (séreuses, ambulatoires, etc.) est aujourd'hui classique; par contre des lésions des centres nerveux déjà assez importantes peuvent ne se manifester par aucun symptôme : ainsi l'examen anatomique de notre premier cas a révélé l'existence d'une myélite, jusque-là cliniquement latente.

L'examen anatomique lui-même ne nous permet pas bien souvent de préjuger d'ancienneté respective des lésions nerveuses ou méningées.

Sans doute la constatation d'altérations dégénératives des éléments nerveux ou encore de lésions marginales constituera une présomption en faveur de l'atteinte secondaire du système nerveux; mais bien souvent, du moins au point de vue histologique, les lésions paraissent contemporaines. Nous ne saurions considérer comme un argument irréfutable en faveur de l'atteinte primitive de la méninge le fait que les lésions soient plus accentuées à son niveau qu'à celui des centres, car on peut objecter que la méninge, par sa constitution anatomique et sa riche vascularisation, offre un meilleur terrain de culture au microbe envahisseur et réagit d'une façon plus intense, sans en conclure nécessairement qu'elle soit attaquée plus tôt.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 34, p. 473.

Il nous paraît donc très probable qu'à côté de certaines infections qui présentent une première étape méningée, suivie à plus ou moins longue échéance d'une deuxième étape nerveuse, il en est d'autres plus nombreuses dans lesquelles la méninge et la substance nerveuse sont attaquées simultanément et réagissent d'une façon solidaire.

Nous avons essayé de donner une preuve expérimentale (1) de cette solidarité entre la méninge molle et les centres nerveux sous-jacents, en produisant des lésions méningées locales et en étudiant le mode de réaction de la substance nerveuse; nous avons produit chez des chiens une irritation méningée au moyen de quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1 p. 500 injectée sous la duré-mère cérébrale. Après une phase de congestion généralisée méningo-encéphalique, accompagnée de petites hémorragies, survenant presque immédiatement, si l'animal survit, on obtient localement une méningite hémorragique et inflammatoire intense, particulièrement marquée au niveau des scissures, et dans la substance grise et même blanche sous-jacente des lésions vasculaires, de l'œdème, de petits foyers inflammatoires et même de véritables ramollissements à la fois hémorragiques et inflammatoires ; ces lésions ne sont pas strictement parallèles à la méningite sus-jacente : nous avons rencontré par exemple un foyer de ramollissement gros comme une noisette, à plus de deux centimètres du lieu de l'injection, la substance cérébrale intermédiaire entre la plaque méningée et le foyer de ramollissement ne présentant que des lésions assez légères.

Nous croyons pouvoir conclure de nos expériences que certaines substances toxiques venues par voie méningée diffusent avec une grande rapidité dans la substance nerveuse en suivant de préférence la voie vasculaire ou périvasculaire, ou agissant par un mécanisme réflexe, produisent, en même temps que les réactions inflammatoires, des lésions dans la profondeur des fontes sous-jacentes du système nerveux, qui sont indiscutablement des altérations concomitantes ou parathétiques.

* * *

De ce que les altérations du système nerveux observées dans les méningites cérébro-spinales, et décrites par les auteurs comme des séquelles, sont, le plus souvent, des lésions concomitantes, il ne s'ensuit pas que les séquelles des méningites n'existent pas; mais il faut réserver ce terme aux complications nerveuses provoquées par l'organisation de la méninge molle et sa transformation en tissu fibreux : les compressions des nerfs de la base du crâne et des racines rachidiennes, les symphyses méningo-cérébrales avec encéphalite corticale chronique, certaines myélites marginales ou par compression, certaines hydrocéphalies surviennent à la suite des méningites cérébro-spinales et peuvent à juste titre être considérées comme les séquelles de

(1) H. Claude et P. Lejonne. Lésions encéphaliques expérimentales par irritation méningée, *Soc. de biol.*, 27 mars 1909.

ces affections. Il est probable d'ailleurs que dans bien des cas, dès le stade de méningite en évolution, l'élément nerveux est lésé pour son propre compte en même temps, ainsi qu'on l'admet à l'heure actuelle pour la genèse de toutes les scléroses viscérales.

On voit donc quelles différences, tant au point de vue des lésions anatomiques que des manifestations cliniques, séparent des vraies séquelles nerveuses des méningites les lésions concomitantes des centres nerveux observées dans le cours de celles ci.

* * *

Une étude d'ensemble de ces lésions concomitantes serait évidemment du plus haut intérêt, mais elle est encore prématurée à l'heure actuelle ; les documents dont nous disposons sont trop incomplets et surtout nous manquons d'examens anatomiques indiscutables : les autopsies ont été peu nombreuses et parmi elles il en est plusieurs dont nous ne pouvons tenir compte, car il n'y est pas fait mention de parties importantes du système nerveux, racines, nerfs périphériques par exemple.

Ces lésions concomitantes sont en effet fort complexes aussi bien par leur étiologie et par leurs lésions que par leurs symptômes. Au point de vue de la cause, non seulement le méningocoque, mais les divers agents pathogènes des méningites cérébro-spinales aiguës peuvent, en même temps qu'à la méninge, s'attaquer aux centres nerveux sous-jacents ; il semble même que l'agent pathogène de la maladie de Heine-Medin, si tant est qu'il s'agisse d'un virus spécifique, ait une affinité particulière pour le système nerveux et crée facilement les lésions les plus diverses.

Anatomiquement, il peut s'agir de lésions inflammatoires ou vasculaires (hémorragies, ramollissement) localisées en des points très variés, cerveau, cervelet, moelle, racines, nerfs périphériques même. D'ordinaire, si nous nous en rapportons aux examens anatomiques que nous avons pu faire, ces lésions ont peu de tendance à se cantonner sur un territoire nerveux, mais attaquent plus volontiers en même temps des parties diverses de l'axe nerveux : ainsi dans les deux cas dont nous avons rapporté l'examen anatomique il y avait atteinte simultanée de l'encéphale, de la moelle et des racines.

Au point de vue symptomatique, ces lésions si diffuses se manifestent par des signes très complexes : troubles mentaux, troubles moteurs offrant l'aspect de paralysies généralisées ou limitées, flasques ou spasmodiques, avec ou sans atrophie musculaire, ou celui d'ataxie ou d'asynergie, troubles de sensibilité à type central ou à type périphérique, troubles des organes des sens, etc.

Il ne s'agit pas là d'une entité morbide bien définie, mais bien d'un groupe de faits anatomo-cliniques qu'il y a grand intérêt à réunir ; un des caractères principaux de ce groupe, c'est tout justement l'extension des lésions à plusieurs régions du système nerveux et la variété des symptômes qui en est la résultante. Ce groupe morbide d'affections mixtes s'oppose aux maladies strictement localisées à certains territoires nerveux, méningites, encéphalites, myélites, radiculites, polynévrites ou à certains systèmes de fibres ou de cellules, poliomyélite antérieure aiguë par exemple.

* * *

Il est de la plus grande importance d'établir, au lit du malade, le diagnostic des lésions concomitantes du système nerveux qui peuvent accompagner les états méningés. Ce diagnostic permettra de prévoir que si le malade guérit de sa méningite la guérison ne sera pas complète, qu'il gardera pendant un temps plus ou moins long des manifestations pathologiques dans les cas où l'on aura pu dépister une lésion du système nerveux. A la période d'état de la méningite, quand les symptômes de celles-ci sont d'une grande intensité, le diagnostic ne pourra souvent être beaucoup plus précis. Mais dès que les phénomènes d'irritation méningée se seront un peu calmés, les symptômes nerveux qu'ils masquaient pourront devenir plus apparents, il ne faudra plus se contenter du diagnostic trop vague de lésion du système nerveux concomitante de la méningite, mais chercher à le préciser en analysant avec soin les caractères des divers troubles moteurs, sensitifs, intellectuels, etc., et en les rapportant à des altérations des diverses régions, encéphale, moelle, racines, et des divers éléments, cellules des noyaux gris, faisceaux conducteurs du système nerveux. Ce diagnostic, souvent délicat, ne saurait être trop précis ; il est d'un grand intérêt pratique, le pronostic et l'évolution de la lésion nerveuse pouvant être très différents selon le siège de la lésion et suivant l'élément touché. Ainsi par exemple en présence d'une paralysie flasque, s'il est déjà intéressant d'établir qu'il ne s'agit pas d'une poliomyélite antérieure aiguë mais d'une lésion nerveuse concomitante d'une méningite cérébro-spinale, il est non moins important de pouvoir dire si la paralysie est due à l'atteinte des nerfs périphériques et par là même rapidement curable, ou au contraire à la destruction des cornes antérieures par un foyer de myélite disséminée, constituant une lésion définitive, ou enfin à celle des racines, c'est-à-dire évoluera lentement, mais d'une façon à peu près continue vers la guérison.

Bien que plusieurs de ces parties du système nerveux soient souvent prises à la fois et qu'il faille se garder de diagnostics trop schématiques qui risqueraient de ne pas répondre à la complexité des faits, on doit de toute nécessité, dans les cas de cet ordre, établir la somme des phénomènes pathologiques et parmi eux faire la part de ce qui revient à la lésion de chaque organe. Si l'on veut prendre un exemple, voici le petit malade qui a fait l'objet de notre troisième observation, nous avons ainsi pu prévoir que la grande majorité des symptômes parétiques observés étaient radiculaires, tandis que d'autres, moins nombreux, devaient reconnaître pour cause une lésion destructive des cornes antérieures et l'évolution ultérieure a vérifié ce diagnostic, puisque le plus grand nombre des symptômes parétiques ont lentement rétrocédé (lésions radiculaires), tandis que semble persister une parésie atrophique définitive de quelques muscles, extenseurs des or-

teils et péroniers du côté droit, qui témoigne de l'existence d'un foyer de myélite destructive.

* * *

On peut, au point de vue du pronostic, distinguer parmi ces lésions nerveuses des groupes très différents, les unes évoluant rapidement vers la guérison totale, d'autres ayant tendance à guérir, mais la guérison est ici moins rapide et moins complète, d'autres enfin constituant des infirmités incurables.

Il est de plus un autre ordre de lésions concomitantes très mal connues à l'heure actuelle, ce sont celles qui ont tendance à évoluer progressivement après la guérison de l'inflammation méningée.

Parmi ces faits encore peu étudiés certains semblent dus à l'organisation des lésions des méninges et rentrer par conséquent dans les séquelles vraies, mais d'autres sont d'une manière évidente sous la dépendance de lésions du système nerveux apparues en même temps que la méningite.

Les cas de cet ordre ne nous paraissent pas absolument rares. Nous en avons publié une observation (1). Il s'agissait d'une malade examinée antérieurement par M. Courtellemont (2), chez qui nous avons vu apparaître, plusieurs années après la guérison de la méningite et postérieurement aux constatations faites par cet auteur, une série de symptômes nouveaux, de l'ataxie, du tremblement intentionnel, des troubles de la diadococinésie indiquant bien qu'il s'agissait d'un processus d'abord associé à la méningite, mais autonome, qui continuait à évoluer pour son propre compte, et rappelait d'assez près certaines formes de sclérose en plaques.

Ce sont là des faits assez différents de ceux sur lesquels on a insisté récemment (3), dans lesquels une lésion d'encéphalite, de myélite laisserait après elle une cicatrice constituant une tare au point de vue cérébral ou médullaire, au niveau de laquelle une nouvelle infection aura tendance à se localiser (théorie du rappel de M. Pierret); au contraire, dans les cas que nous avons en vue, la maladie continuerait à se développer progressivement bien après la guérison de la méningite *sans qu'aucune infection nouvelle intervienne.*

On voit que le domaine de ces affections mixtes, à la fois nerveuses et méningées, déjà très étendu à l'heure actuelle, ne peut manquer de s'accroître encore quand on sera bien convaincu de la solidarité qui unit le système nerveux et la méninge molle qui l'enveloppe. C'est pourquoi il nous a paru utile d'insister encore sur la *fréquence* des lésions du système nerveux dans les méningites cérébro-spinales et sur la *place* que beaucoup d'entre elles doivent occuper à côté de la lésion des méninges qu'elles dépassent souvent en importance, substituant à la notion des séquelles, celle beaucoup plus compréhensive des *lésions concomitantes ou parathétiques.* Il nous paraît plus scientifique en effet de constituer des groupes nosographiques peut-être mal limités actuellement et toujours ouverts à de nouvelles acquisitions, que de tendre à restreindre le cadre de la pathologie à un groupe déterminé d'entités morbides bien définies, où l'on s'efforce de faire rentrer les cas avec une précision qui n'est malheureusement qu'apparente.

(1) H. Claude et P. Lejonne. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1907, obs. II.

(2) Courtellemont. Loc. cit., obs. I, p. 30.

(3) Chailly. Th. de Lyon, 1905.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DE LA CHLOROSE

Le professeur von Noorden, ayant eu l'occasion d'observer un cas de chlorose typique chez une jeune fille de vingt ans, en a profité pour discuter quelques points particuliers de l'histoire de cette affection (*Med. Klin.*, 2 janv. 1910, n° 1).

La malade émettant en vingt-quatre heures deux litres et demi d'urine, environ, avec un poids spécifique de 1011 et sans traces d'albumine, le clinicien viennois note que la polyurie, fréquente dans les cas de chlorose prononcée, est un signe favorable. Cette polyurie est secondaire et due à la polydypsie des malades; si on diminue l'absorption des liquides, la polyurie cesse et le poids spécifique de l'urine redevient normal. Parfois, dans certains cas de chlorose grave, les tissus sont anormalement riches en eau; si la maladie tend vers la guérison, la polydypsie cesse, mais la polyurie continue jusqu'à ce que la richesse en eau des tissus redevienne normale; de là, quelquefois, une diminution du poids corporel qui, en dépit d'une alimentation abondante, peut être assez notable.

A propos de l'hypoplasie des organes génitaux que présentait sa malade, le professeur von Noorden rappelle que cette anomalie de développement, pour être fréquente, n'est pas constante, et que, dans d'autres cas encore, le développement n'est que retardé pour devenir normal ultérieurement. Dans cette dernière catégorie de faits la fonction de la génération devient elle aussi normale dans certains cas, alors que dans d'autres les femmes demeurent stériles quoique bien réglées.

Ces faits viennent à l'appui de la théorie d'après laquelle la chlorose est une forme spéciale d'hématopoièse défectueuse, due elle-même à un affaiblissement des excitations physiologiques partant des organes génitaux féminins pour aboutir aux centres de l'hématopoièse, la moelle osseuse surtout. D'après Tandler, que cite von Noorden, ces excitations ne partiraient pas de la substance germinative de l'ovaire, mais de la substance intermédiaire. Ainsi serait détruite l'objection souvent faite à la théorie mentionnée ci-dessus, à savoir que les femmes chlorotiques ont très souvent des organes génitaux fonctionnant normalement et pouvant concevoir et enfanter.

On ignore d'ailleurs encore quelles sont les altérations que l'on suppose exister dans la substance intermédiaire des ovaires, et l'on ignore aussi si les excitations arrivant de ces glandes à la moelle osseuse sont représentées par des produits de sécrétion interne agissant directement sur la moelle, ou si le système nerveux entre en jeu; dans cette dernière hypothèse, la chlorose ne serait pas une maladie primitive du métabolisme, mais une névrose.

Au cours de ses recherches sur les eunuchoïdes, Tandler a constaté que les jeunes garçons présentent les signes de l'eunuchoïdisme temporaire, tels que l'obésité, les amas adipeux dans la symphyse pubienne, la peau délicate rappelant le type féminin, etc., que ces jeunes garçons, disions-nous, ont souvent des sueurs chlorotiques. Or, la fièvre de la jeune

chlorotique suivie par von Noorden est justement un eunuchoïde.

D'après Tandler, l'eunuchoïdisme temporaire dépend d'un fonctionnement défectueux de la substance intermédiaire du testicule, de même que la chlorose dépend d'un fonctionnement défectueux de la substance intermédiaire de l'ovaire. C'est ce qui explique comment les deux états pathologiques s'observent souvent parmi les frères et sœurs dans une même famille.

Le fer, l'arsenic, et d'autres remèdes employés contre la chlorose, agiraient en exerçant une stimulation directe sur les organes hématopoiétiques, suppléant ainsi aux excitations que ces organes reçoivent, à l'état normal, des glandes sexuelles. Malheureusement le fer provoque la constipation, surtout chez les chlorotiques, même introduit par la voie hypodermique; les recherches de Quincke et de ses élèves ont en effet démontré que le fer introduit par cette voie s'élimine non point par l'urine, mais par la sécrétion intestinale.

Quant à l'arsenic, administré par la voie buccale, il est très bien toléré dans certains cas, mais dans d'autres il augmente les douleurs gastriques des chlorotiques, et il peut même créer des troubles de l'estomac, absents jusque-là. Aussi, dans ces derniers temps, a-t-on usé largement des injections hypodermiques de composés arsenicaux tels que les cacodylates de soude et de fer, l'atoxyl, etc. Mais d'une part ces composés ne deviennent actifs qu'à la suite de dédoublements opérés au sein des tissus, et dont les conditions favorables ou défavorables nous sont totalement inconnues.

D'autre part, si cette méthode donne parfois de bons résultats, elle reste souvent aussi sans effets avantageux, et elle peut même provoquer des phénomènes toxiques plus ou moins graves, névrite optique, polynévrites, éruptions herpétiques, etc.

En terminant, le professeur von Noorden s'élève contre une méthode récente et absolument dépourvue de base scientifique, qui consiste à imposer aux chlorotiques un régime surtout végétalien, c'est-à-dire pauvre en albuminoïdes. S'appuyant sur sa grande expérience, von Noorden combat formellement cette pratique. Il a constaté, au contraire, que chez ces malades on se trouve très bien d'ordonner un régime diététique riche en albumine, c'est-à-dire comprenant des œufs et mieux encore de la viande. Selon lui, la quantité optima d'albuminoïdes à faire prendre par jour aux chlorotiques est de 100 à 120 grammes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 MARS 1910)

Traitement des cavités osseuses résultant des opérations pratiquées pour l'ostéomyélite. — M. KIRMISSON fait un rapport sur un travail de M. Nélaton relatif à cette question. Ce travail est basé sur deux observations. Dans le premier cas, M. Nélaton combla une cavité osseuse résultant d'une ostéomyélite en décollant un lambeau périostique et un lambeau musculaire qu'il insinua dans la cavité osseuse et qu'il arriva ainsi à combler.

Le second fait a trait à un jeune homme de vingt-six ans qui avait subi une opération pour une ostéomyélite du tibia. La cavité osseuse, qui dans ce cas était très volumineuse, fut d'abord aseptisée par la teinture d'iode et l'iodoforme, puis comblée à l'aide d'une greffe par la méthode italienne.

M. Nélaton, dans ce cas, emprunta un lambeau cutanéo-musculaire à la jambe du côté opposé. Il arriva à combler ainsi complètement cette vaste cavité osseuse.

Cette question, ajoute M. Kirmisson, a toujours préoccupé les chirurgiens. M. Chaput a proposé de combler ces cavités par des lambeaux cutanéo-graisseux. Il y a, d'ailleurs, deux procédés, celui qui consiste à décoller le périoste et à le rapprocher, à plomber la cavité ou à la recouvrir avec une greffe comme l'a fait M. Nélaton. Dans certains cas ces procédés se surajoutent. La conduite à tenir varie d'ailleurs selon les cas, suivant qu'on a à combler une cavité étendue mais superficielle ou une cavité profonde. Quoi qu'il en soit, les greffes, dans les deux cas rapportés par M. Nélaton, ont donné un résultat très favorable.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux. La liste de présentation portait : en première ligne, *ex æquo* : MM. Delagenière (du Mans) et Monprofit (d'Angers); en deuxième ligne : MM. Chavasse (de Lille) et Debayle (de Léon); en troisième ligne : MM. Oui (de Lille) et Couteaud (de Cherbourg).

Au premier tour, sur 60 votants, majorité 31, M. Delagenière a obtenu 46 suffrages et est proclamé élu.

Au deuxième tour, sur 66 votants, majorité 33, M. Monprofit a obtenu 57 suffrages et est élu.

La goutte. — M. CHAUFFARD fait un rapport sur le travail qu'a lu récemment à l'Académie sir Dyce Duckworth sur la goutte.

Traitement de la paralysie générale par les rayons X. — M. BÉCLÈRE fait un rapport sur un travail de M. Marinesco (de Bucarest). M. Marinesco aurait obtenu d'assez bons résultats de l'emploi de la radiothérapie dans le traitement de la paralysie générale.

Vacances. — M. LE PRÉSIDENT déclare vacante une place de membre titulaire dans la deuxième section de pathologie médicale, en remplacement de M. Brissaud.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 MARS 1910)

M. LETULLE, vice-président, adresse la bienvenue à M. DASTRE appelé d'une voix unanime, dans la dernière séance, à remplacer le regretté MALASSEZ. M. Dastre, en prenant possession du fauteuil présidentiel, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait et les assure qu'il fera tous ses efforts pour que la Société conserve la situation prépondérante et la réputation de bon aloi qu'elle possède depuis si longtemps déjà.

Réactions méningées consécutives aux injections sous-arachnoïdiennes lombaires de sérum de cheval et de sérum artificiel. — MM. SICARD et SALIN ont, dans un but thérapeutique, pratiqué des injections sous-arachnoïdiennes lombaires de sérum artificiel ou de sérum de cheval, chez des sujets atteints de certaines affections mentales. Or ils ont pu constater que le liquide céphalo-rachidien de ces vésaniques, normal avant l'injection, se peuplait rapidement, après elle, de polynucléaires nombreux, faisant place progressivement à des lymphocytes. Cette réaction peut persister pendant plus de six semaines à la suite d'une seule injection, quel qu'ait été le sérum employé.

Il est donc démontré que certains sérums isotoniques et dépourvus de tout toxique chimique sont aptes à provoquer au sein du liquide céphalo-rachidien un très important exode cellulaire. Cette constatation permet de se demander si, chez les méningitiques cérébro-spinaux, il ne faut pas voir dans cet appel méningo-leucocytaire une des causes de la supériorité d'action thérapeutique du sérum introduit directement par voie lombaire. A côté des qualités spécifiques bactéricides et antitoxiques du sérum antiméningococcique

de Dopter, il y aurait lieu de tenir compte de cet autre facteur important de défense cellulaire, propriété cytogène méningée que possède normalement le sérum de cheval injecté sous l'arachnoïde.

A propos de la réaction de Meyer dans les néphrites. Importance de la distinction en néphrites dégénératives et néphrites congestives. — Depuis quelques mois, on utilise couramment la réaction de Meyer à base de phénolphtaléine pour dépister les néphrites les plus légères et notamment les hémorragies histologiques du rein au cours de la scarlatine. On aurait tort de conclure de la néphrite aiguë scarlatineuse aux autres variétés de néphrites et il ne faudrait pas croire que la réaction de Meyer est le procédé le plus sensible pour diagnostiquer le début d'une néphrite aiguë. En effet, MM. Paisseau et Léon Tixier viennent de montrer qu'à côté des agents toxiques, comme la cantharide, qui ont une action prédominante sur l'appareil vasculaire du rein (*néphrites congestives*), à côté des substances comme le sublimé qui, à des doses moyennes, occasionnent des lésions diffuses (*néphrites mixtes*), il existe des toxiques dont le nitrate d'urane est le type, qui lèsent uniquement les cellules des tubes contournés (*néphrites dégénératives*).

Les auteurs ont réalisé des néphrites dégénératives expérimentales dans lesquelles les lésions de l'épithélium rénal entraînaient une albuminurie importante (10 grammes) avec réaction de Meyer négative.

La distinction anatomique en néphrites congestives et néphrites dégénératives sur laquelle insiste Castaigne possède donc également une valeur clinique.

La rétention de l'urée et sa diffusion dans les liquides de l'organisme. — MM. Javal et Boyet, dans dix-neuf cas où ils ont pu faire des dosages comparatifs d'urée dans différents liquides de l'organisme, ont toujours constaté que la teneur en urée de ces liquides était sinon identique, du moins très voisine, et cela quelle que soit l'intensité de la rétention. Pour faire cette comparaison, il n'est point besoin de faire les ponctions rigoureusement au même moment. La rétention uréique ne paraît pas subir de sauts brusques et c'est sans doute cette lenteur des variations qui rend la diffusion si parfaite.

Recherches sur l'autolyse aseptique du foie de lapin normal. — MM. Garnier et Sabaréanu, contrairement aux auteurs qui ont étudié l'autolyse, ont, dans leurs recherches, placé les morceaux de foie à autolyser dans des flacons ne contenant aucun liquide, ni eau salée, ni substance antiseptique. De cette façon ils ont pu reconnaître que, après quarante-huit heures de séjour à l'étuve, chaque morceau de foie laisse exsuder environ un tiers de son poids de liquide; cette quantité augmente les jours suivants et atteint après seize jours la moitié du poids total. L'examen chimique peut être pratiqué à la fois sur le liquide exsudé et sur la partie solide. Il permet de reconnaître que la quantité d'eau et de graisse ne présente, même après seize jours d'étuve, que de très faibles variations.

L'augmentation de la graisse constatée à l'examen histologique semble donc due principalement à la rétraction du tissu, le liquide exsudé étant très pauvre en graisse. Seule la quantité des savons augmente et peut devenir cinq fois plus considérable qu'à l'état frais.

Toxicité des sels de plomb sur les centres nerveux. Leur période d'incubation. — M. J. Camus. Les injections intrarachidiennes de solutions faibles de sels de plomb donnent à des doses très minimes des accidents nerveux de la plus haute gravité qui sont précédés d'une période d'incubation. Si on injecte dans le liquide céphalo-rachidien d'un chien de 12 kilos un centimètre cube d'une solution de chlorure de plomb à 2 p. 1 000, soit 2 milligrammes, l'animal ne présente aucun symptôme morbide immédiat et se porte parfaitement pendant deux ou trois jours. Après cette période d'incubation, il est pris d'hallucinations, d'agitation, parfois d'hydrophobie, de convulsions toniques et cloniques.

Il tombe peu à peu dans le coma et meurt en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les mêmes accidents se produisent par injection de sels de plomb sous les méninges craniennes ou dans les ventricules latéraux; mais l'injection dans la substance blanche sous-corticale n'est suivie, même après plusieurs semaines d'attente, d'aucun fait appréciable.

L'acide sulfhydrique permet à l'autopsie de reconnaître les régions intéressées par le plomb.

Essai de neutralisation des sels de plomb au niveau des centres nerveux. — MM. Jean Camus et M. Nicloux ont tenté de neutraliser in vivo au niveau même des centres nerveux les sels de plomb introduits expérimentalement dans le liquide céphalo-rachidien. Ils ont pour cela injecté dans ce liquide chez le chien des solutions titrées d'acide sulfhydrique; or, les injections n'ont pas empêché les accidents toxiques mortels du plomb de se produire et cependant on trouvait à l'autopsie, à la surface du névraxe, des zones noires prouvant que l'acide sulfhydrique avait bien précipité les sels de plomb. Les auteurs ont alors injecté du sulfure de plomb dans le liquide céphalo-rachidien et ont constaté à la suite, quoique plus tardivement, les mêmes accidents qu'avec les sels solubles.

Ils font remarquer combien il est curieux de voir un composé stable et insoluble, tel que le sulfure de plomb, subir dans l'organisme des transformations qui le rendent capable de déterminer de tels accidents toxiques.

Variations de la chaux intestinale dans quelques maladies générales. — MM. M. Lœper et G. Béchamp ont étudié l'élimination calcaire de l'intestin dans un certain nombre d'états morbides d'origine toxique ou infectieuse. Les processus phlegmasiques paraissent diminuer notablement l'élimination calcaire; la fièvre typhoïde au contraire l'augmente légèrement. La convalescence fait apparaître des modifications inverses.

Les pertes calcaires par voie intestinale ne paraissent pas très considérables dans la plupart des cas de tuberculose examinés (pleurésie, péritonite, tuberculose au premier ou deuxième degré), à l'exception d'un cas de désintégration profonde du parenchyme pulmonaire.

Les affections du foie, du rein donnent des résultats inconstants.

L'athérome même très étendu ne s'accompagne que de diminutions assez faibles. Dans le groupe des dyspepsies, l'hyperchlorhydrie donne une déminéralisation parfois considérable; parmi les états dyscrasiques, l'oxalurie, l'acidose se comportent de même, et parmi les affections osseuses, l'ostéomalacie, le rachitisme et l'ostéomyélite aiguë. Par contre, dans la réparation des fractures on peut constater de fortes diminutions.

L'élimination urinaire variant dans des limites assez étroites, le dosage de la chaux fécale nous renseigne assez exactement sur les déperditions et les rétentions calcaires dans les maladies.

Transformation des cellules épithéliales d'un épithélioma en tissu conjonctif. — MM. Ed. Retterer et Aug. Lelièvre, dans un épithélioma de la luette, ont vu certains bourgeons épithéliaux se transformer à leur sommet et à leur périphérie en tissu conjonctif réticulé. La transformation de l'épithélium en éléments conjonctifs suit les mêmes lois que celles qui président au développement des follicules clos des amygdales, à la genèse du tissu conjonctif à la suite des lésions mécaniques des membranes tégumentaires ou au développement des follicules clos dans la pharyngite latérale. Le tissu conjonctif néoformé n'est pas dû à la réaction

de la travée ou stroma préexistant; il provient de la multiplication et de la métaplasie des cellules épithéliales du parenchyme.

ANALYSES

MÉDECINE

Lésion de la zone lenticulaire gauche sans trouble de la parole. (Van GEHUCHTEN, *Acad. royale de méd. de Belgique*, séance du 29 janvier 1910.) — Une femme, âgée de trente-huit ans, s'est levée un matin atteinte d'hémiplégie droite. Celle-ci consistait en une légère parésie dans le domaine du facial inférieur, paralysie complète et flasque de tout le membre supérieur droit et de tout le membre inférieur à l'exception des muscles de la cuisse où persistait un certain degré de motilité volontaire. Le réflexe rotulien était exagéré à droite. Il y avait, de ce côté, clonus du pied, signe de Babinski et abolition des réflexes abdominaux. La sensibilité était normale. La langue était intacte. Il n'a jamais existé le moindre trouble de la parole. La malade est morte soixante-quinze jours après le début.

Pendant les quatre dernières semaines qu'elle a été à l'hôpital de Louvain, les symptômes sont restés stationnaires.

A l'autopsie, on a trouvé un vaste foyer de ramollissement dans la zone du noyau lenticulaire de l'hémisphère gauche. Ce foyer détruisait presque tout le segment externe du noyau lenticulaire, la capsule externe, la partie moyenne du bras postérieur de la capsule externe, tout le corps du noyau coudé. Il s'étendait en hauteur, depuis le niveau de la commissure antérieure jusque un peu au-dessus de la paroi supérieure du ventricule latéral.

Cette lésion de la zone lenticulaire gauche, survenue chez une droitière, n'a amené aucun trouble du langage articulé.

A propos de cette observation clinique suivie de l'examen microscopique en coupes sériées de l'hémisphère lésé, M. van Gehuchten discute la doctrine de P. Marie sur le siège cérébral des lésions de l'aphasie.

Il se demande où se trouve, dans la zone lenticulaire, la lésion causale de l'anarthrie. P. Marie et Moutier ne répondent pas à cette question. Il croit pouvoir admettre en comparant entre elles les lésions observées dans les cas décrits par Moutier, que la seule lésion commune à tous ces cas était celle qui intéressait les fibres cortico-spinales du genou de la capsule interne. Comme ces fibres étaient respectées chez la malade qu'il a observée, rien d'étrange que l'anarthrie ait fait défaut.

Il recommande, pour la solution définitive de la question de l'aphasie, d'étudier :

1° Les cas d'aphasie sans hémiplégie afin de dresser un tableau complet de toutes les lésions qui *pourraient* être cause de l'aphasie;

2° Les cas d'hémiplégie droite sans aphasie afin de dresser un tableau de toutes les lésions de l'hémisphère gauche qui, certainement, n'interviennent pas dans le mécanisme du langage articulé.

De la comparaison de ces deux ordres de résultats négatifs et positifs, on arrivera plus facilement et plus sûrement à reconnaître les zones de l'écorce qui interviennent dans la fonction du langage.

L. GAYARD.

Gommes syphilitiques du sinus frontal. (Docteur R. HÉLOT (de Rouen). *Revue hebd. d'oto-rhino-laryngol.*, n° 3, p. 73, 1910.) — L'auteur rapporte deux observations de gommes syphilitiques du sinus frontal.

La première concerne une dame qui, depuis trois jours, s'apercevait que son front « enflait » ainsi que les paupières supérieures; elle ressentait des douleurs au sommet du nez. A l'examen, une déformation symétrique de la racine du nez et de la région intersourcillière est constatée; la racine du nez est élargie, déformée, convexe au lieu d'être concave; la pression est douloureuse, surtout au sommet du nez et dans l'angle de l'orbite à droite. Fosses nasales et sinus maxillaires normaux; pas trace de pus. On sent plusieurs exostoses sur le crâne.

Un traitement approprié vint facilement à bout de cette affection en trois semaines; les exostoses elles-mêmes avaient disparu au bout d'un mois. L'odorat disparu revint. Deux fois, il y eut légère récidive, vite disparue par la reprise du traitement.

La seconde a trait à une dame souffrant du front avec douleurs violentes à gauche. A l'examen, on constate à gauche : un œdème de la paupière, l'abaissement du globe oculaire de plusieurs millimètres, augmentation de volume de la racine du nez et du rebord orbitaire et douleur à la pression au niveau du sinus frontal. A droite, petits polypes muqueux, pas de pus. La fosse nasale gauche est normale.

L'aspect était celui d'une sinusite frontale vraie. Mais poursuivant son examen, l'auteur découvrit près du cuir chevelu, à droite, une tumeur fluctuante, peu saillante, du diamètre d'une pièce de 5 francs.

En quinze jours de traitement, les lésions étaient guéries; huit mois après, la malade avait, depuis quinze jours, le nez obstrué et de la céphalalgie. Il s'agissait d'une gomme de la cloison que le traitement fit disparaître.

L'auteur, à propos de ses observations, cite une figure du *Traité de chirurgie* de Duplay présentant absolument l'aspect de sa seconde observation. Dans la thèse de Guilbert (1898), il note aussi une observation due à Cruveilhier, publiée, en 1880, dans le *Bulletin de la Société anatomique*. MM. Lubet-Barbon, Furet et Veillard ont aussi étudié les sinusites gommeuses.

Ces observations de gommes du sinus frontal sont assez rares.

P. VIOLLET.

Anesthésie de la dentine et de la pulpe dentaire. (Ed. JANICOT. Thèse de Paris, 1909.) — De tout temps, on s'est efforcé de combattre la sensibilité excessive de la dentine et de la pulpe, et l'on s'est adressé tour à tour, dans ce but, aux médications les plus diverses. Les plus employées aujourd'hui sont les injections intra-gingivales ou intra-diploïques d'anesthésiques, et particulièrement de cocaïne.

Dans le but de combattre l'hémorragie qui suit l'intervention et qui est si gênante, on a préconisé, avec juste raison, l'adjonction d'adrénaline, aux divers anesthésiques employés. Cette substance possède comme avantage de réduire au minimum l'écoulement sanguin et de diminuer la toxicité de l'anesthésique auquel elle se trouve associée. Enfin et surtout en retardant la diffusion du liquide injecté, elle lui permet de rester plus longtemps en contact intime avec les éléments nerveux et prolonge ainsi la durée de l'action anesthésique locale.

Mais il convient d'attirer l'attention sur certains accidents, de nature surtout infectieuse, que l'on peut observer à la suite d'injections intra-gingivales de cocaïne-adrénaline, ou de novocaïne-suprarénine, la stagnation sanguine ne permettant plus aux micro-organismes et à leurs toxines d'être balayés par la petite hémorragie post-opératoire habituelle.

Pour parer, avec efficacité, à l'éclosion de ces troubles infectieux, il faudra, chaque fois qu'on aura à injecter de l'adrénaline dans un tissu en état de moindre résistance, prendre avant et surtout *après* l'intervention, des précautions antiseptiques minutieuses, et aussi prévenir les malades des petits accidents qui pourraient survenir.

Les injections de novocaïne-adrénaline faites au niveau de l'apex de la dent, donnent des résultats remarquables, lorsqu'il s'agit d'insensibiliser les incisives, les canines et les prémolaires de l'un et l'autre maxillaire.

En ce qui concerne les grosses molaires supérieures, les résultats sont encore satisfaisants, au moins dans l'immense majorité des cas. Par contre, les échecs sont fréquents lorsque la novocaïne doit agir sur les grosses molaires inférieures. Cela tient à l'épaisseur, au niveau de la ligne oblique externe, de tissu osseux qui s'oppose à la diffusion de l'anesthésique, mis ainsi dans l'impossibilité d'aller imbiber les terminaisons nerveuses. Dans ce cas particulier, M. Janicot préconise l'injection intra-diploïque de novocaïne-adrénaline; l'anesthésique se trouve, de la sorte, en contact intime dans les mailles du diploë avec les filets sensitifs sur lesquels il devra agir.

L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DU DANGER DES CERTIFICATS

Nous avons souvent attiré l'attention de nos lecteurs sur les dangers des certificats trop facilement délivrés.

Un nouvel exemple vient de se produire qui montre combien les médecins doivent être réservés en cette matière.

Un très honorable confrère de Marseille, le docteur Lop, vient d'être la victime d'un certificat imprudent, peut-être, mais donné avec la plus entière bonne foi à la veuve d'un de ses malades.

L'administrateur de la marine à laquelle le certificat était destiné, n'étant pas d'accord avec notre confrère sur le diagnostic porté, vient purement et simplement de déposer contre notre confrère une plainte en complicité d'escroquerie (!) aux dépens de la Caisse de prévoyance de la marine.

Une telle accusation est purement monstrueuse et nous ne doutons pas que les groupements médicaux ne donnent à cette affaire la suite qu'elle comporte et ne prient l'administration de la marine, si faible avec les inscrits maritimes, de ne pas retrouver son énergie uniquement pour brimer un honorable praticien.

Quoi qu'il en soit, l'aventure de notre confrère est un nouvel avertissement qui ne doit pas être négligé. Tous les médecins feront bien de le mettre à profit en ne délivrant à l'avenir des certificats qu'avec la plus prudente circonspection.

PRATIQUE MÉDICALE

TUBERCULOSE OU SYPHILIS PULMONAIRE

Par le docteur TRIGAND.

Il est très important de faire le diagnostic de la syphilis pulmonaire, car les malades qui en sont atteints sont destinés à périr si leur traitement n'est pas bien conduit. Or, ce diagnostic est toujours difficile et se confond souvent avec celui de la tuberculose.

Il y a, en effet, beaucoup de points communs entre les deux affections, et sans rappeler ici les signes bien connus de la tuberculose, on peut les donner comme étant aussi ceux de la syphilis pulmonaire. Cependant, si le médecin se trouve en présence d'une pneumopathie chronique dont l'origine, l'évolution s'écartent des types connus, il doit songer à la syphilis.

Il examinera d'abord les antécédents du malade. Chez les tuberculeux, on trouve habituellement des antécédents héréditaires; chez les syphilitiques, des accidents secondaires ou tertiaires. Puis, on devra songer aux différences suivantes. La syphilis pulmonaire peut durer longtemps sans altérer l'état général, tandis que, *dès le début* de sa maladie, le tuberculeux maigrit et se consume. En outre, la température est souvent élevée chez le phtisique, tandis qu'elle est presque toujours normale chez le syphilitique.

Mais il y a un signe qui, surtout, doit éveiller l'attention, c'est le siège des lésions.

En général, la syphilis atteint *le lobe moyen droit* du poumon ou la partie inférieure du lobe supérieur. Cette localisation de la syphilis pulmonaire est tellement nette, que certains auteurs en font presque un signe pathognomonique et Grandidier a pu dire : « En présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée au lobe moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut. » Il y a sans doute, dans cette affirmation, une certaine part d'exagération et nous croyons qu'il sera toujours utile, même dans ce cas, de faire appel aux lumières du microscope.

On trouvera enfin, dans le traitement ordonné, un bon moyen de diagnostic. On utilisera l'iodure et le mercure tout à la fois, le mercure en friction et l'iodure en potion; si l'affection se modifie favorablement, c'est qu'il s'agira bien — les signes précédents étant constatés — d'une syphilis pulmonaire. Souvent ces malades ont des signes d'infection mixte et dans ces cas, il faudra utiliser les comprimés de Thiocol (4 à 8 par jour) ou bien le sirop Roche (4 à 8 cuillerées à café). Ce médicament n'aura pas seulement un effet asséchant sur la muqueuse, mais il exercera aussi sur les infections secondaires une action destructive réelle, il stimulera d'autre part les défenses organiques autour de la lésion et permettra d'éviter les complications respiratoires.

La fétidité de l'expectoration sera encore peu influencée par le mercure et l'iodure. Ce médicament d'ailleurs, ordonné à hautes doses, peut amener, quand il existe des lésions laryngiennes, des troubles œdémateux et asphyxiques. Aussi conviendra-t-il d'être prudent : six à huit comprimés ou deux à trois cuillerées à soupe de sirop Roche amèneront mieux la désodorisation des crachats et tariront facilement, et sans inconvénients, cette source d'auto-intoxication chronique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Epilepsie commune, épilepsie dite essentielle (« Consultations médicales françaises », fasc. IX), par le docteur Lucien MAYET, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux, chargé de cours à l'Université de Lyon. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Manuel de pratique obstétricale, par E. PAQUY, ancien chef de laboratoire, ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 410 pages avec 107 gravures dans le texte, de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les Gastropathies nerveuses (« Consultations médicales françaises », fasc. IV), par le docteur GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, chargé de l'enseignement de la pathologie générale. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco. — Paris, A. Poinat.

Traitement des fractures du nez et des déviations de la cloison, par les docteurs CLAUDE et Francisque MARTIN (de Lyon). 1 broch. in-8, avec figures. — Lyon, Imprimeries réunies.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE SURRÉNALE : SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

Les différents symptômes que nous venons de décrire peuvent se grouper de façon à constituer des *syndromes* : α. lents ; β. subaigus ; γ. aigus.

§ I. **Syndromes lents.** — « Ils peuvent être considérés comme l'expression clinique d'une diminution progressive des fonctions surrénales. Ils sont aux lésions capsulaires chroniques ce que les petits signes de l'insuffisance hépatique lente sont aux hépatites chroniques ; ils tendent vers l'insuffisance aiguë terminale. Ils reconnaissent deux modalités : la maladie d'Addison et les syndromes lents d'insuffisance surrénale pure, qui se distinguent par ce fait que la première est constituée par l'association des signes de l'insuffisance surrénale à ceux de l'irritation des plexus nerveux péricapsulaires » (Sergent).

A. **La maladie d'Addison**, déjà décrite ici même (voir *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 10, p. 118) se caractérise avant tout par une mélanodermie spéciale : *sans mélanodermie, pas de maladie bronzée.* On sait que cette mélanodermie s'étend non seulement au tégument externe, mais aussi aux muqueuses. Elle affecte une prédilection très marquée pour les régions normalement pigmentées (mamelons, organes génitaux) et pour les parties découvertes ; elle peut être fort discrète et consister seulement en quelques macules brunâtres, plus ou moins rares et disséminées, ou être très intense et généralisée ; les frottements répétés, les irritations diverses, les cicatrices provoquent une localisation particulièrement intense de cette pigmentation (*extériorisation de la mélanodermie addisonienne*, Jacquet et Trémolières). A cette mélanodermie s'associent d'autres signes : asthénie, troubles digestifs, hypotension artérielle, cachexie : celle-là est due à l'irritation des plexus nerveux péricapsulaires, ceux-ci à l'insuffisance surrénale.

B. **Syndromes lents d'insuffisance surrénale pure.** — Souvent désignés sous la mauvaise dénomination de *formes frustes de la maladie d'Addison*, ils se caractérisent par les signes habituels : asthénie, hypotension artérielle, troubles digestifs, et la seule différence qu'ils présentent avec les syndromes aigus et subaigus, c'est la lenteur de leur évolution. Certains, dus à la tuberculose des capsules surrénales, ne diffèrent de la maladie d'Addison que par l'absence de mélanodermie. Notons à ce sujet les relations que Laffitte et Moncany ont tenté d'établir entre la *pigmentation simple des tuberculeux* et les lésions capsulaires. Pour ces auteurs, la pigmentation simple, chez les tuberculeux, est beaucoup moins diffuse que dans la maladie d'Addison ; elle prédomine sur les parties latérales du cou, l'aréole du mamelon, la partie antérieure de la région axillaire ; elle est plus claire ; sur les muqueuses, les taches se localisent à la face interne des joues autour de l'orifice du canal de Sténon. A cette pigmentation, se joignent d'autres phénomènes : asthénie, douleurs lombo-abdominales ; il s'agirait, en pareil cas, de *petite insuffisance surrénale.* Boinet a décrit de même, sous le nom d'*addisonisme*, un syndrome qu'il considère comme la manifestation esquissée du syndrome addisonien. (Voir Lœper et Oppenheim, loco citato, pp. 701-703.)

§ II. **Syndromes subaigus.** — Entre les syndromes lents et les syndromes aigus, il convient de faire une place aux syndromes subaigus constitués par un ensemble de symptômes susceptibles de varier, d'un cas à l'autre, dans leur groupement, mais qui sont signes d'insuffisance surrénale pure : les vomissements, la diarrhée cholériforme, l'asthénie progressive et rapidement complète, l'anémie, l'amaigrissement, l'hypothermie, l'hypotension artérielle, la tachycardie, le collapsus, la syncope.

Dans cette forme subaiguë, l'insuffisance surrénale est plus hâtive, plus rapidement complète que dans les formes lentes ; elle se termine en quelques semaines soit par la cachexie progressive, soit du fait d'accidents aigus terminaux, soit par la mort subite. Ces formes subaiguës se distinguent des formes aiguës en ce que l'insuffisance surrénale s'y montre partielle ou relative, avant de devenir totale ou absolue.

§. III. **Syndromes aigus.** — « Ils correspondent à la diminution brusque ou à la suppression complète des fonctions surrénales. Leurs signes sont aux lésions surrénales aiguës ou chroniques ce que ceux de l'insuffisance hépatique aiguë sont aux hépatites aiguës ou chroniques » (Sergent). On leur donne souvent le nom de *syndrome Sergent-Bernard.*

Ils peuvent être primitifs ou secondaires.

Primitifs, ils affectent, selon les cas, les allures les plus diverses :

A. Tantôt, ils débutent brusquement, par des douleurs abdominales, des crampes généralisées, des vomissements incoercibles avec ou sans diarrhée ; la peau se couvre de sueurs visqueuses, les extrémités se refroidissent, l'hypothermie s'accentue, le pouls faiblit, la ligne blanche se montre et, si le malade ne tombe pas dans le collapsus ou dans le coma, il succombe subitement à l'occasion d'une crise paroxystique ou simplement en s'asseyant dans son lit dans un moment d'accalmie. Le tableau clinique est alors celui d'un **empoisonnement.**

B. Tantôt, les accidents consistent en sensibilité douloureuse du ventre à la palpation, accompagnée de vomissements et de constipation. On a affaire, en pareil cas, à un véritable **syndrome péritonéal** (Ebstein).

C. D'autres fois, le malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'une **appendicite** (Ewald) ou d'une **annexite** et succombe au milieu d'accidents péritonéaux aigus ; dans un cas d'Hegford, une jeune fille de quatorze ans mourut en quelques heures, à la suite de symptômes tels qu'on porta le diagnostic de **choléra sec.** Il est des sujets qui sont pris brusquement d'évacuations alvines incessantes, avec hypothermie et mort dans le collapsus : on les croit atteints d'*entérite cholériforme*, alors qu'ils font, en réalité, de l'insuffisance surrénale aiguë.

D. M. Sergent a rapporté deux cas où les accidents simulèrent la **méningite.** Dans le premier, on nota les symptômes suivants : attitude en chien de fusil, instabilité pupillaire, photophobie, douleur à la pression des globes oculaires, hyperesthésie cutanée, céphalée ; à l'autopsie, absence complète de toute lésion méningée ; par contre, il existait des lésions surrénales très avancées. Dans le second, l'association des vomissements, de la constipation et de la prostration à l'attitude en chien de fusil, à l'agitation, au délire et au coma ultime pouvaient, dans une certaine mesure, faire penser à la méningite : ici encore, il s'agissait de surrénalite.

E. Les syndromes surrénaux peuvent encore emprunter la symptomatologie de l'attaque **d'apoplexie** ou être confondus avec une crise de **collapsus.**

F. En somme, en dépit des différences propres à chaque cas particulier : début brusque, évolution aiguë et rapide au milieu de phénomènes généraux à allure toxique, le plus souvent terminés par la **mort subite.** Mais, à côté de ces cas aigus, il faut décrire une forme *suraiguë* où la *mort subite* est la seule manifestation des lésions capsulaires.

En pareil cas, les altérations surrénales constituent de véritables surprises d'autopsie. Telle est l'observation de Davey, ayant trait à une femme de dix-neuf ans qui mourut subitement à la suite d'un accouchement à terme, et surtout les observations de Binot et Shar, dans lesquelles un traumatisme opératoire dans l'une, accidentel dans l'autre, eût pu, a priori, être incriminé. Les lésions destructives des capsules surrénales peuvent donc être inscrites au nombre des causes de mort survenant subitement, en pleine santé apparente.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 32, 17 mars 1910.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 36. — SAMEDI 26 MARS 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 26 MARS 1910. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

AVIS

Nous avons publié un numéro hors série contenant la table des Revues générales parues dans la Gazette des hôpitaux *depuis le 16 avril 1887 jusqu'au 31 décembre 1909.*

Cette table est suivie de celle des Notes d'internat publiées jusqu'à la même date.

Tous nos abonnés ont reçu ce numéro exceptionnel qui est également mis en vente isolément au prix de 50 centimes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Pouchet est nommé assesseur du doyen.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. le professeur Bouchardat est nommé assesseur du directeur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Patel, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale jusqu'au 31 mai 1910, pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, à M. le professeur Poncet.

Nancy. — M. Fourche, externe des hôpitaux, a été délégué à titre de suppléant dans les fonctions d'aide de clinique, en remplacement de M. Chatelain, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un congé, du 16 mars au 15 juillet 1910, est accordé sur sa demande à M. le professeur Heckel.

M. Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé du cours d'histoire naturelle pendant la durée de ce congé.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 6 juin 1910, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens internes dans les hôpitaux des villes où siège une faculté, ni des anciens internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Le registre d'inscription sera clos huit jours avant l'ouverture du concours.

NOMINATIONS. — Marseille. — MM. les docteurs Brun et Cassoute ont été nommés médecins adjoints du grand Lycée (emplois nouveaux).

M. le docteur Gallerand fils a été nommé médecin adjoint du petit Lycée (emploi nouveau).

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — Le ministre de l'Instruction publique a communiqué au dernier conseil des ministres un projet de loi organisant l'inspection médicale des écoles et la rendant obligatoire.

« L'obligation de l'inspection médicale des écoles, dit *le Temps*, résultait de la loi organique de 1886. Cependant, depuis vingt-quatre ans, aucune réglementation n'intervint. Aussi l'inspection médicale ne fut-elle organisée que dans un certain nombre de communes, plus particulièrement dans les grandes villes; dans la grande majorité des petites communes, rien n'avait été fait.

Le projet déposé par M. Doumergue décide que « le service de l'inspection médicale est organisé dans les écoles publiques et privées ».

En vue d'assurer les voies et moyens et d'aboutir le plus rapidement à une réforme dont l'urgence s'impose, le ministre emprunte les grandes lignes de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite. C'est ainsi que l'organisation sera départementale. « Le conseil général déterminera notamment les circonscriptions médicales, le nombre des médecins inspecteurs, le mode et le montant de la rémunération des médecins. La désignation des médecins inspecteurs appartient au préfet. »

L'inspection médicale doit porter :

1° Sur les locaux scolaires et sur le mobilier scolaire, soit des internats, soit des externats. A ce titre, l'inspection médicale est appelée à donner son avis sur le choix des emplacements, sur les plans et aménagements des établissements scolaires, sur le choix du mobilier scolaire. Pour les établisse-

ments déjà existants, elle signale les imperfections des locaux ou du matériel et indique les améliorations à réaliser.

2° Sur le régime scolaire des établissements :

A ce titre, elle doit assurer l'observation des règlements concernant l'aération, l'alimentation, le chauffage, l'éclairage, les soins de propreté, ainsi que des règlements qui fixent la durée du travail sédentaire, du repos, du sommeil, des repas, des exercices physiques.

3° Sur l'état sanitaire des élèves :

Le médecin inspecteur procède, au moins deux fois par an, aux époques fixées par le règlement arrêté conformément à l'article premier, à l'examen individuel des élèves. Les résultats de cet examen qui doit porter notamment sur l'état des voies respiratoires, du système cutané, sur les organes de la vue et de l'ouïe, la dentition, etc., sont consignés sur les carnets scolaires dont il a la responsabilité.

4° Sur l'observation des conditions imposées au personnel des écoles en matière d'hygiène par les règlements.

5° Sur les mesures hygiéniques spéciales, relatives à la tuberculose et aux maladies contagieuses.

De plus, le médecin inspecteur devra « constater le degré d'instruction des élèves en matière d'hygiène » et en référer, s'il y a lieu, à l'inspecteur d'académie.

Les dépenses : frais de livrets et d'imprimés, indemnités allouées aux médecins inspecteurs, qui sont obligatoires, sont supportées par les communes, les départements et l'Etat dans les conditions fixées par la loi sur l'assistance médicale gratuite.

Le nombre des visites strictement obligatoires a été fixé à deux par an, au minimum.

Pour la rémunération des médecins inspecteurs, il est établi un taux maximum différent pour les agglomérations urbaines et pour les circonscriptions rurales, où les écoles sont souvent éloignées les unes des autres. Pour chaque école, la base adoptée pour fixer cette rémunération est le nombre des élèves inscrits, et non celui des élèves présents le jour de la visite.

Enfin il est entendu que l'institution du nouveau régime ne portera ancune atteinte aux organisations déjà établies par les communes ou que ces dernières pourraient instituer dans l'avenir, en vue d'assurer le service de l'inspection médicale dans leurs écoles, pourvu que ces organisations répondent aux conditions exigées par la loi nouvelle. »

DIPLOMES D'ÉTUDES MÉDICALES COLONIALES ET DU SERVICE SANITAIRE MARITIME. — La deuxième période de scolarité en vue de l'obtention des diplômes d'études médicales coloniales et du service sanitaire maritime, s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Marseille dans la première quinzaine d'avril 1910.

La session d'examens pour l'obtention des diplômes ci-dessus aura lieu à cette école à la fin de juin 1910.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Espérandieu (de Souk-Ahras).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Pelissard (de Mustapha), Alquier (de Chellala), Creutz (d'Aïn-Temouchent), Ferrer (d'Aïn-Beïda), Jouane (de Guelma), Moras, médecin-major de première classe; Gueytat, médecin-major de deuxième classe; Floquet, Levêque et Trollat, médecins aides-majors de première classe.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Gardon (d'Alger), Valleton (de Constantine), Margerid (de Lafayette), Triollet (de Corneille). — MM. Cazenave, interne à l'ambulance d'El-Kettar; Bertrand, interne à l'hôpital de Bône; Meynadier et Arney, internes à l'hôpital de Constantine; Belhandous, externe à l'hôpital de Mustapha.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la onzième semaine, 994 décès, au lieu de 987 pendant la semaine précédente et au lieu de 1065, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole reste très fréquente; la variole a repris sa rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 155 décès, au lieu de 163 pendant la semaine précédente (moyenne 197).

La phtisie pulmonaire a causé 226 décès (moyenne 229).

La méningite tuberculeuse a causé 28 décès (moyenne 22).

La méningite simple a causé 17 décès (moyenne 21); parmi eux nous comptons 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique. Le nombre des nouveaux cas signalés est de 5.

Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès (moyenne 17).

NOUVELLE PUBLICATION. — Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à un nouveau confrère, la *Revue pratique des connaissances médicales.* Ce journal sera bi-mensuel et son comité de rédaction qui compte ici même de nombreux amis expose ses désirs et ses tendances dans le premier numéro paru ces jours-ci. Etre *pratique*, tel est le but de la nouvelle Revue. De plus, elle a une autre ambition : celle de faire de la *critique*. Par ce mot il faut entendre non seulement les comptes rendus de tous les travaux intéressants, mais des analyses commentées de ces travaux.

Enfin le programme comprend des articles exclusivement scientifiques mais personnels, dont la bibliographie sera le plus souvent bannie.

Nous souhaitons vivement à notre jeune confrère de pouvoir réaliser un aussi beau programme et de mener une longue et heureuse existence.

LA NATALITÉ ET LA MORTALITÉ EN ITALIE PENDANT L'ANNÉE 1908. — Nous empruntons à l'*Italia sanitaria* (5 mars 1910, n° 5) les renseignements suivants qui sont intéressants par eux-mêmes et à titre de comparaison.

En 1908, il y eut dans toute l'Italie 1 138 783 enfants nés vivants, soit 33,37 naissances pour 1 000 habitants. Le taux de la natalité varie suivant les provinces considérées de 39,33 p. 1 000 à 26,03 p. 1 000, chiffres qui concordent avec ceux de l'année précédente.

Sur les 1 138 783 nouveau-nés, il y eut 1 082 057 enfants légitimes et 56 727 illégitimes ou abandonnés.

Dans les chiffres ci-dessus ne sont pas compris les morts-nés, dont le nombre fut de 51 465.

En cette même année 1908 il mourut 770 052 personnes, soit 22,55 décès pour 1 000 habitants, et 68 morts pour 100 enfants nés vivants. Mais si l'on déduit les 77 283 victimes du tremblement de terre, le nombre des décès se trouve ramené à 692 769, soit 20,30 décès pour 1 000 habitants, ce qui serait le taux de mortalité le plus bas observé depuis 1862.

Abstraction faite des victimes du tremblement de terre, le taux de la mortalité a varié, suivant les provinces, de 25,09 à 17,80 p. 1 000.

COURS DE TECHNIQUE DES OPÉRATIONS SUR L'ŒIL ET LES ANNEXES DE L'ŒIL. — M. Morax commencera, le lundi 4 avril 1910, un cours qui comprendra dix démonstrations avec exercices pratiques et qui se continuera les lundis, mercredis et vendredis à deux heures, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Il fait partie des cours et exercices techniques de médecine opératoire régionale organisés sous la direction de M. P. Sebileau.

S'inscrire chez le secrétaire de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

COURS LIBRE DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TUBE DIGESTIF A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (deuxième semestre de l'année scolaire 1909-1910). — M. le docteur Paul Farez reprendra, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). le jeudi 14 avril, à quatre heures, son cours libre de psychopathologie du tube digestif et le continuera le jeudi de chaque semaine, à la même heure. Il étudiera cette année : « La rééducation alimentaire. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emonet (de Ruffieux).

ERRATUM. — Dans la « Médecine pratique » sur la chlorose, n° 35 du 24 mars, il s'est glissé quelques coquilles; p. 489, 2e col., dernière ligne, au lieu de « sueurs », lire sœurs »; au lieu de « la fièvre », lire « le frère ».

Hermann v. Helmholtz et la théorie de l'accommodation, par M. Tscherning. In-8 carré de 108 pages avec 21 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

SES PROPRIÉTÉS ET CARACTÈRES PHYSIQUES, PHYSIOPATHOLOGIQUES ET BIOCHIMIQUES, CHIMIQUES, MICROBIOLOGIQUES, CYTOLOGIQUES

Par Jean ANGLADA,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier,
Préparateur de l'Institut Bouisson-Bertrand.

L'étude du liquide céphalo-rachidien, bornée assez longtemps à ses seules modifications cytologiques, a pris ces dernières années une très grande extension. Il semble pourtant, en lisant bien des articles médicaux, que certains semblent ignorer ou dédaigner les très nombreuses ressources que l'on peut en tirer au point de vue du diagnostic des maladies. Il m'a donc semblé intéressant d'exposer ici, dans une revue générale et très synthétique, le strict minimum de ce que l'on doit connaître sur cette question.

Ce n'est là qu'un très bref coup d'œil d'ensemble. Tout ce qui se rapporte aux doctrines pathogéniques, ou aux procédés de recherches spéciaux à chacun des caractères et des propriétés, est intentionnellement laissé de côté. Même remarque pour les indications bibliographiques extrêmement nombreuses (j'ai eu l'occasion d'en réunir un millier) et que le cadre forcément réduit de cette étude ne permet pas de citer, sauf pour quelques-unes particulièrement importantes. J'ai très longuement exposé et discuté tous ces points en relevant leur source exacte, dans un ouvrage auquel je renvoie ceux qui voudraient avoir sur eux des documents plus complets soit sur la question générale, soit sur un point particulier (2), je fais la même remarque quant aux détails sur la valeur diagnostique.

Inaugurée par Corning, la ponction lombaire n'est entrée dans la pratique qu'avec Quinke ; mais c'est certainement depuis les beaux travaux de Widal, Sicard et Ravaut que l'étude du liquide céphalo-rachidien a progressivement acquis l'importance qu'elle a à l'heure actuelle. En général chaque auteur s'est particulièrement attaché à la connaissance d'un caractère un peu spécial; les travaux d'ensemble sont rares. Il n'y a guère que ceux de Sicard (3), Wolf (4), Milian (5), Donath (6), Pigrini (7), Widal et Sicard (8), Fuchs et Rosenthal (9), Angelo Ceconi (10).

(1) Reproduction interdite.
(2) Anglada. *Le liquide céphalo-rachidien et le diagnostic par la ponction lombaire*, 483 p., 1909, Baillière et fils.
(3) Sicard. *Le liquide céphalo-rachidien* (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire, collection Léauté), 1902.
(4) Wolf. *Les éléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire*, Th. de Paris, 1901.
(5) Milian. *Le liquide céphalo-rachidien*, 1904, Steinheil.
(6) Donath. Valeur diagnostique de la ponction lombaire, *Wien. med. Woch.*, XIX, 1903.
(7) Pigrini. Le liquide céphalo-rachidien dans la pathologie actuelle, *Riviste sper. di Freniat.*, 1903.
(8) Widal et Sicard. *Traité de pathologie générale de Bouchard*, t VI, 1902.
(9) Fuchs et Rosenthal. Etude du liquide cérébro-spinal, *Wien. med. Presse*, n° 44, 1904.
(10) Angelo Ceconi. Etude physico-chimique du liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, *Rivista critica di clinica med.*, nos 26-30, 1905.

Laissons de côté ce qui a trait à la technique de la ponction lombaire elle-même, suffisamment connue à l'heure actuelle (1) ; à ses accidents, très rarement mortels (2) si on pratique avec soin cette petite opération assez délicate. Une analyse complète du liquide ne demande pas plus de vingt centimètres cubes et cette soustraction est inoffensive. Le liquide céphalo-rachidien, renfermé dans les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens est vraisemblablement sécrété par les plexus choroïdiens dont l'étude anatomo-pathologique manque encore d'ampleur. Cathelin a étudié sa circulation.

Les quelques données générales indiquées, on peut signaler rapidement les différents caractères et les propriétés de ce liquide, mais seulement les principales. Je renvoie à l'ouvrage déjà cité, pour tout ce que le cadre étroit de cette revue ne permet pas de noter ici, et par exemple ce qui concerne la réaction, la densité, la conductibilité électrique (Ceconi), la présence de fibrine, de cholestérine, d'oxydases, de lipase, d'agglutinines, d'hémolysines, de précipitines ; l'existence de sels ou d'acides comme les sulfates, nitrates, phosphates ; acides phosphorique, lactique, etc., etc.

I

Etude physique. — α. Aspect. — Sa limpidité, très caractéristique à l'état normal, peut être, en pathologie, masquée par des modifications ou des colorations variées. Parfois clair dans des états très graves, il est généralement trouble, purulent, filamenteux dans la *méningite cérébro-spinale*, où Sicard et Descomps ont aussi noté très souvent une apparence laiteuse. Dans les formes *tuberculeuses* on retrouve souvent indiquées la présence de flocons fibrineux et la coagulation en masse. Mais la coloration ou la purulence d'un liquide ne sont pas suffisantes à donner, a priori, des indications sur la nature ou la gravité de la maladie.

Parfois le liquide offre une coloration nettement accusée dont les tons principaux sont le rouge ou rose, le vert, le jaune. Si l'on excepte quelques cas un peu spéciaux tels que ceux des ictères, ou du syndrome de Froin, *xantochromie avec coagulation en masse du liquide céphalo-rachidien* (3), on voit que les faits les plus intéressants sont ceux qui se rapportent aux hémorragies intra-méningées, quelle que soit leur origine, pourvu qu'elles aboutissent finalement à la présence de sang dans l'espace sous-arachnoïdien. Cette éventualité se retrouve dans trois grands processus chez lesquels la ponction lombaire donne de précieuses indications diagnostiques. Ce sont : *les hémorragies d'origine osseuse* (Meslier, Lavallée, Ruby, Muret, etc.); les hémorragies *cérébro-sous-arachnoïdiennes* (Bard, Milian, Hénault, etc.);

(1) Desfosses. Technique de la ponction lombaire, *Presse méd.*, 29 mai 1909.
(2) Minet et Lavoix. La mort, suite de ponction lombaire, *Echo méd. du Nord*, 25 avril 1909.
(3) Froin et Foy. Syndrome de coagulation massive, *Gaz. des hôpit.*, 19 nov. 1907. — Voir aussi : Thèse de Aulois, Paris 1909.

les hémorragies primitivement *sous-arachnoïdiennes* [Widal, Chauffart, et surtout Froin (1)].

Cette recherche, ou *chromo-diagnostic* (Sicard), prend en pathologie une importance capitale (de Buch). Suivant la maladie, et suivant aussi le moment où se pratique la ponction, le liquide examiné avant et après centrifugation est : soit jaune ou jaune verdâtre, *xanthochromie* (Milian); rouge ou rosé, *érythrochromie*. La blessure d'une veine ou l'érythrémolyse d'un caillot putréfié entraîneraient des erreurs que pallient certains procédés imaginés par Milian, Bard, Tuffier.

En examinant de plus le culot de centrifugation, hématies variables comme altérations, formule leucocytaire, pigments, hémoglobine, constituantes chimiques, on arrive ainsi à préciser la présence d'une hémorragie, son abondance, la date de son apparition. D'où la valeur indéniable de l'étude de ce caractère.

β. Tension. — On peut tout au plus signaler quelques cas de *tumeurs cérébrales*, où l'hypertension exagérée aurait donné une indication utile. En dehors de ces cas spéciaux et passibles d'erreurs fréquentes, il ne demeure de l'étude de la tension que la série des dispositifs imaginés par Quinke, Sicard et Lejonne, Heimann, Cavazzani, Mya, Subsol, Moindrot, etc. Les travaux récents de Parisot (2), très intéressants d'ailleurs, n'ont rien qui puissent modifier cette opinion. Ravaut a signalé l'hypertension des syphilitiques en période secondaire.

γ. Point cryoscopique. — On peut comparer le delta du liquide céphalo-rachidien à celui du malade (Bard), ou s'en tenir simplement au delta du liquide céphalo-rachidien en général ; mais pour ce dernier les avis ont varié : — 0°60 pour Sicard ; — 0°54 pour Achard ; — 0°57 pour Ceconi, etc.

La recherche du point cryoscopique ne semble donner une indication appréciable que dans les cas où il y aurait une hypotonie manifeste. La doctrine classique insiste sur l'hypotonie remarquable de la *méningite tuberculeuse*. Elle serait assez constante, si l'on en juge d'après les documents fournis par Sicard, Widal, Ravaut, Lesné, Leri, Souques et Quiserne, Marfan, Achard, Fuchs et Rosenthal, et particulièrement par les thèses de Luthier, Hirchornn, Percheron, Ramond (3). Le fait qui demeure acquis est donc que le point cryoscopique est bas dans la méningite tuberculeuse, un delta oscillant entre — 0°44 et — 0°54 fournirait une assez grande probabilité en sa faveur. Mais ceci mérite certaines restrictions, dont la principale est que l'hypotonicité ne se limite pas essentiellement à cette maladie ; on la retrouve dans d'autres formes d'infections méningées. Il est vrai de dire qu'elle est moins prononcée et beaucoup plus rare.

(1) Froin. *Les hémorragies sous-arachnoïdiennes et le mécanisme de l'hématolyse en général*, Th. de Paris, 1904, n° 591.

(2) Parisot. Pression du liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, *XIXe Congrès des neurologistes et aliénistes*, Nancy 1909.

(3) Ramond. *Pleuro-tuberculose primitive et méningite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1907.

L'examen du delta pratiqué dans beaucoup d'autres processus donne des résultats variables ou contradictoires.

II

Etude physiopathologique et biochimique. — α. Perméabilité méningée. — C'est de la perméabilité étudiée en recherchant dans le liquide céphalo-rachidien une substance introduite expérimentalement dans l'organisme qu'il s'agit seulement ici. Je renvoie à l'ouvrage déjà cité pour tout ce qui concerne le passage dans les urines d'une substance injectée dans le liquide céphalo-rachidien ainsi que le passage pathologique d'éléments déjà contenus dans l'organisme, éléments normaux ou exceptionnels : par exemple le sucre, l'albumine, les chlorures, l'urée, les nitrates, les pigments biliaires ; quelques toxiques comme le mercure (Sicard et Widal), le plomb (Mosny et Malloizel), le thallium (Omer et Thiau), etc.

Les plexus choroïdes normalement imperméables aux substances injectées expérimentalement dans l'organisme, et ces substances sont nombreuses, jouiraient dans certains cas d'une perméabilité pathologique. Le fait qui apparaît comme le plus classique est celui de la perméabilité au bleu ou à l'iodure dans la *méningite tuberculeuse* (Widal, Griffon, Sicard, Cruchet, Percheron, Lutier) ; nitrates (Mestrezat).

Si l'on remonte pourtant aux sources, on ne s'explique pas une telle créance basée sur un nombre de faits, trop restreints d'abord, trop discutables ensuite puisqu'il y a des méningites tuberculeuses non perméables (Percheron, Lutier, Cruchet) ; et que, d'autre part, le passage de l'iodure est noté dans des méningites banales [Cruchet, Castaigne, Brissaud (1)]. Il y aurait donc, à l'encontre de la doctrine classique, un doute sur ce point. Et pour lui donner l'importance d'une valeur diagnostique inattaquable, il faudrait, comme le disait déjà de Buch en 1905, le contrôle de nouvelles expériences.

En dehors de ces faits discutables, la perméabilité recherchée dans bien des états (par exemple la paralysie générale, le tabes, les hémorragies méningées, l'urémie, la trypanosomiase, etc.) paraît ne donner que des indications insuffisantes.

β. Toxicité. — Elle est confondue par beaucoup d'auteurs avec la virulence. Je renvoie à mon livre pour la documentation assez abondante de cette question, dont l'apport diagnostic est assez restreint. A l'état normal et dans certaines maladies (paralysie générale, Sicard, Ardin-Delteil), pas de toxicité. Toxicité pour la *méningite tuberculeuse* (Sicard, Besançon et Griffon, Delille, Ramond, etc.) ; l'*urémie* (Castaigne) ; l'*épilepsie*, surtout au moment des crises (Dide et Saquepey), en rapport avec leur répétition (Roubinovitch), etc.

γ. Propriété bactéricide et antitoxique. — A part quelques cas particuliers (épilepsie, rage), l'action du liquide serait variable pour les bactéries (Launois,

(1) Même à l'état normal. (Voir Achard et Ribot. *Soc. de biol.*, 12 juin 1909).

Lesieur, Gauthier); opinion qui concilie celles de Jansen, Concetti, Sainton, Voisin (propriété très forte) et celle d'Allaria (propriété nulle).

δ. LES ANTICORPS. — Je ne peux donner ici qu'une vue très rudimentaire d'une question très étudiée et qui exigerait de longs développements. (Voir *loco cit.*) La réaction de fixation du complément (Bardet et Gengoux) a été recherchée dans la *lèpre* (Stanicolo et Daniclopolu); dans l'*échinococcose* (Weinberg et Parvu). Je ne parlerai que de la réaction des maladies syphilitiques ou parasyphilitiques, dite réaction de Wassermann, simplifiée ces temps derniers par Noguchi.

On peut dire, pour le liquide céphalo-rachidien, ce qu'on dit de la réaction de Wassermann recherchée dans les autres milieux ; il est inutile par conséquent de discuter ici sa valeur (1). On peut l'obtenir avec des produits non syphilitiques très nombreux, chez des gens non syphilitiques [méningite cérébro-spinale (2)]; elle est délicate à faire. Mais cliniquement la réaction est positive chez la plupart des syphilitiques et para-syphilitiques, négative en majorité dans les autres processus. Donc, valeur probable, sinon inattaquable ; c'est ce qui ressort des travaux sur le liquide céphalo-rachidien du *tabes*, de la *paralysie générale*, de la *syphilis* des centres nerveux, faits par Wassermann et Plaut, Marie et Levaditi, Levaditi et Yamanouchi, Plaut, Fischer, Fleischmann, Weill, Schutze, Charrier, Mauriac, Petit, Raviart, Breton, Kafta, etc.

Dans la syphilis secondaire sans phénomènes nerveux la réaction ferait défaut (Ravaut), alors qu'elle existerait dans le sang, et que le liquide céphalo-rachidien renfermerait déjà de nombreux lymphocytes. Lorsqu'il y a des phénomènes nerveux sans signes nets de tabes ou paralysie générale on peut la rencontrer. En cas de syphilis nerveuse, de tabes, de paralysie, avérés, il est habituel de la retrouver. On l'a signalée aussi dans l'*hérédo-syphilis*.

Il m'a semblé que dans les cas de parasyphilis, les observations positives croissent avec l'ancienneté des lésions (3).

C'est donc, en somme, un procédé de recherche intéressant et donnant, dans pas mal de cas, d'utiles renseignements.

Les anticorps du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale viennent d'être étudiés par Cohen (4).

III

Étude chimique. — La chimie du liquide céphalo-rachidien ne commence à être connue que depuis quelques années, mais on peut dire qu'en général le

(1) BAYET. Diagnostic de la syphilis, *XIIIe Congrès flamand des sciences naturelles et médicales*, sept. 1909.
(2) MONTGOUR et ROCHE. Méthode de Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien d'une méningite cérébro-spinale, positive après injection de sérum antiméningococcique, *Soc. de biol.*, 19 juin 1909.
(3) ANGLADA. Loc. cit.
(4) COHEN. De l'emploi de la réaction de fixation de Bordet et Gengoux pour le diagnostic de la méningite cérébro-spinale, *Presse méd.*, 6 nov. 1909.

nombre des auteurs qui posent sur elle un élément de diagnostic est encore excessivement restreint ; pourtant, de ce côté-là, il semble y avoir des choses très intéressantes à noter.

On peut faire du liquide céphalo-rachidien des analyses très complètes (1). Jusqu'à maintenant l'examen de quelques constituantes chimiques principales suffisent. Je renvoie à mon livre, et à l'article de Mestrezat, ceux qui voudraient connaître la composition totale du liquide céphalo-rachidien normal (2). Quelques éléments seuls offrent à l'heure actuelle un intérêt diagnostique, ce sont ceux-là que je signalerai brièvement ici.

α. ALBUMINE. — L'albumine du liquide céphalo-rachidien évaluée en albumine totale, ou en albumine qualitative, serine et globuline, et ce par des procédés assez nombreux (Widal, Guillain et Parent, Montagnon, Hammersten, Nonne et Appelt) ne paraît apporter une indication appréciable que lorsqu'on la trouve en quantité exagérée. Pour certains, l'apparition de serine indiquerait un état pathologique. Pratiquement un taux qui dépasse 0, 25 à 0, 30 indique déjà une réaction méningée.

Dans les processus chroniques l'hyperalbuminose n'est réellement notée que dans la *paralysie générale* (Guillain et Parent, Woulcoff, Frenkel et Heidem, Zinalakis, Merzbacher, etc.), dans *le tabes* (Sicard, Ravaut, Widal, Renon et Tixier, etc.), dans *la syphilis*, bien moins dans les formes cutanées (Ravaut) que dans les formes méningées pures et les lésions encéphalo-médullaires [Fuchs et Rosenthal, Nonne et Appelt (3)]. Malheureusement ces diverses constatations, qui concluent toutes à une hyperalbuminose variable mais toujours notable, ne reposent pas sur un nombre assez grand d'observations, et tout au moins sur une précision du taux d'albumine trouvée. L'hyperalbuminose, parfois passagère, n'est pas toujours parallèle à la réaction cytologique. Dans la syphilis il y aurait un parallélisme étroit avec la réaction de Wassermann (Marie, Levaditi, Ravaut, Rechmann, Jarkowski). La plupart des états aigus s'accompagnaient aussi d'hyperalbuminose : la *méningite tuberculeuse* (Deniges, Marfan, Dirksen, Leri, Renon, Monod, Pauly, Nonne et Appelt, Gaujoux et Mestrezat, etc.) ; les *méningites cérébro-spinales* (Zambelli, Concetti, Menetrier, Rist, Netter); les méningites aiguës, franches, non cérébro-spinales; quelques syndrômes méningés de la pneumonie, de l'urémie, du saturnisme, de la fièvre typhoïde, etc.

Par suite l'on voit que l'hyperalbuminose, qui va de 0, 30 à plusieurs grammes, est synonyme de réaction méningée, le fait vraiment intéressant est qu'on a pu la constater indépendamment d'une cytologie du liquide céphalo-rachidien. Quant à différencier les formes de méningites d'après la teneur en albumine, il semblerait d'après les chiffres recueillis par Mestrezat que la méningite tuberculeuse serait à ce

(1) ROUX. Kyste du cervelet, *Rev. de neurol.*, 15 oct. 1909.
(2) MESTREZAT. Contribution à l'étude de la chimie du liquide céphalo-rachidien (kyste du cervelet), *Journ. de pathol. gén.*, mai 1909.
(3) NONNE. *Syphilis et système nerveux*, Berlin 1909.

point de vue intermédiaire entre les méningites cérébro-spinales épidémiques très hyperalbumineuses, et les formes banales infectieuses à taux moins fortement élevé (1). Mais les cas signalés par les auteurs sont encore insuffisamment nombreux, et il y aurait à faire des recherches complémentaires en ce sens (2).

β. Sucre. — Le sucre du liquide céphalo-rachichien, dont la nature a été tant discutée (Gillard, Clemenceau de la Loquerie, Halliburton, Quinke, Mya, etc.) est du glucose. Sa recherche, passible des procédés de Sicard, Rousseau-Langwelt, Gillard, est délicate et nécessite d'assez nombreuses manipulations. Le sucre normal serait de 0,50 (Mestrezat).

Les résultats apportés par Clemenceau, Ardin, Gillard, Launois, Dufour, Dirksen, Rossi, Navratzki, Cavazzani, nos recherches avec Mestrezat, montrent une proportion à peu près ou complètement normale dans le *tabes*, la *paralysie générale*, la *syphilis*, certains processus cérébro-médullaires.

Même constatation dans les cas relevés par Sicard, comme manifestation de méningisme.

Le *diabète* s'accompagne d'hyperglycose (Bierry, Mosny, Launois, Faisans, Raymond, etc.) ; l'hyperglycose se rencontre encore dans certains cas dont quelques-uns échappent à ceux que nous avons considérés comme normaux et dont les autres ressortissent de la rage, l'urémie, la coqueluche, la pneumonie, etc. Il faut voir toutes les observations parfois contradictoires relevées pour constater combien il est parfois difficile de tirer des conclusions invariables, Sicard aurait par exemple noté l'hyperglycose dans quelques cas de syphilis nerveuse.

Les observations d'hypoglycose ont un caractère plus stable, on les retrouve toutes dans les *méningites aiguës*, principalement cérébro-spinales (Gillard, Clemenceau, Zambelli, Sicard, etc.) ou tuberculeuses (Denigès, Holt, Clemenceau, Rousseau, etc.) On peut ainsi les différencier d'avec les simples états méningés (oreillons, pneumonie, helminthiase, etc.)

D'autres analyses portent sur le sucre d'états entièrement variés, nous ne pouvons les signaler ici.

γ. Chlorures. — Nobécourt et Voisin ont exposé la technique de leur recherche. Les chlorures ont été étudiés par Wittemann, Sicard, Villerval, Halpern et Landau, Achard, Caussade, Wolf, Graham, Forbes, Solman, etc., dans les états chroniques (tabes, paralysie générale, épilepsie, diabète, processus encéphalo-médullaires, méningites aiguës tuberculeuses ou non tuberculeuses). C'est principalement dans les états aigus que l'on peut tirer des indications utiles de la modification de leur taux normal : 7 grammes.

L'hypochlorurie y est en effet de règle, bien plus manifeste encore dans les *formes tuberculeuses* que dans les autres infections ou réactions méningées où l'on trouverait, pour ces dernières tout au moins, un chiffre se rapprochant et dépassant quelques fois la normale (Voisin, Mestrezat, etc.)

(1) Mestrezat et Gaujoux. Liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse, *Revue neurol.*, 30 juin 1909.
(2) Voir Mestrezat. *Rev. de méd.*, 10 mars 1919.

δ. Autres examens chimiques. — On a encore recherché dans le liquide céphalo-rachidien d'autres substances chimiques dont l'intérêt se rapporte plus spécialement à certaines maladies, et qui mériteraient dans une étude moins synthétique une longue énumération. Certaines sont discutées, d'autres éclairent en traits saillants ce qui se rapporte à la pathogénie des modifications du liquide céphalo-rachidien.

Qu'il suffise de citer, en renvoyant au document déjà plusieurs fois indiqué ceux qu'une brève énumération ne satisferait pas : l'*urée* dont le taux est sensiblement augmenté dans certains processus, et particulièrement dans l'*urémie nerveuse* (Carrière, Nobécourt, Chauffart, Froment et Mollard, Dirksen, Widal et Froin, etc.); *l'acétone* que l'on retrouve en abondance dans le *coma diabétique* (Souques et Aynaud, Grumberger, Legal, Derrien et Bousquet, etc.) ; la *choline* dont la présence défendue par Donath, Moll, Halliburton, Wilson, etc., contestée par Manfeld, Claude et Blanchetière, Kauffmann, etc., indiquerait une désintégration nerveuse, et aurait été retrouvée dans beaucoup de lésions accentuées de l'axe cérébro-spinal, et aussi dans l'épilepsie. Il y a une littérature scientifique très nombreuse sur la question. Enfin les *pigments biliaires* passent à la faveur de certains ictères dans le liquide céphalo-rachidien (Castaigne, Gilbert, Milian, Widal, Mestrezat et Anglada, etc.), mais cette constatation, très intéressante au point de vue pathogénie, n'a pas de valeur diagnostique.

Ce qui domine donc des données actuellement acquises sur la chimie du liquide céphalo-rachidien est que ce mode de recherche, encore récent, donne déjà d'excellentes indications et qu'il y a lieu d'orienter en ce sens les travaux futurs.

IV

Etude microbiologique. — Il est peu de microbes qui n'aient été décelés dans le liquide céphalo-rachidien sous le triple contrôle de l'examen direct, de la culture, de l'inoculation. Pour certains même on a insisté sur des réactions un peu spéciales comme l'agglutination et le précipito-diagnostic (Lyon-Caen, Vincent et Bellot, etc.).

Un bref coup d'œil d'ensemble nous permet de mentionner : le *pneumocoque* (Wolf, Netter, Boulloche, Graham-Forbes, Dopter, Achard et Ramond, Rendu, Parturier, etc.); le *staphylocoque* (Josias, Rendu, Antony, Laffitte, Dupont, Sergent, etc.); le *streptocoque*, très fréquemment comme complication des otites (Netter, Peabody, Deruelle, Mac Kenzie, Teissier), parfois intra-cellulaire (Sachs); des diplocoques un peu spéciaux, *diplocoque de Jœger et Heubner*, diplocoque tétraède (Marbitz), diplocoque rheumaticus (Poynton), diplocoque lancéolé (Balduzzi), etc., etc.

On a signalé : le *cocco-bacille de Pfeiffer* (Sicard, Pfulh, Thomesco et Gracosi, Legendre, Bertin, etc,); le *bacille de Löfler* (Cottar, Moselli et Wolf); le *bacille d'Eberth* (Sicard, Callum, Cruchet, Normann Henry, Ruffus y Colle, Boussenot, Stalinealo, Claret, etc.) ; l'agglutination étant assez souvent consta-

tée. On a encore trouvé du *coli-bacille* (Griffon et Abrami, Chantemesse, Widal, Lyonnet, Adelot, etc.); le bacille tétragène (Vincent, Teissier, Esmein, etc); quelques formes un peu particulières comme le bacille acido-résistant de Rist et Boudet, ou les modifications constatées par Fischer.

Mais les données les plus intéressantes sont fournies par le *méningocoque* et le *bacille tuberculeux*. Le méningocoque de Weichelbaum a été l'occasion, à la suite des récentes épidémies, de nombreux travaux tendant particulièrement à son identification. Certains comme Ruge préconisent des procédés particuliers de recherche. D'autres comme Dopter et Koch demandent pour lui les lettres de naturalisation suivantes : cultures sur agar ascite, fermentation en milieu sucré, agglutination avec un sérum spécifique. D'autres avec Vincent et Bellot préconisent un nouveau procédé dit de « précipito-réaction » que les faits récents semblent démontrer excellent (Lemoine, Gœrlingher, Tilmant, Baur, etc,); Cohen indique l'application de la réaction de Bordet-Gengoux.

La recherche du bacille tuberculeux est aussi très intéressante, parce qu'elle seule peut faire porter le diagnostic de méningite tuberculeuse, la formule cytologique n'ayant que la valeur d'une présomption, variable suivant les cas. Positive plus fréquemment qu'on ne semble le supposer, elle est délicate et par suite l'identification bénéficie d'une technique variée proposée en des méthodes diverses par Hawthorn, Holt, Griffon et Bezançon, Martin, Nattan-Larrier et Griffon, Weber et Debré, etc.). Et les recherches, si elles ne sont pas invariablement couronnées de succès, sont très souvent heureuses si on sait les faire : examen direct (Camby, Robinson, Lenhartz, Pfaundler, Furbringer, Stadelmann, Orglmeister, Froin, Abrami, Ramond, etc.) ; culture, préférée par beaucoup (Buchanam, Graham, Forbes, etc,); inoculation (Widal, Sicard, Bernheim, Dirksen, Lafarcinade, Montagnon, etc.)

On le voit, la flore microbienne est très riche dans le liquide céphalo-rachidien pathologique, stérile à l'état normal. Signalons dans un cadre un peu à part la constatation faite encore du tréponème (Duperié, Gaucher et Merle); de trypanosomes (Castellani, Thiroux, Martin, d'Anfreville, Lebœuf, Darré, etc.); de cysticerques (Hartmann); du parasite de la pseudo-tuberculose d'Eppinger, etc.

V

Etude cytologique. — L'espace restreint de cette revue fait que nous ne considérons ici que la formule polynucléaire ou lymphocytaire. Par conséquent je laisse de côté les formes de transition, entre le gros mononucléaire et le lymphocyte, plasmatzellen et reisungformen, les éléments divers comme les altérations hématiques des hémorragies, les cellules endothéliales de Villaret et Tixier, les formes décrites par Speroni, Sabrazes et Muratet, Pappenheim, les cellules néoplasiques de Dufour, Loeper, Sicard, Widal, etc. Outre la notion de détermination cellulaire, il faut noter que, particulièrement dans les processus aigus, la numération des éléments observés s'impose. A signaler dans cet ordre d'idées les procédés de Fuchs et Rosenthal, Jones, Ferrand, Nageotte et Valensi, Laignel-Lavastine, etc. Il faut enfin poser cette grande loi (Sicard) qu'en général la polynucléose est le témoin des invasions brutales, franches, graves, la lymphocytose indiquant au contraire un état chronique ou une résistance moins violente dans les formes aiguës.

Mais il y a de nombreuses exceptions. A ce titre je ne ferai que rappeler deux types assez récemment précisés. Dans le premier, un liquide trouble, d'allure a priori purulente, se présente absolument aseptique, c'est *la réaction méningée aseptique à épanchement puriforme* (Babinski, Perrin, Blum, Bridoux, Chabert, Delearde, Claude et Lejonne, Brissaud et Widal, de Massary et Weill, Caussade et Villette, Lemierre et Boidin, Simon, etc.). Le second offre un véritable contraste avec le premier : beaucoup de microbes, peu ou pas de cellules. Ce sont les *méningites microbiennes sans réaction leucocytaire* (Achard, Ramond, Mery, Castaigne, Menetrier, Guillemot, Pathard, Laubry, Guinot, Vincent, Renon, Triboulet, Ribadeau-Dumas et Ménard, etc.)

Les deux types qui sont rares, et dont les observations se comptent, prêtent particulièrement à de nombreux essais de pathogénie, que j'ai eu l'occasion de développer. Mais si intéressants soient-ils, on ne peut y insister.

La *polynucléose* se rencontre à la période aiguë des *méningites cérébro-spinales épidémiques*, parfois tout à fait au début des formes tuberculeuses. La cellule est de plus fortement altérée, signe sur lequel Widal a particulièrement insisté pour le différencier des épanchements puriformes aseptiques. Le nombre des cellules est en rapport avec l'intensité de la maladie ; lorsqu'elle diminue on voit apparaître un stade lympho-polynucléaire, la cytolise diminuant elle aussi (Hudelo). La polynucléose fait en somme partie, si nous en exceptons la forme tuberculeuse, des infections méningées caractérisées, très fortement microbiennes ; méningites cérébro-spinales épidémiques, méningites banales, traumatismes craniens, complications des otites. Dans quelques autres processus à marche moins caractérisée, à facteurs moins évidents, la formule cytologique est la même mais il n'y a point de cytolyse (coup de chaleur, fièvres éruptives, etc.).

Dans les autres formes de réactions méningées, et elles sont bien nombreuses, domine la *lymphocytose* et cela dans les processus aigus comme dans les processus chroniques.

Une place particulière doit être donnée à la *méningite tuberculeuse* qui, à part quelques cas authentiques de polynucléose prédominante (d'Espinet), est essentiellement lymphocytaire, une fois la maladie nettement constituée. Cette doctrine classique est appuyée par trop d'auteurs, pour que l'on fasse un choix parmi les nombreux travaux qui la confirment, et qui ont comme point de départ la communication de Widal, Sicard et Ravaut. J'ai relevé dans mon ouvrage les nombreuses thèses où l'on retrouverait la documentation de cette question. Et dans l'esprit de beaucoup la notion de lymphocytose dans

une maladie cliniquement méningée, est le facteur, d'une valeur pour ainsi dire absolue, de l'identification tuberculeuse.

Il ne doit pas en être ainsi; sans parler des formes polynucléaires qu'il ne faut pourtant pas dédaigner, trop de réactions méningées se traduisent par de la lymphocytose pour que quelques lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien d'un méningitique impliquent naturellement l'idée de tuberculose. Une seule énumération en donne amplement la preuve. Prenons tout d'abord (en éliminant facilement les hémorragies méningées identifiables par le chronodiagnostic) les réactions méningées aiguës autres que les méningites polynucléaires déjà notées.

La lymphocytose est la formule habituelle : des *oreillons* (Dopter, Monod, Vincent, Avenier, Chauffart, Nobecourt, Sicard, Appert, etc.); de *la variole* (Thaon); de *la rougeole* (Hutinel et Dopter), de la scarlatine où Gouget et Bernard retrouvent pourtant la polynucléose.

Elle est encore : relevée dans *la grippe* (Monod, Legendre, Terrien, etc.); *la dothiénentérie* (Achard, Paisseau, l'article de Barrié et Sian, Hathworn, Allaria, etc.); *la coqueluche* (Ley Bertolotti); *la blennorragie* (Jonitvesco et Galachesco, Depasse, Jeanselme et Sézary); *la pneumonie* et *broncho-pneumonie* (Curlo, Nobecourt et Voisin, etc.), *le rhumatisme* (Lepine, etc.) On la retrouve encore, témoin de réactions méningées plus discrètes, dans des processus très différents, pas assez nombreux pourtant pour en faire à l'heure actuelle une classification utile, et par exemple : dans *la pellagre* (Tonello, Noïca, Guido Tizzoni), *la malaria* (Pende), *la trypanosomiase* très fréquemment (voir Martin et Daraut), quelques cas *de diabète* (Mosny et Beaufumé, Dufour), *d'alcoolisme* (Duflos), *de saturnisme* (Mosny et Malloizel), *d'hydrargyrisme* (Sicard). On la retrouve encore dans certaines intoxications comme celles de *l'oxyde de carbone* (Ninot, Duvoir), *du thallium* (Omer et Thiau), alors que la formule de quelques autres serait au contraire polynucléaire, comme *l'éclampsie* (Villaret et Tixier), *l'urémie* (voir Froment et Mollard, etc.).

Les derniers cas sont assez rares, on pourrait du reste les étendre davantage, n'a-t-on pas retrouvé des lymphocytes dans l'entéro-colite (Pitres), la tuberculose de l'endocarde (Babonneix), etc. ? Mais ils suffisent à indiquer que les causes de la lymphocytose céphalo-rachidienne sont très nombreuses en somme et que la part de la lymphocytose tuberculeuse n'est pas la plus forte.

Surtout qu'il est des cas particulièrement difficiles. La formule cytologique de certains érythèmes se calque par exemple absolument sur celle de la tuberculose. Darré et Ravaut avaient décrit la lymphocytose dans l'*herpès*; Ferrand et Hutinel l'ont retrouvée souvent dans les *dermatoses* des jeunes enfants; quelques autres auteurs la signalent dans des maladies différentes de la peau et des muqueuses.

Une infection qui est essentiellement dominée par la lymphocytose céphalo-rachidienne est la *syphilis*, à n'importe quelle période (si nous exceptons le chancre), mais de préférence en rapport avec certaines manifestations dont le rôle est diversement posé suivant les auteurs, les uns considérant comme primordiale la lésion nerveuse, les autres la lésion cutanée.

C'est ainsi que la lymphocytose de l'*hérédo-syphilis* est notée par Robert, Guillain, Raymond, Valensi, Darré, Baron, etc., et principalement Ravaut.

Dans la *syphilis acquise*, la méningite spécifique aiguë, secondaire ou tertiaire, joint à une allure clinique bien caractérisée l'appoint d'une formule lymphocytaire; dans tous les cas signalés, et ils ne dépassent pas une vingtaine à l'heure présente, c'est la lymphocytose qui domine accompagnée parfois, mais à un titre moindre, d'un certain nombre de polynucléaires (Drouet, Boivin et Weill, Claisse et Joltrain, Œttinger, etc.). La méningite chronique a la même formule que la syphilis cérébro-médullaire et la névrite syphilitique; là encore la lymphocytose est constatée. C'est ainsi qu'on la signale : dans l'hémiplégie (Widal et Lemierre, Babinski, Belètre, Nageotte, etc.); dans la paraplégie (Sicard); dans la méningo-encéphalite (Nissl, Merzbacher, Sabrazès, Roux, etc.); dans la névrite spécifique, optique (de Lapersonne, Boidin, Le Sourd, Chailloux, etc.), faciale (Thibierge et Ravaut), auditive (Vincent); dans les radiculites (Ardin), etc. Milian étudiant spécialement la céphalée syphilitique trouve la même formule dans les formes tertiaires et secondo-tertiaires. Enfin dans certaines formes de syphilis nerveuse mal affirmées, discrètes, dites *syphilis nerveuse latente*, constatations toujours identiques (Mantoux, Roux, Ninot, etc.), ainsi que dans les troubles pupillaires dont le plus caractéristique est l'Argyll-Robertson (Babinski, Moreau, Vauthiers). Suivant la localisation la lymphocytose voit s'adjoindre quelques variétés cytologiques un peu particulières: elle est aussi passagère ou persistante [Ravaut (1)].

En dehors de l'atteinte du système nerveux, ou plutôt en dehors d'une méningite spécifique qui pourrait demeurer inaperçue, certains cas pathologiques à passé syphilitique (épilepsie, aortite, maladie d'Hodgson, artérite, etc.) fournissent un liquide céphalo-rachidien lymphocytaire.

Dans la syphilis cutanée, la lymphocytose est relevée longuement par Ravaut, mais seulement à la période secondaire, son intensité et son abondance étant en rapport avec celles des lésions. Les travaux de Jeanselme et Barbe sont en contradiction avec cet auteur. Enfin toutes les autres manifestations syphilitiques, évoluant en dehors d'une atteinte méningo-cérébro-médullaire, gardent au liquide céphalo-rachidien sa virginité cellulaire normale. Toutes ces constatations ont soulevé des problèmes pathogéniques différents et nombreux.

Dans les maladies du névraxe et des nerfs, deux affections dominent et se rapprochent de la syphilis avec qui du reste bien des éléments cliniques et anatomo-pathologiques établissent un étroit rapport : ce sont le *tabes* et la *paralysie générale*.

(1) Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise et héréditaire, *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, 15 juin 1909.

La lymphocytose tabétique, dont la connaissance date des travaux de Monod, Sicard, Widal, Ravaut, Babinski, Nageotte, etc., et qui est maintenant classiquement admise, se rencontre à tous les stades de la maladie, dans les manifestations frustes ou monosymptomatiques, comme l'Argyll et tant d'autres (Roux, Babinski, Ballet) ou dans le tabes confirmé (Nissl, Donath, Schœnborn, Merzbacher, Nonne et Appelt, etc.); inutile d'entreprendre une bibliographie qui comprendrait une bonne partie de la littérature neurologique. Contrairement à ce que pensaient Milian et Wattermann, pas plus l'épreuve thérapeutique que certains caractères cellulaires ne lui assurent une physionomie particulière.

La paralysie générale trouve dans son habituelle lymphocytose un procédé de diagnostic très important (Widal, Sicard, Babinski, Dupré, Monod, Ardin, Joffroy, etc.) aussi bien dans la période inaugurale de la maladie (Ballet) que la maladie une fois confirmée (Meyer, Donath, Clergier, Deroubaix, Robert, Zinnalakis, Frankausen, Cotten et Ayer, etc.). On a signalé l'apparition d'une polynucléose passagère (Widal et Lemierre) au moment de certains paroxysmes. Pour quelques auteurs, l'intégrité de la formule dépendrait de l'intensité de la maladie, qui serait contresignée, pour d'autres, par la présence de cellules endothéliales.

Ces deux affections du système nerveux ressortissent certainement de la syphilis. En pathologie nerveuse d'autres facteurs font du liquide céphalo-rachidien un milieu cytologique. Signalons la *poliomyélite antérieure aiguë*, lymphocytaire quand elle évolue en dehors d'une méningite cérébro-spinale (Sicard, Ramond, Triboulet, Camus, etc.), la *maladie de Landry* où les résultats varient selon que l'on a affaire à la variété centrale ou polynévritique (Sicard), le *zona* (Achard, Lœper, Laubry, etc.), où la lymphocytose peut être considérée comme la règle, et enfin quelques processus méningo-myélitiques ou méningo-encéphaliques banaux.

On le voit, nombreuses sont les maladies où la formule céphalo-rachidienne cytologique s'affirme, et la place nous manque pour les citer toutes. Si nous recherchons maintenant celles où le liquide garde son intégrité cellulaire habituelle, puisque le liquide cérébro-spinal normal ne renferme pas de cellules, nous voyons mentionnés : le *méningisme* qui demeure encore insuffisamment précisé, l'*épilepsie*, l'*hystérie*, les *vésanies simples*, confusion mentale, psychoses, démence, manie, la *neurasthénie*, etc., mais seulement lorsque ces maladies évoluent en dehors de toute influence syphilitique ou parasyphilitique, sans processus méningé nettement affirmé (Sicard, Donath, Duflos, Babinski, Sacquepey, de Buch, etc.). L'absence de réaction cytologique est encore de règle dans la congestion et l'hémorragie cérébrales (Widal et Lemierre), le ramollissement cérébral (Joffroy et Mercier), la syringomyélie, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, le mal de Pott, les névralgies, les névrites, les myopathies, les tumeurs cérébrales. Cette règle comporte un certain nombre d'exceptions (pour la chorée, par exemple); en général celles-ci ressortissent, soit d'un processus originel syphilitique, soit d'une lésion méningée qui aurait pu passer inaperçue; on voit donc à quelle valeur exacte il faut jauger dans tous ces cas l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Cette étude est extrêmement résumée; elle tend seulement à indiquer, *que pour chaque maladie l'examen du liquide cérébro-spinal comporte un assez grand nombre de caractères ou propriétés qu'il faut rechercher, puis grouper, si l'on veut constituer une formule dont les termes soient comparables*; *chaque état pathologique doit avoir*, ainsi que j'ai tenté de l'établir, *sa formule complexe*, *physique*, *chimique*, *cytologique*, etc. C'est dans cet esprit que devrait se pratiquer tout examen céphalo-rachidien, les résultats donneraient à la valeur du diagnostic par la ponction lombaire une certitude plus grande encore que celle déjà si considérable qu'elle possède actuellement.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur le liquide céphalo-rachidien, on peut ainsi grouper les renseignements obtenus, en ce qu'ils servent au diagnostic des maladies (1) :

α. Eléments actuellement négligeables;
β. Eléments de présomption;
γ. Eléments de valeur, mais d'importance secondaire;
δ. Eléments de grande valeur;
ε. Eléments spécifiques et décisifs.

Tout examen de liquide devrait porter sur les éléments suivants (s'il y a lieu, il importe d'éliminer les uns et d'insister sur les autres, leur importance étant, comme on l'a vu, très variable suivant la maladie) :

Aspect.	Tension.	Delta.
Densité.	Réaction.	
Perméabilité.	Toxicité.	Virulence.
Albumine.	Sucre.	Chlorures.

Urée, acétone, choline, pigments, etc.
Réaction cytologique.
Eléments infectieux.
Anticorps.

FORMULAIRE

BRONCHITE INFANTILE (Perier et Gaugoux).

En cas de raucité de la voix :

Antipyrine	0g50
Bromure de potassium	1 gramme.
Sirop de codéine	10 —
Sirop de fleurs d'oranger	30 —
Sirop de tolu	20 —
Eau distillée ... Q. s. p.	120 —

Une cuillerée à café d'heure en heure.

(*Bull. gén. de thérap.*)

(1) Voir ANGLADA. Loc. cit.

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

PHYSIOTHÉRAPIE

(Paris, 29 mars-2 avril 1910.)

Le Congrès international de physiothérapie va tenir ses assises pour la troisième fois. Ce fut au mois d'août 1905 qu'il naquit à Liège, de l'initiative de trois médecins mécanothérapeutes (dont les noms méritent d'autant mieux d'être répétés que l'un d'eux n'est déjà plus) : Le Marinel (de Bruxelles), de Munter (de Liège) et Gunzburg (d'Anvers), auxquels se joignirent Bienfait et Lejeune (de Liège), adressèrent, vers le mois de mai 1905, aux cinésithérapeutes des nations voisines, un appel pressant. Si les médecins électriciens étaient déjà amplement pourvus de tribunes, de journaux, de sociétés et de congrès, si les médecins hydrologistes ne l'étaient pas moins, les cinésithérapeutes, au contraire, ne savaient où se grouper et comment s'entendre; et, en fait, ils s'ignoraient à peu près complètement. Et ce fut, précisément, le mérite des Belges d'avoir lancé une idée sans savoir exactement si elle avait des chances d'être accueillie, mais avec le juste pressentiment qu'elle trouverait des échos. Elle en trouva aussitôt de fort grands, parce que beaucoup de médecins isolés avaient, comme Le Marinel, de Munter et Gunzburg, pensé à la possibilité d'un groupement et l'avaient désiré, sans trouver le moyen de le réaliser.

Ce que fut le Ier Congrès international de physiothérapie, nous l'avons dit à son heure : une assemblée de praticiens révélant à l'observateur des énergies puissantes et mal ordonnées. Aux cinésithérapeutes, qui avaient lancé l'appel ou avaient répondu des premiers, s'étaient joints des médecins électriciens et hydrologistes, et le Congrès s'était naturellement divisé en trois sections, d'ailleurs souvent réunies pour des études d'ensemble (sur la thérapeutique des accidents du travail, par exemple). Dans une assemblée aussi rapidement organisée, avec un programme aussi incertain, avec des individualités jeunes, pour la plupart, et se connaissant à peine, aucune sélection n'était possible, et aucune ne fut tentée. Mais le Ier Congrès, en même temps qu'il affirmait la force, inconnue de beaucoup, de cette nouvelle branche de thérapeutique, donna précisément, en mettant chacun en lumière, la possibilité de faire des classifications et des sélections.

Le IIe Congrès fut tenu à Rome, en octobre 1907, sous la présidence du professeur Baccelli, et fut organisé par Colombo. Les trois sections subsistaient toujours, mais il fut évident pour tous, à ce moment, qu'une répartition des travaux, à la fois plus large et plus précise, devenait nécessaire. De quelques centaines, les physiothérapeutes étaient devenus un millier, et c'était une véritable fourmilière de rapports et de communications que le secrétariat avait à recueillir et à classer. Il n'y put parvenir d'ailleurs!... Ainsi s'affirmaient la vitalité du Congrès, la nécessité d'une organisation plus complète et l'activité de médecins auxquels avait manqué jusqu'alors l'occasion de se montrer.

Le IIIe Congrès, qui va s'ouvrir le mardi 29 mars à Paris, comprendra sept sections : 1° la cinésithérapie (mécanothérapie, gymnastique, massage, rééducation, orthopédie, cure de repos); 2° l'hydrothérapie, la thermothérapie, l'aérothérapie, la cryothérapie; 3° la climatothérapie et la thalassothérapie; 4° l'électrothérapie; 5° la radiothérapie (photothérapie, röntgenthérapie, radiumthérapie); 6° la crénothérapie (médications hydro-minérales); 7° la diététique.

Des efforts ont été faits pour amener dans chaque section des discussions fructueuses sur des sujets fondamentaux, au lieu de laisser, comme dans les Congrès précédents, l'intérêt s'éparpiller sur une multitude de questions sans liens entre elles. Voici les principaux de ces sujets :

Première section. — Education physique, éducation de la respiration. Traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche. Traitement des déviations de la colonne vertébrale. Cinésithérapie de la constipation, des troubles circulatoires. Gynécologie.

Deuxième section. — L'hydrothérapie chez les neurasthéniques. Thermothérapie et tension artérielle. Thermothérapie dans les arthropathies. Cryothérapie.

Troisième section. — Climatophysiologie comparée de la mer et de la montagne. Cure forestière. Climatothérapie dans les affections du cœur et de la circulation.

Quatrième section. — Effets thermiques des courants de haute fréquence. L'ionisation destructive. L'exercice électriquement provoqué.

Cinquième section. — Radiothérapie de la moelle épinière, de la maladie de Basedow, des néoplasmes sous-cutanés. Emplois thérapeutiques des rayons actiniques.

Sixième section. — Phtisie pulmonaire et eaux minérales. Le fonctionnement de l'intestin au cours des cures alcalines. L'élimination au cours des cures de diurèse. Balnéation chlorurée sodique.

Septième section. — Cures de fruits. Déchloruration et rechloruration. Cure de réduction des liquides. Traitement de l'obésité. Régime des tuberculeux. Régime végétarien. Cure diététique de l'entérocolite. L'alimentation des nourrissons.

En outre, une exposition (pour l'installation de laquelle la cour de la Faculté et la rue de l'Ecole-de-Médecine ont été couvertes de bâtiments spéciaux) ajoutera l'exemple et l'élément de démonstration utile pour la thérapeutique par les appareils, les eaux minérales, les régimes, etc.

Le IIIe Congrès de physiothérapie, siège à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de son doyen. Ce fait, qui entraîne la mobilisation de tout l'état-major parisien, ne peut être enregistré avec indiffé-

rence, si l'on songe que la plupart des thérapeutiques physiques étaient considérées avec dédain il y a fort peu de temps, qu'elles sont encore très généralement ignorées, et que tout le mouvement contemporain, dont est issu le Congrès de physiothérapie, est né et a grandi presque complètement en dehors des facultés et du monde officiel.

Le IIIe Congrès marque donc une phase nouvelle par le développement des sections, la classification plus complète des travaux, un ordre plus sévère dans le choix et l'arrangement des questions. Il est nouveau aussi par l'augmentation du personnel organisateur qui ne compte pas moins de vingt personnes (les précédents Congrès avaient été faits par deux ou trois hommes), par la hiérarchie et la division du travail, qui sont les conséquences du nombre. Il nous reste à apprendre si le IIIe Congrès, plus riche que ses devanciers en activités internes, sera aussi riche qu'eux en activités venues du dehors. En tous cas, les préparatifs nécessaires pour les bien accueillir sont faits.

Dans les spacieux amphithéâtres de la Faculté, les sections seront à l'aise pour leurs travaux. La Sorbonne prête son immense hémicycle pour les cérémonies officielles. La préparation des invitations, des excursions, des fêtes a été spécialement surveillée. L'appui et le concours du gouvernement et des pouvoirs publics est acquis. Souhaitons maintenant à nos hôtes de rencontrer dans Paris, pendant ces quelques journées, un ciel clément et des occupations agréables, au milieu d'amis heureux de les revoir.

MAURICE FAURE.

LIVRES NOUVEAUX

Regénération de la race française par l'éducation physique.

Dans le courant de l'année 1909, la *Gazette des hôpitaux* publia une étude sur l'*Education physique* qui contribua puissamment à la vulgarisation de la méthode de Ling (1).

Je n'ai pas qualité pour faire la critique des pages écrites par le général Canonge, mais je puis dire que cette étude constitue la meilleure mise au point de cette question âprement controversée.

Il n'était réellement pas aisé de discuter froidement les idées de personnes, se défendant sans ménagements et dans une langue verte.

Le docteur Canonge joignant à la probité médicale une franchise toute militaire a dit nettement sa pensée et tous ceux, que la question de l'Education physique intéresse, doivent lire cette œuvre concise, où toute affirmation n'arrive qu'après démonstration.

La méthode de Ling a été vulgarisée en France d'abord par les travaux remarquables de Lagrange et par la rude campagne menée par Ph. Tissié; plus tard elle fut énergiquement soutenue à Joinville par le lieutenant-colonel Coste, et enseignée officiellement en Belgique par le très distingué commandant Lefébure. M. Demeny a été successivement l'apôtre et le détracteur de cette méthode, qui a trouvé dans le général Canonge un arbitre indépendant et convaincu.

(1) Ces articles viennent d'être réunis en un volume : *De l'Education physique en France*, par le général CANONGE, docteur en médecine. — Prix : 2 francs. — Paris 1910, H. Charles-Lavauzelle, éditeur.

La faveur accordée par le général Canonge à la méthode de Ling n'est pas due à un engouement passager; la raison même de sa détermination est puisée dans de longues études, et déjà, dans la *Revue des Revues*, l'auteur a formulé la même pensée, qui loin de s'user s'est encore élargie.

La lecture de ce travail important provoquant en quelque sorte l'apport des idées des autres, en vertu du principe, *tot homines, tot sensus*, j'ai cru devoir aussi apporter ma contribution personnelle à l'œuvre de l'Education physique.

A mon sens la méthode de Ling doit être appliquée obligatoirement et tous les jours, dès l'école maternelle, à toute la population scolaire, sans distinction de sexe, dans les campagnes et dans les villes, pour assurer dans un avenir prochain, la régénération de notre race dégénérée, en voie de destruction facile à prévoir à une date déterminée.

Comme disait Grancher, sauvons la graine. Toute autre méthode de lutte contre notre dégénérescence est condamnée d'avance à la stérilité.

Dans la séance du Parlement du 9 février dernier, notre très honoré confrère et ami le docteur Lachaud, dont nous ne partageons pas la manière de voir sur la gymnastique, nous fournit l'argument le plus important à notre thèse.

S'occupant de la morbidité et de la mortalité dans l'armée, il démontre que nos contingents ont perdu leur valeur par la faiblesse des éléments individuels qui entrent dans sa composition.

Il importe donc de préparer à l'armée des individus solides aptes à porter les armes.

Lorsque dans l'industrie privée on constate que le rendement de l'outillage est mauvais comparé à celui des autres, on n'hésite pas, coûte que coûte, à transformer le matériel existant.

Puisque, depuis plus de cent ans, nous pratiquons la gymnastique d'Amoros plus ou moins perfectionnée, et que nous n'y avons rien gagné au point de vue de la race, pourquoi ne pas essayer franchement de la méthode suédoise qui, depuis moins de cent ans, produit d'excellents résultats partout où l'on en fait l'application ?

Il serait injuste d'accabler Amoros de tous les maux dont nous souffrons, car nous sommes aussi les victimes d'un courant mystique qui, depuis des siècles, prêche le mépris du corps.

Nous souffrons aussi de l'esprit de routine de l'Université, qui, semblant toujours se souvenir des privilèges concédés par les Papes, sacrifie tout au programme, sans songer aux plus élémentaires soins de propreté du corps et oubliant le principe d'un de ses auteurs, *mens sana in corpore sano*.

Dans ces conditions incohérentes, c'est à qui de droit, à élever la voix, à clamer et à réaliser la pacifique révolution sociale de la propreté et de la culture physique de l'enfance et de l'adolescence, notre régénérateur biologique universel.

L'éducation physique ne vise pas à faire de gros muscles, mais uniquement à maintenir l'harmonie des formes et à renforcer l'ensemble viscéral; elle veut avant tout développer le poumon et libérer le cœur, prévenir l'auto-infection, renforcer la résistance organique, créer l'endurance et retarder l'usure en évitant les dégénérescences organiques.

L'éducation, qu'elle soit intellectuelle ou physique, doit d'abord prendre le tout petit enfant dont il faut assurer la croissance harmonique, pour le préparer à supporter sans faiblesse les fatigues du service militaire, et à devenir ultérieurement un générateur normal, transmettant à sa descendance des caractères ethniques nouveaux.

Il n'y a pas lieu de faire ici une discussion grammaticale, mais c'est une très grosse erreur de donner le nom de gymnastique à la méthode de Ling. Amoros enseignait des procédés de gymnastique anti-physiologiques, tandis que Ling n'a fait que de la culture physique fondée sur une méthode anatomo-physiologique applicable de l'enfance à la vieillesse.

Amoros fait des muscles et des acrobates sans s'occuper des poumons et le résultat est le déséquilibrement de l'individu; Ling, au contraire, par ses exercices méthodiques, obtient l'harmonie, renforce les faibles et rend les forts plus endurants; Amoros a besoin des engins d'un gymnase, Ling se contente comme appareils des membres de ses disciples.

C'est amoindrir la méthode de Ling que de la dénommer gymnastique.

La cause de son discrédit chez nous, c'est que, mal connue et mal appliquée, la pseudo-Ling n'a pas encore donné de résultats tangibles, en dehors des régions où le docteur Ph. Tissié a poursuivi avec opiniâtreté l'enseignement de la pure méthode suédoise. Il faut donc, pour enseigner la méthode, créer un personnel instruit, et mieux que personne le médecin doit propager *secundum artem* la tradition suédoise avec l'aide de pédagogues exercés et convaincus.

Ling a démontré que, pour agir sur l'ensemble de l'organisme, l'important est de fixer le point d'appui sur lequel se meuvent les leviers de la machine. Ce point d'appui s'obtient par la prise d'une position fondamentale.

La base de sa méthode est dans la position fondamentale, et cela n'est pas faire de la gymnastique, c'est tout simplement s'assujettir à conserver volontairement une attitude favorable à la fonction pulmonaire, à la conservation du capital-vie, en évitant l'envahissement de la rouille dans nos rouages.

L'attitude correcte de la colonne vertébrale est le dogme fondamental de Ling qu'il faut inculquer dès l'enfance. Les petites causes produisent de grands effets, la marmite de Papin en est la preuve.

Ayant méconnu ou ignoré les règles de la culture physique, notre race a dégénéré en suivant la pente glissante du moindre effort. Les médecins militaires sont les mieux placés des observateurs, pour constater les méfaits de notre système général d'éducation et les avantages immédiats des exercices physiques des jeunes soldats.

Le seul remède à la situation navrante officiellement déclarée à la Chambre par M. le député Lachaud, c'est de rendre immédiatement obligatoire l'éducation physique dès l'enfance. Pour avoir des contingents solides, il faut, de l'école à la caserne, soigner et cultiver le corps d'abord, afin de lui faire supporter les programmes touffus de notre époque nerveuse; la méthode de Ling dote seule ses adeptes de la force intrinsèque de tous les éléments organiques; elle assure l'équilibre physico-physiologique, c'est-à-dire la santé par l'entretien normal et quotidien des organes.

Autant et plus peut-être que l'homme, la femme a un impérieux besoin d'exercices pour affermir sa volonté et se préparer aux devoirs multiples de la maternité. C'est surtout dans les villes que la jeune fille du commerce ou de la bourgeoisie a le plus à souffrir de son éducation irrationnelle et d'une hygiène absurde contraire à son épanouissement physiologique. Comment espérer voir sortir de ces moules déformés par la mode ou les attitudes professionnelles des enfants solides?

Pour parachever notre révolution sociale, le concours persévérant de la femme s'impose dès le début.

Ramené à notre leit motiv, ce n'est que par l'éducation physique obligatoire de nos garçons et filles que nous régénérerons la famille française.

Persuadons-nous bien que le mouvement rationnel, c'est la vie, et que la méthode suédoise pratiquée dès l'enfance prépare aux jeux sportifs et à la vie militaire, donne l'endurance et diminue ainsi les chances de maladie et de mort.

Il est agréable et même utile de manger tous les jours à sa faim; il est plus important encore de respirer à fond en se promenant ou en allant à ses affaires; c'est vers ce but que convergent les exercices de Ling.

Cette révolution sociale que nous rêvons, facile à accomplir, ne fera point de martyrs et n'ébranlera pas l'équilibre instable de nos budgets. L'assistance aux vieillards, les retraites ouvrières sont utiles même aux imprévoyants, mais la culture physique de l'enfance est plus urgente encore, c'est l'enfance, c'est l'avenir qu'il faut sauvegarder.

Que le Parlement légifère, que l'Université comprenne ses devoirs et, dans vingt ans, la France aura repris son rang de grande nation et sera maîtresse de sa destinée.

Travaillons à faire des hommes sains de corps, cultivons notre jeunesse non dans le but futile d'agrémenter nos fêtes publiques et de flatter le goût de cabotinage des masses populaires, mais pour rendre à la Patrie menacée des enfants dignes d'elle et des aïeux dont l'héritage nous est échu.

E. TACHARD,
Médecin principal de première classe
en retraite.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 2, 1er fév. 1910.) A. LATARGET : Notes d'anatomie sur l'intestin grêle et le mésentère (13 fig.) — H. ALBERTIN et F. BARJON : Kyste hydatique du poumon droit (5 fig.). — E. DESTOT : Les fractures de la région malléolaire (3 fig.). — C. VIANNAY : Huit cas de laryngostomie avec dilatation. — (N° 3, 1er mars.) ROCHET et MURARD : Notes sur un cas de leucoplasie vésicale (1 fig.). — DESTOT : Les fractures de la région malléolaire (9 fig.).

Montpellier médical. — (N° 6, 6 fév. 1910.) LÉVY et A. RIVES : Deux tentatives de suture de l'aorte chez le rat. — A. GAUSSEL : Le sanatorium populaire et l'hôpital sanatorium. — (N° 7, 13 fév.) BOUSQUET et MESTREZAT : Importance de l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic des méningites.

Province médicale. — (N° 10, 5 mars 1910.) J. NICOLAS et H. MOUTOT : Urticaire pigmentaire. — A. BINET et H. VAIRAND : Sur un cas de spina ventosa du péroné.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 10, 5 mars 1910.) Georges DUPOND : Chancre induré de la fosse nasale droite.

Revue médicale de l'Est. — (N° 4, 15 fév. 1910.) J. PARISOT : Le rôle des modifications de pression du liquide céphalo-rachidien dans la symptomatologie de diverses affections.

Revue neurologique. — (N° 24, 30 déc. 1909.) Numéro consacré à la réunion annuelle de la Société de neurologie et de la Société de psychiatrie : Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.

Riforma medica. — (N° 6, 7 fév. 1910.) Antonino D'ANTONA : La sténose pylorique. — Ugo NEFERI : La désinfection de la peau par la teinture d'iode selon la méthode de Grössich dans les interventions chirurgicales. — Mario TRUFFI : Nouvelles recherches sur la syphilis chez le lapin. — Carlo LAVATELLI : Modifications subies par le sang et les organes hématopoiétique sous l'influence de la toxine typhique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Après concours, M. Paul Savy vient d'être nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

— Marseille. — Le lundi 13 juin 1910, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

S'inscrire au secrétariat, huit jours avant l'ouverture du concours.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le *Journal officiel* vient de publier un arrêté ministériel fixant les conditions dans lesquelles seront désignés les juges des prochains concours d'agrégation :

« Article premier. — Il est procédé au tirage au sort institué par l'arrêté du 21 juillet 1909 pour la désignation des membres des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie par une commission composée :

Du doyen de la faculté de médecine de l'Université de Paris, président ;

De deux des doyens des facultés de médecine ou des facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités des départements désignés par le ministre ;

D'un professeur titulaire et d'un agrégé en exercice de la faculté de médecine de l'Université de Paris, désignés :

Le premier par les professeurs titulaires ;

Le second par les agrégés en exercice de la faculté.

Le secrétaire de la faculté de médecine de l'Université de Paris est attaché à cette commission en qualité de secrétaire.

Art. 2. — Le tirage au sort a lieu à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en séance publique, un mois au moins avant l'ouverture du concours.

Art. 3. — La commission se réunit aux jour et heure annoncés par un avis publié au *Journal officiel*, inséré au *Bulletin* administratif du ministère de l'Instruction publique et affiché à la faculté.

Art. 4. — Pour chaque concours ouvert, il est dressé une liste comprenant, pour chaque catégorie :

1° Les professeurs titulaires ;

2° Les agrégés en exercice.

Cette liste est affichée à la porte de la salle où siège la commission.

Art. 5. — Les profeseurs sont inscrits sur la liste :

D'abord dans l'ordre prévu par le règlement pour les diverses catégories représentées dans le jury ;

Ensuite par ordre alphabétique de facultés ;

Enfin, s'il y a lieu, dans chaque faculté, par ordre alphabétique de noms.

Chaque professeur reçoit un numéro de classement qui est porté à côté de son nom sur la liste mentionnée à l'article 4.

Les agrégés sont inscrits sur la liste d'après la date d'agrégation, et si cette date est la même d'après le rang d'agrégation. Un numéro de classement est également attribué à chacun d'eux.

Art. 6. — Pour la désignation des juges titulaires, le tirage au sort dans chaque catégorie s'effectue de la façon suivante :

Des boules numérotées et en nombre égal au nombre des professeurs inscrits sont versées dans une urne. Leurs numéros correspondent aux numéros de classement des professeurs.

Ces boules, une fois mélangées, le président les tire de l'urne, une à une, et jusqu'à la dernière, en appelant à haute voix le numéro sorti.

Le nom du professeur dont le numéro du classement correspond au numéro sorti est aussitôt appelé. Il en est pris note par le secrétariat de la commission.

Art. 7. — Pour la désignation des juges suppléants, le tirage au sort s'effectue dans les conditions fixées par l'article précédent.

Art. 8. — Les résultats du tirage au sort sont publiés au *Journal officiel*.

Art. 9. — Le ministre constitue le jury de chaque concours en se conformant aux indications du tirage au sort, ainsi

qu'aux prescriptions de l'article 6, paragraphe 8, et de l'article 11, paragraphe 1er de l'arrêté du 16 novembre 1874, modifiés par l'arrêté du 21 juillet 1909.

ART. 10. — En cas d'empêchement invoqué avant l'ouverture du concours par un ou plusieurs juges et reconnu légitime par le ministre, le jury est complété immédiatement d'après la liste établie à la suite du tirage au sort et dans les conditions prévues par l'article 9. »

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 23 mars 1910 sont promus et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Pierron, maintenu médecin chef de l'hôpit. milit. Bégin, à Saint-Mandé; Boucher, médecin chef de l'hôpit. milit. Saint-Martin, à Paris; Godet, médecin chef de l'hôpit. milit. de Lille.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Buy, maintenu médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Toul; Ott, nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte d'Avignon; Ricoux, médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Douai.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Hénault, maintenu au 77e d'inf.; Roussel, passe à l'hôpit. milit. de Rennes; Sonrier, maintenu au 116e d'inf.; Galley, à l'hôpit. milit. de Marseille; Marty, au 157e d'inf.; Roux, au 49e d'inf.; Parant, au 8e d'art ; Schneider, professeur agrégé à l'école d'application du service de santé milit., membre de la commission technique parlementaire pour la prophylaxie des maladies infectieuses dans l'armée.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Pirsche, maintenu aux hôpit. de la division d'Alger; M. le médecin-major de deuxième classe Gaubert, passe au 11e d'art. à pied.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Yvernault, maintenu au 147e d'inf.; Bathias, au 68e d'inf.; Aubert, maintenu provisoirement aux hôpit. de la division d'Oran; Hahn, passe au 163e d'inf.; Géniaux, maintenu au 148e d'inf.; Lemoine, passe au 21e bat. de chass. à pied; Séverac, au 135e d'inf.; Dreyfuss, maintenu aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Sibilie, au 149e d'inf.; Peloquin, aux hôpit. de la division d'Oran; Vermullen, au 127e d'inf.; Driancourt, au 28e d'inf.; Salzes, aux hôpit. de la division d'Alger; Bouclier, au 117e d'inf.; Duval, au 144e d'inf.

— Par décision ministérielle du 23 mars 1910 :

Médecin principal de première classe. — M. de Casabianca, est nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Nice.

Médecins-majors de première classe. — MM. Tersen, passe à la légion de la garde républicaine; de Schuttelaëre, à l'hôpit. milit. de Toul; Patris de Broé, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Amiens.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Bizouard, passe au 52e d'inf.; Labaste, au 2e tiraill. algér.; Pech, au 136e d'inf.; Rouyer, au 28e bat. chass. à pied; Danis, à l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce; Magerand, au 13e d'inf.; Imbert, au 10e huss.; Pigeon, au 1er d'art. à pied; Grenier de Cardenal, au 31e drag.; Regnault, au 1er drag.; Lorentz, aux hôpit. de la division d'Alger; Dupuich, à la direction du service de santé du 1er corps d'armée; Bobard, à la direction du service de santé du 6e corps d'armée; Vallat, au 21e chass. à cheval; Bordereau, au 3e cuir.; Gras, à l'hôpit. milit. de Lille.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Garnier, passe aux hôpit. de la division d'Oran; Seigneurin, au 108e d'inf.; Valette, à l'Ecole milit. prépar. de Montreuil-sur-Mer; Chaduc, au 102e d'inf.; Pinat, au 12e d'inf.; Chon, aux hôpit. de la division d'Oran; Eybert, au 75e d'inf.; Cordier, au 8e chass. à cheval; Chailly, au 72e d'inf.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p.* 525.)

L'ÉDUCATION DE LA RESPIRATION

Par M. Maurice FAURE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons exposé ailleurs (1) ce que sont l'éducation et la rééducation des mouvements en général, et quelques-unes de leurs applications prophylactiques et thérapeutiques.

L'objet de cette étude est de définir et délimiter plus complètement l'éducation motrice de la fonction respiratoire (à laquelle on semble s'intéresser davantage en ce moment), mais en l'exposant seulement dans son ensemble, et sans entrer dans l'examen de ses applications variées, encore d'ailleurs insuffisamment connues.

Si le rôle de l'éducation est facile à comprendre pour la marche, la station debout, la parole, qui sont manifestement le résultat d'un apprentissage long, difficultueux, et auquel les petits enfants nous font assister tous les jours, il l'est moins pour ce qui concerne l'éducation de fonctions qui semblent innées comme, au premier chef, la respiration. En effet, c'est précisément l'acte moteur respiratoire qui est le premier de notre vie : il se produit instantanément, sans aucune éducation préalable. Il se continue de même, pendant toute la vie, sans intervention de volonté ni d'attention, et son arrêt coïncide avec la mort. Aucun acte moteur, mieux que celui-là, ne peut donc être choisi pour exemple d'acte instinctif, automatique, inné.

Cependant, il est facile de montrer que l'acte respiratoire est modifiable et éducable, car les facultés psychiques ont sur lui une influence prompte et durable. L'attention, seule, suffit à modifier le rythme de la respiration. Une émotion vive peut le suspendre un instant ; la volonté le règle sans difficulté. Certaines professions sont basées, précisément, sur une éducation spéciale de l'acte respiratoire : celles de chanteur, joueur d'instrument à vent, souffleur de verre, etc. Enfin, il n'est pas jusqu'aux conditions de la vie ordinaire, aux costumes, aux bienséances, etc., qui ne modifient profondément le mode mécanique de cet acte instinctif.

L'appareil respiratoire se compose d'une pompe, aspirante et refoulante. Le thorax représente le corps de pompe, dont le diaphragme est le piston. Le nez est l'orifice du tuyau d'aspiration et de refoulement. Le corps de pompe présente cette particularité que les parois sont mobiles et peuvent, au moment de l'aspiration, s'éloigner de l'axe de la cavité, de telle sorte que la puissance aspiratrice est augmentée. Réciproquement, au moment du refoulement, les parois se rapprochent de l'axe et l'action refoulante se trouve également augmentée.

Le résultat de cette aspiration et de ce refoulement est de faire passer un courant d'air au contact d'une nappe sanguine qui circule dans l'appareil. Cette nappe est contenue dans des organes creux et élastiques : les poumons, le cœur et les vaisseaux, suspendus dans le corps de pompe. Par suite, les différences de pression, qui se produisent dans la colonne d'air qui traverse l'appareil, se produisent aussi dans la nappe sanguine qui traverse le cœur et les poumons. Il en résulte que l'acte moteur respiratoire est en même temps, dans une certaine mesure, moteur circulatoire. Et le contact de la colonne d'air et de la nappe sanguine détermine des phénomènes chimiques et caloriques, dont nous n'avons pas à nous préoccuper ici.

Il y a donc deux fonctions respiratoires : la fonction motrice et la fonction chimique. L'une et l'autre peuvent être isolément troublées, et le trouble de chacune d'elles peut retentir sur l'autre. En principe, ce sont les troubles de la fonction motrice qui relèvent de l'éducation respiratoire. Mais les troubles de la fonction chimique en peuvent aussi bénéficier.

Les muscles qui meuvent la pompe thoracique peuvent être divisés en trois groupes : 1° le diaphragme, qui donne les résultats moteurs les plus importants ; 2° les muscles dilatateurs du thorax qui peuvent être eux-mêmes subdivisés, selon qu'ils dilatent sa partie supérieure ou sa partie inférieure ; 3° enfin les muscles respiratoires accessoires, dont la plupart ne sont pas exclusivement thoraciques, mais aussi cervicaux, faciaux, abdominaux, etc. Ce groupe peut être complètement négligé dans notre étude.

Selon que l'on respirera avec le diaphragme, avec les dilatateurs du thorax supérieur ou du thorax inférieur, qui peuvent être mis en action isolément, on aura trois types de respiration. Mais, comme le diaphragme est aussi un muscle dilatateur du thorax inférieur, on peut, en résumé, ne décrire que deux types respiratoires habituels : le type respiratoire surtout *diaphragmatique*, ou *inférieur*, et le type respiratoire surtout *costal*, ou *supérieur*. Il se trouve que, précisément, le type diaphragmatique et le type costal sont très généralement séparés, et qu'on les rencontre facilement chez des sujets différents. Les raisons de cette séparation sont faciles à mettre en évidence ; le type diaphragmatique est celui des hommes, parce que leur ceinture est lâche, tandis que leurs épaules et leur dos sont chargés par les bretelles et le poids des vêtements ; c'est aussi le type des chanteurs, parce que la tradition de leur enseignement le veut ainsi ; c'est enfin le type de tous ceux qui ont des efforts violents à faire pour souffler, parce que, dans l'effort, la cage thoracique est immobilisée et sert de point d'appui et que, d'autre part, le diaphragme est le muscle respiratoire le plus puissant.

La respiration costale ou supérieure est celle des femmes, pour la raison que le corset immobilise leurs côtes inférieures, maintient leur ventre et gêne le mouvement de soufflet diaphragmatique et abdominal. Mais ce serait une erreur fondamentale que de considérer, comme on l'a fait trop souvent, ces dispositifs comme normaux ; les uns et les autres sont le résultat d'une régression, d'une dégénérescence du type normal, régression due aux conditions fâcheuses de notre hygiène, de notre éduca-

(1) O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

tion et de notre habillement. L'enfant naissant respire avec les deux types, et notre devoir est de lui conserver cette ressource, au lieu de la laisser perdre. *Le premier objet de l'éducation de la respiration sera donc d'exercer tous les enfants à conserver leur respiration costale et diaphragmatique, et à se servir usuellement des deux.*

Le deuxième objet de cette éducation sera de développer, ou du moins de maintenir, la course respiratoire, c'est-à-dire l'intervalle entre l'inspiration et l'expiration. Il faut reconnaître qu'à cet égard il y a beaucoup à faire, car si l'on prend, au hasard, les jeunes filles d'une école entre dix et quinze ans, on constate que leur course respiratoire, mesurée au milieu des côtes supérieures, varie d'un quart de centimètre à trois quarts et que la course d'un centimètre est une très rare exception (1). Mme Nageotte (2) indique aussi une course d'un quart de centimètre à un centimètre chez les enfants non exercés, et mesurés avec assez de soins pour que leur attention ne vienne pas modifier leur mouvement habituel.

C'est donc sur cette base que se fait la respiration costale ordinaire de l'enfant d'âge moyen non exercé (car les filles ont un jeu costal supérieur à celui des garçons). Mais l'air courant (qui est le volume d'air usuellement utilisé comme aliment de la respiration) correspond au volume d'air entrant et sortant du thorax pendant la course respiratoire ordinaire, cette course devant être considérée comme le total de la course costale et de la course diaphragmatique (respiration thoracique et respiration abdominale).

Il faudrait donc, pour apprécier exactement la respiration, examiner aussi la course du diaphragme. Au total, c'est au spiromètre qu'il conviendrait de mesurer l'air courant, pour bien juger une insuffisance respiratoire. Les autres chiffres ne peuvent fournir que des indications douteuses et incomplètes.

Exercices respiratoires. — Il suffit, d'ailleurs, que l'attention de l'enfant soit éveillée, et qu'il comprenne ce qu'on lui demande, pour faire passer l'inspiration et l'expiration à leur maxima. Cette simple remarque suffit pour montrer quel va être le rôle de l'éducation. En très peu de temps, et rien qu'en montrant à l'enfant à inspirer et à expirer à fond, on obtient, devant l'observateur, une course thoracique de 5 à 6 centimètres. Il est donc, en définitive, facile, avec une surveillance attentive et un exercice régulier, de conserver aux enfants la mobilité et l'expansion thoracique, au moment où elles vont disparaître, en leur montrant soigneusement comment on doit respirer. Les exercices de respiration doivent être faits le thorax nu, au moins au début, l'un des enfants servant de modèle. On peut y ajouter des exercices de chant et de soufflerie comme, par exemple, tenir longtemps une note de chant, souffler une bougie à grande distance, etc. On obtient ainsi aisément, en quelques semaines, des moyennes de 2 et 3 centimètres pour le jeu thoracique ordinaire.

(1) Mensuration effectuée à l'école primaire de La Malou chez des enfants non exercées (1903-1906).

(2) *Bibliothèque thérapeutique.* Gilbert et Carnot. — Paris, Baillière, édit.

Chez le jeune homme et la jeune fille de quinze à vingt-cinq ans non exercés, on peut admettre une moyenne de 3 centimètres pour la course thoracique. Avec l'exercice, le chant, ou simplement une surveillance attentive exercée par le sujet lui-même, s'il est intelligent, on peut porter la moyenne de la course thoracique à 5 centimètres.

Il faudrait se garder de croire à un parallélisme rigoureux entre les dimensions de la cage thoracique et l'amplitude de la course respiratoire. Un petit thorax, souple et bien exercé, peut donner une grande course, et un grand thorax, raide et mal commandé, peut donner une très petite course.

De même, il ne faut pas confondre le développement musculaire thoracique avec le volume utile du thorax. Sans doute, il est nécessaire que les muscles inspirateurs présentent un certain degré de développement, mais ce développement utile est bien loin du développement athlétique, et l'on peut être un athlète fortement musclé et respirer fort mal. De même, on peut avoir une main très vigoureuse et ne pas savoir écrire.

On donne, pour l'adulte, la capacité d'un demi-litre, comme étant le volume habituel de la respiration ordinaire (air courant), mais la différence entre l'inspiration et l'expiration maxima est dite de trois litres et demi. On peut donc, avant toute amplification du thorax, augmenter beaucoup l'air courant rien qu'en prenant sur la capacité inutilisée, qui est de trois litres. En outre, Gréhant nous dit qu'une seule inspiration profonde et copieuse aère mieux le poumon que plusieurs inspirations successives de volume moindre, le total de ces inspirations dût-il largement dépasser le chiffre atteint par l'inspiration profonde unique. Aussi, le premier résultat d'un entraînement respiratoire bien fait est-il de réduire de 20 à 25 p. 100 le nombre des respirations (1), tout en augmentant le volume d'air consommé dans le même temps. Réciproquement, le premier effet d'un trouble morbide de la respiration est l'augmentation de nombre des actes respiratoires dans l'unité de temps, en même temps qu'ils deviennent plus superficiels, plus courts, moins utiles (dyspnée).

La répétition des exercices amène une amplification permanente de la cage thoracique, dont le périmètre change. On sait que l'on considère comme normal le périmètre de l'homme dont la circonférence thoracique est égale à la moitié de la taille. Cette moyenne ayant été établie par les conseils de revision, elle doit s'entendre seulement des hommes, et nous ne possédons aucune règle analogue pour les femmes et les enfants. Il est bon de remarquer, en outre, qu'en établissant la mesure d'une circonférence thoracique, il faut tenir compte de l'épais-

(1) Marey et Demeny. *Observations faites sur les hommes entraînés à l'école de Joinville.* — A leur entrée, les sujets non entraînés respiraient seize fois par minute. A la sortie, ils respiraient douze à treize fois, et l'amplitude de la course thoracique s'était accrue de 2 ou 3 centimètres.

seur des parties molles (muscles, graisse, mamelles, etc.), qui, lorsqu'elles atteignent un développement au-dessus de la normale, faussent le résultat, en augmentant la circonférence de la poitrine bien au-dessus des dimensions qui lui conviendraient réellement.

Il n'est d'ailleurs pas aussi facile qu'on pourrait le croire de bien prendre un périmètre thoracique. Chez la jeune fille et la femme, le développement de la mamelle gêne beaucoup. Chez le jeune homme et l'homme adulte fortement musclé, le développement des pectoraux et des muscles de l'omoplate ne gênent pas moins. Si on fait lever les bras au sujet, la saillie des muscles s'exagère encore. Chez le vieillard amaigri, il faut tenir compte des différences musculaires. Chez beaucoup de jeunes enfants, l'omoplate bascule sous le poids de l'épaule, se détache de la paroi thoracique, et son bord interne fait une saillie qui est aussi une cause d'erreur.

Pour mesurer, on prend un mètre ruban, on fait tenir le sujet bien droit, et on l'invite à lire à haute voix. Le mètre est passé sous les bras, il affleure en arrière l'angle inférieur de l'omoplate et passe en avant au-dessous du sein. L'une des extrémités est fixée au milieu du sternum, l'autre est mobile pendant la respiration et indique la mensuration.

Pour mesurer la course des côtes supérieures, on place le mètre plus haut, aussi haut que l'attache des bras le permet, et toujours horizontalement. Pour mesurer la course des côtes inférieures, on place le mètre au niveau de l'appendice xiphoïde. On a ainsi trois mensurations que l'on exprime : 1° respiration thoracique moyenne; 2° respiration costale supérieure; 3° respiration costale inférieure. La première suffit habituellement dans la pratique.

Plusieurs auteurs, notamment, en France, Rosenthal, préfèrent se servir d'un mètre ruban spécial (chez Colin), qui est gradué à partir de son centre, et non de sa périphérie. Les deux 1 sont placés sur l'épine dorsale, et les deux extrémités sur le sternum, on peut ainsi mesurer comparativement la course des deux côtés du thorax.

Dans tous les cas, il est préférable de laisser tomber les bras du sujet naturellement, car leur poids, lorsqu'ils sont soulevés, exige un effort et modifie la respiration.

Il est bon de prendre plusieurs mensurations et de faire une moyenne, parce que le sujet averti respire toujours d'une manière irrégulière et inégale. On se rend, en outre, facilement compte que beaucoup de sujets respirent de préférence avec certaines régions du thorax et non point avec tout leur thorax, comme ils le devraient.

Lorsque l'on connaît l'inspiration et l'expiration ordinaires, la moyenne de ces deux chiffres donne le périmètre thoracique et leur différence donne la course respiratoire moyenne. Pour obtenir l'inspiration et l'expiration maxima, on invite le sujet à respirer aussi profondément que possible et on n'arrive à avoir des chiffres approximatifs qu'après un petit apprentissage, chez la plupart des sujets.

Tous ces chiffres, pris chez des sujets non exercés, n'ont qu'une valeur très relative, car presque tous, ne sachant pas respirer, ne donnent point les chiffres qu'ils devraient normalement donner. Les chiffres deviennent plus intéressants lorsque le sujet est déjà entraîné et sait respirer. On obtient alors les mensurations véritables, celles que l'on doit considérer comme bonnes et normales pour un sujet déterminé.

On a discuté le point suivant : doit-on respirer par le nez ou par la bouche?

Cette question ne vaut assurément point une discussion prolongée : l'organe de la respiration, c'est le nez, et non pas la bouche. Mais, dans les grosses dépenses de force, telles que la course, la lutte, etc., le courant d'air qui passe par le nez peut être insuffisant ou trop lent. C'est dans ces cas que, pour gagner du temps, les animaux essoufflés respirent par la bouche. Notre paresse aidant, nous respirons souvent par la bouche sans en avoir le moindre besoin, et Lermoyez et Rosenthal (1) ont pu citer des sujets qui avaient complètement oublié la respiration nasale, au point qu'ils asphyxiaient quand on leur fermait la bouche, bien qu'ils n'eussent, du reste, aucune obstruction expliquant cette anomalie.

Donc, tous les exercices respiratoires seront faits exclusivement par le nez, sans discussion possible, mais, au préalable, on essaiera chaque sujet, et on lui fera comprendre, par des raisons physiologiques à la portée de tous, l'intérêt, la nécessité de la respiration exclusivement nasale. En cas d'obstacle, on aura naturellement recours à l'examen et aux soins médicaux rhinopharyngés, et, au besoin, à l'intervention chirurgicale.

Ce n'est qu'à propos des sports, des exercices violents, que le recours à la respiration buccale peut être autorisé, et seulement pour l'expiration.

Gymnastique thoracique. — Après l'éducation élémentaire de la respiration, nous avons à étudier les mouvements gymnastiques spécialement réglés en vue du développement de la musculature thoracique et de l'ampliation du thorax.

Nous avons dit que le diaphragme prenait ses points d'appui, d'une part sur les côtes inférieures, d'autre part sur le centre phrénique, qui s'appuie lui-même sur les viscères abdominaux.

Dans le cas où le premier point d'appui est utilisé, les côtes inférieures sont immobilisées et le centre phrénique, s'élevant et s'abaissant, refoule la masse des viscères abdominaux. Dans ce type de respiration, dit *abdominal* (qui est le plus simple et le seul possible lorsque la cage thoracique est immobilisée, dans un corset plâtré par exemple), les parois de l'abdomen et du périnée sont refoulées et aspirées alternativement. Si l'on s'oppose à ce mouvement (en comprimant l'abdomen et le périnée), on détermine la dyspnée. C'est là un type de respiration anormal, et même morbide, que nous ne devons point favoriser.

Lorsque le diaphragme prend, au contraire, point d'appui sur la masse abdominale, il relève les côtes inférieures et dilate le thorax, c'est là la fonction

(1) Lermoyez et Rosenthal. *Presse méd.*, 1905

respiratoire la plus digne d'être développée. Il faut donc assurer au diaphragme un point d'appui abdominal certain. Pour cela, il faut que les viscères soient maintenus dans un réservoir à parois solides. Par suite, la première gymnastique à enseigner est celle de la paroi abdominale, des muscles de la ceinture et du bassin.

Des exercices de flexion et d'extension du corps, les jambes étendues et fixées ; — des exercices de flexion des jambes étendues, sur le corps fixé, seront pratiqués successivement, dans le décubitus dorsal et dans la position verticale, les bras fixés à un point d'appui solide et le corps suspendu. — On fera ensuite des exercices d'inclinaison latérale et de rotation du corps, dans la position à cheval et dans la position debout. Enfin, on fera des exercices de projection et de rotation du bassin, avec contraction du périnée, comme ceux dits de la « danse du ventre ».

Les autres muscles de la respiration sont tous élévateurs des côtes et prennent point d'appui sur la colonne vertébrale, le cou et les épaules. Il faut donc, tout d'abord, fixer ces divers points d'appui.

Pour qu'une bonne respiration soit possible, il faut que la colonne vertébrale soit bien d'aplomb, que seules existent les courbures normales, réduites au minimum. Pour ce, l'on pratiquera des exercices de redressement du tronc, les mains aux hanches, les coudes en arrière, la tête redressée, la taille cambrée, le sujet debout, les jambes à demi-écartées, ou à cheval sur un banc, les pieds fixés. Mieux encore, il sera couché, le ventre sur le banc, les jambes étendues et fixées, le haut du corps dépassant le banc qui s'arrêtera au niveau des crêtes iliaques, les deux mains derrière la nuque. Ensuite, sur un plan vertical, tel qu'un espalier, par exemple, les deux bras étendus et légèrement écartés, les mains solidement fixées, les jambes pendant de tout leur poids, le sujet cambrera les reins, rentrera le ventre, pliera les genoux et fera saillir la poitrine, en rapprochant les épaules en arrière. Pour continuer à mieux fixer les épaules, le sujet pendu par les bras légèrement écartés, les coudes dans le prolongement du dos, soulèvera le corps en portant le menton à la hauteur du point d'appui et en rapprochant les épaules en arrière. Puis, sur le plancher, dans l'attitude verticale, les deux bras étendus en avant, les mains jointes par leur face palmaire, il écartera les bras jusqu'à les porter à la position en croix et même au delà, pendant qu'un opposant (qui peut être un élastique) donnera la résistance. Les mains à la nuque, et toujours dans la position verticale, le sujet fera encore des mouvements de flexion et d'extension de la tête. Enfin, avec un *exerciser*, des poids légers, une longue baguette de bois arrondie et terminée par des boules légères, on exécutera toute la série des mouvements d'extension des bras et de projection des épaules en arrière, tels qu'ils sont indiqués dans le Cours supérieur d'Education physique de la Ville de Paris. On peut varier les mouvements suivant les accessoires que l'on possède, de manière à les rendre attrayants et gracieux, surtout pour les enfants.

Ces mouvements conviennent à tous et donneront un résultat rapide et certain, une bonne fixation de la colonne vertébrale, des épaules, du ventre et du bassin, sans laquelle il n'est pas de gymnastique thoracique possible. Il va sans dire qu'ils seront toujours accompagnés de larges inspirations, faites au moment où les muscles inspirateurs se raccourcissent, et de larges expirations, faites lorsqu'ils s'allongent. Un des objectifs de ces exercices étant de déterminer une bonne attitude du tronc et un développement esthétique de la poitrine, il va sans dire qu'ils conviendront particulièrement aux enfants dont la colonne vertébrale s'incurve, à ceux dont les épaules tombent en avant, dont les omoplates se détachent, dont la poitrine est plate, etc. En fait, ils doivent être appliqués à tous les enfants et à tous les adultes soucieux de leur développement normal, de leur bonne santé et de leur esthétique.

Il n'est pas inutile de faire remarquer en cet instant que la gymnastique acrobatique, trop souvent conseillée jadis aux enfants malingres, pouvait avoir des résultats diamétralement opposés à ceux que nous venons d'indiquer. En effet, en demandant un effort violent, elle tétanisait la cage thoracique, telle qu'elle était, et s'opposait à la respiration, même ordinaire. En outre, ses mouvements de prédilection tendant à développer les biceps et les pectoraux (action de grimper), c'est-à-dire les muscles de flexion, tendaient à rapprocher encore les épaules du sternum et à masquer, sous un développement musculaire inutile, la forme dangereusement aplatie de la cage thoracique. Il faut bien noter, en effet, que ce sont les muscles extenseurs du tronc et adducteurs des épaules en arrière qui doivent être exercés — et non point ceux qui fléchissent le tronc et ramènent les épaules en avant, dans l'attitude classique du lutteur ou de l'haltérophile, fortement musclé, mais mauvais respirateur (1).

En somme, sans établir un parallélisme entre le développement de la respiration et le développement musculaire thoracique, il est assuré qu'un certain degré d'amplitude et de jeu thoracique est indispensable à une bonne respiration, comme aussi un certain degré de force musculaire. Une bonne attitude, qui est précisément fonction de la résistance des muscles dorsaux, lombaires et abdominaux, est aussi nécessaire. Un enfant malingre, aux muscles émaciés, à l'attitude penchée, au thorax inactif, ne peut pas bien respirer.

Des exercices musculaires gradués, exerçant le tronc, les épaules, le thorax, sont donc très utiles à l'éducation de la respiration et en constituent l'accompagnement indispensable (2).

(1) On sait combien d'athlètes meurent de tuberculose pour avoir mal travaillé, dans des locaux obscurs et sans air, et avoir fait des dépenses énormes de travail musculaire, sans posséder un outillage respiratoire suffisant pour faire face à ce gaspillage d'énergie et d'échanges chimiques.

(2) Les exercices que nous indiquons (comme toujours à propos d'éducation et de rééducation des mouvements) sont empruntés çà et là aux différents codes de gymnastique, ou créés spécialement en vue du but à atteindre. Ils ne constituent nullement un códe fermé « français », « suédois », « allemand » ou « japonais », et n'ont rien de national. Une gymnastique moderne ne peut que

*
* *

En résumé, il existe une respiration automatique produite par l'action du sang, chargé de produits toxiques, sur les centres moteurs des muscles thoraciques. Il existe aussi une respiration produite par la volonté, l'imitation, l'éducation, c'est-à-dire par l'excitation psychique, agissant sur les mêmes centres moteurs. Il s'ensuit qu'il est possible de développer l'acte moteur respiratoire d'un sujet quelconque, surtout lorsqu'il est jeune et qu'il n'a pas encore perdu l'habitude de mouvoir tous les muscles de son thorax.

Le premier résultat de ce développement est l'augmentation de l'air courant et la modification subséquente des échanges chimiques et caloriques de l'acte respiratoire. Le second résultat, qui résulte de l'habitude, est le développement de la capacité thoracique, l'amélioration de la musculature et de l'attitude, et la modification de la santé générale. Ces résultats sont faciles à obtenir par l'attention, la répétition, de bons exemples et des exercices choisis. Ils ont été recherchés à différentes époques et dans différents pays. Mais ce n'est que depuis quelques années que l'on se préoccupe réellement d'obtenir, à cet égard, des précisions exactes. Nous connaissons, grâce aux médecins militaires, les mensurations des jeunes adultes hommes. Nous avons fixé facilement celles des enfants. Il resterait maintenant à fixer celles des femmes et des adultes âgés. Du reste, ces mensurations ne portent que sur le périmètre thoracique. Il faudrait encore mesurer le jeu du diaphragme, et, par la spirométrie, la capacité utile du thorax en mouvement. Ceci fait, il faudra encore évaluer les modifications chimiques de la respiration résultant des variations de la capacité thoracique, du jeu respiratoire, et leur retentissement sur la santé générale — c'est-à-dire qu'il y aura à étudier, après les modifications quantitatives de la respiration, les modifications qualitatives (Sigalas).

Les types généraux de la respiration normale et les résultats de l'éducation de la respiration étant ainsi fixés, il restera enfin à adapter ces notions aux besoins particuliers de chaque série de sujets, et même de chaque sujet en particulier, ainsi que cela est de règle pour toute l'éducation et la rééducation motrice. Car ce serait une erreur de croire que tous les sujets sont, ou doivent devenir semblables et égaux, et, dans cette question notamment, au point de vue médical, l'adaptation de l'éducation de la respiration au traitement des malades atteints d'affections aiguës ou chroniques des voies respiratoires ou circulatoires, au traitement des troubles de la nutrition, au traitement des infirmités thoraciques et des insuffisances motrices, constitue certainement la partie la plus difficile, la moins connue (la plus remarquable cependant pour des thérapeutes) de ce vaste sujet.

---

naître de l'étude journalière des mouvements normaux, comparée à celle des mouvements anormaux, et non point découler de principes *a priori* (fussent-ils de *Ling!*).

MÉDECINE PRATIQUE

QUAND ET COMMENT FAUT-IL ENLEVER LES AMYGDALES?

Il n'est peut-être pas d'intervention pratiquée plus souvent dans la clientèle journalière du praticien ou du spécialiste; mais trop souvent on s'en tient à cette formule un peu simpliste : « grosse amygdale = ablation », et s'emparant d'un amygdalotome, on coupe de l'organe tout ce qui dépasse les piliers du voile du palais. Faire ainsi, c'est quelquefois trop, quelquefois trop peu, et il convient de distinguer les cas.

Quelles sont tout d'abord les raisons d'enlever les amygdales?

L'amygdale est un organe lymphatique chargé de la lutte contre l'infection et de la destruction des germes pathogènes : il s'hypertrophie toutes les fois qu'il est obligé de faire face à des infections graves ou répétées. En dehors d'une sécrétion interne dont l'existence est encore hypothétique, l'amygdale a donc une utilité, un rôle bien défini au niveau de la gorge, porte d'entrée de tant d'infections.

On a dit (Bosworth) que l'amygdale n'était pas un organe normal, n'existant pas à la naissance, son apparition ne serait que le résultat d'infections répétées. C'est une erreur : l'amygdale existe chez l'embryon (Mosher), à la naissance on la trouve petite et surtout horizontale, n'occupant que la partie supérieure de sa loge et une portion du voile du palais; par la suite, à mesure que la face se développe, l'amygdale occupe une situation de plus en plus verticale et inférieure. S'accroissant chez l'enfant comme tout le système lymphatique, elle régresse plus tard spontanément chez l'adulte.

Donc, il ne semble pas contestable que l'amygdale palatine est un organe normal, avec un rôle bien défini de barrière à l'infection qu'elle exerce tant que son revêtement épithélial est intact et qu'elle n'est pas devenue un organe pathologique.

Il n'est donc pas indifférent de l'enlever tant qu'elle n'a pas été fonctionnellement détruite par des lésions.

L'hypertrophie simple rentre-t-elle dans ce cas?

Non, la simple augmentation de volume des amygdales loin de constituer une maladie indique au contraire une résistance à l'infection. On peut en citer des preuves. Les porteurs de grosses amygdales molles, saillantes dans le pharynx, sont en général des enfants robustes, pleins de santé, rarement atteints d'adénites cervicales.

De même G. H. Wright a signalé que, lors de la sortie des grosses molaires chez les enfants, on voit les amygdales grossir, s'hypertrophier, puis décroître progressivement ensuite.

Il n'y a donc pas de raisons, bien au contraire, pour enlever de grosses amygdales molles uniquement parce qu'elles sont grosses.

Chez l'enfant leur ablation ne s'imposera que si cette hypertrophie atteint de telles dimensions qu'elle amène des troubles : gêne de la respiration avec obstacle au développement thoracique, nutrition languissante, absence de repos jour et nuit, troubles de la phonation et de la déglutition, ou facilitent les infections du naso-pharynx ou de l'oreille moyenne par la compression exercée de bas en haut. Il est bien rare d'ailleurs dans ces cas que des végétations adénoïdes n'existent pas en même temps et ne contribuent pour leur part dans cette gêne.

Chez l'adulte, les grosses amygdales sont le plus souvent dures, fibreuses; elles sont le résultat d'inflammations chroniques entraînant des troubles fonctionnels : gêne pharyngée, petite toux continuelle, fétidité de l'haleine. Leur ablation s'impose; ces amygdales profondément infectées causant ou entretenant des angines à répétition, des rhino-pharyngites, otites laryngites.

En dehors de ces hypertrophies amygdaliennes, quels sont les autres indications de l'ablation?

Il faut enlever les amygdales qui chroniquement enflammées, loin de servir de barrière, servent de porte d'entrée à des infections diverses, la tuberculose en premier lieu.

Dans ces dernières années, on a montré le rôle important que l'amygdale peut jouer chez l'enfant comme porte d'entrée de la tuberculose par l'intermédiaire du système lymphatique.

Tantôt le bacille ne fait que traverser l'amygdale sans y laisser de lésions (expériences de Wood, *The Laryngoscope*, déc. 1907), de même qu'il traverse l'intestin sans y laisser de trace (expériences de Calmette et Guérin, *Revue scientifique*, sept. 1906, p. 259), le plus souvent il y provoque des lésions qu'il faut apprendre à reconnaître.

De l'amygdale l'infection se propage par les lymphatiques, aux ganglions profonds du cou.

Poirier, et après lui George B. Wood (Lymphatic drainage of the faucial tonsil, *Amer. Journ. of med. scien.*, août 1905), Robertson, (certains faits concerning the Faucial Tonsil. *Journ. of. am. med. assoc.*, 24 nov. 1906), A. Edmunds (*Glandular Enlargements*, London, 1908), ont montré que les lymphatiques de l'amygdale s'anastomosent avec tout le réseau pharyngien tributaire des ganglions profonds du cou. Les vaisseaux collecteurs propres de l'amygdale perforent la tunique musculaire du pharynx un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et se terminent dans les ganglions placés sur la jugulaire interne, juste au-dessous du ventre postérieur du digastrique, au niveau où ce muscle est croisé par le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Ce point est situé un peu en dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire. Lorsque ces ganglions cervicaux sont atteints de tuberculose, celle-ci peut se propager dans l'organisme. Il n'est pas impossible anatomiquement (George B. Wood) que la propagation se fasse au poumon par les lymphatiques. Un courant rétrograde de la lymphe peut infecter la plèvre au sommet du poumon.

Quels sont les caractères des amygdales tuberculeuses?

Il ne s'agit pas ici de ces ulcérations tuberculeuses de l'amygdale que l'on voit apparaître à la période ultime de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, mais bien de lésions peu apparentes qu'il faut systématiquement rechercher chez l'enfant strumeux, porteur d'adénites bacillaires du cou.

Voici les caractères décrits par Lee Mac Hurd et Jonathan Wright (Diagnostic clinique de la tuberculose des amygdales — et remarques sur son diagnostic microscopique — *Medical Record*, 26 juin 1909, vol. LXXV, n° 26, p. 1089) :

Chez des enfants chétifs, anémiques, languissants, avec des ganglions de la chaîne sous-sterno-cléido-mastoïdienne volumineux et durs, sujets à des amygdalites chroniques, quelquefois avec des poussées aiguës, on trouve des amygdales pâles, paraissant petites, enchatonnées entre les piliers, souvent remplissant toute la loge vers le haut et s'avançant profondément vers le voile ; leurs cryptes sont remplies de matière caséeuse que fait sourdre la pression du bout de l'abaisse-langue ; le bord libre du pilier antérieur est rouge, congestionné.

Dans la description des amygdales enchatonnées, les auteurs parlent souvent de leurs *adhérences* aux piliers ; ceci demande un mot d'explication.

Normalement, la muqueuse des piliers, arrivant au bord de l'amygdale se dédouble : la couche superficielle se continue avec la muqueuse de revêtement de l'amygdale, la couche profonde se transforme en capsule fibreuse de la face profonde de l'amygdale. En réalité l'amygdale est une masse glandulaire et lymphatique comprise dans un dédoublement de la muqueuse des piliers. Donc, si on veut l'enlever en entier, il faudra sectionner cette muqueuse sur le bord de l'amygdale qui adhère toujours forcément en ce point aux piliers. Ce qu'il y a de particulier dans l'enchatonnement n'est donc pas la présence d'adhérences avec le pilier, mais ce fait que l'amygdale au lieu de sortir de sa loge en se pédiculisant s'accroît en profondeur, comble sa loge en tous sens en soulevant les piliers et s'en coiffant, si bien que, dépassant peu les piliers, elle paraît bien moins volumineuse qu'elle n'est souvent en réalité. De plus, parfois la muqueuse du pilier forme en haut et en bas de la loge un repli horizontal qui peut en imposer pour une bride d'adhérence.

Un point important à retenir c'est que les amygdales tuberculeuses ne sont pas les grosses amygdales molles et pédiculées.

Jon. Wright (*New-York med. Journ.*, 26 sept. 1896) a examiné histologiquement 60 fragments de grosses amygdales enlevés par amygdalotomie sans trouver un seul cas de tuberculose. Hodenpyl (*Amer. Journ. of med. Sc.*, mars 1901) est arrivé au même résultat. P. Nobécourt et Tixier (*Gaz. des hôpit.*, n° 108, 22 sept. 1908), chez 21 enfants porteurs de grosses amygdales, n'ont obtenu aucune preuve de tuberculose par l'inoculation au cobaye et les examens histologiques. Ces auteurs concluent que les grosses amygdales sont rarement tuberculeuses.

Au contraire dans les petites amygdales enchatonnées et chroniquement enflammées, on peut trouver des lésions tuberculeuses. Voici les résultats donnés par Hurd et Wright :

Examen de 13 cas dans lesquels les amygdales étaient cliniquement considérées comme chroniquement enflammées et non tuberculeuses :

2 fois : rien.
10 fois : inflammation chronique.
1 fois : tuberculose typique.

Examen de 11 cas où les amygdales étaient considérées cliniquement comme tuberculeuses (en particulier avec de volumineuses adénites tuberculeuses du cou dont quelques-unes opérées) :

8 fois : lésions tuberculeuses.
1 fois : lésions non tuberculeuses.
2 fois : tuberculose douteuse.

L'examen histologique montre non pas des bacilles mais des tubercules avec des cellules géantes typiques.

Particularité très importante à noter, les lésions existent surtout au fond des cryptes, à la base de l'amygdale ; donc si on n'enlevait que la partie superficielle de l'amygdale, la portion la plus malade resterait dans le moignon.

Les fragments d'amygdale semblables inoculés à des cobayes donnent des lésions tuberculeuses dans un large pourcentage de cas (Goodale).

En dehors de la tuberculose, les amygdales peuvent jouer le rôle de porte d'entrée dans un grand nombre d'infections. (Brelet. *Gaz. méd. de Nantes*, 23 janvier 1909, in *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1909, n° 16. — Redmond Payne. *California state Journ. of med.* janv. 1910, vol. VIII, n° 1.) Pour les infections aiguës (septicémies, pyémies, phlébites, néphrites aiguës, endocardites, pleurésies, méningite, appendicite, etc.), elles ne peuvent naturellement pas constituer une indication pour l'ablation des amygdales. Il n'en est pas de même lorsqu'une amygdalite chronique provoque des poussées successives dans le cas d'une affection à marche lente. Tel est le cas du rhumatisme. Le problème de son rapport avec les amygdalites ne pourra être résolu que lorsque le ou les agents pathogènes du rhumatisme seront bien connus ; mais actuellement un imposant faisceau de preuves cliniques peut être réuni.

Ingals étudiant avec soin 100 cas d'amygdalite a trouvé dans beaucoup de cas la coexistence de troubles articulaires. Phillips, dans 210 cas de rhumatisme articulaire a trouvé que 187 avaient présenté de l'amygdalite avant ou après les poussées. Brown a décrit une épidémie d'amygdalite dans une école avec des complications rhumatismales. Rosenheim, Welty, Lévy, Ross, Cohen, Elliott, Robertson admettent le même rapport.

Enfin nombre de ces auteurs et d'autres encore (George L. Richards, Robert W. Milles, Mac Cleave), ont enlevé

des amygdales chroniquement enflammées chez des rhumatisants et ont vu les poussées articulaires disparaître définitivement après cette extirpation. Il faut donc examiner avec soin les amygdales des rhumatisants et ne pas hésiter à les enlever si elles présentent des poussées inflammatoires à répétition.

Enfin, le plus souvent associée à l'infection des végétations adénoïdes, l'amygdalite joue un rôle dans les fièvres éphémères, la fièvre ganglionnaire des enfants (voir Brelet) ainsi que dans certains états toxiques mal expliqués se traduisant par de l'amaigrissement, de la tendance au sommeil, le changement de caractère de l'enfant. La déglutition du mucopus qui provient de ces organes lymphoïdes enflammés peut aussi provoquer, entretenir, de l'entérocolite et des poussées d'appendicite.

Autant de raisons pour surveiller la gorge de ces petits malades et ne pas hésiter à intervenir si l'amygdale semble en cause.

D'après ces considérations nous pouvons répondre ainsi à la première question que nous nous sommes posée : « Quand doit-on enlever les amygdales? »

Chez l'enfant, il faut enlever :

1° Les amygdales très hypertrophiées, pouvant gêner la respiration et le développement thoracique, la déglutition, la phonation, et favoriser l'infection du naso-pharynx et de l'oreille moyenne;

2° Les petites amygdales enchatonnées à type clinique tuberculeux, s'accompagnant d'adénites cervicales de la chaîne carotidienne;

3° Les amygdales chroniquement enflammées des enfants faisant des poussées de fièvre sans autre cause apparente;

4° Les amygdales suppurantes des entéro-colitiques.

Chez l'enfant plus âgé ou l'adulte, il faut enlever :

1° Les amygdales chroniquement enflammées des rhumatisants;

2° Quel que soit leur volume, les amygdales qui sont le siège de poussées inflammatoires fréquentes (abcès à répétition, amygdalite simple récurrente, cryptique, etc.), entraînant des troubles fonctionnels ou entretenant des angines à répétition, des rhino-pharyngites, otites, laryngites.

En face de ces indications, il existe des contre-indications à l'intervention chirurgicale :

1° Toute poussée inflammatoire ou congestion récente;

2° En temps d'épidémie de grippe, de fièvres éruptives, de diphtérie, d'oreillons, il vaut mieux attendre;

3° Toute présomption d'hémophilie;

4° Ne pas opérer les femmes au moment des règles;

5° Dans le cas où l'anesthésie générale est refusée, si celle-ci est nécessaire à l'intervention;

6° Si l'opération est refusée.

Dans les deux derniers cas, on pourra avoir recours à l'emploi des caustiques auxquels certains laryngologues sont encore fidèles (Leland, Chiari, Beck, C. Greene, Thomas Hubbard, Anderson, Roy, Clarke, Gleason). Le plus employé est la goutte de nitrate d'argent fondu sur le bout d'un cathéter; l'acide chromique et trichloracétique sur un tampon de coton ont des défenseurs. On portera le caustique jusqu'au fond des cryptes. Ce traitement est suivi d'une diminution notable de l'organe et d'un soulagement du malade. Il est accepté volontiers, mais cède le pas à l'ablation lorsque celle-ci peut être faite. (*A suivre.*) M. LANCE.

FORMULAIRE

LA DÉSINFECTION DU RHINO-PHARYNX SUIVANT LA MÉTHODE DU PROFESSEUR VINCENT

Nous avons sommairement indiqué la méthode de prophylaxie préconisée par M. Vincent contre la méningite cérébro-spinale, la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, la poliomyélite aiguë, la grippe, etc. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 34, p. 479.)

Voici les formules à employer :

1° Inhalations quatre à cinq fois par jour, pendant trois minutes, d'une certaine quantité du liquide suivant versé dans un bol qui trempe dans une cuvette d'eau très chaude :

Iode	20 grammes.
Gaïacol	2 —
Acide thymique	0g25
Alcool à 60 degrés	200 grammes.

2° Badigeonnage de la gorge matin et soir avec un tampon d'ouate imbibée de :

Iode métallioïde	0g50
Iodure de potassium	1 gramme.
Glycérine	15 —

3° Se rincer la bouche et se gargariser avec de l'eau oxygénée à 1 p. 100.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 MARS 1910)

Fièvre typhoïde expérimentale. — M. METCHNIKOFF. L'expérience sur le chimpanzé montre que l'ingestion des matières fécales d'homme, riches en bacilles typhiques, est capable de produire la fièvre typhoïde comparable à la maladie humaine. La réalisation de la fièvre typhoïde expérimentale a une importance considérable, car elle est le premier pas dans une voie qui permettra d'arriver à une thérapeutique rationnelle de la maladie.

La fièvre de Malte en France. — MM. LAGRIFFOUL et ROGER communiquent les premiers résultats de l'enquête qu'ils ont entreprise sur la fréquence de la fièvre de Malte en France. Fréquente dans tout le midi de la France, en particulier dans l'Hérault, le Gard, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, le Vaucluse, elle peut évoluer aussi en dehors du climat méditerranéen. Les auteurs viennent avec M. Rodet d'en trouver plusieurs cas à Lyon où elle n'avait pas encore été signalée. Ils estiment que, dans les régions les plus diverses de notre pays, les médecins doivent actuellement songer à l'existence possible de la fièvre de Malte dont les formes cliniques très diverses peuvent simuler en particulier la grippe, la dothiénentérie, la bacillose, ce qui a contribué à la faire méconnaître jusqu'ici.

Sécrétion normale d'une substance anticoagulante du foie. — M. DOYON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 MARS 1910)

Vraie séance de vacances. Très peu de membres dans la salle. Trois courtes communications. A trois heures quarante-cinq, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Parasitisme ou pseudo-parasitisme chez une femme. — M. RAILLET communique la curieuse observation d'une femme de soixante-trois ans qui, depuis quatre mois, se grattait incessamment et qui, depuis toujours, vivait dans une saleté repoussante et en proie à une misère physiologique absolue. Tout le corps n'était qu'une plaie recouverte de larves de toutes sortes. Cliniquement, cette malade semblait atteinte de la gale. Mais on releva des produits épidermiques, on les

examina et on reconnut que c'était des larves de puces et des puces. Il y avait aussi des poux et huit autres espèces de parasites dont nous n'avons pu retenir les noms.

Cette femme se trouvait sur un grabat infect, dans une pièce petite, puante, sans jour et sans air. Par le grattage, elle avait transformé tout son corps en une plaie.

M. Raillet a relevé un cas analogue chez un auteur allemand. Mais, dans ce cas, la malade avait été atteinte préalablement de psoriasis. On a observé en médecine vétérinaire des faits analogues sur des chiens et des chats, mais toujours avec une lésion préalable, ce qui n'existe pas chez la malade dont M. Raillet a rapporté l'observation. Il faut aussi faire intervenir, dans ces faits, l'influence de la crasse. Et quand on songe que ce fait a été observé dans un des pays les plus riches et les plus fertiles de France !

Dactylite osseuse suppurée. — M. Gaucher appelle l'attention sur des faits de dactylites osseuses suppurées, ou d'ostéites suppurées des phalanges (spina ventosa) si souvent confondues avec la tuberculose et qui sont d'origine syphilitique. Dans une première période, les phalanges se tuméfient ; dans une seconde période apparaît la suppuration. Sous l'influence du traitement antispécifique, les fistules se ferment, la réparation se fait.

Il s'agit toujours des mêmes lésions, qu'on ait affaire à la syphilis acquise ou à la syphilis héréditaire. Les injections de benzoate de mercure associées à l'iodure de potassium, dans les observations citées par M. Gaucher, ont guéri les malades en un mois.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par la sérothérapie. — M. Rosenthal fait une communication sur ce sujet. Il croit être en possession d'un bon vaccin destiné surtout à éviter les complications viscérales du rhumatisme articulaire aigu.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE

(Paris, 29 mars-2 avril 1910.)

Le Président de la République a inauguré mardi matin le troisième Congrès international de physiothérapie.

M. Fallières est arrivé à la Sorbonne, où avait lieu la séance d'ouverture et a été reçu par M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, M. le professeur Landouzy, président du Congrès, le secrétaire général et les présidents de section. Sur l'estrade avaient pris place aux côtés du Président, les représentants du président du Conseil et du ministre des Affaires étrangères ; M. Caron, président du Conseil municipal et les représentants des préfets de la Seine et du préfet de police ; les ambassadeurs d'Angleterre et des Etats-Unis ; les ministres du Brésil, du Danemark, du Chili et de Bulgarie ainsi que les délégués des gouvernements étrangers, des sociétés savantes et de la Faculté de médecine.

Après l'exécution de la *Marseillaise*, M. Fallières a prononcé le discours d'ouverture, puis M. Landouzy a pris la parole et a remercié le chef de l'Etat ainsi que les personnalités présentes.

Après avoir rappelé les précédents Congrès et exposé les beaux résultats qu'ils ont produits, M. Landouzy montre que la physiothérapie ne date pas d'hier mais remonte au contraire fort loin dans les annales de la science.

Si le mot physiothérapie, comme nos congrès particuliers, est de fraîche date, il s'en faut — tout le monde ici l'imagine — que la plupart des faits sollicitant notre curiosité soient neufs...

Combien antérieurs à la civilisation grecque l'insolation, les fontaines salines, la diète, les rythmes du chant, de la harpe, de la marche et de la danse, tels que les pratiquaient les Juifs il y a trois mille ans, et bien avant eux les Egyptiens ! David, conjurant les sorts de la pythonisse d'Endor, ne joue-t-il pas de la harpe devant Saül, pour engourdir ses souffrances et chasser sa mélancolie ? N'est-ce pas cette action calmante et berceuse de la musique, comme de tous les rythmes, qui valut à la médecine, sœur de la poésie, d'être appelée fille d'Apollon ? A tous les âges de l'humanité, les poètes ne furent-ils pas bienfaisants aux fatigués de la vie, aux neurasthéniques ? Cela, combien gentiment le dit l'auteur de la *Franciade* :

> La seule lyre douce
> L'ennuy des cœurs repousse :
> Et va l'esprit flatant
> De l'escoutant.

Les anciens utilisaient les sources et l'hydrothérapie. La revue que passe à ce propos l'orateur est instructive.

Encore, y a-t-il au monde quelque chose de moins nouveau que les malades recourant aux sources bitumineuses, salines, sulfureuses, à l'eau des rivières et de la mer ? Y a-t-il quelque chose de plus vieux que l'esprit systématique des médecins ou de la mode, prônant les fontaines chaudes au détriment des froides, ou réciproquement l'hydrothérapie plutôt que les sources thermales ? Ne voyons-nous pas déjà Horace, sur la prescription d'Antonius Musa, archiâtre d'Auguste, quitter la Campanie, déménager des bains soufrés de Baïes, pour laisser inonder ses rhumatismes d'eau glacée, Antonius Musa ayant aux eaux froides de Clusium, guéri son impérial malade ? Quoi encore de moins neuf que les régimes alimentaires : carné, végétarien, végétalien et fruitarien, religieusement acceptés par nos clients, puisque, eux aussi, peuvent se réclamer d'Horace ?

Le poète n'a-t-il pas, sur lui-même, éprouvé que si « on mêle le rôti à ce qui est bouilli ; les coquillages aux grives, la douceur se tourne en bile ; et la pituite met le trouble dans l'estomac » ?

Un unique plat de viande, les légumes et les fruits ne composent-ils pas *l'ordinaire* du satirique, puisqu'il fait dire à un paysan : « Je n'aurais jamais, hors les jours de fête, placé sur ma table autre chose que des légumes, avec un morceau de jambon fumé, et pour dessert, le raisin qui pend au plafond, des noix et deux figues. » Combien Pline ne prendrait-il pas en pitié nos flasques buveurs d'eau, jeunes gastropathes neurasthéniés, lui qui proclame le vin entretenir les forces, le sang, le teint !

« Un peu de vin, écrit-il, fait bien aux nerfs ; trop de vin leur fait mal. Il récrée l'estomac, excite l'appétit, amortit les chagrins et les soucis ; il est diurétique, réchauffe, et procure le sommeil. »

Qui, aujourd'hui, parlant, je suppose, de nos bordeaux fortifiants, de nos bourgognes agréablement diurétiques et de nos champagnes hilarants, dirait l'action physiologique des vins généreux de France, mieux que Pline buvant, chaque jour, un peu de falerne et de massique ?

A notre tour, comme nos confrères, les diététistes romains, nous recommandons d'user du bon vin naturel. Pourquoi, en

fils indignes, en physiologistes et en économistes aveugles, nous refuserions-nous à tirer de nos vignobles aussi les énergies que pour les caresses du palais, les satisfactions de l'estomac et la gaieté de l'esprit, y accumule le soleil? Experte et sobre, notre section de diététique permet aux repas l'usage du vin naturel, autant qu'elle en proscrit l'abus.

Se tenant à l'écart des abstinents, avec Molière, elle rappellera à ces intransigeants d'humeur morose que

> La parfaite raison fuit toute extrémité
> Et veut que l'on soit sage avec sobriété.

Mais après l'empirisme, voici des concepts nouveaux, les méthodes déductives, toute une renaissance.

Et M. Landouzy développe toute la genèse de la physiothérapie moderne rappelant les noms de Finsen, Röntgen et Curie.

M. Vaquez, secrétaire général, a fait ensuite l'historique des congrès internationaux de physiothérapie.

Après lui, ont pris successivement la parole : les docteurs Toledo, du Brésil; Guechoff, de Bulgarie ; Paja-Borne, du Chili ; Axel Reyn, du Danemark ; Magnin, des Etats-Unis ; Lewis Jones, de Grande-Bretagne ; Spiridos Levidès, de Grèce ; de Toth, de Hongrie ; Gauthier, d'Italie ; Van Bremen, des Pays-Bas ; Severanu, de Roumanie ; Zaleski, de Russie, et Petren, de Suède.

M. Fallières a ensuite visité l'exposition du congrès.

Cette exposition vraiment fort réussie et qui fait le plus grand honneur à son organisateur, le docteur Albert Weil, occupe deux vastes halls construits, ainsi que nous l'avons dit, dans la rue de l'Ecole-de-médecine et dans la cour de la Faculté.

Elle comprend quatre classes principales :

La classe I comprend les stations thermales, climatiques, etc., et les eaux minérales, elle occupe la grande tente établie dans la rue.

La classe II comprend les appareils et occupe le grand hall de la cour d'honneur.

La classe III comprend les aliments de régime, les produits diététiques et les maisons de régime.

La classe IV est consacrée aux livres et aux revues de physiothérapie.

Enfin une exposition rétrospective du plus vif intérêt est installée dans la salle des pas perdus.

Dans l'après-midi les sections ont commencé leurs travaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS (Paris, 7-10 avril 1910, hôtel des Sociétés savantes). — PROGRAMME ET ORDRE DU JOUR. — *Jeudi matin, neuf heures.* — Discours du président du Comité d'organisation. — Election du bureau du Congrès. — Rapport du directeur Leredde, secrétaire général du Comité de vigilance. — Rapport du docteur Bolliet : Libre choix et Sociétés de secours mutuels. — Rapport du docteur Vallat : Libre choix et grandes administrations. — Rapport du docteur Bresselle : Relèvement des honoraires médicaux.

Après-midi, une heure trois quarts. — Rapport du docteur Bertillon : L'avortement au point de vue médico-légal. — Rapport du docteur Levassort : L'exercice illégal de la médecine. — Docteur Maurice Faure : Communication sur l'évolution actuelle de l'éducation physique en France.

Vendredi matin, neuf heures. — Rapport du docteur Lafontaine : Les syndicats médicaux et l'enseignement médical. — Professeur Kutner (de Berlin) : Communication sur l'enseignement complémentaire de la médecine en Allemagne. — M. Marro : Communication sur les admissions et les inscriptions irrégulières dans les écoles de médecine. — Rapport du docteur Le Fur : Conseil médical supérieur.

Après-midi, une heure trois quarts. — Rapport du docteur Tourtourat : Limitation ou non limitation du nombre des étudiants dans les écoles de médecine. — Rapport du docteur Delpont : Concours d'admission à l'entrée des écoles de médecine.

Samedi matin, neuf heures. — Rapport du docteur Léon Archambault : La structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger. — Docteur Kœnig : Communication sur l'organisation des hôpitaux aux Etats-Unis : institution des « nurse ». — Docteur Kolbé : Communication sur l'organisation administrative des hôpitaux en Allemagne.

Samedi après-midi, une heure trois quarts. — Rapport du docteur Declercq : Organisation administrative des services d'hygiène à l'étranger. — Rapport du docteur Wicart : La loi de 1902 sur la santé publique. — Docteur Campinchi : Communication sur le rôle des syndicats en matière d'hygiène. — Election du Comité de surveillance.

La réduction des compagnies de chemins de fer sera valable du 4 au 13 avril. Cette réduction et la distribution des volumes, avant le Congrès, n'est pas assurée aux médecins qui s'inscriront après le 28 mars.

INAUGURATION DU MONUMENT HORACE WELLS. — La cérémonie d'inauguration du monument élevé place des Etats-Unis à la mémoire d'Horace Wells, le chirurgien-dentiste américain, « novateur de l'anesthésie chirurgicale » a eu lieu dimanche, sous la présidence de M. Dastre, membre de l'Institut.

L'ambassadeur des Etats-Unis, le président du conseil et le ministre des affaires étrangères étaient représentés. Les associations de dentistes, américains, allemands et espagnols avaient envoyé des délégués.

Le monument, qui est l'œuvre du sculpteur Bertrand-Boutée, représente le buste d'Horace Wells posé sur un socle en marbre blanc d'où se détache un médaillon de Paul Bert, qui perfectionna la méthode d'Horace Wells et dont le nom a été associé à l'hommage rendu au « novateur de l'anesthésie chirurgicale ».

Après la réception du monument, M. Dastre, au nom de l'Académie des sciences, rappela les travaux d'Horace Wells; il raconta comment Wells eut l'idée d'utiliser, pour l'anesthésie dentaire, les propriétés du protoxyde d'azote, du « gaz hilarant » découvert par Humphry Davy; l'orateur retrace les luttes que le novateur eut à soutenir et qui l'écœurèrent au point que, le 11 septembre 1848, il s'ouvrait les veines dans un bain et se mettait à respirer de l'éther jusqu'à ce qu'il succombât.

M. Dastre dit ensuite comment Paul Bert s'engagea dans la voie ouverte par Wells et toute la part qui lui revient dans l'invention de l'anesthésie chirurgicale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Hennequin, membre de la Société de chirurgie de Paris, l'inventeur et le patient vulgarisateur de l'extension continue dans le traitement des fractures. Sous un aspect un peu rude, Hennequin cachait une bonté et une patience que plusieurs générations d'étudiants ont mise souvent à l'épreuve dans les hôpitaux de Paris et dont le souvenir restera.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE SURRÉNALE : SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

Secondaires, les syndromes aigus peuvent être consécutifs à des infections ou intoxications. Il faut en effet (L. Martin et Darré, Hutinel, Méry, Netter) rattacher à l'insuffisance surrénale les *diphtéries graves* dans lesquelles on incriminait jadis la myocardite, les lésions bulbaires, la névrite du pneumogastrique (syndrome cardio-gastrique, syndrome infectieux tardif) et qui, caractérisées par une angoisse extrême, des tendances syncopales, des intermittences et des inégalités du pouls, des vomissements et des douleurs abdominales, aboutissent à la mort subite (2) à moins qu'on ne leur oppose, de bonne heure, l'opothérapie surrénale (v. à ce sujet la thèse de Casses, *Considérations pratiques sur les formes malignes de la diphtérie*, 24 février 1910, Paris); — certaines *scarlatines graves* dont Graves disait déjà : « Ces formes de la maladie dans laquelle le pouls, sans gagner en force, devenait tout à coup excessivement fréquent, toléraient mal les saignées générales et demandaient beaucoup de réserves, même dans l'emploi des sangsues; les moyens déplétifs, que la chaleur de la peau paraissait indiquer, ne faisaient qu'accélérer la marche des accidents nerveux »; ces formes au sujet desquelles Moizard, dès 1900, se demandait si ce n'était pas à une insuffisance surrénale qu'il fallait attribuer la mort subite qu'on observe parfois dans la scarlatine, ont été récemment étudiées par Gouget et Dechaux et par Hutinel (*Bull. méd.*, 17 mars 1909); — certaines *fièvres typhoïdes* (Fortineau, Moizard) où la mort subite, causée pour les uns par la myocardite, pour les autres, par un réflexe d'origine intestinale, relève souvent en réalité (Castaigne, Lebougle) de l'insuffisance surrénale; — certaines *pneumonies* (Sergent) et *broncho-pneumonies* (Babonneix et Paisseau); — certaines *grippes*; — certains cas d'*oreillons* (Sergent), plus rarement les *infections pneumococciques*, *pneumo-bacillaires* et *streptococciques*, le *tétanos*, l'*érysipèle*, la *variole*, l'*hérédo-syphilis* (Ribadeau-Dumas), les *angines* (Moizard). On a vu les mêmes accidents survenir à la suite d'une *opération* (Doléris et Malartic), d'un *accouchement*, d'un *traumatisme* même léger.

Dans la *tuberculose surrénale*, il y a lieu de distinguer : *a.* les cas où il s'agit de maladie d'Addison c'est-à-dire où il y a de la mélanodermie; *b.* les cas où cette mélanodermie manque.

a. La maladie d'Addison peut se *terminer rapidement*, au milieu de signes qui *sentent l'intoxication* (Chauffard) et qui sont, en réalité, des signes d'insuffisance surrénale aiguë, que ces accidents soient dus aux seuls progrès de la lésion capsulaire, les troubles éclatant au moment où les dernières cellules d'une glande, altérée mais suffisante jusqu'alors, sont atteintes à leur tour par le processus dégénératif (Sergent et Bernard) ou qu'ils s'expliquent par un apport de produits toxiques venus de l'extérieur : « Une infection quelconque introduit ces produits dans l'économie et cette infection qui, chez un sujet normal, serait restée bénigne tire ici sa gravité de l'impossibilité où se trouve l'organisme, du fait de la lésion capsulaire, de détruire ces toxines » (Lœper et Oppenheim). Quant à la *mort subite* dans la maladie d'Addison, elle a été attribuée (Arnaud, Oppenheim) à un acte réflexe sur le système nerveux central, réflexe inhibitoire provoqué par l'altération des nerfs ou des ganglions du plexus solaire et de l'enveloppe des capsules; en fait, elle est due à une intoxication suraiguë provoquée par la suppression brusque des fonctions surrénales jusqu'alors assurées par quelques trabécules glandulaires encore intactes et qui disparaissent lorsque ces trabécules sont à leur tour détruites (Sergent et Bernard).

b. Les formes aiguës et suraiguës de tuberculose surrénale sans mélanodermie reproduisent de point en point le tableau clinique des accidents aigus que nous venons de décrire. La seule différence est que la lésion des capsules, jusqu'alors latente, ne révèle son existence que par l'apparition des symptômes d'empoisonnement aigu qui caractérisent la grande insuffisance surrénale, tandis que, dans les faits qui nous ont précédemment occupés, la même lésion capsulaire s'était manifestée au préalable par tous les signes classiques de la maladie d'Addison (Lœper et Oppenheim).

DIAGNOSTIC. — **Essentiel.** — Il repose sur la constatation des symptômes précédemment énumérés : troubles circulatoires : hypotension artérielle, tendance au collapsus, ligne blanche surrénale; digestifs : anorexie, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée ou constipation; nerveux : asthénie, douleurs; généraux : hypothermie, ralentissement des échanges, anémie, cachexie. Ces différents symptômes évoluent de façon à constituer des syndromes lents, subaigus, aigus.

Différentiel. — § I. SYNDROMES LENTS ET SUBAIGUS. — 1. Dans la *maladie d'Addison*, le phénomène capital, c'est la *mélanodermie*. C'est donc elle qu'il importe de reconnaître. *a.* Certains miséreux offrent une pigmentation généralisée de la peau qui, jointe à leur état de faiblesse, fait souvent penser à une maladie d'Addison (*maladie des vagabonds*). Mais ici, outre les antécédents, il est le plus habituellement facile de faire le diagnostic : la peau, rugueuse, épaissie, porte des traces de grattage (mélanodermie phtiriasique); la pigmentation est surtout nette au niveau du tronc et des membres inférieurs. La pigmentation des muqueuses ne constitue pas un signe distinctif comme on le croyait jadis; elle a été vue, en effet, par quelques auteurs, dans la maladie des vagabonds. *b.* La pigmentation des *cirrhoses pigmentaires* est diffuse, généralisée, uniforme; les muqueuses sont respectées; il existe, le plus souvent, des signes de cirrhose et de la glycosurie. *c.* L'*intoxication arsenicale* peut donner naissance à une pigmentation très voisine de celle de la maladie d'Addison (Mathieu, Enriquez et Lereboullet). Mais ici la mélanodermie est maxima au niveau du tronc et de la racine des membres; elle est très faible aux mains, aux pieds et aux organes génitaux; il n'y a rien au niveau des muqueuses. La pigmentation s'accompagne habituellement de signes légers d'intoxication : « Ces caractères, joints aux commémoratifs et à l'action des autres signes d'altération capsulaire permettent, souvent non sans difficultés, de rapporter la mélanodermie à sa cause » (Lœper et Oppenheim). *d.* Dans la *pellagre*, la coloration noirâtre de la peau est surtout marquée au niveau des points exposés aux rayons solaires; elle est précédée de rougeur et de gonflement des téguments (érythème pellagreux) et s'accompagne de phénomènes (vertiges, céphalalgie, boulimie) qui ne sont pas fréquents dans la maladie d'Addison. *e.* La *pigmentation des tuberculeux* se distingue par les caractères déjà énumérés : d'ailleurs, la tuberculose des capsules surrénales est presque toujours primitive et s'observe très rarement chez les tuberculeux avancés (Sergent).

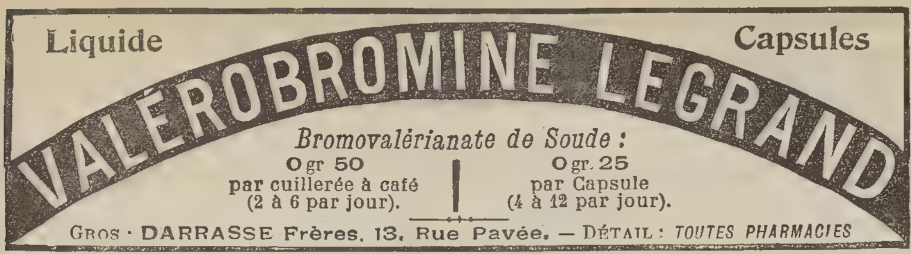
2. Dans les *syndromes lents et subaigus d'insuffisance surrénale pure*, le diagnostic est plus délicat, et lorsqu'on observe de l'asthénie, de l'hypotension artérielle, etc., le mieux est encore de ne pas se hâter; car il est bon nombre d'états morbides qui peuvent s'accompagner de symptômes analogues. Dans l'*anémie pernicieuse* et la *leucémie*, l'examen du sang fournira des renseignements décisifs; dans la *tuberculose pulmonaire*, lorsque les signes physiques sont très accentués, on peut éliminer la tuberculose des surrénales; dans le *cancer latent*, le diagnostic est parfois impossible. Certains *états neurasthéniques* se caractérisent par de l'anorexie, de l'amaigrissement, de l'hypotension artérielle : le diagnostic est alors d'autant plus malaisé que diverses neurasthénies relèvent très vraisemblablement d'une insuffisance surrénale lente. La *myasthénie* présente également, avec l'insuffisance surrénale lente, d'étroites analogies. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 32, p. 449, et 35, p. 494.

(2) Ces accidents sont depuis longtemps connus, comme le prouve la citation suivante de Huxham : « Pulsus mire et cito vacillans, angustiæ summæ, cita mors » que Corvisart traduit ainsi : (dans l'angine inflammatoire) le pouls est promptement et étonnamment vacillant, les angoisses extrêmes, la mort précipitée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.







BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des muscles, par MARINESCO, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest. Gr. in-8 de 172 pages avec 76 figures. — Prix : broché, 5 francs ; cartonné, 6 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Rayons X et radiations diverses. — Actions sur l'organisme, par le docteur H. GUILLEMINOT, vice-président de la Société de radiologie médicale de Paris. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de physique biologique.) In-18 jésus, cartonné toile de 320 pages, avec 13 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Traitement du tabes (« Consultations médicales françaises », fasc. XI), par le docteur Paul SAINTON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Prétuberculose et mensurations de poitrine. Etude basée sur l'examen de 1600 cas, par le docteur BOUREILLE, directeur du préventorium antituberculeux du boulevard Garibaldi. — Une brochure de 32 pages. — Paris, Maloine.



N° 38. — SAMEDI 2 AVRIL 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 2 AVRIL 1910. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un congé du 1er mars au 31 octobre 1910 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Girod, professeur d'histoire naturelle.

M. Bruyant, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé du cours pendant la durée de ce congé.

— Rouen. — M. Richard, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé dans ses fonctions, pour trois ans, à dater du 24 novembre 1910.

GUERRE. — Service de santé militaire. — Par décision ministérielle du 23 mars 1910 :

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Salinier, passe au 27e d'art.; Chéneby, au 92e d'inf.; Xambeu, au 93e d'inf; Druard, au 4e drag.; Delorme, aux hôpit. de la division d'Oran.

— La *médaille* des épidémies *en or* est décernée à M. le médecin principal Billet, de l'hôpital Saint-Martin.

Médailles d'argent. — MM. les médecins-majors de première classe Friant, Thérault, Jaubert; les médecins-majors de deuxième classe Le Bihan, Pinot, Comte; les médecins aides-majors Dornier, Vigon, Quérieux.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN FRANCE EN 1910. — Le *Bulletin administratif du ministère de l'Instruction publique* vient de publier la statistique des étudiants des différentes facultés et écoles d'enseignement supérieur au 15 janvier 1910. Nous y trouvons des renseignements intéressants en ce qui concerne les étudiants en médecine.

Les Facultés et Facultés mixtes avaient, au 15 janvier, 8029 étudiants répartis ainsi : étudiants hommes, 7227 dont 6600 français et 627 étrangers; étudiants femmes, 802 dont 312 françaises et 490 étrangères.

Les Ecoles de médecine comptaient 1692 étudiants dont 1 413 hommes français et 7 étrangers, 253 étudiantes françaises et 19 étrangères.

L'étude de la statistique nous montre que, après Paris qui avait 2 857 étudiants immatriculés, les facultés viennent dans l'ordre suivant : Lyon avec 746 étudiants, Bordeaux 740, puis Montpellier 504, enfin Nancy, Toulouse, Lille et Alger.

Pour les Ecoles, c'est Marseille qui tient la tête avec 285 élèves, puis Rennes et Nantes ex æquo. Les autres écoles se suivent de près et Besançon ferme la marche avec 31 élèves.

Parmi les étudiants étrangers inscrits dans nos facultés les plus nombreux sont les Russes : 515 à Paris, 137 à Montpellier, 29 à Nancy, etc.; puis viennent les Turcs au nombre de 62 à Paris, puis toujours à Paris les Roumains 43, les Grecs 20, etc. Les Bulgares sont nombreux : à Nancy 34, et à Montpellier 13. Toutes les nationalités sont d'ailleurs représentées par quelques unités dans presque toutes les facultés et même les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires.

En terminant notons que les étudiants pharmaciens sont au nombre de 1448 dont 53 femmes y compris les étrangers et étrangères pour les Ecoles supérieures et Facultés mixtes.

Les Écoles ont 310 élèves inscrits dont 3 femmes, et 3 étudiants étrangers.

LES NOUVELLES CONSTRUCTIONS DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Dès 1906, l'université de Paris, déjà trop à l'étroit dans son nouveau palais de la Sorbonne, dut songer à son extension. Le conseil de l'université acheta à la congrégation des Dames de Saint-Michel de vastes terrains situés dans les limites du quartier latin, entre les rues d'Ulm, Gay-Lussac et Saint-Jacques.

Ces terrains avaient une superficie de 22,700 mètres carrés, à peu près la superficie totale de la Sorbonne. L'université paya de ses deniers 13,700 mètres de terrain, qui lui coûtèrent près de 2 millions; pour le restant, elle obtint le concours financier de l'Etat et de la ville de Paris. La dépense était considérable pour elle. Heureusement, elle put céder — et l'acquéreur voulut que son vendeur fît une très bonne affaire — une parcelle de mille mètres carrés en bordure sur la rue Saint-Jacques au prince de Monaco.

Cette dernière partie est aujourd'hui presque entièrement construite : c'est l'institut d'océanographie, il est à peu près certain qu'à la rentrée de novembre prochain les cours d'océanographie, qui ont eu lieu jusqu'ici à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre Richelieu, seront faits dans les spacieux locaux du nouvel institut.

Quant aux constructions qui doivent s'élever sur les 12,700 mètres appartenant en propre à l'université de Paris, leurs travaux vont commencer dès ces jours-ci. Le Conseil municipal a autorisé, dans la limite d'une dépense de 1 782 000 francs, la construction de l'institut de chimie, conformément aux plans et devis de l'architecte de la Sorbonne, M. Nénot, de l'Institut.

Sur ces mêmes terrains doit s'élever l'institut du radium, construit à frais communs par l'université de Paris et l'institut Pasteur. Les recherches sur les phénomènes de radioactivité seront dirigées par Mme Curie, professeur à la faculté des

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire thérapeutique, par G. LYON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté, et P. LOISEAU, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie, lauréat des hôpitaux, avec la collaboration de L. DELHERM et Paul-Emile LÉVY, anciens internes des hôpitaux de Paris. 7e édition conforme au Codex de 1908. In-18 de 784 pages, tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. — Prix : 7 fr. — Paris, Masson et Cie.

sciences, et l'étude de l'application de ces phénomènes aux maladies sera sous la direction de l'institut Pasteur.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE (29 MARS-2 AVRIL 1910). — Nous rendrons compte dans un de nos prochains numéros des travaux du Congrès qui se poursuivent brillamment.

Après les réceptions offertes aux congressistes au *Figaro* et à l'Hôtel de Ville, après les visites à Chantilly et Versailles, après le beau banquet du palais d'Orsay qui a lieu au moment où nous mettons sous presse, nos hôtes vont avoir une journée de clôture très chargée.

A neuf heures et demie, les séances continueront dans les sections.

De neuf heures à midi, MM. les congressistes devront retirer au secrétariat général leur carte d'invitation pour la réception à l'Elysée.

A cinq heures aura lieu la séance de clôture du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Enfin, à dix heures, aura lieu la réception à l'Elysée.

UN CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE aura lieu cette année à Copenhague vers la fin d'août.

Les personnes qui désireraient assister à ce Congrès seront assurées du meilleur accueil en Danemark. Elles pourront s'adresser pour les renseignements au secrétaire général du Congrès, M. Haarlöv, ministère de l'intérieur, à Copenhague, et envoyer leur adhésion et leur souscription (20 francs) à M. le trésorier général du Congrès, Landmandsbanken (Copenhague).

CONGRÈS SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL AMÉRICAIN (BUENOS-AIRES, 10-25 juillet 1910). — La Société scientifique argentine, à l'occasion des fêtes du Centenaire de la révolution de mai (1810-1910) et de l'Exposition internationale, organise un Congrès scientifique américain placé sous le haut patronage du président de la République argentine et du gouvernement argentin.

Les communications peuvent être adressées au président de la Commission de propagande, rue Cevallos, 269 (Société scientifique argentine) à Buenos-Aires.

Ier CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE INTERNATIONALE CONTRE LA GUERRE. — A leur réunion générale annuelle au siège social, 25, rue des Mathurins, Paris, sous la présidence du docteur J.-A. Rivière, président-fondateur de l'œuvre, les membres de l'Association médicale internationale contre la guerre ont décidé :

Que le Ier Congrès de l'Association médicale internationale contre la guerre, se tiendra à Paris en juin 1911.

L'assemblée vote, par acclamations, des félicitations au docteur Rivière pour la grande et fructueuse propagande pacifiste, à laquelle il s'est adonné depuis cinq ans — mission particulièrement ingrate — ; pour avoir amené au Congrès plus de mille adhérents par la seule voie de son journal, les « Annales de Physicothérapie » et pour avoir assumé, à lui seul, tous les frais de cette vaste association, avec un désintéressement qui n'a d'égal que le succès obtenu.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Forichon (de Montet) et Laplaigne (de Paris).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (directeur : M. Pierre Sebileau, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière). — COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (série ophtalmologique). — M. le docteur Victor Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, fera une série exceptionnelle de conférences de chirurgie oculaire en dix leçons, qui commencera le lundi 4 avril, à deux heures, et aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à la même heure.

L'accès à ces conférences est gratuit pour les internes des hôpitaux.

Un droit de 50 francs est exigé des étudiants en médecine et un droit de 80 francs des docteurs en médecine, français ou étrangers.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

— SEMESTRE D'ÉTÉ 1910 — *Cours et exercices de bactériologie et d'anatomie pathologique.* — Cours de bactériologie : M. Maxime Macaigne, agrégé, médecin des hôpitaux ; du mardi 17 mai au samedi 25 juin, les mardis, jeudis, samedis, à une heure et demie.

Cours d'anatomie pathologique générale : M. Pautrier, sous-chef de laboratoire ; du vendredi 8 avril au mercredi 11 mai, les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures.

Le cours de bactériologie comprendra dix-huit leçons. Le cours d'anatomie pathologique en comprendra quinze. L'un et l'autre seront suivis d'exercices techniques.

Les cours sont gratuits pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants en médecine et de 80 francs pour les docteurs en médecine français et étrangers.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (SERVICE DE M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU.) — *Deuxième série de conférences sur la pathologie intestinale*, par MM. Albert MATHIEU et Jean-Ch. ROUX. — 7 avril : M. A. Mathieu. Colites hémorragiques.

13 avril : M. J.-Ch. Roux. Diarrhées avec fermentation des hydrocarbones.

14 avril : M. A. Mathieu. Sigmoïdites.

20 avril : M. J.-Ch. Roux. Diarrhées avec putréfaction des albumines.

21 avril : M. A. Mathieu. Traitement des colites dysentériformes.

27 avril : M. J.-Ch. Roux. Adhérences péricæcales et péricoliques.

28 avril : M. A. Mathieu. Formes cliniques et traitement du spasme de l'intestin.

4 mai : M. J.-Ch. Roux. Formes cliniques du cancer du rectum.

7 mai : M. A. Mathieu. Formes cliniques du cancer de l'intestin.

11 mai : M. J.-Ch. Roux. Les formes principales des intoxications d'origine intestinale.

12 mai : M. A. Mathieu : Les principaux points de repère dans le diagnostic de l'occlusion intestinale.

Les conférences ont lieu dans la salle de consultation (20, rue de Citeaux), à onze heures.

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE. — CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF ET DE SES ANNEXES. (Cours de M. L. GERNEZ, prosecteur.) — Ouverture le lundi 4 avril 1910, à une heure et demie. — I. Cure radicale de la hernie inguinale. Cure radicale de la hernie crurale. — II. Traitement de la hernie ombilicale. Traitement des éventrations. — Technique des laparotomies. — III. Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Technique des sutures intestinales. Technique des résections intestinales. — IV. Anus artificiel définitif. Anus artificiel temporaire. Cure de l'anus artificiel temporaire. — V. Extirpation du rectum. Traitement du prolapsus rectal. Technique des mobilisations du gros intestin. — VI. Gastrotomie. Gastro-entérostomie. — VII. Gastrectomie. Appendicectomie. — VIII. Traitement des hernies étranglées. Anastomoses intestinales et boutons. Exclusion de l'intestin. — IX. Iléo-rectostomie. Résection des hémorroïdes. Traitement des fistules anales. Splénectomie. Splénopexie. — X. Sutures du foie. Cholécystostomie. Cholécystectomie. Chirurgie du cholédoque.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire à la Faculté.

HOPITAL BEAUJON (service du professeur ROBIN). — Le jeudi 7 avril, à dix heures du matin, le docteur Calot (de Berck) fera une leçon sur le traitement des tuberculoses externes (adénites, ostéo-arthrites, etc.), devenu accessible à tous les médecins ; avec application de la technique à des malades.

Traitement des fractures par voie sanglante, par le docteur Honoré SOULIÉ (d'Alger). Tiré à part des *Archives provinciales de chirurgie*. — Le Mans, 12, place des Jacobins.

REVUE GÉNÉRALE (1)

DU ROLE DE L'INFECTION ET DE L'AUTO-INTOXICATION DANS L'APPARITION DE L'ATTAQUE ÉPILEPTIQUE

Par M. Eugène GELMA,
Interne des asiles de la Seine et de l'Infirmerie spéciale.

L'épilepsie dite idiopathique se conçoit de deux façons. Pour les uns, c'est une affection définie ayant un début, une période d'état, un stade terminal, dont l'éclosion des paroxysmes n'est soumise à aucune loi et dont la cause est inconnue. C'est la conception classique de l'épilepsie essentielle, celle de Lasègue. A côté de cette épilepsie essentielle, on rangeait les épilepsies symptomatiques, celle de Bravais-Jackson, les épilepsies aiguës dont les éclampsies ne seraient qu'une modalité et aussi des accidents appelés *épileptiformes*, sans doute parce que leur allure est cliniquement semblable à ceux de l'épilepsie essentielle, mais qui seraient différents de ceux de la véritable épilepsie, parce qu'ils surviennent au cours d'affections différentes : lésions circonscrites ou diffuses de la corticalité, etc.

D'autres ne font aucune différence nosologique entre ces derniers accidents et les paroxysmes de l'épilepsie essentielle; ils ne considèrent ces attaques que comme des syndromes. Ces syndromes ont des caractères cliniques communs comme la brusquerie, la périodicité et, le plus souvent, l'amnésie consécutive à la crise ; ils relèvent de causes étiologiques nombreuses dont la pathogénie est liée à des malformations anatomiques de l'écorce plus ou moins appréciables, mais réelles, tantôt et le plus souvent héréditaires, *dégénératives*, tantôt acquises au cours de la conception, la gestation, la naissance, la vie.

Cette doctrine qui n'est pas nouvelle, mais qui est loin d'être admise par tous les médecins, se réduit en réalité à dire qu'il n'existe pas d'affection appelée *épilepsie*, qu'il n'existe pas d'*attaques épileptiformes*, mais que l'on observe cliniquement des syndromes épileptiques moteurs, viscéraux, sensoriels ou psychiques, associés ou dissociés et le terme d'épilepsie essentielle ne veut plus dire épilepsie sans cause, mais *attaque de cause inconnue* (Féré).

I

Étiologie. — Souligner l'importance de cette dernière conception est inutile. Les recherches de ces dernières années, les observations accumulées montrent que dans des cas de plus en plus fréquents l'explosion des paroxysmes est en rapport avec des phénomènes toxi-infectieux. Ces constatations comportent un corollaire thérapeutique des plus intéressants et jettent un jour particulier sur l'étiologie des attaques comitiales, aussi la tendance à rattacher les décharges paroxystiques à l'apparition des poisons dans les tumeurs est de plus en plus admissible, que ces poisons proviennent de l'organisme ou du dehors.

Rôle de l'infection. — L'observation la plus ancienne a fait ressortir l'action des maladies infectieuses sur l'apparition des crises épileptiques. Des faits de plus en plus nombreux viennent étayer cette opinion. Tout d'abord il est hors de doute que l'on puisse considérer comme microbiennes les lésions produites sur l'écorce cérébrale à la suite de maladie infectieuse (Chaslin, Marie). Veysset dans sa thèse a étudié cette question, Bessières a publié trois observations où la scarlatine, la rougeole et la variole peuvent être considérées comme la cause des attaques. Les lésions produites par ces états infectieux se seraient traduites par des crises comitiales survenues vingt et un, vingt-sept et vingt-huit ans après la guérison. Mais les maladies infectieuses jouent surtout le rôle, non point d'une cause déterminante des attaques, mais d'une cause occasionnelle « qui à l'instar de l'intoxication ou des troubles digestifs met en jeu la prédisposition névropathique » (Grasset).

Charrin a apporté un argument expérimental en faisant éclater des attaques chez des animaux par l'injection de toxines microbiennes. L'observation clinique enrichit chaque jour la littérature médicale de faits nouveaux. Dide rapporte un cas où les attaques sont survenues à l'occasion d'une *fièvre typhoïde*. Gowers incrimine la *scarlatine*. Veysset, dans le travail déjà cité, donne l'observation d'une femme qui eut une crise huit jours après la guérison d'une *fièvre puerpérale* : cette malade avait comme antécédents héréditaires un père ivrogne et une mère hémiplégique. Lépine cite l'infection *grippale*. Le malade de Rozier était un nègre qui à soixante ans fit sa première attaque à l'occasion d'un *érysipèle*. Hippocrate avait indiqué l'*impaludisme*, qui est pour Maupaté un type d'état infectieux épileptogène. Dumas (de Montpellier) et Miles (de Baltimore) ont vu les attaques alterner avec les accès paludiques ou les remplacer. Marandon de Monthyel a rapporté des faits identiques.

La *syphilis* en tant qu'infection a été incriminée par beaucoup. Fournier a vu les crises disparaître par le traitement. Charcot, en 1882, rapporte une observation d'attaques coexistant avec l'apparition de plaques muqueuses chez un jeune homme de vingt-quatre ans qui avait eu à quatorze ans des crises assez rares. L'épilepsie toxique de la période secondaire a son histoire. Depuis longtemps d'ailleurs l'épilepsie syphilitique avait été entrevue par Ulrich de Hutten, Thierry de Hery, Paracelse, Nicolas Massa, Ambroise Paré, Hoffmann, Sauvage, Boerhave, van Swieten, Astruc, Sanchez, Tissot, Franck, etc.

A côté de ces faits bien établis, il convient d'en placer d'autres, contradictoires en apparence où l'infection exerce en quelque sorte une *action suspensive* sur les manifestations épileptiques. Seglas, Queriaud, Marie, Launois, Pelissier, Toulouse et Marchand, ont vu les attaques disparaître pendant

l'état infectieux et reparaître après. Plusieurs explications de ces faits ont été proposées : pour les uns, la fièvre favorisant la circulation supprimerait l'anémie cérébrale, cause des attaques; pour d'autres, ces toxines paralyseraient les cellules motrices et les rendraient inexcitables. On pourrait également penser que les poisons organiques, causes des attaques, sont en quelque sorte neutralisés par les toxines microbiennes; il se passerait ici un phénomène analogue à celui que l'on observe parfois dans la sédation de certains troubles psychiques par l'apparition d'un état infectieux aigu ou d'une phlegmasie locale, d'une suppuration provoquée dans un but thérapeutique (abcès de fixation).

Rôle de l'auto-intoxication. — Les poisons nés et retenus dans l'organisme ont naturellement la même action convulsivante que les toxines microbiennes sur l'appareil cortical prédisposé.

Intoxication d'origine gastro-hépatique. — Hippocrate avait déjà dit que l'inflammation de l'estomac peut produire le mal comitial. Galien souhaitait de bonnes digestions aux épileptiques. Bien plus tard, Tissot, en 1770, écrivait qu'une nourriture abondante n'était rien moins qu'un poison pour les prédisposés aux attaques. Delasiauve, en 1854, décrit une épilepsie gastro-intestinale et préconise un régime végétarien. Hœther et Smith constatent de l'indican dans l'urine des épileptiques et pensent que les crises sont en relation avec la putréfaction intestinale. Lépine et Pommay ont étudié le mal sacré des gros mangeurs, Kuntzler a fait une thèse sur l'épilepsie d'origine intestinale, sans compter les auteurs comme Paget, Gowers, Ballet, M. de Fleury, Féré, etc., qui ont insisté sur cette question. Tout récemment deux chirurgiens américains (1) ont mis ces notions à profit et ont pu arrêter dans un cas, diminuer dans un autre les attaques par l'irrigation du côlon.

Ce sont surtout les phénomènes de résorptions toxiques de la *coprostase*, de la constipation qui ont attiré l'attention des auteurs qui se sont occupés de la question. Bouchard a fait entrer en convulsion des animaux auxquels il avait injecté de l'extrait alcoolique de matières fécales. Sur les animaux, Mlle Blanc a produit des attaques à l'aide d'injection de culture microbienne de selles d'éclamptiques. Secheyron rapporte une observation d'éclampsie avec constipation opiniâtre. Feyat dans une thèse conclut que la constipation habituelle peut engendrer des convulsions. Pierret admet également que dans bien des cas les indigestions, la constipation, l'usage de viandes avariées provoquent l'apparition des attaques. Il paraît légitime d'attribuer à des phénomènes d'ordre toxique les attaques comitiales dues à la présence de ténias dans l'intestin (Martha, Radaeli).

Quant aux accidents relevant de la *dyshépathie*, les observations ne manquent pas. Une grande partie de l'histoire de l'épilepsie alcoolique est d'ailleurs liée à l'altération de certains viscères, du foie en particulier, puisque dans bien des cas la cessation de l'alcool n'amène pas la disparition des attaques et qu'il faut bien admettre, pour les expliquer, des troubles de sécrétions hépatorénales dus à l'alcoolisme chronique (Klippel), troubles constatés par les auteurs qui se sont occupés de l'épilepsie alcoolique. L'épilepsie d'origine hépatique a été étudiée dans une thèse de Lévi. Des observations comme celles de Claus et van der Stricht, qui racontent l'histoire d'une jeune fille qui avait une absence toutes les fois qu'elle se gorgeait de sucreries et qui cessait d'en avoir dès qu'elle s'en abstenait, sont probantes.

Intoxication d'origine rénale. — Le rein lorsqu'il devient insuffisant, lorsqu'il n'élimine plus les poisons est l'origine de phénomènes d'intoxication capables de provoquer des attaques. Dans les états comitiaux on a noté (Haig) l'encombrement de l'organisme par l'acide urique. L'acétonurie expérimentale pratiquée par Jaksch a produit des attaques; cet auteur en a réuni quatre observations sur 7.500 malades. Nothnagel de Vienne en a également vu un cas. Les recherches sur la toxicité des urines chez les comitiaux au moment de leurs crises sont fort instructives. Féré en 1890 disait : « Sauf certaines exceptions, dont les conditions physiologiques n'ont pu être déterminées, les urines préparoxystiques sont plus toxiques et plus convulsivantes que les urines postparoxystiques. » Voisin et Péron à la suite de nombreuses expériences déclarent que l'on peut prévoir la crise par l'hypotoxicité de l'urine. Cette rétention de toxines serait donc en relation immédiate avec l'attaque. Mairet et Bosc sont arrivés à des conclusions semblables. De même Nelson Tietz a constaté qu'avant les crises la quantité d'urée éliminée est insuffisante. Voisin et Mante ont pratiqué des injections de bleu de méthylène chez vingt malades et ils ont vu l'élimination prolongée et intermittente pendant les accès. Ce retard dans l'élimination coïncidait avec l'hypotoxicité urinaire.

Les variations du rapport azoturique chez les épileptiques sont connues (Claude et Blanchetière), elles marquent un défaut d'équilibre dans les fonctions de nutrition. D'autre part la diazo-réaction positive constatée après l'attaque a été interprétée (Masoin) comme révélatrice d'une altération de la formule normale de l'élimination azotée. Enfin est-il besoin de dire que l'urémie convulsive est un exemple remarquable d'épilepsie par insuffisance rénale.

Intoxication d'origine dyscrasique par trouble de la nutrition. — Les substances toxiques constituées pendant les actes de l'assimilation et de la désassimilation jouent un grand rôle dans la genèse des paroxysmes épileptiques (Weber). Certains auteurs ont mis en cause le carbonate d'ammoniaque. Les relations de l'épilepsie et de l'*arthritisme* ont été étudiées par Charcot et ses élèves. Delanef dans un travail rapporte trois observations d'épileptiques arthritiques. Les crises des *diabétiques* ont été étudiées par Ebstein; Hubert Camille dans une revue générale sur l'épilepsie tardive en donne deux observations. L'épilepsie *goutteuse* a retenu l'attention de van Swieten, de Legrand du Saulle, de Ganet qui

(1) *Semaine méd.*, 8 juin 1908.

en parle dans son traité sur la goutte. Lynch, Teissier, Nageotte ont vu l'alternance des accès de goutte et des attaques.

Intoxication relevant de troubles de sécrétion glandulaire. — C'est sur l'étude des troubles de sécrétions internes que se sont portés les travaux les plus récents et aussi les plus instructifs quant à l'explication des crises de l'épilepsie idiopathique. Il est en effet rationnel de penser que nous ne connaissons pas encore tous les facteurs de phénomènes toxi-infectieux de l'organisme auxquels il serait possible de rapporter l'origine des paroxysmes.

On a observé bon nombre d'épileptiques porteurs de *goitre* (Bastia) et certains ont émis l'hypothèse que le mauvais fonctionnement de la glande thyroïde est la cause de bien des attaques (Bastia). Claude et Schmiergel ont récemment présenté à la Société de biologie le résultat de leurs recherches sur les altérations de la glande thyroïde et des glandules parathyroïdes dans l'épilepsie. Chez dix-sept malades ils ont trouvé une diminution du volume de la glande. Dans deux cas seulement les modifications histologiques étaient peu considérables. En général ils ont observé dans la glande des lésions de nature à troubler le fonctionnement, notamment l'élaboration et l'absorption de la substance colloïde probablement altérée dans sa constitution chimique, processus de dysthyroïdie plus que d'hypothyroïdie. On peut également mentionner les phénomènes toxiques relevant ce que MM. Dupré et Pagnez ont décrit sous le nom de *dysthyroïdie pubérale et ménopausique.*

Claude et Schmiergeld ont encore communiqué à la Société de biologie le résultat de leurs recherches sur l'état de l'*hypophyse*, des *surrénales* et des *ovaires* dans l'épilepsie. Ils ont trouvé des altérations anatomiques et histologiques de ces glandes.

Les propriétés épileptisantes du *suc pituitaire* ont été signalées (Mairet et Bosc).

Enfin les phénomènes toxi-infectieux d'*origine génitale* ont attiré depuis longtemps l'attention des auteurs. On a préconisé la castration comme traitement de l'épilepsie (Lawson et Bacon). Schraunn a vu les accès se suspendre par la castration ovarienne. Russel a observé le même résultat à la suite d'une ablation ovarienne double. L'opothérapie ovarienne a donné dans un cas rapporté par Bodon un résultat catégorique, une jeune fille dont les crises étaient survenues à la puberté et qui paraissaient en rapport avec la dysménhorrée fut débarrassée de ses attaques par l'opothérapie ovarienne. Toulouse a également pu améliorer quelques femmes en les soumettant au même traitement. Par contre Marchand a vu les crises survenir après une double ablation ovarienne. A cet égard Alaize dans sa thèse écrit : « S'il faut penser que les principes ovariens sont capables de neutraliser les toxines susceptibles de se montrer épileptisantes, l'activité ovarique exagérée est aussi un facteur d'auto-intoxication qu'il convient de faire entrer en ligne de compte dans la genèse des accidents comitiaux. »

L'influence de la menstruation sur la répétition des attaques est des mieux établie. Un grand nombre d'épileptiques ont leur accès au moment de leurs règles (Gowers). Faut-il citer ici l'observation curieuse de Bianchini, cette femme d'un sergent-fourrier qui surprise par son mari en flagrant délit d'adultère fait une première attaque comitiale qui se répéta ensuite tous les mois en remplacement de la période menstruelle.

La grossesse et la ménopause ont également de l'avis de tous les auteurs une action indéniable sur la prédisposition (Pinard, Tarnier, Régis, Barié).

Il faut également noter comme cause des attaques des intoxications relevant de divers processus.

Le *trophœdème* a été signalé par Féré, Teissier, Lecreux et Roué. Lannois de Lyon a rapporté en 1904 l'observation intéressante d'une épileptique de quarante ans présentant un trophœdème chronique du membre inférieur droit. L'épilepsie *des brûlures* a été décrite.

Certaines substances nées dans l'organisme comme la choline ont été retrouvées d'une façon constante dans le liquide céphalo-rachidien des comitiaux (Donath). Cette dernière substance provoquerait des convulsions toniques et cloniques très violentes lorsqu'elle est appliquée sur l'écorce cérébrale et elle se forme dans l'organisme aux dépens de la lécithine (Donath). La fatigue musculaire produit également des substances de déchet qui peuvent se comporter comme de véritables poisons épileptogènes. A cet égard, il est intéressant de citer l'observation présentée au dernier congrès de Nantes (1909) par M. Dupré et Mme Long-Landry au sujet d'une femme ayant à la suite d'une fugue fait une attaque convulsive qui a mis en lumière la nature de l'automatisme ambulatoire et de l'état confusionnel, en sorte que ici le syndrome épileptique a été suivi d'une agitation motrice qui à son tour a déterminé une nouvelle crise.

Nous laissons de côté l'étude des intoxications d'origine externe, comme le saturnisme et l'alcoolisme qui constituent un chapitre étiologique très spécial de l'épilepsie.

II

Pathogénie. — Lorsqu'il existe une lésion des zones excitables de l'écorce, toute infection ou toute intoxication a tendance à se localiser sur ce point, d'où processus irritatif se traduisant par des phénomènes convulsifs. Cette conception qui n'est qu'une conséquence d'une loi de pathologie générale, s'appuie sur des recherches expérimentales et sur des faits nombreux. L'expérience de Tripier, en 1877, est la première en date : cet auteur a pratiqué chez le chien une ablation considérable de l'écorce motrice, d'où paralysie consécutive qui s'est amendée. Une injection sous-cutanée d'une substance toxique, la morphine, a reproduit la paralysie après six mois. Rossolimo, après avoir traumatisé le cerveau d'animaux, exagère les troubles fonctionnels par des injections sous-cutanées d'atropine et de morphine. Devay a pratiqué des injections intra-veineuses d'essence de sauge chez un chien qui avait reçu une balle dans le cerveau, et des crises épileptiques se produisirent et se renouvelèrent à

chaque expérience. Des recherches semblables de Raymond et Artaud sont à citer.

L'observation nécroptique apporte des faits aussi probants. Castaigne et Ferrand ont trouvé à l'autopsie d'urémiques convulsivants d'anciennes lésions en foyer ou des lacunes de désintégration. A. Delmas, dans sa thèse, rapporte des constatations anatomo-pathologiques aussi intéressantes : chez ses paralytiques généraux morts à la suite d'ictus, il a trouvé des lésions circonscrites qui ont constitué là un véritable appel pour la toxi-infection. Faure dans une thèse de Lyon (1904) avait observé chez ses malades que la coexistence d'une lésion rénale à tendance urémique et d'une hémiplégie pouvait être le point de départ de troubles convulsifs limités au côté paralysé.

La doctrine qui paraît actuellement assez bien rendre compte de la pathogénie des paroxysmes est celle de l'hyperexcitabilité corticale constitutionnelle ou acquise, dues à des lésions plus ou moins marquées ou à un trouble fonctionnel. Cette hyperexcitabilité corticale avait déjà été appelée *spasmophilie* par Féré. Joffroy, dans une leçon de Sainte-Anne, l'avait dénommée *aptitude convulsive*. Elle est due souvent à l'extension de lésions plus ou moins anciennes : reliquat d'encéphalopathies infantiles, processus de gliose post-infectieux ou autres foyers de ramollissement ou d'hémorragie, lacunes de désintégration, artério-sclérose, etc. On a décrit en dehors de la porencéphalie, de l'hydrocéphalie, de la sclérose cérébrale, des lésions créées au moment de l'accouchement (Little), des lésions cérébrales provoquées dans l'enfance par les fièvres éruptives et les maladies infectieuses (P. Marie, Gilles de la Tourette, M. de Fleury), lésions qui, ultérieurement, constitueront des épines irritatives génératrices d'attaques. Certaines formes particulières de méningo-encéphalite à évolution lente (Bourneville et Vuillaumez), l'hypertrophie névroglique corticale (Bleuler, Alzeimer) ont été signalées comme ayant été le point de départ de l'hyperexcitabilité de l'écorce cérébrale.

L'observation montre également qu'il existe des cas, et ils sont nombreux, où l'investigation nécroptique la plus minutieuse, l'examen histologique le plus sérieux ne donnent aucun résultat. Il n'y a aucune lésion apparente. Peut-être, peut-on admettre une hyperexcitabilité corticale purement *fonctionnelle*, due le plus souvent à une prédisposition native, à une déviation de l'organisme, à une *dégénérescence*; elle a alors son origine dans l'hérédité morbide qu'il faut comprendre dans son sens le plus large. L'alcoolisme des parents joue ici un grand rôle (Triboulet, Echeverria, Legrain), surtout l'*alcoolisation des géniteurs au moment de la copulation et de la fécondation*. La naissance avant terme, l'asphyxie, les circulaires autour du cou (Joffroy), l'athrepsie sont autant de causes souvent citées (Féré, Magnan, Nicloux).

Cette aptitude convulsive peut ne se manifester que très tardivement, c'est ce que certains auteurs appellent épilepsie *tardive*, épilepsie *sénile* (Maupaté). Ils ont d'ailleurs signalé le rôle fondamental de l'*intoxication* dans l'éveil tardif de la prédisposition (Hubert Camille). Les premières attaques apparaissent en général vers douze, quinze ans et se répètent plus ou moins souvent, mais on peut, en recherchant dans le passé des malades, retrouver la trace de la prédisposition native. On rencontre, en effet, très souvent dans l'enfance des épileptiques des accidents convulsifs (Dufour) qui sont les signes révélateurs de l'hyperexcitabilité corticale que la toxi-infection viendra plus tard révéler.

BIBLIOGRAPHIE

ALAIZE. *Du rôle de la fonction interne de l'ovaire*, Th. de Montpellier, 1906. — AUBANEL. *Ann. méd.-psych.*, 1847, t. VII.

BACON. Emploi de la castration dans le traitement de l'épilepsie, *Arch. de neurol.*, 1880. — BALL. *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., Paris 1890. — BALLET. Crises épileptiques chez un malade dont la syphilis remonte à quarante-deux ans, *Soc. neurol.*, 7 nov. 1907 ; — *Traité de pathologie mentale*. — BALLET et FAURE. Action épileptisante du jus de tabac. *Soc. de biol.*, 1899. — BARIÉ. Th. de Paris, 1877. — BASTIN. *Epilepsie thyroïdienne*, XIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles, août 1903. — BERLUREAUX. Art. EPILEPSIE, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. XXXV. — BESSIÈRE. *Contribution à l'étiologie de l'épilepsie*, Th. de Bordeaux, 1895. — BIANCHINI. Epilepsie cataméniale, *Arch. d. ps. neur.*, 1906, pp. 554-558. — BLANC. Toxicité des matières d'éclamptiques, *Arch. de toxicol.*, 1889. — BLANCHETIÈRE. Recherches urologiques dans l'hystérie et dans l'épilepsie dite essentielle, *Soc. de neurol.*, 4 juillet 1907. — BOMBARDA. *Traité de l'épilepsie*, Lisbonne 1896; — *Revue neurol.*, 1896. — BONNET. Traitement des épilepsies, *Dauphiné méd.*, juin 1898, p. 121. — BOURNEVILLE. Statistique de l'alcoolisme à Bicêtre, *Progrès méd.*, 1901, p. 262. — BORCHIPOLSKI. *Revue* (russe) *de psych.*, 1897, nos 6 et 7 ; — *Revue neurol.*, 1898, p. 77. — BROQUÈRE. *Attaques épileptiques et apoplectiques dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1882. — BROWN-SEQUARD. *Research on epilepsy*, 1877.

CALMEIL. *Maladies inflammatoires du cerveau*, Paris 1859. — CASTAIGNE. Art. URÉMIE, in *Manuel des maladies des reins*, 1906. — CHAMBRELENT. *Soc. de biol.*, fév. 1899. — CHANTEMESSE et TENNESSON. Sur la pathogénie des phénomènes convulsifs, *Revue de méd.*, nov. 1885. — CHAUVET. *Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux*, Th. d'agrégation, 1880. — CHARCOT. *Leçons cliniques*, 1875. — CHARRIN. Epilepsie et infection, *Arch. de phys.*, 1896-1897. — CHIRIÉ. Crises convulsives au moment du travail, *Soc. d'obst.*, fév. 1907 ; — De la production expérimentale des accès d'éclampsie. *Soc. d'obst.*, mars 1907. — CHRISTIANI. Epilepsie tardive chez les aliénés, *Arch. d. ps. sc. pen. e antrop. crim.*, vol. XVI, fasc. 1 et 2. — CLAUDE et SCHMIERGELD. Altérations de la glande thyroïde et des glandules parathyroïdiennes dans l'épilepsie, *Soc. de biol.*, 11 juillet 1908 ; — Recherches sur l'état de l'hypophyse, des surrénales et des ovaires dans l'épilepsie, *Soc. de biol.*, 26 juillet 1908. — CORRADO FERRARINI. Epilepsie d'origine hépatotoxique, *Riv. d. ps. ps. neur.*, 15 fév. 1898. — COURTOIS-SUFFIT. Art. URÉMIE, in *Manuel de méd. Debove-Achard.*

DELANEF. *Essai sur l'étiologie de l'épilepsie tardive*, Th. de Paris, 1883. — DELMAS. *La mort avec ictus dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1907, 259 pages, 47 observations. — DEVAY. *Province méd.*, 27 mai 1893. — DIDE. Fièvre typhoïde et épilepsie. *Revue de méd.*, 1899, p. 150. — DONATH. Choline dans le liquide céphalo-rachidien, *Zeits. f. phys. Chem.*, 1903, t. XXXIX, pp. 526-544. — DUPRÉ-LEFEBVRE. Epilepsie d'origine gastrique, *Nord méd.*, 1898 ; — *Revue neurol.*, 1898,

p. 655. — DUPRÉ et LONG-LANDRY. Communication du Congrès de Nantes, 1909.

EBSTEIN. Des rapports du diabète sucré et de l'épilepsie, *Deuts. med. Woch.*, 1898.

FALRET. *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1890. — FAURE. *Sur l'urémie convulsive*, Th. de Lyon, 1891. — FAURE (Maurice). *Sur un syndrome mental fréquent, lié à l'insuffisance des fonctions hépatiques et rénales*, Th. de Paris, 1909. — FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques.* Paris 1890 ; — Goutte et épilepsie, *Belgique méd.*, 1903. — FERNET. Statistique des décès dus à l'alcoolisme dans les hôpitaux et les asiles, *Soc. méd. des hôpit.*, 1906 et 1907. — FEYAT. *Sur les intoxications intestinales*, Th. de Lyon, 1890. — FOURNIER. *Ictus chez les paralytiques généraux*, Th. de Lyon, 1893. — FURNSTER. Pathogénie de certaines attaques convulsives, *Arch. f. ps.*, XXVIII, fév. 1896.

GELINEAU. *Des épilepsies*, 1901. — GELMA (Eugène). *Considérations sur les rapports de l'alcoolisme avec l'épilepsie latente*, Th. de Paris, 1908. — GOWERS. *Epilepsy and others chronic. convulsive diseases*, 1901, 2e édition. — GUYOT. Attaques épileptiques dans la fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1881. — GRASSET et RAUZIER. Art. NÉVROSE COMITIALE, in *Traité de méd. et de thérap.* — GRASSET. *Clin. méd.*, t. I.

HEATHER et SMITH. Research upon the etiologie of idiopatic epilepsy, *New-York med. Journ.*, 27 août et 3 sept. 1892. — HOLM-NORDISK. *Med. Arkiv.*; — *Revue neurol.*, 1893, p. 532. — HUBERT (Camille). De l'épilepsie tardive, *Gaz. des hôpit.*, 1904. — HUGUENIN. Ueber Hrinœdem, in *Corresp. f. Schw. Ærtze*, juin 1889, n° 11.

JABOT. *Sur l'épilepsie des vieillards*, Th. de Nancy, 1890. — JUQUELIER. *Les délires par auto-intoxications*, Th. de Paris, 1903. — JOFFROY. Leçons de la clinique Sainte-Anne « Aptitude convulsive », *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1896, p. 1117. — JOFFROY et SERVEAUX.. De l'épilepsie et des convulsions dans l'expérimentation animale, *Revue neurol.*, 1900, p. 164.

KLIPPEL. *Leçons de l'asile clinique*, 1890 ; — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales, *Arch. gén. de méd.*, août 1892. — KOWALEWSKI. Epilepsie sénile, *Centralbl. f. neur.*, XX, août 1897. — KRŒPLIN. *Introduction à l'étude de la psychiatrie*, trad. Devaux et Merklen. — KUNTZLER. *Epilepsie d'origine intestinale*, Th. de Nancy, 1890.

LAITINEN. Infektionskrank, *Zeits. f. Hyg.*, 1907. t. LXIII, p. 1 ; — *Semaine méd.*, 1908. — LAMBERT. *Origine gastrique des vertiges épileptiques*, Th. de Paris, 1896. — LAMY. Art. EPILEPSIE CORTICALE, in *Dict. de physiol.* — LANCEREAUX. Sur la pathogénie des convulsions, *Union méd.*, 25 mars 1887. — LANNOIS. Trophœdème chronique chez un épileptique, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1904. — LEBEL. *Des épilepsies par trouble de la circulation*, Th. de Paris, 1889. — LEBRETON. Th. de Paris, 1899. — LECORCHÉ et TALAMON. Convulsions chez les diabétiques, *Etudes méd.*, 1881. — LEGRAIN. *Hérédité et alcoolisme*, Paris 1889. — LEMAIRE. Epilepsie d'origine pneumonique, *Revue de méd.*, 1888. — LÉPINE. Epilepsie survenant à la suite d'un écart de régime, *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1877. — LÉVI. *Troubles nerveux d'origine hépatique*, Th. de Paris, 1896. — LEWIS ALLER. Epilepsie sénile, *Med. News.*, mars 1898. — LUTH. Die spätepilepsie, *All. Zeits. f. psych.*, 1899. — LYNCH. Some remarks on metastasis to the brain in gout and othes diseases, *Journ. of med. sc.*, Dublin 1896.

MAGNAN. *Recherches sur les centres nerveux.* — MAIRET et BOSC. Recherches sur la toxicité des urines des épileptiques, *Soc. de biol.*, 11 janv. et 8 fév. 1896. — MARCÉ. *Traité pratique des maladies mentales.* — MARCHAND. Epilepsie survenue après ovariotomie, *Revue de psych.*, 1899, p. 280. — MARCHAND et NOUETT. Deux observations d'épilepsie tardive avec autopsie, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 1236. — MARIE (Pierre). Note sur l'étiologie de l'épilepsie, *Progrès méd.*, 29 oct. 1887, et *Sem. méd.*, 13 juillet 1892. — MARTHA. Epilepsie et vers intestinaux, *Arch. gén. de méd.*, nov. et déc. 1891. — MARTIN. De l'alcoolisme des parents, *Ann. méd.-psych.*, 1879, p. 48. — MASOIN. Quelques considérations sur l'épilepsie tardive et sur l'épilepsie sénile, *Ann. méd.-psych.*, 1902 ; — La diazo-réaction urinaire dans le pronostic de l'état de mal épileptique, *Journ. neurol. de Bruxelles*, 1907, n° 2. — MAUPATÉ. Considérations sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme, *Ann. méd.-psych.*, t. II, 1895. — Maurice DE FLEURY. Traitement médical de l'épilepsie, *Acad. de méd.*, 26 avril et 6 sept. 1898 ; — Quelques remarques sur le traitement de l'épilepsie, *Journ. des prat.*, 1898, p. 341. — MILES (de Baltimore). Paludisme et épilepsie, *Amer. neurol. Assoc.*, 1875. — MIQUEL. *Traité des convulsions chez les femmes enceintes*, 1824, p. 16. — MIRTO. Ricerche termo-elettriche sul cervello di un epilettico, *Ann. di nevroglia*, an. XVII, fasc. 6, p. 381, 1899 ; — *Revue neurol.*, 1900, p. 515. — MORICEAU. *De l'accouchement naturel*, t. I.

NAGEOTTE. Goutte et épilepsie, *Revue des mal. de la nutrition*, août 1903. — NAUNYN. Epilepsie et ischémie cérébrale, *Zeits. f. klin. Med.*, 1895, p. 217. — Nelson TIETZ. Origine auto-toxique de l'épilepsie, *The alienist and neurol.*, 1897 ; — Des relations de l'urée et de l'épilepsie, *Amer. Journ. of insanity*, janv. 1895. — NŒKE. Epilepsie tardive dans le cours des psychoses chroniques, *Allg. Zeits. f. psych.*, 1905, 5 et 6. — NOUETT. Epilepsie psychique et intoxication caféique, *Journ. de neurol.*, 1907, p. 269.

OTTO DE MAGDEBOURG. Ueber einen Tall von spætepilepsie bei amer. Kaffelbohenesserin, *Wiener klin. Rundschau*, 1889.

PASCAL. Les ictus dans la démence précoce, *Encéphale*, 1906. — PELISSIER. *Infections et épilepsie*, Th. de Montpellier, 1878. — PERPÈRE. Constipation et troubles mentaux, *Progrès méd.*, 16 fév. 1907. — PICHENOT et CASTIN. Un cas de mal épileptique traité par la ponction lombaire, *Encéphale*, janv. 1907. — PIDOUX et TROUSSEAU. *Traité de thérap. et de matière médicale*, 1870. — PIERRET. Pathogénie des ictus dans la paralysie générale, *Progrès méd.*, 1896, n° 40.

QUINQUAUD. Psychose d'origine dermique, *Cong. de dermat.*, 1889.

RADÆLI. Vers intestinaux et épilepsie, *Gaz. d. osped. e clin.*, 18 juin 1905. — RAYMOND. Accidents paralytiques des vieillards urémiques, *Mémoire*, 1885, et *Arch. de neurol.*, 1894. — RÉGIS. *Précis de psychiatrie.* — ROCH. Des crises d'épilepsie d'origine pleurale, *Revue de méd.*, 1905. — ROGUES DE FURSAC. *Manuel de psychiatrie*, 2e édition. — ROSENTHAL. *Maladies du système nerveux* (traduit par Lubanski), Paris 1887. — ROSSI. Contribution à l'étude de l'épilepsie tardive, *Rif. med.*, t. VI, n° 21, 1895. — ROSSOLIMO. *Soc. des méd. alién. et neurol. de Moscou*, 17 avril 1892. — ROUÉ. *Trophœdème dans l'hystérie et l'épilepsie*, Th. de Lyon, 1904. — RUSSEL (A. W.). Attaques épileptiformes compliquant une double tumeur ovarienne, *The Glasgow med. Journ.*, fév. 1904.

SALLARD. Art. ÉPILEPSIE, in *Manuel de méd.* — SÉGLAS. *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie*, Th. de Paris, 1892. — SEYCHERON. Eclampsie et constipation opiniâtre, *Soc. méd. de Toulouse*, 1894. — SIMPSON. Remarks on senil epilepsy, *Brit. med. Journ.*, 1894, p. 1069.

TARNIER. Grossesse et épilepsie, *Presse méd.*, 1897, p. 161. — TEISSIER. Des crises d'épilepsie liées à l'arthritisme, *Lyon méd.*, 1885. — THOMPSON. Sur la pathogénie des ictus dans la paralysie générale, *Journ. of ment. sc.* — TODORSKI et BECHTEREW. *Neurol. Centralbl.*, 1895, p. 834. — TOULOUSE et MARCHAND. De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques, *Revue de psych.*, 1899, p. 80. — TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT. *Traité de l'alcoolisme*, Paris 1905.

UNVERRICHT. *Arch. f. psych.*, 1897, t. XXIX.

VAN DER STRICHT. *Pathogénie et traitement de l'épilepsie*,

1896, p. 244. — VEYSSET. *Infections et épilepsie*, Th. de Paris, 1889. — VIEILLARD. Dè l'épilepsie jacksonienne urémique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 26 nov. 1902. — VIGOUROUX et JUQUELIER. Insuffisance hépatique et délire, *Revue de psych.*, 1902, p. 403. — VOISIN et PÉRON. De la toxicité urinaire chez les épileptiques, *Arch. de neurol.*, 1892-1893; — Recherches sur l'albuminurie post-paroxystique, *Arch. de neurol.*, 1892, t. I, p. 353; — Etude cryoscopique de l'élimination urinaire de trois épileptiques, *Soc. de biol.*, 10 déc. 1904.

WALTER J. ROWLAND. Case of plumbic epilepsy, *The Brit. med. Journ.*, 1898, p. 1013. — WEBER. Report of one hundred and sixty cases of epilepsy, *Boston med. and surg. Journ.*, 1893; — Quelques idées nouvelles sur le rôle des intoxications dans l'épilepsie, *Münch. med. Woch.*, 28 juin 1898. — WILLIAM R. RUXTON. Epilepsie saturnine, *The Journ. of ment. sc.*, oct. 1886.

MÉDECINE PRATIQUE

QUAND ET COMMENT FAUT-IL ENLEVER LES AMYGDALES (1)?

Comment enlever les amygdales ?

Jusqu'à ces derniers temps l'usage des amygdalotomes à anneaux (amygdalotome de Fanestock, de Mathieu, Laroyenne, Mackensie, etc.), du galvanocautère ou de l'anse froide montée sur le polypotome de Lermoyez ou de Vacher, des pinces à morcellement (pinces emporte-pièces de Ruault, Escat, Vacher, Mahu, Clary, etc.), était général et l'ablation se faisait plus ou moins complète selon la patience de l'opérateur ou celle du malade, en une ou plusieurs séances. C'était l'amygdalotomie par section ou morcellement.

Depuis quelques années, en Amérique surtout (2), un courant d'opinion s'est établi en faveur de l'amygdalectomie totale, c'est-à-dire l'ablation complète de l'amygdale dans sa capsule fibreuse.

L'amygdalectomie a rencontré des détracteurs qui objectent : que c'est une intervention plus sérieuse et plus compliquée que l'amygdalotomie, nécessitant l'anesthésie générale, qui amène une hémorragie plus importante, une douleur plus longue, partant une cessation plus longue du travail, une réaction inflammatoire plus vive, enfin que l'ablation complète de l'amygdale amène une déformation du voile du palais qui, chez les chanteurs, peut amener des troubles de la voix.

Enfin on a accusé, sans preuves bien convaincantes, l'ablation complète des amygdales d'amener un certain degré d'atrophie testiculaire.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 37, p. 521.

(2) Nous ne pouvons donner la bibliographie très abondante de cette question. Nous indiquerons seulement les dernières publications parues :

Paul RAUZÉ. *XXIIe Congrès de chirurgie*, Paris, 4-9 oct. 1909.

L. LABOURÉ. *Gazette des hôpitaux*, 25 fév. 1909, n° 23.

G. Hudson MAKUEN. *New-York med. Journ.*, 19 juin 1909.

XXXIe Congrès annuel de l'*American laryngological association*, Boston, 31 mai 1909 : J. S. GIBB, W. E. CASSELBERRY, G. Hudson MAKUEN, R. C. MYLES, J. O'ROE, Emil MAYER.

G. F. WAUGH. *Lancet*, 8 mai 1907.

The Pacific association of Railway surgery, août 1909 (in California state, *Journ. of med.*, vol. VIII, n° 1, janv. 1910) : Redmond PAYNE, George H. POWERS, Robert W. MILLER, T. C. Mac CLEAVE.

L'enquête de George L. Richards auprès de 130 laryngologistes d'Europe et d'Amérique, communiquée à l'American laryng. rhinol. and otol. Society, 3 juin 1909, avec discussion, in *Med. Record*, 11 déc. 1909, vol. LXXVI, n° 24, p. 975.

La plupart de ces critiques sont exagérées. Chez l'enfant, pour bien faire une amygdalotomie l'anesthésie générale est aussi nécessaire que pour l'amygdalectomie, et chez l'adulte, l'anesthésie locale suffit dans les deux cas. Dans l'amygdalectomie, l'hémorragie serait au contraire moins abondante que dans l'amygdalotomie.

Henking a réuni six cas d'hémorragie grave après l'ablation de l'amygdale, toutes étaient consécutives à des amygdalotomies.

De l'examen impartial des faits, il nous semble certain que, en dehors des cas d'hémophilie, chacune des deux opérations lorsqu'elle est bien exécutée ne donne pas au moment de l'intervention une perte de sang très importante, et que les hémorragies secondaires graves qu'on observe sont consécutives à des fautes de technique. Dans toutes les observations, les points qui saignent à ce moment sont les mêmes :

1° Au niveau des piliers lorsque le tissu musculaire de ceux-ci a été intéressé dans la section ; c'est ainsi que dans le cours de l'amygdalotomie si l'enfant non anesthésié se débat, l'opérateur, gêné dans ses mouvements, peut pincer dans l'anneau le pilier postérieur et le sectionner en partie ; dans les jours suivants, ce n'est pas le moignon amygdalien qui saigne, mais la section du pilier, surtout si elle a porté vers sa portion supérieure.

2° Dans l'amygdalectomie, si l'amygdale est enlevée avec sa capsule sans entamer les fibres du constricteur supérieur du pharynx, l'hémorragie est minime, car au niveau de la capsule il ne pénètre que des artérioles très petites. L'artère tonsillaire, lorsqu'elle naît de la palatine ascendante près de l'angle de la mâchoire, est une artère assez volumineuse, mais en traversant le constricteur supérieur du pharynx, elle émet de nombreuses branches linguales, pharyngiennes, aussi ses divisions terminales à la capsule amygdalienne sont-elles très petites et la rétraction du muscle arrêtera facilement leur suintement. Au contraire, si en enlevant l'amygdale, par suite d'un effort trop considérable avec la pince à traction, d'une pression vive sur le cou pour faire saillir l'amygdale hors de sa loge, ou simplement d'un manque d'adresse, la section a porté sur le muscle constricteur lui-même, elle peut atteindre une artère sérieuse que l'on voit saigner en jet au fond de la plaie.

La douleur et la réaction inflammatoire après l'amygdalectomie sont, dit-on, un peu plus vives qu'après l'amygdalotomie.

G. F. Waugh qui en a pratiqué actuellement 900 cas n'a pas noté une grande différence avec son ancienne manière de faire. J. S. Gibb qui l'a employée chez 100 enfants du Girard college de Philadelphie a vu que le temps de séjour moyen à l'infirmerie n'a pas dépassé quatre jours et que dans 91 cas la température a varié entre 37°3 et 38°7. Les cas où la température a atteint et dépassé 39 degrés étaient des cas d'amygdales très friables qui ont été enlevées par morcellement. L'empâtement, la cellulite autour de la plaie ne semblent pas plus fréquents que dans les cas d'ablation partielle.

Quant à l'action de l'ablation des amygdales sur la voix, il est certain que l'on observe souvent des troubles du chant au début (Shurley, Gleason, Lambert Lack). Mais à moins que les piliers n'aient été blessés, le résultat final est bon. Si on enlève l'amygdale entière avec son prolongement supérieur vers le voile d'un seul côté seulement, il en résulte une apparence d'obliquité du voile, mais ce n'est qu'une apparence qui n'entraîne aucun trouble consécutif.

Les critiques formulées contre l'amygdalectomie semblent donc exagérées, et ne pas compenser les inconvénients sérieux que peut offrir dans certains cas l'ablation incomplète.

Tout d'abord « on a vu fréquemment la repullulation de débris amygdaliens après une intervention incomplète » (Labouré).

Mac Cleave, Ballanger, Emil Mayer, Gleitsmann, Berens, Hajeck, Gradle, Loganturner, ont rapporté de tels cas. Dans l'enquête de G. L. Richards on relève que 111 opérateurs ont eu à enlever des récidives chez leurs propres malades ou chez des opérés d'autres médecins. Toutes ces récidives ont été observées après l'amygdalotomie, jamais après l'amygdalectomie; dix auteurs seulement n'ont pas observé de récidive après la première de ces opérations.

De plus, la portion d'amygdale qu'on laisse contient des cryptes infectées que la cicatrice vient fermer et peut devenir la cause de troubles par la suite (T. C. Mac Cleave, G. Hudson, Mac Kuen, Ballanger). Enfin les examens de Jon. Wright ont montré que dans le cas de tuberculose c'est au fond de ces cryptes que siège le maximum des lésions, d'où la nécessité de l'ablation totale (Lee Mac Hurd).

Il nous semble résulter de toutes ces considérations qu'il ne faut pas adopter une technique intransigeante et tenir compte de la supériorité de l'amygdalectomie dans beaucoup de cas.

En présence d'un enfant bien portant, à grosses amygdales molles, pédiculées, non infectées, sans ganglions bacillaires du cou, ne causant d'autres troubles que ceux dus à son volume exagéré, l'amygdalotomie correctement faite sera à la rigueur suffisante, bien que dans ces cas on puisse avoir une récidive, et au total moins compliquée que l'ablation totale.

Au contraire, dans tous les cas d'amygdales très infectées, à tissu sclérosé, dur, comme celles des enfants âgés et de l'adulte, d'amygdales enchatonnées, cryptiques, avec adénite bacillaire du cou, l'ablation complète sera une sage mesure.

Quelques généralités seulement sur la technique, dont les détails varient naturellement selon chaque opérateur.

Comme mesure préventive contre les hémorragies on a préconisé l'emploi du chlorure ou du lactate de calcium pendant trois ou quatre jours avant l'opération, surtout si l'on suppose une tendance à l'hémophilie.

L'amygdalotomie nécessite une anesthésie générale courte chez l'enfant, le chlorure d'éthyle semble suffisant. Une fois bien endormi, le petit malade, enroulé dans une couverture, sera tenu debout entre les genoux d'un aide lui-même assis sur une chaise, face à une fenêtre bien éclairée. Un ouvre-bouche et un abaisse-langue étant placés et maintenus par l'aide, l'amygdale est engagée dans l'amygdalotome, ou l'anse du cautère, ou mieux l'anse froide de l'écraseur, puis sa partie libre est saisie avec une pince à griffe et une traction exercée vers la ligne médiane.

De cette façon l'amygdale se trouve engagée dans l'instrument jusqu'à son pédicule qui est sectionné d'un seul coup. C'est dans ce temps d'engagement de l'amygdale qu'il faudra bien veiller à ne pas venir pincer les piliers, surtout le postérieur, dans l'anse de l'instrument.

Cette technique peut être encore avantageusement remplacée par l'emploi des pinces à morcellement qui nécessite un peu plus de temps, mais permet une ablation plus complète.

Chez l'adulte, l'anesthésie locale suffit : badigeonnage de l'amygdale avec une solution de cocaïne à 1/20, injection de cocaïne ou mieux de stovaïne ou novocaïne à 1/100 dans le sillon qui sépare l'amygdale des piliers en avant et en arrière. L'adrénaline doit être absolument proscrite de ces injections, ne pouvant servir qu'à masquer une hémorragie qui se produirait plus tard en dehors de la présence du médecin.

Pour l'amygdalectomie, l'anesthésie locale bien faite peut suffire chez l'adulte; chez l'enfant, l'emploi du chloroforme ou de l'éther est nécessaire.

Les uns préfèrent toujours placer le petit malade debout, situation qui ne modifie pas les rapports anatomiques, d'autres le couchent sur une table, ce qui permet un excellent éclairage, et en cas de saignement abondant de mettre le malade en position de Rose pour faciliter le tamponnement et éviter la déglutition du sang. Avant l'anesthésie il est bon de mettre en place un ouvre-bouche, sans quoi le trismus peut parfois être gênant une fois le malade endormi.

L'ablation proprement dite peut être divisée en trois temps :

Premier temps. — Section de la muqueuse au niveau de l'endroit où elle se réfléchit des piliers sur l'amygdale pour la contenir dans son dédoublement; cette section doit être faite tout contre l'amygdale et non sur le pilier. On place une pince à traction (pince à griffe, à anneaux) sur l'amygdale et on effectue cette section en avant, puis en arrière de l'amygdale, avec un des nombreux instruments imaginés à cet effet (bistouri protégé jusque près de sa pointe, couteau à angle droit de Freer, séparateur de Yankauer, crochets mousses de Lermoyez, dissecteur mousse de Allis, ciseaux plicotomes de Lermoyez, de Vacher, ciseaux simples, ciseaux en faucille de Robertson, crochets tranchants de Ruault, etc.). La séparation est en général facile au tiers supérieur du pilier postérieur et la moitié supérieure du pilier antérieur. En suivant les piliers, les deux incisions se réuniront naturellement en haut, restant au contraire séparés en bas de de toute la largeur de la loge amygdalienne.

En Amérique, à la suite de Lambert Lack (*Journ. of laryngol.*, 1901) on a préconisé la section avec l'ongle long et bien taillé. Cette pratique a rencontré de nombreux imitateurs.

Deuxième temps. — Avec un instrument mousse ou le doigt, la capsule amygdalienne est séparée du constricteur. C'est ici le temps délicat. Il convient de l'opérer sans brusquerie, en tirant modérément avec la pince à traction. On se servira d'une sonde cannelée recourbée, du plat des ciseaux, ou encore du doigt comme le veulent les Américains. On prendra grande attention de ne pas déchirer les fibres du constricteur. Ce clivage, souvent facile, s'opère de haut en bas.

Troisième temps. — L'amygdale complètement pédiculée, sortie de sa loge, ne tient plus que par son extrémité inférieure au moyen de la muqueuse qui se réfléchit sur la base de la langue. Cette section peut s'opérer au moyen de l'anse froide ou avec des ciseaux à bouts mousses.

En cas d'écoulement sanguin abondant, un tamponnement maintenu en place quelques minutes suffit le plus souvent à l'arrêter. Si on imbibe les tampons d'eau oxygénée, il faut avoir soin de les exprimer fortement : dans deux cas, L. Richards qui avait négligé cette précaution a été obligé de pratiquer la trachéotomie sur des opérés étouffés par la mousse de l'eau oxygénée. Si le tamponnement n'arrêtait pas l'hémorragie, ou bien si on voit un jet artériel se produire au fond de la loge, on placera simplement une ligature ou si on ne le peut on mettra une pince maintenue à demeure pendant vingt-quatre heures. Ou bien c'est une hémorragie en nappe provenant de la muqueuse d'un pilier ou d'un débri de l'amygdale incomplètement enlevée. On placera le malade la tête basse, on lui fera sucer de très petits morceaux de glace, on pourra mettre un sachet de glace sur la région sous-angulo-maxillaire. Si le suintement provient d'un débri amygdalien il faut l'enlever à la pince emporte-pièce ou au galvanocautère.

Si le suintement sanguin ne cède pas à ces moyens un gros tampon remplira la loge amygdalienne et on suturera par-dessus les deux piliers l'un à l'autre. Etant donnée sa gravité, on ne recourra qu'en dernier lieu à la ligature de la carotide externe.

Pour prévenir les complications infectieuses possibles (cellulites, phlegmons du cou, infection générale) les soins locaux ne doivent pas être négligés. Des lavages de la bouche et de la gorge doivent être pratiqués avec du sérum chaud,

des solutions antiseptiques faibles [eau naphtolée à saturation (0^g40 par litre), solution de résorcine à 1/200, solution iodo-iodurée à 1/1000, solution de perborate de soude (20 grammes par litre), etc.] et répétées fréquemment de trois à six fois par jour. On y joindra les inhalations ou des pulvérisations.

En général, dès le deuxième ou troisième jour, la douleur disparaît, sauf à la déglutition. Aussi l'alimentation devra être liquide pendant près d'une semaine. Le gonflement périamygdalien ne se prolonge habituellement pas plus de trois à quatre jours. Vers le troisième jour la plaie se couvre d'une sorte de fausse membrane blanchâtre qui s'élimine peu à peu pour faire place à une cicatrisation qui est totale vers le dixième ou douzième jour. Si pendant la cicatrisation il se forme des bourgeons charnus exubérants ils doivent être détruits par les moyens ordinaires (nitrate d'argent, galvano-cautère).

Telles sont dans leurs grandes lignes les indications que nous avons pu puiser dans les discussions soulevées dans ces derniers temps par cette question de l'ablation des amygdales.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 MARS 1910)

Sur le traitement de la tuberculose rénale. — M. HALLOPEAU a employé avec succès l'anhylarsinate de soude à faible dose dans le traitement de la tuberculose des reins; le médicament s'éliminant par l'urine s'accumule dans ces organes et y exerce une action curative.

Entéroscopie médicale (présentation d'instruments). — M. KOLBÉ (de Châtel-Guyon) expose la technique endoscopique de la partie inférieure du gros intestin; l'endoscopie intestinale devrait être connue et pratiquée par chaque praticien car elle est très facile à faire et d'un grand secours pour le diagnostic et la thérapeutique locale de nombreuses colopathies.

Les traitements physiothérapiques dans les maladies de la nutrition, en particulier dans l'obésité. — MM. LAQUERRIÈRE et DELHERM exposent la méthode du professeur Bergonié dans les maladies de la nutrition, en particulier dans l'obésité. Les séances électriques, faites avec prudence au début, peuvent atteindre dans la suite une durée d'une heure par jour. On opère en plaçant les électrodes sur toute la surface du corps, et, en employant un courant approprié, on détermine pour ainsi dire sans sensation cutanée et sans inconvénient pour la santé générale des contractions énergiques de tous les muscles du corps. Les résultats sont excellents.

La désintoxication en ophtalmologie. — M. GUELPA a communiqué précédemment son auto-observation où il relatait que, par la cure de désintoxication, il avait guéri d'un état pénible des yeux qui l'empêchait de se livrer à la lecture pendant plus de dix minutes. Il rapporte de nouveaux cas. Le docteur Leprince (de Bourges) a appliqué cette cure et a communiqué le résultat d'ensemble de vingt cas.

Dans treize observations, on peut faire trois groupes : l'un comprend cinq cas d'hémorragie oculaire avec deux guérisons complètes, trois grandes améliorations. Le deuxième groupe est constitué par deux cas de glaucome dont un peu grave guéri radicalement, et l'autre très amélioré, primitivement opéré d'iridectomie. Le dernier groupe comprend six cas qui avaient pour substratum le diabète, suivis de quatre guérisons rapides et définitives. Les deux cas restants ne sont qu'améliorés parce que les malades n'ont pas voulu se soumettre à la répétition et à la durée de la cure nécessaire. Ces résultats sont une démonstration convaincante de la cure de désintoxication.

Restaurations nasales. — M. E. LAGARDE présente une série de projections de photographies de difformités nasales qu'il a restaurées par sa méthode des injections de paraffine froide ramollie sous pression, par d'autres procédés d'orthopédie nasale et par la combinaison de la prothèse paraffinique et de ces mêmes procédés. La technique est simple et l'immunité de la méthode certaine, les résultats en sont excellents et durables. Cependant l'appropriation exacte de la paraffine à des cas variés, à l'état normal ou anormal de la peau, à sa laxité ou à sa rétraction, l'adjonction judicieuse d'une petite intervention chirurgicale préalable (débridements et ramollissement de cicatrices, résection irido-nasale osseuse ou cartilagineuse, autoplasties, etc.), sont autant de facteurs qui mettent à contribution la prudence, l'expérience de l'opérateur et transforment en un résultat brillant une correction qui autrement pourrait n'être que banale et vulgaire.

Les obésités irréductibles. — M. Marcel LABBÉ. Tandis qu'un obèse jeune ayant des organes sains maigrit presque mathématiquement sous l'influence de la diététique et de la kinésithérapie, il n'en est plus ainsi chez certains sujets atteints d'affections rénales et cardiaques. L'auteur cite trois observations d'obèses, ayant des crises d'asystolie et d'urémie, chez lesquels le traitement de l'obésité est resté sans résultat, malgré qu'il fut longtemps prolongé.

Ces trois malades ne présentaient pourtant pas de rétention chlorurée. L'auteur explique ces obésités irréductibles par la diminution considérable des dépenses calorifiques de ces sujets dont la peau reste en général froide et cyanosée.

M. CHASSEVANT. L'intéressante communication de M. Marcel Labbé semble montrer que la rétention hydrique n'est pas en corrélation avec celles des chlorures. M. Chassevant demande à M. M. Labbé s'il a dosé l'apport et l'élimination des autres sels minéraux, notamment des phosphates et de la potasse. M. Chassevant a observé que certains malades en imminence d'insuffisance cardiaque et rénale maigrissent, lorsqu'on substitue, à un régime lacto-végétarien réduit, un régime réduit de viande et de graisse à la condition de leur fournir en suffisance des phosphates et de la potasse. Beaucoup d'obèses voient l'amaigrissement suivre la suppression du pain dans leur alimentation et maigrissent sans fatigue corporelle ou intellectuelle, à la condition de leur fournir des apports suffisants en sels minéraux, notamment en phosphore et en potasse. Pour doser l'élimination du phosphore, il faut le rechercher non seulement dans les urines, mais aussi simultanément dans les fèces.

M. Marcel LABBÉ. On ne peut attribuer à une insuffisance de phosphore l'absence d'amaigrissement chez ces malades, puisque le régime lacto-végétarien leur en apporte plus que le régime carné et que d'ailleurs ils suivaient, en dehors des crises d'urémie, un régime mixte. En outre, M. Marcel Labbé n'a jamais observé la fatigue intellectuelle pendant la cure de l'obésité; bien au contraire, dès le début, le travail cérébral devient en général plus actif.

M. Georges ROSENTHAL, par la méthode calorimétrique, a pu perdre en trois mois 17 kilogs. Avec 30 calories par kilog, le poids reste stationnaire; avec 28 calories, il y a amaigrissement; avec 32 calories, augmentation. La cure a consisté à prendre un régime d'environ 1500 calories pour un poids de 72 kilogs. Elle a amené une grande sensation de bien-être cérébral et a augmenté l'activité intellectuelle. Le seul point fâcheux est la persistance de souffrance de faim

qui nécessite de temps à autre un repas moins sobre que le régime suivi régulièrement après la cure.

M. GUELPA. Il est utile, dans ce cas, de rétablir la statique en portant une ceinture abdominale.

La dyspepsie des utérines (travail de candidature). — M. SALIGNAT rapporte les résultats de soixante observations personnelles prises spécialement dans le but d'élucider divers points encore obscurs de la dyspepsie des utérines. Il démontre qu'il s'agit le plus souvent de dyspepsies anciennes aggravées qu'il appelle dyspepsies mixtes, ou de dyspepsies primitives se manifestant pour la première fois à l'occasion d'une affection gynécologique. Par contre, les dyspepsies purement secondaires lui paraissent peu nombreuses. Les trois grands symptômes gastriques paraissant relever plus directement des affections utéro-annexielles sont : la nausée, le vomissement et la gastralgie. Le traitement sera presque toujours double, s'adressant à la fois à l'utérus et au tube digestif (estomac et intestin).

Rapport de la commission du prix Alfred Guillon. — M. BURET présente, dans ce rapport, des conclusions qui sont adoptées par la Société.

VARIÉTÉS

SOIXANTE ANS DE LA VIE DE THOMAS ALVA EDISON

Traduit de l'anglais de F. A. JONES, par Claire MANSBENDEL (1).

Thomas Alva Edison naquit à Milan, Ohio, en 1847 ; c'était raconte une voisine un beau bébé blond avec des yeux gris et il ne semble pas, à vrai dire, qu'aucune révélation sensationnelle l'ait au cours de sa première enfance fait distinguer de ses petits camarades de jeux, en annonçant à ses compatriotes l'homme de génie qui devait plus tard « jongler avec l'électricité ».

Lorsque Al, comme l'appelaient familièrement les siens, arriva à sa onzième année, il posa ambitieusement sa candidature à la place de marchand de journaux sur la ligne Port-Huron-Détroit ; il fut agréé, un peu par faveur, avoue son biographe, et sut presque d'emblée réaliser dans son commerce 4 à 5 dollars de bénéfices quotidiens, puis développer la vente et prendre un associé de son âge ; enfin, quatre ans plus tard, âgé de quinze ans à peine, il créait le *Weekly Herald*, journal grand « comme un mouchoir de dame, mais contenant assez bien de nouvelles ». Ce journal était rédigé et imprimé par lui et vendu en cours de route aux voyageurs. L'imprimerie du journal occupait un coin du wagon des bagages, elle était aussi la salle de rédaction et même un laboratoire encombré de produits chimiques ; une bouteille de phosphore, un jour, au cours d'une manipulation malencontreuse, fit explosion et mit le feu au wagon ; le chef du train accourut, et une fois le danger conjuré, débarqua assez brutalement à la première station, Al, ses caractères, sa presse, et ce qui restait du laboratoire.

Le *Herald* avait alors 500 abonnés, c'est dire qu'Edison n'y renonça pas, il en continua quelque temps l'édition chez lui, puis le céda à des amis, et essaya d'un autre journal plus original et indépendant, mais qui, pour cela peut-être, réussit assez mal. Il conservait cependant toujours sa place de marchand de journaux sur la ligne de Port-Huron à Détroit où sa clientèle augmentait chaque jour et il s'adonnait passionnément pendant ses loisirs à l'étude de l'électricité, installant lui-même entre sa maison et celles de voisins des lignes multiples dans lesquelles notamment une vache imprudente échappée de son étable se prit pendant une nuit.

(1) In-8 de 231 pages avec photographies. — Paris, Maloine.

Edison obtint à quinze ans la place de télégraphiste de nuit à Port-Huron. Il travaillait toujours dans la journée et se rendait malheureusement à son travail plus ou moins endormi ; ce fut pour lui la cause de nombreux ennuis et de renvois successifs ; il commença ainsi en 1865 une vie errante d'Etat en Etat et de ville en ville, toujours télégraphiste, qu'il fût à Indianapolis, à Memphis, à Boston, et toujours étonnant ses chefs ou ses compagnons par la facilité avec laquelle il recevait ou transmettait les messages les plus rapides. Il prit à Boston son premier brevet, pour une machine à voter facilitant la numération des votes et en assurant l'enregistrement sincère.

Il partit pour Washington et présenta son appareil « au président du comité ». Celui-ci lui dit : « Jeune homme, il est certain qu'avec un pareil instrument il est impossible de truquer les votes, mais ça ne peut pas nous servir, c'est même la dernière des choses dont nous ayons besoin. » Et Edison confus prit la résolution de ne plus jamais rien inventer qui ne fût utile.

Il quitta peu après Boston pour New-York, où son ingéniosité fut de suite hautement appréciée à la compagnie des « Indicateurs de cours », appareils automatiques distribués parmi six cents agents de change et d'un mécanisme ingénieux mais fragile. La situation matérielle d'Edison se trouvait dès lors assurée et on lui offrait peu après 40 000 dollars d'un indicateur de cours d'un nouveau modèle qu'il était arrivé à établir par ses recherches personnelles.

Il installa alors une fabrique à Newark et vendit à la compagnie Western Union, en 1874, sa première grande invention ; c'était celle du système quadruplex qui rendit possible l'envoi de deux messages télégraphiques simultanés à chaque extrémité d'un même fil, et quadrupla ainsi sans la moindre dépense la valeur et le rendement des lignes de la compagnie.

Nous ne suivrons pas Edison dans la genèse des grandes inventions si connues qui devaient rendre son nom universellement célèbre : ce furent successivement le perfectionnement ou mieux la mise au point du téléphone de Bell par l'emploi du transmetteur au carbone, puis l'invention de la lampe à incandescence, ce qui lui valut le titre de Sorcier de Menlo Park (du nom de sa nouvelle résidence), la découverte du phonographe, du cinématographe, du séparateur électrique des minerais pour citer les plus sensationnelles, enfin parmi ces titres glorieux moins connus du grand public, comment ne pas mentionner la merveilleuse réalisation du tasimètre, instrument utilisant la résistance du carbone à l'électricité et d'une sensibilité telle à la chaleur qu'il permet en astronomie des mesures précises à travers l'infini.

Il faut lire ce volume captivant consacré à la vie d'Edison, on y trouvera après l'exposé de sa vie, de ses luttes, de ses expériences, de ses inventions, d'intéressants détails sur ses méthodes de travail, sa vie intime, sa personnalité même ; des anecdotes terminent le livre et quelques-unes sont piquantes. Sait-on qu'Edison a trouvé un médicament contre la goutte, qu'il a parmi les grands hommes du passé une admiration toute spéciale pour Napoléon et qu'un de ses auteurs de prédilection est Gaboriau ?

Et comment ne pas trouver un charme humoristique indiscutable à l'histoire de sa rencontre avec la demoiselle de magasin qui vendait des ceintures électriques pour tous les maux et s'y connaissait en électricité autrement que lui et ne le lui envoya pas dire !

G. LEGROS.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 6, 5 fév. 1910.) SCHILLING : Achylie gastrique. — (N° 7, 12 fév.) ROSENBERGER : Sur la recherche du levulose dans l'urine d'après Borchardt.

Clinique. — (N° 7, 18 fév. 1910.) LEBON : Les névrites périphériques et leur traitement électrique. — Raymond BONNEAU : Traitement chirurgical des hémorrhoïdes. — GOUGET : L'association de la tuberculose et de la syphilis. — DESHAYES : Notes cliniques sur la pyohémie à streptocoques. Deux cas mortels à point de départ naso-pharyngien. — DAVID : La thérapeutique des affections utéro-ovariennes par la cure chlorurée sodique bromo-iodurée de Salies-de-Béarn. — (N° 8, 25 fév.) HUTINEL : L'acromégalie chez l'enfant. — R. DUPONT : Traitement médical de l'annexite aiguë. — A. MARIE et P. BEAUSSART : Méninges, syphilis et saturnisme. — FRIGAUX : Traitement des fractures de la clavicule. — LABOURÉ : Déformations thoraciques par insuffisance respiratoire. — (N° 9, 4 mars.) MACÉ DE LÉPINAY : La méningite cérébro-spinale épidémique. — DAGRON : A propos de la réduction indolore de la luxation de l'épaule. — BOULAI : Des ulcérations du palais. Syphilis ou tuberculose? — V. PAUCHET : Tumeurs des nerfs. — A. MARIE et P. BEAUSSART : Méninges, syphilis et saturnisme (*suite*). — GOUGET : Les épanchements pleuraux des cardiaques. — (N° 10, 11 mars.) H. TRIBOULET : Durée de la traversée digestive chez l'enfant normal et chez l'enfant malade. Epreuve du carmin. — J. BOSVIEL : La méthode des lavages dans le traitement du catarrhe naso-pharyngien. — F. TERRIEN : Inconvénients de l'énucléation et moyens d'y remédier.

Journal des praticiens. — (N° 9, 26 fév. 1910.) A. TROUSSEAU : La conjonctivite blennorragique. — M. FARCY : Hématémèse et hernie étranglée. — (N° 10, 5 mars.) BAR : La rétroversion de l'utérus gravide. — MARIN : Evolution rare d'un cas de vomissements gravides incoercibles. — (N° 11, 12 mars.) L. RÉNON : L'esprit de la clinique moderne. — ROCHON-DUVIGNEAUD : Amblyopie toxi-glycosurique. — FALCONNET : Volumineux calcul du bassinet avec hydronéphrose. Néphrotomie. Mort du malade par urémie le cinquième jour après l'opération.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 9, 3 mars 1910.) J. DEMOOR : Rôle des phénomènes physiques dans l'acte de la sécrétion. — Marcel BREUER : Le traitement actuel de l'ulcère de l'estomac.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 6, 6 fév. 1910.) DONATH : Traitement des névralgies graves du trijumeau par les injections d'alcool. — KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — FISCHER : Sur les opérations du cancer du sein et leurs résultats. — (N° 7, 13 fév.) KUTHY : Progrès dans le diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — FISCHER : Sur les opérations du cancer du sein et leurs résultats. — (N° 8, 20 fév.) BALAS : Quelques mots sur le rétablissement des luxations chroniques de l'articulation du pied par la méthode sanglante. — KALMAR : Sur l'emphysème sous-cutané. — KUTHY : Progrès du diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — (N° 9, 27 fév.) KUTHY : Progrès du diagnostic physique de la tuberculose pulmonaire. — LEVAÏ : Préparations de quinine dans la pratique infantile. — KLEIN : Un symptôme rare dans l'encéphalorragie. — (N° 10, 6 mars,) BOSANYI et LENARI : Sur le rhumatisme articulaire et ses rapports avec les modifications pathologiques du pharynx. — SCHULHOF : Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie du pied plat.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 5, 3 fév. 1910.) SCHICK : Cornage expiratoire comme symptôme de tuberculose des ganglions bronchiques dans la première année de la vie. — SLUKA : Sur la radiographie d'enfants tuberculeux avec cornage expiratoire. — SPERK : Signification clinique du phénomène du facial chez l'enfant. — HERZ : Sur la symptomatologie de l'artério-sclérose cérébrale. — KIRALYFI : Sur la question du rapport entre la réaction de Wassermann et le traitement anti-syphilitique. — WEINLÄNDER : Sur la symptomatologie et le traitement de l'inflammation secondaire des glandes salivaires. — EITNER : Sur une nouvelle sorte de caustique. — TITTINGER : Une spatule annulaire tenant elle-même dans les opérations vésicales. — (N° 6, 10 fév.) CHVOSTEK : Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow. — OPPENHEIM : Contribution à la question de l'influence de la tuberculose sur le tissu élastique. — PŒNARU : Un nouveau procédé d'anesthésie par la rachistovaïne. — EISENBERG : Adoucissement de la douleur dans l'accouchement normal. — JELLINEK : Contribution casuistique à l'électro-pathologie. — (N° 7, 17 fév.) KRAUS : Sur le virus de la poliomyélite aiguë. Contribution à la question de la vaccination. — CRISTEA et DENK : Sur la coagulation du sang pendant la menstruation. — PÖLZL : Sur les modifications menstruelles du sang. — HESS : Etat du sang dans des maladies de la rate. — BOXER et NOVAK : Recherches expérimentales sur le drainage. — PORGES et JERUSALEM : Luxation du nerf cubital. — HOPMANN et KOSCHIER : Sur les fibromes des fosses nasales. — STŒRK : Sur la dilatation du virus coronaire du cœur dans la sténose de l'orifice gauche du cœur. — NAGELSCHMIDT : Complément de l'histoire de la diathermie. — (N° 8, 24 fév.) LŒWI : Pharmacologie et clinique. — HIBLER : Un kyste hydatique primitif à plusieurs foyers et multilobulaire du cerveau. — LINDNER : Sur l'étiologie de l'urétrite sans gonocoques. — JANUSCHKE : L'adrénaline comme antidote de la strychnine. — CLAIRMONT et DENK : Sur la narcose intra-veineuse. — KRAUS et VALK : Sur une action particulière des extraits d'organes tuberculeux de cobayes. — EPSTEIN et PRIBRAM : Sur la question des rapports entre la réaction de Wassermann et le traitement mercuriel. — (N° 9, 3 mars.) KARPLUS et KREIDL : Opérations sur le cerveau. — PAYR : Traitement opératoire de l'ulcère rond de l'estomac. — GRÜNER et HAMBURGER : Sur le temps d'incubation. — SCHLESINGER : Sur un symptôme jusqu'à maintenant inconnu de la tétanie. — SCHWEINBURG : Sur la valeur de l'examen de petites quantités de sang pour le diagnostic de la typhoïde et de la paratyphoïde. — LEINER et WIESNER : Recherches expérimentales sur la poliomyélite antérieure aiguë.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 4 avril 1910.

L'insuffisance du nombre des médecins militaires est un fait qui n'est plus discuté depuis longtemps. Seul jusqu'ici le Parlement, pour des raisons budgétaires, semblait n'en être pas convaincu.

Notre éminent confrère, M. le sénateur Peyrot, vient de soulever à nouveau cette question devant le Sénat à l'occasion du budget de la guerre. Dans un excellent discours il a montré que les médecins militaires, non seulement ne sont pas assez nombreux pour accomplir la tâche formidable dont ils assument la responsabilité, mais qu'ils sont loin de rencontrer les égards auxquels leur science et leur dévouement leur donnent tous les droits.

Les médecins militaires n'ont pas un avancement proportionné à celui des autres armes. Ils arrivent en très petit nombre au grade de médecin inspecteur et l'on voit même des hommes, comme Laveran, qui n'ont jamais pu arriver à ce grade !

Il est nécessaire d'augmenter le nombre des médecins inspecteurs parce que cette mesure retiendra dans l'armée des médecins dont la présence est plus que jamais nécessaire; il faut aussi créer 230 emplois nouveaux, dépense qui sera largement compensée par la diminution des journées d'hôpital.

M. le ministre de la guerre a répondu qu'il avait élaboré un projet augmentant de 200 le nombre des médecins militaires. C'est là un premier résultat, mais il faudra encore, ainsi que l'a demandé avec tant de raison M. le sénateur Peyrot, songer à la question de l'avancement de nos confrères militaires. Ce ne sera que justice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Un arrêté ministériel porte le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours de 40 à 41.

La nouvelle place sera comprise dans la section de chirurgie générale et réservée à la Faculté de médecine de Toulouse.

GUERRE. — M. le docteur Carpentier est nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe et pourvu de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé militaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officier de l'Instruction publique. — M. le médecin-major Rouquette.
Officier d'Académie. — M. le médecin-major Crussard.

PRIX LANNELONGUE. — Le professeur Lannelongue vient de fonder à la Société de chirurgie un prix consistant en une médaille d'or, dotée d'un prix de 5000 francs. Cette médaille sera donnée au candidat qui aura fait faire le plus de progrès à la science chirurgicale. Ce prix sera international et décerné par un comité également international.

Ier CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANÇAIS. — L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Bordeaux, qui a pris l'initiative de ce Congrès à l'occasion des fêtes de son trentenaire, vient d'en fixer la date au 12 mai prochain.

Les internats de toutes les villes universitaires ont envoyé leur adhésion ferme, et des délégués de Paris, de Lyon, de Toulouse, de Montpellier, de Lille, de Nancy, et même d'Alger, sont attendus en grand nombre.

S'adresser pour tous renseignements au docteur René Cruchet, 31, rue Ferrère, Bordeaux.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la douzième semaine, 1031 décès, au lieu de 994 pendant la semaine précédente et au lieu de 1065, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole est toujours très répandue avec 22 décès et 463 cas nouveaux.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 150 déc , au lieu de 155 pendant la semaine précédente (moyenn 197).

La phtisie pul onaire a causé 228 décès (moyenne 229).
La méningite berculeuse a causé 20 décès (moyenne 22).
La méningite simple a causé 19 décès (moyenne 21); parmi eux nous ne co ptons aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémiq e (un seul cas nouveau est signalé).

NÉCROLOG E. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs N. Gréhant, professeur de physiologie générale au Muséum, membre de l'Académie de médecine et Rudler, médecin-major de deuxième classe, mort d'une chute de cheval en service commandé.

HÉMORRAGIES SOUS-ARACHNOIDIENNES SPONTANÉES
CHEZ DES JEUNES GENS

Considérations pathogéniques. — Nouvel exemple de biligénie hémolytique,

Par MM. FOLLET,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rennes,
et CHEVREL,
Professeur suppléant de clinique médicale.

L'histoire clinique et l'évolution anatomique des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes sont aujourd'hui bien connues. Nous savons, depuis les beaux travaux de M. Chauffard, de M. Widal et de leurs élèves que ces hémorragies, jadis regardées comme exceptionnelles, sont au contraire fréquentes, souvent curables, qu'elles simulent volontiers la méningite vraie et que le diagnostic ne peut en être assuré qu'après l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Si l'on envisage dans leur ensemble ces hémorragies méningées, on voit qu'elles reconnaissent des causes diverses. Chez les malades âgés, où, le plus souvent, on observe la variété « cérébro-méningée » de Chauffard, les résultats de l'enquête étiologique ne s'écartent guère des conditions habituelles des hémorragies cérébrales du vieillard. La néphrite chronique, avec l'hypertension artérielle qui généralement l'accompagne, l'athérome en sont les facteurs essentiels. Par contre, chez les jeunes sujets, atteints plus communément d'hémorragie sous-arachnoïdienne primitive, la question étiologique apparaît plus complexe. En ce qui concerne ce dernier groupe, si l'on met à part les traumatismes craniens ainsi que les lésions chroniques antérieures des centres nerveux, on trouve généralement incriminées par les auteurs toutes les causes susceptibles de produire, par des mécanismes divers et hypothétiques, les grands processus hémorragiques. Un grand nombre d'infections : variole, scarlatine, tuberculose, syphilis, pseudo-rhumatisme, septicémies, grippe, diphtérie (Klippel), charbon (Roger), rougeole (Prat); les intoxications de tout ordre : alcoolisme, saturnisme, urémie aiguë (Chauffard), insolation (Dopter); les diathèses : hémophilie (Moizard et Bacaloglu), telles sont les causes le plus souvent invoquées. Leur action, pour n'être pas dans tous les cas démontrée d'une façon précise, n'en reste pas moins assurément vraisemblable.

Mais, à côté de ces faits, où, dans la mesure du possible, la preuve étiologique est perceptible, quelques observations existent dans lesquelles l'hémorragie méningée survient inopinément, sans cause apparente, chez des sujets jeunes, robustes, pleins de santé, exempts de toute tare acquise ou héréditaire. Tels sont les cas de Letulle et Lemierre (1), Chauffard et Froin (2), Galliard et Boyé (3), Achard et Paisseau (1), Braillon (2), Ch. Bernard (3). Il faut avouer que leur interprétation est des plus embarrassantes, dans l'état actuel de nos moyens d'investigation. Ces malades, d'ailleurs, guérissent souvent et le contrôle anatomique nous échappe. Dans le cas de Letulle et Lemierre, cependant, l'autopsie fut pratiquée, mais on ne put relever, à l'examen des organes, aucun indice étiologique.

Les trois observations que nous rapportons rentrent dans ce petit groupe d'attente où, faute de mieux, nous devons, jusqu'à présent, classer ces hémorragies méningées en apparence spontanées. Comme pour les observations précédentes, le problème étiologique en constitue le principal intérêt. Les circonstances dans lesquelles il nous a été donné de les suivre — en pleine épidémie de méningite cérébro-spinale — nous ont fait apprécier à quel point le diagnostic peut être hésitant entre les deux syndromes. Enfin, dans un cas, l'examen du liquide céphalo-rachidien nous a permis d'étudier l'évolution des globules rouges épanchés et d'y surprendre la transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires, nouvel exemple de biligénie hémolytique locale à ajouter à ceux qui ont été publiés ces temps derniers à la Société de biologie.

(1) Letulle et Lemierre. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 nov. 1904.
(2) Chauffard et Froin. *Soc. méd. des hôpit.*, 29 nov. 1903.
(3) Galliard et Boyé. *Soc. méd. des hôpit.*, 18 juin 1909.

(1) Achard et Paisseau. *Soc. méd. des hôpit.*, 1904.
(2) Braillon. *Gaz. des hôpit.*, 1909.
(3) Ch. Bernard. Cité par J. Renault. *Soc. méd. des hôpit.*, 1908.

Observation I. — Her... Armandine, vingt et un ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Sainte-Anne, le 27 février 1909, au matin. C'est une fille de complexion très robuste et de bonne santé habituelle. Elle ne présente rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. En particulier, pas de syphilis.

La maladie a débuté brusquement, *au cours d'une période menstruelle*, le 25 février, vers cinq heures du soir. La malade portait un léger fardeau et rentrait à la maison lorsqu'elle se sentit défaillir et tomba sur le sol. Elle dit avoir perdu connaissance pendant environ quatre heures et s'être réveillée ensuite vivement courbaturée, avec une céphalée intense. Des vomissements verdâtres, striés de sang, apparaissent dans la soirée et durent toute la nuit. La raideur de la nuque et du dos a été constatée dès ce moment.

A son entrée, nous trouvons cette malade dans un demi-coma. Indifférente à ce qui se passe autour d'elle, elle répond difficilement et par monosyllabes aux questions qu'on lui pose. La face passe par des alternatives de rougeur et de pâleur. Les traits sont inexpressifs.

La malade indique toutefois que la céphalée et la courbature persistent. Le dos et la nuque sont raides. Il existe une ébauche de signe de Kernig. La sensibilité générale est très émoussée; les piqûres, les excitations thermiques ne provoquent que peu de réactions. Les réflexes cutanés sont diminués; les réflexes tendineux sont normaux. Le signe de Babinski n'existe pas. Il y a de l'incontinence des urines. Les vomissements ont cessé, mais la malade est constipée.

L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine.

Le thermomètre marque 37°3 (température axillaire). Les jours suivants, l'obnubilation intellectuelle se dissipe lentement. Les autres symptômes persistent. La constipation est opiniâtre. La température oscille autour de 36°7.

Le 2 mars, l'état général est resté à peu près stationnaire. Mais un symptôme nouveau apparaît. *Une ecchymose sous-con-*

jonctivale se montre aux deux yeux. Symétriquement placée des deux côtés de l'iris, elle forme, pour chaque œil, deux vastes aires triangulaires à base interne (par rapport à la pupille) et de coloration rouge vif.

Du 3 au 10 mars, la malade reste légèrement contracturée et la céphalée persiste. Les ecchymoses sous-conjonctivales s'atténuent. La teinte rouge du début a fait place à une coloration jaune d'or qui s'efface peu à peu.

Le 10 mars et les jours qui suivent, la céphalée reprend, particulièrement vive. La température monte à 38 degrés et y reste en plateau jusqu'au 15 mars où elle redescend aux environs de 37 degrés. Tous les autres symptômes ont disparu.

Le 17 mars, la malade entre en convalescence. Elle sort guérie le 21 mars.

Ponctions lombaires. — On a pratiqué trois ponctions lombaires : les 28 février, 1er et 10 mars, quatrième, cinquième et quatorzième jour de la maladie.

1° *Le quatrième jour.* — Ponction dans le quatrième espace. Position assise. On retire 25 centimètres cubes dans deux tubes. Le liquide, en hypertension légère, présente une coloration uniforme, rouge cerise.

La centrifugation donne un culot hématique assez abondant ; le liquide surnageant est limpide et incolore. Il ne s'est formé aucun coagulum.

A l'hématimètre, on compte environ 1 globule blanc pour 500 globules rouges.

Le liquide, ensemencé sur agar-ascite n'a donné aucune culture. L'inoculation de 10 centimètres cubes à 2 cobayes n'a produit aucun résultat. Les animaux, sacrifiés le 1er mai, ne présentaient pas de lésions.

2° *Le cinquième jour.* — Ponction dans le quatrième espace. Position assise. On retire 20 centimètres cubes dans trois tubes. Liquide en hypertension. Il est considérablement éclairci depuis la veille. Seulement trouble, il présente, par agitation, des reflets moirés. Pas de coagulation.

La centrifugation donne un très petit culot hématique. Le liquide surnageant est parfaitement clair et très faiblement teinté en jaune.

3° *Le quatorzième jour.* — Ponction faite à cause de l'élévation de la température et de la persistance de la céphalée.

Position assise. Ponction dans le quatrième espace.

Liquide en hypertension. Aspect macroscopique et microscopique absolument normal.

Les cultures restent stériles. L'inoculation de 15 centimètres cubes au cobaye est de nouveau négative.

Examen du sang. — Numération des globules et formule leucocytaire (sang de la circulation générale).

Le cinquième jour (1er mars) nous trouvons :

Hématies	4 550 000
Leucocytes	22 000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires	87
Lymphocytes	4
Mononucléaires moyens et gros	8
Eosinophiles	0,5
Cellules de Turck	0,2

Le huitième jour (4 mars) :

Hématies	4 550 000
Globules blancs	23 000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires	82
Lymphocytes	6
Mononucléaires	11
Eosinophiles	0,9

La *coagulation du sang* se fait normalement.

L'*hémoculture*, faite le 2 mars, sixième jour de la maladie, est restée stérile.

Obs. II. — Houd... Léon, trente-deux ans, électricien, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes le 10 mai 1909, dans le service de M. le professeur Bertheux, suppléé par l'un de nous. Sa santé habituelle est bonne et sa constitution normale. Son père est mort à quarante ans à la suite de troubles cérébraux de nature indéterminée. Ce malade est sobre et on ne trouve chez lui aucun stigmate de syphilis.

Le 7 mai, au saut du lit, après une nuit très bonne, il a été pris brusquement d'une céphalée violente et de vomissements incessants. Dans l'impossibilité absolue de vaquer à ses occupations, le malade reste au lit. Il n'a pas eu de perte de connaissance.

A son entrée, nous trouvons les symptômes suivants :

Céphalée obtuse, très pénible.

Raideur de la nuque. Signe de Kernig et rétraction du ventre.

Il n'y a ni vomissements ni constipation.

Le pouls est régulier, très légèrement ralenti (60 pulsations).

La respiration est normale.

Il n'y a pas de raie méningitique.

Les réflexes sont tous normaux. Pas de signe de Babinski.

Les divers appareils ne présentent rien de spécial.

L'état général est satisfaisant. Le malade, très éveillé, ne présente ni torpeur, ni excitation. La température est à 37°2.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 11 mai, on note une grande amélioration. Sous l'influence d'une ponction lombaire pratiquée la veille, la céphalée a diminué. La température monte à 37°5.

Le 13 mai, l'amélioration continue. La température est descendue à 37 degrés.

Le 15 mai, la céphalée a disparu complètement.

Le malade accuse seulement de légères douleurs dans les deux jambes. La température est à 37°5 ; le lendemain, elle atteint 37°8. L'état général reste très satisfaisant.

Du 17 au 25 mai, la convalescence s'établit. Le malade sort le 25, complètement guéri.

Ponction lombaire. — Une seule ponction a été pratiquée le 14 mai, huitième jour de la maladie.

Position assise. Ponction dans le quatrième espace, on retire 20 centimètres cubes de liquide dans trois tubes.

Liquide de coloration uniformément rouge clair. Culot hématique abondant, après centrifugation.

Le liquide surnageant est légèrement jaunâtre. Pas de coagulum.

Les globules blancs se trouvent dans la proportion de 1 pour 700 globules rouges.

Examen du sang. — Numération des globules et formule leucocytaire (sang de la circulation générale).

Le huitième jour de la maladie (14 mai) nous trouvons :

Hématies	4 960 000
Leucocytes	20 000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires	74
Mononucléaires	19
Lymphocytes	6
Eosinophiles	0,18
Mastzellen	0,15
Cellules de Turck	0,18

Le dix-neuvième jour (25 mai), sortie du malade.

Hématies	4 860 000
Leucocytes	7 000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires	65
Lymphocytes	10
Mononucléaires	24
Eosinophiles	0,20
Cellules de Turck	0,10

La *coagulation du sang* s'effectue normalement.

Obs. III. — Det... Madeleine (1), dix-huit ans, sans profession. Fille de constitution normale et de bonne santé habituelle. Antécédents personnels et héréditaires nuls. Pas de syphilis.

Le 20 juin 1909, *six jours après la fin d'une période menstruelle d'évolution normale*, la malade est prise brusquement, pendant sa toilette du matin et après une très bonne nuit d'une céphalalgie extrêmement violente. Elle tombe presque aussitôt sur le parquet et reste dans un état semi-comateux pendant plusieurs heures. Dans la journée, vomissements répétés.

Durant les jours qui suivent, s'ajoutent aux symptômes précédents la raideur de la nuque et du dos, le signe de Kernig. Le pouls est régulier et rapide. La respiration est entrecoupée de pauses. La température s'élève au huitième jour aux environs de 38 degrés, *on constate de plus un suintement sanguin vulvaire continu qui persiste pendant les quinze premiers jours de la maladie.*

Le 28 juin, l'état est toujours grave. La malade, très abattue, se plaint constamment de la céphalée et pousse des cris à chaque mouvement que provoque l'examen. Une ponction lombaire est pratiquée.

Position couchée. Ponction dans le quatrième espace, on retire 30 centimètres cubes environ de liquide en hypertension, très dense et de coloration rouge foncé.

La centrifugation donne un culot énorme.

Le liquide surnageant est fortement ambré.

On compte 1 globule blanc environ pour 1 000 globules rouges.

Par la méthode de Vaquez et Ribierre, la recherche de la résistance montre que ces hématies sont extrêmement fragiles. L'hémolyse se voit encore dans une solution de NaCl à 9 p. 1 000.

La coloration au bleu de Unna (Widal) ne fait pas apparaître d'hématies granuleuses, mais on constate une polychromatophilie très accentuée.

Nous avons recherché en vain dans le liquide décanté l'existence d'une sensibilisatrice hémolytique (2). L'addition des globules rouges de la malade ou d'autres hématies humaines ne donne lieu à aucune hémolyse même après addition de sérum frais de cobaye (alexine).

Le liquide donne très nettement la réaction de Gmelin. Il éteint toute la partie droite du spectre.

La culture sur agar-ascite et sur bouillon-ascite reste stérile.

(Nous n'avons pu répéter malheureusement la ponction lombaire et ces diverses recherches. De même l'examen du sang n'a pu être fait.)

Le 29 juin et les jours suivants, l'état de la malade reste grave. Sauf la respiration redevenue régulière, les symptômes ne se modifient pas. La température se tient aux environs de 38 degrés.

(1) Cette malade vue par l'un de nous avec M. le docteur Véron n'a pu être suivie d'une façon aussi précise que les précédents. L'examen du sang de la circulation générale n'a pu être fait.

(2) MM. J. Castaigne et A. Weill (*Soc. de biol.*, 19 juin 1909) dans un cas d'hémorragie méningée ; MM. Guillain et Troisier dans un hématome pleural (*Soc. de biol.*, 30 oct. 1909) ont mis en évidence l'existence d'une sensibilisatrice autolytique.

Le 10 juillet, l'état général est très amélioré. La céphalée est très diminuée. Les contractures ont disparu.

Les jours suivants, la convalescence s'établit et le 20 juillet la malade est complètement guérie.

Ces observations ne se distinguent, en aucun point de leur histoire clinique, des faits analogues réunis en nombre imposant dans la thèse remarquable de G. Froin (1). Elles ne s'écartent pas de la règle générale. Le début des accidents est brusque, foudroyant, sans qu'aucun prodrome ait éveillé préalablement l'attention. Dans 2 cas, un ictus apoplectique occupe les premières heures, puis les signes d'irritation méningée apparaissent au premier plan : céphalée violente, rachialgie, hypertonie musculaire. Le signe de Kernig, témoin d'une hématolyse sous-arachnoïdienne rapide (Froin) ne manque pas. L'absence du signe de Babinski permet de supposer qu'il n'existe pas de lésions cérébrales. Les vomissements, très abondants au début chez nos trois malades, disparaissent après deux ou trois jours. Le pouls est un peu ralenti dans 2 cas, accéléré dans le troisième. La respiration est irrégulière seulement dans l'observation III. En somme, les symptômes d'irritation bulbaire sont réduits au minimum. Nous ne notons, d'ailleurs, ni polyurie, ni glycosurie, ni albuminurie (2). La fièvre de résorption, fièvre hématolytique (Froin) ne manque pas. Comme d'habitude, elle est de courte durée et ne dépasse guère 38°.

*
* *

Pourtant, si net que puisse paraître ce syndrome, il s'en faut qu'il conduise nécessairement au diagnostic exact de la maladie. On doit convenir — la remarque a déjà été faite — qu'il présente, en effet, bien des points communs avec d'autres affections méningées, particulièrement la méningite cérébro-spinale. Cette ressemblance peut être telle qu'il ne nous paraît pas inutile d'insister sur les difficultés du diagnostic différentiel entre ces deux affections. Les circonstances qui les ont réunies en même temps dans nos salles nous ont permis de juger combien on peut être exposé à les confondre. Il n'y a rien, en effet, parmi les symptômes que nous venons d'énumérer qui ne puisse légitimement être observé au cours de la méningite cérébro-spinale : même début brusque, même état comateux, mêmes réactions douloureuses, mêmes phénomènes d'hypertonie musculaire. La fièvre, si variable d'allures dans la méningite cérébro-spinale, ne se distingue elle-même en aucune façon de l'hyperthermie hématolytique. Bien plus, fait rare d'après Froin, mais que nous trouvons nettement dans 2 de nos observations, l'examen du sang de la circulation générale, dans l'hémorragie méningée, peut déceler une leucocytose passagère appréciable (20.000, 22.000 leucocytes) et l'étude de la formule leucocytaire révèle une prédo-

(1) G. Froin, Th. de Paris, 1904.

(2) MM. Guillain et Vincent (*Sem. méd.*, 27 oct 1909) accordent à l'albuminurie une valeur diagnostique importante. Cette albuminurie, massive et transitoire doit, d'après ces auteurs, faire soupçonner, dans les cas frustes, l'hémorragie méningée.

minance parfois très marquée de la polynucléose (87 p. 100 dans l'obs. I). Il ne manque vraiment pour compléter la similitude que l'agent de l'infection lui-même. Nous l'avons toujours cherché en vain. Mais, l'esprit prévenu par les nombreux cas de méningite en cours d'évolution, nous avons porté chez notre première malade le diagnostic de méningite cérébro-spinale jusqu'à ce que la ponction lombaire nous ait révélé la nature exacte de la maladie. Il en a été de même pour l'obs. III.

Ce diagnostic clinique différentiel est cependant abordable. MM. Chauffard et Froin, dans une remarquable étude (1), en ont précisé les éléments. Ces auteurs « distinguent dans le tableau clinique de la méningite cérébro-spinale deux séries symptomatiques »: d'une part, les signes d'irritation méningée et cérébrale (réactions douloureuses, hypertonie musculaire, lésions en foyer, fièvre) ; d'autre part, les signes généraux d'infection (herpès de la face, éruptions septicémiques, néphrite, arthrites, etc.) La première série de symptômes est commune à tous les syndromes d'irritation méningée, infectieux ou mécaniques. La seconde est propre à la méningite cérébro-spinale et, d'une façon générale, aux méningites aiguës.

Il est superflu de faire remarquer combien cette distinction est justifiée en principe et réalisable dans la plupart des cas. Mais il arrive cependant parfois — et c'est ce qui s'est produit sous nos yeux — que la méningite cérébro-spinale évolue sans présenter aucun de ces grands symptômes infectieux. Des séries de méningitiques peuvent être observés qui s'en montrent particulièrement indemnes. Dans ces conditions, il faut avouer que la différenciation clinique des deux syndromes devient singulièrement ardue et conclure que, de la ponction lombaire dépend non seulement la confirmation du diagnostic mais sa possibilité.

D'une façon générale, en effet, cette épreuve coupe court à toute hésitation. L'aspect si particulier du liquide céphalo-rachidien, sa teinte rouge *uniforme* (2), l'absence de toute coagulation du sang épanché fixent immédiatement l'opinion du clinicien. Restent, il est vrai, les cas, non exceptionnels, dans lesquels l'hémorragie complique une infection méningée ou s'y surajoute. Des faits semblables ont été observés. L'hémorragie peut s'associer à une méningite tuberculeuse [G. Froin (3), Lortat-Jacob et Sabaréanu (4)], à une méningite cérébro-spinale [Achard et Grenet (5)], à une méningite purulente [Sainton et Voisin (6)]. Mais il est presque toujours possible, dans les faits de ce genre, de déceler le processus infectieux. Il se révèle dans le liquide céphalo-rachidien par la présence d'un coagulum fibrineux plus ou moins considérable, une proportion très exagérée des globules blancs par rapport aux hématies, un abaissement très marqué du point de congélation du liquide (Froin). Enfin, la recherche des microbes par l'examen direct, les cultures et les inoculations expérimentales permettent généralement, d'autre part, de déceler l'agent pathogène.

*
* *

Si délicate que soit cette question du diagnostic de l'hémorragie méningée, elle ne paraît plus qu'un jeu d'enfant si on la compare à cet autre problème infiniment plus ardu et pour lequel nous ne disposons que de données très imprécises, la notion étiologique. Bien entendu, nous ne parlons pas de tous ces cas d'hémorragie méningée dans lesquels on a pu incriminer l'un ou l'autre des facteurs hémorragipares dont nous avons fait mention au début de cet exposé. Nous retenons seulement le petit groupe d'observations dont les sujets paraissent indemnes de tout état morbide antérieur. Ce sont, à vrai dire, des *hémorragies méningées spontanées*. La cause nous en échappe absolument.

Un fait, cependant, nous a vivement frappés chez la malade qui fait le sujet de notre observation I : c'est au début d'une période menstruelle que cette fille de vingt ans fait son raptus méningé. Dans le même moment, une ecchymose sous-conjonctivale double se produit. N'est-il pas curieux de voir coïncider ces trois manifestations hémorragiques : menstruelle, méningée, conjonctivale, et ne peut-on se demander s'il n'existe pas entre elles quelque lien? Les hémorragies supplémentaires des règles sont bien connues. Tous les cliniciens en ont des exemples présents à la mémoire. Est-il rien de plus banal que l'épistaxis menstruel ou l'hémoptysie supplémentaire des phtisiques? Et le mécanisme en paraît simple. Les physiologistes admettent « qu'il y a, à l'époque des règles, des modifications de l'innervation vaso-motrice telles que si l'écoulement du sang ne s'effectue pas par la surface utérine, le flux hémorragique se fait jour par d'autres vaisseaux » (Gley). La plupart des viscères, l'intestin, entre autres, peuvent ainsi servir de voie dérivative. Il est vrai que, dans beaucoup de cas, l'examen attentif des organes permet de saisir la cause de ce déterminisme viscéral presque toujours conditionné par une lésion antérieure discrète où le flux congestif trouve une barrière facile à rompre. Certains faits échappent pourtant, ou semblent échapper à cette interprétation. Récemment, M. Martinet (1) citait des observations d'hémoptysie supplémentaire dans lesquelles toute idée d'affection organique dut être écartée : l'ophtalmo-réaction, elle-même, avait répondu négativement. Entre autres faits du même genre, cet auteur rapporte un cas d'hémorragie cérébrale, en quoi il se rapproche singulièrement de notre sujet.

Nous convenons volontiers que ces observations d'hémorragies supplémentaires ne méritent leur

(1) A. Chauffard et G. Froin. Du diagnostic différentiel de l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne et de la méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 oct. 1903.

(2) Il importe de s'assurer, comme nous l'avons fait, que l'hémorragie ne dépend pas de la piqûre accidentelle d'un vaisseau sanguin.

(3) G. Froin. *Gaz. des hôpit.*, 12 nov. 1903.

(4) Lortat-Jacob et Sabaréanu, *Soc. anat.*, 1904.

(5) Achard et Grenet. *Soc. méd. des hôpit.*, 1903.

(5) Sainton et Voisin. *Soc. anat.*, 1905.

(1) *Presse méd.*, 14 août 1909.

nom que du fait de la suppression plus ou moins complète de la menstruation. Nous ne saurions donc employer ce terme dans sa rigoureuse acception pour caractériser les hémorragies de notre malade. Mais la dénomination de complémentaires ne leur conviendrait-elle pas? Il importe, en effet, de se souvenir que les règles sont autre chose qu'un phénomène purement local. Elles s'accompagnent volontiers de troubles accessoires, les antiques *molimina menstrualia* (endolorissement de la région lombaire, troubles de la sensibilité excentrique, douleurs périphériques), symptômes dont le substratum anatomique essentiel paraît consister dans un état congestif de la moelle épinière (Gley). De cette congestion physio-pathologique à l'hémorragie, il n'y a qu'un pas. Ne peut-il être franchi, pour peu que des conditions favorables s'y prêtent?

Quoi que l'on pense de cette interprétation, si nous en admettons la vraisemblance, c'est que cette concomitance des hémorragies menstruelle et méningée ne constitue pas un fait isolé. Nous retrouvons chez notre malade de l'observation III une association analogue quoique moins suggestive. Parmi les six observations d'hémorragie méningée spontanée que nous avons pu relever en ces dernières années, nous en trouvons quatre qui concernent des malades du sexe féminin dont l'âge varie de vingt à vingt-deux ans. Or, la lecture de ces observations nous apprend que la malade de Chauffard et Froin, la malade de Ch. Bernard ont fait leur hémorragie en pleine période menstruelle. La malade de Letulle et Lemierre, morte en dix jours, présentait, dans l'un des ovaires, un caillot récent, témoin probable d'une période menstruelle peu éloignée. La malade de Galliard et Boyé, castrée depuis plusieurs mois, était aménorrhéique. A ce propos, les auteurs font remarquer que, en raison du temps écoulé depuis l'opération, il ne peut être question, dans ce cas, d'une hémorragie supplémentaire. C'est exact, mais il n'en reste pas moins que les désordres nerveux et les troubles vaso-moteurs bien connus, qui suivent généralement la castration chez la femme permettent un certain rapprochement entre cette observation et les précédentes.

En présence de ces faits, il semble qu'on puisse se demander si cette concordance des phénomènes hémorragiques méningés avec l'époque menstruelle relève seulement d'une coïncidence fortuite. Si, à l'heure actuelle il est impossible de lui accorder une valeur pathogénique véritable, elle mérite, croyons-nous, d'être signalée, au moins à titre de curiosité.

Ce qui limite, d'ailleurs, la portée de cette remarque, c'est qu'elle n'éclaire en rien la question étiologique dans l'hémorragie méningée de l'autre sexe. Ici, nul indice ne nous est révélé et l'obscurité reste entière. Disons seulement que l'hémorragie méningée spontanée paraît jusqu'ici être plus rare dans le sexe masculin. Les observations sus-mentionnées concernent, en effet, 6 malades du sexe féminin pour 3 du sexe masculin. Mais il serait évidemment prématuré d'établir une proportion sur des chiffres aussi peu élevés.

*
* *

Un intérêt de premier ordre s'attache enfin à l'étude du pronostic de l'hémorragie sous-arachnoïdienne. A cet égard, la thèse de Froin établit avec une éloquente précision la différence de gravité qui distingue les hémorragies cérébro-méningées des hémorragies sous-arachnoïdiennes primitives. Comme on peut s'y attendre, le pronostic est infiniment plus sombre dans le premier groupe que dans le second. A cet égard, les 27 observations rapportées par cet auteur se divisent ainsi :

14 hémorragies cérébro-méningées — 13 morts, une guérison.

13 hémorragies sous-arachnoïdiennes — 3 morts, 10 guérisons. (Il est à noter que ces 3 formes mortelles concernent 2 vieillards de soixante-dix ans, athéromateux, et un homme de cinquante ans, victime d'un violent traumatisme cranien.)

Si l'on envisage isolément les cas d'hémorragie spontanée survenant chez les jeunes gens, en dehors de toute cause appréciable, nous trouvons, sur 9 observations, 7 guérisons et 2 morts, soit encore une faible proportion de décès. L'avenir immédiat de ces malades peut donc être envisagé sous un jour assez favorable. Il serait fort intéressant, d'autre part, d'être renseigné sur l'avenir de ceux qui guérissent.

Il résulte des chiffres précédemment cités que l'énoncé du pronostic dépend, en grande partie, du diagnostic de la variété anatomique de l'hémorragie. Ce diagnostic, il est vrai, est bien difficile à poser avec certitude, en temps utile. Cependant, suivant la juste remarque de Froin, les formes mortelles s'accompagnent généralement de signes qui révèlent une lésion centrale plus ou moins grave : coma profond et prolongé, hémiplégie complète avec signe de Babinski, déviation conjuguée de la tête et des yeux, stertor, myosis. Les formes curables, au contraire, se caractérisent « par la prédominance rapide ou immédiate de phénomènes d'ordre plutôt méningé que cérébral, par la rareté ou l'existence éphémère des troubles bulbaires » (Froin). Nos observations s'accordent parfaitement avec ces conclusions et les confirment en tous points.

En résumé, la notion de la fréquence et de la curabilité de l'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne doit aujourd'hui être acceptée sans conteste. Elle suffit à montrer quelle importance primordiale revêt la ponction lombaire chaque fois que le diagnostic de cette affection est en suspens. Outre qu'il est d'un intérêt majeur de pouvoir différencier l'hémorragie des lésions méningées inflammatoires autrement redoutables qui peuvent la simuler, cette méthode en constitue encore le seul traitement rationnel. Elle joint, en effet, au mérite de décomprimer les centres nerveux, celui d'expulser de la cavité sous-arachnoïdienne un liquide doué, de par les transformations sanguines qui s'y opèrent, de propriétés irritatives dangereuses.

*
* *

Si intéressante à tous ces titres, l'hémorragie méningée nous fournit encore l'occasion de saisir

dans ce processus hématolytique, la clef d'un des plus curieux phénomènes biologiques qui aient été étudiés en ces dernières années : la biligénie hémolytique.

Certains auteurs, Froin, entre autres, avaient déjà montré la transformation intra-rachidienne de l'hémoglobine en pigments biliaires. Cette constatation a acquis une importance toute nouvelle depuis les travaux de Chauffard et de Widal sur les ictères hémolytiques. Nous avons appris de ces maîtres que certaines variétés d'ictère résultent de la transformation extra-hépatique de l'hémoglobine du sang circulant. Ces ictères se caractérisent essentiellement par des modifications sanguines (anémie, fragilité globulaire, hématies granuleuses) et le retentissement de l'hémolyse sur certains viscères (spléno-hépatomégalie). Il est actuellement démontré qu'un semblable travail de biligénie hémolytique peut se produire aussi dans tous les points où séjourne une collection sanguine : hématome pleural (1), pneumonie (2), ou même à l'occasion d'un simple processus congestif un peu persistant, l'érythème noueux (3), par exemple.

Tout récemment, Widal et Joltrain (4) ont montré que la cavité arachnoïdienne se prête à cette élaboration. Chez un sujet atteint d'une hémorragie cérébro-méningée, ils ont constaté la fragilité des hématies, l'hémolyse et la transformation de l'hémoglobine en pigments biliaires. Notre observation III nous a rendus témoins de faits absolument superposables. Les globules rouges contenus dans le liquide céphalo-rachidien présentaient une telle diminution de résistance que l'hémolyse était encore visible dans la solution de Nacl à 9 pour 1.000 ; la coloration vitale par le bleu de Unna montrait leur grande polychromatophilie et l'absence d'hématies granuleuses. La réaction de Gmelin était nette et l'analyse spectrale convaincante. Il s'agissait donc, comme dans le cas de MM. Widal et Joltrain, d'un ictère hémolytique local.

FORMULAIRE

CONTRE LE CHLOASMA ET LES TACHES DE ROUSSEUR

Bichlorure d'hydrargyre		1 partie.
Sulfate de zinc	*āā*	2 —
Acétate de plomb		
Eau distillée		250 —
Alcool		50 —

Usage externe :

Matin et soir un lavage avec la valeur d'une cuillerée à thé de cette solution. La nuit durant, application d'une pommade à l'oxyde de zinc. — (Gaucher. *Bull. gén. de thérap.*)

(1) Guillain et Troisier. Physiologie pathologique de l'hématome pleural traumatique. La biligénie hémolytique locale, *Sem. méd.*, 24 mars 1909.

(2) Troisier. Ictère et urobilinurie hémolytique au cours de la pneumonie, *Soc. de biol.*, 3 juillet 1909.

(3) F. Widal et René Bénard. Biligénie hémolytique localisée à la peau sur de larges plaques d'érythème noueux sans extravasation sanguine, *Soc. de biol.*, 12 juin 1909.

(4) Widal et Joltrain. Biligénie hémolytique locale dans l'hémorragie méningée, *Soc. de biol.*, 5 juin 1909.

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES FRAUDES ALIMENTAIRES. — LES MOYENS DE RECONNAITRE LA FRAICHEUR DES ŒUFS

Sous ce titre, *l'Alimentation salubre et économique*, notre distingué confrère le docteur A. Godlewski vient de publier un excellent ouvrage, où une aimable et saine philosophie s'allie à l'art d'exposer clairement, simplement et pratiquement des données scientifiques importantes (1).

On lira entre autres, avec autant de profit que d'intérêt, le chapitre relatif aux falsifications alimentaires, lesquelles rapportent, paraît-il, bon an mal an un demi milliard de francs aux spécialistes en la matière !

Le pain, aliment national par excellence, a été pendant longtemps en certaines régions additionné de talc en fortes proportions. Or cette substance encombrante, indigeste, exerce sur la muqueuse gastro-intestinale une action irritante des plus marquées, étant constituée par des débris de cristaux dont les angles sont coupants.

Toujours en ce qui concerne le pain, on ajouterait parfois à la pâte de l'alun ou du carbonate de potasse pour augmenter son poids par absorption plus grande d'eau, du sulfate de zinc pour conserver plus longtemps la fraîcheur, du sulfate de cuivre et du carbonate d'ammoniaque, pour économiser la levure et donner un aspect engageant au pain fabriqué avec des farines avariées.

Veut-on savoir d'autre part comment on peut arriver à utiliser l'alcool dénaturé pour la fabrication des liqueurs et des *apéritifs* dont s'abreuve la masse des électeurs et des « travailleurs conscients » ? Il faut dire tout d'abord que l'alcool bon goût coûte à Paris 3 fr. 25 le litre, et l'alcool dénaturé environ 0 fr. 40 ! On prend donc cet alcool dénaturé par le méthylène, on l'étend de son volume d'eau et on l'expose quelques jours au soleil et à la pluie ; sous leur action combinée le méthylène se précipite et l'alcool ne conserve qu'un goût insignifiant. On le ramène alors au degré voulu grâce à l'alcool à 90 degrés, et pour le bouquet on s'adresse aux essences du commerce auxquelles on adjoint un demi-litre d'acide azotique par barrique !

Arrivons aux œufs. Il en arrive, à l'heure actuelle, des quantités venant de Turquie et de Russie, avec cette particularité que les jaunes et les blancs sont séparés, et renfermés dans des flacons différents où des antiseptiques doivent les préserver de la décomposition. Celle-ci ne se produit pas moins en partie, unissant ses effets toxiques à ceux des antiseptiques, lorsque des industriels peu scrupuleux utilisent en fraude de pareils œufs pour fabriquer des produits de consommation.

L'œuf, d'ailleurs, devient facilement malsain car le blanc s'altère et se putréfie avec rapidité, et il est indispensable de savoir reconnaître la fraîcheur de ce précieux aliment. Voici ce que dit M. Godlewski à ce sujet.

Un des procédés à employer est le « mirage ». Il consiste à examiner, dans un endroit obscur, la transparence de l'œuf et les dimensions de sa chambre à air. Les œufs frais sont translucides, sauf une légère opacité à la périphérie et au centre. La chambre à air, immédiatement après la ponte, comprend 1/20 du volume total et *augmente ensuite graduellement.* Les vieux œufs sont troubles et parsemés de taches, l'intérieur ballotte quand on les secoue, et l'on voit se déplacer les taches qui vont d'un point à un autre.

Un second moyen consiste à se rendre compte de la densité de l'œuf. Dans une solution de 125 grammes de sel pour un litre d'eau, l'œuf frais tombe au fond ; après trois jours, il flotte entre deux eaux, et, après le cinquième, il monte à la

(1) *L'Alimentation salubre et économique*, par le docteur A. Godlewski, membre de la Société de médecine de Paris. 1 vol. de 249 p. — Prix : 3 francs. — Paris, Maloine.

surface. On peut aussi se servir d'eau simple, sans sel, mais les premiers jours les changements sont moins appréciables; il n'y a qu'une différence de position. Quand l'œuf vient d'être pondu, si on le plonge dans l'eau ordinaire il va au fond et s'y place horizontalement; après cinq jours, il se relève un peu, faisant un angle de 20 degrés environ sur le fond du vase; à huit jours il se relève à 45 degrés; à trois semaines à 75; à un mois, il se place verticalement; après un mois, il surnage.

Malheureusement, ces phénomènes ne se produisent que si l'œuf n'a pas été préparé, maquillé. Or, c'est ce qui arrive souvent, et pour les conserver on passe fréquemment les œufs au vernis ou au lait de chaux.

Naturellement, il n'y a plus alors évaporation à travers la coquille et, la densité ne changeant pas, les phénomènes décrits ci-dessus n'ont pas lieu.

Il faut donc examiner soigneusement les œufs et repousser sans hésitation ceux dont la coquille apparaît vernissée ou passée au lait de chaux. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MARS 1910)

Sur l'émétique d'arsenic et d'aniline. — M. P. YVON.

Nouvelles observations sur la cytologie des levures. — M. A. GUILLIERMOND.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE GÉNÉRALE DU 17 MARS 1910)

L'assemblée générale de la Société de médecine militaire française a eu lieu le 17 mars au Val-de-Grâce sous la présidence de M. Sarraut, sous-secrétaire d'état à la Guerre.

Un grand nombre de médecins militaires et civils assistaient à la réunion.

M. le président Delorme a, dans un fort beau discours, retracé les progrès de la Société et prononcé l'éloge des membres décédés dans l'armée : le médecin inspecteur Baizeau, qui a honoré le corps de santé et qui nous laisse un bel exemple; le médecin inspecteur Chevassu, chirurgien de haute valeur, mort victime d'un accident terrible; le médecin principal Hornus; le médecin-major Lambroschini, enlevé à Versailles par une septicémie contractée en soignant un de ses malades; le médecin-major Penot, atteint de fièvre typhoïde quelque temps après son retour du Sud-Oranais.

M. le secrétaire général Billet a ensuite lu un très intéressant rapport sur les travaux de la Société.

Enfin le trésorier, M. Poinsot, a lu le compte rendu financier.

On a ensuite procédé à l'élection du bureau. Sont réélus à l'unanimité : président, M. l'inspecteur général Delorme; vice-président, M. le médecin général de la marine Couteaud; secrétaire général, M. le médecin principal Billet; secrétaires, MM. les médecins-majors Bory et Dejouany; trésorier, M. le médecin-major Poinsot.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

Traité international de psychologie pathologique(1), publié sous la direction du docteur A. MARIE (de Villejuif).

Ce traité est dû à la collaboration d'un grand nombre de psychiatres et de neurologistes, français et étrangers, dont l'autorité universelle s'affirme, entre autres, par les noms de Bechterew, Clouston, Deny, Grasset, Klippel, Magnan, Pilez, Régis, Sérieux, Tamburini, Zichen, etc. Il constitue une œuvre considérable. C'est une sorte d'inventaire et de synthèse des données acquises par les savants de tous les pays sur le terrain de la psychopathologie, orientée et réalisée grâce aux données communes et aux tendances générales nouvelles des psychiatres modernes. C'est dire qu'on y chercherait vainement l'exposé des vieilles théories doctrinales et des vaines discussions de la psychologie scolastique, mais on n'y trouvera que des documents et des faits touchant la physiologie et l'anatomie pathologique du cerveau, coordonnés par des idées générales en harmonie avec la marche des sciences biologiques.

Ce premier livre est consacré tout entier à la psychopathologie générale. Il comprend un certain nombre de chapitres du plus haut intérêt.

Il importe de citer en premier lieu l'exposé en quelque sorte philosophique et toujours attrayant du professeur Grasset sur l'unité neurobiologique humaine, suivi de l'aperçu historique du professeur del Greco qui le confirme en montrant l'évolution graduelle des sciences psychiatriques et autres vers cette unité.

Puis parmi les plus importants, nous avons surtout à mentionner le chapitre dans lequel le docteur A. Marie fait une étude très documentée d'anthropologie psychiatrique, celui où le professeur Mingazzini expose les résultats acquis touchant la morphologie cérébrale, puis un autre où MM. Marie et Dide montrent l'importance de l'examen des diverses fonctions organiques chez les aliénés.

L'anatomie pathologique générale en médecine mentale constitue aussi une partie fort importante du livre; elle est l'œuvre de MM. Klippel, Lugaro, Marinesco, Dide, Médéa et Laignel-Lavastine.

Dans un chapitre à part le professeur Marro étudie l'influence des différents facteurs qui agissent sur le développement psychique à l'époque pubère.

Enfin le tome se termine par l'exposé des méthodes d'examen en pathologie mentale : examen clinique par le professeur Clouston, examen psychologique objectif par le professeur Bechterew, examen médico-pédagogique par le professeur Ferrari, examen médico-légal par le professeur Carrarra.

Agrémenté de nombreuses gravures dans le texte, édité avec un soin tout particulier, ce premier volume, malgré les inégalités inhérentes à de semblables traités, et qui doivent nécessairement exister entre des chapitres d'origine et de continu aussi différents, est cependant dans son ensemble d'une lecture très instructive et fort intéressante.

PAUL CAMUS.

(1) Tome I, 1 vol, in-8° de 1028 p. — Prix : 25 francs. — Paris, Félix Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 26 fév. 1910.) HELSMOORTEL : La surdité d'origine scléreuse et la rééducation auditive par la méthode vociphonique. — G. CORIN : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1910.) W. DUBREUILH : Kératose arsenicale et cancer arsenical. — BIZZORERO : Sur un cas de *lichen ruber acuminatus* compliqué de spinulosisme (pityriasis rubra pilaire de Devergie). — E. ROQUES : Parotidite blennorragique.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, fév. 1910.) P. SEBILEAU : La prothèse métallique du crâne. — BINET et HEULLY : Deux observations de strumites suffocantes suraiguës mortelles. — Robert FOY : Contribution rhinométrique à l'étude de la respiration nasale. — Paul BOURLON : Nouveau pansement d'évidés. — Henri ABOULKER : Fausses affections pulmonaires d'origine bucco-naso-pharyngienne. — Robert LEROUX : Polype géant d'une fosse nasale avec, dans la fosse nasale opposée, ulcération de la cloison par compression du cornet inférieur.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1910.) VAILLARD : La prophylaxie de la fièvre typhoïde. — THOINOT : La propagation de la fièvre typhoïde. — M. FROIS : Triage du linge sale. — THOINOT : Les mesures prophylactiques officielles ordonnées dans les localités inondées. — R. BENON et P. FROISSART : Les fugues de l'enfance. Influence des milieux scolaires et familiaux. — Gaston PARTURIER : La vie dans les villes d'eaux, Karlsbad et Vichy.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, mars-avril 1910.) V. TRUELLE : Les troubles mentaux dans le tabes (*fin*). — G. DE CLÉRAMBAULT : Du diagnostic différentiel des délires de cause chloralique (*fin*). — A. ADAM : Documents de médecine légale. Deux cas de folie à deux, l'un de délire processif et l'autre de persécution avec tendances persécutrices.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 280, 25 fév. 1910.) Stéphane LEDUC : Ionisation destructive ; ses indications, ses résultats immédiats et éloignés. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : Exercice électriquement provoqué, instrumentation, technique, mesures, indications, résultats. — (N° 281, 10 mars.) NAGELSCHMIDT : Effets thermiques produits par les courants de haute fréquence sur l'organisme. — Th. NOGIER : La production artificielle des rayons actiniques et les indications générales de leur emploi thérapeutique. — (N° 282, 25 mars.) E. BEAUJARD : La radiothérapie dans les maladies de la moelle épinière. — H. DOMINICI et H. CHÉRON : Traitement des cancers profonds par le radium. — WETTERER : La radiothérapie des néoplasmes sous-cutanés. — G. MARINESCO : La radiothérapie dans les affections de la moelle épinière.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1910.) Ed. WEILL : Emploi de linges stérilisés chez le nourrisson. — RUDOLF-FISCHL : De la production mécanique et non sanglante des albuminuries et des néphrites chez les lapins. — R. VOISIN et G. PAISSEAU : Les réactions méningées au cours des encéphalopathies chroniques de l'enfant. — R. VOISIN et Léon TIXIER : Ostéopsathyrose chez un enfant de trois ans et demi. — Juan F. CAFFERATA : Un cas d'achondroplasie. — A. HALIPRÉ et PERCHEPIED : Corps étrangers de la trachée, asphyxie, fongus émané des ganglions trachéo-bronchiques. — J. COMBY : Radioscopie de l'estomac du nourrisson.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1910.) HASSLER : Zone de sonorité anormale dans les traumatismes de l'abdomen. — RUOTTE : Deux observations d'opération de Ricard. — GARY : Traitement kinétique (méthode de Thooris) des épanchements traumatiques du genou. — BOPPE et GUIBAL : Appendicite gangréneuse et méningite cérébro-spinale. — BASSÈRES : Un cas d'asphyxie locale des extrémités. — SICRE : Epidémie mixte de fièvre typhoïde et de fièvre paratyphoïde.

Archives de médecine navale. — (N° 2, fév. 1910.) HESNARD : La neuropsychiatrie dans la marine. — PERVÈS : Luxation du coude compliquée de rupture de la peau, des vaisseaux et des muscles de la face antérieure. Intervention immédiate, guérison sans ankylose. — LESSON : La léproserie de Molokaï (îles Havaï). — A. SAINT-SERNIN : Méthode biologique de caractérisation des viandes de boucherie. Application à l'hygiène alimentaire et à la médecine légale. — (N° 3, mars.) BELLOT : L'hygiène navale dans une flottille de contre-torpilleurs. — A. SAINT-SERNIN : Méthode biologique de caractérisation des viandes de boucherie. Applications à l'hygiène alimentaire et à la médecine légale.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1910.) VANDENBOSSCHE : Les ostéomes du brachial antérieur. — P. MOURE : Arthrites sporotrichosiques. — MAUCLAIRE : Ostéosynthèse de la diaphyse radiale avec une bague métallique amovible. — (N° 3, 25 mars.) DEBREZ : Lipomes symétriques périvasculaires. — L. MOREL : Le traitement des fractures par la médication parathyroïdienne. — P. GORSE : Les lésions traumatiques des ménisques articulaires du genou. — MAUCLAIRE : Colopexie complémentaire des opérations pour prolapsus utéro-vaginal.

Archives générales de médecine. — (Fév. 1910.) LAUNOIS, P. MASSON et M. PINARD : Chorio-épithéliome malin. — M. PERRIN : L'ombilic des ascitiques. — Mme S. FABRE : Considérations générales sur la radiumthérapie en gynécologie. — (Mars.) A. RODIET et LALLEMANT : Effets du régime végétarien sur l'état général et le poids des épileptiques. — L. LAGANE : Le foie des tuberculeux.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 3, 15 mars 1910.) ESCHER : Contribution à l'étude du tétanos (avec cinq observations inédites). — Guillaume LOUIS : La tuberculose du coude chez l'enfant. — R. MORICHAU-BEAUCHANT : Le traitement des affections staphylococciques et gonococciques par les vaccins de Wright. — FOISY : Un cas d'oblitération de la veine cave supérieure.

Archives internationales de neurologie. — (Fév. 1910.) MORAVESICK : L'enseignement psychiatrique des maladies mentales à l'Université de Buda-Pesth. — BATIER : Les fugues des débiles mentaux dans l'armée. — BEAUSSART : Presbiophrénie et psychopolynévrite chronique. — (Mars.) P. SOLLIES : Névroses et folie. — ALT et GOTTSCHALK : Le traitement diététique des épileptiques. — A. RODIET : Les heures des crises d'épilepsie. — KOSTYLEFF : Méthode et avenir de la psychologie expérimentale (*suite*). — R. MEUNIER : A propos d'onirothérapie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 10, 6 mars 1910.) R. LAUTIER : Leçon d'ouverture faite à l'école dentaire de l'Université de Bordeaux (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 40. — JEUDI 7 AVRIL 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 7 AVRIL 1910. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 5 avril. — MM. Chifoliau, 28; Marcille, 27; Cauchoix, 28; Mathieu, 25.

Hôpitaux consignés à MM. les candidats : Hôtel-Dieu, la Charité, Necker, Beaujon et Laënnec.

Prochaine séance, jeudi 7 avril, à quatre heures, à la Charité.

Ordre de lecture. — MM. Chifoliau, Marcille, Cauchoix, Mathieu, Hallopeau, Kendirdjy, Gasne, Lardennois, Grégoire, Capette, Desmarest, Lutaud, Mercadé, Alglave, Iselin, Mocquot, Gernez, Okinczye, Muret, Rottenstein, Brechot, Descomps, Martin, Piquand et Français.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira le 7 novembre 1910 pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décret du 26 mars 1910, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Billot, Maljean et Renaut.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Lanel et Knoll.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Courtois, Forgue et Ohier.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Blondeau, Niéger et Battez.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale réintégré Doyon.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. l'ex-médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale réintégré Poulain.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Daunay, Néviajski, Nicolaïdi, Teissonnière, Mauran, Jourdan, Maurios, Bouveret, Tournay, Compayré, Eudes, Macé de Lépinay, Maillard, Vleeschawer, Person, Derrien, Blanluet, Thévenet, Ribes, Faix, de Rocca-Serra, Bridoux, Huleux, Pezet, Anglada, Simonin, Fanjoux, Mignard, Bourret, Valdeiron, Cagninacci, Marquez, Thomas, Sourdat, Audibert, Coupel, Ancibure, Franchin, Tartanson, Terron, Rollin, Fassou, Aubry, Hanns, Perrier, Mornet, Pasquier, Martz, Bertrand, Charette de la Contrie, Phéline, Feuillette, Lacroix, Bernard, Fleig, Bourdeau de Fontenay, Bilot, Henrionnet.

LA RÉORGANISATION DES SERVICES DE CLINIQUE DANS LES HOPITAUX DE LA MARINE. — Le *Journal officiel* vient de publier une circulaire ministérielle en date du 31 mars 1910 réorganisant les services de clinique dans les hôpitaux de la marine. Jusqu'ici seul le port de Toulon possédait une clinique des maladies des yeux et d'oto-rhino-laryngologie. Ces cliniques existeront désormais dans les cinq ports.

Il sera créé à Toulon un service d'électrothérapie distinct, alors que jusqu'ici la neuro-psychiatrie et l'électrothérapie étaient réunies.

Enfin l'enseignement de la stomatologie est organisé d'une façon définitive.

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS (*Paris, 7-10 avril 1910*). — Le Congrès des praticiens tiendra sa première séance le jeudi 7 avril, à neuf heures du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes.

Les séances se poursuivront l'après-midi et les jours suivants, jusqu'au 10 avril.

Ordre du jour. — Jeudi matin : *Rapports du corps médical et des sociétés de secours mutuels. — Relèvement des honoraires médicaux.*

Jeudi après-midi : *Avortement au point de vue médico-social. — Exercice illégal de la médecine.*

Vendredi matin : *Enseignement médical, syndicats et enseignement. Conseil médical supérieur.*

Vendredi après-midi : *Enseignement médical* (suite). — *Limitation du nombre des étudiants en médecine. Concours à l'entrée des écoles.*

Samedi matin : *Assistance publique. Structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger. L'hôpital aux indigents.*

Samedi après-midi : *Hygiène publique. La loi de 1902. Rôle des syndicats médicaux en matière d'hygiène.*

SOCIÉTÉ DES ŒUVRES DE MER (18, rue La Trémoille, Paris VIIIe). — L'assemblée générale annuelle de la société des œuvres de mer se tiendra le jeudi 7 avril, à trois heures de l'après-midi, à la salle de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain. Cette séance sera présidée par M. Lacour-Gayet, professeur à l'Ecole supérieure de marine, qui a bien voulu accepter d'y prendre la parole pour

exposer les bienfaits de l'assistance offerte en mer à nos pêcheurs par le navire-hôpital « Saint-François d'Assise ». Mlle Yvonne Ducos, du Conservatoire, a bien voulu également promettre son gracieux concours à cette réunion, où elle dira quelques pièces maritimes.

LA CURE TAXE. ADOPTION PAR LA CHAMBRE DU PROJET DE LOI CONCERNANT LA CRÉATION DE STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Dans sa séance du 25 mars la Chambre des députés a voté la loi suivante :

« ARTICLE PREMIER. — Toute commune, fraction de commune ou groupe de communes qui possède sur son territoire soit une ou plusieurs sources d'eaux minérales, soit un établissement exploitant une ou plusieurs sources d'eaux minérales, peut être érigé en station hydrominérale.

Les communes, fractions de communes ou groupes de communes qui offrent aux malades et aux visiteurs leurs avantages climatiques peuvent être érigés en stations climatiques.

La création de l'une des stations ci-dessus a pour objet de faciliter le traitement des indigents et de favoriser la fréquentation de la station et son développement par des travaux d'assainissement ou d'embellissement.

La demande de création d'une station hydrominérale ou climatique peut être formée, soit par le conseil municipal ou par une commission syndicale représentant la fraction de commune, conformément à l'article 129 de la loi du 5 avril 1884, soit par le préfet, soit à leur défaut par une association déclarée, constituée entre les médecins, propriétaires et fermiers de sources minérales, hôteliers et logeurs et toutes autres personnes intéressées.

Des décrets rendus en conseil d'Etat, après avis de l'Académie de médecine, du conseil supérieur d'hygiène publique de France et de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France statuent définitivement sur l'admission ou le rejet des demandes de création des stations hydrominérales ou climatiques.

ART. 2. — Dans les stations hydrominérales ou climatiques, des décrets rendus en conseil d'Etat peuvent, sur la demande des communes, autoriser la perception, pendant tout ou partie de l'année, d'une taxe spéciale dont ils fixeront le taux et dont le produit devra être affecté intégralement aux travaux visés à l'article premier.

Ces travaux peuvent être déclarés d'utilité publique par décret rendu en conseil d'Etat.

Les communes peuvent aussi, pour faire face aux dépenses résultant de l'application de la présente loi, être autorisées dans les mêmes formes à contracter des emprunts gagés sur les recettes à provenir de la taxe.

ART. 3. — La taxe qui peut être perçue en vertu de l'article 2 est établie sur les personnes non domiciliées dans la commune et n'y possédant pas une résidence à raison de laquelle elles sont passibles de la contribution mobilière.

Le tarif de cette taxe peut être établi par personne et par jour de séjour ou par personne indépendamment de la durée du séjour ; il peut être basé sur la nature et le prix de location des locaux occupés ; il peut comporter des atténuations, à raison soit de l'âge, soit du nombre des personnes d'une même famille ; il peut varier suivant les époques de la saison. La taxe ne peut être due pour une durée supérieure à quatre semaines.

Peuvent être exemptées de la taxe de séjour les personnes occupant des locaux d'un prix inférieur à un chiffre déterminé, ou inscrites sur la liste d'assistance médicale gratuite de la commune dans laquelle elles reçoivent l'assistance. Des exemptions totales ou partielles peuvent également être édictées en faveur des individus attachés exclusivement à la personne ou de ceux qui, par leur travail ou leur profession, participent au fonctionnement et au développement de la station. Les cas d'exemptions doivent être limitativement déterminés dans la délibération par laquelle est formulée la demande.

ART. 4. — La taxe sera perçue par l'intermédiaire des logeurs, hôteliers et propriétaires.

En cas d'infraction aux dispositions fixées conformément à l'article 9, les poursuites auxquelles il y aurait lieu de procéder pour le recouvrement de la taxe seront effectuées selon le mode usité en matière d'octroi ; les réclamations seront jugées également comme en matière d'octroi.

ART. 5. — Il devra être tenu par les communes ou syndicats de communes un compte spécial du produit et de l'emploi des recettes provenant de la taxe. Ce compte sera publié et transmis à la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France.

Les conditions dans lesquelles ce compte sera établi, approuvé et apuré, seront déterminées par le règlement d'administration publique prévu par l'article 9 de la présente loi.

ART. 6. — Les dispositions de la présente loi sont applicables aux communes qui auront été autorisées à se constituer en syndicats de communes par application de la loi du 22 mars 1890, en vue d'obtenir la création d'une station hydrominérale ou climatique intercommunale.

ART. 7. — Dans chaque station hydrominérale ou climatique, il pourra être institué, par décret en conseil d'Etat, un établissement public sous le nom de « chambre d'industrie thermale ou climatique ».

Cette chambre sera composée pour moitié de membres élus par les personnes appartenant aux catégories de professions intéressées au développement de la station et désignées par le décret constitutif.

Les autres membres seront : le préfet ou son représentant, président ; l'ingénieur des mines de la circonscription ou l'ingénieur des ponts et chaussées, s'il s'agit d'une station climatique ; le directeur du bureau d'hygiène, l'agent voyer du canton, trois membres désignés par le préfet, dont deux médecins exerçant la profession dans la station, le maire de la commune et deux délégués du conseil municipal et, si la station appartient à un syndicat, deux délégués du syndicat.

Le décret constitutif répartira les places réservées aux membres élus entre les diverses catégories de professions qui devront être représentées dans cet établissement public.

La chambre d'industrie thermale ou climatique sera nécessairement appelée à donner son avis sur les projets de travaux visés à l'article premier entrepris par les communes sur les demandes tendant à l'établissement de la taxe et sur les emprunts qui doivent être gagés sur cette taxe.

Elle pourra adresser à l'administration supérieure des observations sur l'emploi du produit de la taxe spéciale et émettre des vœux sur les questions intéressant la station.

La concession des travaux visés ci-dessus pourra être accordée à la chambre d'industrie thermale ou climatique par une délibération du conseil municipal, approuvée par le préfet.

S'il y a lieu à expropriation, il y sera procédé, après déclaration d'utilité publique par décret en conseil d'Etat, conformément à la loi du 3 mai 1841, au nom de l'autorité concédante et aux frais du concessionnaire.

ART. 8. — Il est institué près le ministre de l'intérieur une commission permanente des stations hydrominérales et climatiques de France chargée d'étudier les questions intéressant la création et le développement de ces stations.

La commission donne son avis sur les questions qui lui sont soumises par le ministre et, notamment, sur les demandes formées en vue de faire désigner des communes comme stations hydrominérales ou climatiques. Elle adresse chaque année au ministre les observations que lui paraît comporter l'emploi fait dans les diverses stations du produit de la taxe établie par application de la présente loi.

ART. 9. — Un règlement d'administration publique fixera la composition de la commission permanente et déterminera les mesures propres à assurer l'exécution de la présente loi. Il fixera notamment les formalités à remplir par les logeurs, hôteliers, propriétaires ou autres intermédiaires chargés de percevoir la taxe et les pénalités pour infractions aux dispositions concernant ces formalités ; lesdites pénalités ne pourront dépasser le triple du droit dont la commune aura été privée.

ART. 10. — Les dispositions de la présente loi sont applicables à l'Algérie, sous réserve des dispositions de la législation spéciale en vigueur dans la colonie. »

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 569.*)



HOPITAL DE LA PITIÉ

DE LA LEUCORRHÉE [1]

Par le docteur Paul DALCHÉ.

Pour commencer les leçons de ce semestre d'hiver, j'ai l'intention de vous parler aujourd'hui de la *leucorrhée*; oui, messieurs, des *pertes blanches*. Ce sujet, à coup sûr, vous paraîtra bien terre à terre, à côté de la description de l'une de ces grandes interventions gynécologiques dont s'enorgueillit à juste titre la chirurgie contemporaine! Et cependant il mérite d'être étudié avec quelque détail, tant à cause de la fréquence de la leucorrhée qu'en raison de l'importance qu'elle peut acquérir; souvent simple inconvénient, nous la voyons devenir le premier indice d'une affection plus grave qu'elle permettra de déceler.

« C'est pour des pertes blanches, dit Bedford, qu'on nous consulte le plus fréquemment. » Aussi les plus anciens auteurs se sont-ils occupés de cette question. A certaines époques on considéra même la leucorrhée comme une véritable *maladie* : c'est ainsi que Blatin père consacre au « catarrhe utérin » un livre entier, dans lequel les sous-genres de leucorrhées, les espèces et les sous-variétés se multiplient pour être envisagés tour à tour. Plus tard, Blatin et Nivet décrivent longuement les « écoulements idiopathiques » qu'ils confondent avec les phlegmorrhées de la muqueuse génitale. Les plus anciens médecins avaient déjà, bien avant eux, traité « des *flueurs blanches* ». Avicenne et Savonarole les faisaient provenir des veines de l'utérus ; Sylvius, Cullen, des « vaisseaux qui sécrètent les règles »; Bonet, Schneider, Morgagni au contraire, de la muqueuse utérine ou vaginale. Plus tard, Boivin et Dugès appellent la leucorrhée « le flux muqueux de l'utérus ». De nombreux auteurs des siècles derniers ont plus ou moins abordé cette question; mais presque tous, imbus des idées régnantes sur le *catarrhe*, ont confondu le symptôme et la cause.

De nos jours, l'anatomie pathologique, la cytologie et la bactériologie ont permis d'envisager la question sous un tout autre aspect. Mais devons-nous, cependant, faire table rase des enseignements du passé. Sans tomber, par exemple, dans les exagérations de Grisolle — qui, tout en considérant la leucorrhée comme « un écoulement blanc chronique auquel sont sujettes certaines femmes qui ne présentent d'ailleurs aucune lésion matérielle appréciable de l'appareil génital », lui décrivait cependant une anatomie pathologique comme à une véritable maladie — il nous faut retenir les idées de Courty reprenant l'opinion de Racle et de Lorrain : il pense que, dans certains cas, la leucorrhée résulte d'une imperfection *fonctionnelle*, favorisée par une atonie générale ou une prédisposition locale. Et vraiment, de même qu'au niveau de la muqueuse de l'estomac on observe des dyspepsies fonctionnelles, dont quelques-unes restent de simples troubles sécrétoires ou nervo-moteurs, de même les muqueuses génitales ne sauraient-elles être atteintes de *leucorrhée fonctionnelle*, sans altération anatomique appréciable, Doléris dit que la leucorrhée ne doit pas nécessairement impliquer l'idée de métrite, l'appareil sécrétoire du col obéissant à des lois très variées.

A côté des leucorrhées organiques, existent les leucorrhées fonctionnelles que doit bien connaître le médecin : sans négliger celles-là, ce sont celles-ci surtout que nous décrirons avec quelque détail au cours de ces leçons.

Définition. — La définition du mot leucorrhée a varié à l'extrême : Bedford appelle leucorrhée tout écoulement vaginal non sanguin. Certains donnent le nom de leucorrhée aux seuls écoulements venant de l'utérus, et de pertes blanches à tous les autres écoulements. Pichevin, Doléris n'admettent comme véritable leucorrhée que les écoulements d'origine utérine, alors que Pierre Delbet, Siredey estiment qu'il y a bien des leucorrhées d'origine vaginale. Ne nous plaçant qu'au point de vue clinique, nous nommerons leucorrhée *le flux pathologique produit par l'augmentation et l'altération des sécrétions normales de l'appareil génital de la femme* (Courty), ou encore *l'exagération et l'altération morbide de la sécrétion utérine et vaginale physiologique* (Pozzi).

Symptomatologie. — Le liquide leucorrhéique s'écoule tantôt d'une manière intermittente, tantôt de façon continue. Parfois — cela peut paraître étrange — la femme, de bonne foi, ignore son existence : le médecin doit connaître cette possibilité en examinant des urines, au point de vue albumine, pour éviter cette cause d'erreur.

D'autres fois l'écoulement est considérable, et la malade est obligée de se garnir comme au moment de ses règles. Le flux s'accumule dans le vagin pendant le sommeil et se manifeste au réveil; il augmente en général pendant la marche, la danse; il est entretenu par certains aliments.

Le liquide provenant du *vagin* est fluide, laiteux, empèse le linge. Sa réaction est *acide*. La desquamation du vagin est un milieu de culture excellent pour les micro-organismes, aussi la leucorrhée vaginale est-elle riche en bactéries de tous genres.

Le flux *utérin* est différent s'il vient du col ou du corps : l'écoulement du *col* est comme du blanc d'œuf, transparent, gélatiniforme; celui du *corps* est blanc jaunâtre, peu visqueux (Pozzi), limpide comme de la sérosité (Doléris); il empèse le linge. Il devient aussi purulent, ou jaune verdâtre. Sa réaction est *alcaline*.

Exceptionnellement l'écoulement peut venir des *trompes*, par véritables crises sécrétoires. Nous étudierons, dans le chapitre diagnostic, les caractères cytologiques et bactériologiques de ces différents écoulements.

Complications. — Elles peuvent être *locales* ou *générales*.

Localement, les pertes blanches provoquent, par leur âcreté, de l'*irritation* des régions génitales :

(1) Leçon recueillie et publiée par le docteur Macé de Lépinay, ancien interne des hôpitaux de Paris.

gonflement des grandes et petites lèvres, inflammation de la face interne des cuisses et du périnée, la peau à ce niveau se *pigmente* et se bistre chez les brunes, rougit chez les blondes, tendant à l'intertrigo; cette zone enflammée est triangulaire, la base descendant des cuisses et du périnée, le sommet allant à l'anus. Toute la région, organes génitaux, périnée, anus, est le siège de *démangeaisons* intenses ; on peut voir des excoriations, et même une véritable *vulvite ulcéreuse*.

Le *prurit vulvaire*, le *prurit anal*, le vaginisme secondaire en résultent souvent, ainsi que l'eczéma, des érythèmes de toutes natures, des éruptions avec croûtes, etc., etc.

Des phénomènes du côté de la vessie peuvent même s'observer au cours de la leucorrhée, indépendamment, semble-t-il, du gonocoque : urétrite légère avec cystite du col et pollakiurie.

Ces simples complications risquent de devenir de véritables accidents chez les femmes obèses : lymphangites, abcès succèdent chez elles à une simple pustule d'acné, accidents capables de prendre une sérieuse gravité chez les diabétiques et les albuminuriques.

Sur les complications *générales*, les anciens auteurs étaient prodigues de détails : « Le visage est pâle, maigre ou bouffi, disaient Blatin et Nivet ; la peau est blafarde et décolorée ; les yeux sont cernés, etc. », et ils passaient en revue une foule de symptômes dépendant des pertes blanches : douleurs dans les lombes, les cuisses; étourdissements et céphalalgie ; palpitations, essoufflement, syncopes ; langueur, paresse intellectuelle, mélancolie, hypocondrie, névropathie sous toutes ses formes. Ils ont exagéré, mais cependant les troubles digestifs, la tendance à la chlorose, coïncident souvent avec les écoulements leucorrhéiques, et la neurasthénie arrive facilement à sa suite.

Evolution. — Les pertes blanches n'ont point de durée fixe, elles peuvent persister pendant fort longtemps, sans tendance à la guérison spontanée ; mais elles n'ont jamais l'évolution grave que leur attribuaient autrefois certains auteurs (Grisolle).

A. — Leucorrhée pendant la vie génitale entre la puberté et la ménopause. — C'est celle que nous prendrons pour type, tout en décrivant quelques variétés appartenant à d'autres âges de la vie pour n'avoir plus à y revenir.

1° — Stolz parlait d'une leucorrhée *physiologique*. Sans discuter la valeur du mot, nous pouvons jusqu'à un certain point considérer comme physiologique la leucorrhée qui précède de fort peu et suit immédiatement les règles. La femme souffre des reins, éprouve les malaises habituels chaque mois ; elle perd en blanc, est même obligée de se garnir, puis le sang survient, s'écoule pendant quatre, six jours, est remplacé ensuite par un écoulement blanchâtre qui dure deux à quatre jours et tout rentre dans l'ordre.

Parfois le flux sanguin n'apparaît pas à la date attendue, ou se réduit à un simple suintement, et un écoulement blanc abondant se manifeste à sa place, à la façon d'une véritable *menstruation blanche* (Astruc).

Nous l'observons surtout à la puberté et à la ménopause, mais aussi au cours de la vie génitale, principalement alors chez les chlorotiques, les femmes claustrées, les affaiblies, les convalescentes, etc. « Chez des filles neuro-arthritiques, dit Richelot, un flux catarrhal abondant peut suppléer à la médiocrité de l'écoulement sanguin. » Ces leucorrhées rentrent jusqu'à un certain point dans la classe des leucorrhées *utiles*, puisqu'elles sont supplémentaires.

Entre les règles, à *périodes à peu près fixes*, des femmes accusent des crises de pertes blanches qui durent quatre à cinq jours, puis disparaissent pour se reproduire le mois suivant à la même époque. La cause la plus habituelle en est une *sclérose utérine* entretenant une congestion persistante : et ainsi, dix à quinze jours après les règles (Stapfer et Batuaud) se produit comme une sorte de molimen pathologique qui se termine tantôt par une petite hémorragie, tantôt par une poussée leucorrhéique (Roux de Brignolles). La dysménorrhée intermenstruelle amène également une leucorrhée périodique. Mais ces sortes de « règles blanches » cessent évidemment d'être physiologiques.

2° — D'autres leucorrhées, vraiment *pathologiques*, sont amenées et entretenues par des causes fort *banales*, mais suffisant à causer « une perversion de la circulation et de l'innervation » ; il suffit de les connaître pour les atténuer ou les faire disparaître souvent par un conseil approprié. C'est ainsi que chez les femmes congestives, pléthoriques, une alimentation trop abondante, ou au contraire chez des femmes débilitées une nourriture insuffisante, peuvent avoir de l'influence sur l'apparition des pertes blanches ; de même la mauvaise hygiène, la claustration, la vie trop sédentaire, l'absence de sommeil, les fatigues (allaitement trop prolongé), les excitations génitales (sécrétion permanente exagérée, Doléris), le froid humide (refroidissement brusque du bas-ventre). Le café au lait, inutile de le dire, ne doit pas lorsqu'il est de bonne qualité être accusé, comme on l'a fait si souvent, d'amener des pertes blanches. Sont encore causes fréquentes de leucorrhée : l'usage indiscret, maladroit, des *emménagogues*; l'*abus des injections* trop chaudes ou trop stimulantes, ou trop acides ; les *corps étrangers* (pessaires) ; enfin la *malpropreté*.

Les leucorrhées épidémiques (Troussel 1842) relevaient sans doute d'une origine qui devait être tout autre que le refroidissement incriminé.

3° — Une variété de leucorrhées relève de *causes générales*; on disait autrefois de diathèses. Les femmes lymphatiques (Becquerel) atteintes du vice scrofuleux (Churchill) seraient plus que d'autres prédisposées à la leucorrhée ; Doléris d'une manière très judicieuse fait allusion à l'élection particulière d'un émonctoire au niveau du col. Il faut rechercher surtout cette influence chez les femmes aux congestions faciles qui présentent soit de l'hypertension artérielle, soit de la dilatation passive des veines, neuro-arthritiques sujettes à des crises sécrétoires.

Pour elles les causes hygiéniques que nous avons énumérées plus haut ont un retentissement d'autant plus facile et suffisent rapidement à devenir des causes occasionnelles. Dans les observations rapportées par les anciens auteurs, à travers les exagérations dues aux doctrines de l'époque, nous devons aussi reconnaître des faits exacts se produisant sous la dépendance de perturbations vaso-motrices, d'une fluxion vive se portant tantôt sur une région, tantôt sur une autre et se manifestant sous des influences nerveuses, hétéro ou auto-toxiques ou même infectieuses. Cependant sous le nom de leucorrhées *herpétiques* ou *dartreuses*, il semble qu'il s'agissait bien plutôt d'eczéma, ou d'herpès, ou d'impétigo.

A cette question des leucorrhées appelées autrefois *constitutionnelles* ou diathésiques, se rattache l'étude des leucorrhées dites aussi *supplémentaires*. Courty reconnaît qu'il est difficile de décider « si une leucorrhée est vraiment supplémentaire du flux dont la suppression coïncide avec son apparition, ou bien si elle est, comme ce flux lui-même, symptomatique d'un état général commun dont ils relèvent tous les deux ». Je crois que dans la plupart des cas c'est cette dernière pathogénie que l'on doit invoquer : par exemple d'abondantes pertes blanches, qui succèdent à un flux hémorrhoïdaire ou le remplacent, traduisent simplement la congestion de tout le petit bassin qui accompagne la fluxion hémorrhoïdaire. Mais lorsqu'il s'agit de pertes blanches se produisant après la disparition d'une éruption cutanée, d'un exutoire ou d'une expectoration abondante, nous devons formuler d'expresses réserves. Tout au plus la suppression de certaines sueurs pourrait-elle amener une perturbation vaso-motrice, avec fluxion supplémentaire sur un autre point de l'économie.

4° — Des pertes blanches s'observent très fréquemment chez ces malades que j'ai appelées, avec Albert Robin, les *fausses utérines*. Sans insister sur ce chapitre, déjà longuement traité, je rappellerai que la leucorrhée se rencontre souvent chez les dyspeptiques, chez les malades atteintes d'affections intestinales, entéro-colite, viscéroptoses, etc.; plus souvent encore chez les femmes sujettes à la constipation chronique; de même pour les rénales, les hépatiques, les cardiaques, les pulmonaires chroniques. Les intoxications saturnines, éthyliques; les infections, palustre et autres, interviennent encore.

Que les fluxions ainsi provoquées soient actives ou passives, elles finissent par aboutir, à la longue, à un de ces états que l'on désignait autrefois sous le nom d' « engorgement congestif » (Duparcque), et c'est alors qu'on voit la leucorrhée compliquer les ménorragies (Churchill). D'autres fois au contraire il ne s'agit pas d'accidents fluxionnaires, mais de phénomènes asthéniques, et la leucorrhée complique l'aménorrhée (Churchill).

5° — Plus fréquentes et plus importantes encore sont les leucorrhées d'origine *locale*, *génitale*. En première ligne vient la *vulvo-vaginite blennorragique*; mais ce n'est pas la seule : d'autres *infections locales*, dues aux saprophytes habituels du vagin, sont susceptibles de donner une inflammation vulvo-vaginale. L'infection d'ailleurs, au lieu d'être ascendante, est aussi descendante et ne devient que *secondairement* génitale : par exemple dans les fièvres éruptives, les fièvres graves, les maladies aiguës, etc.

Certaines *malformations* locales causent des leucorrhées particulières : ainsi un vagin court, un col utérin abaissé, chez certaines jeunes mariées, amènent des pertes blanches par « métrite balistique » (Harpey, A. Siredey).

Toutes les affections *utérines* s'accompagnent de leucorrhée : abaissement, prolapsus utérin; les affections inflammatoires des *annexes*, les déviations de l'ovaire, le varicocèle pelvien. Les tumeurs de la trompe, de l'ovaire, par action réflexe sur la muqueuse utérine, produisent aussi des pertes blanches.

Dans les phases avancées de la sclérose utérine, l'atrophie des glandes et de la muqueuse amène une disparition progressive de l'écoulement blanc.

Enfin les troubles de *sécrétion interne de l'ovaire* eux-mêmes influencent et entretiennent la leucorrhée. L'hyperovarie provoque des fluxions locales; l'hypoovarie au contraire s'accompagne de troubles de l'innervation et de la circulation génitales, tantôt par ataxie ovarienne, tantôt par simple asthénie. De même les *syndromes polyglandulaires*, insuffisance surrénale, troubles des sécrétions thyroïdienne, hypophysaire, etc., produisent des retentissements aujourd'hui bien connus sur l'appareil génital.

B. — Leucorrhée de la puberté. — La puberté ne se traduit pas uniquement par l'apparition des règles : plusieurs semaines, plusieurs mois même avant celles-ci s'observent des troubles généraux, des phénomènes *prémonitoires* parmi lesquels un des plus fréquents est la leucorrhée.

A intervalles réguliers, tous les vingt-huit jours à peu près, la jeune fille souffre de douleurs abdominales, lombaires, de céphalée, de malaises généraux, parfois de coliques abdominales très vives; puis apparaissent quelques pertes, tantôt simplement séro-muqueuses, tantôt avec des taches brunâtres; l'écoulement dure deux, trois jours, puis s'arrête, et tout rentre dans l'ordre pendant quatre semaines. Chez les filles lymphatiques les phénomènes sont moins marqués, moins brusques, et l'écoulement, peu abondant, est plus épais. Chez les arthritiques au contraire on voit de véritables crises sécrétoires, de l'hydrorrhée (Pozzi), qui dure vingt-quatre à trente-six heures et s'accompagne de douleurs génitales très vives, que Rendu appelait « la migraine utérine ».

Ces leucorrhées prémonitoires de la puberté traduisent l'évolution utérine. L'organe, d'infantile devient pubescent puis adulte, et cette transformation entretient un état d'hyperémie active qui provoque soit des métrorragies, soit de la leucorrhée ; l'entrée en scène de la sécrétion ovarienne qui s'installe en même temps ne fait qu'accroître ces fluxions actives. La fatigue physique, intellectuelle, les exercices mal entendus exagèrent les pertes.

A côté de cette leucorrhée prémonitoire, se voit aussi la leucorrhée *pré* et *post-menstruelle*; ou bien de temps en temps il y a *menstruation blanche* remplaçant l'écoulement sanguin (Richelot).

Enfin, chez certaines jeunes filles la leucorrhée est *inter-menstruelle* et relève des causes multiples que nous avons signalées chez la femme adulte: fausse utérine, affection utéro-ovarienne, etc.

C. — LEUCORRHÉE DES PETITES FILLES. — Elles relèvent dans la majorité des cas de la *vulvo-vaginite*, et s'observent comme celle-ci, avec deux maxima de fréquence entre deux et six ans, entre onze et treize (Comby).

1° — *La vulvo-vaginite catarrhale*, pyodermique (Marfan, Epstein que nous allons suivre pas à pas) est due aux germes saprophytiques du vagin. Elle est amenée, soit par des causes *locales* : malpropreté, éponges mal nettoyées, traumatismes, oxyures, grattage, masturbation, dermatoses (eczéma, ecthyma, impétigo, pemphigus) ;

Soit par des causes *générales* : fièvres éruptives, coqueluche, syphilis congénitale, cachexie, etc. Les accidents de la dentition favorisent l'éclosion de cette vulvo-vaginite.

Elle se traduit par des signes fonctionnels : prurit, chaleur, ardeur exaspérée par la marche, le contact des vêtements, la miction; — et par des signes objectifs : muqueuses rouges, gonflées, excoriées; écoulement jaunâtre plus ou moins abondant.

2° — *La vulvo-vaginite blennorragique* est bien plus fréquente qu'on ne pourrait le soupçonner. Veillon et Hallé ont retrouvé le goconoque 24 fois sur vingt-huit examens. La contagion peut évidemment être *directe* (coït, viol), mais il ne faut pas se hâter de l'incriminer. Beaucoup plus souvent elle est *indirecte* : familiale (lit, éponges, serviettes), hospitalière (thermomètre), scolaire (siège des cabinets), etc.

Elle se traduit, comme la précédente, par des signes fonctionnels en général très accusés : gêne, sensibilité, douleur avec irradiations, exaspérées par la marche; — et des signes physiques : gonflement, rougeur et surtout un *écoulement purulent*, *verdâtre*, qui tache et empèse le linge. Cet écoulement diminue peu à peu d'abondance et de viscosité, mais il tend d'une manière très fâcheuse à demeurer *chronique*.

Les COMPLICATIONS deviennent fréquentes : *localement* ce sont les excoriations, la tendance aux ulcérations, les bartholinites, les adénites; le vagin est enflammé, l'hymen empêche à la fois l'écoulement et la désinfection; le col utérin s'infecte et donne lieu à une métrite très tenace, surtout chez la grande fille ; les trompes, les ovaires peuvent se contaminer de proche en proche, puis le péritoine pelvien. L'urètre se prend et la cystite éclate. La fissure anale, très douloureuse comme chez l'adulte, s'observe aussi. La petite fille n'échappe pas aux complications *générales* : conjonctivite, arthrites, endocardite, pleurésie, etc.

Le col utérin une fois pris par l'infection se débarrasse bien difficilement ; le réveil de la blennorragie risque de se faire plus tard, et peut-être un accouchement après bien des années amènera-t-il une exaltation de la virulence et une puerpéralité à gonocoques.

D. — LEUCORRHÉE DE LA MÉNOPAUSE. — A la ménopause, la femme reste exposée à toutes les causes déjà décrites de leucorrhées de nature organique ou fonctionnelle. Mais ces causes subissent le retentissement de l'état fluxionnaire et de « l'ataxie ovarienne » propres à cet âge, et des alternatives de suspensions et de poussées menstruelles exagérées exaspèrent la leucorrhée. C'est aussi l'âge de la « *fausse métrite* » (Doléris) par sclérose du col et du corps : les pertes blanches disparaissent d'ailleurs quand les glandes sont étouffées par les progrès de la sclérose.

Mais il existe des leucorrhées *spéciales* à la ménopause : l'habitude qu'a l'utérus de se congestionner tous les mois pour les règles, la dystrophie ovarienne de l'âge critique, la suppression ou l'irrégularité de la détente hémorragique mensuelle, suffisent à entretenir au niveau de l'appareil génital un état de congestion habituelle, qu'exaspèrent encore l'éréthisme génital, les excitations sexuelles assez fréquentes à cet âge.

L'écoulement blanc parfois précède de plusieurs jours l'apparition du sang; il arrive que la femme éprouve tous les symptômes du molimen, coliques, céphalée, etc., et constate un flux blanc jaunâtre, plus ou moins épais, avec quelques gouttes teintées en brun; puis tout s'arrête. Elle croit la période terminée, lorsque huit à dix jours après, inopinément, sans signes prémonitoires, le sang arrive.

Après les règles, la leucorrhée persiste parfois dans toute la période intercalaire. Elle a une facile tendance à devenir *odorante*, et alors sa couleur brunâtre par intervalles cause bien des inquiétudes aux malades qui redoutent l'invasion d'un cancer ; le diagnostic est souvent difficile avec un carcinome intra-corporéal, surtout si l'utérus est gros.

E. — LEUCORRHÉE DES VIEILLES FEMMES. — Chez les femmes âgées on observe des écoulements blancs dus soit à la *vaginite*, soit à la *métrite séniles*. Ils sont volontiers *fétides ;* sanieux, putrilagineux, entremêlés de métrorragies, ils rappellent absolument les écoulements du cancer et le diagnostic reste, dans beaucoup de cas, fort épineux (Maurange).

Diagnostic. — Il est facile de *reconnaître* une leucorrhée : seule l'hydrorrhée, en particulier dans les fibromes, s'en rapproche par quelques caractères, mais s'en éloigne aussi suffisamment pour ne pas être confondue.

Il convient encore de rechercher d'*où vient* la leucorrhée : vulve, vagin, col et corps utérin.

Dans la production de leucorrhée tubaire, on observe des crises de coliques salpingiennes coïncidant avec la diminution ou la disparition d'une tumeur, en même temps que se produit un jet hydrorrhéique, séro-purulent ou hémo-purulent. Cependant pour quelques auteurs la leucorrhée tubaire est tout à fait exceptionnelle, et les évacuations qui suivent les coliques douloureuses vien-

draient de la cavité utérine renfermant des mucosités accumulées.

Pronostic. — La leucorrhée en elle-même, accident banal et sans gravité, est extrêmement *tenace* et difficile à guérir complètement. Chaque mois le molimen cataménial, par la congestion de tout l'appareil génital, tend à provoquer des rechutes ou des récidives.

D'autre part cette infirmité gênante, à la longue et par son abondance, contribue à affaiblir la malade, la préoccupe souvent et pousse certaines femmes à la neurasthénie.

Enfin il ne faut pas oublier qu'elle est assez fréquemment le premier symptôme de maladies graves.

Existe-t-il des leucorrhées *utiles ?* Oui, jusqu'à un certain point pour les leucorrhées prémonitoires des règles, pour les menstruations blanches en particulier au moment de la puberté, etc.; mais nous avons fait justice des leucorrhées utiles par exemple chez les phtisiques, où les anciens la considéraient comme un exutoire favorable.

Les leucorrhées *non* gonocciques sont-elles contagieuses ? Oui, semble-t-il. Des urétrites légères ont été constatées après des rapports avec une femme ayant un écoulement simple non gonococcique. Toutefois se trouve-t-on rarement en droit d'affirmer que la virulence d'une gonococcie ignorée ou méconnue n'a pas subi une exaltation momentanée.

Cytologie et bactériologie. — L'importance de l'examen microscopique des écoulements n'est plus à démontrer (A. Siredey, Lemaire, Harpey, etc.).

La question importante, au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, se résume en la question : y a-t-il ou non blennorragie? Je cite en les abrégeant les conclusions de la thèse de Harpey Après plusieurs examens successifs d'écoulements. recueillis à différentes reprises, l'*absence* de gonocoques permet d'*éliminer* la blennorragie, mais cependant on peut encore formuler quelques réserves.

Dans les formes aiguës de la blennorragie, les gonocoques sont presque tous extra-cellulaires ; ils deviennent plus tard intra-cellulaires; dans les formes anciennes ils diminuent de nombre, et on trouve alors des formes longues, des bactéries.

A côté du gonocoque se constatent d'ailleurs, dans les formes aiguës, de très nombreux cocci divers et le faux gonocoque.

Chez les femmes qui n'ont pas été malades, on ne rencontre que des bactéries longues et grêles.

Chez les femmes dont l'écoulement tend à guérir ou à passer à l'état chronique les cocci disparaissent et l'on voit persister les formes longues, diphéroïdes.

Au point de vue *cytologique*, on voit chez la femme saine les cellules normales du vagin et du col, quelques rares polynucléaires, et quelques lymphocytes bien colorés.

Dans les infections aiguës : peu de cellules normales; au contraire, cellules cylindriques et pavimenteuses dégénérées, et nombreux polynucléaires altérés.

Dans les infections chroniques : cellules normales à côté de cellules dégénérées; rares polynucléaires normaux. (Harpey.)

Traitement. — *Doit-on traiter la leucorrhée?* Beaucoup d'auteurs se le sont demandé, soit parce qu'ils considèrent cet accident comme sans aucune gravité et sans aucune importance ; soit parce qu'ils estiment qu'il ne faut pas supprimer cet exutoire.

Nous savons ce qu'il faut penser des leucorrhées utiles ; nous avons d'autre part fait remarquer que la leucorrhée, même d'apparence la plus banale, peut être la genèse d'accidents ennuyeux, et même graves.

Oui, il faut traiter la leucorrhée, sauf peut-être, par exemple, au moment de la puberté, la leucorrhée supplémentaire, remplaçant des règles absentes, auquel cas il vaut mieux ne pas se hâter d'intervenir.

D'une façon synthétique le traitement doit viser *l'état général*, puis *l'état local.*

Aux *fausses utérines*, dyspeptiques, hépatiques, cardiaques, etc., on prescrira une médication appropriée à la cause première.

Aux *arthritiques*, vous ordonnerez le régime alimentaire qui leur convient, surtout lacto-végétarien par périodes de huit à dix jours, et vous serez surpris d'en constater les effets.

Pour les *chlorotiques*, d'une façon générale, méfiez-vous un peu des « reconstituants », vins de quinquina et autres qui fatiguent l'estomac sans grande utilité. Toutefois, dans de nombreux cas, vous vous trouverez bien d'ordonner la Teinture de mars tartarisée (X à XII gouttes avant chaque repas), ou l'hémoglobine. Depuis les travaux d'Armand Gautier nous savons que l'arsenic de la thyroïde s'élimine par le sang des règles : l'arsenic est un emménagogue et un tonique que vous prescrirez avec grands avantages soit sous forme de liqueur de Fowler ou d'arrhénal, soit en piqûres de cacodylate de soude.

Pour les *lymphatiques*, les strumeuses, vous songerez à la teinture d'iode (IV à VI gouttes avant chaque repas, Trousseau), au sirop d'iodure de fer, iodo-tannique, etc.

Chez les malades dont la leucorrhée provient « d'un engorgement congestif » (Duparcque, Churchill), comme on disait jadis, Gallard donnait autrefois le seigle ergoté ; je leur conseille aussi pendant huit à dix jours de la période inter-menstruelle l'ergotine associée à la digitale et au sulfate de quinine, suivant une formule que vous connaissez bien :

Ergotine	0gr10
Poudre de feuilles de digitale	0gr01
Sulfate de quinine	0gr02
Poudre de coca	Q.S.

F. s. a. pour une pilule; quatre dans la journée.

Le sulfate de quinine (0gr50 à 1 gramme) réussit bien contre les fluxions des neuro-arthritiques. (Lancereaux.)

A toutes ces malades, on recommandera la bonne alimentation, le grand air ; on leur dira d'éviter autant que possible la fatigue, la machine à coudre, la bicy-

clette, même le piano exagéré (Lawson Tait). Souvent on se trouvera bien de prescrire quelques mouvements de gymnastique raisonnée (Brandt); parfois au contraire le repos absolu devient nécessaire.

Existe-t-il des médicaments *spécifiques* de la leucorrhée? Non vraiment; on ordonnait souvent autrefois les *balsamiques* (copahu, cubèbe, santal); il faut les réserver aux écoulements blennorragiques.

Albert Robin a préconisé, dans les leucorrhées banales, l'usage de la scabiosa succisa : infusion, dans 500 grammes d'eau, soit de 5 à 7g50 de feuilles, soit de 2 à 3 grammes de fleurs, à prendre dans la journée; les résultats de cette médication méritent qu'on ait recours à elle.

Traitement local. — Le premier qui vient à l'esprit est l'*irrigation vaginale* : les *injections*.

On a certainement beaucoup *abusé* des injections *très chaudes*; excellentes en elles-mêmes, elles risquent, prescrites indifféremment, ou mal prises, d'entretenir la fluxion, la leucorrhée, et de donner de déplorables résultats, surtout si on les associe aux antiseptiques trop forts, trop acides, irritants.

Dans un sens opposé, on a préconisé de façon trop exclusive, les injections *d'eau froide*; Becquerel disait que c'était « la médication par excellence, il ne saurait trop la recommander »; il a rarement vu l'eau froide échouer complètement et n'a recouru à la teinture d'iode que pour assurer et terminer la guérison. C'est encore une exagération, l'eau froide est excellente, mais dans des cas bien déterminés.

A ce sujet, Becquerel touche une question des plus intéressantes : « Fleury, dit-il, ne regarde pas l'époque menstruelle comme une entrave à l'emploi des injections froides et même des douches froides. » Becquerel n'est du reste pas de cet avis. Gallard employait de façon presque exclusive l'eau froide, avec la plus grande efficacité, mais jamais il ne la prescrivait pendant les règles. Excellente contre des leucorrhées de nature atone, l'eau froide est toujours dangereuse et délicate à manier au moment de l'époque menstruelle, capable d'arrêter le flux sanguin, ou bien, s'il survient une réaction trop vive, due à une percussion forte et courte, susceptible encore d'exagérer la fluxion locale et la perte.

L'irrigation vaginale *tiède*, donnée, la femme étant couchée, à pression moyenne (0m50 environ), pendant 10 à 15 minutes, est *sédative*, n'amène pas de phénomènes réactionnels, et reste toujours parfaitement tolérée par les malades. Dans la pratique courante, c'est elle que je conseille presque toujours, en dehors des indications particulières à chaque cas. Je réserve l'eau *froide*, avec pression plus ou moins forte, aux leucorrhées d'origine atonique, asthénique, chez des malades lymphatiques, strumeuses.

Au contraire l'eau *chaude* conviendra spécialement aux « endolories du ventre », femmes souffrant de névralgies utérines ou pelviennes, à celles qui ont tendance à la stase circulatoire de l'appareil génital, avec utérus gros et rougeâtre, et sensibilité du petit bassin. Il faut être éclectique, et varier la médication suivant la phase de la maladie, et la nature de la malade.

Doit-on ajouter à l'injection un principe médicamenteux, et en particulier un *antiseptique?* Les antiseptiques *violents* m'ont toujours semblé donner de mauvais résultats : ils sont irritants, et d'autre part ils coagulent le mucus (mucine) des écoulements qui tapisse les muqueuses, et empêchent ainsi la substance active d'entrer en contact avec les parois devenant peut-être alors une sorte de milieu pour les micro-organismes.

Au contraire les *alcalins*, comme le bicarbonate de soude, désagrègent les mucosités; on peut donc, utilement, combiner le bicarbonate de soude à de faibles astringents, en même temps antiseptiques très légers, qui peuvent de la sorte agir sur les muqueuses débarrassées de leur enduit protecteur. Ainsi j'emploie volontiers : soit l'*eucalyptus* (10 grammes de feuilles pour un litre de décoction), soit les feuilles de *ficaire* (10 grammes pour un litre); soit encore le *tannin*, excellent, très vanté par les anciens (Becquerel) :

Tannin.................. 2 cuill. à café
Laudanum de Sydenham. LX gouttes
Mêlez pour 2 litres d'eau (A. Robin).

On emploie encore avec raison le *formol*, la *liqueur de Labarraque*. L'*extrait de saturne*, l'*alun*, le *sulfate de zinc*, très prônés autrefois, méritent de ne pas tomber dans l'oubli. De même les *feuilles de noyer*, les *feuilles de roses de Provins*, moins utilisées qu'autrefois.

De toute façon, le médecin fera bien de pratiquer lui-même de temps en temps, au spéculum, un nettoyage minutieux du vagin, du col et des culs-de-sac.

Lorsque la leucorrhée s'accompagne de *douleurs vives*, qu'elle résulte d'une affection aiguë, on prescrira les injections *émollientes* et *opiacées*, ou les bains de siège; par exemple :

Feuilles de jusquiame. }
— de belladone. } ââ 30 grammes.
— de morelle... }
Têtes de pavot............ n° 2
Pour un bain de siège.

Contre la leucorrhée *blennorragique*, il est classique d'ordonner les injections au *permanganate de potasse* (1 p. 4000 à 1000).

Excellent encore est le *protargol* à 2 p. 1000, 2 p. 100, 1 p. 100. Les sels d'argent jouissent d'une efficacité remarquable.

Contre les écoulements fétides des vieilles femmes l'*eau oxygénée* produira de bons effets.

A côté des injections, il faut avoir recours à une médication plus directe : je me trouve bien de pratiquer une à deux fois par semaine des *attouchements* du col et des culs-de-sac avec des solutions de *nitrate d'argent* (à 1 p. 20, ou même 1 p. 5). J'use encore de la *teinture d'iode*, excellent antiseptique fort employé actuellement. Becquerel la considérait déjà comme infaillible. L'*érythrol* (iodure double de bismuth et de cinchonidine) est une poudre qui dégage de l'iode à l'état naissant, en présence des sécrétions albumi-

noïdes, et est plus maniable peut-être que la teinture d'iode.

Les tampons imbibés d'*ichtyol* ou de *thygénol* rendent les plus grands services; le *bleu de méthylène* est également commode à employer. Une à deux fois par semaine j'introduis volontiers aussi un tampon imbibé d'*acide lactique* et glycérine (3 p. 100); l'acide lactique a été considéré comme l'antiseptique naturel du vagin, et on a reproché aux alcalins de pouvoir faciliter la virulence des microbes.

Dans ces dernières années le *radium* a été préconisé contre la vaginite gonococcique (Octave Claude), il aurait une action élective sur les affections gonococciques (Mme Fabre). On a employé les *boues radioactives actinifères* en injections matin et soir et en applications sur le bas-ventre. L'action sédative sur la douleur et sur l'écoulement paraîtrait plutôt résulter d'une action indirecte des boues (O. Claude) qui ne stérilisent pas les cultures mais rendent sans doute l'organisme plus apte à la lutte. Les pansements avec les solutions faibles de bromure de radium ont été pareillement essayés. Il y a dans ces moyens thérapeutiques des indications nouvelles qui sont peut-être appelées à nous donner de remarquables résultats.

Chez l'*enfant*, les injections seront données, avec précautions et à faible pression, au moyen d'une sonde urétrale molle peu enfoncée. Contre la vulvo-vaginite blennorragique (Marfan) on recommande le permanganate de potasse à 1 p. 4000, ou bien le protargol à 2 p. 1000, ou le sublimé (sans alcool) à 1 p. 10000.

Chez la *femme* à l'époque de la *ménopause*, en raison des fluxions utérines toujours à craindre, en dehors des cas pathologiques à indications particulières, on conseillera l'usage des injections de façon très prudente, peu de pression (0m50), et eau tiède de préférence.

Traitement hydrothérapique. — Dans certains cas les injections simples seront insuffisantes. On pourra recourir aux *irrigations vaginales continues* pour lesquelles existent des appareils spéciaux.

On se trouvera bien, suivant la maladie causale de la leucorrhée, d'ordonner soit les *douches en pluie*, toniques, régulatrices de la menstruation, les *douches en jet*, froides ou écossaises, stimulantes; au contraire les *douches tièdes*, à jet brisé, ou baveuses (Béni-Barde) qui sont sédatives.

La *douche vaginale ascendante* trouvera son indication dans les leucorrhées atoniques, dans les vaginites chroniques.

La *douche hypogastrique froide* combattra les engorgements utérins à tendance atonique.

Les *bains de siège* frais, à courant continu, sont stimulants; tièdes au contraire, ils sont calmants.

Les *bains de rivière* à eau courante sont stimulants.

Les *bains de mer* peuvent être très excitants, provoquant des fluxions utérines; il faut donc ne les ordonner qu'avec prudence chez les leucorrhéiques surtout au moment de la puberté.

Le *traitement hydrologique* de la leucorrhée se confond avec celui de la maladie ou de la diathèse causale : d'une façon très générale, on enverra les *névropathes* et les *algiques* aux eaux faiblement minéralisées de Néris, Plombières, Luxeuil; les *lymphatiques* et les *scrofuleuses* aux eaux chlorurées sodiques (Bourbonne, Bourbon-l'Archambault); les *atones* aux eaux chlorurées sodiques fortes (Salies-de-Béarn, Biarritz) ou sulfureuses fortes (Saint-Sauveur, Cauterets, Luchon, etc.).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1910)

Rôle des viandes non tuberculeuses dans la diffusion de la tuberculose. — MM. G. Linossier (de Vichy) et G. Lemoine (du Val-de-Grâce) ont trouvé assez fréquemment dans les boucheries de Paris des morceaux de viande non tuberculeuse contaminés, à la surface seulement, par des bacilles tuberculeux.

Leurs expériences leur ont démontré que la contamination a lieu à l'abattoir, au cours du dépeçage des animaux, au contact direct des organes rejetés comme tuberculeux, ou par l'intermédiaire des mains, des couteaux de bouchers, du sol, etc.

Le fait que la contamination est superficielle permet d'espérer que, comme dans ces expériences, la cuisson, même légère, en supprimera les effets; mais le danger est très réel pour qui fait usage de viande crue. Il y a aussi à craindre que les bacilles tuberculeux déposés sur la viande ne soient transportés par les manipulations de la cuisine sur d'autres aliments destinés à être mangés crus.

Les règlements en vigueur ne protègent pas le consommateur contre les dangers que nous signalons. Il est à souhaiter que des mesures soient prises dans les abattoirs pour éviter tout contact immédiat ou médiat entre les viandes et organes tuberculeux rejetés de la consommation et les viandes saines.

Nouvelle méthode de stérilisation du lait sans altérer ses ferments. — M. Heryng (de Varsovie) communique un important travail dont voici le résumé :

L'hygiène du lait a pour but non seulement la conservation de ses propriétés chimiques, mais principalement la préservation contre les microbes pathogènes qui pourraient s'y trouver.

Le contrôle du lait doit par conséquent limiter et empêcher la vente du lait infecté, soit pendant la conservation, soit pendant l'élaboration.

Le lait présente un milieu très favorable pour toutes les espèces de bactéries qui s'y développent en nombre très considérable.

La contamination du lait par de certains microbes peut occasionner toute une série de maladies infectieuses : la tuberculose, la fièvre typhoïde, le choléra infantile, la dysenterie, la diphtérie, le charbon, la maladie aphteuse, l'actinomycose, la rougeole, le choléra asiatique et la peste.

Le lait comme produit des glandes lactifères n'est pas une simple solution des substances nutritives. Pareillement au sang, c'est un tissu vivant qui possède des propriétés biologiques diverses. Le lait, de même que le sang, contient des antitoxines.

Tous ces corps sont détruits à la température de 62 degrés. Le chauffage du lait au-dessus de 100 degrés décompose et détériore les substances albuminoïdes (la caséine, le sucre, les graisses et les sels). Ces derniers solubles auparavant

deviennent insolubles. La stérilisation rend le lait inerte. L'allaitement avec du lait stérilisé contribue à la grande mortalité des nouveau-nés.

En présence du fait que le nombre de mères se refusant à nourrir leurs enfants au sein augmente de plus en plus, surtout dans les classes ouvrières où les conditions sociales forcent les mères à l'alimentation artificielle, la lutte contre cette terrible mortalité des nouveau-nés est un problème social qui oblige à rechercher des remèdes à cet état de choses.

Pour parer à ce danger on emploie différentes méthodes de stérilisation du lait.

Aucune des méthodes jusqu'ici connues de stérilisation du lait n'est en état de réduire le lait tout à fait stérile, sans décomposer ses ferments et antitoxines.

Il a paru intéressant à M. Heryng de rechercher une méthode qui stériliserait le lait sans détruire ses ferments.

Le principe de son procédé est basé sur la considération suivante. Tous les ferments contenus dans le lait, exposés à une température de 65 à 70 degrés se décomposent si le chauffage dure quelques minutes, mais restent intacts, s'il ne dure que quelques secondes, et à condition que le lait soit immédiatement refroidi. Il s'agissait donc de construire un petit appareil, destiné à l'usage domestique, lequel serait en état, dans un temps très court, de stériliser 200-250 centimètres cubes de lait, dose suffisante comme repas pour le nourrisson. Un spray à vapeur ou à air comprimé pulvérise le lait dans un condensateur en verre. Pendant ce procédé le lait est chauffé jusqu'à une température de 75-80 degrés. Il se condense ensuite et s'égoutte dans un récipient où il est aussitôt refroidi.

Avant de se servir de l'appareil, on stérilise le condensateur et le récipient, en faisant passer un courant de vapeur à 95 degrés de la bouillotte. Grâce à une disposition spéciale le lait est dispersé et dissocié en gouttelettes de 1/300-1/800. L'action de la chaleur agit donc sur ces gouttelettes d'une manière rapide et très énergique. En se servant de la vapeur comme agent pulvérisant, l'auteur aboutit à une certaine dilution du lait variant dans des limites de 10-15 p. 100, circonstance importante dans le lait destiné aux nourrissons.

Cette méthode de stérilisation du lait à la température de 75 degrés présente les avantages suivants :

1. Le lait conserve ses propriétés physiques et chimiques, c'est-à-dire couleur, odeur, goût, graisses et sucres.
2. Les albuminoïdes restent inaltérés.
3. A la température de 4 degrés, le lait n'aigrit pas pendant huit à dix jours, s'il est tenu à l'abri de la lumière.
4. Le lait préparé par cette méthode devient homogénisé.
5. Cette méthode de stérilisation du lait peut être également appliquée dans les grandes laiteries, mais exige l'emploi de l'air comprimé et desséché à une température convenable comme agent pulvérisant.
6. L'appareil est simple dans sa construction et application et donne des températures fixes, 75-80 degrés, sans contrôle du thermomètre.

Les expériences de l'auteur ont été vérifiées à l'Institut hygiénique de Berlin par le professeur Ficker, et à Varsovie par les docteurs Serkowski et Zurakowski. Les recherches du docteur Serkowski, qui a contaminé le lait cru avec les microbes de la fièvre typhoïde de la suppuration et le stérilisait ensuite en le faisant passer à travers l'appareil, ont démontré que tous ces microbes ont été détruits à une température de 10 degrés au-dessous de leur température critique. Le bacille pyocyanique, le bacille du choléra et du typhus ont été détruits à une température de 80 degrés.

Quant au bacille de Koch il a été détruit à une température de 75 degrés comme le prouvent les expériences bactériologiques exécutées dans le laboratoire du docteur Serkowski à Varsovie.

Infiltration d'urine dans la lithiase rénale. — M. Tuffier. La migration spontanée de calculs par effraction des voies urinaires supérieures dans le tissu périnéal ou urétéral n'a pas été étudié, même dans les travaux récents. M. Tuffier a vu des accidents d'infiltration d'urine et de phlegmon subaigu y succéder.

Dans un cas où l'uretère ne fut pas oblitéré au cours de la migration, il pensait à un phlegmon périnéphrétique, la résolution survint contre toute attente; ultérieurement, il trouva en opérant un calcul sur la face antérieure du bassinet; la rétention rénale de l'urine avait donc été l'origine de ces accidents.

Dans un autre cas, chez un lithiasique avéré, survient un œdème lombaire considérable sans fièvre, avec diminution des urines restées normales; il pense à une rupture pyélique ou urétérale. Il draine une vaste poche urineuse sous-rénale. Pendant trois mois un écoulement d'urine se fait par la plaie progressivement moindre et finalement un calcul est expulsé; en huit jours, tout est alors terminé. Dans ce cas l'obstruction de l'uretère avait été complète.

Dans un troisième cas, il se trouva véritablement en présence d'un phlegmon périnéphrétique dont l'intensité décroissait. Il trouve à l'opération un calcul enclavé dans une masse scléreuse sous-pyélique. Ces faits attestent la migration spontanée transpariétale de calculs du bassinet et de l'uretère; les symptômes dépendent de deux facteurs : 1° l'asepsie; 2° le degré de l'oblitération.

La restauration intégrale des parois est des plus remarquables, même dans les cas de phlegmon subaigu.

Action des eaux chlorurées sodiques carbo-gazeuses de Salins-Moutiers sur la pression artérielle. — M. Ch. Guilbert a étudié l'action physiologique des bains carbo-gazeux chlorurés sodiques de Salins-Moutiers, laissant systématiquement de côté toute hypothèse chimique, ou physico-chimique sur l'action des eaux minérales.

La pression artérielle étant produite par deux facteurs principaux, la résistance périphérique d'une part, et la contraction cardiaque de l'autre, il est probable que le bain carbo-gazeux agit à la fois sur ces deux facteurs simultanément.

Il résulte des faits, étudiés par M. Guilbert, que le bain carbo-gazeux chloruré a une action manifeste sur la circulation générale et que cette action se fait sentir par une suractivité des phénomènes de combustion organique, qui se traduit par une augmentation de la diurèse, un relèvement du taux de l'urée et du rapport azoturique, et une suractivité de réduction de l'oxyhémoglobine.

Mais ceci est en dehors du cadre de cette communication où l'auteur dit s'être volontairement abstenu de faire entrer tout ce qui ne touchait pas directement la circulation générale et la pression artérielle.

M. Guilbert ne veut pas pour le moment tirer une conclusion thérapeutique sur l'action des bains de Salins dans les affections cardiaques, il se contente de dire, après M. le professeur Landouzy, que Salins-Moutiers mériterait peut-être de partager la réputation mondiale de Nauheim, la célèbre station allemande.

FORMULAIRE

MÉDICAMENTS INCOMPATIBLES

Il y a quelques jours, je reçois la prescription suivante :

Pr.	Résorcine..............	1 gramme.
	Bichlorure de mercure...	0g25
	Borate de soude.........	2 grammes.
	Eau bouillie............	300cc.

M. us. ext.

En voulant opérer la dissolution du borax et du bichlorure de mercure, j'obtiens un précipité brun rouge volumineux insoluble à chaud. Ce précipité qui n'est pas modifié par la résorcine doit être de l'oxychlorure basique de mercure dû à l'alcalinité de la solution de borax.

Après plusieurs essais, je suis parvenu à obtenir une liqueur limpide en dissolvant d'abord la résorcine et le borax et en ajoutant à cette solution le bichlorure de mercure préalablement dissous à chaud dans une petite quantité d'eau.

La présence de la résorcine entrave donc la précipitation quand le bichlorure de mercure est à l'état de dissolution, mais si on veut dissoudre le bichlorure dans la solution de borax et de résorcine, on obtient un précipité jaunâtre.

La résorcine agit probablement en qualité de sel neutre, car si on la remplace par le chlorure de sodium, on obtient les mêmes réactions.

Seulement la solution limpide ne se conserve pas et après deux jours montre un léger dépôt.

La conclusion qui s'impose c'est que l'association du borax et du bichlorure de mercure doit être évitée. (M. Ph. HELSMOORTEL. *Rev. pharm. des Flandres.*)

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES ANÉMIES

Par le docteur M. LEBOURIN.

A vrai dire, des anémies primitives ou essentielles, à part la chlorose et l'anémie progressive, n'existent pas, et l'on observe surtout, en pratique, des anémies secondaires ou symptomatiques.

Cependant, à la base de ces divers états anémiques existe toujours une diminution du taux de l'hémoglobine, une diminution des globules rouges, et, sans perdre de vue la médication causale, le praticien doit établir aussitôt le traitement direct de cette hypoglobulie sanguine.

Les sels de fer longtemps utilisés sont aujourd'hui délaissés parce qu'ils ont de nombreux inconvénients et surtout parce qu'ils congestionnent nettement tous les organes.

Il est établi que la meilleure préparation ferrugineuse à utiliser dans les anémies est celle qui se rapproche le plus, comme constitution, du fer *alimentaire*, et de même, la meilleure préparation de manganèse (si utile aussi) est celle qui se rapproche le plus du manganèse de l'alimentation.

Or, cette préparation éminemment reconstituante existe dans la thérapeutique et c'est le malto-fer.

On appelle ainsi une combinaison ferro-manganique absolument assimilable et obtenue par le contact du fer et du manganèse naissants avec un mélange défini de graines d'orge, de froment et d'avoine en germination. Cette préparation maltée de nos deux plus puissants remèdes anti-anémiques représente ainsi une substance ferrugineuse tout à fait analogue à celle de l'alimentation et c'est pourquoi, introduite dans l'organisme, elle est facilement et *totalement assimilée*, amenant des résultats reconstituants rapides et supérieurs à ceux qui sont fournis par des ferrugineux chimiquement obtenus et mal assimilés.

Dans les anémies secondaires, l'expérience a montré que si l'on ordonne aux malades un demi-verre à liqueur de malto-fer (forme élixir) après le repas, et aux enfants, une cuillerée à café, ou bien encore, deux à trois dragées de malto-fer avant chaque repas, la coloration des tissus réapparaît, la vigueur, les forces reviennent, les phénomènes dyspnéiques s'éloignent et les digestions s'améliorent. De même les signes d'auscultation n'existent plus et le malade augmente de poids.

Bien que cette préparation ferrugineuse soit exempte d'inconvénients et ne fatigue pas l'estomac ou l'intestin, nous joignons parfois à son usage la valeur d'un verre à bordeaux, avant chaque repas, d'extrait de malt français de Déjardin. Beaucoup de malades, en effet, surtout des névropathes, ont une grande confiance aux propriétés eupeptiques très nettes de cet aliment remède, qui, d'autre part, par ses nucléoalbumines et ses phosphates naturels représente un reconstituant général, de réelle valeur.

Parfois encore, chez les anémiés, il existe des éruptions acnéiques ou furonculeuses de nature toxique, et il est bon de les soumettre à l'effet particulièrement dépuratif et antitoxique de la mycodermine. Cette substance est peut-être la seule qui représente, dans une forme pilulaire inaltérable, une levure de bière pure, fraîche et sélectionnée, sans odeur, sans saveur et d'effets constants.

Mais en dehors de ces quelques moyens thérapeutiques dictés par les circonstances, le malto-fer reste le remède de choix des anémies, et, si dans la quantité importante des ferrugineux, nous le préconisons, c'est assurément parce qu'il est entièrement assimilable, qu'il ne présente *aucun inconvénient*, et que cette association thérapeutique, fer alimentaire, manganèse et malt, constitue une puissance reconstituante globulaire et stimulo-nutritive à la fois reminéralitrice et oxydasique de très grande valeur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — R. ROMME. — Notre ami R. Romme vient d'être enlevé en pleine jeunesse, en pleine vigueur intellectuelle, par un mal mystérieux dont il avait, dès le début, pressenti l'inexorable gravité. Né à Vilna (Russie), Romme était venu très jeune à Paris. La fréquentation de la Sorbonne lui avait bientôt permis d'acquérir, dans le maniement de notre langue, une aisance qu'aurait pu lui envier plus d'un Français. Sous la direction de maîtres tels que Grancher, Hutinel et Rendu, il avait ensuite entrepris ses études médicales. Sa thèse sur l'*acétonémie* (1888) et ses recherches sur la *tuberculose, maladie sociale*, lui avaient fait obtenir la place de préparateur du cours de pathologie interne, qu'il occupa à la satisfaction de tous. Au cours de sa trop brève existence, il avait été bien souvent à la peine. Mais il lui aura été donné, avant de mourir, d'être aussi à l'honneur. Au concours d'externat de 1909, sa fille aînée remportait de haute lutte la première place. Nombre d'entre nous s'étaient alors réjouis de sa joie, car la dignité de sa vie comme l'aménité de son commerce lui avaient valu de bonnes et solides amitiés. De ces amitiés, les plus illustres ne furent pas les moins fidèles, et Hartmann, Hutinel et Widal, accourus des premiers à son chevet, lui prodiguèrent, jusqu'à la fin, les soins les plus touchants. Ceux-là même qui ne connaissaient pas l'homme tenaient en haute estime l'écrivain. On ne pouvait, en effet, qu'admirer l'art consommé avec lequel il savait exposer les sujets les plus ardus de la pathologie. Les articles qu'il rédigeait, soit pour les journaux médicaux, soit pour nos confrères de la grande presse, mettaient à la portée de tous, sans effort apparent, des questions qui, *a priori*, semblaient devoir être réservées aux méditations d'une élite. La simplicité savante de son style, son érudition, sa connaissance approfondie des littératures étrangères lui avaient, depuis longtemps, assuré une enviable renommée. Ce n'est pas seulement un galant homme qui disparaît, c'est aussi un journaliste de race.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE SURRÉNALE : SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

§ II. SYNDROMES AIGUS. — 1. Lorsqu'ils apparaissent *secondairement*, ils peuvent être assez facilement reconnus, et même servir à confirmer un diagnostic hésitant : « Si, au cours d'un syndrome d'insuffisance lente et pure, c'est-à-dire sans mélanodermie, on voit survenir brusquement des accidents aigus, à allure d'empoisonnement, on pensera à l'insuffisance surrénale » (Sergent). De même, « lorsque vous verrez, au cours d'une maladie infectieuse, survenir brusquement de la dépression, de l'hypothermie, de l'hypotension artérielle, avec ligne blanche, succédant à l'excitation fébrile du début, à la fièvre, à l'hypertension, vous serez en droit de penser que les surrénales sont touchées et que la lésion est assez profonde pour entraver leurs fonctions et menacer l'existence du malade » (Sergent).

2. Lorsque les mêmes syndromes surviennent *primitivement*, leur diagnostic est presque toujours impossible, à moins que l'on n'ait l'attention attirée sur l'insuffisance surrénale et que, dans les cas douteux, on ne recherche systématiquement les éléments du syndrome Sergent-Bernard, et particulièrement la ligne blanche surrénale qui possède, quoiqu'on en ait dit, une haute valeur séméiologique, et qu'on n'essaie avec succès l'opothérapie surrénale.

PRONOSTIC. — Il est *grave*. L'éventualité de la *mort subite* est toujours à redouter. Toutefois, il y a lieu de distinguer entre les accidents aigus, plus impressionnants, mais plus accessibles à la thérapeutique, et les accidents chroniques, tels que la maladie d'Addison qui, malgré des rémissions et des améliorations spontanées ou provoquées, aboutissent tôt ou tard à la mort.

TRAITEMENT. — **Traitement préventif.** — Les malades devront s'abstenir de tout travail fatigant, éviter les contacts avec les sujets atteints de maladies infectieuses, se méfier des médicaments toxiques et particulièrement de l'arsenic, ne se soumettre aux interventions chirurgicales que lorsqu'elles sont rigoureusement indispensables. Chez les femmes, une grossesse peut être l'occasion d'une insuffisance surrénale aiguë. On prescrira aux patients la médication phosphatée, et particulièrement la lécithine.

Traitement curatif. — En dehors des cas, d'ailleurs exceptionnels, où la syphilis est en cause, et où le mercure et l'iodure, administrés avec prudence, semblent indiqués, le traitement curatif se résume en un mot : *opothérapie surrénale*.

1. Si l'on veut s'adresser aux GLANDES FRAICHES, on prescrira des glandes fraîches de veau, prises chaque jour aux abattoirs; pour introduire ces organes dans l'économie, on peut utiliser la *voie sous-cutanée*, mais on risque ainsi de provoquer des abcès ou de très vives douleurs; la *voie rectale*, et surtout la *voie gastrique* (commencer par 2 grammes, monter progressivement jusqu'à 5; hacher et mélanger avec du sucre en poudre). Toutefois, les malades supportant assez mal les glandes en nature, on substitue souvent à celles-ci les peptones surrénales.

2. Le meilleur mode d'administration est la glande, sous forme d'EXTRAITS complets ou partiels. Les extraits *complets* (pour leur préparation, v. la thèse de Brunet, Paris 1901, n° 304) seront donnés à la dose de 50 à 80 centigrammes par jour, dix à douze jours de suite; interrompre deux jours, puis reprendre. Les extraits *partiels* peuvent être *aqueux*, *alcooliques* ou *glycérinés* (d'Arsonval).

3. L'ADRÉNALINE se trouve dans le commerce en solution au 1/1000. On la prescrira en potion, mais jamais en injection intra-veineuse, cette dernière façon de faire présentant des inconvénients immédiats (œdème aigu du poumon) ou tardifs (artério-sclérose). De plus, l'adrénaline étant *très toxique*, il sera prudent de la donner à doses peu élevées, d'en surveiller attentivement les effets et d'en interrompre l'emploi de temps à autre. L'adrénaline est la médication par excellence des maladies infectieuses lorsqu'on a quelque raison de soupçonner une localisation surrénale (Sergent). Cet auteur applique les règles suivantes, édictées par Netter et relatives à des adultes. Donner de xx à xxx gouttes par jour, c'est-à-dire d'un milligramme à un milligramme et demi d'adrénaline; monter, si besoin est, jusqu'à 5 (c gouttes) et 6 milligrammes (cxx gouttes) par jour, et même plus (Podischiel), en ayant soin de répartir la dose totale en cinq et six doses espacées dans les vingt-quatre heures; continuer, dans les cas extrêmement graves, plusieurs semaines et jusqu'à deux mois, en interrompant deux à trois jours tous les dix jours. « A cette dose, et avec ces précautions, dit Sergent, vous n'aurez pas à redouter la production des lésions athéromateuses des vaisseaux. »

M. Josué conseille les injections sous-cutanées. Ajouter un centimètre cube d'adrénaline au 1/1000, c'est-à-dire un milligramme de substance active à 250 ou 500 centimètres cubes à la solution de sérum artificiel. La masse injectée se résorbe très lentement, et l'adrénaline prolonge ainsi son effet.

Quelles sont les *indications respectives* des extraits et de l'adrénaline ? Bien qu'elles ne soient pas encore entièrement fixées, on peut admettre (Sergent) que celle-ci convient surtout aux cas où domine l'hypotension artérielle, ceux-là, aux cas où domine l'asthénie. Divers auteurs (Martin, Méry) préfèrent, d'une façon générale, les extraits complets, reprochant à l'adrénaline de provoquer parfois, après une phase très courte d'hypertension, une phase plus ou moins longue d'hypotension. Il faut d'ailleurs savoir que les extraits peuvent dissocier leur action thérapeutique, c'est-à-dire qu'ils peuvent faire disparaître complètement l'asthénie et ne modifier en rien l'hypotension artérielle (Martin et Darré, Teissier et Schæffer).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 32, p. 449; 35, p. 494 et 37, p. 526.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Anaphylaxie et les réactions anaphylactiques. « Maladie du sérum; cuti et ophtalmo-réaction à la tuberculine », par le docteur P.-F. ARMAND-DELILLE, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, 1 broch. gr. in-8° (n° 56 de l'*Œuvre médico-chirurgical*), 27 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

La Beauté de la peau, son entretien par l'électricité, par le docteur Ed.-H. BLANC, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. petit in-16, avec fig. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

L'Obésité (« Consultations médicales françaises », fasc. V), par le docteur P. LEREBOULLET, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco. — Paris, A. Poinat.

Traitement du diabète sucré (« Consultations médicales françaises », fasc. X), par le docteur Francis RATHERY, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules): 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 7 avril. — MM. Hallopeau, 28; Kendirdjy, 26; Lardennois, 28.

M. Gasne lira à la prochaine séance.

Prochaine séance, samedi 9 avril, à cinq heures, à la Charité.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 6 avril. — Question donnée : « Artère sylvienne. — Causes, signes et diagnostic de l'épilepsie jacksonienne. »

MM. Tzanck, 14 + 19 = 33; Pierret, 13 + 19 = 32; Monod (André), 17 + 20 = 37; Sourdille, 16 + 15 = 31; Amaudrut, 18 + 22 = 40; Pizon, 15 + 22 = 37; Lœwy, 7 + 13 = 20; Gautier, 16 + 23 = 39; Pollet, 16 + 16 = 32; Gassier, 14 + 22 = 36; Coppin, 13 + 17 = 30.

— RÉPARTITION DANS LES SERVICES HOSPITALIERS DE MM. LES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES EN MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1910-1911. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1910-1911, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1910) : internes et internes provisoires, le mercredi 27 avril, à une heure et demie;

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 15 mai 1910) : ceux de septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième année (externes ayant concouru en 1903, 1904, 1905, 1906), le lundi 2 mai, à une heure et demie; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1907), le mercredi 4 mai, à une heure et demie; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1908), le vendredi 6 mai, à une heure et demie; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1909), le lundi 9 mai, à une heure et demie.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 6 juin 1910.

— Un concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 13 juin 1910. S'adresser pour tous renseignements au secrétariat des hospices à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gaillard, docteur en médecine, chef adjoint du laboratoire de pathologie externe, est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1910, chef dudit laboratoire, en remplacement de M. Achard, appelé à d'autres fonctions.

M. Aynaud, préparateur de pathologie externe, est nommé, du 1er mars au 31 octobre 1910, chef adjoint du laboratoire de pathologie externe, en remplacement de M. Gaillard, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. Perriol, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, est nommé directeur, pour trois ans.

— MARSEILLE. — M. le professeur Delanglade a été élu délégué de l'Ecole au conseil de l'Université.

— M. le professeur Livon, directeur de l'Ecole, a été nommé membre du conseil départemental d'hygiène.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 26 mars 1910, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Lavabre, Simon, Sabatier, Vincent, Cadoul, Chiray, Doyen, Boutin, Valeton, Herbaux, Lloubes, Clerget, Crozet, Pizard, Froustey, Pfeiffer, Eiglier, Charlin, Bousquet, Teissier, Bonnefon, Agnely, Palanqui, Fiolle, Cortade, Lamare, Perret, Jannin, Bignon, Routier, Sabatier et Cames.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Bondet, Viel et Cocheret.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la treizième semaine, 1036 décès, au lieu de 1031 pendant la semaine précédente et au lieu de 1065, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être très fréquente. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 16 décès, au lieu de 150 pendant la semaine précédente (moyenne 197).

La phtisie pulmonaire a causé 242 décès (moyenne 229).

On signale 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (un seul cas nouveau est signalé par les médecins).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 581.*)

VALS

Eaux Minérales Naturelles admises dans les Hôpitaux

SAINT-JEAN. Gastralgie, dyspepsie.

PRÉCIEUSE. Foie, calculs, reins, diabète, goutte.

MARIE. La meilleure des eaux de table gazeuses.

Très agréables à boire. Une bouteille par jour.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE des EAUX, VALS (Ardèche).

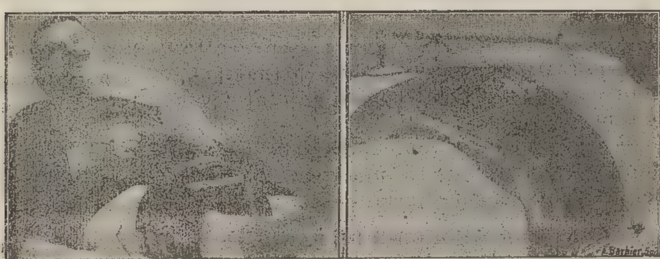
ASPHALÈNE

ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE HÉMOSTATIQUE
DÉSODORISANT CYTOPLASTIQUE GÉNÉRAL
KÉRATOPLASTIQUE — *INNOCUITÉ ABSOLUE*
PLAIES BRÛLURES SUPPURATIONS ETC
LABORATOIRES *EDOUARD VIALLET* GRENOBLE ET T^{tes} PH^{ies}

OPOTHÉRAPIE

TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HEPAT^{e} : doses, 1. Suppos. 1 à 4; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines p^{r} jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. p. j^{r}.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR 49, av. Victor-Hugo, Boulogne-Paris.



LA CURE THERMALE CHEZ SOI

par le **RADIATEUR PHOTO-THERMIQUE** du Dr MIRAMOND de LAROQUETTE appareil bréveté S. G. D. G. France et Etranger, pour bains de lumière électrique, 50 à 150°, 30 à 100 bougies, léger, pratique, portatif.

S'adapte à toutes les régions du corps, se greffe sur n'importe quel courant d'appartement, *dans le cabinet du médecin ou au lit du malade.*

Rhumatisme. Goutte. Affections douloureuses et chroniques. Traumatisme. Hydarthroses. Varices. Ulcères. Gangrènes. Dermatoses

A. HELMREICH, Electricien Constructeur à NANCY

EN VENTE DANS LES PRINCIPALES MAISONS D'APPAREILS ÉLECTRO-MÉDICAUX

IODO-MAÏSINE

Gastro-Entérites des Nourrissons

DIARRHÉES INFANTILES — TROUBLES DYSPEPTIQUES DE LA PREMIÈRE ENFANCE

PRESCRIRE 1/2 à 1 cuillerée à café de **Sirop de Trouette-Perret à la "Papaïne"** avant ou après chaque tétée ou biberon.

Le **Sirop de Trouette-Perret à la "Papaïne"** *digère le lait, combat la* **Dyspepsie**, *tout en laissant aux muqueuses le temps de se réparer.*

La **"Papaïne"** *est un ferment digestif végétal qui digère et peptonise, quelle que soit la réaction du milieu.*

Facilite le sevrage et favorise la reprise du lait, après les diètes et régimes.

Maladies de l'Estomac et des Intestins des Adultes

Sirop de Trouette-Perret à la "Papaïne" : *4 fr. le flacon.*
Une cuillerée à soupe à chaque repas.

Élixir de Trouette-Perret à la "Papaïne" : *5 fr. le flacon.*
Un verre à liqueur à chaque repas

Cachets de Trouette-Perret à la "Papaïne" : *4 fr. la boîte.*
Un à deux cachets à chaque repas

Vente réglementée laissant aux Pharmaciens un bénéfice normal.

Se trouve partout — Gros : *E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris* — Se trouve partout

REVUE GÉNÉRALE (1)

LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA ROTULE

Par M. Louis BILLON,
Chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le seul terme qui demande explication dans le titre luxations congénitales de la rotule est le mot : congénital. Il importe, en effet, de bien limiter notre sujet. Or, qu'entend-on par hernie congénitale? On entend une hernie produite à n'importe quel moment de l'existence du malade à la faveur d'une lésion congénitale. En ce qui concerne les luxations de la rotule il n'est pas possible d'interpréter autrement le terme congénital; il s'agit en l'espèce de perte de rapports normaux entre la rotule, le tibia et le fémur, perte produite à un âge quelconque du sujet à la faveur d'une prédisposition congénitale. C'est donc sous cet angle que nous allons faire une revue générale sur les luxations congénitales de la rotule.

I

Historique. — Assurément, bien que les cas soient assez rares, les luxations congénitales de la rotule ont été observées depuis fort longtemps. Malheureusement les données précises manquent, et il faut arriver au début du XIXe siècle pour voir fermement décrite cette affection par Paletta en 1820.

Les observations de S. Guérin, de Putégnat, de Périat, de Michaelis sont assez incomplètes de l'avis de Malgaigne même. Cet auteur a étudié très complètement la question à plusieurs reprises; mais, comme il ne la comprend pas comme nous-même devons l'étudier ici, il nous est impossible de le suivre.

Singer en 1856 donne le premier cas d'une façon absolument nette.

A dater de cette époque les travaux se multiplient sur ce sujet. Il convient de citer parmi eux ceux de Lannelongue, Servier, Kirmisson, Broca, Nové-Josserand, en France; à l'étranger les études les plus importantes furent faites par Bajardi, Steindler, Eulenbourg, South, Wolcott, Uhde, Friedlander, Appel, Büllinger-Müller. Plusieurs thèses ont traité ce sujet à différents points de vue. Les principales ont été écrites par Béreaux, Potel, Guex, Vincent, Rudler, Philippe, etc.

II

Etiologie. — Les *causes prédisposantes* sont des plus importantes. C'est une affection loin d'être fréquente. Philippe n'a pu en collecter que 107 cas qui paraissent d'ailleurs tous entrer dans notre cadre.

La *fréquence* est donc assez rare.

Proportionnellement l'*hérédité* par contre est très souvent constatée. Sans doute on l'a remarquée dans nombre de cas de luxations congénitales de la hanche, mais assurément dans la luxation congénitale de la rotule la proportion est plus forte. Shapleig, Caswell en ont donné des exemples étonnants. Le premier signala l'affection dans quatre générations successives, le second a pu l'observer chez un père, trois de ses fils et deux arrière-petits-fils. Le cas de Prewitt est également intéressant. Le grand-père, le père, ses trois fils, un petit-fils, présentaient une double luxation congénitale.

Non seulement l'affection est héréditaire par elle-même, mais même le côté où siège cette affection semble transmis. Chez le malade de Spitzi, la mère, sa fille, son fils, son petit-fils furent atteints de luxation à droite.

Le *sexe* suivant la plupart des observateurs est sans importance prédisposante. Etudiant 87 observations Philippe a noté cinquante-huit malades hommes et trente-neuf malades femmes, ce qui ferait qu'elle est une fois et demie plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

De même que la hernie congénitale est rarement constatée à la naissance, de même peu de luxations de la rotule ont été vues dès les premiers jours. Dans une seule observation le médecin s'en aperçut à la naissance; très généralement ce sont les parents qui, à la suite d'un traumatisme, à n'importe quel *âge*, constatent cette affection.

C'est en somme une malformation et comme toute malformation elle est fréquemment accompagnée de *lésions concomitantes*. Servier, Philippe citent leurs malades atteints également de pied bot varus; Smith trouve une luxation congénitale du radius; Middeldorpf un pied varus équin: Bousquet une rétraction congénitale du biceps. Bradfort, Friedlander notent une luxation congénitale de la hanche; Bernacchi, Judet et Touchard une cryptorchidie bilatérale.

D'ailleurs ces malades sont généralement faibles, peu robustes, chétifs. Ils sont tuberculeux dans les observations de Canton, Fischer, Ménard, Steindler; rachitiques dans celles rapportées par Appel, Watzer, Bayardi.

III

Pathogénie. — On ignore tout, aujourd'hui, des véritables causes et de la véritable pathogénie des lésions congénitales. Les luxations de la rotule n'échappent pas à cette règle. Cependant il est intéressant d'étudier si la luxation est primitive et les autres lésions secondaires à cette luxation rotulienne ou si les lésions articulaires fémorales et tibiales sont primitives et tiennent sous leurs dépendances le changement de rapports de la rotule.

I. Théorie de la luxation primitive. — Elle admet au premier abord les mêmes causes que la suivante. Ce sont les traumatismes maternels, les mauvaises positions fœtales avec membres inférieurs en flexion, adhérences amniotiques, manœuvres d'accouchement, etc. Ces faits invoqués pour causes de luxation rotulienne comme dans tous les troubles congénitaux n'ont pas une valeur spéciale puisqu'on les invoque dans la théorie qui suit.

II. Théorie de la luxation secondaire. — Les auteurs qui soutiennent cette théorie prétendent qu'un arrêt de développement a limité l'évolution du con-

dyle, externe de préférence, ou qu'un développement trop intense a favorisé un des deux condyles fémoraux aux dépens de son congénère. De cette atrophie ou de cette hypertrophie naissent fatalement les déplacements rotuliens.

Or, la cause de ces lésions échappe absolument. Les uns, avec Malgaigne, Philippe, ont voulu voir là une viciation du germe; d'autres, parmi lesquels Guérin, Delpech, ont incriminé une maladie nerveuse. Autant d'hypothèses peu soutenables encore que peu claires.

Certains ont rejeté la cause initiale sur le relâchement ligamentaire (Sédillot, Putégnat), d'autres enfin avec Parise imputent une hydarthrose intra-utérine.

En somme, la cause occasionnelle, là comme dans la luxation congénitale de la hanche, ne nous est pas connue. Ce qu'il est permis d'avancer c'est que, suivant toutes les éventualités, la théorie de la luxation secondaire semble plus vraie. La rotule est passive; elle subit le déplacement que provoquent les désordres et les lésions de l'articulation, des surfaces articulaires.

IV

Anatomie pathologique. — Nous avons à étudier les lésions osseuses, ligamentaires, musculaires et les organes entrant dans la constitution de l'articulation du genou.

Os. — La rotule luxée est amincie, plus plate que celle du côté normal, Rizet, Caswell, Bernacchi sont unanimes sous ce rapport; mais Singer et Ravoth ont trouvé des dimensions à peu près normales. En tous les autres cas la rotule avait une forme arrondie; ses saillies ont disparu.

Le fémur est très généralement tordu en rotation interne. Le corps entier de l'os est atrophié. Les lésions portent surtout sur les condyles. Le condyle externe est très souvent atrophié, parfois même il est absent. Servier, Stokes, en ont cité des exemples. Le condyle interne est, lui, toujours hypertrophié. Le sillon intercondylien présente des exostoses.

Le tibia est en rotation externe; Appell, Bergman, Spitzi en ont fait la remarque.

Ces lésions osseuses sont celles du genu valgum. Il y a en effet un lien d'union entre le genu valgum et la luxation congénitale de la rotule. Quelques auteurs, en tête desquels se trouve Malgaigne, pensent que le genu valgum préexiste et détermine la luxation — qui en réalité serait plutôt une subluxation — de la rotule. Cependant la plupart des observateurs tels que Hoffa, Poncet, Kirmisson, Appell, qui se sont occupés de la question des rapports du genu valgum avec la luxation congénitale de la rotule, soutiennent avec raison — à notre avis — que la luxation en dehors de la rotule et du tendon du quadriceps déterminent la déviation en dehors de la jambe.

Ligaments. — Le ligament rotulien s'allonge et s'atrophie. Joachimsthal et Prewitt l'ont bien décrit. Les ligaments croisés s'allongent.

L'aileron rotulien interne est en général très lâche.

L'aileron rotulien externe est épaissi, parfois cartilagineux.

Muscles. — Aucune dégénérescence. Ils suivent simplement la rotule dans son déplacement, c'est dire que le vaste externe se raccourcit et que le vaste interne au contraire s'allonge. Mais ces mouvements ne vont pas sans altération et parfois il y a un certain degré d'atrophie musculaire.

Bessel-Hagen, Bernacchi ont décrit la contraction et la rétraction des fléchisseurs immobilisant les surfaces articulaires du fémur avec celles du tibia.

Variétés. — Sur les 107 cas de luxations réunis par Philippe, on note 5 cas de luxation en haut, 2 cas en dedans, un déplacement cunéen et 99 cas de luxations en dehors.

Dans la luxation *en haut* la rotule peut se trouver dans l'échancrure sus-condylienne; le tendon rotulien est par suite allongé de cinq ou six centimètres. Potel qui a bien étudié cette variété s'exprime ainsi : « Le quadriceps, frappé au cours de son évolution se rétracte. Si le groupe des fléchisseurs est passif, la jambe bascule en avant (genu recurvatum, qui d'ailleurs s'accompagne souvent de luxation en haut de la rotule). S'il est actif, au contraire, le tendon rotulien s'allonge comme dans le cas de Ravoth et le point d'ossification patellaire remonte naturellement. »

La luxation *en dedans*, nous l'avons vu, est exceptionnelle, 2 cas sur 107, et encore sur ces 2 cas, un seul était constant; la rotule dans le cas de Périat se luxait tantôt en dehors, tantôt en dedans.

Au congrès de Bordeaux en 1895 Lannelongue créa le mot de *déplacement cunéen*. La rotule dans la demi-flexion du genou s'enfonçait comme un coin entre le fémur et le tibia.

Les luxations *en dehors* sont les plus fréquentes; nous avons vu les lésions qui les accompagnent, nous ne saurions tomber dans des redites.

Qu'elles se fassent en dedans, en dehors, en haut, les luxations présentent des *degrés* divers suivant les cas.

Bessel-Hagen indique trois degrés :

1° Dans une première manière la rotule est appliquée sur le condyle durant la flexion du genou. L'extension la ramène à sa place normale. C'est la luxation incomplète.

2° La luxation complète est caractérisée par la situation permanente de la rotule luxée.

3° Il existe enfin des cas où la rotule ne se déplace que dans certaines circonstances, dans certains mouvements. Cette luxation est appelée intermittente.

C'est la luxation complète et permanente qui est de beaucoup la plus fréquente; à elle seule elle donne autant de cas que les deux autres réunies.

V

Symptômes. — La date d'apparition de la luxation est excessivement variable. Comme nous l'avons dit, il est excessivement rare que la luxation se manifeste dès la naissance. Un seul cas a été examiné dans ces conditions par un médecin. Lannelongue en a publié l'observation. Parfois la malformation

est aperçue avant les premiers pas de l'enfant. C'est surtout à ce moment que l'enfant, marchant difficilement, est examiné sérieusement. Il peut se faire qu'il se crée une sorte d'habitude et de suppléance et que l'enfant puisse marcher, mais en tous cas il marche mal et tard.

Plus souvent le début est brusque. Il y avait prédisposition et c'est à la suite d'un choc, d'un trauma que la luxation se déclare, comme la hernie inguinale dans le sac péritonéo-vaginal ne se manifeste souvent qu'après un effort.

Ici il convient de faire le diagnostic de la congénitalité. La prédisposition du trauma et de son résultat, les altérations osseuses et ligamentaires permettent le plus souvent la différenciation.

Une fois la luxation établie, on peut étudier de plus près les symptômes.

1° Luxations incomplètes. — Dans l'extension la rotule est en place. La simple inspection ne permet pas de différencier le genou malade du genou sain : mêmes reliefs, mêmes saillies, mêmes dépressions. La palpation donne des signes plus nets. Lorsque le malade relâche son quadriceps, il est possible de saisir la rotule et de lui faire exécuter des mouvements de latéralité assez importants.

Dans la flexion, la rotule change de place. Généralement la jambe est déviée plus ou moins en dehors, la rotule s'applique sur le condyle externe. Ce rapport est assez variable, la rotule pouvant se subluxer simplement, rester à cheval sur le bord du condyle ou encore se luxer totalement et venir sur la face externe proprement dite du condyle externe. Le genou paraît très élargi ; en avant des condyles, au lieu du relief rotulien il y a une dépression répondant à la trochlée. Très souvent il y a hydarthrose concomitante.

La marche est difficile à cause de l'hydarthrose, du genu valgum, mais surtout de ce fait qu'à une certaine flexion de la jamne la rotule brusquement se luxe. Sans doute elle peut rentrer assez souvent seule en sa situation normale lorsque le membre est en extension, mais il faut parfois que le malade s'aide lui-même et remette avec sa main sa rotule luxée.

2° Luxations complètes. — Cette variété de luxations permanentes, de beaucoup la plus fréquente, présente les symptômes suivants : la jambe étant en extension, le genou malade paraît plus large que celui du côté sain. A la place d'une saillie rotulienne on trouve une dépression très nette dont chaque côté correspond aux condyles fémoraux. Sur le côté externe une masse plus ou moins saillante détruit l'harmonie du contour. Il y a souvent du genu valgum cause ou effet, comme nous l'avons vu plus haut.

La palpation confirme ce qu'a donné l'inspection. La dépression s'accuse sous le doigt, et, à moins d'exostose considérable, il s'enfonce assez profondément. Sur la région du condyle externe, le quadriceps étant relâché, on trouve la masse presque arrondie de la rotule qui roule sous le doigt dans le sens de latéralité mais qui ne peut, comme dans la variété précédente, revenir au point normal. Ces mouvements sont accompagnés de craquements d'arthrite sèche. En général, la rotule se trouve très déformée sur la région externe du condyle externe ; elle est complètement luxée. Parfois il ne s'agit que d'une simple subluxation, ce cas est moins fréquent que l'autre.

Dans la flexion ces rapports s'accusent. On note plus nettement le genu valgum, la torsion du fémur en dedans, la rotation du tibia en dehors, sous l'influence de la tension du quadriceps. La rotule ne change pas de situation, mais les condyles externes devenant plus saillants, il est facile d'en constater l'atrophie coiffée par la rotule et l'hypertrophie du condyle interne.

Il y a atrophie musculaire portant de préférence sur le quadriceps.

Au point de vue fonctionnel, on a observé les cas les plus extrêmes, parfois une simple gêne. Le malade étudié par Michel pouvait se servir de son genou sans fatigue. Celui de Bousquet faisait plusieurs dizaines de kilomètres par jour sans difficulté.

D'autres malades éprouvent une sensation de faiblesse des jambes qui leur interdit tout effort et toute marche prolongée. S'ils marchent, c'est avec leur membre étendu et en abduction. La montée est facile, la descente très pénible, comme chez tous les malades atteints de demi-ankylose du genou.

3° Luxations intermittentes. — Elles se montrent dans certains cas chez un individu qui ne porte aucun signe particulier, hormis une certaine laxité dans les mouvements rotuliens.

Kirmisson cite un malade dont la rotule se luxait régulièrement tous les dix pas. Périat a observé un malade qui ne se luxait la rotule que quelques fois par jour.

A côté des symptômes physiques facilement compréhensibles, les signes fonctionnels ont une grande importance. La marche est fort gênée, car le malade doit se surveiller. Il ne peut courir, descendre, monter un escalier sans se trouver exposé à une luxation qui généralement est douloureuse. Il est donc condamné à marcher à petits pas, la jambe raide, posant le pied à plat sur le sol, fauchant.

Chose curieuse que fait observer Potel, chez ces malades, lorsque la flexion est légère, la rotule demeure au-dessus de l'axe mécanique du tibia sur le fémur et le quadriceps reste extenseur. Mais, dès que la flexion s'exagère, le triceps devient fléchisseur.

Les autres variétés de luxations en haut, en dedans sont très rares.

La luxation en haut présente des symptômes spéciaux. A l'inspection, on note que la saillie rotulienne est remontée, qu'au contraire une dépression l'a remplacée. La palpation montre qu'en suivant le tendon rotulien, on trouve, à deux ou trois travers de doigt de l'interligne articulaire, une petite masse arrondie, dure qui n'est autre que la rotule déformée et déplacée. Il y a peu de gêne fonctionnelle dans la flexion et l'extension.

Les cas de luxations internes sont trop rares pour

qu'on puisse en donner une symptomatologie bien nette. Putijat, qui cite la seule observation complète, dit simplement que la rotule était luxée contre le condyle interne, de façon que sa face articulaire regardait en dedans et que sa face non cartilagineuse était adossée au condyle.

VI

Evolution. Pronostic. — L'évolution de l'affection est nécessairement chronique, elle n'a aucune tendance à s'améliorer, ni par conséquent à guérir. Elle ne peut que rendre les malades de plus en plus infirmes. Le pronostic *quoad vitam* est bénin. Le point de vue fonctionnel est plus sombre.

Dans les luxations incomplètes, la marche est pénible; à chaque pas, à chaque flexion de la jambe la rotule vient s'appliquer contre le condyle. La gêne est extrême, parfois le malade ne peut marcher; il devient infirme.

Les luxations permanentes sont plus bénignes. Les malades qui en sont atteints vont, viennent, vaquent à leurs occupations. Cependant en général ils se fatiguent vite, surtout s'il s'agit de descendre une côte ou un escalier.

La plus grande infirmité est réservée aux luxations intermittentes. La marche est pénible, les chutes sont fréquentes. Il y a parfois une douleur très vive au moment où se produit la luxation. La crainte de cette douleur fait que le malade immobilise sa jointure. Il marche donc comme un ankylosé. Son genou est gonflé d'hydarthrose; il y a des poussées d'arthrite sèche, le genu valgum s'accentue. Le malade est un infirme.

VII

Diagnostic. — Dans l'immense majorité des cas le diagnostic est extrêmement facile à porter. Dès les premiers jours, le médecin peut découvrir cette malformation si son attention est portée du côté des genoux. Le plus souvent il n'en est pas ainsi, et c'est lors des premiers pas que les parents de l'enfant le voyant peiner et tomber fréquemment s'aperçoivent de l'anomalie. L'examen, la radiographie sont des moyens d'investigation parfaits et le diagnostic ne présente généralement aucune difficulté sérieuse. Disons seulement que la radiographie ne donne rien de net avant l'ossification de la rotule, c'est-à-dire avant un an environ.

L'*absence de rotule* est un fait très rare. Dans la luxation congénitale, la rotule est atrophiée, mais elle existe. Il suffit pour s'en assurer d'explorer le tendon du quadriceps; on y découvre toujours, en dehors du fémur, rarement en haut ou en dedans, un os sésamoïde dont d'ailleurs la radiographie aura précisé l'existence et les détails.

La *luxation traumatique* de la rotule se distingue par des caractères bien nets. Elle apparaît tardivement à la suite d'un traumatisme violent portant sur la région du genou. La rotule n'est pas déformée, il y a des symptômes concomitants d'ecchymoses, d'hémarthrose, de douleurs qui permettent le diagnostic. De plus, dans la luxation congénitale on trouve un certain degré de genu valgum.

Le *genu valgum* est-il primitif ou secondaire? Nous avons étudié la question plus haut. Suivant toutes les probabilités, il est secondaire et la déviation du tendon rotulien ne fait qu'augmenter le genu valgum, cause déjà de luxation congénitale. Dans les cas de rachitisme, de foyer ancien ostéomyélitique du condyle interne, le condyle externe atrophié permet une luxation de la rotule. Cette variété de genu valgum primitif, la plus rare, peut être diagnostiquée à l'aide des antécédents, en l'absence des autres troubles de malformation congénitale.

Pour les luxations en haut, le diagnostic est à faire avec une *rupture du tendon rotulien*. Dans cette affection il y a une anamnèse particulière, la rupture ne se produisant le plus souvent que par un mécanisme direct, choc, section, etc.

L'*arrachement de la tubérosité* antérieure du tibia qui peut se produire dans l'extension trop vive de la jambe est accompagné de symptômes particuliers d'impotence absolue du membre inférieur existant pendant de nombreuses semaines, d'hémarthrose. Les antécédents sont très nets.

Une *fracture de rotule* dont le cal fibreux serait très allongé admet les mêmes signes que l'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. De plus, on peut sentir les deux fragments rotuliens, séparés l'un de l'autre par un intervalle de deux ou trois travers de doigts. La radiographie, ici, peut être d'un appréciable secours.

Les luxations en dedans sont très rares. Il y a lieu de les distinguer de l'absence rotulienne, de l'hypertrophie du condyle interne et du genu varum.

En somme, le plus souvent le diagnostic s'impose à quelque âge qu'on ait à le porter, même chez un petit enfant dont les os ne sont pas assez définitifs pour se montrer sur une radiographie.

VIII

Traitement. — Et d'abord, toute luxation congénitale de la rotule demande-t-elle une action thérapeutique? Assurément, en théorie, il faudrait répondre par l'affirmative. Mais étant donnés d'une part les difficultés parfois pénibles de l'opération, les risques inhérents à toute intervention, étant donné que certains malades n'éprouvent aucune gêne très notable, il est bon de ne pas systématiquement opérer.

Uhde, Bousquet, Michel, Philippe citent des observations dans lesquelles leurs malades pouvaient facilement se livrer à leurs occupations normales. Cependant les malades de Poncet, de Kirmisson, de Michaelis n'éprouvèrent aucun ennui, jusqu'au jour où à la suite d'une fatigue, d'un surmenage inattendu, il se produisit une hydarthrose ou des douleurs qui les forcèrent à s'aliter et à se faire faire un appareil, une genouillère de soutien.

Enfin il est des cas où il convient d'intervenir, lorsque la luxation est intermittente, ou lorsque, permanente, elle est ou douloureuse ou très gênante. On peut alors choisir deux procédés suivant le degré de douleur et de gêne et avoir recours soit à un simple appareil orthopédique, soit à une intervention sanglante.

Orthopédie. — On devra tenter cette méthode toutes les fois que la luxation sera intermittente, ou que, tout en étant permanente, elle permettra à la rotule de reprendre ses rapports normaux.

La réduction est parfois très difficile, parfois même impossible. Elle devra se faire, le malade étendu sur un lit, le membre en extension un peu forcée par soulèvement du talon. Avant l'avènement de l'antisepsie, toute arthrotomie était très dangereuse; aussi construisit-on des appareils très compliqués pour éviter l'ouverture d'une articulation. C'est ainsi que Gaulhe en 1863 se servit d'une sorte d'étau de menuisier et, serrant avec force, parvint à réduire la luxation.

Nélaton parle de Valentin qui, outre l'extension de la jambe, provoque la flexion de la cuisse sur le bassin. Les muscles extenseurs se relâchent ainsi autant que possible. La réduction se pratique dans ces cas avec les deux mains.

Dans un cas de luxation intermittente, Malgaigne, après avoir remis la rotule en place, poussa la flexion du genou très loin et tira ainsi le ligament rotulien.

L'anesthésie facilite grandement la réduction en triomphant de la contracture musculaire.

Ce n'est pas tout de réduire, il faut maintenir. Les appareils orthopédiques sont nombreux. Ils varient avec le but qu'on se propose et l'âge du malade. Chez le petit enfant il convient de maintenir purement et simplement la rotule en place; avec le temps, les surfaces articulaires s'accoutument à leurs rapports normaux, les ligaments ne se développent que d'une façon normale, la luxation ne se reproduit plus. Il faut pour cela de la patience, beaucoup de temps et avoir affaire à un organisme non encore développé. Le cas cité par Holthouse, où une mère à l'aide de simples compresses et bandages est arrivée à un parfait résultat, est une preuve de ce que nous avançons.

Michaelis, Joachimsthal se sont contentés d'une genouillère élastique.

Il vaut mieux faire mouler une genouillère en cuir ou même en plâtre ou en silicate. L'adhérence est plus intime et le résultat plus garanti. C'est ainsi qu'ont agi Poncet et Canton.

Cependant ces deux auteurs se sont plaints d'avoir, en immobilisant l'articulation, entraîné une atrophie musculaire longue à guérir. Il a fallu masser et électriser longtemps les malades mis à ce traitement.

Il est enfin des cas où les moyens orthopédiques ont été insuffisants; il a fallu alors s'adresser à la réduction sanglante.

Traitement opératoire. — Les opérations sont indiquées dans les cas de luxations intermittentes et parfois dans le cas de luxation permanente, lorsque la réduction manuelle est devenue impossible, ou lorsque les appareils orthopédiques ont été insuffisants.

Les os, les ligaments, les muscles, tels sont les obstacles que nous avons étudiés et auxquels il nous faut porter remède.

Opérations osseuses. — L'intervention la plus simple est l'ablation de la rotule. Fowler, Althmann, Kümmer, Berger enlevèrent cet os avec un heureux résultat.

D'autres auteurs, parmi lesquels Nové-Josserand, Bernacchi, dépassèrent un peu le but poursuivi. Ils provoquèrent et déterminèrent l'ankylose du genou, le premier en faisant une arthrodèse, le second en pratiquant une résection du genou.

On peut cependant le plus souvent avoir recours à une thérapeutique moins énergique.

Ridlon martela le condyle externe avec un maillet de bois dans le but d'augmenter la saillie qui s'opposerait à une nouvelle luxation. Sur trois observations, deux fois seulement le procédé fut suivi complètement; il réussit dans ces deux cas. Quoi qu'il en soit ces chocs peuvent déterminer des complications graves et il est préférable d'intervenir d'une autre manière.

Toujours dans le même but, c'est-à-dire d'augmenter la surface du condyle externe, Trendelenburg enfonça par une fissure faite au ciseau dans le condyle une cheville d'ivoire.

L'ostéotomie, qui redresse la jambe dans le genu valgum et qui est une opération peu grave, donne de très bons résultats dans la luxation congénitale de la rotule. Ohrloff, Middeldorpf, Gross en ont obtenu de beaux succès. Pollard et Ricoulleau, cités par Broca, n'ont abouti qu'à augmenter les troubles fonctionnels.

Enfin Schling, au lieu de s'attaquer au fémur, intervint sur le tibia; il fit sauter un coin à base interne et obtint un succès.

Opérations capsulaires. — Le but de ces sortes d'opérations est de rétrécir la capsule soit en en réséquant une partie, soit en faisant simplement une plicature.

Wright, Ménard, Perkins, Bajardi eurent de jolis résultats par résection partielle de la capsule.

Le Dentu, Schanz, Chevrier pratiquent la plicature. C'est assurément là l'idéal, car l'articulation n'est pas ouverte. L'infection est à craindre, malgré toutes les précautions aseptiques qu'on peut prendre. La moindre suppuration pourrait entraîner non seulement l'inutilité de l'opération, mais être suivie de complications très graves.

Opérations tendineuses. — Guérin fit avec succès la ténotomie du vaste externe, Bœcker opéra avec non moins de succès une luxation en incisant le tendon du demi-membraneux. Spitzi fut moins heureux, et Golding Bird ayant sectionné le tendon rotulien n'obtint aucun résultat.

Opérations mixtes. — Dans ces sortes d'opérations, on s'adresse à la surface osseuse et à la partie ligamenteuse. Pollard et Battle firent sauter au ciseau le bord de la trochlée, réséquèrent une partie de la capsule interne et leur malade récupéra ses mouvements.

Lucas-Championnière et Broca fixèrent la rotule au condyle interne creusé pour la recevoir. On aura avantage à réséquer ou à plisser l'aileron rotulien interne. Roux (de Lausanne) préconise un procédé employé pour les luxations récidivantes : transplan-

tation au moyen d'un clou du tendon rotulien au bord le plus interne du tibia.

En résumé, les luxations congénitales de la rotule ne nécessitent pas toutes une opération, une simple genouillère est parfois suffisante. Si ce procédé est insuffisant il est facile de pratiquer une réduction sanglante s'adressant à l'os et aux tendons de la manière que la clinique le conseillera.

BIBLIOGRAPHIE

ALDIBERT. *Revue des mal. de l'enf.*, 1894. — ALLINGHAM-BIRT. *The Lancet*, 1886. — LTHMANN. *The Lancet*, 1890. — APPELL. *Münch. med. Woch.*, 1895.

BAJARDI. *Arch. orthopedia*, 1894. — BERGER. *Revue de chir.*, 1902. — BESSEL HAGEN. *Deut. med. Woch.*, 1886. — BOUSQUET. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885. — BŒCKER. *Zeit. f. orth. chir.*, Bd. XIII, p. 307. — BRADFORT. *The Lancet*, 1896. — BULLINGER-MÜLLER. *Revue d'orthop.*, 1906.

CANTON. *The Lancet*, 1860. — CASWELL. *The Lancet*, 1866. — CHELINS. *Gaz. des hôpit.*, 1847. — CHEVRIER. Th. de Paris, 1904. — COSMA. In Th. Potel, 1897.

DRIESBACH. *Med Brief*, Saint-Louis, 1907. — DUPLAY. *Gaz. des hôpit.*, 1870.

EŒ. *The Lancet*, 1889. — EULENBOURG. *Deut. Klin.*, 1857.

FISCHER. *Berl. klin. Woch.*, 1869. — FOWLER. *The Lancet*, 1891. — FRIEDLANDER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1901.

GAULKE. *Deut. Klin.*, 1863. — GOLDING BERG. *The Lancet*, 1884. — GROSS. *Revue méd. de l'Est*, 1898. — GUÉRIN. *Gaz. des hôpit.*, 1842.

HAMILTON. *Traité des fractures et luxations*, 1884. — HELBING. *Berl. klin. Woch.*, 1908. — HELLER. In art. Bullinger-Müller, 1906. — HILDEBRAND. *Revue de chir.*, 1901. — HOLTHOUS. *The Lancet*, 1872.

JOACHIMSTHAL. *Berl. klin. Woch.*, 1889. — JUDET et TOUCHARD. *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1903.

KIRMISSON. In *Traité de chir.* de Duplay et Reclus; — *Difformités acquises de l'appareil locomoteur*, 1902.

LANNELONGUE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880. — LE DENTU. *Revue d'orthop.*, 1893. — LEGUEU. *Leçons de clin. et de chir.*, 1902. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Congrès de chir.*, 1888.

MALGAIGNE. *Gaz. méd. de Paris*, 1836. — MASSE. *Deut. med. Woch.*, 1896. — MÉNARD. *Revue d'orthop.*, 1893. — MEYEROWITZ. In *Inaug. diss.*, Berlin 1857. — MICHAELIS. *Revue méd.-chir.*, 1853. — MICHEL. *Revue méd. de l'Est*, 1906. — MIDLELDORPF. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1886. — MORGAN. *The Lancet*, 1886.

NOVÉ-JOSSERAND. *Précis d'orthopédie*, 1905.

OHRLOFF. Th. de Wursburg, 1886. — OLLIER. *Lyon méd.*, 1888.

PALETTA. *Revue d'orthop.*, 1906. — PARISE. *Revue méd.-chir.*, 1854. — PAUL. In art. Bullinger-Müller, 1906. — PÉRIAT. *Journ. chir. de Malgaigne*, 1845. — PERKINS. *Ann. of Surg.*, 1893. — PHILIPPE. Th. de Nancy, 1908. — POLLARD et BATTLE. *The Lancet*, 1890. — PONCET. In Th. Gallet, Lyon 1900. — POTEL. Th. de Lille, 1897. — PUTIGNAT. *Journ. de chir. de Malgaigne*, 1843.

RAVOTH. *Deut. Klin.*, 1857. — RICOULLEAU. Th. de Paris, 1901. — RIDLON. *Revue d'orthop.*, 1892. — RIZET. *Gaz. méd. de Paris*, 1863. — ROUX DE LAUSANNE. *Revue de chir.*, 1888. — RUDLER. Th. de Lyon, 1904.

SCHANZ. *Revue d'orthop.*, 1901. — SCHLING. Th. de Wursbourg, 1885. — SERVIER. *Gaz. méd.-chir.*, 1872. — SHAPLEIGH. *The Lancet*, 1881. — SINGER. *Union méd.*, 1856. — SOUTH. In Hamilton, vol. II. — STEINDLER. *Zeit. f. Heil.*, Bd. XIX, p. 298. — STOKES. *The Lancet*, 1885. — SPITZI. *Zeit. f. ort. chir.*, 1899.

UHDE. *Deut. Klin.*, 1857.

VALENTIN. Cité par Nélaton. — VINCENT. Th. de Paris, 1904. — VON SALIS. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1908.

WOLCOTT. In Hamilton. — WUTZER. *Arch. f. An. med. Phy.*, Müller 1835.

ZEZAS. *Revue de chir.*, 1902. — ZIELEWICZ. *Berl. klin. Woch.*, 1869.

FORMULAIRE

DYSPEPSIE FLATULENTE DOULOUREUSE

(DELAMY ROCHESTER.)

Bromure de strontium........	6 grammes.
Bicarbonate de sodium.......	40 —
Charbon végétal............	20 —
Sous-carbonate de bismuth...	20 —
Potion gommeuse............	200 —

A prendre 2 cuillerées à thé dans de l'eau trois fois par jour après les repas. (*Bull. gén. de thérap.*)

VARIÉTÉS

PROJET DE LOI CONTRE L'AVORTEMENT ET LA PROVOCATION A L'AVORTEMENT

Le ministre de la justice a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi ayant pour objet :

1° La modification de l'article 317 du Code pénal;

2° la répression de la provocation à l'avortement.

Voici le texte de ce projet qui emprunte une actualité toute particulière à la discussion qui a lieu devant le Congrès des praticiens et dont nous rendrons compte dans un prochain numéro :

ARTICLE PREMIER. — L'article 317 du Code pénal est modifié ainsi qu'il suit :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent francs (100 francs) à trois mille francs (3 000 francs).

Les mêmes peines seront prononcées contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à un emprisonnement de trois à cinq ans et à une amende de cinq cents francs (500 francs) à cinq mille francs (5 000 francs), dans le cas où l'avortement aurait eu lieu.

Celui qui aura occasionné à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel, en lui administrant volontairement, de quelque manière que ce soit, les substances qui, sans être de nature à donner la mort, sont nuisibles à la santé, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois ans et d'une amende de cinquante francs (50 francs) à deux mille francs (2 000 francs); il pourra de plus être renvoyé sous la surveillance de la haute police pendant deux ans au moins et dix ans au plus.

Si la maladie ou l'incapacité de travail a duré plus de vingt jours, la peine sera celle de l'emprisonnement d'un à cinq ans et de l'amende de cent francs (100 francs) à trois mille francs (3 000 francs).

Si le coupable a commis le délit spécifié aux deux paragraphes ci-dessus envers un de ses ascendants, tels qu'ils sont désignés en l'article 312, il sera puni, en outre de l'amende déterminée au paragraphe précédent, au premier cas d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et au deuxième cas d'un emprisonnement de deux à cinq ans. »

ART. 2. — Sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cent francs (100 francs) à trois mille francs (3000 francs) quiconque aura :

Par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics;

Par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans des lieux publics, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, gravures, images, remèdes, instruments ou objets quelconques;

Par leur distribution à domicile, par leur remise sous bande ou sous enveloppe non fermée à la poste ou à tout agent de distribution ou de transport;

Provoqué à l'avortement, que cette provocation ait été suivie ou non d'effet.

ART. 3. — Il est dérogé aux dispositions de l'article 23 de la loi du 29 juillet 1881, en ce qui concerne l'avortement.

La poursuite en vertu de l'article 2 de la présente loi aura lieu devant le tribunal correctionnel, conformément au droit commun et suivant les règles édictées par le Code d'instruction criminelle.

ART. 4. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux faits visés par le même article 2.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MÉDAILLE OFFERTE AU PROFESSEUR RAYMOND. — Les collègues, les élèves et les amis du professeur Raymond ont l'intention, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur, de lui offrir une médaille, dont l'exécution sera confiée à M. Prudhomme.

Le comité comprend : M. Gaston Doumergue, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, président d'honneur; M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté, président; MM. les docteurs Florand, Souques et Claude, vice-présidents; MM. Lejonne, Touchard et Baudouin, secrétaires.

La remise de la médaille aura lieu au mois de mai 1910, à la Salpêtrière. Toute souscription de 20 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Les souscriptions sont reçues chez MM. O. Doin et fils, éditeurs, 8, place de l'Odéon.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE « LA MAISON DU MÉDECIN » a montré, ainsi que nous l'avons annoncé, un budget passant de 10000 francs l'an dernier à 68000 francs cette année à la suite d'un don, déjà signalé, de 50000 francs, fait par un généreux confrère désirant garder l'anonymat. Or, un nouveau don vient d'être fait à « la Maison du médecin » : un château de toute splendeur, plus un revenu annuel de 60000 francs.

Ce don, demeuré anonyme lui aussi, consacre définitivement le grand succès de « la Maison du médecin » à qui sont assurées de nouvelles libéralités et de la plus durable destinée.

En effet, à la réunion du conseil d'administration suivant l'assemblée générale, deux nouvelles ont été à nouveau enregistrées : 1° la reconnaissance d'utilité publique de « la Maison du médecin » sera un fait acquis dans quelques semaines; 2° un nouveau don vient encore s'ajouter aux précédents : un bel immeuble dans la campagne, avec différents revenus, susceptible de recevoir très confortablement dans un court délai une dizaine de pensionnaires.

« La Maison du médecin » est désormais solidement assise, prête à réconforter le Corps médical français, grâce à des appuis restés jusqu'ici d'ordre médical.

L'assemblée générale s'est clôturée par la nomination de six conseillers nouveaux : MM. Bérillon, Buret, Cazin, Dedet, Mylian et Régis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benoît fils (de Privas), Ferré, ancien médecin de la marine; Latouche (d'Autun), Gabriel Nicolas (de Vichy).

SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Sous la direction de M. Pierre Sebileau, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, MM. Gibert et Baldenweck, assistants du service, feront à partir du lundi 2 mai, une série de conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Les inscriptions sont limitées à 10. Le versement est de 100 francs. Se faire inscrire le matin dans le service.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS LIBRE D'ANATOMIE CHIRURGICALE. — M. Doyen fera à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), à partir du 18 avril prochain, un cours d'anatomie chirurgicale avec projections de coupes anatomiques.

Ce cours comprendra 15 leçons et aura lieu tous les jours, de six à sept heures du soir, le dimanche excepté.

M. Doyen s'attachera à démontrer les avantages et la supériorité de la méthode anatomique, telle qu'il l'a conçue et mise en pratique pour établir les lois générales de sa technique opératoire.

Ce cours sera ouvert gratuitement à tous les médecins et étudiants français et étrangers.

ASSOCIATION INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE (patronnée par le gouvernement français). — La Société centrale de l'Association internationale d'enseignement médical complémentaire tiendra désormais ses séances mensuelles le premier lundi du mois (sauf août et septembre), à neuf heures du soir, à la Faculté de médecine de Paris.

Il est rappelé que les sociétaires peuvent faire des communications et des présentations en prévenant le bureau (secrétaire-général : docteur Ch. Legendre, 7, rue des Petits-Carreaux, IIe), autant que possible dix jours à l'avance pour pouvoir figurer à l'ordre du jour de la séance.

Une conférence sera faite le jeudi 14 avril à neuf heures du soir par le docteur J.-J. Matignon, de Châtel-Guyon, ancien membre de la Mission militaire aux armées japonaises de Mandchourie, sur ses « Souvenirs d'Extrême-Orient : enseignements moraux, militaires et médicaux d'une grande guerre moderne » (projections électriques).

Les confrères, non encore membres de l'Association, qui désireront assister à cette conférence, pourront se procurer des cartes d'entrée en envoyant simplement leur carte de visite, avec la mention « Conférence Matignon, X... places » et un timbre pour l'envoi au siège central : 12, rue François-Millet, Paris. (Bureaux ouverts mercredi et samedi de dix heures à midi.)

FONDATION PIERRE BUDIN (91 bis, rue Falguière, XVe). — M. le docteur F. Guillier fera le jeudi, à cinq heures, à partir du jeudi 14 avril, un cours de puériculture complet en 10 leçons.

La Paralysie générale (neurologie, psychiatrie), par A. JOFFROY, professeur de clinique des maladies mentales, membre de l'Académie de médecine, et Roger MIGNOT, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton. (Encyclopédie scientifique. Bibliothèque de neurologie et de psychiatrie. (In-18 jésus, cartonné toile, de 450 pages, avec 29 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 AVRIL 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Kirmisson, Nicolas et Branca ; — (2e série) : MM. Reclus, Retterer et Mulon ; — (3e série) : MM. Segond, Rieffel et Macaigne.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delbet, Lejars et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Hartmann, Monod et Gosset ; — M. Proust, suppléant.

Mardi 19 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Prenant, Remy et Thiéry.

2e : MM. Ch. Richet, Launois et Nicloux ; — M. Langlois, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Raymond, Jeanselme et Claude ; — M. Carnot, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. André Broca, suppléant.

Mercredi 20 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Gaucher et Desgrez.

1er (oral, 1re série) : MM. Nicolas, Branca et Mulon ; — (2e série) : MM. Monod, Retterer et Rieffel ; — André Broca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Delbet, Campenon et Aug. Broca ; — (2e partie, 1re série) : MM. Wurtz, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Teissier, Macaigne et André Jousset ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 21 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Fernand Bezançon et Nicloux.

1er (oral) : MM. Prenant, Rémy et Lenormant.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Demelin et Morestin ; — (2e série) : MM. Thiéry, Marion et Brindeau ; — (3e série) : MM. Launois, Auvray et Jeannin ; — (2e partie) : MM. Achard, Rénon et Brumpt.

4e : MM. Wurtz, Richaud et Balthazard ; — M. Langlois, suppléant.

Vendredi 22 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

1er (oral, 1re série) : MM. Segond, Rieffel et Branca ; — (2e série) : MM. Nicolas, Hartmann et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Gosset ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Couvelaire ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 23 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. Quénu, Thiéry et Auvray.

2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca ; — M. Balthazard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXII, n° 7, 10 fév. 1910.) Richard C. Cabot : Sur l'influence de la race sur la mortalité infantile à Boston en 1909 (avec 10 tableaux). — Arthur T. Legg : Une affection encore mal connue de la hanche (4 radiographies). — Charles Greene Cumstom : La symptomatologie et le diagnostic différentiel de la tnberculose du cæcum. — D. C. Dennett : Seize cas d'infection puerpérale (2 fig.). — F. S. Newell : Un cas d'éclampsie traitée par la transfusion directe. — W. P. Cones : Les résultats de l'examen de la gorge de 212 enfants des écoles. — J. Payson Clarke : Un cas de leontiasis ossea. — (N° 8, 24 fév.) Edward O. Otis : La mère et l'enfant dans le problème de la tuberculose. — John Lovett Morse : L'ictère des nouveau-nés. Quelques cas typiques. — Richard M. Smith : La prophylaxie de la fièvre scarlatine par la vaccination streptococcique. — David N. Blakely : Un cas de cirrhose alcoolique chez un enfant de quatre ans. — John E. Denley : Quelques réflexions sur l'histoire de la médecine. — Georges S. Derby et Robert G. Loring : Pourquoi la loi sur les optométrites ne doit pas passer ? — Philip Coombs Knapp : La réhabilitation de la neurasthénie. — F. Hœefer mac Mechan : L'anesthésie pour la prostatectomie (avec 8 figures). — W. P. Manton : Le rétablissement après l'accouchement. A. Mackensie Forbes : Sur la confection des appareils dans les pieds plats valgus ; description d'une méthode simple de moulage au plâtre de Paris pour cette préparation.

Riforma medica. — (N° 7, 14 fév. 1910.) A. Vetri : A propos d'un cas d'ischurie par rein mobile. — Vincenzo Chirivino : La chromoréaction de Schürmann pour le diagnostic de la syphilis. — Francesco Addari : Endothéliome de l'hypophyse sans acromégalie. — (N° 8, 21 fév.) C. Frugoni et F. Leidi : Quelques données topo-thermométriques dans la tuberculose pulmonaire. — Giovanni Volterrani : L'entérostomie dans la péritonite. — M. Dardanelli : Hernie crurale droite étranglée, contenant la trompe utérine et la vessie. Considérations sur la pathogénie et le mécanisme de l'étranglement. — (N° 9, 28 fév.) Arnaldo Cantani : Quelques considérations sur l'hémo-diagnostic de la fièvre de Malte. — Giovanni Volterrani : L'entérostomie dans la péritonite. — Francesco Addari : Recherches histologiques sur les modifications du glycogène rénal et hépatique consécutives aux injections d'adrénaline. — (N° 10, 7 mars.) Domenico de Sandro : Recherches sur le sang des animaux soumis à des doses de quinine petites et répétées. — Leonardo Martinotti : La coloration panoptique de Pappenheim appliquée aux coupes. — Aldo Reggianini : Contribution à l'étude des calculs diverticulaires de l'urètre. — (N° 11, 14 mars.) Luigi Ferrannini : Sur une prétendue propriété immunisante que posséderait la quinine. — Mario Donati : Nouvelles observations sur la narcose avec circulation artificiellement réduite. — Aurelio Germani : Contribution à l'étude de la maladie de Banti.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 8 mars 1910.) R. Pichevin : A propos d'une indication de la laparotomie dans l'ovaro-salpingite compliquée d'appendicite.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Cris chez les nourrissons et la syphilis héréditaire, par le docteur Genaro SISTO, professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, membre du corps médical scolaire, ex-chef de clinique infantile, lauréat de la Faculté de médecine de Buenos-Aires. Traduction française d'après le manuscrit original, par le docteur L. FRANCOZ, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface de M. le docteur COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-8 raisin de 200 pages, avec figures hors texte et 11 planches en couleurs dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 9 avril. — MM. Gasne, 24; Grégoire, 28; Capette, 25; Desmarest, 27.

Prochaine séance, mardi 12 avril, à cinq heures, à la Charité.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 8 avril. — Question donnée : « Ligament de l'articulation tibio-tarsienne. — Signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné. »

MM. Croissant, 15 + 21 = 36; Gouguet-de-Girac, 17 + 23 = 40; Butin, 12 + 18 = 30; Bodineau, 16 + 27 = 43; Nadal, 14 + 18 = 32; Miégeville, 11 + 16 = 27; Madier, 19 + 23 = 42; Barthélemy, 15 + 16 = 31; Desvaux-de-Lyf, 15 + 20 = 35; Larue, 13 + 20 = 33; Fourrière, 10 + 16 = 26.

— Concours de l'internat de Brévannes. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports des reins. — Symptômes, diagnostic et traitement de la gangrène pulmonaire. »

Ordre de lecture. — MM. Ecot, Durville, Achard, Cheronnet, Rouèche, Vautrain, Maurel, Lafaix, Vosy.

Lecture. — Séance du 7 avril. — MM. Ecot, 20; Durville, 13; Cheronnet, 8; Rouèche, 24; Vautrain, 12; Maurel, 23; Lafaix, 8; Vosy, 24.

Oral. — Séance du 8 avril. — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement de l'hypertrophie prostatique. »

MM. Vosy, 10; Maurel, 18; Rouèche, 15; Durville, 7; Ecot, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — MM. les docteurs Hennart et Coppens, chirurgiens des hôpitaux de Lille étant parvenus au terme de leurs fonctions, M. le docteur Le Fort, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Lille, est nommé chirurgien en chef chargé de l'hospice Comtesse; M. le docteur Drucbert, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Lille, est nommé chirurgien en chef et affecté à l'Hôpital général.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 14 juin prochain (épreuves écrites) pour l'admission en 1910 de soixante-quatre élèves à l'école du service de santé militaire. Les inscriptions seront reçues dans les préfectures du 1er au 18 mai. Les épreuves orales auront lieu du 25 juillet au 19 août. Le programme arrêté le 7 avril 1910 donnant les conditions du concours a été inséré au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie supplémentaire).

Les candidats déclarés admissibles au premier degré au concours de 1909, sans avoir été reçus à l'école, sont dispensés de subir à nouveau les épreuves écrites, sauf renonciation de leur part au bénéfice de cette admissibilité.

Les notes attribuées en 1909 aux compositions écrites de ces candidats compteront (sous réserve de cette renonciation) pour les concours d'admission ultérieurs. Les candidats devront joindre à leur dossier de demande d'inscription le certificat d'admissibilité qui leur a été délivré en 1909 ainsi qu'une note indiquant s'ils veulent faire ou non les compositions écrites.

Les candidats déclarés admissibles au premier degré en 1910, sans être reçus à l'école en 1910, seront de droit admis pour les années suivantes aux épreuves orales d'admissibilité (2e degré). Toutefois, ils seront tenus au même titre que les nouveaux candidats de faire les compositions de physiologie et d'allemand et les notes qui leur seront attribuées pour ces compositions, en 1911, entreront seules en ligne de compte pour l'admissibilité aux épreuves définitives et pour le classement final.

Un certificat d'admissibilité leur sera délivré par le président du jury; ce certificat sera joint au dossier de demande d'inscription.

LA NOUVELLE TAXE SUR LES AUTOMOBILES. — Le budget ayant été définitivement voté, les nouvelles taxes sur les automobiles telles que nous les avons annoncées dans le n° 25 (1er mars 1910) entreront en vigueur dès cette année.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 593.*)

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

LA MIGRATION DU TESTICULE

Par le docteur J. BRAULT,
Professeur à la Faculté de médecine d'Alger.

Messieurs,

La question que je vais développer devant vous, intéresse, sans doute, plus le chirurgien, que le vénéréologue ; aussi est-ce à l'époque, où je faisais encore de la chirurgie, que les problèmes qu'elle soulève m'ont surtout hanté.

Néanmoins, les diverses étapes de la migration testiculaire ne sont point tout à fait indifférentes à ceux qui s'occupent des affections vénériennes.

En effet, de même que les anomalies de position du testicule, descendu dans les bourses, ne sont pas absolument négligeables pour le diagnostic différentiel des lésions testiculo-épididymaires qui sont de notre ressort ; de même, les anomalies de la migration testiculaire, migrations arrêtées, aberrantes, intermittentes, peuvent parfois nous intéresser.

L'orchite blennorragique semble avoir une certaine prédilection pour le testicule arrêté en cours de route ; et ce testicule reste plus souvent « névralgique », après l'infection.

Sans doute, ainsi que le proclame la majorité des auteurs, les phénomènes de *pseudo-étranglement* peuvent s'observer chez les individus atteints d'épididymo-orchite, avec testicule en bonne place, et j'ai soin d'insister souvent, auprès de vous, sur le minimum de ces troubles réflexes, que vous rencontrez dans beaucoup d'orchites, à savoir la sensibilité du ventre et la constipation qu'il vous faut combattre, pour améliorer de suite l'état du sujet. Il n'en est pas moins vrai, que ces phénomènes réflexes se voient plus souvent, et au maximum, chez ceux dont le testicule n'est pas descendu ; c'est surtout chez ces sujets, que j'ai rencontré ce cortège symptomatique du péritonisme : facies grippé, nausées, vomissements poracés, ventre tendu et sensible, altérations du pouls et de la respiration, refroidissement des extrémités, lypothymies.

Il n'en est pas moins vrai encore, malgré le peu de fréquence de ces sortes d'accidents, qu'au cas de suppuration de la vaginale avec persistance de la communication, ou encore au cas de suppuration du testicule ectopié, les risques augmentent d'une façon notable, puisqu'une péritonite plus ou moins étendue peut surgir plus facilement et nécessiter d'urgence une intervention chirurgicale.

Il est enfin une chose d'une extrême rareté, que j'ai cependant vue, c'est le cas d'orchi-épididymite simple, ou double, chez des pseudo-hermaphrodites mâles, avec hypospadias au maximum, amorce de vagin et cryptorchidie ; ces individus, en général, qualifiés femmes, pourraient vous embarrasser, si vous n'aviez pas présente à l'esprit cette anomalie possible.

Vous voyez que les anomalies de la descente du testicule nous importent un peu, mais avant de vous parler de ces dernières je tiens à vous entretenir aujourd'hui de la façon dont se fait normalement cette migration.

Il y a tantôt quinze ans, au mois de septembre 1895, dans un article des *Archives provinciales de chirurgie*, intitulé : Deux observations d'ectopie testiculaire, remarques sur la migration de la glande spermatique, position anormale du corps de Giraldès, kystes wolffiens du cordon très haut situés, j'ai exposé mes idées, en fait de descente du testicule (1).

Le point de départ de mes investigations avait été une cure radicale, suivie d'orchidopexie qui remonte au mois de mars 1895, cure dans laquelle, à un moment donné, je vis la glande spermatique, cachée jusque-là dans l'abdomen, glisser droit dans le canal vagino-péritonéal, sur un assez long parcours. Arrêtée toutefois par la brièveté des vaisseaux et du canal déférent, elle ne put arriver ainsi qu'à la fin du trajet inguinal, et j'eus beaucoup de difficultés, pour l'amener à deux travers de doigt au-dessous de l'orifice du canal pariétal. Mais ce glissement du testicule recouvert de son manteau viscéral, exécuté dans toute la première partie du trajet à parcourir, m'avait donné à réfléchir.

A la suite de cette opération, je fis des recherches sur un certain nombre de cadavres de fœtus et de nouveau-nés, afin de me convaincre, de la façon dont le testicule opère sa migration.

On a depuis longtemps abandonné la théorie de l'effraction de Carus ; actuellement, les auteurs invoquent en général deux raisons primordiales, pour expliquer la descente du testicule : 1° un développement plus rapide et plus considérable pour les parties situées au-dessus de la glande ; 2° la fixation et l'attraction de cette dernière par le gubernaculum, à la fois inextensible et contractile (2). (Cleland, Curling, Godard, etc.)

En admettant les faisceaux latéraux du gubernaculum, s'insérant sur des points fixes, épine pubienne, arcade crurale, etc., on peut, à la rigueur, expliquer par les raisons indiquées ci-dessus l'acheminement jusqu'au canal. Mais après, malgré une certaine rétractilité prêtée aux faisceaux gubernaculaires, on ne comprend plus bien la fin de la descente.

Il y a d'ailleurs un malheur pour la théorie, c'est que, si le gubernaculum se mêle aux fibres du petit oblique et du transverse dans le canal, au-dessus, les faisceaux musculaires striés, admis par Hunter, Curling, Godard, etc., et qui feraient du gubernaculum un ligament véritablement actif, sont encore à démontrer.

Sedgwick Minot voit en tout cela un simple fait d'accroissement : le processus vaginal s'allonge, ainsi que la position scrotale du gubernaculum, et le testicule suit, pour arriver à bout de course.

J'avoue que cet allongement d'un lien tirant de

(1) *Arch. prov. de chir.*, sept. 1895, p. 549 à 561.

(2) Depuis Kölliker on sait ce qu'il faut penser de cette dernière qualité.

haut en bas, *d'ailleurs sans appui fixe* (on ne s'en aperçoit que trop dans la fixation artificielle), ne me satisfait pas l'esprit.

Grâce toujours au manque de fixité de l'insertion inférieure, l'action du raccourcissement de la portion scrotale, invoquée par d'autres, ne se comprend pas davantage; ou il faudrait admettre alors, en haut, une résistance nulle (1).

La question des rapports du testicule avec le péritoine, au cours de la descente, n'est pas moins controversée que les causes efficientes de cette migration même.

L'entraînement du péritoine par le testicule et le gubernaculum tomberait, comme la théorie de Carus, par le seul fait de la constatation du processus vaginal dès le troisième mois de la vie intra-utérine d'après Hertwig, Kölliker. Pour d'autres auteurs (Braman, Hugo Sachs, Sebileau, Soulié), la migration du testicule à travers la paroi et la formation du canal vagino-péritonéal seraient des phénomènes simultanés et non successifs et seraient provoqués par un même agent (processus péritonéo-vaginal de Soulié). Voilà pour le côté pariétal.

Quant au péritoine viscéral, il se replie, s'infléchit, se moule trop bien sur la glande spermatique, pour ne pas faire corps avec lui dès la première heure, au moment même où l'on constate sa naissance à la face interne du corps de Wolff; et c'est, en effet, ce qu'on peut constater sur l'embryon : les deux organes sont intimement liés l'un à l'autre dès l'origine de leur développement. Le testicule possède donc, dès l'abord, son revêtement viscéral, dont il fait en quelque sorte partie. Comme le dit Kölliker, le testicule apporte avec lui son revêtement péritonéal propre, le processus vaginal forme seulement la lame pariétale du sac vaginal définitif, tandis que le revêtement péritonéal primitif du testicule en représente le feuillet viscéral. Pour Kölliker le testicule ainsi revêtu arriverait, en fin de course, à tomber pour ainsi dire dans la vaginale.

D'après ce que j'ai pu voir, au cours des opérations pour ectopie, ou encore sur le fœtus, ce n'est pas tout à fait ainsi que les choses se passent : le *testicule glisse avec son manteau viscéral* (2), *et ne tombe pas dans une poche.*

Quand il existe une ectopie, on voit le processus vaginal descendre un peu au-dessous du canal, mais pas très bas, à moins qu'il ne soit fortement distendu par une hernie concomitante; c'est en grand, l'image de ce qui existe à fin de la vie fœtale. En tenant compte de la brièveté du canal inguinal à cette époque, on se rend compte de suite que le glissement du testicule jusqu'au fond de l'appareil péritonéal, ne peut constituer à proprement parler une chute, étant donné le peu de développement de toutes les tuniques des bourses, y compris le processus vaginal. Une fois le tunnel, ou plutôt l'anneau pariétal franchi, la glande, en quelque sorte, est rendue, pour le moment, à destination. Tout en glissant, grâce à la laxité du péritoine, elle exécute une très légère bascule d'arrière en avant, pour se placer dans sa position normale.

Résumons-nous. Le testicule, organe péritonéal, possède, dès l'abord, son revêtement viscéral avec tous ses replis, et c'est avec lui qu'il se déplace, qu'il glisse, non pas à la manière des anses grêles, soit dans le ventre, lors de leur développement, soit plus tard dans une hernie, mais un peu comme certaines portions du gros intestin, lorsqu'elles glissent suivies de leur méso, avec cette différence toutefois, qu'il descend beaucoup plus facilement, en raison de la façon dont le péritoine se comporte à son égard.

Au moment de la naissance, la glande spermatique, quand elle a franchi le canal en raison du simple amorçage des bourses, est arrivée, *pour le moment*, à destination et n'a nullement besoin pour parfaire sa migration de fortement basculer et tomber dans une poche.

Cette première question des rapports péritonéaux du testicule, au cours de sa descente, une fois vidée, revenons, si vous le voulez bien, aux causes de la descente elle-même.

Si on prend la peine, comme je l'ai fait à maintes reprises, d'examiner, sur un fœtus à terme, la disposition des parties en question, on voit immédiatement, que le repli vertical, qui tapisse le groupe des vaisseaux spermatiques et se continue avec la partie postérieure du canal vagino-péritonéal, semble se détacher des replis mésentériques. En *tendant le paquet abdominal, on voit, à droite, ce repli partir du mésentère qui se trouve à la fin de l'iléon, à gauche, du méso qui appartient au côlon descendant.*

Quand on vient à mettre le sujet en position de Trendelenburg, l'*intestin remonte et les testicules sont fortement attirés en haut* (1); *lorsqu'on redresse, au contraire, le fœtus, en même temps que les anses retombent, les glandes spermatiques plongent de nouveau au fond des bourses* (2). Il y a là un « flux » et un « reflux » des plus nets (3), et qui m'a vivement frappé.

Le testicule qui suit si intimement les fluctuations de l'intestin et de son mésentère, qui présente des connexions si nettes avec ces organes, doit forcément les suivre au cours de leur accroissement. Sans parler de l'abaissement dû au développement de la glande spermatique, qui tire et pèse de plus en plus, tout comme les anses intestinales, sur des ligaments séreux complaisants, on peut dire que, à mesure que l'intestin se développe, il donne du champ au testicule. Il lui permet de descendre, en même temps que ce dernier, grâce à l'exhaussement disproportionné de la région lombaire, se rapproche d'une façon re-

(1) D'ailleurs, au cours de l'âge adulte, on peut constater combien l' « attache scrotale » du testicule considérée comme le vestige du gubernaculum est complaisante et laisse la glande évoluer largement dans tous les sens, ce n'est qu'au cours d'inflammations violentes, au cours d'orchi-épididymites, que je vous montre la fixation du testicule au fond des bourses.

(2) On dirait qu'il s'agit là d'une sorte de reptation.

(1) Rien ne les retient par en bas.

(2) D'ailleurs, je le répète, à peine amorcées.

(3) Qui montre bien le cas qu'il faut faire de l'élasticité et de la laxité du péritoine et de sa doublure.

lative du canal inguinal. L'élasticité et la laxité du péritoine font le reste (1).

Le gubernaculum se borne à un rôle tout à fait passif : il est le fil conducteur, il est la glissière qui empêche le testicule de basculer, à la façon d'un intestin grêle ; de plus il entr'ouvre la porte inguinale, en l'occupant, avec ce qu'on est convenu d'appeler le processus vaginal (2). Après le voyage du canal, après la naissance, l'organe spermatique, secondé par les poussées abdominales, descend de plus en plus, par son propre poids, dans les bourses qui se développent, et parfait cette migration qui se continue, en quelque sorte, à travers la vie.

En somme, le testicule glisse avec son manteau viscéral, rapproché de son point d'aboutissement par l'inégal développement des parties situées au-dessus et au-dessous de lui ; il suit par ailleurs, dans sa migration, les destinées de la descente intestinale. Dans la migration normale, il progresse le long de son berceau (3), de sa glissière (4), qui lui entr'ouvre d'autre part la porte de l'abdomen et, grâce à l'élasticité et à la laxité du péritoine, il vient occuper sa place dans les bourses d'ailleurs à peine amorcées. Je ne veux pas revenir sur ce que je viens de dire à propos du voyage ultérieur de la glande spermatique.

Telle est la façon dont j'envisage et dont j'envisageais, il y a déjà quinze ans, la migration du testicule, je ne puis que vous inviter à vérifier et à contrôler mes dires ; en tout cas, il est une chose, à mon avis, que vous ne devez pas accepter, comme vous le faites, parce qu'elle est contraire aux données de la mécanique, c'est l'attraction de la glande spermatique au fond des bourses par le gubernaculum *tirant sans point d'appui ;* on ne s'aperçoit que trop, je le répète, de l'inanité de cette intervention gubernaculaire, quand on se livre à l'orchidopexie.

A PROPOS

DE LA

PARALYSIE DE LANDRY

D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par M. Antonin PONCET (5).

Je regrette que le règlement ne m'ait pas permis de prendre la parole à la séance du 18 mars dernier, immédiatement après la communication de M. Jean Troisier, sur un cas de maladie de Landry d'origine tuberculeuse.

Je dirai aujourd'hui ce que j'aurais dit alors, et d'autant mieux, que j'ai lu attentivement l'intéressante observation de MM. Gougerot et Troisier, dans les derniers *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux* (n° 8, 24 mars).

Il s'agit, dans l'observation en question, d'une paralysie ascendante, survenue chez une jeune phtisique, qui meurt, deux mois après le début des accidents paralytiques.

A l'autopsie, faite avec soin, « on découvre, dans les viscères, des lésions tuberculeuses discrètes, quelques granulations au sommet des poumons (1), une cirrhose subaiguë du foie, un foyer limité de néphrite, des ganglions trachéobronchiques, etc. Quant au système nerveux, il paraît indemne à un premier examen.

L'examen macroscopique de la moelle, du bulbe et du cerveau, ne révèle aucune lésion. *Il n'y a ni granulations, ni nodules tuberculeux.*

A l'examen histologique, on ne trouve aucune lésion importante de la moelle et des nerfs. Nulle part il n'y a de méningite ni de tubercules. Les altérations du système nerveux se réduisent à des lésions parenchymateuses de la moelle et du bulbe sans réaction interstitielle inflammatoire notable. »

En résumé, à côté de lésions viscérales tuberculeuses, multiples et typiques, on constatait des signes, non douteux, de myélite, mais d'une myélite purement inflammatoire, c'est-à-dire sans aucune lésion réactionnelle spécifique, à l'œil nu, et sous le champ du microscope. Cette myélite, on ne saurait contester sa nature, cependant, tuberculeuse — telle est, du reste, l'opinion des auteurs — puisqu'en dehors de diverses considérations cliniques, la preuve expérimentale de son origine bacillaire a été faite par l'inoculation positive, au cobaye, « d'une émulsion diluée de fragments de la moelle cervicale et lombaire ».

Je laisse de côté les lésions du foie, des reins, etc., qui n'ont pas été inoculées, et qui, malgré leurs caractères de lésions inflammatoires simples, auraient, probablement, donné le même résultat.

Cette observation est donc un très bel exemple de tuberculose classique et de tuberculose inflammatoire. Elle synthétise, admirablement, à propos de cette dernière tuberculose de la moelle épinière, la doctrine d'une *tuberculose aspécifique*, que la mise au jour du rhumatisme tuberculeux m'a permis d'édifier depuis quelques années. C'est à ce titre que je prends aujourd'hui la parole.

J'enregistre avec plaisir des faits de ce genre. Ils se multiplieront d'autant plus, que certaines notions pathogéniques, sur lesquelles nous avons déjà tant insisté, deviendront plus familières.

Déjà, l'année dernière, à peu près à la même époque, j'ai revendiqué, ici, le droit, de la paralysie générale, d'être d'origine tuberculeuse, aussi bien que celui d'être, par exemple, d'origine syphilitique, et les mêmes arguments plaident en faveur de toutes les maladies du système nerveux.

Qu'il s'agisse de la moelle, du cerveau, des nerfs

(1) Dans l'expérience que je viens d'indiquer, le péritoine avec le testicule monte et descend à la façon d'un rideau. Dans le sens vertical, la mobilité est donc des plus grandes.

(2) Quelle que soit la théorie qu'on accepte : que le processus précède de beaucoup, ou à peine le testicule.

(3) Comme le navire qu'on va mettre à flot.

(4) Le gubernaculum.

(5) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 8 avril 1910.

(1) Du vivant de la malade, « l'examen du poumon décelait, du reste, une matité des deux sommets, avec diminution de la respiration et quelques râles sous-crépitants fins ».

périphériques, etc., une pathogénie, et dans l'espèce, une pathogénie tuberculeuse, leur est applicable.

La tuberculose inflammatoire peut être à la base de toutes les myélites, de toutes les encéphalites, en un mot, de toutes les maladies de la moelle, du cerveau, etc.

Encore une fois, il n'est pas de tissus, il n'est pas d'appareils, il n'est pas d'organes, qui ne soient frappés par cette forme de bacillose. Nous l'avons montré, avec Leriche, dans de nombreux travaux. Des observations comme celle d'aujourd'hui ne sont pas faites pour étonner. Ce qui serait surprenant, c'est qu'il en fût autrement.

Déjà, sans parler du domaine chirurgical que nous avons plus particulièrement exploré : articulations, squelette, corps thyroïde, estomac, intestins, etc., nous voyons les cirrhoses hépatiques, rénales, pancréatiques, les hépatites, les néphrites parenchymateuses, etc., les maladies du système vasculaire, les cardiopathies, etc., rattachées, dans un grand nombre de cas, malgré leurs caractères exclusivement inflammatoires, à la tuberculose que nous étudions.

On peut juger de son ubiquité, par l'index bibliographique qui se trouve dans notre livre : *Le Rhumatisme tuberculeux*, par les développements dans lesquels nous sommes entrés, à propos du rhumatisme tuberculeux abarticulaire, sur ses localisations.

Localisations : cardiaque, pleurale, cérébrale, médullaire, glandulaire, gastro-intestinale, génito-urinaire, musculaire, cutanée, etc.

Nous pouvons dire aujourd'hui, sans être taxé de mégalomanie tuberculeuse, qu'une très grande partie de la pathologie est à revoir, au point de vue pathogénique, du fait de la notion bacillaire nouvelle que nous avons introduite.

Il faut songer étiologiquement, bien plus encore à la tuberculose qu'à la syphilis; il faut y penser, dans toutes les affections, aiguës, chroniques, de pathogénie indéterminée, et pour lesquelles on a créé, faute d'une causalité déterminée, les mots d'*essentiel*, d'*arthritisme*, de *neuro-arthritisme*, de *diathésique*, etc., qui ne font que couvrir encore notre ignorance pathogénique.

J'applaudis à l'observation très instructive de MM. Gougerot et Troisier qui ont eu le mérite de donner, chez leur malade, la preuve expérimentale de la nature tuberculeuse d'une paralysie ascendante.

Je leur dirai volontiers que, sur le terrain nerveux où ils se sont placés aujourd'hui, ils peuvent, dans l'avenir, faire une ample moisson, en faveur de la tuberculose inflammatoire. Nous avons étudié, à ce point de vue, les névralgies de différents nerfs : sciatique, trijumeau, etc., certaines méningo-encéphalites, certains troubles trophiques et vaso-moteurs, etc. Mais il reste toutes les maladies de la moelle épinière, de l'encéphale, toutes les paralysies, toutes les névroses.

Je sais bien que M. Gougerot a débaptisé la *tuberculose inflammatoire*, qu'il l'a appelée dans sa thèse et depuis, *bacillo-tuberculose non folliculaire* (dénomination synonymique)! Hâtons-nous d'ajouter que ce nouveau baptême nominal ne change rien à la nature des choses. Quand l'enfant est bien né, peu importe, pour son développement et son rôle dans la vie, qu'il s'appelle de telle ou telle façon.

Je tiens au terme de *tuberculose inflammatoire*, parce que, le premier, il a spécifié une forme spéciale de tuberculose, parce qu'il répond à quelque chose de très général, de très net, en anatomie pathologique, souvent aussi, en clinique; enfin, parce qu'il m'appartient, au même titre, du reste, que la découverte de cette variété d'infection bacillaire (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1910)

Action des rayons ultra-violets sur les trypanosomes. — MM. H. Bordier et R. Horand. Sous l'influence des rayons ultra-violets, les trypanosomes deviennent rapidement très granuleux et leurs cadavres ratatinés, étant transparents et de même indice que le milieu ambiant, sont impossibles à retrouver quand on fait agir, à part, les rayons et qu'on rapporte ensuite la préparation sous l'ultra-microscope éclairé avec une lampe à arc.

Reproduction expérimentale du bouton d'Orient chez le chien. Origine canine possible de cette infection. — MM. Charles Nicolle et L. Manceaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1910)

Albuminurie digestive. — M. Le Noir, à propos de la communication de MM. Linossier et Lemierre sur l'albuminurie digestive, dit que les arguments apportés par MM. Linossier et Lemierre peuvent valoir contre la théorie physiologique; ils ont une moindre valeur en faveur de la théorie toxique, certains même pourraient être invoqués contre cette théorie. La fragilité des néphrotoxines que détruit la chaleur et l'action du suc gastrique, du suc pancréatique rend bien improbable l'action de ces poisons dans les faits d'albuminurie digestive observés chez l'homme.

D'ailleurs l'observation des malades n'est guère favorable à une semblable pathogénie. Deux malades âgés aujourd'hui de vingt-cinq et de vingt et un ans ont pu être suivis depuis dix ans; ils ont eu respectivement pendant sept et huit ans de l'albuminurie nettement digestive. Cette albuminurie a disparu complètement depuis trois et quatre ans. Il semble difficile d'admettre dans ces cas qu'une action toxique prolongée ait touché le rein si légèrement que la guérison ait pu s'effectuer spontanément, tandis que ces faits et d'autres analogues paraissent bien plus en faveur d'une action mécanique.

Ostéite déformante de Paget sans aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. — M. G. Thibierge pré-

(1) Rhumatisme tuberculeux et tuberculose inflammatoire, *Congrès de Washington*, 1908.

La tuberculose inflammatoire, par MM. A. Poncet et R. Leriche, *Revue de chirurgie*, janvier 1909.

sente un homme de quarante-neuf ans atteint d'ostéite déformante de Paget absolument typique avec atteinte des deux tibias, des fémurs, des os des avant-bras et du rachis, chez lequel il est impossible de découvrir aucun antécédent ni aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. La réaction de Wassermann est négative.

M. Thibierge fait remarquer que l'origine syphilitique de la maladie de Paget n'a jamais été appuyée que sur des analogies assez éloignées entre les lésions osseuses des deux affections et sur quelques faits dans lesquels le traitement mercuriel a pu calmer les douleurs si violentes de la maladie de Paget. Dans aucun cas ce traitement n'a amené la rétrocession ni même l'arrêt dans la marche des lésions osseuses. Le fait qu'il rapporte et un autre personnel dans lequel la médication mercurielle la plus énergique n'a pas produit la moindre amélioration lui paraissent établir qu'il n'y a aucun rapport entre la maladie de Paget et la syphilis.

Phlébites syphilitiques multiples précoces des membres. Démonstration de la présence du spirochète dans la paroi veineuse par l'examen microscopique et par l'inoculation au singe. — MM. G. Thibierge et P. Ravaut rapportent l'observation d'un homme de vingt-neuf ans qui fut pris, deux mois après le début de la syphilis, de phlébites multiples des veines superficielles des quatre membres.

Un fragment de la veine saphène fut excisé peu après le début des phlébites. Le calibre de la veine était presque entièrement obstrué par des bourgeons de prolifération de la tunique interne et ne renfermait aucune trace de caillot.

Des frottis faits avec la tunique interne permirent de constater la présence du spirochète au moyen de l'ultra-microscope et après coloration à la largine.

L'inoculation au singe (région orbitaire et bord libre de la paupière) des produits de raclage de la tunique interne de la veine reproduisit au vingt-troisième jour des lésions typiques de syphilis expérimentale.

L'examen histologique a permis de constater que la principale lésion consistait en une endophlébite bourgeonnante avec foyers hémorragiques.

Ce fait démontre d'une façon irréfutable que la phlébite précoce des syphilitiques est fonction du spirochète de la syphilis.

A propos de la paralysie de Landry d'origine tuberculeuse. — M. A. Poncet (de Lyon). [Voir plus haut, p. 589.]

M. Mosny a récemment observé dans son service de l'hôpital Saint-Antoine une malade atteinte de maladie de Landry. Cette malade a succombé ; l'autopsie a été faite et a révélé des lésions de tuberculose pulmonaire assez étendue. La moelle a été inoculée à deux singes qui, ni l'un ni l'autre, ne sont devenus tuberculeux. Sans être surpris de ce nouveau succès expérimental de M. Gougerot, M. Mosny en est un peu troublé, et il est étonné que la rareté de la maladie de Landry comparée à l'extrême fréquence de la tuberculose n'ait pas inspiré à M. Gougerot le moindre doute sur la nature tuberculeuse de la maladie de Landry. Ce n'est qu'un argument de bon sens, mais il ne le croit pas dénué de valeur et il redoute fort que l'avenir ne nous démontre que les conclusions si formelles de M. Gougerot ont été un peu hâtives et en tous cas prématurées.

CONTRE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE ET LES BRONCHITES CHRONIQUES

Iodure de sodium	2 grammes.
Menthol cristallisé	20 centigr.
Cognac	*áâ* 30 grammes.
Julep gommeux	
Eau chloroformée saturée	

Potion à prendre par cuillerées à soupe, toutes les heures.
(*Bull. gén. de thérap.*)

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS

TENU A PARIS, DU 7 AU 10 AVRIL 1910

PREMIÈRE SÉANCE, JEUDI MATIN 7 AVRIL

Le IIIe Congrès des praticiens a réuni 1100 inscriptions contre 1500 à Lille et 1200 à Paris, c'est dire l'intérêt soutenu que les praticiens attachent aux questions à l'ordre du jour. Outre ces inscriptions individuelles, un grand nombre de syndicats ou de sociétés avaient envoyé des délégués.

La première séance a eu lieu jeudi matin, dans le grand amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes.

M. le docteur Gayral (de Carignan), président de l'Union des syndicats et du Comité d'organisation, prononce le discours d'ouverture. Puis le bureau du Congrès est élu ainsi qu'il suit :

Président d'honneur, le docteur Dubuisson, député.

Président effectif, le docteur Gayral.

Vice-présidents : MM. les docteurs Barbanneau, Mignen, Albertin, Noir, Declercq, Sébillotte, Lande, Reymond, Gassot, Laurent et Coppens.

Secrétaire général, M. Leredde. Trésorier. M. Quidet.

Après lecture des rapports du secrétaire général et du trésorier, le Congrès entend une allocution du professeur Kutner (de Berlin), au nom des médecins allemands, puis il aborde la discussion des rapports.

Libre choix et sociétés de secours mutuels. — Le rapport de M. Bolliet (de Lyon) constitue un travail très étendu et très documenté sur la question.

Après avoir rappelé les arguments de tout ordre qui militent en faveur du libre choix, M. Bolliet montre que la mutualité française est, depuis le Congrès de Lille, demeurée dans le *statu quo* en ce qui concerne l'adoption du libre choix. Il énumère les modes d'action qu'il faut employer pour le faire accepter par toutes les sociétés, et il insiste sur le rôle que la presse pourrait jouer à cet égard.

Après une discussion très vive à laquelle prennent part MM. Gorecki, Armand Lévi, Lairal, Testud, Caillaud, Lévi-Bram, Campinchi, Le Fur, Vimont, Régis et Noir, le Congrès adopte le texte proposé par MM. Chapon et Le Fur, ainsi conçu :

« Le Congrès, tout en souscrivant pleinement à l'idée généreuse qui a créé la mutualité,

Emet le vœu que le libre choix du médecin soit absolu dans la mutualité,

Que le mutualiste, malade non indigent, souvent aisé, soit traité par le médecin comme un client ordinaire. »

DEUXIÈME SÉANCE, JEUDI APRÈS-MIDI

Libre choix et grandes administrations. — M. Pierre Vallat (de Joinville-le-Pont) montre dans son rapport combien l'organisation du service médical est défectueux dans les grandes administrations ; et quelle pression est exercée souvent sur les médecins des compagnies. Après une intéressante discussion, il fait voter les vœux suivants :

« 1° Que le libre choix du médecin soit inscrit dans les cahiers des charges imposés aux grandes compagnies et dans les règlements des administrations publiques ou privées;

2° Que ce libre choix soit consacré dans le plus bref délai par une loi et que des sanctions soient prévues contre ceux qui voudraient y mettre obstacle ;

3° Que le libre choix soit inscrit dans les statuts des sociétés de secours mutuels et des caisses de secours constituées en vertu de la loi du 29 juin 1894 ;

4° Qu'à l'avenir le service médical des administrations et des grandes compagnies ne soit qu'un service de contrôle administratif. »

Un cinquième paragraphe est adopté à la demande de M. Papillon, il demande que « médecins traitants et médecins contrôleurs aient entre eux les rapports qu'exigent l'intérêt des malades et les traditions de saine courtoisie ».

Le relèvement des honoraires médicaux en France. — M. Bresselle (du Vésinet) étudie ce qui a été fait dans ce sens depuis 1908 et propose les vœux suivants, qui sont adoptés :

« 1° Que tous les médecins assistant au Congrès usent individuellement de tous les moyens qui leur sembleront utiles pour diffuser dans leur clientèle la notion du relèvement et fassent dans leur entourage une campagne personnelle en faveur de la multiplication des petits groupements locaux, là où ils n'existent pas.

2° Que lorsque ces syndicats ou groupements existent, ils facilitent le relèvement en inscrivant à leur programme :

La cessation obligatoire pour leurs membres, de tous rapports avec les sociétés de secours mutuels en tant que groupements organisés, le médecin n'ayant à connaître que le client qui l'a librement choisi;

La rupture avec toutes les collectivités quelles qu'elles soient, dans les mêmes conditions;

La dénonciation de tous les forfaits;

La réorganisation des sous-groupes et la stimulation du zèle des syndics, de qui il faut exiger des dates précises et fréquentes de réunion;

Un effort général de tous les membres des syndicats mandatés dans ce but par les bureaux et les syndics des groupes, afin d'amener au syndicat les dissidents et de provoquer au besoin la création d'associations complémentaires quand l'éloignement de groupe à groupe est trop grand pour engendrer une entente et des relations efficaces;

Enfin, une attitude vraiment intransigeante réclamée à l'avenir, de la part des syndiqués, vis-à-vis des confrères qui persisteront, malgré des efforts auxquels ils n'auront point participé et dont ils n'auront qu'à profiter, à avilir le prix des honoraires adopté par le groupe syndical de la région où ils exercent.

3° Que, afin de préparer l'étudiant en médecine, pour qui jusqu'ici rien n'a été fait dans ce sens, non seulement à vivre la vie du médecin, mais encore et surtout, à pratiquer l'entente dès son installation, le Comité de vigilance étudie les moyens d'instituer dans tous les centres d'enseignement et dans les unions corporatives d'étudiants en médecine, des cours, leçons, réunions ou conférences, destinés à développer par avance l'esprit syndical. »

L'avortement au point de vue médico-social. — M. Georges Bertillon (de Maisons-Laffitte) a fait un rapport particulièrement remarquable sur cette question.

Il pose en principe, et le Congrès l'a approuvé unanimement, que des médecins NE PEUVENT PAS DISCUTER le « droit à l'avortement » dont on a parlé dans certains milieux. Il a montré alors la progression constante du nombre des avortements. A Paris, les sages-femmes font annuellement 18 000 à 20 000 accouchements, et soignent dans la même proportion les avortements provoqués. Une statistique comparée lui permet d'estimer à 50 000 le nombre des avortements provoqués chaque année à Paris, et encore ce chiffre serait au-dessous de la vérité. Le professeur Lacassagne estime qu'il se fait à Lyon 19 000 avortements pour 450 000 habitants; si pareille proportion existait à Paris, le chiffre des avortements monterait à 114 000!

Les avortements sont pratiqués quelquefois par des médecins, plus souvent par des femmes herboristes et des sages-femmes, qui font paraître dans les journaux politiques des annonces assez explicites.

M. G. Bertillon propose les vœux suivants :

« Considérant,

Que tout médecin, par son titre, à défaut même de serment, est défenseur juré de la vie humaine;

Que ce titre l'engage, sous peine de forfaire à l'honneur, à faire tous ses efforts, en toutes circonstances, pour assurer la conservation de l'individu et celle de l'espèce;

Le Congrès se refuse à toute discussion sur ce principe et déclare que tout avortement provoqué, qui n'est pas commandé par des indications médicales, est un véritable crime.

Considérant,

Que les manœuvres abortives sont pratiquées dans toutes les classes de la société avec une fréquence qui va croissant, d'année en année;

Que cette maladie sociale menace à brève échéance la vie même de la nation;

Que les médecins, mieux placés que quiconque pour en connaître la gravité, sont témoins impuissants des méfaits des auteurs de ces manœuvres, et déplorent leur impunité;

En conséquence,

Les médecins praticiens de France considèrent comme un devoir de réclamer des pouvoirs publics un ensemble de mesures judiciaires et administratives, coordonnées en vue du but à atteindre, qui est la disparition de l'avortement criminel.

Considérant,

Que parmi ces nombreuses mesures à prendre, trois sont du domaine médical,

Le Congrès émet les vœux suivants :

1° Que le nombre des sages-femmes soit limité;

2° Que l'exercice de la profession de sage-femme soit soumis à la surveillance d'un service d'inspection;

3° Que la fausse couche, naturelle ou non, figure parmi les maladies soumises à la déclaration obligatoire. »

Après une discussion très animée à laquelle prennent part MM. le professeur Pinard, Séailles, Declercq, le Bec, qui dans un langage très élevé montre l'augmentation des avortements depuis que la morale religieuse disparaît, Marc Honnorat, Dufour (de Marseille), Sécheyron (de Toulouse), Lande et J. Noir, l'ensemble des considérants de M. Bertillon sont adoptés et les trois derniers vœux remplacés par ce texte :

« 1° Que les pouvoirs publics, les municipalités, les œuvres de protection de l'enfance protègent moralement et pécuniairement les mères pour qu'elles ne reculent pas devant les devoirs de la maternité;

2° Que les pouvoirs publics accordent aux familles nombreuses des secours proportionnels au nombre des enfants. »

Cette discussion vient à son heure. Nous avons, en effet, donné dans un de nos derniers numéros le texte du projet de loi qui vient d'être soumis aux députés. Nous ne doutons pas que la prochaine Chambre ne s'inspire beaucoup dans sa discussion des travaux du Congrès des praticiens.

L'exercice illégal de la médecine. — M. Ch. Levassort (de Paris) s'est fait une spécialité de tout ce qui touche à l'exercice illégal. Son rapport ne pouvait pas ne pas être intéressant et instructif. Limités par la place nous ne pouvons malheureusement en donner que les conclusions :

« La réclame par la presse, la concurrence par les pharmaciens, les rebouteurs et autres irréguliers constituent les causes les plus graves du malaise médical actuel.

Il y a lieu d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur ces faits et d'obtenir : 1° la stricte application de la loi; 2° la poursuite d'office par les parquets des cas d'exercice illégal signalés par les syndicats; 3° tout jugement d'exercice illégal devrait comporter l'obligation d'un nombre variable d'insertions dans les journaux quotidiens et ce, dans le but de lutter contre les pratiques charlatanesques des hauts barons de l'exercice illégal.

Comme conséquence, le prochain Congrès aurait à s'occuper de la question de la réclame médico-pharmaceutique et de la concurrence par les pharmaciens ainsi que les moyens d'y remédier.

Les remplaçants non docteurs devraient être tenus de fournir leur certificat de scolarité et être accrédités par l'une de nos grandes associations, concours médical, association corporative, syndicats, etc.

Une sorte de livret délivré par le syndicat ou tout autre grand groupement servirait à réunir les références de l'étudiant. Outre les notes et attestations de ses chefs d'hôpital, les confrères remplacés seraient priés de mentionner leurs indications.

Enfin, des conférences organisées par les syndicats seront faites au siège des associations d'étudiants par les délégués des syndicats pour donner aux futurs confrères des notions utiles et pratiques sur la profession qu'ils vont exercer. »

Notre ami Maurice FAURE (de Lamalou) vient montrer comment l'évolution actuelle de l'éducation physique est liée avec la question de l'exercice illégal. Et il fait voter un vœu demandant que les masseurs, orthopédistes et autres *non médecins* soient poursuivis, et que les étudiants soient instruits de tout ce qui concerne la kinésithérapie.

(*A suivre.*) F. L. S.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

LOI RELATIVE A L'INTERDICTION DE LA VENTE ET DE L'IMPORTATION DU BIBERON A TUBE. — Le *Journal officiel* du 9 avril publie la loi dont la teneur suit :

« ARTICLE PREMIER. — La vente, la mise en vente, l'exposition et l'importation des biberons à tube sont interdits.

ART. 2. — Les inspecteurs des pharmacies et les autorités prévues à l'article 2 du décret du 31 juillet 1906 seront chargés d'assurer l'application de la présente loi qui ne sera exécutoire que trois mois après sa promulgation.

ART. 3. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi est punie d'une amende de vingt-cinq à cent francs (25 à 100 francs) et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de huit jours à un mois. L'article 463 du code pénal est applicable. Dans tous les cas, les tribunaux pourront prononcer la confiscation des biberons à tube saisis en contravention. »

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 21 avril, à neuf heures et demie, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

BANQUET DES ANCIENS INTERNES. — Le banquet annuel de l'internat a réuni samedi 175 anciens internes ou internes en exercice autour du professeur Pozzi, président, dans le grand hall du Carlton Hôtel. Des toasts spirituels et cordiaux ont été portés par le président et par MM. Pamard (d'Avignon), Debayle (du Nicaragua), Delaunay et Verchère (de Paris).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Moizard, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, décédé à Pau, à l'âge de cinquante-neuf ans, et Georges Leroux (de Paris).

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — M. le docteur Kalt fera, à partir du mardi 12 avril, à une heure et demie, une série de conférences sur les affections de la choroïde, de la rétine, du nerf optique et des centres nerveux visuels.

La série se terminera par l'étude du strabisme et de son traitement.

L'Alimentation salubre et économique, par le docteur A. GODLEWSKI, membre de la Société de médecine de Paris. In-12 de 243 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

Statique vertébrale et mécanique des déformations scoliotiques, par F. LACROIX. — Paris, Michalon

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 AVRIL 1910

THÈSES

Mercredi 20 avril, à une heure. — M. COUFFON. Contribution à l'étude de la protection des nourrissons en France. (MM. Pinard, président ; Hartmann, Proust et Couvelaire). — M. DEROIDE. Contribution à l'étude de quelques complications rares de la prostatectomie sus-pubienne (obstacles au cours de l'urine). (MM. Hartmann, président ; Pinard, Proust et Couvelaire.) — M. SCHEURER. La greffe ovarienne. Historique. Résultats cliniques et thérapeutiques. (MM. Hartmann, président ; Pinard, Proust et Couvelaire.) — M. LAMY. Résultat orthopédique de l'astragalectomie chez l'enfant (contribution à l'étude de la marche pathologique). (MM. Kirmisson, président; Reclus, Gley et Mauclaire.) — M. BARUTEAU. Contribution à l'étude des stéomes musculaires traumatiques (étude clinique, pathogénie, traitement). (MM. Reclus, président; Kirmisson, Gley et Macaigne.) — M. SARRAZIN. Contribution à l'étude de la coxa vara des adolescents. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Gley et Mauclaire.) — M. BRISSOT. De l'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies (étude historique, clinique et diagnostique; considérations médico-légales). (MM. Déjerine, président; Pierre Marie, Sicard et Lœper.) — M. BOUDET. La leucémie aiguë. (MM. Pierre Marie, président ; Déjerine, Sicard et Lœper.) — M. CHASTEL. Contribution à l'étude de l'ostéite déformante de Paget. (MM. Pierre Marie, président; Déjerine, Sicard et Lœper.) — M. WIDEHEN. Du goitre exophtalmique. Son traitement chirurgical. (MM. Segond, président; Lejars, Gosset et Pierre Duval.) — M. ESPAGNON. Contribution à l'étude des fractures des métacarpiens. (MM. Segond, président; Lejars, Gosset et Pierre Duval.) — M. LISSONDE. Sur le traitement des fistules et des cavités tuberculeuses, par les injections de pâte bismuthée (méthode de Beck). (MM. Segond, président; Lejars, Gosset et Pierre Duval.) — M. FOULATIER. Du pied creux varus équin et son traitement. (MM. Segond, président; Lejars, Gosset et Pierre Duval.)

Jeudi 21 avril, à une heure. — M. SONNIÉ-MORET. De l'ictère franc dans la cirrhose biveineuse. (MM. Debove, président; Gilbert, Chauffard et Castaigne.) — M. SAUPHAR. Du diagnostic précoce de l'ulcère et des ulcérations gastriques. (MM. Gilbert, président; Debove, Chauffard et Castaigne.) — M. QUESTE. Traitement de la névralgie sciatique par les injections épidurales de cocaïne à doses élevées et répétées. (MM. Chauffard, président ; Debove, Gilbert et Castaigne.) — M. COHEN. Des troubles sphinctériens et génitaux dans la sclérose en plaques. (MM. Raymond, président; Gilbert Ballet, Gouget et Claude.) — M. FÉRET. Etude clinique des troubles mentaux dans le syndrome de Kocsakoff. (MM. Raymond, président; Gilbert Ballet, Gouget et Claude.) — M. DE FONTBONNE. Les réactions méningées au cours de quelques intoxications et leur cyto-diagnostic. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Gouget et Claude). — Mlle VASSEUR. Contribution à l'étude des néphrites hémorragiques chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. BARTHÉLEMY. Recherches cliniques sur les modifications du thorax et de la séméiologie respiratoire chez les enfants qui ont de l'hypertrophie du cœur. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. MANIEL. Des accouchements par présentation du siège à la clinique Tarnier (1898-1909). (MM. Bar, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. MAX. Contribution à l'étude du thrombus génital puerpéral. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 1, janv.-fév. 1910.) F. Bezançon : L'instabilité thermique dans la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. — Nobécourt : Les variations de la température du corps chez l'enfant à l'état sain et au début de la tuberculose ganglio-pulmonaire.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. (N° 2, fév. 1910.) H. Morestin : L'extirpation des ganglions cervicaux dans les cancers de la cavité bucco-pharyngienne.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 3 fév. 1910.) Aschoff : Pathos et Nosos. — Möller : Sur la question de l'infection de l'homme par le bacille de la pommelière. — Dieterlen : Sur la question des bacilles tuberculeux des crachats de l'expectoration des poitrinaires. — Neumann : Traitement de la tuberculose par les fortes doses de tuberculine. — Berlin : Sur l'emploi de fortes doses de sérum en injections intra-veineuses et intra-musculaires dans le traitement de la diphtérie. — Colombino : Sur la bronchite oblitérante post-pneumonique. — Graefenberg : Les dangers des narcoses dans la circulation artificiellement diminuée. — Scholtz : Sur l'importance des spirochètes pour le diagnostic de la syphilis. — Lange : Résultats de la réaction de Wassermann après traitement préventif des sérums par le sulfate de baryum d'après Wechselmann. — Bering : Quels résultats nous donne la séro-réaction sur la loi de Colles-Baumé et de Profeta. — Dreuw : Récolte du sang dans la réaction de Wassermann. — (N° 6, 10 fév.) Morawitz : Tranfusion et saignée. — Anton : Sur la dégénérescence morale morbide dans l'enfance. — Reiss et Meyer : Sur la teneur en eau dans les cures d'amaigrissement. — Roth : Recherches hématologiques dans la maladie de Basedow. — Wilms : Traitement de la tuberculose du larynx par les rayons Röntgen. — Momburg : Sur la périostite de l'épicondyle huméral. — Fabian : Sur la valeur du signe de Pinkus. — Hallauer : Une nouvelle forme d'emploi de la suggestion dans la pratique gynécologique. — Hammes : Sur l'arsacétine (Ehrlich) et son action sur les nerfs optiques. — Bull : Pyopneumothorax tuberculeux ambulant de quatre ans de date. — Schütz : Contribution à la diathèse exsudative. — Feilchenfeld : Eblouissement par le soleil à la suite d'une nouvelle méthode de traitement odontologique. — Daube : Un cas de blessure totale du cœur. — Heermann : Le redressement des tendons se recouvrant ou courbés. — (N° 7, 17 fév.) Morawitz : Transfusion et saignée. — Kromayer : Le traitement des nævi par la lumière et le radium d'après 40 cas. — Geissler : Résultats et nouvelles recherches sur la réaction empêchante dans le sang des déments. — Kreuzfuchs : Sur l'angine abdominale. — Walter : Sur l'emploi de la benzidine pour la recherche du sang et particulièrement en médecine légale. — Csépaï : Sur le spectre de l'épreuve du gaïac. — Schmidt : Blessures par engrenages. — Laubenburg : L'opération césarienne dans la pratique. — Eiff : Un cas de rupture complète de l'utérus guérie spontanément compliquée d'une infection staphylococcique dans le territoire du vagin. — Hecht : Le séro-diagnostic dans le contrôle des prostituées. — Schimazono : Sur une action du sérum sanguin des sujets atteints de béribéri analogue à l'action de l'adrénaline sur l'œil de la grenouille. — Homburger : L'action des combinaisons de narcotiques. — Sachs-Mücke : Sur la méthode de l'antiformine pour l'examen des crachats. — Wossidlo : Un nouvel instrument pour l'urétroscopie postérieure. — (N° 8, 24 fév.) Riedel : Ictère inflammatoire et lithogène. — Kossel : Les recherches de l'office sanitaire impérial sur le lait et la tuberculose. — Sobernheim et Seligmann : Observations sur la transformation des propriétés biologiques importantes des bactéries. — Raether : Sur un cas de psychose après intoxication carnée. — Dold : Etudes bactériologiques sur un cas d'intoxication par le fromage. — König : Bacilles paratyphiques et intoxications carnées. — Hesse : Dans quelle mesure l'anesthésie locale peut-elle remplacer la narcose générale. — Pœnarn : Un nouveau procédé d'anesthésie par la rachistovaïne. — Quadflieg : Un masque à éther stérilisable. — Neumann : Sur la rétention du placenta et son extraction manuelle. — Kreftig : Sérums de cadavres et réaction de Wassermann. — Braendle : Sur la technique de la ponction veineuse. — Friedjung : Action de la rougeole sur le psoriasis. — (N° 9, 3 mars.) Bäumler : Le traitement de l'urémie. — Peiper : La paralysie spinale infantile en basse Poméranie. — Bitter : Trois constatations bactériologiques intéressantes dans la typhoïde. — Teschmacher : Un cas de diabète sucré guéri depuis dix ans. — Kitamura : Contribution à la connaissance des modifications de la rétine dans le scorbut. — Spivak : Revision d'un cas classique de diverticule de l'œsophage. — Sick : Nouvelles expériences sur la narcose mixte à la scopolamine. — Pfister : Le tableau morbide de la rétention dentaire. — La Roche : Le catgut stérile dans la pratique. — Stein : Sur la technique des injections de paraffine. — Schindler : Traitement radiologique et opératoire des myomes. — Strauss : Le dosage des rayons Röntgen. — Marcus : L'absence congénitale de grand pectoral envisagée comme état sui generis.

Medizinische Blætter. — (N° 6, 5 fév. 1910.) Vozabova : Sur l'ostéomalacie puerpérale. — (N° 7, 12 fév.) Sofer : L'anthropologie criminelle d'après Lombroso. — (N° 8, 19 fév.) Sofer : L'anthropologie criminelle d'après Lombroso. — (N° 9, 26 fév.) Cukor : Sur l'hygiène des organes génitaux de la femme en rapport avec le chimisme des sécrétions vaginales. — (N° 10, 5 mars.) Cukor : Sur l'hygiène des organes génitaux de la femme en rapport avec le chimisme des secrétions vaginales.

Therapie der Gegenwart. — (Fasc. 1, janv. 1910.) Carl von Noorden : Du traitement de la ptose gastrique (avec 4 illustrations). — O. Minkowski : Traitement du diabète insipide. — Hugo Lüthje : Quelques remarques pour la mise de l'acétone dans le diabète et de la valeur de la cure par l'avoine. — Adolf Baginsky : Traitement de la scarlatine. — Willy Auschütz : De la possibilité de l'extension dans le traitement des fractures et la chirurgie osseuse. — (Fasc. 2, fév.) Adolf Baginsky : Traitement de la scarlatine (*fin*). — Julius Baedeker : Des bains d'oxygène dans la pratique médicale à domicile. — Julius Lowinsky : La question du traitement opératoire dans la maladie de Basedow. — Frœhlich : Sur le traitement ambulant de l'épilepsie en tenant compte particulièrement du sabromin. — (Fasc. 3, mars.) L. Blum : De l'emploi thérapeutique dans la pratique de l'acidose diabétique. — Walter Alwens : Diète saline dans la cure de l'ascite tuberculeuse. — Kan Kato : De l'action du produit H^2O^2 « oxygar » sur la sécrétion de l'estomac. — Hanz Katzburg : Du traitement sérique du rhumatisme articulaire. — W. Kausch : Traitement chirurgical de la tuberculose (avec illustrations).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 12 avril. — MM. Le Sourd (Louis), 19; Crouzon et Merklen, 20.

Prochaine séance, jeudi 14 avril, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 12 avril. — MM. Mercadé, 27; Alglave, 29; Iselin, 26; Mocquot, 27.

Prochaine séance, jeudi 14 avril, à cinq heures, à la Charité.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 11 avril. — Question donnée : « Rapport de la crosse de l'aorte. — Signes et diagnostic des anévrismes de la crosse de l'aorte. » MM. Beloux, 13 + 21 = 34; Rudelle, 14 + 22 = 36; Pernet, 13 + 22 = 35; Heuyer, 15 + 22 = 37; Chichmanian, 17 + 15 = 32; Moulonguet, 17 + 23 = 40; Avezou, 16 + 14 = 30; Miriel, 18 + 14 = 32; Viel (Emile), 18 + 20 = 38; Bloch (André), 16 + 20 = 36; Chauvet, 19 + 21 = 40.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — Le concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Maurel, Rouèche, Ecot, Vosy et Durville.

— DENTISTE DES HÔPITAUX. — Sont désignés pour faire partie du jury de ce concours : MM. Cruet, Thomas, Moiroud, Basy-Morel, Lavallée.

MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Le jury de ce concours est définitivement composé de MM. Main, L. Picard, Martin, Piole, Aubert.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Mutations :

Médecin principal de première classe. — M. Pauzat est nommé directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Salètes est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Bordeaux.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Daussat, passe au 7e d'art. de campagne; Lemarchand, au 155e d'inf.; Lang, au 71e d'inf.; Letainturier de la Chapelle, au 19e escad. du train des équipages; Talon, nommé surveillant à l'Ecole d'application du service de santé milit.; Louis, passe à l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce; Hamion, aux troupes de l'armée de terre détachées en Indo-Chine; Rebierre, au 13e cuir.; Bodin, au 6e d'inf.; Aubert, au 4e spahis.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Sergeant, passe au 160e d'inf.; Lubrot, au 5e d'inf.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Peltier passe au 110e d'inf.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX (17, rue du Fer-à-Moulin, Paris.) — CONFÉRENCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE PRATIQUE. — M. le docteur Pautrier commencera le lundi 18 avril, au laboratoire de l'amphithéâtre, une série de conférences d'anatomie pathologique pratique.

I. Prélèvement des pièces. Technique des fixations. — II. Méthodes d'inclusions et de fixations. — III. Notions d'hématologie pratique. Numération des globules rouges et des globules blancs. — IV. Le sang à l'état pathologique. Réactions sanguines dans les opérations. — V. Les leucémies. — VI. Le cyto-diagnostic. — VII. Les différents types cellulaires du tissu conjonctif. L'inflammation aiguë. — VIII. Anatomie pathologique générale de la tuberculose. — IX. Anatomie pathologique générale de la syphilis. — X. Anatomie pathologique générale de la sporotrichose. — XI. Généralités sur les tumeurs. Les sarcomes. — XII. Les sarcomes (*suite*). — XIII et XIV. Les épithéliomas. — XV. Autres types de tumeurs, papillomes, adénomes (kystes, tératomes).

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à deux heures. Elles seront suivies d'exercices pratiques. Chaque élève pourra se faire une collection de coupes. Un certificat d'assiduité sera délivré à ceux qui en feront la demande.

L'inscription est gratuite pour les internes des hôpitaux. Droit d'inscription de 50 francs pour les étudiants en médecine et de 80 francs pour les médecins français et étrangers. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin (Paris Ve).

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — I. COURS PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES par un groupe de médecins, chirurgiens

des hôpitaux libres, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes.

Deux séries par an : série d'hiver, novembre et décembre; série d'été, mai et juin.

Les cours de la série d'été à l'usage des médecins praticiens et étudiants s'ouvriront le lundi 2 mai à cinq heures, rue du Luxembourg, 18.

Ces cours, au nombre de 20, seront essentiellement pratiques et se feront pendant mai et juin avec présentation de malades et application du traitement par les élèves. Ils comprendront les principales spécialités :

Chirurgie pratique et traumatique, maladies des voies urinaires, gynécologie, accouchements, chirurgie infantile et orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino laryngologie, chirurgie dentaire, clinique thérapeutique et hygiène alimentaire, médecine infantile, puériculture, diphtérie, maladies du système nerveux, maladies de la peau, électrothérapie, radiothérapie, massage, déontologie médicale, accidents de travail.

Droits d'inscription : 20 francs pour droits d'inscription à l'école; 20 francs pour l'ensemble des cours de la série.

II. COURS DE VACANCES (du 25 septembre au 8 octobre) comprenant les principales spécialités. Prix : 20 francs par cours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg.

Le programme détaillé est envoyé sur demande.

PRATIQUE MÉDICALE

LES AGENTS INFECTIEUX DE L'ESTOMAC LEUR DESTRUCTION

Par le docteur BOSON.

A l'état pathologique, l'estomac peut renfermer un grand nombre de microbes dont la connaissance est utile au médecin.

Certains d'entre eux sont normaux comme, par exemple, les bacilles de la fermentation lactique et de la fermentation butyrique.

Mais on rencontre fréquemment, en outre, des spores de levure de bière et divers saccharomycès, de même les sarcines sont nombreuses, surtout en cas de dilatation.

Plusieurs bactériologistes ont étudié la flore gastrique et ils l'ont trouvée d'une grande richesse.

Bary a rencontré des sarcines, des champignons, des bacilles nombreux, l'oïdium lactis.

Abelous (de Toulouse) a trouvé 16 espèces de bactéries différentes, dont 7 connues et 9 inconnues.

Capitan et Morau ont trouvé des bacilles donnant des cultures rouges, jaunes et blanches.

Quel est le rôle de ces microbes ? Les uns auraient d'après Pasteur et Duclaux un rôle utile dans la digestion, mais la plupart ont des effets nocifs. Ils peuvent donner naissance à des produits irritants pour la muqueuse; ils fabriquent des gaz dont l'abondance devient une gêne et une cause de dilatation; les fermentations digestives dues à ces micro-organismes peuvent produire des substances toxiques, des matières alcalines susceptibles d'arrêter la digestion stomacale; enfin ces fermentations ont des effets nuisibles sur la fonction intestinale et hépatique.

Comment remédier à cette septicité locale, accrue chaque jour ou entretenue par la digestion elle-même ?

Par deux moyens :

1° Evacuer rapidement le contenu de l'estomac dans l'intestin, afin d'éviter sa stagnation ;

2° Exercer dans l'organe une action antiseptique et antifermentiscible.

Le premier procédé thérapeutique est difficile à réaliser. On peut, en ordonnant une alimentation légère aisément digestible, raccourcir la durée du travail gastrique, on peut aussi par des boissons très chaudes ou des amers exciter la contraction des fibres musculaires. Mais ces moyens peu énergiques n'empêchent pas la septicité de se produire. Il faut donc avoir recours à l'antisepsie gastrique. A l'heure actuelle, il semble que l'on obtienne à ce point de vue de bons résultats en utilisant l'oxyol. Ce remède qui n'est pas autre chose qu'un ferment vanadique émettant dès son arrivée dans l'estomac de l'oxygène naissant détermine très vite une antisepsie puissante du contenu gastro-intestinal.

Constitué par deux corps, l'un (vanadium) qui emprunte constamment à l'atmosphère son oxygène ; l'autre, corps réducteur, qui fait dégager cet oxygène à l'état naissant, l'oxyol arrête les putréfactions, détruit les micro-organismes et réalise mieux que les naphtols, betol, acide lactique, l'antisepsie digestive. Les auteurs montrent que sous son influence le météorisme cesse, les renvois gazeux disparaissent et que l'appétit revient avec des digestions plus rapides.

Les effets curatifs de ce remède dans la diarrhée infantile prouvent d'ailleurs sa valeur antimicrobienne et il est sans inconvénients.

On a observé aussi que la dose habituelle (x gouttes de l'une et l'autre substance trois fois par jour) amène une hyperglobulie rapide et que l'oxyol s'annonce comme un anti-anémique.

Il est donc facile pour le médecin de combattre la septicité gastro-intestinale sans dangers pour la muqueuse et c'est là une des applications les plus sûres de l'oxygène naissant.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Pédiâtrie pratique. — (N° 6, 25 fév. 1910.) SAVARIAUD : La désarticulation de la hanche et le choc opératoire. — Le pronostic des abcès dans l'appendicite : leur traitement. — DE GRAVE : Le séro-diagnostic de l'échinococcose. — ARMAND-DELILLE : Difficulté du diagnostic dans un cas de tuberculose péritonéale sans ascite. — Léon TIXIER et Jean TROISIER : Péritonite tuberculeuse latente chez un nourrisson de dix mois. — (N° 7, 5 mars.) NOBÉCOURT : La péritonite tuberculeuse. — SAVARIAUD et BONVOISIN : Hémorragie par ulcération de l'artère iliaque externe au contact d'un drain. — A. CADE et JALLIFIER : Occlusion aiguë duodénale. L'artério-mésentérique. — E. WEILL et MOURIQUAND : Fausse typhoïde d'origine bacillaire.

Policlinico. — *Section médicale.* (Fév. 1910, fasc. 2.) Cesare FRUGONI : Etudes sur le sérum du sang des tuberculeux et sur les exsudats des cavités séreuses, au moyen de la déviation du complément et de l'anaphylaxie. — Prof. Carlo Alberto CRISPOLTI : A propos de la présence du pneumocoque dans la sécrétion conjonctivale des individus atteints de pneumonie aiguë lobaire. — S. LA FRANCA : L'influence de divers gaz, sous diverses pressions, sur le pneumothorax fermé. Méthode nouvelle d'enregistrement des mouvements respiratoires. — *Section chirurgicale.* — Vincenzo NICOLETTI : La ligature de l'artère hépatique et de ses branches. — Mario FASANO : Contribution à l'histopathologie du testicule en rétension. — R. TRAINA : L'évolution des fibres élastiques dans les sacs herniaires et une nouvelle méthode pentachromique. — M. AMALGIA et et G. PERSICHETTI : L'efficacité et le mécanisme d'action de l'hyperémie selon la méthode de Bier.

Semaine médicale. — (N° 10, 9 mars 1910.) L. CHEINISSE : L'amyxie gastrique.

RÉSECTION INGUINALE DU TRONC COMMUN DES VEINES SPERMATIQUES ET RÉSECTION DU SCROTUM DANS LE VARICOCÈLE

Par L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Innombrables sont les méthodes employées à la cure du varicocèle, et je ne songe point à en créer une nouvelle. Il m'a semblé cependant que quelques points de technique étaient à *vulgariser* ou à *préciser* dans le *traitement combiné* auquel on donne le plus souvent la préférence, résection des veines distendues et résection du scrotum.

Ces deux opérations, qui cherchent, l'une à interrompre la colonne sanguine dans les veines dilatées, pour mettre le testicule à l'abri des coups de pression abdominale, l'autre à remédier à la laxité exagérée du scrotum, pourraient être exécutées par une seule plaie transversale et un peu asymétrique en ce sens qu'elle devrait remonter plus haut du côté gauche que du côté droit. Pour des raisons diverses que l'exposé sous-jacent mettra en relief, sans que j'aie besoin de les développer isolément, je crois que les *deux opérations* doivent être pratiquées par *deux incisions* différentes : il y a avantage à toujours les faire dans la même séance, et à les exécuter sous anesthésie locale à la novocaïne adrénaline, si on sait la manier.

RÉSECTION INGUINALE DU TRONC COMMUN DES VEINES. — La plupart des auteurs font la résection des veines du cordon au niveau de la *racine des bourses*, mais à ce niveau, les veines du groupe antérieur, préfuniculaire, sur lesquels doit porter la résection, parce qu'elles sont le plus souvent atteintes, sont enchevêtrées en *plexus* pampiniforme, à peu près *inextricable*. Dans le dédale de ces veines dilatées, sinueuses, anastomosées, il est impossible de reconnaître à l'œil ou au doigt l'artère spermatique qui passe au milieu d'elles. C'est en vain, qu'on essaie d'écraser le paquet des vaisseaux sur un écarteur de Farabeuf, pour sentir les battements de l'artère, on peut avouer, qu'en pratique on ne les sent jamais. C'est dire que presque fatalement — à moins de ne réséquer qu'une minime partie des veines antérieures du cordon, opération incomplète et dès lors inutile — *on sectionne l'artère spermatique avec les veines.* Tillaux prétendait bien que les artères funiculaire et déférentielle sont très suffisantes pour assurer, par leurs anastomoses avec la spermatique au niveau de l'épididyme, la nutrition du testicule; il semble en tout cas pour le moins *étrange* de *couper l'artère principale* d'un organe dans le but d'*éviter son atrophie!* Pareille opération semble plutôt faite pour la provoquer, et de fait des atrophies testiculaires ont été signalées à la suite d'opérations de varicocèle par Duplay, Esmarch, etc.

Aussi, beaucoup de chirurgiens condamnent-ils la résection veineuse comme dangereuse. C'est aller un peu vite, et la *condamnation* ne doit s'entendre que pour la résection au niveau de la *région funiculaire.*

Narath (1), en 1900, proposa de faire porter la résection des veines sur leur *portion inguinale.* Loison (2), en France, fit quelques mois après une communication à ce sujet à la Société de chirurgie. Les arguments avancés pour justifier l'intervention inguinale sont les suivants : réalisation plus facile de l'asepsie cutanée, fixité plus grande et occlusion meilleure du pansement, cure possible d'une hernie inguinale concomitante, rétrécissement du canal

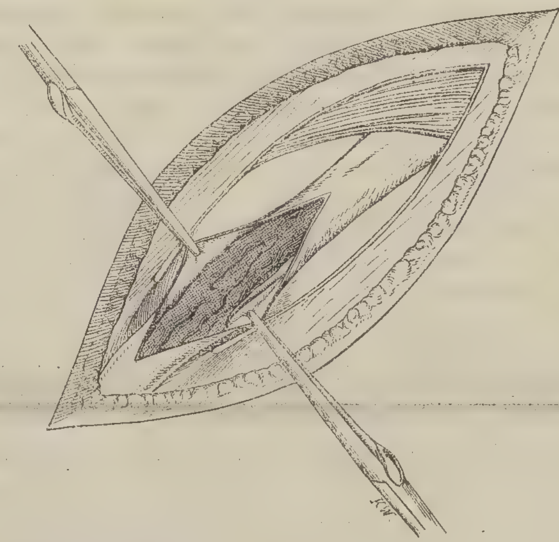


FIG. 1. — *Dans la partie basse du canal inguinal, les veines sont multiples et anastomosées (figures demi-schématiques).*

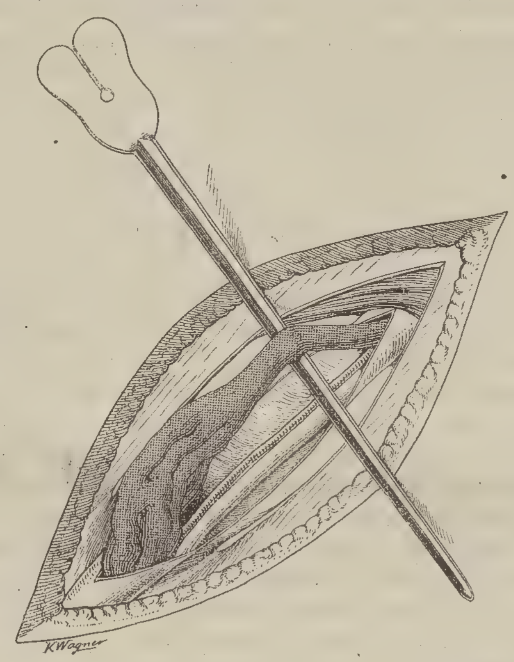


FIG. 2. — *Isolement du tronc commun unique des veines spermatiques dans la partie haute du canal inguinal.*

(1) NARATH. La cure radicale du varicocèle par la résection veineuse dans le canal inguinal, *Wien. klin. Woch.*, 25 janv. 1900, p. 73; — *Semaine méd.*, 1900, n° 7, p. 60.

(2) LOISON. Traitement du varicocèle par le procédé de Narath, *Bull. de la Soc. de chir.*, 6 juin 1900, p. 656.

inguinal agrandi sans hernie actuelle (vrai traitement préventif d'une hernie à venir), isolement plus facile des veines de l'artère spermatique, parce que le tissu cellulaire est plus lâche entre les éléments du cordon.

Ces raisons ont évidemment chacune une valeur positive que je reconnais, sans vouloir insister, mais il en est une autre, qui les prime toutes, que je considère comme la raison déterminante et que ni Narath, ni Loison ne semblent soupçonner. Narath dit que l'isolement des veines est plus facile, Loison qu'on trouve dans le canal un, deux où trois gros troncs veineux. Berger, à la discussion à la Société de chirurgie, a rappelé qu'il avait rencontré une fois, accolée à une hernie inguinale, *une* énorme veine spermatique grosse comme un doigt : il considère le fait comme rare.

C'est là cependant qu'est le point capital : si l'on cherche dans le canal inguinal, au bon endroit, c'est-à-dire haut, sous le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, près de l'orifice profond, on ne trouve pas des veines spermatiques, mais *un seul gros tronc* qui les résume toutes. Comme dès lors, on n'a plus à lier que lui, on peut le *serrer de près*, l'isoler totalement et facilement de tout ce qui l'entoure, et ne jamais englober dans la ligature l'artère spermatique qu'on n'a besoin ni de rechercher ni de voir. Le respect de l'artère ne tient donc pas, à mon avis, à la laxité plus grande du tissu cellulaire, mais à ce que *la veine à réséquer est unique et peut être dénudée de près.*

Le reproche capital qu'on pouvait faire à la résection veineuse tombe donc, puisqu'on est en mesure de la faire toujours correctement, sans accident, et qu'on réalise en même temps le traitement curatif ou même préventif de la hernie inguinale gauche.

Aussi suis-je d'avis, toutes les fois qu'on juge utile d'opérer un varicocèle, de donner la préférence à la résection inguinale du tronc commun des veines spermatiques.

L'incision pratiquée sera celle de la hernie inguinale gauche. Après ouverture du canal inguinal par section de l'aponévrose du grand oblique, et isolement à la sonde cannelée du bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, on ouvre la gaine fibro-musculaire du cordon. Pour ce faire, il suffit de soulever un premier pli transversal sur la mince fibreuse, avec une pince à disséquer, de donner un petit coup de bistouri en dédolant, et d'agrandir la plaie à la sonde cannelée : y introduisant alors les deux index qu'on écarte l'un de l'autre, on déchire d'un bout à l'autre cette gaine fibro-musculaire.

Il importe alors, de ne pas chercher les veines dans la partie inférieure et interne de la plaie ; elles y sont multiples. Mais remontant *vers la partie profonde et haute du cordon*, qu'on peut abaisser par une légère traction, on voit bientôt une grosse veine unique.

On isole cette veine de très près, soit à la sonde cannelée, soit mieux encore — car la sonde peut entraîner dans cette atmosphère lâche un autre élément en même temps que la veine — avec un bistouri et une pince, *comme pour une dénudation d'artère.*

La veine, séparée avec soin de ce qui l'entoure, est soulevée avec une sonde, pincée, liée et sectionnée dans l'angle supérieur de la plaie.

Il suffit de tirer sur la pince, et de disséquer à la compresse et à la sonde cannelée tout le paquet veineux sous-jacent, pour enlever les veines spermatiques antérieures dans toute l'étendue du trajet inguinal : on prendra garde, quand on liera ce paquet en bas, de lier les veines *là où elles sont*

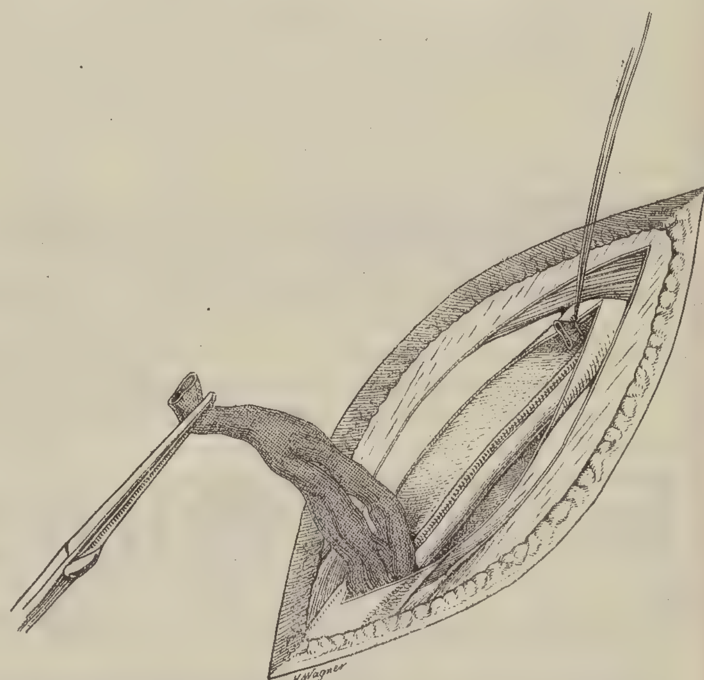


Fig. 3. — *Dénudation de haut en bas et résection des veines spermatiques.*

isolées et sans trop tirer sur la pince. En effet, par une traction forte, on fait sortir tous les autres éléments du cordon, mobiles et flexibles, on attire *en anse* et l'artère spermatique et parfois le canal déférent : si on n'y prenait pas garde, on lierait aussi ces organes que toute l'opération tend à respecter. Je le répète donc, il faut vérifier que le fil inférieur est bien placé sur les veines dénudées et que l'artère spermatique *coudée* n'est pas comprise dans la ligature.

La résection veineuse étant terminée, on abaisse le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse jusqu'au contact de l'arcade crurale, soit devant, soit derrière les éléments du cordon, suivant le procédé de cure radicale préférée pour la hernie inguinale et l'on referme l'incision cutanée, après suture de l'aponévrose du grand oblique.

Résection du scrotum. — La technique de la résection du scrotum, à laquelle je me suis arrêté, ne diffère que par des détails de celles qui sont couramment appliquées, aussi ne m'arrêterai-je pas à de longues considérations générales.

Très rares sont les chirurgiens qui font encore la résection transversale dont le résultat morphologique est moins satisfaisant, dont l'hémostase est plus laborieuse.

La résection médiane est généralement préférée parce qu'elle met la cicatrice à la place du raphé médian, et parce qu'elle fait porter l'excision non seulement sur les téguments, mais aussi sur la cloison médiane des bourses; c'est même là à mon avis le principal de ses avantages.

L'hémostase attentive des vaisseaux est le but vers lequel doivent tendre tous les efforts dans une résection scrotale, car l'ennui postopératoire le plus fréquent est l'hématome parfois considérable, qui se produit dans la cellulaire si lâche, avec ses dangers possibles d'infection. C'est à éviter cet hématome que s'ingénient toutes les techniques.

Voici les détails de la mienne.

Je repère le *raphé scrotal médian*, par trois ou quatre pinces de Kocher, que je fais tirer par un aide de façon à *étaler* le scrotum. Refoulant d'une main les testicules vers les régions inguinales correspondantes, j'applique un clamp courbe doucement serré sur la base du pli scrotal. Je prends garde dans le soulèvement du pli à ne pas trop attirer la peau de la face inférieure de la verge; celle-ci doit conserver l'intégrité de ses téguments. Je ne demande au clamp que d'étaler, de fixer les tissus (sans plis) et d'empêcher les testicules de descendre.

Saisissant à pleine main le scrotum à réséquer, et l'inclinant d'un côté pour bien m'exposer et me tendre une des faces, j'incise la peau au bistouri à environ trois ou quatre millimètres du bord convexe du clamp, et en suivant sa courbure : cette incision doit être faite *délicatement*. J'arrête l'action du tranchant *dès que les deux lèvres cutanées semblent libérées et s'écartent l'une de l'autre* (section de la peau et du dartos). J'attache de l'importance à ce que le bistouri arrive à la couche celluleuse sous-dartoïque *sans l'entamer*, de crainte d'érailler des vaisseaux même peu importants.

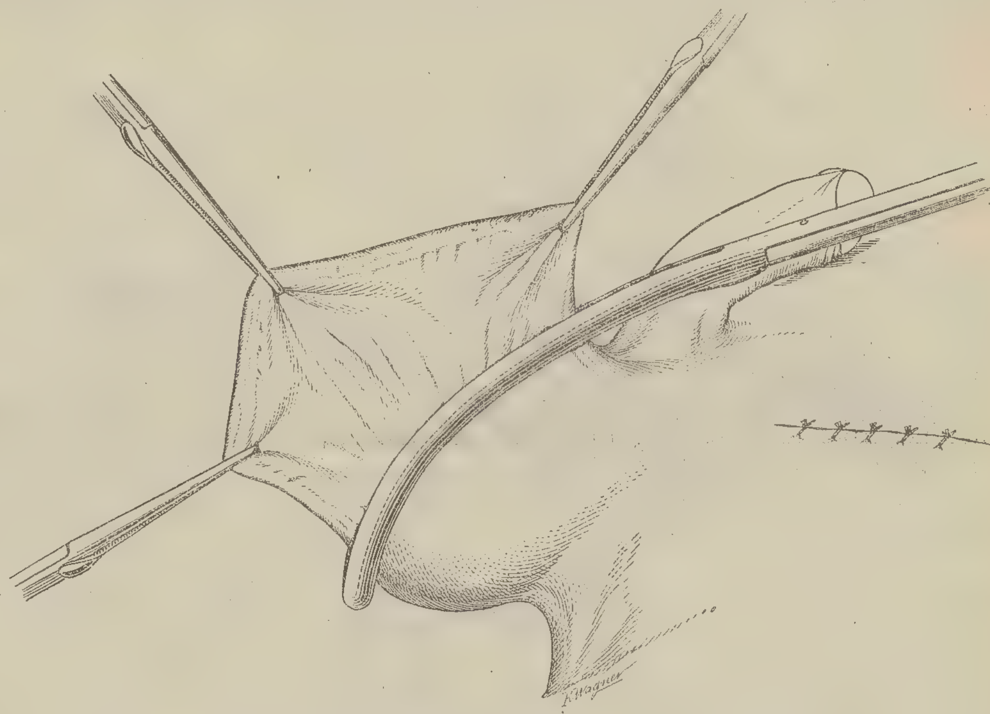


Fig. 4. — *Etalement du scrotum et fixation des téguments et des tissus.*

Inclinant alors le scrotum dans l'autre sens, je sectionne la peau de l'autre côté dans les mêmes conditions et avec les mêmes précautions.

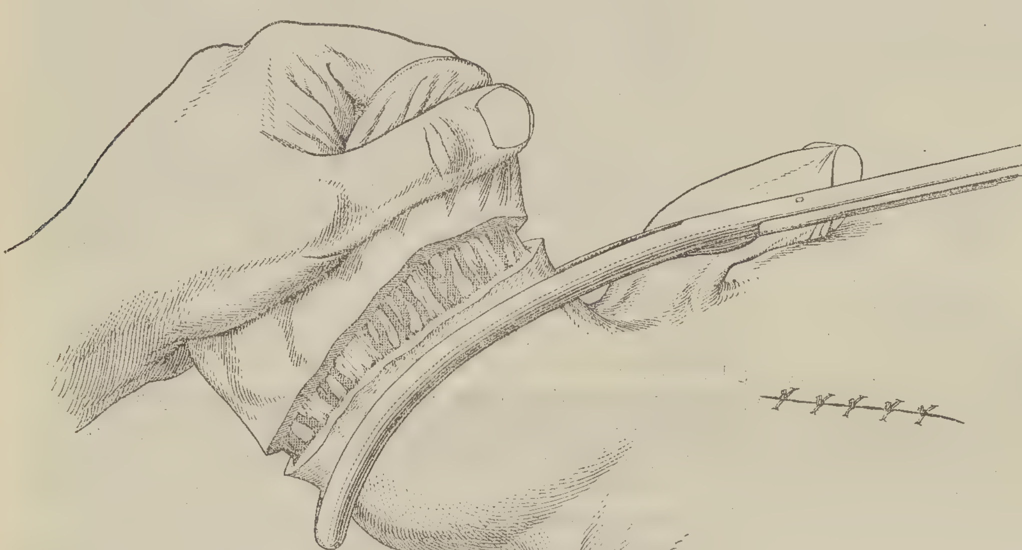


Fig. 5. — *La peau est sectionnée délicatement jusqu'à écartement des lèvres. La lame vasculaire n'est pas entamée du bistouri.*

Si le malade a exprimé le désir de voir son testicule gauche descendre un peu plus bas que le droit, par raison esthétique, comme c'était le cas d'un modèle que j'ai opéré, rien n'est facile comme de satisfaire cette exigence, que d'aucuns trouveraient exagérée. Il suffit de couper à droite la peau à trois millimètres du bord du clamp et à gauche à six ou sept millimètres par exemple.

La peau et le muscle peaucier étant sectionnés, sans que le bistouri ait entamé les plans plus profonds, je me trouve en présence d'une lame de tissus avivés qui *renferme tous les vaisseaux* : on en voit moins

que sur la figure voisine, j'en ai fait exagérer le nombre à dessein, il ne faut d'ailleurs pas chercher à les voir, il importe seulement de savoir qu'ils sont là tous, soit qu'ils descendent dans la cloison médiane des bourses, soit qu'ils viennent latéralement

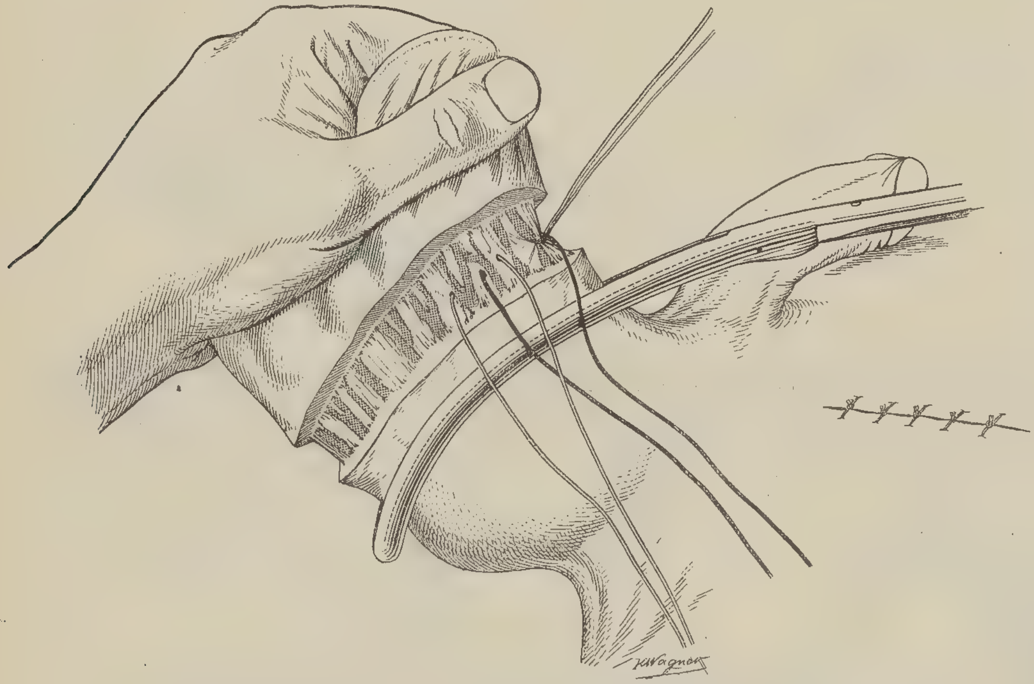


Fig. 6. — *Ligature en anses empiétantes de la lame vasculaire.*

avec la celluleuse, destinés aux autres tuniques des bourses.

Pour avoir une *hémostase totale et rapide*, il suffit de passer des fils en U, *empiétant* les uns sur les autres; on pourrait faire des ligatures enchaînées,

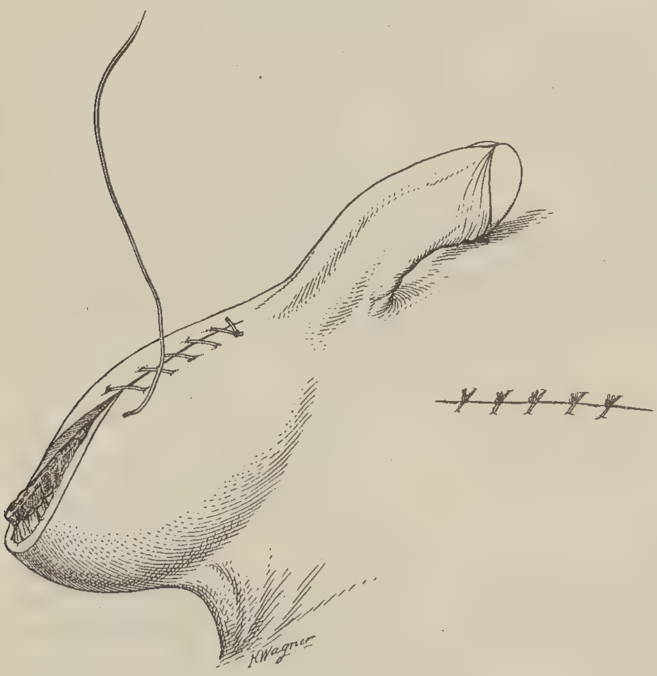


Fig. 7. — *Surget cutané final.*

comme on en pratiquait autrefois sur l'épiploon; j'ai coutume de laisser les chefs indépendants, de façon à avoir des pédicules isolés, mais je m'arrange pour que toujours le fil suivant traverse un peu des tissus qu'a déjà étreints le fil précédent. Dans ce but et pour qu'il n'y ait pas fausse manœuvre, je ne lie le fil figuré en noir que lorsqu'est déjà placé le fil au double trait et ainsi de suite. Je coupe les tissus à mesure qu'ils ont été liés, mais les ciseaux doivent toujours être en retard sur les fils.

Il suffit de sept à huit fils pour faire l'hémostase de toutes les parties molles que rapproche et fixe le clamp.

Ces fils en U ainsi placés assurent une hémostase absolument parfaite, très supérieure à celle que donnent des fils en anse simple qui peuvent glisser et laisser échapper des tissus avec leurs vaisseaux.

Cependant comme l'on n'est jamais certain de n'avoir pas éraillé, en sectionnant la peau, un des vaisseaux glissant dans la celluleuse, il importe de *vérifier* l'étanchéité de l'hémostase, en enlevant le clamp qui ne sert plus à rien et qui ne peut que gêner la suture des téguments.

Après vérification de l'hémostase et ligatures complémentaires si besoin est (dont est responsable la mauvaise exécution du procédé), je suture les téguments par un surjet à points rapprochés de catgut fin.

Je viens de dire qu'à ce moment le clamp est gênant, car il enlève la mobilité aux lèvres téguments qu'on veut rapprocher, et qu'il ne sert plus à rien. En effet il ne sert pas à l'hémostase et sa présence ne pourrait que masquer une hémostase insuffisante dont il est préférable de se rendre compte.

Il ne sert pas non plus à maintenir les testicules : ceux-ci n'ont aucune tendance à sortir par la plaie, entourés de leurs tuniques profondes, après ablation du clamp, quand on a exécuté le procédé ci-dessus. J'y insiste, parce que dans d'autres procédés, si on enlève le clamp trop tôt, les tissus profonds et les testicules font hernie par la plaie béante et la suture superficielle en est rendue difficile.

Dans ma technique la *plaie ne s'ouvre pas largement* après ablation du clamp : ceci est la preuve que la celluleuse n'a pas été largement ouverte par le bistouri. Cela prouve aussi que les points en U, en même temps qu'hémostatiques, sont *occlusifs pour chacune des bourses* et unissent leurs tissus propres au lambeau restant de la cloison médiane.

Cette technique a, sur celles qui ont actuellement cours, l'avantage de donner une hémostase beaucoup plus parfaite et d'être plus rapide, c'est ce qui m'a engagé à en décrire les détails dans leur enfantine simplicité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1910)

Un moyen de reconnaître l'altération microbienne du lait. — M. Meillère donne lecture d'un rapport sur une note présentée à l'Académie par M. Sarthou. Dans ce travail, l'auteur propose de déterminer le degré de la pollution bactérienne des laits au moyen de l'indice catalasimétrique, c'est-à-dire de l'intensité de la décomposition de l'eau oxygénée par le lait.

Action favorable de certains milieux putrides sur la vitalité des microbes. — M. Trillat, de l'Institut Pasteur, expose le résultat de nouvelles expériences qui démontrent que la présence de gaz, se trouvant communément dans l'air que nous respirons, est capable, dans certaines conditions, d'exercer une action conservatrice et préservatrice sur les microbes qui y sont en suspension. Ces gaz susceptibles de souiller l'atmosphère proviennent de la décomposition de matières organiques, d'origine végétale ou animale : ils se produisent dans un nombre infini de circonstances et sont notamment contenus dans l'air expiré.

Pour démontrer l'influence favorable de l'air vicié sur la vitalité des microbes, l'auteur a composé des atmosphères artificiellement souillées, dans lesquelles il a exposé divers germes pathogènes, tels que les bacilles de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, de la peste, etc.

L'influence protectrice des atmosphères viciées se manifeste d'autant plus nettement que les germes ont été préalablement plus atténués. D'autres essais ont consisté à étudier directement l'action d'un air vicié sur le développement microbien, comparativement à un air pur, en pratiquant la numération. Ils ont prouvé que dans le premier cas la fructification était plus abondante.

Les recherches concernant l'analyse de la substance activante commune aux divers gaz putrides ont permis de reconnaître la présence d'un produit volatil, azoté, très peu stable, appartenant probablement à la famille des amines se décomposant avec production d'ammoniaque libre.

A la suite de ses expériences, l'auteur se croit autorisé à supposer que les souillures de l'atmosphère, si nombreuses et si variées, peuvent constituer, quand elles sont accompagnées de certaines conditions d'humidité et de température, des ambiances très favorables à la conservation des germes pathogènes et par suite à la propagation des épidémies. D'après quelques anciens hygiénistes, les miasmes des maladies étaient véhiculés par les mauvaises odeurs : on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre cette vieille théorie et les résultats de ces essais.

Les cris chez les nourrissons et la syphilis héréditaire. — M. Doléris analyse un volume de M. Sisto (de Buenos-Aires) qui est appelé à intéresser vivement les syphiligraphes et les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de l'enfance.

L'auteur a fait éditer son livre en langue française.

C'est à M. le docteur Francoz (de Levallois) qu'a été confiée la traduction, rédigée d'ailleurs avec la collaboration de l'auteur.

Dans ce travail, il s'agit d'une manifestation symptomatique de la syphilis infantile, manifestation qui, en l'absence d'autres caractères évidents de la spécificité, prend une importance capitale. C'est *le cri, les cris du spécifique héréditaire*. On pourrait tout aussi bien dire que les recherches cliniques et l'étude développées par le docteur Sisto, dans son livre, portent sur la syphilis douloureuse de la première enfance et sur la localisation osseuse du processus latent qui éveille la souffrance, la ramène à chaque instant, l'exaspère pendant la nuit, la rend tenace et persistante autant que le cri d'angoisse et de douleur par lequel l'enfant la traduit.

Cette localisation est un des éléments les plus importants du complexus morbide ; elle répond à une ostéite spécifique, dont le médecin peut déterminer le siège par l'examen attentif des extrémités des os longs.

L'association du processus anatomo-pathologique avec le symptôme cri, la solidarité des deux faits, la connaissance des conditions dans lesquelles ils se subordonnent, constituent la partie vraiment originale et solide du travail.

Mais cela pourrait paraître insuffisant si le docteur Sisto n'avait fait sa part à la pierre de touche de la thérapeutique. Il a judicieusement soumis les malades au critérium du traitement spécifique, et par le succès de ce traitement, confirmé la solidité de sa conception.

Il est intéressant d'envisager le livre dans ses détails.

D'abord, dans un chapitre de sémiologie portant sur le cri chez l'enfant en général, le docteur Sisto a mis à contribution tout ce qui a été dit par ses devanciers.

Entre le cri de la faim, la plainte rauque, stridente ou étouffée de l'enfant qui halète ou suffoque, le gémissement douloureux des affections aiguës, le cri de détresse angoissé et incessant de l'athrepsique, etc., il existe des différences notées par les cliniciens.

L'enfant syphilitique, lui, crie, non de faim ou pour une douleur dont le motif se voit ou se devine. Il crie tout en se nourrissant régulièrement ; il crie d'une façon incessante. Sa lamentation plaintive est interminable, avec de rares intervalles de sommeil et de repos.

Pendant la nuit les cris ne s'arrêtent pas, ils s'exagèrent visiblement, surtout dans les mouvements spontanés ou communiqués.

Les malades, âgés de trois ou quatre mois, en général, présentent des stigmates de syphilis héréditaire. Ils cessent de crier dès qu'ils ont été soumis au traitement mercuriel.

Dans un développement anatomo-pathologique illustré de planches démonstratives, l'auteur précise que la radiographie indique le siège du processus dans la zone ostéo-chondritique du cartilage de conjugaison des os longs. C'est dans cette zone ostéo-articulaire qu'est l'un des habitats de prédilection du spirochète, et c'est là qu'apparaissent les modifications de structure.

Il n'est pas étonnant que là soit aussi le *locus dolens* d'élection, caractéristique chez le syphilitique héréditaire. Le chapitre consacré à la thérapeutique fournit une démonstration d'une éloquence supérieure à tout raisonnement.

Peu de jours après l'administration du traitement spécifique le cri disparaît et tous les autres symptômes s'atténuent graduellement.

Le livre contient une série d'observations puisées dans la pratique de l'auteur et dans celle d'autres confrères.

Le docteur Comby, dans la préface qu'il a écrite pour le livre du docteur Sisto, a fait ressortir les mérites de l'ouvrage dont M. Doléris n'a pu donner qu'un aperçu très abrégé.

Contribution à la sémiologie de la surdité. Nouveau signe pour en dévoiler la simulation. — M. Lombard a entrepris des recherches expérimentales ayant pour point de départ un curieux fait d'observation qu'il fait connaître : quand on assourdit un sujet entendant normalement, au moyen d'appareils dits assourdisseurs, l'intensité de la voix parlée augmente brusquement.

En produisant des alternances d'audition et de surdité expérimentale, on obtient des alternances correspondantes d'augmentation et de diminution de l'intensité vocale.

Les sourds bilatéraux qui, par définition, ne peuvent être assourdis n'élèvent pas la voix. Les sourds unilatéraux élèvent la voix par l'assourdissement du côté sain.

Chez les hypoacousiques par lésions mixtes, les effets de l'assourdissement semblent varier avec la formule d'audition. Or, celle-ci est différente suivant le siège et la répartition des lésions. Parmi les sujets hypoacousiques soumis à l'expérience, les uns élèvent la voix par l'assourdissement, les autres ne l'élèvent pas. Ces derniers sont des hypoacousiques paracousiques avec inversion de la formule normale.

Ces expériences, qui mettent en pleine lumière le rôle de l'oreille acoustique dans la régulation de l'effet phonatoire, trouvent une application importante en matière d'expertise médico-légale pour reconnaître la simulation ou la dissimulation de la surdité.

Kyste dermoïde intracérébral. — M. LANNELONGUE fait une intéressante communication sur ce sujet. Les kystes dermoïdes intracérébraux sont fort rares. Il en existe à peine quelques observations. D'après deux autres cas que M. Lannelongue a observés, il existe un signe important pour le diagnostic de ces kystes sur lequel il insiste particulièrement. Alors que le cuir chevelu est partout mobile et libre sur le crâne, lorsqu'il existe un kyste dermoïde intracranien, la peau se trouve adhérente au crâne, au niveau du kyste.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1910)

Les obésités irréductibles (*suite*). — M. GUELPA, contrairement à l'idée de M. Marcel Labbé, pense qu'il n'y a pas d'obésités irréductibles, à la condition de soumettre le malade à la cure de désintoxication et de réduction nécessaire. En effet, si l'on conseille des périodes de privation totale des aliments et des purgations pendant trois ou quatre jours complétées par une alimentation végétarienne et aqueuse beaucoup plus restreinte que celle appliquée aux malades de M. Marcel Labbé, on assiste toujours à l'amaigrissement progressif avec disparition proportionnelle des accidents morbides.

A propos d'un cas d'ulcère rond de l'estomac. — M. PICHEVIN. En pleine santé, une femme est prise de violentes douleurs dans le ventre et meurt en dix heures avec les signes d'hémorragie interne, sans qu'il y ait eu ni hématémèse ni mœlena. L'autopsie prouva qu'il n'y avait pas de rupture tubaire, mais ouverture de la gastro-épiploïque droite par un ulcus rotondum qui n'avait pas laissé couler une goutte de sang dans l'estomac. L'hémorragie s'était faite dans l'arrière-cavité des épiploons. La mère de la malade était morte d'un cancer stomacal. Son frère eut peu après une hématémèse très grave due à un ulcère de l'estomac.

L'auteur passe en revue les différentes affections des organes génitaux qui peuvent être prises pour l'ulcus perforé, et réciproquement. Brouardel et Robson ont publié des cas où l'ulcus avait été pris pour des grossesses tubaires rapturées. M. Pozzi pense qu'Henriette d'Angleterre est morte non d'ulcus gastrique, mais de rupture de grossesse tubaire.

Des injections sous-cutanées d'eaux minérales considérées au point de vue pratique et thérapeutique. — M. SERSIRON (de la Bourboule). Les injections sous-cutanées d'eaux minérales ne sont pas suffisamment étudiées pour que l'on puisse d'ores et déjà les appliquer au traitement des malades qui sont envoyés dans les villes d'eaux et confiés par les médecins de famille. C'est un procédé mal connu, dangereux dans certains cas, qui doit rester prudemment à l'étude dans les laboratoires.

L'auteur se refuse à faire, dans aucun cas, des injections sous-cutanées d'eaux minérales tout en souhaitant que, dans l'avenir, la méthode se perfectionne assez pour être applicable en clinique d'ici quelques années; il espère que ses conclusions et ses réserves prudentes seront approuvées par la grande majorité de ses confrères médecins traitants et hydrologues.

M. LEMATTE fait remarquer que, avant d'employer les eaux minérales en injections sous-cutanées, il faut reviser leur composition et préciser les modes de stérilisation.

M. CAZAUX accepte les conclusions prudentes de M. Sersiron; il n'est pas en effet facile d'avoir de l'eau minérale stérilisée; il n'est pas non plus indifférent de faire des injections intra-veineuses ou même sous-cutanées de quantités importantes de ces eaux médicinales. M. Cazaux ne remplacera donc pas la méthode traditionnelle de nos cures thermales par cette nouvelle méthode, d'autant plus qu'on ne rencontre pas d'intolérances gastriques, même s'il s'agit des eaux les moins digestives, telles que les sulfurées des Pyrénées; la plupart des baigneurs des Eaux-Bonnes arrivent à ingérer trois verres à trois verres et demi de 200 grammes sans aucun inconvénient.

M. BOURSIER approuve les conclusions de M. Sersiron. Avant d'introduire dans la thérapeutique les injections sous-cutanées d'eaux minérales, il est utile que les expériences sur les animaux soient plus nombreuses et plus affirmatives pour ne pas exposer les malades à des accidents qui ne manqueraient pas de survenir.

Réflexes gastriques. — M. G. REIGNIER DE SURGÈRES cite les observations de trois malades ayant présenté des réflexes gastriques.

Evolution moderne de l'éducation physique en France. — M. Maurice FAURE. L'ancienne notion d'éducation physique, qui la considérait seulement comme une gymnastique plus ou moins acrobatique, tend à disparaître. L'on comprend que l'éducation physique devient « l'hominiculture » qui permettra d'assurer le rendement maximum de l'organisme avec le minimum d'effort.

Ce ne sont pas évidemment les instructeurs militaires (fussent-ils accommodés à la méthode suédoise) qui peuvent remplir les conditions nécessaires à l'éducateur moderne. Ce ne sont pas davantage les gymnastes suédois à la fois militaires, pédagogues et médecins, et insuffisants à ces trois points de vue. Il faut nettement diviser la partie médicale de la partie pédagogique de cette importante question.

IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS

TENU A PARIS, DU 7 AU 10 AVRIL 1910 (1)

SÉANCE DU VENDREDI 8 AVRIL (MATIN)

Les admissions et les inscriptions irrégulières dans les facultés et écoles. — M. MARRO cite de nombreux exemples d'inscriptions irrégulières dans les facultés de médecine. Il estime que le décret du 13 mai supprimant les dispenses du baccalauréat ne répond pas aux desiderata du corps médical et qu'il faut continuer la lutte pour que personne ne puisse arriver à être médecin sans avoir sérieusement appris son métier.

M. le professeur PINARD expose que toutes les demandes de dispenses qui ont été soumises au comité consultatif dont il fait partie ont été repoussées toutes les fois qu'elles constituaient une violation de la loi. Si des dispenses scandaleuses ont pu être accordées c'est sans doute qu'on ne les avait pas soumises au comité consultatif. Le seul remède serait l'institution d'un comité médical réclamé depuis longtemps par les médecins et qui aurait à statuer sur toutes les demandes de dispenses comme d'ailleurs sur toutes les questions intéressant le corps médical.

Le Congrès adopte à l'unanimité le vœu suivant présenté par M. CAMPINCHI :

« Le Congrès félicite l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris de sa courageuse campagne, l'engage à persister dans sa vigilance, et de peser de toute sa jeune action directe sur les pouvoirs publics pour les obliger à observer la loi dont ils devraient être les gardiens vigilants; et assure cette Association de toute la sympathie des praticiens. »

Les syndicats médicaux et l'enseignement médical. — M. le docteur LAFONTAINE pense que l'enseignement médical actuel a besoin de réformes profondes tenant compte des intérêts des médecins, des malades et de la science et qu'à l'heure actuelle la faculté, organisée en corporation fermée, établit un antagonisme profond entre ces intérêts.

M. Lafontaine s'élève particulièrement contre le favoritisme et la filière des concours. Il estime qu'il est impossible à un indépendant qui n'a pas les patronages nécessaires d'arriver à un concours d'école. L'esprit d'intrigue règne en maître dans tous les services, il en résulte le servilisme des élèves. L'orateur affirme qu'il y a des places d'externes qui sont retenues d'avance jusqu'en 1925?

L'enseignement de la Faculté n'est pas adapté aux condi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 42, p. 591.

tions de la science et de la vie économiques modernes. Il faut que ce soit la clinique qui dirige la science médicale.

Le rapporteur estime que c'est le rôle des praticiens de poursuivre la réforme de l'enseignement. Il pense qu'il faut pour défendre pareille cause la force syndicale.

M. le professeur PINARD exprime le regret de voir établir un antagonisme entre les officiels et les praticiens. Il craint que la campagne entreprise contre l'enseignement des facultés ne jette le discrédit sur la valeur des médecins et ne diminue la considération qui doit les entourer. Le professeur Pinard s'élève contre cette affirmation qu'il faut avoir une famille pour arriver dans les concours de la Faculté, et cite à l'appui de ses dires son propre exemple. Il fait observer que ce que réclament les praticiens le conseil de la Faculté le demande depuis vingt ans : et il pense que ce qu'il importe de demander c'est la *publicité des séances des conseils de Faculté*. En ce qui concerne le stage la Faculté de Paris se heurte à la puissance de l'Assistance publique qui lui crée de grosses difficultés. Le professeur Pinard se déclare fermement partisan du concours. On peut l'améliorer, mais il ne faut pas le supprimer.

Le Congrès adopte les conclusions suivantes du rapporteur :

« Le Congrès décide de poursuivre l'action commencée par les précédents Congrès ;

Pour la suppression immédiate de l'agrégation ;

Pour l'obtention d'une commission de réforme composée par moitié de représentants des praticiens et pour l'autre moitié de représentants des facultés et de l'Etat ;

Pour l'organisation de l'enseignement mutuel parmi les syndiqués en suivant l'exemple de nos confrères du Loiret ;

Le Congrès affirme de plus, au point de vue social, l'importance du syndicat qui doit être le pivot de l'organisation de la médecine en France. »

SÉANCE DU VENDREDI (APRÈS-MIDI)

M. le professeur KUTNER (de Berlin) fait une communication sur l'enseignement complémentaire de la médecine en Allemagne.

Le conseil médical supérieur. — M. LE FUR donne connaissance de son rapport, il conclut que le conseil supérieur de l'instruction publique incompétent au point de vue médical (3 médecins sur 59 membres), insuffisamment indépendant, doit être remplacé par un conseil médical supérieur. Celui-ci serait composé à parties égales de membres du corps enseignant nommés par le ministre ou choisis par leurs collègues, et de représentants des groupements professionnels et des étudiants librement élus par ceux-ci ; il serait bien ainsi un organisme autonome, émanation, non du pouvoir central, mais du corps médical tout entier. Il aurait à s'occuper des questions d'enseignement et d'exercice de la médecine.

M. LEPAGE reproche au rapporteur de n'avoir pas parlé de ce qui s'est passé à la commission de réformes des études médicales à cet égard.

Il pense que le conseil médical supérieur devrait seulement s'occuper des questions d'enseignement.

D'autre part il faut laisser au ministre son droit de choisir et ne pas demander que le comité soit complètement indépendant du gouvernement.

M. LEREDDE met en garde le Congrès contre une confusion possible. Il y a deux conceptions du conseil médical supérieur : ou bien un organe d'administration, un organe d'autorité, ou bien un conseil facultatif, composé de délégués des facultés autonomes et de délégués des praticiens, ayant un rôle d'élaboration. Il ne faut pas confondre ces deux conceptions opposées.

M. LE FUR répond à M. Lepage que le meilleur argument contre les conseils officiels est la nullité des résultats pratiques donnés jusqu'ici par la commission de réforme médicale.

M. le professeur HAYEM partage un grand nombre des idées exprimées par les praticiens. Il est venu au Congrès, non comme officiel, mais comme praticien. Il craint toutefois qu'on ne s'empresse trop de détruire avant d'avoir construit. Par quoi serait remplacée l'agrégation, sinon par le favoritisme ?

Après diverses interventions, le Congrès adopte le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu que le conseil supérieur de l'instruction publique, organisme incompétent au point de vue médical et insuffisamment indépendant, soit remplacé au point de vue médical par un conseil médical supérieur composé par moitié de membres du corps enseignant, de délégués élus des divers groupements professionnels et, avec voix consultative, de délégués des associations corporatives des étudiants en médecine.

Il prie le comité de vigilance de se mettre en rapport avec l'association du corps enseignant et il fait appel au parlement, à la presse et surtout au corps médical tout entier pour obtenir rapidement la réalisation de ce vœu absolument nécessaire à la bonne organisation de l'enseignement médical en France. »

Limitation ou non limitation du nombre des étudiants dans les écoles de médecine. — L'intéressant rapport de M. TOURTOURAT donne lieu à une discussion très animée.

Tous les orateurs, sauf M. SMESTER, qui ne croit pas au danger de l'encombrement, sont d'avis qu'il y a lieu de rechercher un remède à cet encombrement.

Parmi les propositions, signalons celle de M. QUIDET qui préconise la suppression des écoles de médecine militaires. Les étudiants en médecine après leurs deux ans de service comme simples soldats, feraient une année comme médecin de réserve et parmi ces jeunes médecins de réserve seraient choisis par sélection les médecins de l'armée active. Ce serait un moyen de réduire l'encombrement de la profession par un accroissement de charges dans un but généreux.

Le concours d'admission à l'entrée des écoles de médecine, qui fait l'objet du rapport de M. DELPEUT, est-il un remède à préconiser ? Ce n'est pas l'avis des congressistes qui votent les résolutions suivantes :

« 1° Le IIIe Congrès des praticiens, réuni à Paris, estime qu'il est désirable que le nombre des étudiants en médecine ne puisse croître comme cela a eu lieu jusqu'à présent, sans limitation d'aucune sorte.

2° Etant entendu que la capacité d'enseignement d'une Faculté de médecine représente le nombre des étudiants auxquels efficacement elle peut donner l'enseignement théorique, pratique, professionnel et déontologique, le Congrès désire que toutes démarches soient faites auprès des pouvoirs publics pour délimiter dans chaque faculté ou école cette capacité d'enseignement.

3° Le Congrès donne mission aux représentants du corps médical organisé de faire auprès des pouvoirs publics le nécessaire pour que le nombre des étudiants soit maintenu ou ramené à une proportion en rapport avec la capacité d'enseignement de chaque faculté.

4° Le Congrès émet le vœu que le contrôle des études médicales et la filière des examens par où doit passer le futur praticien deviennent plus strictement justes ; que, à cet effet, ces examens soient subis dans chaque Faculté devant un corps d'examinateurs appartenant à une autre Faculté, et que tout étudiant refusé trois fois à un même examen soit définitivement exclu de toutes les facultés. (Conclusions de M. le docteur TOURTOURAT modifiées par M. le docteur VICART.)

Le Congrès des praticiens, en vue d'obtenir l'élévation du niveau des études médicales et la diminution de l'encombrement, demande :

1° La suppression absolue de toute dispense de diplôme ;

2° Une sévérité plus grande aux examens, avec ajournement progressif d'abord, définitif ensuite, de candidats refusés. (Proposition de MM. les docteurs de PRADEL et BERRUYER.)

Le Congrès émet le vœu :

1° Que le nombre des centres d'enseignement, facultés et écoles, dont l'importance a singulièrement augmenté depuis 1870, soit diminué ;

2° Que l'on donne dans les Facultés et Ecoles un enseignement pratique qui permettra de faire une sélection équitable parmi les étudiants. (Proposition de M. le docteur JABLONSKI.)

Les conclusions des rapporteurs et les amendements seront renvoyés au comité de vigilance qui, après avoir fait, d'accord avec les auteurs de ces rapports, une vaste enquête

auprès des syndicats et de toutes les associations professionnelles, portera la question de l'encombrement médical devant le prochain congrès qui pourra la trancher en toute connaissance de cause. » (Motion de MM. les docteurs BERTILLON, CAMPINCHI, PRUNE et LAFONTAINE.)

SÉANCE DU SAMEDI 9 AVRIL (MATIN)

La structure administrative des hôpitaux en France et à l'étranger. — M. Léon ARCHAMBAULT estime que la centralisation excessive de l'Assistance publique est la source de tous les abus. Le remède serait l'autonomie de l'hôpital qui serait administré par un conseil et dirigé par un directeur nommé par l'administration.

Le rapporteur exprime le désir qu'en province l'hôpital soit plus indépendant de la politique et demande le relèvement de niveau du personnel secondaire des hôpitaux.

M. KŒNIG fait une communication sur l'**organisation des hôpitaux aux Etats-Unis et l'institution des nurses.**

M. KOLBÉ donne connaissance de sa communication sur l'**organisation administrative des hôpitaux en Allemagne.**

M. LEREDDE vient rappeler que quand il était interne il avait une mentalité qu'il qualifie de déplorable. Se basant sur ses souvenirs d'internat il estime que le rôle moral du médecin tout autant que son rôle matériel doit être enseigné aux internes par leurs maîtres qui ont l'expérience de la vie.

Nous sommes persuadés que c'est une modestie exagérée qui pousse M. Leredde à juger si sévèrement sa propre jeunesse. Mais nous ne pouvons le laisser généraliser sans protester.

L'immense majorité des internes a la conscience exacte de tous ses devoirs et les remplit en toutes circonstances. Le cas de M. Leredde ne constitue donc qu'une exception qu'il a raison de déplorer.

M. LANDE préconise l'institution des nurses qu'il a pris l'initiative de créer à Bordeaux. Ces nurses, recrutées dans les classes moyennes de la société, qui vivent à l'hôpital, sont des collaboratrices dévouées qui n'ont aucune idée de faire de la médecine. On est sûr de trouver chez elles les qualités morales nécessaires.

M. Lande signale en passant l'initiative heureuse de notre excellent confrère Granjux, qui avec son ardeur habituelle a entrepris de diriger dans cette voie les femmes et filles de confrères décédés. C'est là un nouveau débouché qui peut assurer aux veuves et orphelines de la famille médicale des situations honorables.

Le Congrès adopte les vœux suivants :

« 1° Dans chaque hôpital les médecins interviendront activement dans la gestion de cet hôpital;

2° Que l'autonomie administrative et financière de l'hôpital existe; que l'hôpital soit gouverné directement et sur place par des compétences et non à distance et, sur le papier, par une administration irresponsable;

3° Qu'en France, comme dans certains pays étrangers, le directeur soit médecin, aidé par un collaborateur administratif;

4° Le comité de vigilance enverra ces conclusions et ces vœux à tous les médecins des hôpitaux de France en leur demandant de signer une pétition réclamant au ministère de l'intérieur l'autonomie des hôpitaux, et ceci dans l'intérêt des malades;

5° Le comité de vigilance étudiera les causes de la mauvaise administration hospitalière en France et en communiquera les résultats à la presse. »

Le service d'hôpital. — M. SOREL fait adopter en conclusion de son rapport les vœux suivants :

« 1° Que l'hôpital public ou privé devienne le centre d'enseignement au point de vue clinique et thérapeutique (vœu HIRTZ et CAUSSADE);

2° Que les laboratoires actuels des hôpitaux soient remplacés par des laboratoires centraux dans l'intérêt des étudiants et des sciences médicales, comme dans l'intérêt bien entendu des chefs de service;

Que les chefs de laboratoire central soient assimilés aux médecins chefs de service des hôpitaux et pourvus d'appointements qui leur permettent de se consacrer à leur tâche de recherches (vœu RIST);

3° Le Congrès des praticiens affirme une fois de plus sa conviction que l'enseignement de la médecine doit être donné à l'hôpital pour être technique et pratique (vœu LAFONTAINE). »

Le Congrès adopte également le vœu suivant de MM. PROBY, PROVICATT et LEREDDE :

« Le IIIe Congrès des praticiens, considérant l'insuffisance regrettable des laboratoires des hôpitaux et des moyens d'enseignement et des recherches scientifiques dans les hôpitaux de la plupart des villes de province, charge le comité de vigilance de faire à ce sujet une enquête dont les résultats seront communiqués à la presse et d'autre part adressés aux conseils municipaux, aux commissions administratives et aux médecins des hôpitaux en leur demandant au nom du corps médical français de modifier la situation actuelle dans un intérêt national.

Un rapport sera fait au prochain Congrès des praticiens sur ce sujet. »

Le Congrès prend en considération et renvoie à la commission de vigilance le vœu suivant de M. CHASSEVANT :

« Le IIIe Congrès des praticiens,

Considérant :

Que les concours institués par les administrations pour le recrutement de leur personnel médical créent plusieurs classes de médecins et produisent une regrettable division du corps médical;

Que cette filière de concours, qui commence dès le début des études médicales, entrave la bonne instruction et l'éducation des étudiants en médecine;

Emet les vœux :

1° Que les concours administratifs soient supprimés;

2° Que les administrations se cantonnent exclusivement dans leurs fonctions administratives;

3° Qu'elles ne s'immiscent pas dans le choix des médecins dont elles ne peuvent connaître les aptitudes professionnelles;

4° Que les médecins dont elles ont besoin pour assurer leurs services leur soient désignés par l'ensemble du corps médical exerçant dans la région, par élection;

5° La révocation disciplinaire et la réinvestiture ne pourra être prononcée que par un conseil de discipline composé de représentants de l'administration : un tiers des représentants élus par les médecins de l'administration; un tiers de représentants des médecins exerçant dans la région. »

L'hôpital aux indigents. — M. RÉGIS s'élève contre le fait que l'hôpital est envahi par des gens qui n'y ont aucun droit.

Le rapporteur pense que les praticiens doivent agir eux-mêmes sans rien attendre des pouvoirs publics.

M. MALET estime qu'il faut lutter contre les consultations ouvertes aux malades aisés et riches.

M. Paul ARCHAMBAULT dit que ce n'est pas à l'administration de l'Assistance publique qu'il faut s'adresser, mais aux conseils municipaux. Il demande la suppression absolue des malades payants dans les hôpitaux.

M. CLAISSE pense que l'encombrement des services ne tient pas à l'affluence des malades aisés. Les véritables causes sont l'invasion de Paris par la banlieue et l'encombrement par les malades chroniques.

M. PAMART préconise la création de postes de secours dans les grandes villes pour désencombrer les hôpitaux.

Le Congrès adopte les vœux suivants :

VŒUX AU CORPS MÉDICAL

« 1° Développement du syndicalisme, qui enseigne et pratique l'action commune pour la défense des droits professionnels;

2° Rapports plus étroits entre les médecins d'hôpitaux et les praticiens, afin de découvrir les abus des hospitalisations gratuites et payantes;

3° Refus par les médecins des hôpitaux de soigner à l'hôpital public ou privé les malades aisés;

4° Refus par les médecins des hôpitaux de laisser encombrer leurs salles;

5° Renvoi des malades payants, quels qu'ils soient, dès que leur état leur permet de poursuivre leur traitement à domicile ;

6° Favoriser les formations d'assistance privée par l'imposition du libre choix et l'appui confraternel. »

VŒUX AUX POUVOIRS PUBLICS

« Le Congrès des praticiens réunis à Paris en 1910 émet les vœux suivants :

1° Suppression des consultations d'hôpitaux ;

2° Suppression de la Maison Dubois ;

3° Obligation pour les assistés de fournir, outre les pièces déjà requises :

a. Une carte d'identité ;

b. Une lettre de leur médecin traitant ;

c. Attestation signée de la qualité d'indigent ;

4° Vote d'une loi de protection de l'assistance publique semblable à celle qui existe pour l'assistance judiciaire ;

5° Suppression des malades aisés dans les hôpitaux et, en attendant que ce vœu se réalise, application stricte des conditions d'admission des malades aisés, ainsi qu'elles sont prévues dans les commentaires officiels ;

6° Augmentation du prix des journées d'hospitalisation, afin que les payants ne grèvent pas le bien des pauvres ;

7° Imposition, outre les frais d'hospitalisation, d'honoraires pour les soins médicaux ;

8° Modification de l'article 4 de la loi du 31 mars 1905, sur les accidents du travail. »

SÉANCE DU SAMEDI (APRÈS-MIDI)

Le Congrès adopte tout d'abord le vœu suivant présenté par M. CHOMPRET :

« Le IIIe Congrès des praticiens émet le vœu que désormais il ne soit créé aucun nouveau titre de *docteur*.

Le Congrès s'élève en particulier contre le projet de création d'un titre de *docteur en chirurgie dentaire*. »

Le Congrès a adopté le vœu suivant proposé par MM. COPPENS, JEANNE, NOIR, BOUDIN, SOREL, LAFONTAINE, CAMPINCHI, RÉGIS, ARCHAMBAULT, LE FUR, etc. :

« Le Congrès des praticiens tenu en avril 1910, confirmant une fois de plus la nécessité absolue de la suppression de l'agrégation, institution contraire aux intérêts des élèves, de l'enseignement et du corps médical, prie le comité de vigilance de tenter une dernière démarche près du ministre de l'instruction publique pour obtenir la suppression du prochain concours d'agrégation et, au cas où satisfaction ne serait pas donnée aux praticiens, estime qu'il y a lieu comme en 1908 de poursuivre la campagne d'action engagée par les groupements professionnels pour obtenir la réalisation des vœux du Congrès. »

M. DECLERQ présente son rapport sur les législations sanitaires étrangères, puis M. WICART celui sur la loi de 1902 sur la santé publique.

Le Congrès adopte les résolutions suivantes :

« 1° Que l'article 5 de la loi soit ainsi modifié : la déclaration à l'autorité publique de tous cas d'une des maladies visé à l'article 4 est obligatoire pour tout chef de famille ou d'établissement, qui en connaît l'existence par un certificat médical, dans tous les cas prévus à l'article 3 et à l'article 8 de la loi (adopté).

A défaut de la déclaration du chef de famille pour tous docteurs en médecine, officiers de santé ou sages-femmes qui ont fait le diagnostic (repoussé).

Un arrêté du ministre de l'intérieur après un avis du comité consultatif d'hygiène de France et du conseil de l'Union des syndicats médicaux fixe le mode de la déclaration (adopté).

2° Que dans les cas ordinaires le certificat de désinfection puisse tenir lieu de certificat de déclaration [la déclaration dans les cas ordinaires devant incomber uniquement au chef de famille ou à celui qui en tient lieu] (adopté).

3° Que secondairement et quarante-huit heures après la remise de ce certificat le médecin traitant soit tenu, faute d'avis de récipissé de cet envoi et pour cette seule cause, de signaler à l'autorité municipale par une simple et suffisante indication d'adresse les habitations contaminées (rejeté).

4° Que la désinfection soit toujours faite avec l'avis du médecin traitant et sous un contrôle médical (adopté).

La désinfection ne sera appliquée administrativement que sur la demande du médecin traitant ou lorsque celui-ci n'aura pas déclaré avoir fait prendre les mesures nécessaires (addition Archambaud, adoptée).

Le médecin traitant aura la liberté de choisir parmi les modes de désinfection approuvés par le conseil supérieur d'hygiène en dehors du procédé choisi par le service départemental (addition Delpeut, adoptée).

5° Que les certificats et l'intervention du médecin soient rémunérés directement par le malade ou sa famille, exception sera faite chez les indigents où les actes médicaux seront payés au médecin par la commune ou le département au tarif de l'assistance médicale gratuite (adopté).

6° Que la vaccination antivariolique comme la désinfection ne soient appliquées gratuitement qu'aux seules personnes inscrites sur la liste des indigents (adopté).

7° Que les pouvoirs publics cessent toute exploitation rémunératrice dans l'application de l'hygiène publique et se limitent strictement à l'assistance gratuite pour les indigents, auxquels peut seulement s'appliquer en toute légitimité le secours du fonds social (adopté).

8° Que les arrêtés régionaux pris par le préfet s'inspirent des indications particulières formulées par les commissions sanitaires locales.

9° Que la direction des bureaux d'hygiène et l'inspection sanitaire départementale soit régulièrement concédée à un médecin cessant toute clientèle, ayant eu plusieurs années d'exercice et nommé par le conseil supérieur d'hygiène de France, sur présentation du corps médical régional, du syndicat médical régional ou à son défaut de l'association professionnelle (amendement Jablonski, adopté).

Nul ne peut être directeur d'un bureau d'hygiène s'il n'est docteur en médecine. Aucun docteur en médecine ne pourra être nommé directeur s'il ne fait la preuve d'avoir exercé au moins cinq années la médecine pratique. »

Qu'il nous soit permis, en terminant ce compte rendu, de regretter l'indifférence de la majorité des professeurs de la Faculté et des membres du corps des hôpitaux vis-à-vis du Congrès des praticiens.

Nous avons, cependant, pu constater que, chaque fois que nos maîtres ont bien voulu se déranger, ils ont été accueillis avec courtoisie par un président d'une rare impartialité, qu'ils ont été écoutés avec déférence par un auditoire attentif et que leurs avis ont été souvent suivis.

Bien des malentendus, de part et d'autre, seraient vite dissipés si les médecins se connaissaient mieux, et il en résulterait le plus grand bien pour notre profession où la concorde est plus que jamais nécessaire.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Les Sutures vasculaires (1), par L. IMBERT et J. FIOLLE.

Ce petit opuscule est une mise au point très complète de la question, toute d'actualité, des sutures vasculaires.

Les auteurs en font ressortir avec soin les indications pratiques et la simplicité de technique. Il ne s'agit plus d'un procédé d'exception, et tout praticien peut se trouver en face d'un cas où la suture est supérieure à la ligature d'un vaisseau. Il doit savoir que son exécution est souvent facile et avec des moyens usuels.

M. LANCE.

(1) In-8 de 35 pages et 17 figures, n° 57 des monographies cliniques de l'Œuvre médico-chirurgical. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANGINE DE LUDWIG

DÉFINITION. — On désigne sous ce nom le phlegmon diffus du plancher de la bouche, qui se présente généralement avec des allures de gravité exceptionnelle.

SYMPTOMES. — A. **Le début** se fait souvent sans causes apparentes où après un incident de peu d'importance : avulsion dentaire, petite plaie de la bouche passée généralement inaperçue. Le premier symptôme est l'apparition très rapide d'une tuméfaction sus-hyoïdienne.

B. **Période d'induration.** — 1° SYMPTÔMES PHYSIQUES. — *Tuméfaction.* — Le creux sus-hyoïdien est effacé, remplacé par une saillie régulière ; d'abord unilatérale, puis bilatérale, elle empâte bientôt la saillie du maxillaire, qu'elle entoure en fer à cheval. Puis elle s'étend vers le cou et vers la joue, mais un peu plus tard.

La peau est d'abord normale, puis devient gris rosé. A la palpation on perçoit une dureté ligneuse avec un peu d'œdème dur sous-cutané.

Un doigt dans la bouche palpant avec un autre doigt sur la tuméfaction montre la langue refoulée en arrière par un bourrelet dur, saillant, derrière l'arcade dentaire. Tout le plancher de la bouche est infiltré comme le creux sus-hyoïdien. La langue d'abord sale, blanche, devient ensuite sèche, rôtie, fuligineuse.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — La douleur est le plus souvent peu intense, presque absente au niveau du phlegmon. Il y a plus fréquemment de l'angoisse due aux troubles fonctionnels généralement intenses : la mastication et la déglutition deviennent vite impossibles. La respiration est bientôt gênée ; on voit survenir de la dyspnée avec respiration bruyante et parfois tirage.

Mais dans certains cas, ces signes fonctionnels sont peu marqués au moins au début et ce sont surtout des symptômes d'intoxication générale qui dominent la scène.

3° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — C'est souvent dès le début de l'agitation, du délire, de l'insomnie, une céphalée vive. Le facies est terreux, jaunâtre. La fièvre peut être intense.

Cependant dans d'autres cas le malade est apyrétique, il y a peu de réaction générale. Tout se réduit aux symptômes locaux ; les lésions n'en progressent pas moins et cette allure insidieuse aggrave singulièrement le pronostic en retardant l'intervention.

C. **Période de mortification.** — 1° SYMPTÔMES PHYSIQUES. — Après trois ou quatre jours, si on laisse évoluer, on voit sur la peau des plaques marbrées qui se soulèvent en phlyctènes à sérosité rousse ; au-dessus de l'épiderme, il reste des plaques noires de sphacèle dermique.

Sur la muqueuse apparaissent des plaques grisâtres.

Puis au niveau de ces escarres, s'écoule un pus sanieux, ichoreux et fétide.

2° Les SYMPTÔMES FONCTIONNELS s'aggravent ; la dyspnée arrive à l'asphyxie. La douleur est assez modérée.

3° Les SIGNES GÉNÉRAUX s'accentuent. Le malade tombe dans l'adynamie. La fièvre reste élevée, le pouls s'affolle et devient misérable ; le teint est plombé, la peau couverte de sueurs froides.

D. **Terminaison.** — La MORT peut survenir à ce moment : 1° par *asphyxie* due à la compression laryngée ; 2° par *intoxication* aboutissant au collapsus algide ; 3° par *broncho-pneumonie diffuse* déterminant une asphyxie plus ou moins rapide.

La MORT peut survenir en quelques heures ou quelques jours et par *intoxication suraiguë*, ne laissant pas le temps au phlegmon d'évoluer.

Les escarres peuvent arriver à s'éliminer déterminant une suppuration profuse qui aboutit souvent à une *pyohémie mortelle*.

Exceptionnellement le phlegmon se cicatrisera après une suppuration peu abondante et guérira (1 cas de Morestin).

Le PRONOSTIC est donc terrible si on n'intervient pas *vite* et *largement*.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile, grâce à l'allure caractéristique de l'angine de Ludwig.

Les *autres suppurations de la région*, ostéomyélite du maxillaire inférieur, adéno-phlegmon sous-maxillaire, périostite maxillaire, ont une évolution toute différente, sont localisées avec une réaction locale plus intense et sans les signes d'intoxication grave de l'angine de Ludwig. Le phlegmon glosso-thyro-épiglottique envahit rarement le plancher de la bouche et donne, dès le début, de la dyspnée et de la dysphagie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quand on ouvre une angine de Ludwig on ne trouve *pas ou peu de pus* collecté. Le tissu cellulaire est le siège d'un *œdème* extrêmement dur ; il est mortifié, verdâtre ; les muscles sont détruits, transformés en une bouillie grise, les glandes sous-maxillaires et sublinguales souvent détruites aussi et dissociées.

C'est une *mortification en masse*, une sorte de gangrène humide de tout le plancher buccal.

PATHOGÉNIE. — A quoi est due cette mortification ?

A. **A l'infection.** — 1° La PORTE D'ENTRÉE est une lésion minime souvent, dentaire, ou muqueuse, déterminant un peu de lymphangite et d'adénite.

2° L'AGENT CAUSAL n'est pas unique ; ce peut être un streptocoque, un staphylocoque, un pneumocoque, associés généralement aux saprophytes de la bouche et à des anaérobies.

B. **La gravité de l'affection** s'explique : 1° par L'EXALTATION DE VIRULENCE qui détermine principalement les associations aux microbes pyogènes des saprophytes de la bouche.

2° Par LE TERRAIN. — Les malades sont souvent des débilités, des albuminuriques, des diabétiques.

TRAITEMENT. — C'est l'intervention chirurgicale qui doit suivre immédiatement le diagnostic.

Incision. — On la fait de préférence au thermocautère sous le maxillaire inférieur et parallèlement à lui ; en fer à cheval si les deux côtés sont pris. On traverse le tissu lardacé grisâtre, sans trouver de pus et on va *profondément* jusqu'à la loge sublinguale, à travers les mylohyoïdiens qu'on ne distingue pas. On complète l'incision par des pointes de feu profondes dans toute la zone tuméfiée.

On lave à l'eau oxygénée et on laisse tout largement ouvert sous un pansement humide.

L'anesthésie générale doit être au minimum car ces malades sont très sensibles au chloroforme et succombent parfois à une syncope pendant l'intervention.

L'asphyxie laryngée commande parfois une *trachéotomie* d'urgence.

Enfin il faut traiter énergiquement l'*état général* : caféine, alcool, grogs, café, quinine et injections de sérum physiologique.

Hygiène de la longévité. Vieillesse et longévité, par le docteur ROESER. In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — SAMEDI 16 AVRIL 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 16 AVRIL 1910. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 14 avril. — MM. Pagniez, Villaret et Ribadeau-Dumas, 20.

Prochaine séance, samedi 16 avril, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 14 avril. — MM. Gernez et Okinczye, 27; Muret, 25; Bréchot, 26.

M. Rottenstein donnera lecture de sa copie à la dernière séance, mardi 19 avril.

Prochaine séance, samedi 16 avril, à cinq heures, à la Charité.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 13 avril. -- Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la glande sous-maxillaire. — Symptômes et diagnostic des oreillons. »

MM. Héricourt, 10 + 23 = 33; Vincent (Max), 19 + 21 = 40; Mlle de Jong, 15 + 23 = 38; MM. Maurer, 17 + 21 = 38; Plaisant, 18 + 16 = 34; Mlle Leven, 17 + 18 = 35; MM. Duval, 15 + 17 = 32; Rousseau (Fernand), 17 + 19 = 36; Lévy (Isaac), 16 + 15 = 31.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quatorzième semaine, 1096 décès, au lieu de 1036 pendant la semaine précédente et au lieu de 1059, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être très fréquente. Elle a causé 32 décès au lieu de la moyenne 16. Le nombre des cas nouveaux est de 668 (moyenne 360).

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouvret (de Frasne-le-Château) et Ogier (de la Verpillière).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *L'Orient et l'Egypte, viâ Marseille.* — Billets simples, valables 45 jours, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les agences des compagnies des Messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, pour l'un quelconque des ports ci-après : Alexandrie, Beyrouth, Constantinople, Le Pirée, Smyrne, Jaffa, Port-Saïd, Batoum, Salonique, Odessa, Samsoun, etc.

Billets d'aller et retour, valables 120 jours, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les agences des compagnies des Messageries maritimes, Fraissinet et Paquet, pour les ports indiqués ci-dessus.

Arrêts facultatifs sur le réseau P.-L.-M. ; le trajet de Paris à Marseille peut être effectué soit par la Bourgogne, soit par le Bourbonnais.

Pendant la saison d'hiver, Paris et Marseille sont reliés par des trains rapides et de luxe composés de confortables voitures à bogies. Trajet rapide de Paris à Marseille en 10 h. 1/2 par le train « Côte d'Azur rapide » (1re classe).

Consulter le livret guide horaire P.-L.-M. en vente dans les gares : 50 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment dépister rapidement les fraudes alimentaires, par F. Rothéa, pharmacien-major, préface de M. le professeur J. Chatin. (Actualités médico-chirurgicales des armées de terre et de mer.) In-18 jésus, cartonné toile, de 300 pages, avec 18 figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Précis d'auto-suggestion volontaire. Education pratique de la volonté. Maîtrise de soi-même. Influence sur autrui, par le docteur Géraud Bonnet. In-18 de 300 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Le Vagabond. Ses origines, ses formes. La lutte contre le vagabondage, par le docteur A. Pagnier, médecin-major de première classe, préface de M. Dubief, vice-président de la Chambre des députés, ancien ministre. In-18. — — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

L'Electricité de haute tension et de haute fréquence, par H. de Graffigny, avec une préface de J.-L. Breton, député du Cher. In-16 de 96 pages avec 44 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 AVRIL 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 avril, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Proust et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Gaucher, Legry et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 26 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Nicloux et Brumpt.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Nobécourt; — (2e série) : MM. Chauffard, Gouget et Balthazard.

4e : MM. Thoinot, Langlois et Richaud; — M. Maillard, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin; — (2e partie, 1re série) : MM. Gilbert, Bernand Bezançon et Carnot; — (2e série) : MM. G. Ballet, Fénon et Castaigne; — M. Lenormant, suppléant.

Mercredi 27 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Hartmann et Potocki; — (2e partie, 1re série) : MM. Gaucher, Teissier et Lœper; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Macaigne et Sicard; — M. Branca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : Kirmisson, Aug. Broca et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Monod et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Roger, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 28 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont Dessaignes, Thiéry et Lenormant; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Chauffard et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Hutinel, Balthazard et Nobécourt; — (3e série) : MM. Gilb. Ballet, Gouget et Jeanselme.

4e : MM. Thoinot, Wurtz et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 29 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et André Jousset.

2e : MM. Gautier, Roger et Branca.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Déjerine, Teissier et Legry; — (3e série) : MM. Gaucher, Macaigne et Lœper.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Reclus, Campenon et Ombrédanne; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 30 avril, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Gilb. Ballet et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert, Fernand Bezançon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Claude, suppléant.

THÈSES

Mercredi 27 avril, à une heure. — M. DORION. Contribution à l'étude des fistules congénitales latérales du cou. (MM. Segond, président; Lejars, Gosset et Pierre Duval.) — M. RAVET. De l'urétrostomie périnéale. (MM. Segond, président; Lejars, Gosset et Pierre Duval.)

Jeudi 28 avril, à une heure. — M. BLANC. Le traitement de la sciatique par les agents physiques. (MM. Raymond, président; Achard, Claude et Castaigne.) — M. CHÉNÉ. L'atonie musculaire congénitale. (MM. Raymond, président; Achard, Claude et Castaigne.) — M. BELLIN DU COTEAU. Urémie expérimentale (essais thérapeutiques). (MM. Achard, président; Raymond, Claude et Castaigne.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (8 mars 1910.) A. ROBIN : Le traitement de la cirrhose de Laënnec. — ROCHARD : Nouveau signe indiqué par Mathieu permettant de faire le diagnostic d'occlusion intestinale incomplète. — (15 mars.) A. ROBIN : Traitement de la cirrhose de Laënnec. — (30 mars.) A. ROBIN : Causes et traitement de la dyspnée chez les phtisiques. — G. BARDET : Impressions d'un voyage d'études aux eaux minérales d'Allemagne et de Bohème.

Bulletin médical. — (N° 17, 26 fév. 1910.) E. DUPRÉ : L'œuvre psychiatrique et médico-légale du professeur Brissaud. — (N° 18, 2 mars.) GORSE : Hernie et appendicite. — LANNELONGUE : Une fonction supplémentaire du pied dans la race jaune. — (N° 19, 5 mars.) R. GAULTIER et H. PAILLARD : Réaction méningée au cours de l'intoxication oxycarbonée aiguë. — (N° 20, 9 mars.) R. DE KERMABON : Les fumeurs et la méningite cérébro-spinale. — (N° 21, 12 mars.) CATRIN : La pleurotomie simple dans la pleurésie purulente. — (N° 22, 15 mars.) MAZERAN : Stase cæcale et stase inflammatoire. — W. LEMANSKI : L'opothérapie splénique dans le traitement du paludisme. — (N° 23, 19 mars.) QUÉNU : De la douleur dans la gangrène et de son traitement par la névrotomie à distance. — PAUTRIER : L'herpès récidivant essentiel de la peau. — (N° 24, 23 mars.) F. BEZANÇON et S. I. DE JONG : Valeur de l'instabilité thermique comme signe révélateur de la tuberculose pulmonaire au début. — (N° 25, 26 mars.) P. GORSE : Les kystes hydatiques prépéritonéaux de la paroi abdominale antérieure. — (N° 26, 30 mars.) NOBÉCOURT et R. MERKLEN : Variations de la température du corps chez l'enfant à l'état sain et au début de la tuberculose. — (N° 27, 2 avril.) DUBALLEN : Traitement simple et efficace des ulcères variqueux de la jambe. — DESESQUELLE : Les préparations de quinine. Procédés pour dissimuler l'amertume des sels de quinine.

Clinique. — (N° 11, 18 mars 1910.) E. COMBE : La méningite cérébro-spinale épidémique. Séquelles, diagnostic et traitement. — SABOURAUD : Quelques mots sur l'étiologie de la calvitie masculine. — SAUVEZ : Sur l'importance de la mastication. — V. PAUCHET : Traitement du cancer du pylore (pylorectomie). — (N° 12, 25 mars.) G. SARDOU : La vaso-dilatation céphalique. Causes et conséquences. — P. RUDAUX : Prophylaxie obstétricale de quelques cas de cécité. — MAUCLAIRE : Signes, diagnostic et traitement des fractures de la rotule. — NOBÉCOURT : Le cœur dans la scarlatine de l'enfant. — CARLE : Note sur un traitement abortif de la blennorragie aiguë. — (N° 13, 1er avril.) Lucien RIVET : La linite plastique. — CAYRE : Les déviations latérales dans le mal de Pott et leur traitement. — HUTINEL : L'obésité chez l'enfant.

Écho médical du Nord. — (N° 7, 13 fév. 1910.) LAMBLING : L'acide urique dans la goutte et dans la diathèse urique. — M. BRETON, L. MASSOL et J. MINET : Mesure du pouvoir alexique au cours de divers états pathologiques et particulièrement au cours de la tuberculose pulmonaire. — (N° 8, 20 fév.) J. MINET : Du zona, sans éruption. — H. RAZEMON : Corps étrangers des sinus, du sinus maxillaire en particulier. — NIKOLOFF : La boursite sous-calcanéenne ou la talalgie. — (N° 9, 27 fév.) R. LE FORT : A propos de cinq cas consécutifs de péritonites généralisées, traitées chirurgicalement.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET

Par M. Emile MERLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

La maladie osseuse de Paget peut être définie de la façon suivante :

C'est une ostéopathie, de nature encore indéterminée, chronique, progressive et systématisée, pouvant frapper presque toutes les pièces du squelette osseux, dont elle détermine l'hypertrophie, mais affectant une prédilection toute spéciale pour le tibia, le fémur, la clavicule et les os de la voûte cranienne.

I

Historique. — C'est Paget qui, le premier, décrivit la maladie qui porte aujourd'hui son nom; elle fut décrite successivement après lui sous les étiquettes diverses d'ostéite ossifiante diffuse (Lancereaux), d'ostéomalacie locale (Ollier), d'ostéomalacie hypertrophique bénigne (Vincent), de pseudo-rhumatisme sénile (Pozzi), de rhumatisme ostéo-hypertrophique des os plats (Sércol). Elle est communément désignée aujourd'hui soit sous le nom de maladie osseuse de Paget, soit sous celui d'ostéite déformante progressive.

C'est en 1876 que sir James Paget fit paraître son premier mémoire (Société médico-chirurgicale de Londres), suivi d'un second, en 1882. A la suite de ces communications, les médecins anglais rapportèrent de nombreux cas analogues parmi lesquels, s'il faut en croire Thibierge, certains sont fort douteux.

Avant Paget, cette affection avait déjà été soupçonnée, mais insuffisamment décrite, par Wrany (1867) et Wilks (1868).

En France, le premier cas rapporté fut celui de Bourceret, Rathery et Leloir (1881). Ces auteurs, bien que l'observation soit des plus typiques, avaient d'ailleurs méconnu la véritable nature de l'affection et c'est Pierre Marie qui, étudiant l'acromégalie, en différencia l'ostéite déformante, et, à ce propos, montra que le malade de Bourceret était atteint en réalité de maladie de Paget (1886).

Entre temps, Lancereaux consacrait, dans son *Traité de l'herpétisme*, quelques pages à l'ostéite déformante qu'il considérait comme une manifestation de la diathèse herpétique (1883); Vincent, dans sa thèse (1883), édifiait la théorie ostéomalacique de la maladie de Paget, Pozzi (1885) signalait un cas nouveau et Rogier (Th. de 1885) en apportait encore deux nouvelles observations.

A partir de ce moment, les travaux se multiplient : c'est d'abord la thèse de Richard (1887) qui refuse tout caractère de spécificité à la maladie de Paget, et n'y voit qu'une dystrophie générale liée au rhumatisme chronique.

En 1890, Thibierge fait paraître le premier travail d'ensemble sur la question. Puis se succèdent les cas nouveaux de Moizard et Bourges, de Pierre Marie (1892), de Thibierge (1893), de Gilles de la Tourette et Magdelaine, Gilles de la Tourette et Marinesco, où ces auteurs s'occupent plus spécialement de chercher dans les centres nerveux des lésions pouvant donner une explication de l'ostéite déformante. De son côté, Robin recherche les modifications de la formule chimique des os malades (1893). Puis paraissent les nouveaux cas de Pic, de L. Lévi, les thèses de Cadet, Hillereau, Barthélemy. Ce dernier auteur conclut à un défaut de fixation des sels calcaires par le tissu osseux. Hudelo et Heitz (1901) publient un nouveau cas avec autopsie complète et examen radiographique des lésions osseuses.

Sous l'impulsion des travaux de Lannelongue et à la suite d'une importante discussion à l'Académie de médecine (1903) soulevée par cet auteur, l'étude des rapports de la maladie de Paget avec la syphilis, prend, dans tous les travaux publiés depuis cette époque, une importance considérable. Lannelongue et Fournier concluent nettement à la nature hérédo-syphilitique de l'ostéite déformante. Fréchou, dans sa thèse inspirée de Lannelongue, adopte les mêmes conclusions. Menetrier et Gauckler rapportent deux cas de maladie de Paget chez des syphilitiques avérés et étudient à ce propos avec détail les lésions histologiques osseuses. Gaucher et Rostaine, du Castel et Semper envisagent l'action du traitement syphilitique, mais concluent dans un sens opposé.

A la même époque, Vincent (1904), sans adopter de conclusions pathogéniques définitives, donne, dans une thèse très documentée à laquelle nous avons souvent eu recours, une excellente étude d'ensemble de la question.

La théorie syphilitique s'enrichit encore de nouveaux faits avec les observations de Jacquet, Menetrier et Rubens-Duval (action favorable du traitement antisyphilitique), celle de Chartier et Descomps (maladie de Paget chez une tabétique, 1907), celles de Morax et Vergnes (chorio-rétinites syphilitiques chez des pagétiques, 1908).

Signalons enfin les travaux d'Œttinger et Agasse-Lafont (1905), d'Apert et Bornait-Legueule (1907), de Klippel et Pierre-Weil (1908), et ceux tout récents de Dalché et Galup (1909) où ces auteurs orientent les recherches pathogéniques du côté des glandes à sécrétion interne, et de Legros et Leri sur les caractères radiographiques de l'os pagétique.

II

Etiologie. — Comme dans toutes les affections dont la cause première nous échappe, on ne peut invoquer pour l'étiologie de la maladie de Paget que des causes secondaires, banales, qui n'ont toutes qu'une valeur très relative.

Fréquence. — La maladie de Paget est, somme toute, une affection rare, puisqu'il n'en a pas été publié encore beaucoup plus d'une centaine de cas.

Age. — Elle n'est ni une maladie de jeunesse, ni une maladie de l'extrême vieillesse. Dans la majorité

(1) Reproduction interdite.

des observations, on la voit débuter entre trente et cinquante ans, à vingt ans dans le cas de Moizard et Bourges, à quinze ans dans une observation rapportée par Cadet.

Sexe. — Le sexe ne semble avoir aucune influence étiologique.

Hérédité. — De nombreux auteurs ont signalé la présence de plusieurs cas dans la même famille, soit en hérédité directe, soit en hérédité collatérale (Lunn, Richard, Walter, Œttinger et Agasse-Lafont, Chauffard).

Traumatisme. — Les malades font souvent remonter le début de leurs accidents à un traumatisme. Mais il semble bien que le traumatisme n'ait eu, dans ces cas, d'autre effet que d'attirer l'attention des malades sur des déformations dont ils ne s'étaient pas aperçus auparavant.

Syphilis. — Bien que l'attention de la plupart des auteurs ait été attirée de ce côté, il est remarquable de voir combien la syphilis est rarement notée dans les antécédents des malades. Il n'existe guère que cinq cas d'antécédents syphilitiques avérés chez des pagétiques (Paget, Menetrier et Rubens-Duval, Menetrier et Gauckler, Chartier et P. Descomps). La recherche des stigmates de la syphilis héréditaire reste également le plus souvent infructueuse.

Autres maladies infectieuses. — Les infections antérieures semblent n'exercer aucun rôle étiologique.

Intoxications professionnelles. — Œttinger et Agasse-Lafont ont remarqué que, de par leur profession (blanchisseurs et blanchisseuses, mégissiers, chapeliers), de nombreux malades étaient exposés à l'intoxication par les acides.

Le saturnisme est signalé par Bourceret, l'intoxication hydrargyrique par Thibierge.

Rachitisme. — Le rachitisme a été invoqué comme cause prédisposante (Menetrier) ; malgré l'importance qu'il y aurait à être fixé sur ce point, la plupart des observations sont muettes à ce sujet.

Dyscrasies. Artério-sclérose. — Paget avait établi des rapports étroits entre la maladie de Paget et la goutte et le cancer. D'autres auteurs ont noté dans les antécédents le rhumatisme chronique. Un fait certain, c'est que presque toutes les observations mentionnent chez les pagétiques l'existence de l'artério-sclérose et de ses multiples manifestations : et c'est bien certainement là un des facteurs étiologiques le plus constant.

III

Symptômes. — Début. — La maladie osseuse de Paget a toujours un début extrêmement insidieux et c'est très souvent par hasard que le médecin constate cette affection chez des sujets entrés à l'hôpital pour une tout autre cause.

Le plus souvent, c'est par des douleurs à type rhumatoïde que commence la maladie. Mais ce symptôme de début est loin d'être constant, et un bon nombre de pagétiques n'ont jamais souffert jusqu'au moment où ils constatent pour la première fois leurs déformations osseuses.

Il est quelquefois difficile de fixer par quels os débutent ces déformations ; le plus souvent elles apparaissent au niveau des membres inférieurs (du tibia plus particulièrement) qui s'hypertrophient et s'incurvent progressivement. C'est ainsi qu'un enfant disait à sa grand'mère atteinte de maladie de Paget : « Grand'mère, on dirait que tu te rapetisses. » (Dieulafoy.) D'autres malades remarquent, pour la même raison, que leurs pantalons deviennent trop longs. Dans d'autres cas, c'est par le crâne que débutent les déformations : nombre de malades ont l'attention attirée par ce fait qu'ils sont obligés d'augmenter peu à peu la pointure de leur chapeau. Quoi qu'il en soit, toutes ces déformations s'accusent progressivement : on arrive ainsi au tableau si saisissant que présente le pagétique à la période d'état.

Facies. Habitus extérieur. — Le pagétique typique rappelle assez bien dans son ensemble l'aspect des grands singes anthropoïdes dont il a aussi la démarche lente et hésitante. La tête est énorme, disproportionnée, avec un élargissement considérable du crâne. Les os malaires sont proéminents, les arcades sourcilières saillantes. La tête est maintenue en demi-flexion par une rigidité persistante du cou qui donne au malade un aspect soudé rappelant celui du parkinsonien. Les épaules sont projetées en avant, le dos voûté et le thorax aplati latéralement. Les membres supérieurs paraissent démesurément longs du fait de la flexion du tronc en avant. Le ventre, élargi et saillant, est séparé du thorax par un profond sillon, ce qui donne à l'ensemble du tronc un aspect qui a été comparé à celui du corps d'un violon. Le bassin est également très élargi. Enfin les membres inférieurs, hypertrophiés, décrivent une vaste courbure à concavité interne, figurant de face une ellipse à grand axe vertical, dont le petit axe est représenté par une distance de 12 à 15 centimètres (24 centimètres dans le cas de Pozzi) entre les deux genoux.

Caractères généraux des déformations squelettiques. — *Os atteints par ordre de fréquence.* — Le nombre des os atteints est des plus variables. Les tibias sont déformés d'une façon à peu près constante ainsi que les fémurs. Puis, par ordre de fréquence, viennent : les os du crâne (les os de la face sont le plus souvent indemnes), les clavicules, le bassin, le radius et le cubitus, l'humérus, le rachis, les côtes. Les altérations des os des extrémités, métatarsiens, métacarpiens, sont moins fréquentes.

Ces déformations sont en général symétriques, mais cette règle est loin d'être absolue, et même Klippel et Pierre-Weil ont signalé un cas où les déformations avaient une tendance des plus nettes à se localiser à une des moitiés du corps.

Augmentation du volume des os. — C'est à l'hypertrophie osseuse seule que doit être attribuée l'augmentation de volume générale des membres : les masses musculaires, en effet, non seulement ne sont pas hypertrophiées, mais sont au contraire le plus souvent frappées d'une atrophie musculaire très marquée. Une réserve doit pourtant être faite : c'est que, parfois, il existe au niveau de la moitié infé-

rieure de la jambe un certain degré d'éléphantiasis chronique qui vient s'ajouter aux hypertrophies osseuses pour augmenter le volume de la jambe.

L'hypertrophie présente une localisation essentiellement diaphysaire, non pas que les épiphyses soient toujours intactes mais, si elles sont touchées, elles le sont toujours secondairement et à un degré peu considérable. Cette localisation à la diaphyse est un des caractères fondamentaux de la maladie de Paget : au début, les lésions d'ostéite sont localisées non pas à la partie moyenne de la diaphyse mais dans le voisinage d'une de ces extrémités, dans un point confinant au bulbe de l'os ; puis bientôt, l'ostéite se généralise à toute la diaphyse. C'est donc un processus diffus bien différent des ostéites syphilitiques tertiaires. Les hyperostoses portent non seulement sur le corps diaphysaire, mais encore sur les apophyses et les saillies d'insertion musculaire.

Déformations. — A l'hyperostose se joint presque toujours une déformation, c'est-à-dire une modification de l'axe général de l'os. Ces déformations se font toujours dans le sens d'une augmentation de la courbure normale de la diaphyse. Plusieurs théories ont été invoquées pour expliquer la production de ces déformations : théorie du ramollissement osseux, de l'action musculaire, théorie des juxtapositions successives de couches osseuses néoformées. Cette dernière théorie est certainement fausse, comme le démontre la radiographie, car le processus d'ostéite est essentiellement diffus.

Déformations de chaque os en particulier. — *Tibia.* — C'est lui qui est atteint le plus fréquemment, et c'est toujours sur lui que l'on trouve le maximum de lésions. Il est parfois doublé de volume : sa forme générale est complètement modifiée. La crête antérieure est effacée et remplacée par une véritable face. Il présente de plus une courbe à concavité antérieure qui lui donne l'aspect d'un *fourreau de sabre.* L'hypertrophie se fait dans tous les sens, ce qui fait qu'on peut parfois constater un allongement de deux ou trois centimètres. Les épiphyses, surtout l'épiphyse supérieure, sont fréquemment hypertrophiées, d'où élargissement du genou qui devient globuleux.

Péroné. — Le péroné est toujours d'une exploration plus difficile que le tibia, mais, pour n'être pas perceptibles à l'examen clinique, ses altérations n'en sont pas moins fréquentes, ainsi que le montrent les radiographies. Elles sont même parfois extrêmement marquées.

Fémur. — Après le tibia, le fémur est l'os le plus fréquemment atteint ; comme pour le tibia, l'hyperostose est avant tout diaphysaire, mais l'épiphyse inférieure est parfois aussi frappée, ainsi que le grand trochanter, dont maintes observations notent l'élargissement et la saillie anormale. Cette hypertrophie diaphysaire est toujours facilement perceptible à travers la couche musculaire du quadriceps atrophié. En outre, les fémurs présentent une courbure plus ou moins accentuée à concavité interne : c'est à cette courbure qu'est dû l'aspect en ellipse si caractéristique des membres inférieurs des pagétiques.

Rotule. — La rotule prend très souvent part au processus. On note souvent un élargissement dans ses deux diamètres transversal et vertical.

Os iliaque. — L'élargissement du bassin est souvent appréciable à la simple inspection ; à la palpation, les crêtes iliaques apparaissent élargies et épaissies, comme éversées. Le diamètre transversal total du bassin se trouve ainsi augmenté, à tel point qu'il est plus considérable que le diamètre bis-acromial, contrairement à ce que l'on constate chez le sujet normal. Ces modifications s'accompagnent d'ailleurs d'un élargissement du diamètre interne de la cavité pelvienne, et par le toucher, on ne reconnaît jamais les rétrécissements qui caractérisent le bassin ostéo-malacique, et, de fait, on n'a jamais signalé de difficultés obstétricales imputables à la maladie de Paget.

Crâne. — Il est rare que les os du crâne soient intacts. Les lésions ne sont appréciables cliniquement qu'au niveau des os de la voûte, mais les os de la base ne sont pas toujours indemnes, ainsi que certaines autopsies ont permis de le constater (Gilles de la Tourette). Ce qui frappe tout d'abord, c'est le volume énorme de la voûte cranienne par rapport au massif facial ; la tête dans son ensemble présente un aspect triangulaire à base supérieure. Ce fait, lié à l'asymétrie faciale fréquente, donne au malade un facies grotesque. Les frontaux sont fortement touchés, ils surmontent des arcades sourcilières proéminentes. Les pariétaux sont aussi saillants d'une façon anormale. Ils ont parfois un aspect natiforme, comme dans le rachitisme. La circonférence de la voûte cranienne est naturellement très considérable. Dans un cas de Packard, elle dépassait 63 centimètres au-dessus des oreilles. Ces déformations s'accompagnent de douleurs craniennes sourdes, augmentées par le port des chapeaux. La surface du crâne est à peu près régulière ; à peine note-t-on quelques très légères saillies à la palpation, en tous cas rien de comparable à ce qui se voit dans le leontiasis ossea.

Face. — Le massif facial est toujours peu atteint en comparaison des os du crâne, mais il y a pourtant quelques exceptions ; le *maxillaire inférieur* est l'os le plus fréquemment frappé, mais son hypertrophie n'est jamais aussi marquée que dans l'acromégalie ; elle peut déterminer néanmoins un prognathisme inférieur très appréciable.

Les *malaires* sont parfois proéminents ; le zygoma est épaissi. Le *maxillaire supérieur* peut être hypertrophié, surtout au niveau des branches montantes, ce qui entraîne des déformations plus ou moins accusées du nez.

Meunier a signalé l'effacement de la concavité de la voûte palatine. Les dents sont généralement normales.

Toutes ces lésions faciales ne sont jamais parfaitement semblables à droite et à gauche : il en résulte une asymétrie faciale parfois très prononcée.

Clavicules. — La clavicule est un des os sur lesquels on doit toujours porter son attention quand

on recherche la maladie de Paget : c'est en effet un point de prédilection de l'ostéite déformante. Les courbures sont exagérées, le corps de l'os est épaissi, en particulier au voisinage des épiphyses. Dans son ensemble, la clavicule est comme projetée en avant, surplombant le thorax en corniche.

Omoplates. — Les points où l'hyperostose est le plus souvent appréciable sont l'épine de l'omoplate et le bord axillaire facilement accessible par la palpation du creux de l'aisselle.

Sternum. — Le sternum peut présenter une hypertrophie du manubrium, avec exagération de l'angle de Louis. Chez un malade, la saillie du bord supérieur était tellement exagérée qu'elle avait fini par déterminer une gêne notable de la déglutition (Hillereau).

Membres supérieurs. — Ils sont toujours beaucoup moins atteints que le squelette des membres inférieurs; on a noté l'hypertrophie de la diaphyse humérale avec exagération de sa courbure normale. Au niveau du cubitus, l'hypertrophie porte surtout sur la région olécranienne; les lésions du radius, à son tiers inférieur, sont quelquefois assez accentuées pour mettre un obstacle aux mouvements de pronation et de supination.

Pieds et mains. — L'intégrité des os courts des extrémités a été souvent considérée comme une règle et Thibierge avait insisté sur ce fait dans son mémoire : mais depuis, plusieurs observations sont venues montrer qu'il n'en était rien. Gilles de la Tourette et Magdelaine, Meunier, Klippel et Pierre-Weil constatent des lésions indiscutables des métacarpiens; Béclère décèle également par la radiographie des hyperostoses des métacarpiens peu appréciables à l'examen clinique.

Rachis. — La cyphose rachidienne est en général accentuée. C'est à elle qu'est due l'apparence d'allongement des membres supérieurs, ainsi que l'aspect voûté et soudé que l'on observe chez les pagétiques.

Côtes. — Les côtes sont souvent atteintes : elles sont aplaties latéralement et élargies : d'où résulte une diminution notable de la largeur des espaces intercostaux; les cartilages costaux sont presque toujours ossifiés; l'exagération de la saillie des angles costaux antéro-latéraux et postéro-latéraux détermine une sorte d'aplatissement latéral du thorax qui prend une forme cubique. On comprend combien ces multiples altérations doivent mettre obstacle à l'élasticité de la cage thoracique et au libre jeu des organes qu'elle renferme.

Troubles fonctionnels. — Lorsque toutes ces déformations osseuses sont peu accentuées, il n'en résulte qu'une gêne fonctionnelle inappréciable et la plupart des malades peuvent continuer à vaquer à leurs occupations. Dans d'autres cas, au contraire, les déformations sont tellement accusées que les jambes se croisent en X pendant la marche : le malade est alors devenu un infirme et confiné d'une façon définitive dans son fauteuil.

Cette impotence fonctionnelle se complique, de plus, fréquemment, de fractures presque spontanées qui ne se consolident qu'avec une extrême lenteur, et souvent pas du tout.

Douleurs. — Les douleurs peuvent revêtir des modalités très variables ; elles sont quelquefois simplement marquées pendant toute l'évolution de la maladie par de vagues douleurs rhumatoïdes. Dans d'autres cas, elles affectent le type des douleurs des névrites alcooliques : sensations de morsure, de brûlure, douleurs rongeantes, térébrantes. D'autres malades accusent des douleurs en éclair. On a signalé aussi une exacerbation nocturne comme dans la syphilis. La douleur est augmentée par la pression sur les os malades.

Phénomènes articulaires. — Les troubles articulaires ne sont pas rares : il n'y a là rien qui doive étonner, étant donné l'extension fréquente de l'ostéite aux épiphyses. Mais ces troubles articulaires sont peu accusés, ils se bornent à quelques craquements, un certain degré de limitation des mouvements, ou à un épanchement intra-articulaire modéré et fugace.

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — *Augmentation de la température locale.* — L'hyperthermie locale a été notée par plusieurs auteurs (Jacquet, Chartier et Descomps, Klippel et Pierre-Weil). On peut observer des différences de plusieurs degrés en utilisant un thermomètre à température locale, pour comparer les segments malades aux segments sains. L'explication pathogénique de ce symptôme semble actuellement difficile à fournir.

Pigmentation cutanée. — La pigmentation cutanée a été constatée à plusieurs reprises (Thibierge, Hudelo et Heitz, Pierre Marie, Dalché et Galup). Cette pigmentation, quand elle est localisée aux jambes, peut relever de l'état variqueux des membres, mais, dans d'autres cas, elle est généralisée à tout le tégument et prend les caractères de la pigmentation addisonienne. Dalché et Galup l'ayant rencontrée associée à l'hypoglobulie, aux douleurs lombaires, la considèrent comme symptomatique d'un syndrome d'insuffisance surrénale fruste.

Varices, œdème chronique. — Les membres inférieurs sont fréquemment atteints de varices et d'éléphantiasis chronique, pouvant se compliquer d'ulcères variqueux (Thibierge, du Castel et Semper). Cette tendance aux varices n'est qu'une manifestation du processus de sclérose généralisée aussi bien aux vaisseaux artériels et veineux qu'au squelette osseux, et du mauvais état de nutrition qui atteint le membre tout entier.

Troubles cardio-vasculaires. — Les lésions de l'appareil cardio-vasculaire présentent un tel caractère de fréquence qu'elles font en quelque sorte partie intégrante du syndrome et qu'elles ne sauraient être considérées comme une simple coïncidence. Du côté du cœur, la lésion la plus communément observée est l'insuffisance mitrale (Bourceret, P. Marie, Robin, Œttinger et Agasse-Lafont, Richardière). On a rencontré aussi le rétrécissement mitral (Galliard), l'aortite (P. Marie). La fréquence de ces lésions est d'autant plus remarquable qu'il n'est généralement pas possible de leur trouver une étio-

logie nette. De par leurs lésions cardiaques et de par leurs lésions pulmonaires chroniques, les pagétiques sont fort exposés aux accidents de l'insuffisance cardiaque et en effet l'asystolie, précédée de crises d'hyposystolie, constitue un des modes de terminaison fréquents de l'ostéite de Paget (Robin, Gilles de la Tourette).

La sclérose artérielle généralisée n'est pas moins fréquente et se trouve mentionnée dans la majorité des observations, à tel point que plusieurs auteurs ont voulu y voir la cause de la maladie de Paget. Le pagétique possède des artères dures et sinueuses et la calcification des artères principales des membres est quelquefois si prononcée qu'à l'examen radioscopique ou radiographique, on peut voir nettement la fémorale, l'humérale ou la radiale apparaître sous forme d'un cordon opaque.

Troubles respiratoires. — Les accidents pulmonaires peuvent être la conséquence de l'insuffisance cardiaque, mais les altérations osseuses de la cage thoracique y participent aussi. Les pagétiques sont particulièrement sujets aux bronchites chroniques à répétition et succombent fréquemment à une broncho-pneumonie terminale (Hudelo et Heitz).

Système nerveux. — Les symptômes nerveux sont en général peu accusés et manquent même le plus souvent. L'association de la maladie de Paget avec une affection chronique du système nerveux n'est guère signalée que dans le cas de Chartier et Descomps (tabes et maladie de Paget).

Les troubles moteurs relèvent uniquement des lésions squelettiques et on ne saurait leur attribuer une origine centrale.

La sensibilité, à part les douleurs osseuses, ne présente pas de troubles notables.

Les réflexes sont le plus souvent normaux.

Les troubles mentaux ont été signalés par Chauffard chez deux malades, la mère et la fille, atteintes de maladie de Paget. Ces troubles mentaux, présentant les caractères de la démence sénile, ils semblent bien plutôt relever de l'âge avancé des malades que de la maladie de Paget elle-même.

Organes des sens. - La *surdité* observée parfois (Thibierge, Dalché et Galup) ne saurait être considérée que comme une manifestation banale de l'artério-sclérose.

Appareil oculaire. — Morax et Vergnes ont récemment étudié les troubles oculaires au cours de la maladie de Paget. Des lésions de chorio-rétinite, déjà signalées par Fréchou, ont été retrouvées par ces auteurs chez deux autres pagétiques. Ces lésions offraient les caractères de la chorio-rétinite syphilitique. Bien que la nature spécifique de ces lésions soit souvent difficile à affirmer, l'examen du fond de l'œil doit être fait systématiquement chez les pagétiques car il peut permettre de déceler une syphilis méconnue.

Appareil urinaire. — La néphrite chronique est quelquefois signalée, mais elle n'est qu'une manifestation banale de l'artério-sclérose. Plus intéressante est l'étude de l'urine au point de vue des échanges et de la nutrition générale. Tous les auteurs qui ont examiné les urines à ce point de vue (Galliard, Richardière, Apert et Bornait-Legueule, Dalché et Galup) ont trouvé une diminution de tous les principes élémentaires de l'urine (urée, phosphates, chlorures), indice d'un ralentissement notable des échanges nutritifs.

Sang. — L'hématologie de la maladie de Paget présente quelques caractères particuliers; l'*hypoglobulie* est signalée à plusieurs reprises; l'*éosinophilie* a été trouvée par Apert et Bornait-Legueule.

Troubles généraux de la nutrition. — L'état général des malades ne semble pas influencé par leur affection, et les troubles généraux que l'on observe chez eux ne surviennent que très tardivement, à une époque où le grand âge des sujets suffit largement à les motiver. C'est de cette façon que doivent être interprétées les diverses manifestations arthritiques que l'on peut rencontrer. La fréquence du cancer et de la goutte que Paget avait signalé dans son premier mémoire, en y attachant une grande importance, s'explique facilement ainsi.

IV

Evolution. Pronostic. — L'ostéite déformante a une marche essentiellement progressive. Après un début très insidieux, marqué par quelques douleurs, on voit un os, le tibia généralement, qui commence à s'hypertrophier et à se déformer. Puis, pendant un temps variable, quelquefois plusieurs années, le processus s'arrête jusqu'à ce que, sans aucune cause, le tibia du côté opposé se prenne à son tour; puis, d'une façon très irrégulière, *par poussées*, l'ostéite vient frapper le crâne, les clavicules, les fémurs. Le caractère essentiel de cette évolution est donc : 1° l'insidiosité de son début; 2° sa tendance à se généraliser à un grand nombre d'os; 3° sa marche par poussées successives.

La maladie de Paget ne comporte pas un pronostic grave *quoad vitam*; elle fait du pagétique un véritable infirme et, en le confinant d'une façon définitive à la chambre, ou même au lit, elle l'expose à toutes les complications qui peuvent résulter de l'immobilisation chez une personne âgée.

Terminaison. — Les pagétiques meurent généralement à un âge assez avancé et succombent le plus souvent à une affection aiguë intercurrente : broncho-pneumonie, asystolie, hémorragie ou ramollissement cérébral. (*A suivre*.)

FORMULAIRE

CONTRE L'ANGOISSE PRÉCORDIALE DE LA MÉNOPAUSE

Prendre XX gouttes, matin et soir, dans une tasse d'infusion de fleurs d'oranger, de la préparation :

Elixir parégorique	20	grammes.
Extrait fluide de cactus grandiflora.	1	—
— de viburnum prunifolium. .	1	—
— de piscidia erythrina.	5	—

(J. Ferreira. *Bull. gén. de thérap.*)

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE

PHYSIOTHÉRAPIE

(Paris, 29 mars-2 avril 1910.)

EXPOSITION ET FÊTES

Le clou du IIIe Congrès fut assurément l'Exposition. Elle se composait de deux parties qui, l'une et l'autre, attirèrent l'attention de tous les visiteurs : 1° la Rétrospective; 2° l'Exposition moderne.

La Rétrospective a laissé à tous le même souvenir et le même regret. Le nombre de ses jours fut beaucoup trop court pour notre curiosité. Il faudrait revoir cela à loisir, et conserver la plus grande partie des exemples historiques que cette Exposition a momentanément réunis, afin d'assurer l'instruction permanente des praticiens et des élèves.

L'électricité médicale est, pour la plus grande part, une science française. Sans doute, le catalogue nous dit que les Grecs avaient l'habitude de placer les personnes paralysées sur des torpilles vivantes. C'était assurément de l'électrothérapie, mais nous avons fait plus et mieux depuis.

Le globe de verre de l'abbé Nollet, la table d'Ampère, la pile de Volta, les premiers éléments de Becquerel et de Leclanché, les appareils de Duchenne (de Boulogne), ceux de d'Arsonval, les premières machines de Gaiffe, de Tripier, nous montrent comment naquit l'électrothérapie.

Aussitôt après la découverte de Röntgen, publiée à la fin de décembre 1895, alors que le monde savant restait sceptique, Oudin, avec des appareils bien insuffisants encore, obtenait, dans les premiers jours de janvier 1896, les premières photographies radioscopiques faites dans le monde, en dehors du laboratoire de Würzbourg. Ces radiographies, toutes imparfaites qu'elles soient, restent un souvenir historique vénérable.

A côté des instruments, voici des livres sur le magnétisme, sur l'électricité des corps, sur la foudre, sur la physique, nombreux surtout au XVIIIe siècle. Voici les *Œuvres de Franklin*, l'*Essai sur l'électricité des corps* de l'abbé Nollet, la *Guérison de la paralysie par l'électricité* de l'abbé Sans, la *Description du cabinet de physique expérimentale* de Sigaud de Lafond, les *Mémoires sur l'électricité médicale* de Mazars de Cazeles (de Montpellier), les *Œuvres de Marat* (qui depuis...), les *Expériences sur le galvanisme* de Humboldt, l'*Electricité animale* de Petetin (de Lyon), le *Traité de physique* de l'abbé Hauy, les *Mémoires sur l'électricité et le magnétisme* des trois Becquerel, la série des *Mémoires* de Duchenne (de Boulogne) sur l'*Electrisation localisée*, sur le *Diagnostic des lésions musculaires et nerveuses*, sur le *Traitement des atrophies musculaires*, l'*Anatomie du système nerveux*, voici la *Galvanothérapie* de Remack, etc.

A côté de l'Electrothérapie, la Cinésithérapie mérite une attention toute particulière, car, si personne n'ignore aujourd'hui le rôle de la France dans l'histoire de l'électricité médicale, presque tout le monde, au contraire, ignore son rôle dans l'histoire de la thérapeutique par le mouvement.

Voici, dans la Rétrospective, le gymnase médical de Londres, qui nous montre qu'au milieu du XIXe siècle existait à Paris un établissement spécialisé, semblable à ceux qui, cinquante ans plus tard, firent, dans notre pays, la fortune des Suédois. Voici des planches nous montrant les gymnases d'Amoros, de Clias, Triat, Paz, Pichery.

Voici des traités d'Education physique, des mémoires sur la Gymnastique médicale, des dissertations sur la Cinésie, la Callisthénie, la Somascétique naturelle, etc., de Tissot (1), Daignant (2), Sinibaldi (3), Londe (4), Bégin (5), Casimir Broussais (6), Desgenette (7), Amoros (8), Mlle Masson de la Malmaison (9), Bouvier (10), Foissac (11), Clias (12), etc. (13).

Voici enfin les premiers livres qui apportèrent en France la connaissance de la gymnastique suédoise avec les mots de Kinésithérapie et Kinésipathie par Georgii (14), bientôt suivis du grand traité de Dally (15).

Pourquoi, cinquante ans plus tard, est-ce la gymnastique suédoise, les « Principes de Ling », le terme de « Kinésithérapie », qui ont été repris, propagés, prônés dans notre pays, et non point les travaux français antérieurs ou contemporains, analogues, égaux ou même supérieurs, aux travaux suédois et assurément plus nombreux? — Les livres où les créateurs de la gymnastique moderne en France ont exposé leurs idées, leurs conceptions, leurs intentions sur l'éducation physique, ne le cèdent à aucun autre et il faut invoquer notre habituelle ignorance de l'histoire, pour croire que la gymnastique française s'est réduite, au XIXe siècle, à la gymnastique militaire enseignée par l'Ecole de Joinville.

---

(1) *Gymnastique médicinale et chirurgicale. Essai sur l'utilité du mouvement. Des différents exercices du corps et du repos dans le cours des maladies*, par M. Tissot, docteur en médecine et chirurgien-major du 4e régiment des chevau-légers (1780).

(2) *Gymnastique des enfants convalescents, infirmes, faibles et délicats*, par M. Daignant, docteur en médecine de l'Université de Montpellier (1787).

(3) *Traité d'éducation physique* (1788).

(4) *Gymnastique médicale* (1821).

(5) *Dictionnaire des sciences médicales* (1823).

(6) *De la gymnastique considérée comme moyen thérapeutique* (1827).

(7) *Gymnastique médicale* (1828).

(8) *Manuel d'éducation physique* (1830).

(9) *Education physique des jeunes demoiselles* (1831).

(10) *Emploi de la gymnastique comme moyen thérapeutique*, par M. Bouvier, agrégé libre, médecin du Bureau central (1832).

(11) *La Gymnastique des anciens comparée avec celle des modernes*, thèse de doctorat (1838).

(12) *Somascétique* (1842), *Callisthénie* (1843), Rapport sur la gymnastique de M. Clias par MM. Begin, Londe et Bouvier, *Académie de médecine* (1845).

(13) Il va sans dire que beaucoup de livres du même ordre, publiés aux mêmes époques, ne figuraient pas à l'exposition et que, par suite, nous n'avons pas à en parler ici.

(14) *Kinésithérapie ou traitement des maladies par le mouvement selon la méthode de Ling* (1847) et 4 publications anglaises du même auteur (1850-51-52-54).

(15) *Cinésiologie ou science du mouvement* (1857).

L'erreur est d'autant moins excusable que les gymnastes français, comme les gymnastes suédois, ont fourni tous les moyens nécessaires de démonstration, en établissant des gymnases très importants, à plusieurs reprises, et avant que l'on ne sut rien, en France, du gymnase de Ling. Il ne leur a même pas manqué d'avoir la faveur de l'Etat qui a subventionné, soutenu, plusieurs des grandes entreprises dont l'éducation physique a été l'occasion au XIXe siècle. Ce qui a manqué, c'est l'appui de l'opinion publique, la faveur populaire, qui ne s'est jamais intéressée longuement à ces tentatives. Et c'est là précisément l'explication de notre retard apparent. Nous n'avons pas manqué d'hommes, ni d'idées, ni d'initiatives : nos gouvernements n'ont point été aveugles, mais l'opinion, en Suède, s'est formée assez tôt pour soutenir l'œuvre de Ling et la faire, peu à peu, devenir nationale, alors qu'en France cette opinion publique commence à peine à se former maintenant sur ces questions. Ayant ignoré ou oublié tout ce qui a été fait chez nous, l'opinion préfère croire aujourd'hui que le succès de la gymnastique suédoise est dû, non point à la compréhension précoce du peuple suédois, mais à la valeur exceptionnelle de l'enseignement qu'il a reçu. Cela dispense, d'ailleurs, le peuple français de convenir qu'il a manqué, en cette matière, d'intelligence, de perspicacité et d'énergie ; cela permet, en outre, aux promoteurs des mouvements actuels, d'être des inventeurs, des importateurs, des régénérateurs, des sauveurs, au lieu d'être simplement des continuateurs.

Ce n'est pas la première fois, du reste, que d'excellentes idées, des tentatives utiles, lancées en France, y sont restées ignorées, dédaignées ou même ridiculisées. Reprises par des étrangers plus avisés, ces découvertes nous sont revenues, sous des étiquettes nouvelles, et il faut croire que certains d'entre nous préfèrent recevoir l'enseignement ainsi, et paraître ne rien devoir à leurs compatriotes.

Pour l'orthopédie, nous ne sommes pas moins riches. Voici les livres de Nicolas Andry, doyen de la faculté (1741), de J.-L. Petit (1774), de Pravaz (1827), de Chassaignac (1841), etc. Plus connus que les précédents, ils ont sauvé de l'oubli l'histoire de l'orthopédie française au XVIIIe et au XIXe siècle.

L'exposition rétrospective de nos eaux minérales, bien que nous rappelant des faits plus connus, n'offre pas moins d'intérêt. Les stèles romaines de Bourbonne, les monnaies de Plombières, les statues du Mont-Dore, les notices et les traités consacrés par les historiens à nos vieilles stations, la carte de Peutinger, nous montrent l'importance des sources thermales dans la Gaule romaine d'abord, dans la France naissante ensuite, puis, plus tard, dans la France du XVIIe siècle, lorsque l'édit d'Henri IV redonna aux villes d'eaux une existence officielle.

Du reste, l'étymologie de la plupart des noms de ces villes d'eaux anciennes révèlent que les sources ont été utilisées chez les peuples autochtones, bien avant l'occupation romaine, sous des formes religieuses, et peut-être dans un but thérapeutique. Ainsi le monde continue à faire toujours les mêmes choses, en pensant les inventer de temps en temps. De même que les saints du christianisme se sont insensiblement substitués aux dieux populaires et campagnards du paganisme gallo-romain, qui avaient eux-mêmes pris la place des anciennes divinités familières, gauloises et celtes ; — de même, les sources, continuant à couler, ont été successivement la révélation des dieux locaux barbares, puis des Tritons et des Naïades ; — elles sont devenues ensuite, au moyen âge, des fontaines miraculeuses, et, depuis, des bains modernes ; — et pendant tout ce temps, elles n'ont pas cessé de guérir ou de soulager les mêmes maux, quelle que fût la puissance occulte invoquée par l'homme ignorant.

L'effort produit par les stations thermales à l'Exposition moderne a été intéressant : beaucoup d'entre elles ont eu des stands très brillants. Citons : le panorama d'Evian, le salon de l'Auvergne (avec Châtel-Guyon, la Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire), les vues panoramiques de la Corse, les trois Bourbons, les Pyrénées, Luchon, Enghien, Contrexéville, Bagnoles, La Malou, Martigny, Pougues, Vals, Vittel, Aix-les-Bains, l'Algérie et la Tunisie, Bains-les-Bains, Beaune-les-Bains, Lido, Maizières, l'exposition des Eaux du Caucase, Monte-Carlo, Monticatini, Néris, Plombières, Spa, enfin les belles expositions de Vichy et de Kissingen.

Une mention toute particulière est due à la reproduction du sanatorium de l'Association centrale française contre la tuberculose, à l'exposition du sanatorium de Leysin, au remarquable établissement du docteur Dubois à Saujon (Charente-Inférieure), aux thermes urbains du docteur Derecq, à l'institut du docteur Famenne, à l'établissement hydrothérapique de Winternitz, à l'exposition du docteur Lalesque, auquel nous devons d'avoir vu figurer Arcachon. N'est-il pas intéressant, à ce point de vue, de signaler, une fois de plus, que certaines stations doivent toute ou presque toute leur publicité à l'initiative d'un médecin ? Si la population et les propriétaires d'établissements, voire même les médecins, savaient se grouper autour de celui qui agit, où ne pourrait-on pas atteindre ? Mais, hélas ! il n'en est point ainsi, et, très généralement, il suffit qu'un médecin cherche à lancer une station, qu'il aie le courage de s'imposer les sacrifices nécessaires pour l'améliorer et en assurer le recrutement, pour que, aussitôt, confrères et habitants se laissent aller au plus doux farniente, s'estimant fort habiles de profiter de l'aubaine que le ciel leur envoie. Trop heureux est l'initiateur, s'il n'est pas constamment et sournoisement combattu par l'envie stupide de ceux qui profitent de lui.

Il serait injuste de ne pas mentionner les brillantes expositions des fabricants d'appareils électriques, d'appareils gymnastiques et mécanothérapiques qui ont, plus longuement que tout le reste, retenu l'attention des congressistes. Les marchands de produits diététiques (qui se sont tant perfectionnés et multipliés depuis quelques années) ont fait plaisir en distribuant de savoureux échantillons ; on trouvera, dans le catalogue remarquablement édité chez Masson, tout le détail de cette exposition technique, qui

offre le plus grand intérêt pour tous les médecins utilisant les moyens physiques de cure.

Nous devons féliciter le directeur de l'Exposition, M. Albert-Weil, de son ingéniosité, de son activité, de l'ampleur qu'il a su mettre dans cette réalisation et du bon goût qu'il y a répandu; c'était une tâche difficile, et il s'en est tiré remarquablement.

*
* *

Les fêtes et réceptions ont été l'objet d'un soin particulier. Dans certains congrès internationaux précédents, elles avaient été remarquablement ratées et nous n'avons pas perdu le souvenir de certaines réceptions à l'Elysée et au Sénat qui, en 1900, déshonorèrent l'hospitalité française aux yeux d'un grand nombre d'étrangers. Nous avons voulu effacer ce souvenir. La réception offerte par le Congrès à ses hôtes étrangers, le 1er avril 1910, au Palais d'Orsay, fut très intéressante : des danses anciennes, des chansons françaises, en faisant revivre, pour un instant, le charme des époques disparues, nous donnèrent d'agréables moments. Le *Figaro* offrit un de ses five o'clock les plus réussis. Les membres du bureau, les sociétés savantes furent prodigues d'invitations à des réceptions variées. Le président du Congrès, M. le professeur Landouzy, offrit un dîner dont l'arrangement, la qualité des mets (et plus encore des vins) laisseront un souvenir précieux à ceux qui eurent la bonne fortune d'être parmi les élus. Les grands théâtres, l'Opéra, la Comédie-Française, l'Opéra-Comique, offrirent des loges excellentes en nombre suffisant. Que MM. Zimmern et Quiserne, qui réglèrent cette partie délicate de l'organisation du Congrès, soient félicités et remerciés pour les plaisirs qu'ils nous ont donnés.

L'Hôtel de Ville ouvrit au Congrès ses somptueux salons. Enfin, le jour de la clôture, le président de la République a su montrer aux congressistes que si les gouvernements de la France revêtent des formes politiques différentes, il est des choses qui n'y changent jamais. Le luxe d'une table, le goût exquis de sa décoration, la chère délicate, l'art suprême des préparations culinaires, demeurent en la maison du Chef de l'Etat, qu'il soit le régent ou M. Fallières. Il n'est pas jusqu'à l'opulence extraordinaire de la livrée, constellée de décorations, d'une enviable prestance, qui ne fasse songer qu'en assurant la tradition, en maintenant les rites, elle est, en somme, en cette circonstance, le personnage important et nécessaire, qui se rit du rôle inférieur de ceux qui passent.

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

A PROPOS DE LA SÉANCE D'OUVERTURE

Dans le numéro du 31 mars 1910 de la *Gazette des hôpitaux*, nous avons rendu compte de la séance d'ouverture du IIIe Congrès international de physiothérapie. Un des moments les plus agréables des solennités de ce genre est assurément d'écouter les délégués des pays qui nous doivent une partie de leur culture médicale : l'expression de leur attachement, l'hommage qu'ils rendent à nos maîtres, à nos traditions, à notre enseignement, nous est d'autant plus précieux que nous sommes souvent injustes pour nous-mêmes, et enclins à nous rabaisser. Nul n'est prophète en son pays, dit-on; c'est pourquoi il est agréable de s'entendre dire par les autres que l'on est quelquefois prophète chez eux. Nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'allocution du docteur Debayle, doyen de la Faculté de médecine de Léon, délégué du Nicaragua, d'autant plus que, par suite d'un retard fortuit, cette allocution n'a pu être prononcée à la séance d'inauguration. Elle retrouvera ainsi la place que lui devait notre reconnaissante amitié.

Monsieur le Président,
Messieurs,

Délégué de la République de Nicaragua, je me fais un devoir de vous remercier de l'honneur que vous nous avez témoigné et de la bienveillance avec laquelle vous avez accueilli notre représentation.

Le succès de cette éminente assemblée prouve, une fois encore, la marche toujours plus accentuée de notre science dans l'orientation nouvelle et profondément utile de la thérapeutique qui puise ses moyens d'action dans la nature tout entière, et dans l'énergie rayonnante baignant le monde.

Les résultats de la physiothérapie, contrôlée par la clinique, l'avenir seul en pourra mesurer la haute importance.

Ces grandes assises de la médecine, qui marquent périodiquement les étapes parcourues, réalisent la confraternité scientifique et préparent la confraternité universelle. C'est pourquoi les noms des savants français sont prononcés avec respect et vénération sur tous les points du globe, comme appartenant non seulement à ce pays-ci, mais à l'univers.

J'éprouve, messieurs, une émotion toute particulière à prendre la parole dans ce même amphithéâtre, où jadis j'ai reçu mes premières leçons, où la voix de mes illustres maîtres, dont quelques-uns ont disparu, hélas! s'est fait entendre pour le plus grand bien de la jeunesse et de la science. Je leur adresse ici mon souvenir reconnaissant.

C'est de cette grande Ecole de Paris, à laquelle je suis fier d'appartenir, que sont sortis d'innombrables élèves, disséminés aujourd'hui partout, notamment dans l'Amérique espagnole, pour y répandre, avec la semence scientifique, la sympathie et l'amour pour la France.

La France, vaillante et généreuse, héroïquement désintéressée, quoiqu'on dise, a su inscrire, sur chaque page de son histoire, saignante ou rayonnante, ses victoires dans la lutte continuelle pour le vrai, pour le beau, pour le bien! La France, messieurs, qui, malgré les crises et les convulsions qu'elle a dû subir, s'est toujours relevée avec une vitalité incroyable, et qui, avec une fécondité aussi extraordinaire, a produit non seulement un Napoléon pour la guerre, un Victor Hugo pour l'art et pour la paix, mais aussi pour la conquête de l'espace un Montgolfier; un Claude Bernard pour l'étude des lois de la vie; pour le domaine de l'infiniment petit un Pasteur, et qui, dernièrement encore, avec les Becquerel et les Curie, vient d'émerveiller le monde par la découverte admirable du radium.

Au nom du Nicaragua, et j'ose dire au nom de l'Amérique latine, je salue la France, qui, par son initiative toujours variée, toujours renaissante, toujours féconde, par la noblesse de ses sentiments, par la puissance dynamique de ses idées dont le rayonnement éclaire et échauffe le monde, mérite, à juste titre, d'être proclamée la Patrie universelle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1910)

Origine, structure et évolution des cellules épithéliales dites muqueuses. — MM. LELIÈVRE et RETTERER. Dans le vagin et les cornes utérines du cobaye en gestation, les cellules épithéliales qui se transforment en cellules muqueuses offrent les stades évolutifs suivants :

La cellule de la couche basilaire est constituée par un noyau vésiculeux et un cytoplasma granuleux et basophile ; repoussée dans la couche moyenne du revêtement épithélial, on voit apparaître dans son cytoplasma une substance hyaline, circonscrite par les trabécules du cytoplasma granuleux et basophile. A mesure que tout le corps cellulaire se différencie en réticulum basophile et granuleux, d'une part, en substance hyaline ou hyaloplasma d'autre part, le noyau perd son suc nucléaire ou nucléoplasma et se réduit à un ou plusieurs blocs de chromatine. Devenue ainsi cellule muqueuse, l'hyaloplasma finit par se transformer en mucine qui subit la fonte et s'écoule, pendant que le réticulum et le noyau se détruisent.

La narcose dans la préparation des sérums hémolytiques. — M. JACOBSON prépare au laboratoire de M. Marmorek un sérum hémolytique d'une très grande activité par des injections intra-veineuses espacées et plusieurs fois répétées du sang étranger non lavé. Pour éviter les phénomènes d'anaphylaxie qui tuent habituellement l'animal lorsqu'on lui injecte à la fois et les globules et le sérum, M. Jacobson anesthésie au moyen de l'éther l'animal injecté, à partir de la troisième injection. Faite en pleine narcose, l'injection intraveineuse peut être impunément répétée un très grand nombre de fois et même à des intervalles très espacés. Le sérum obtenu par cette méthode possède un grand pouvoir hémolysant : il est capable à la dose de 0,0002 centimètres cubes de dissoudre 0,2 centimètres cubes de globules d'une dilution au dixième.

Influence de l'adrénaline et des extraits de capsules surrénales sur le pouvoir opsonique. — MM. JOSUÉ et PAILLARD ont étudié expérimentalement l'action des sécrétions surrénales sur le pouvoir opsonique du sérum de lapin.

Si l'on injecte II à III gouttes d'adrénaline au 1/1000 dans les veines du lapin et si l'on cherche le pouvoir opsonique avant et après l'injection, on n'observe pas de modifications. Si l'on compare le pouvoir opsonique du sérum de lapin ayant reçu antérieurement de l'adrénaline en injections intraveineuses pendant longtemps répétées, à celui du sérum d'un lapin normal, on constate encore un indice opsonique voisin de l'unité.

Les extraits surrénaux (extrait de substance corticale, extrait de substance médullaire, extrait total), étudiés in vitro et en injection intra-veineuse, ne déterminent pas non plus de modifications notables du pouvoir opsonique.

Il résulte de ces recherches que l'on peut employer l'adrénaline ou l'extrait de surrénales pour relever l'énergie fonctionnelle de l'appareil cardio-vasculaire dans les maladies infectieuses sans risquer de nuire aux propriétés opsoniques du plasma.

Recherche du sang dans les selles chez les sujets atteints de purpura et au cours de l'acétonémie (vomissements périodiques). — En confirmation des faits signalés par lui dans des états infectieux divers, diphtérie, scarlatine hypertoxiques, M. TRIBOULET rapporte des constatations analogues, présence insoupçonnée du sang dans les selles, révélée par la réaction à la phénolphtaline, dans des faits de purpura, et de vomissements périodiques avec acétonémie.

Action microbicide exercée par le sérum des malades atteints de paralysie infantile sur le virus de la poliomyélite aiguë. — MM. LEVADITI et LANDSTEINER ont déjà démontré que le sang des singes anciennement infectés avec le virus de la poliomyélite détruit in vitro ce virus. Dans le courant de mars, Leiner, Römer et Joseph rapportaient des expériences confirmatives. MM. A. Netter et Levaditi se sont demandé si cette même propriété immunisante pouvait être décelée dans le sang des sujets atteints de paralysie infantile. Ils ont, dans ce but, employé le sérum de quatre sujets chez lesquels l'affection avait débuté six semaines, deux mois et demi, six mois et trois ans auparavant. Le sérum de ces malades avait été mis en contact pendant quelques heures avec du virus de poliomyélite aiguë et le mélange injecté dans le cerveau de singes. Un singe témoin a été inoculé avec le même virus qui a été en contact avec le sérum d'un homme sain. L'expérience a été faite le 9 mars. Le singe témoin a présenté les premiers signes de paralysie seize jours après l'inoculation et est mort trois jours après. Les quatre autres singes sont toujours bien portants. Le sérum des sujets qui ont eu une paralysie infantile présente les mêmes propriétés microbicides in vitro que le sérum des singes qui ont été atteints d'une poliomyélite expérimentale. Ces expériences plaident de plus en faveur de l'unicité des paralysies infantiles épidémiques et sporadiques contestées par quelques auteurs.

Contribution à l'étude de la digestion des graines dans les différents segments du tube digestif. — MM. Jean CAMUS et Maurice NICLOUX ont étudié l'importance de la digestion des graines dans l'estomac, dans le duodénum, dans l'iléon et dans le rectum. La digestion de l'huile de coton dans le duodénum est importante : 15 à 37 p. 100 en une à deux heures. Elle est à peu près nulle dans l'iléon et dans le rectum. Dans l'estomac la digestion est en moyenne de 5 p. 100 en une à deux heures avec des oscillations de 3 à 11 p. 100. Les auteurs ont noté qu'après injection lente d'huile dans le duodénum il y a au cours de la digestion un reflux fréquent d'huile dans l'estomac. Ainsi, pour expliquer la digestion gastrique des graines, indépendamment d'un gastrolipase, on est en droit de faire intervenir non seulement le reflux de sucs duodénaux dans l'estomac, mais le reflux même des graines déjà digérées partiellement et capables de subir une digestion dans l'estomac sous l'influence des ferments intestinaux qu'elles entraînent dans leur reflux.

Traitement du tétanos expérimental à la période de contracture (2e note). — M. Jean CAMUS poursuit l'étude de la méthode qu'il a proposée dans le traitement du tétanos expérimental à la période de contracture, c'est-à-dire l'injection intra-rachidienne du mélange d'émulsion cérébrale stérélisée et de sérum antitétanique. Il insiste sur l'importance de trois facteurs : le moment de l'intervention par rapport au début des accidents, l'activité de la toxine et la durée du contact de l'émulsion cérébrale et du sérum. Ce dernier facteur est particulièrement important, car le mélange extemporané, au lieu d'avoir un effet curateur comme celui qui a séjourné à l'étuve, hâte l'apparition des accidents tétaniques.

Influence de la voie d'administration sur les doses de bichlorure de mercure pouvant donner la diarrhée au lapin. — M. MAUREL expose les expériences qu'il a faites à ce sujet par la voie *gastrique*, la voie *hypodermique* et la voie *veineuse*. Or, tandis qu'il faut arriver à la dose de 0g02 par kilogramme d'animal pour produire la diarrhée par la voie *gastrique*, il suffit de la dose de 0g01 pour la voie *hypodermique* et de 0g002 par la voie veineuse pour obtenir le même résultat.

M. Maurel en conclut qu'on ne saurait expliquer cette

diarrhée par une action de contact et il pense qu'il s'agit encore dans ce cas, comme pour l'arséniate de soude et la colchicine, d'une diarrhée d'élimination, l'organisme utilisant la voie intestinale pour venir en aide à la voie rénale.

Les lésions anatomo-pathologiques dans la fièvre de Malte. — MM. Carrieu, Lagriffoul et Bousquet relatent le premier cas de fièvre de Malte faite en France, avec examen histologique des lésions. L'intestin grêle était violemment congestionné dans sa partie terminale avec intégrité des plaques de Peyer. Le foie très augmenté de volume avait l'aspect du foie muscade. La rate était également très volumineuse. Au microscope, du côté de l'intestin grêle, abrasion de la partie supérieure de la muqueuse avec destruction de la plus grande partie des glandes; pas de lésions du tissu lymphoïde. Du côté du foie atrophie hémorragique et œdémateuse dans la région sus-hépatique des lobules, et hépatite nodulaire. La rate présentait les caractères d'une rate infectieuse spodogène.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 7 avril 1910)

Bégaîment urinaire. — M. Chavigny a observé un cas de cette curieuse affection, qui se caractérise par l'impossibilité pour les sujets qui en sont atteints d'émettre la moindre goutte d'urine lorsqu'ils soupçonnent qu'ils peuvent être vus en train d'uriner. Le sujet qu'il a vu était incorporé depuis peu et était sous l'empire d'une véritable angoisse à l'idée qu'il ne pourrait uriner au cours des marches et des manœuvres.

Le traitement est particulièrement difficile; les diverses opérations chirurgicales autrefois tentées (urétrotomie, taille) sont aujourd'hui abandonnées.

Le traitement rééducateur a été essayé chez ce sujet sans résultat. M. Chavigny l'a fait classer dans le service auxiliaire, où il sera pourvu d'un emploi sédentaire qui lui permettra de s'isoler facilement.

Rétention d'urine d'origine hystérique. — M. Pons a observé un malade qui, à la suite d'une chute de cheval, eut une rétention complète d'urine qui dura près d'un mois. L'absence de toute lésion organique ou viscérale, l'existence de quelques stigmates discrets d'hystérie, enfin l'apparition soudaine d'une crise nerveuse qui mit fin à la rétention, permirent d'en affirmer la nature hystérique. Ce cas présente un certain intérêt, du fait de la longue durée de la rétention urinaire qui, d'après Déjerine, ne persisterait habituellement que quelques jours.

MM. Delorme et Moty ont également constaté des cas où la rétention d'urine, nettement hystérique, a duré plusieurs semaines.

Mâchoire à ressort. — Un cas original de cette affection est rapporté par M. Dejouany. Il s'agit d'un jeune soldat qui se présente à la visite pour gêne douloureuse et craquements bruyants au niveau de la mâchoire inférieure gauche, chaque fois qu'il ouvrait un peu largement la bouche, et principalement pendant les mouvements de mastication.

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade, le doigt appliqué sur l'articulation temporo-maxillaire, perçoit un ressaut net qui s'accompagne d'un craquement caractéristique qui s'entend à 8 mètres de distance. Ce ressaut se produit exactement au milieu de la course que fait le condyle pour passer de la position « bouche fermée » à la position « bouche ouverte ».

Il n'y a aucune lésion anatomique; l'affection a débuté brusquement, sans lésions prodromiques.

Cette infirmité est des plus rares. La littérature médicale n'en mentionne que trois cas observés par O. Lanz en 1909, et décrits par cet auteur sous le nom de **méniscite temporo-maxillaire.**

Il s'agit vraisemblablement d'une luxation du ménisque seul. Dans la luxation vraie de la mâchoire le condyle glisse sur le plan incliné antérieur de la racine transverse de l'apophyse zygomatique; la luxation est sous-méniscale. Dans le cas de mâchoire à ressort, le ménisque perd ses connexions avec le manchon capsulaire et se subluxe, soit en dehors, comme dans l'observation de Dejouany, soit en avant, comme dans deux des observations de Lanz.

Le traitement chirurgical peut seul obtenir la guérison. Lanz préconise soit la méniscopexie, soit de préférence une résection partielle ou totale du ménisque subluxé. Dans deux cas, grâce à cette dernière intervention, il a obtenu un succès complet.

Cataracte traumatique. Guérison par résorption spontanée. — M. Toussaint en a vu deux cas, l'un par coup de feu à blanc tiré à 3 mètres, l'autre par coup de baguette. La résorption de la cataracte s'est faite spontanément en un an. Il y a donc intérêt, dans les cas de cataracte traumatique, à ne pas intervenir trop vite. Un seul cas demande une intervention rapide, c'est le gonflement brusque des masses cristalliniennes; l'opération de choix est alors la ponction et l'aspiration.

M. Sieur accentue sur la nécessité de l'abstention dans les cataractes traumatiques. Les opérations trop hâtives sont presque toujours suivies de désastre. Mieux vaut attendre : ou bien la cataracte se complète et l'extirpation en est facilitée, ou elle se résorbe spontanément.

Etranglement herniaire par torsion épiploïque. — M. Plisson relate l'observation d'un cavalier, porteur d'une petite hernie épiploïque droite, facilement réductible qui présenta, à la suite d'un exercice de cheval, des phénomènes d'étranglement. Bien que les symptômes fussent peu alarmants, l'intervention fut pratiquée, en raison de l'impossibilité de réduire la hernie. Dans le sac herniaire, très mince, se trouvait un gros paquet épiploïque, terne, ecchymotique, qui fut réséqué.

Examen de la pièce : au centre, une frange d'épiploon grosse et longue comme le petit doigt, tordue trois ou quatre fois sur son pédicule et présentant des phénomènes de nécrose, aspect noirâtre, odeur gangréneuse. Autour de ce noyau, un épiploon rouge, congestionné; enfin, périphériquement, de l'épiploon presque normal, adhérent aux parois du sac.

L'auteur fait ressortir l'antagonisme entre la bénignité relative des symptômes et la gravité des lésions anatomiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Thérapeutique en vingt médicaments, par H. Huchard et Ch. Fiessinger. In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Douze leçons d'hygiène générale et spéciale, par le docteur Paul Cornet, médecin en chef de la préfecture de la Seine, professeur aux écoles d'infirmières des hôpitaux de Paris, ouvrage adopté par l'Assistance publique de Paris. In-16 cartonné. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Photothérapie, ses avantages dans le traitement du lupus vulgaire, par le docteur Léon FRIEDMANN, assistant de la clinique dermatologique et de l'Institut photothérapique de l'Université de Berlin. Un vol. in-8° raisin avec 24 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 16 avril. — MM. Faure-Beaulieu, Bigart et Boidin, 20.

Prochaine séance, jeudi 21 avril, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 16 avril. — MM. Descomps, 24; Martin, 26; Piquand, 23.

Prochaine séance, mardi 19 avril, à six heures, à la Charité.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 15 avril. — Question donnée : « Lobule pulmonaire (sans physiologie). — Pneumonie du sommet. »

MM. Prigent, 14 + 19 = 33; Bloch (J.), 17 + 22 = 39; Boivin, 16 + 19 = 35; Monod (Raoul), 14 + 16 = 30; Mlle Monbiot, 11 + 14 = 25; MM. Legal-Lasalle, 16 + 20 = 36; Turquety, 19 + 22 = 41; Paley, 13 + 16 = 29; Porak, 14 + 23 = 37; Bardon, 12 + 13 = 25; Besnard (Jean), 16 + 15 = 31.

HOPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Un concours pour la nomination d'un interne en médecine sera ouvert le 13 mai 1910, à neuf heures du matin.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le lundi 9 mai 1910.

— BORDEAUX. — Le jury du concours de chirurgien-adjoint des hôpitaux est ainsi composé :

Membres titulaires. — Chirurgiens : MM. Lefour, Verdelet, Demons, Venot, Courtin. — Médecins : MM. Dumur et Moussous.

Membres suppléants. — Chirurgiens : MM. Villar, Chavannaz, M. Rivière. — Médecins : MM. Pitres et E. Bitot.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Vincent, professeur de clinique chirurgicale, est nommé assesseur du doyen.

— TOULOUSE. — M. Desforges-Mériel, agrégé, est chargé à partir du 1er avril 1910 d'un cours de médecine opératoire en remplacement du regretté professeur Bauby.

— L'arrêté du 9 novembre 1909 chargeant M. Desforges-Mériel d'un cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Etienne Cestan cesse d'avoir son effet à dater du 1er avril 1910.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un congé sans traitement jusqu'au 8 mai 1910, est accordé, sur sa demande, à M. Monprofit, professeur de clinique chirurgicale.

— M. Tesson, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pendant la durée du congé accordé à M. Monprofit d'un cours de clinique chirurgicale.

— RENNES. — Un congé, du 1er avril au 30 octobre 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

— M. Chevrel, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er avril au 30 octobre 1910 (durée du congé accordé à M. Bertheux), d'un cours de clinique médicale.

LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Samedi a été promulguée la loi modifiant celle du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médeeine. En voici le texte :

ARTICLE UNIQUE. — Le paragraphe 1er de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 est ainsi modifié :

« Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la faculté ou par l'école professionnelle dûment autorisée. »

LE RÉGIME D'ÉTUDES DES CHIRURGIENS DENTISTES. — M. Charles Leboucq, député, a demandé à M. le ministre de l'instruction publique que l'ancien régime d'études médicales pour les chirurgiens dentistes, modifié par le décret du 11 janvier 1909, et prorogé par le décret du 31 juillet 1909 pour l'année scolaire 1909-1910 en faveur des candidats admis au certificat d'études avant le 1er décembre 1909, soit à nouveau prorogé jusqu'en 1911, de manière à permettre à un certain nombre de jeunes gens, praticiens de cette profession, et qui

étudient en dehors de leurs travaux, d'aspirer au diplôme de chirurgien dentiste.

Le ministre a fait la réponse suivante :

L'article 17 du décret du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études en vue du diplôme de chirurgien dentiste, stipulait que les dispositions dudit décret seraient mises à exécution à partir du 1er novembre 1909.

Cette date fixée pour la mise en vigueur du nouveau règlement souleva un certain nombre de réclamations basées sur ce fait que la durée totale des études ayant été portée de trois à cinq années les frais d'études s'en trouvaient accrus; que, dès lors, beaucoup de jeunes gens ayant entrepris la carrière de dentiste sans prévoir cette augmentation des frais d'études se verraient dans la nécessité d'y renoncer.

Ces réclamations parurent fondées et le conseil supérieur de l'instruction publique, dans sa session de juillet 1909, fut d'avis de permettre aux aspirants au grade de chirurgien dentiste d'opter jusqu'au 1er décembre 1909 entre l'ancien et le nouveau régime. De là, le décret du 26 juillet 1909.

Il convient de signaler que cette mesure transitoire ne fut pas acceptée volontiers par les écoles dentaires, les associations professionnelles et les syndicats de chirurgiens dentistes qui réclamaient l'application immédiate d'une réforme attendue depuis de longues années et justifiée par la nécessité universellement reconnue d'élever le niveau des études dentaires pour entourer de garanties suffisantes l'obtention du diplôme de chirurgien dentiste.

C'est pour ne pas retarder plus longtemps la mise en vigueur de cette réforme que le décret du 26 juillet 1909 spécifia qu' « à partir de l'année scolaire 1910-1911 nul ne sera autorisé à entreprendre les études en vue du diplôme de chirurgien dentiste d'après le régime établi par le décret du 25 juillet 1893 ».

Un nouveau délai ne manquerait pas de soulever les protestations les plus vives des écoles dentaires et des associations professionnelles et syndicats de chirurgiens dentistes. Il serait considéré comme un ajournement indéfini de la réforme elle-même.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin-major Danis, victime du devoir professionnel, décédé à Paris; de M. le docteur Edmond Denis (d'Alger); de M. Georges Trédez, étudiant en médecine à Lille.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

COMITÉ D'ORGANISATION DU IIIe CONGRÈS DES PRATICIENS

Paris, 14 avril 1910.

Mon cher directeur,

La *Gazette des hôpitaux*, dans son compte rendu de la séance du 9 avril du Congrès des praticiens (1), déclare que l'immense majorité des internes a la conscience exacte de tous ses devoirs et les remplit en toute circonstance; elle ajoute que le cas personnel signalé par moi constitue une exception que j'ai raison de déplorer. Permettez-moi de répondre à cette remarque. Nous cherchons tous, n'est-ce pas, à modifier l'organisation des hôpitaux en France dans l'intérêt des malades, *d'abord*, puis dans celui du corps médical. Les internes des hôpitaux ont donné des preuves surabondantes de dévouement aux malades, d'abnégation et de travail, et je n'ai pas besoin d'affirmer les sentiments que je porte à l'internat, comme tous ceux qui en ont fait partie, comme vous-même.

J'observe simplement que, de mon temps, l'encombrement des services hospitaliers, la préoccupation de concours, l'absence dans les hôpitaux de laboratoires de recherches et d'études, obligeant les internes à aller travailler à distance, rendaient difficile à tous, et non seulement à moi-même, l'accomplissement entier de notre tâche. J'ai vu dans les hôpitaux militaires, des chefs de service parler *chaque jour* à tous leurs malades, connaître leur nom, s'intéresser à leur personne, témoigner des sentiments de sympathie et de pitié qu'ils portaient aux êtres qui leur étaient confiés. Nos chefs de service, dans les hôpitaux, ne peuvent faire de même. Ils ont trop de malades à soigner, trop peu de temps à consacrer à chacun. Et si l'hôpital ne constitue pas le milieu moral, si l'homme qui souffre n'y trouve pas toute l'humanité qu'on devrait attendre, *il ne faut accuser aucun des médecins qui y travaillent.*

L'effort que les Congrès des praticiens poursuivent et poursuivront sans doute à l'avenir pour modifier l'organisation administrative des hôpitaux n'est pas dirigé contre les chefs de service ni les internes, puisqu'il tend à donner aux chefs de service, à leurs collaborateurs une part *active* dans l'administration des hôpitaux. Aucun médecin ne peut perdre à cette transformation, bien au contraire. Je crois, en outre, que dans des hôpitaux autonomes, le malade pourra trouver, grâce aux médecins eux-mêmes, plus de bonté, plus d'intérêt qu'à l'heure actuelle. Les critiques qui seront portées, et qui seraient justes, ne rencontreront plus comme aujourd'hui l'obstacle d'un mécanisme administratif formidable, et qui empêche toute réforme véritable; grâce à la concurrence, nos hôpitaux s'adapteront à leur but, qui est de soulager toutes les souffrances, physiques et morales.

Croyez, etc. LEREDDE.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 43, p. 608.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Lyon médical. — (N° 9, 27 fév. 1910.) Leclerc-Montmoyen : Phlegmon périnéphrétique de nature actinomycosique. — (N° 10, 6 mars.) Adenot : Séparation des urines et coliques hépatiques. — Berchoud : L'incapacité des blessés et la loi du 9 avril 1898. — (N° 11, 13 mars.) Bonnet et Goujat : La méningite syphilitique aiguë. — (N° 12, 20 mars.) Nicolas, Favre, Gautier et Charlet : Intradermo-réaction et cuti-réaction avec la syphiline chez les syphilitiques. — Nicolas, Favre et Charlet : Réaction des syphilitiques à la tuberculine. — (N° 13, 27 mars.) A. Policard : La valeur physiologique des leucocytes; son appréciation en clinique par la méthode des colorations vitales.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1910.) F. Arnaud : Etudes thérapeutiques sur la quinine (*suite*). — Oddo : Rôle des émotions dans l'étiologie de la chorée de Sydenham. — Dufour : Blennorragie familiale. — Roux de Brignoles et Monier : Commotion cérébrale et méningite. — L. Imbert et Dugas : Pseudarthrose du radius. — Fidon : Deux variétés cliniques d'hématome scrotal. — Corsy : Un cas de récidive de la variole. Varicelle et variole. — (N° 6, 15 mars.) Imbert et Raynal : Prothèse métallique de la région frontale. — Boinet et Murel : Autosérothérapie des épanchements pleurétiques. — Aubert et Pagliano : La fièvre de Malte à Marseille. — Gros : Un cas de fièvre de Malte observé à Marseille. — Escat : Tuberculose rénale. — Fournier : Appareil transportable pour endoscopie. — F. Arnaud : Voies d'absorption et d'élimination de la quinine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR

LA CHIRURGIE DU COEUR

DU PÉRICARDE, DE L'ARTÈRE PULMONAIRE ET DE L'AORTE

Par M. MAUCLAIRE (1),

Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

La chirurgie du cœur, de son enveloppe péricardique et de ses gros vaisseaux afférents ou efférents étant une question d'actualité, je vais l'envisager devant vous en commençant par vous rapporter plusieurs observations personnelles.

Ma première concerne un cas de *plaie de l'artère pulmonaire*. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans qui avait reçu dans la poitrine un coup de lime triangulaire. Transporté à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Picqué, je fus appelé presque aussitôt et trouvai un blessé pâle, absolument défaillant et sans pouls, ce qui me fit d'emblée porter le diagnostic d'hémorragie interne.

La plaie, petite et triangulaire, reproduisant la forme de la lime, siégeait dans le troisième espace intercostal gauche, à trois centimètres en dehors du bord du sternum; elle ne donnait pas issue à du sang.

La matité péricardique était augmentée dans tous ses diamètres, preuve qu'il existait un épanchement dans la séreuse cardiaque. Les bruits du cœur étaient à peine perceptibles. Enfin, il existait à gauche un pneumothorax total.

Le diagnostic qui semblait s'imposer était celui de plaie du cœur haut située, siégeant vraisemblablement au niveau de l'infundibulum du ventricule droit. Je fis d'urgence l'opération suivante :

Je taillai un lambeau thoracique comprenant l'orifice de la plaie, et je fis ce volet à charnière interne en raison du siège de la blessure, très rapprochée du sternum, volet intéressant les troisième et quatrième cartilages costaux.

J'arrivai d'emblée dans la plèvre qui contenait non seulement de l'air, comme mon rapide examen clinique me l'avait indiqué, mais aussi un litre environ de sang.

Explorant le péricarde fibreux, je découvris une plaie siégeant sur la partie supérieure de sa face antérieure, plaie répondant exactement par sa forme et ses dimensions à celle des téguments, et, après l'avoir agrandie et avoir débarrassé la cavité péricardique des caillots qu'elle contenait, je tombai non pas sur une plaie ventriculaire, comme je m'y attendais, mais sur une plaie du tronc de l'artère pulmonaire à son origine, fait en rapport avec la direction du trajet que je reconnus alors être oblique de bas en haut.

Je plaçai une pince de Kocher sur les lèvres de la plaie artérielle et l'attirai en dehors autant que cela fut possible. Je suturai l'orifice au moyen de trois points de suture à la soie très fine, points qui étaient perforants, ce que je ne ferais plus maintenant, mais songez que cette observation remonte à 1900 et que l'on était encore peu fixé à ce moment sur la technique à employer pour les sutures vasculaires. Enfin je terminai l'opération en drainant isolément le péricarde et la plèvre et je remis en place le volet thoracique.

Le malade supporta bien l'intervention; sous l'influence du sérum, le pouls se releva, mais le lendemain matin le pansement était traversé par du sang. Devant l'abondance de ce suintement, je n'hésitai pas à soulever le volet thoracique et il me sembla, à cette exploration superficielle, que le sang venait de la plèvre. Je refis donc le pansement sans chercher à voir comment s'étaient comportés mes points de suture.

Mon blessé mourut vingt-quatre heures après l'intervention.

Dans mon deuxième cas il s'agit d'une *plaie du péricarde* observée chez une femme de quarante ans, qui dans un accès de délire de nature indéterminée s'était donné un coup de couteau dans la poitrine.

Le couteau que cette femme s'était enfoncé en frappant à coups de poing sur le manche était implanté dans le cinquième espace intercostal gauche.

La malade était pâle, le pouls très petit et accéléré. Il existait un pneumothorax gauche et un pneumopéricarde.

J'essayai d'enlever le couteau dont l'extrémité du manche dépassait seule la peau, mais en vain, car tous les instruments glissaient sur cet embout métallique et je dus réséquer le sixième cartilage costal. Le couteau une fois enlevé, je trouvai une plaie du péricarde suffisamment étendue pour me permettre d'explorer la cavité séreuse et le cœur lui-même. Il n'y avait que très peu de sang dans le péricarde, et la pointe du cœur qui battait sous mon doigt était intacte.

Par contre, il y avait un peu de sang dans la plèvre gauche, et je vous dis dès maintenant que ce fait est presque la règle. Déjà au sujet de mon premier blessé, je vous ai signalé l'existence d'un hémothorax; vous verrez que je vous le signalerai encore dans presque toutes les observations qui vont suivre : et j'insiste sur ce fait, car il est certain que dans nombre de cas les symptômes et la mort sont liés pour une grande part aux lésions pleuro-pulmonaires concomitantes.

Enfin chez ma blessée, la moitié gauche du diaphragme restait immobile dans les mouvements respiratoires, comme si le nerf phrénique avait été sectionné. Je me contentai donc de drainer à la gaze les deux séreuses.

Le lendemain l'état général de ma malade s'était peu amélioré; la température était montée à 38 degrés, le pouls s'était relevé, mais il battait à raison de 120 pulsations à la minute; la dyspnée s'était accentuée. De plus le pansement était traversé par le sang, j'explorai de nouveau la plaie mais sans trouver la

(1) Leçon rédigée par M. Lamouroux, interne du service.

cause de cette hémorragie. Il n'y avait que peu de sang dans la plèvre, pas du tout dans le péricarde, aucun vaisseau de la paroi thoracique ne saignait.

La malade mourait quarante-quatre heures après l'intervention sans que j'aie pu me rendre compte de la cause de la mort ; syncope, septicémie, hémorragie, asphyxie, d'autant que l'autopsie me fut refusée. Cela nous arrive souvent. C'est regrettable à tous les points de vue et les malades futurs en pâtiront.

En somme, il s'agissait d'un cas de plaie péricardique sans lésion du cœur.

Ma troisième observation a trait à un cas de *contusion du cœur*. J'avais été appelé à l'hôpital Bichat pour un blessé qui, renversé par une voiture, avait été serré entre la roue et un mur. Le blessé était défaillant; les bruits du cœur étaient à peine perceptibles, et la percussion révélait un épanchement sanguin dans le péricarde, et je vous répéterai que l'épanchement péricardique est la cause la plus incontestable de l'arrêt du cœur.

Par contre il n'existait pas de pneumothorax, aussi j'ai employé pour aborder le péricarde la voie transdiaphragmatique qui, par une laparotomie sus-ombilicale, conduit d'une façon indirecte sur le cœur sans intéresser la cavité pleurale.

Or il y avait bien du sang dans le péricarde, mais en très petite quantité, et pas de plaie du cœur. Je me contentai donc d'un drainage déclive. Le blessé mourut au bout de vingt-quatre heures et à l'autopsie je trouvai seulement une série d'ecchymoses réparties sur la surface antérieure du cœur

Voici un autre cas de *plaie péricardique*. En décembre 1903, j'examinai un matin à l'hôpital Bichat un homme, âgé de quarante-deux ans, qui la veille au soir s'était tiré une balle de revolver dans la région précordiale. A son entrée le soir son état ne parut pas inquiétant, mais depuis quelques heures il avait une dyspnée très vive. Au moment de mon examen le blessé éprouvait une anxiété respiratoire très grande, la face était très pâle et le malade poussait des cris, tant ses douleurs précordiales étaient intenses. L'orifice d'entrée de la balle était à l'extrémité antérieure du cinquième espace intercostal à six centimètres du rebord sternal. A la palpation on constatait un peu d'emphysème sous-cutané au pourtour de la plaie. A la percussion, la sonorité pulmonaire paraissait conservée; mais le malade était très emphysémateux et les douleurs et les cris étaient tels qu'il était difficile de faire un examen très complet de la poitrine.

La matité précordiale ne parut pas augmentée d'étendue. Mais les bruits du cœur étaient très voilés. *On ne sentait pas le pouls radial*. Le facies était très pâle, non asphyxique.

La mort paraissait imminente. Et le diagnostic d'épanchement intra-péricardique comprimant le cœur nous parut évident.

Comme il y avait déjà un pneumothorax j'abordai le péricarde par la voie costale. Je taillai un volet thoracique comprenant la cinquième et sixième côte, à charnière externe. Cela me permit de constater qu'il n'y avait qu'un pneumothorax partiel ; le poumon n'était affaissé qu'à ce niveau. Au fond de cette loge on voyait le péricarde et au milieu de celui-ci un orifice ovalaire à grand axe transversal.

Cette plaie du péricarde fut agrandie dans le sens vertical, et à mon grand étonnement je constatai qu'il n'y avait que bien peu de sang dans le péricarde; quant au cœur il était intact. La cavité péricardique fut drainée et le reste de l'ouverture péricardique suturée.

Je crus nécessaire de drainer la plèvre au niveau du pneumothorax partiel. Une incision dans le neuvième espace intercostal donna issue à un peu de sang; la plèvre fut drainée.

Cette intervention ne modifia en aucune manière l'état du malade. La dyspnée, les douleurs et la pâleur persistèrent.

Le malade succomba quarante-huit heures après mon intervention et soixante heures après son accident.

A l'autopsie je fis les constatations suivantes : plaie du péricarde, pas de plaie du cœur, pneumothorax partiel de la moitié inférieure de la plèvre, et des adhérences pleurales sur toute la hauteur du reste du poumon. Des deux côtés il y avait de la congestion pulmonaire, hypostatique probablement. Quant à la balle, je n'ai pas pu en retrouver le trajet au delà de la plaie péricardique.

Voici encore une curieuse observation de *plaie du cœur* restée méconnue en raison de circonstances spéciales. J'avais été appelé en effet dans un asile d'aliénés pour un malade qui s'était enfoncé dans la poitrine la pointe d'une paire de ciseaux. Il présentait le tableau clinique d'une hémorragie interne. Dans des conditions d'installation insuffisante, je fis la nuit avec un éclairage déplorable une résection thoracique comprenant les troisième et quatrième cartilages; il y avait un pneumothorax total. Le poumon gauche et le cœur étaient refoulés profondément. Sur la face antérieure du péricarde, il y avait une petite plaie. J'ai eu le tort de ne pas l'agrandir pour examiner la cavité péricardique et la surface du cœur. Je me contentai de suturer la plaie péricardique et de drainer la plèvre. Le malade succomba le troisième jour. Or, outre la plaie péricardique, il y avait une très petite plaie de la surface antérieure du cœur.

Voici encore un cas de *plaie du cœur* que j'ai observé en 1886, quand j'étais interne à l'Hôtel-Dieu. Un jeune homme qui s'était tiré une balle dans la région précordiale entra vers huit heures du soir, sans que son état parût inquiétant. A l'examen la matité précordiale était augmentée, et il y avait une douleur assez vive et le pouls était assez faible. Le malade se coucha de lui-même et le repos absolu lui fut imposé. Néanmoins les douleurs augmentèrent et la mort subite que je ne pus que constater survint vers une heure du matin. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une plaie du ventricule gauche avec hémopéricarde.

Voici enfin la radiographie d'un malade qui s'était tiré une balle dans la région précordiale. Il fut soigné à l'Hôtel-Dieu; il présentait tous les symptômes d'un hémopéricarde et d'un hémothorax. Vous voyez la

balle représentée au milieu du cinquième espace intercostal. Le malade a guéri par le simple repos absolu.

Il s'agit, en somme, de cas différents : 1° *plaies du péricarde*; 2° *contusions du cœur*; 3° *plaies des gros vaisseaux du cœur*; 4° *plaies du cœur lui-même.*

Je serai bref sur les premières variétés de plaies. Les *plaies du péricarde* pour peu qu'elles soient de dimensions notables nécessitent la thoracotomie exploratrice — car il n'est pas possible de juger exactement la profondeur de la plaie et si des symptômes fonctionnels permettent d'affirmer l'existence d'un hémopéricarde, il vaut mieux — si l'on est bien installé pour cela — aller voir si le sang ne vient pas du cœur également lésé.

Les *contusions du cœur* ne nécessiteront pas souvent la thoracotomie et la péricardotomie exploratrices. Ici encore, c'est l'existence d'un hémopéricarde grave comprimant le cœur qui précisera les indications de l'intervention. Quant à l'arrachement traumatique du cœur avec ses différents degrés, la lecture des observations colligées par M. M. Nicolas (1) nous montre que c'est encore question de médecine légale et non de chirurgie.

Les *plaies accidentelles de l'artère pulmonaire* sont justiciables de la suture artérielle. Je n'ai pas réussi dans mon cas à sauver la vie de mon malade, d'autres y réussiront. Je vous rappelle en passant que Trendelenburg a conseillé et pratiqué l'artériotomie de l'artère pulmonaire pour enlever les caillots provenant d'une embolie pulmonaire et qu'il a eu des imitateurs.

Les *plaies accidentelles de l'aorte* seraient justiciables de la suture artérielle. Je n'en connais pas d'observations. Mais au point de vue expérimental, des sutures de l'aorte ont été pratiquées avec succès chez les animaux par Carrel (2). Celui-ci chez trois animaux fit la section totale de l'aorte et ensuite la suture circulaire des deux extrémités. La circulation ne fut interrompue que pendant trois à six minutes. Les trois animaux ont guéri. Chez un animal, Carrel fit le tubage momentané de l'aorte pour éviter l'arrêt de la circulation et il remplaça la plaie artérielle par un lambeau de veine cave conservée dans la glacière. La respiration était entretenue pendant ces opérations par la méthode de ventilation de Meltzer.

Ces succès chez les animaux nous permettent quelque espérance plus ou moins lointaine chez l'homme. C'est surtout des plaies du cœur que je veux vous parler. La première tentative de suture du cœur sur l'homme remonte seulement à 1895. Avant cette date les plaies du cœur n'étaient connues qu'au point de vue anatomique et clinique. Elles sont d'ailleurs très fréquentes et de nature variée.

Tous les cas intermédiaires ont, en effet, été observés depuis la plaie contuse très étendue jusqu'à la simple piqûre du cœur. En ce qui concerne cette dernière variété, vous connaissez tous le cas du premier grenadier de France, le célèbre La Tour d'Auvergne qui mourut d'une plaie par piqûre résultant d'un coup de lance et dont l'autopsie fut faite une demi-heure après sa mort par un aide-major, son ami intime. Jamin dans sa thèse, qui est le premier bon travail d'ensemble, rapporte encore le cas mortel de ce grand-duc de Sardaigne qui mourut d'une simple piqûre du cœur faite avec une épingle pendant son sommeil.

Les balles du fusil moderne peuvent aussi produire des plaies du cœur de très petites dimensions, à tel point que, dans les grandes guerres contemporaines, on aurait signalé des cas de blessés venant à pied à l'ambulance et porteurs de lésions du cœur. La question du siège des lésions a son importance, car toutes les plaies du cœur n'ont pas la même gravité; les plaies des ventricules qui possèdent une paroi musculaire épaisse sont en effet beaucoup moins graves que les plaies des oreillettes à parois plus minces. Or, précisément, les plaies ventriculaires sont de beaucoup les plus fréquentes et intéressent de préférence le ventricule droit, fait très compréhensible, puisque c'est cette cavité du cœur qui est le plus en rapport avec la paroi thoracique.

Ce fait ressort clairement d'une statistique publiée par Loison, qui, dans un travail paru dans la *Revue de chirurgie* de 1899, avait réuni trois cas seulement de plaies des gros vaisseaux, deux cas de plaies de l'oreillette gauche, six de l'oreillette droite, moins profondément située, vingt-six du ventricule gauche et trente et un du ventricule droit. Depuis, la statistique a considérablement augmenté.

Tous les degrés s'observent dans les plaies du cœur depuis la simple éraflure sans pénétration jusqu'à la double plaie avec orifice d'entrée et orifice de sortie, en passant par la plaie interstitielle qui lèse profondément le myocarde sans intéresser la cavité et la plaie perforante à un seul orifice. En ce qui concerne les lésions avec double orifice, on sait que l'orifice de sortie est toujours beaucoup plus étendu que l'orifice d'entrée. Les médecins militaires ont expliqué ce fait, qui n'est pas spécial au cœur, par l'éclatement résultant de l'augmentation de pression subite du contenu due à l'irruption du corps étranger. Leurs expériences semblent leur donner raison. Tirant à balle sur deux boîtes métalliques, l'une vide, l'autre pleine d'eau, ils ont constaté que sur la première les deux orifices d'entrée et de sortie sont à peu près semblables, alors que sur la seconde la paroi qui porte l'orifice de sortie éclate presque complètement.

Enfin sachez qu'une blessure de la région précordiale n'intéresse pas forcément le cœur. Ce fait, fort heureux, a reçu des explications diverses : on a soutenu que des projectiles, à la fin de leur trajet, pouvaient, n'ayant plus la force suffisante pour perforer le péricarde fibreux, déraper sur lui, fait que Poirier prétendait en contradiction avec l'anatomie. Pour lui, le péricarde vivant étant un organe mou n'offrait pas aux agents vulnérants une résistance suffisante pour leur permettre de glisser sur lui. Or, j'ai eu sous les yeux un péricarde fibreux vivant; il m'a paru assez résistant pour qu'une balle glisse sur lui obliquement, et cependant il ne m'a pas paru aussi dur et tendu que je l'aurais cru. C'est ce qui

(1) M. Nicolas, Thèse de Paris, 1909.

(2) Carrel, in rapport de Tuffier, *Soc. de chir.*, 29 déc. 1910.

explique les cas de plaie du cœur sans plaie du diaphragme [Chaput, Deschamps (1), Deroide (2)].

Depuis longtemps je me suis demandé pourquoi les plaies du cœur n'étaient pas plus fréquentes dans le cas de plaies thoraciques. Or, la radioscopie nous donne de ce fait une explication très satisfaisante. Au cours de nombreuses radioscopies, j'ai constaté combien était grande la réduction de volume que subit le cœur lors de la systole. On comprend dès lors que des plaies qui auraient intéressé la périphérie du cœur au moment de la diastole le laissent indemne lors de sa contraction. J'ai bien essayé quelques mensurations pour savoir quel était la proportion de cette diminution de volume; mais je n'ai pu obtenir des chiffres précis : *je pense néanmoins que le cœur diminue bien d'un cinquième de son volume; ce qui, joint à la triple obliquité du cœur et à la protection du péricarde fibreux explique que le cœur n'est pas aussi largement exposé aux plaies pénétrantes de poitrine* qu'on le croirait au premier abord.

Je vous ai déjà signalé, à propos des quelques observations qui constituent le début de cette leçon, la presque constance de l'épanchement sanguin péricardique. Ce fait a une importance capitale, car l'hémopéricarde est la cause la plus directe de l'arrêt du cœur, par la compression qu'il exerce sur l'organe, à tel point qu'au cours d'intervention il a souvent suffi de débarrasser la séreuse du sang qu'elle contenait pour voir le cœur rebattre spontanément ou sous l'influence d'un simple attouchement.

Enfin je vous rappelle encore la fréquence presque aussi grande des lésions pleuro-pulmonaires concomitantes. C'est pourquoi rétrospectivement on peut dire que l'aide-major, ami intime de La Tour d'Auvergne, après avoir constaté qu'il n'y avait qu'une simple piqûre du cœur, aurait dû masser le cœur et arrêter là son autopsie, faite seulement une demi-heure après la mort qui avait été immédiate.

*
* *

Je serai très bref sur la *symptomatologie* des plaies du cœur. En présence des signes d'hémorragie interne chez un blessé portant une plaie de la région précordiale, pensez à la plaie du cœur qui est presque certaine si la plaie est bien dans la zone topographique du cœur, que le trajet soit direct ou un peu oblique.

L'hémorragie interne est en effet le symptôme dominant, et non pas l'écoulement de sang à l'extérieur par la plaie, qui est le plus souvent insignifiant et n'a aucune valeur diagnostique. Ces blessés sont pâles, exsangues, sans pouls. Quand les pulsations sont encore perceptibles, le pouls est petit et très accéléré, comme chez tous les malades qui ont perdu beaucoup de sang. J'insiste sur l'état syncopal de ces blessés, qui défaillent une ou plusieurs fois au cours de leur transport à l'hôpital ou pendant l'examen.

Ce tableau clinique doit vous suffire pour faire le diagnostic de plaie du cœur.

(1) Deschamps. Th. de Paris, 1892.
(2) Deroide. *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1231.

Il est en effet assez rare d'observer, dans la simple contusion du cœur, ces douleurs précordiales si intenses qui existaient chez un de mes blessés ayant une plaie du péricarde sans plaie du cœur, et liées vraisemblablement à la lésion des ganglions nerveux du cœur. Cette anxiété précordiale symptomatique de la compression du cœur par l'épanchement intra-péricardique n'est pas pathognomonique comme le montre ma quatrième observation.

Fréquemment au contraire l'asphyxie s'ajoute au tableau de l'hémorragie, ce qui ne doit pas nous étonner étant donnée la fréquence des lésions pleuro-pulmonaires, un pneumothorax le plus souvent.

Complétez votre examen par la percussion de la région précordiale pour essayer de savoir s'il existe un épanchement sanguin dans le péricarde, mais sachez que si l'hémopéricarde est la règle, il est très difficile de le déceler et cela surtout en raison de l'existence si fréquente du pneumothorax qui rend illusoire la recherche de la matité précordiale.

Auscultez le cœur et vous constaterez que ses bruits sont lointains, voilés ou même absents, ce fait a une grande valeur diagnostique.

Sachez encore que l'on peut percevoir des souffles ou des bruits piaulants indices de lésions valvulaires, mais ce fait est l'exception.

Enfin terminez cet examen, que les circonstances exigent rapide, par la recherche de l'épanchement pleural qui, je le répète encore, est presque la règle.

Le *pronostic* des plaies du cœur est des plus sombres.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité de pareilles lésions. Elle ressort d'ailleurs d'une statistique bien connue de Fischer qui relate pour 50 cas de guérison sans intervention, 104 cas de mort immédiate et 219 cas de mort au bout de quelques heures.

Il existe pourtant des cas bénins; on connaît en effet des exemples de piqûres du cœur n'ayant pas déterminé d'accidents et de corps étrangers bien supportés (Tillaux), que ces derniers proviennent du dehors comme dans les blessures, ou de l'intérieur de l'organisme comme ces corps étrangers de l'œsophage inclus secondairement dans le cœur à la faveur de processus inflammatoires ou néoplasiques.

Et la gravité des plaies du cœur n'est pas seulement en rapport avec l'hémorragie immédiate, cause de la mort rapide dans la presque totalité des cas, mais aussi avec l'existence de complications immédiates ou tardives, je ne saurais trop le répéter.

La mort rapide ou immédiate est, en effet, survenue dans nombre de cas, sans hémorragie appréciable. Elle est probablement due, dans ces cas-là, à un réflexe ayant pour origine *la lésion des ganglions nerveux du cœur*.

Enfin ces blessés peuvent encore être emportés plus ou moins tardivement *par des hémorragies secondaires*, quelquefois liées à la rupture d'un anévrisme du cœur, au niveau du myocarde déchiré, *par l'asystolie* due à la symphyse péricardique, ou plus rarement, à des lésions valvulaires.

***

Quant au *diagnostic* il repose exclusivement, en dehors de cas très rares, sur des probabilités. En présence d'une plaie de la région précordiale avec signes d'hémorragie interne, existe-t-il une plaie du cœur? Aucun des symptômes courants n'étant pathognomonique, la thoracotomie exploratrice faite par un chirurgien compétent est souvent nécessaire malgré ses dangers. Je ne crois pas enfin que la radiographie puisse rendre des services.

***

Le *traitement* par l'intervention opératoire est de date récente. Autrefois on ne touchait pas à ces blessés et on devait se contenter des applications de glace sur la région précordiale ou d'injections d'ergotine qui devaient influencer bien peu une hémorragie cardiaque.

L'entrée de ces lésions dans le domaine chirurgical eut pour point de départ les expériences de Bloch (de Berlin) qui en 1882 démontra sur des animaux la propriété de cicatrisation du myocarde.

Il était donc logique de tenter d'appliquer à l'homme les résultats de cette découverte.

C'est Rehn (de Francfort) qui en 1897 apporta le premier cas de plaie du ventricule droit suivie de guérison, premier succès qui fut presque immédiatement suivi d'un second obtenu par Parozzani.

Depuis, les tentatives se sont multipliées avec des succès variables, et nombreux sont les cas rapportés par Loison dans son article de la *Revue de chirurgie* de 1899, par Terrier et Reymond au Congrès de chirurgie de 1906, par Léo (Th. de Paris 1904), Guibal (*Revue de chirurgie* 1904), d'Esté (1907), et tout dernièrement par Salomoni (de Messine) au Congrès des chirurgiens italiens de 1908 et dans son article des *Archives générales de chirurgie* (fév. 1909), Beck (*Ann. of surg.*, 1909), Dupont (*Gaz. des hôpit.*, 1910). Je vais vous en donner un simple aperçu.

La technique de l'opération comprend plusieurs temps : la taille d'un volet thoracique, l'exploration du péricarde, l'exploration du cœur, la suture. Vous allez voir que tous ces temps opératoires sont l'objet de discussions.

Il est évident maintenant que c'est par la voie thoracique qu'il faut aborder le cœur blessé. Quant à la voie abdomino-diaphragmatique que j'avais conseillée (1), ses indications ne peuvent être qu'exceptionnelles, dans les cas de plaies basses.

Le volet thoracique doit-il être à charnière externe comme le préconisèrent Giordano et Fontan ou à charnière interne, comme le recommande Nidui? On a même taillé des lambeaux à charnière supérieure ou inférieure, mais seuls les volets à charnière externe ou interne sont utilisés couramment. Ils répondent en réalité l'un et l'autre à des cas particuliers, en rapport avec le siège de la blessure; aussi il résulte de la fréquence des plaies du ventricule droit que le volet à charnière interne est le plus souvent indiqué, et Salomoni ajoute même à la résection costale la résection du bord correspondant du sternum, exemple qui fut suivi par M. Marion dans un cas de lésion du ventricule droit.

Enfin MM. Delorme et Mignon qui préconisent le volet à charnière externe ont soin de ne pas ouvrir la plèvre et de la décoller progressivement jusqu'à son cul-de-sac antérieur, évitant ainsi les inconvénients du pneumothorax, quand il n'existe pas déjà du fait de la blessure.

Le volet rabattu, on explore la face antérieure du péricarde, à travers la plèvre, ou directement, par le procédé de Delorme et Mignon; on agrandit la plaie péricardique et on débarrasse la cavité des caillots et du sang qu'elle peut contenir. Je vous ai dit déjà que cette toilette du péricarde peut suffire à faire réapparaître les battements du cœur; si elle est insuffisante on ne doit pas hésiter à masser rythmiquement l'organe empoigné à pleine main. On a même été, dans ce cas, jusqu'à injecter du sang ou du sérum dans la cavité cardiaque.

On se rend compte alors commodément de la nature des lésions, en explorant méthodiquement la face antérieure, puis toujours la face postérieure en soulevant la pointe, car il est arrivé que dans la précipitation bien compréhensible de ces interventions, on a méconnu l'orifice de sortie de l'agent vulnérant, et je vous ai dit que l'on a même rapporté des cas de plaie de la face postérieure du cœur par une balle ayant ricoché sans léser la paroi antérieure.

Au cours de cette exploration, on peut d'ailleurs être amené à enlever l'agent vulnérant; et à ce propos M. Guinard a fait avec succès l'ablation d'une balle incluse depuis longtemps dans la pointe du cœur.

La plaie doit être suturée et cette suture ne présente rien de particulier. Elle est difficile à exécuter en raison des battements du cœur. On est obligé pour cela de saisir l'organe à pleine main et on place un ou deux points séparés sur le myocarde. Mais alors une autre question se pose, qui a donné lieu à des discussions nombreuses. Faut-il drainer?

Terrier et Reymond déconseillaient le drainage. Or Salomoni, dont la statistique porte sur le chiffre respectable de 158 cas de suture du cœur, dont 59 suivis de guérison, relate que dans la moitié de ces cas heureux on avait drainé, et il recommande le drainage. Je suis entièrement de cet avis; il faut drainer et non seulement le péricarde, mais la plèvre aussi, si l'hémorragie est abondante et l'évacuation de l'hématome incomplète.

En effet, n'est-ce pas de septicémie pleurale que meurent presque toujours ces blessés quand ils ont survécu à l'hémorragie? Et cela se comprend, ces interventions se font toujours avec précipitation; on fait mal la toilette du champ opératoire et de ses mains. Aussi certains détails ont-ils, à mon avis, une grosse importance. La désinfection du champ opératoire par la teinture d'iode trouve ici une de ses indications les plus nettes. On doit mettre des gants, on doit enfin faire une hémostase soignée de la paroi thoracique. Léo dans sa thèse insiste sur ce fait qu'on ne se préoccupe pas assez de lier les intercostales et la mammaire interne qui, intéressées

(1) *Soc. anat.*, 1902.

par la taille du volet, donnent lieu à des hématomes qui s'infectent d'autant plus facilement que les conditions d'asepsie sont défectueuses.

Enfin, pour tout cet ensemble de raisons, il faut drainer.

Je crois, en effet, que dans l'avenir ces précautions amélioreront le pronostic éloigné de ces interventions.

En 1904, Guibal donnait la statistique suivante : 10 cas non suturés ont donné 4 guérisons; 4 cas tamponnés, 4 guérisons.

Dans 6 cas, la plaie a échappé à l'opérateur ou le tamponnement a été insuffisant; 5 cas ont été suivis de mort au cours de la suture; 56 cas de cardiorraphie ont donné 21 guérisons, 35 morts de septicémie péricardique ou pleurale ou d'hémorragie.

Ces 56 cas de cardiorraphie se classent ainsi :

Suture ventricule gauche	26 fois.
— ventricule droit	20 —
— pointe du cœur	4 —
— oreillette droite	2 —
— oreillette gauche	1 —
— sillon interventriculaire	1 —
— ptose coronaire	1 —

La statistique récente de Salomoni nous donne les résultats suivants : 119 opérateurs ont fait 158 cardiorraphies avec 59 guérisons et 99 morts, soit 37,33 p. 100 de guérisons. Qui aurait cru cela il y a seulement dix ans!

Morts immédiates avant la fin ou aussitôt après la suture, 21 cas; morts pendant la suture, 6 cas.

Vous voyez que ces opérations qui, un moment donné, ont paru audacieuses ont donné des résultats inespérés. Pour les pratiquer il faut être bien installé et être chirurgien de carrière, sans quoi il faut laisser le malade mourir en paix s'il n'a plus qu'à choisir entre la mort accidentelle ou la mort opératoire.

Je vous dirai enfin que récemment, en Amérique, Monro a proposé de suturer chez le nouveau-né la paroi ventriculaire dans les cas de persistance du trou de Botal. Attendons patiemment les résultats des premières observations.

NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

I

Parmi les questions dont s'occupe actuellement la Société de médecine légale, il en est une qui va bientôt y être discutée, et qui vient de donner lieu à un rapport très intéressant et très bien étudié, c'est celle du relèvement des honoraires des médecins en matière d'expertises médico-légales.

D'un mot, on peut montrer l'utilité de la remise au point de cette question.

Nous vivons, en matière d'honoraires médico-légaux sur des tarifs qui datent simplement d'un siècle — de 1807 et de 1811! — et l'on conviendra facilement que ces tarifs doivent mal s'appliquer aux conditions de la vie du XXe siècle, et que, ce qui pouvait paraître une équitable rémunération des services rendus en 1807 ou 1811 ne saurait plus l'être en 1910.

La commission de la Société de médecine légale a estimé que, pour les affaires civiles ordinaires, les honoraires taxés par les présidents de tribunaux étaient le plus souvent équitables et suffisamment rémunérateurs, et qu'il n'y avait pas lieu de les modifier.

Cela est exact et nous y souscrivons volontiers... à condition que l'idée ne vienne pas auxdits présidents de rogner — un peu à tort et à travers — une grande partie des honoraires convenus... ce qui actuellement tend à se produire avec une très fâcheuse régularité!

En matière criminelle, voici les propositions de la commission :

1° Examen judiciaire d'un blessé et rapport.. 20 francs. (Ce travail est généreusement payé 13 francs actuellement.)

Dans certaines grandes villes, l'examen fait hors du cabinet de l'expert et ayant entraîné pour celui-ci un déplacement notable comporterait une allocation supplémentaire de .... 5 francs.

Un examen avec déplacement ordonné par le magistrat et resté sans effet utile par l'absence ou le départ du sujet à examiner donnerait lieu, si le déplacement a entraîné pour l'expert une perte de temps notable, à une indemnité de .... 5 francs.

Si l'expert, avant de déposer son rapport, a dû, après en avoir référé au juge, faire, outre le premier examen, une ou plusieurs visites complémentaires, chacune d'elles comporterait une allocation supplémentaire de .... 10 francs.

2° Autopsie autre que celle d'un nouveau-né avec rapport .... 50 francs. (Ce travail est actuellement payé 30 francs.)

Autopsie d'un nouveau-né avec rapport ...... 30 francs. (Travail payé actuellement 20 francs.)

3° Consultation médico-légale : allocation variable suivant l'importance, minimum .... 40 francs.

4° Examen descriptif d'un scellé, sans recherches spéciales .... 25 francs.

Examen avec recherches spéciales, micrographiques ou microchimiques (sang, sperme, oxyde de carbone...) qu'il s'agisse ou non d'un scellé; pour chaque examen. 50 francs.

5° Indemnité kilométrique de déplacement pour une opération médico-légale autre que la déposition devant un juge d'instruction ou un tribunal.

Le kilomètre parcouru en chemin de fer à l'aller et au retour .... 0 fr. 20.

Par tout autre moyen de transport .... 0 fr. 40.

6° Déposition devant un juge ou un tribunal.. 10 francs.

Telles sont les réformes qui sont demandées; on conviendra que ce ne sont pas là taxes bien exagérées, ni demandes bien subversives!

Qu'on en juge :

Faire pour 50 francs une autopsie, un rapport sur cette autopsie (besogne payée actuellement 30 francs!), pour une affaire criminelle, souvent difficile, parfois retentissante, qui six ou huit mois plus tard conduira l'expert à déposer en cour d'assises, où, alors, il perdra une journée au moins — payée généreusement 5 francs! — en butte aux observations le plus souvent aigres-douces des magistrats présents... il faut avouer que c'est encore pour rien!

II

M. Simonin, s'appuyant sur trois observations très minutieusement prises, vient d'attirer l'attention sur « l'épilepsie psychique en rapport avec les délits militaires ». C'est là une matière d'études très intéressantes puisqu'elle a trait à des soldats qui, du fait d'impulsions violentes que l'examen clinique et les enquêtes peuvent démontrer de nature comitiale, sont en conflit plus ou moins grave avec la discipline ou la justice militaire.

A la vérité, l'épilepsie est, en principe, rigoureusement

exclue de l'armée; en fait, elle y pénètre encore assez fréquemment, l'armée pouvant recevoir dans son sein des épilepsies latentes ou larvées ignorées des malades et de leurs familles ou méconnues dans leur nature par les médecins antérieurement consultés.

Il peut, en effet, arriver que le mal comitial ne se traduise que par des accès nocturnes dont le sujet n'a aucune conscience, qui parfois restent sans témoins ou sont interprétés comme un sommeil agité, hanté de pénibles cauchemars. D'autres fois, il s'agit du petit mal, de formes frustes à peine esquissées, ou bien d'équivalents d'accès, à symptomatologie insolite, n'éveillant pas d'emblée le soupçon de mal comitial. Ces manifestations peuvent se traduire par des refus d'obéissance, de l'indiscipline ouverte, des outrages, des voies de fait envers les supérieurs, des désertions apparentes. Au point de vue clinique, ce sont des vertiges, des absences, des angoisses, des phobies, des violences, des états de stupeur ou de mélancolie, parfois suivis, à échéance immédiate ou rapprochée, d'un accès convulsif plus ou moins caractérisé.

On comprend combien doit être minutieuse et *voulue* la recherche de ces états, car c'est dans la catégorie des épileptiques méconnus, dont les attaques sont nocturnes ou les manifestations larvées qu'on rencontre le plus souvent les *faux indisciplinés* qui, en l'absence d'examen approfondi, peuvent encourir des pénalités graves et imméritées.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHYSIOTHÉRAPIE

[*Paris, 29 mars-2 avril 1910* (1).]

CINÉSITHÉRAPIE. — La première section (cinésithérapie) a été très active : les sujets d'études y abondaient, et quelques-uns présentaient un intérêt puissant. Le professeur GARIEL, président, après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes, rappela que l'étymologie française avait fait du nom de κινεμα les mots déjà anciens de cinématique, cinémographe, cinémomètre, cinématographe, cinésie, cinésiologie, cinésithérapie, et que, par conséquent, il ne fallait point dire en France *Kinésithérapie*, en important un mot qui ne vient du grec que par l'intermédiaire d'une langue étrangère, le grec donnant, dans la langue française, un *c* pour un κ. M. Gariel a ajouté, en outre, les très intéressantes réflexions que voici :

« On dit, en ontogénie, que la fonction fait l'organe : c'est là une vue de l'esprit plutôt qu'un fait démontré; mais, quand l'organe existe, que seulement il est troublé plus ou moins profondément dans son fonctionnement, je pense qu'on peut le ramener plus ou moins complètement à son état normal, en le contraignant à fonctionner dans des conditions déterminées, ce qui est, en somme, la base d'un certain nombre de méthodes ou de procédés que vous mettez en usage. Aussi me paraît-il juste de dire que *la fonction refait l'organe*, et que ce pourrait être un aphorisme qui conviendrait comme épigraphe aux travaux de notre section. »

M. Maurice FAURE, secrétaire, après avoir rappelé que les Congrès de physiothéraphie ont été créés par les cinésithérapeutes, fit l'éloge funèbre de LAGRANGE, mort l'an dernier, introducteur de la mécanothérapie en France, auteur de livres considérables sur l'exercice, moyen prophylactique et thérapeutique; de LEMARINEL, cinésithérapeute belge, l'un des fondateurs du Congrès.

Les questions qui avaient été discutées longuement dans les Congrès précédents furent ensuite écartées, afin de concentrer toute l'attention sur les questions nouvelles. On laissa donc les accidents du travail et la rééducation des ataxiques, qui ne trouvèrent point de place à l'ordre du jour.

L'ensemble des travaux qui furent ensuite effectués peuvent être classés en trois catégories :

1° L'étude de l'éducation physique moderne;

2° La chirurgie orthopédique et la gymnastique rééducative;

3° Le massage abdominal.

ÉDUCATION PHYSIQUE

Les notions sur l'éducation physique moderne ont évolué et les médecins, qui s'en désintéressaient à peu près complètement, s'y attachent maintenant : ils font des mensurations, examinent les sujets, déterminent les lois de la fatigue et de l'entraînement, recherchent les règles du développement normal. Bref, à côté du rôle du médecin guérisseur et dépisteur de maladies, tend à se créer aujourd'hui le rôle du médecin surveillant le développement de l'individu sain.

Dans ce sens, MM. GUNZBOURG (d'Anvers), MAUREL (de Toulouse), THOORIS (de Paris), M. FAURÉ (de La Malou) ont apporté les résultats de leurs recherches sur la respiration normale chez les enfants des écoles et les recrues de la caserne.

MM. BUTTE (de Paris), QUERTON (de Bruxelles), FRAIKIN (d'Argelès) ont exposé l'action que le médecin peut exercer sur l'enfant, en surveillant son attitude, sa santé, sa force et en le soumettant à des règles de vie spéciale. MM. STRAKOVITCH (de Saint-Pétersbourg), KAISIN (de Floreffe) ont recherché les meilleurs principes d'éducation physique, parmi les différentes méthodes gymnastiques européennes. M. TISSIÉ (de Pau), Mme TACKE (de Paris) ont chanté les louanges de la gymnastique suédoise, dont M. PHILIPPE (de Paris) a attaqué les bases et la pratique. M. PETREN (d'Upsal) a déclaré que l'on exagérait beaucoup les effets de la gymnastique suédoise, et M. Patrick HAGLUND (de Stockholm) a dit nettement que la plupart des gymnastes suédois sont des charlatans.

MM. de MUNTER (de Liège), ROSENTHAL (de Paris), SIMS (de Menton), Robert FOY (de Paris), SCARPA (de Turin), KUHN (de Berlin), se préoccupant de l'efficacité des exercices respiratoires dans le traitement des maladies pulmonaires et des maladies générales, indiquent certains appareils et certaines règles, permettant d'en obtenir de bons effets dans la plupart des cas.

De tout cela, on peut retenir que : 1° le médecin est appelé à prendre un rôle beaucoup plus important que par le passé dans la famille et à l'école, en dirigeant l'élevage de l'enfant et de l'adolescent;

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 44, p. 622.

2° qu'il n'y a pas de bonne méthode de gymnastique et d'éducation physique toute faite, mais que l'on doit, dans chaque pays, en s'inspirant de la tradition, de la science et des progrès de chaque jour, créer des systèmes modifiables qui seront seulement des guides pour la pratique courante ; 3° que la gymnastique de la respiration n'a pas seulement un pouvoir prophylactique puissant, mais encore un pouvoir curateur à rechercher et à étudier dans les affections des voies respiratoires, les troubles de la circulation et les maladies diathésiques.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET GYMNASTIQUE RÉÉDUCATIVE

Luxation congénitale de la hanche. — MM. les professeurs Lorenz (de Vienne) et Kirmisson (de Paris) nous donnent, dans leurs rapports, des indications identiques : il faut opérer l'enfant jeune (quatre à six ans); M. Calot (de Berck) opère plus tôt, le plus tôt possible, à moins d'une année parfois, et montre de remarquables résultats sur une série d'enfants. Le traitement sanglant n'est admissible que lorsque des tentatives répétées de traitement non sanglant ont échoué.

D'ailleurs, la cure de la luxation simple réussit presque toujours par le procédé de Lorenz, et la cure de la luxation double réussit aussi, mais moins souvent. On doit réduire les deux fémurs dans la même séance.

MM. Redard et Vital Badin (de Paris) apportent quelques modifications de détail au manuel opératoire et aux soins subséquents. M. Mencière (de Reims) rappelle la technique de son levier métallique, qui décuple les forces et évite les accidents. M. Codet-Boisse (de Bordeaux) insiste, avec des radiographies, sur l'importance de la manœuvre de rotation interne, ce que M. Barbarin (de Paris) confirme.

Scoliose. — M. Privat (de Paris) pense que le corset, bien ordonné, est utile et souvent nécessaire, et M. Redard (de Paris), tout en usant de la gymnastique systématique, croit aussi au rôle nécessaire du corset. M. Mencière (de Reims) a un procédé particulier pour exercer le thorax difforme dans un appareil qui le moule. M. Ménard (de Paris) croit la gymnastique suffisante tant que la scoliose est réductible, et M. Scholder (de Lausanne), avec un grand nombre de statistiques et de graphiques, montre le danger du corset qui amène l'atrophie, l'ankylose, et augmente la torsion. M. Rœderer (de Paris) insiste sur l'importance de l'état général, qui vaut bien, dit-il, autant de soins que le dos du malade. En somme, éviter le corset tant qu'il est évitable, c'est-à-dire tant que la déformation peut être réduite par les exercices seuls, le considérer comme un pis-aller, le placer avec soin, ne pas le laisser à demeure, continuer les exercices passifs et actifs en dehors des heures de corset, telle est la ligne de conduite qui paraît résulter de ce débat. M. Kouindjy (de Paris) y joint le massage des muscles du côté de la convexité, pour augmenr leur tonicité et leur action correctrice.

M. Dernheid-Delcour (de Belgique) admet que le *pied plat* existe chez un tiers des enfants de six à treize ans et y voit la cause de plusieurs douleurs des membres inférieurs.

Maladies nerveuses. — M. Petren (de Upsal) a eu de remarquables résultats dans le traitement de la *sciatique* par l'eau chaude, le massage et l'élongation non sanglante. M. M. Faure (de La Malou) confirme l'opinion de M. Petren par des exemples semblables et rappelle, en outre, qu'il a indiqué, depuis 1903, une méthode de traitement des *paraplégies spasmodiques* et divers moyens applicables au traitement des *myélites*, que, de son côté, M. Petren a depuis employé avec succès, dans des cas analogues. — M. Kouindjy (de Paris), dans le traitement de la *maladie de Little*, a fait usage des procédés indiqués par M. Faure pour les paraplégies spasmodiques, et estime qu'en commençant chez les enfants tout jeunes, on a des résultats intéressants. M. Gendron (de Bordeaux) a soigné un paraplégique spasmodique avec succès, par la méthode indiquée par M. Faure, M. Mencière (de Reims) rappelle qu'il est cependant (surtout dans la *paralysie infantile*) des résistances invincibles, pour lesquelles il faut avoir recours à la ténotomie et aux sutures tendineuses. M. Laquerrière (de Paris) montre que le courant faradique est un bon procédé d'entraînement des muscles flasques et paralytiques. M. Wetterwald (de Paris) insiste sur l'importance du massage dans le traitement des *névralgies*. MM. Famenne (de Florenville), Rochu-Méry et Philippe (de Paris), Colombo (de Rome), M. Faure (de La Malou) étudient le rôle du travail manuel dans le traitement des psychonévroses, et l'importance des manœuvres cinésithérapiques (massage, mouvements actifs et passifs) au cours du traitement moral. Il est bien difficile, et certainement préjudiciable, de diviser en deux traitements différents l'influence psychique et l'action physique de la manipulation. Au contraire, en associant ces moyens systématiquement, on a, chez les névropathes, des résultats remarquables.

MASSAGE ABDOMINAL

Constipation. Massage du ventre. Troubles de la circulation. — MM. Cautru (de Paris) et Kisch (de Prague) présentent des travaux considérables sur la technique et les résultats du traitement de la constipation. MM. Bourcard (de Genève) et Fraikin (d'Argelès) montrent que l'équilibre intra-abdominal est indispensable à la santé générale, et que la circulation des organes abdominaux est liée à cet équilibre des pressions.

M. Sperling (de Berlin) pense que le massage profond, précisément en agissant sur la circulation, vient en aide au cœur. M. Hönck (de Hambourg) estime que ce massage agit aussi sur les nerfs sympathiques et par là sur les sécrétions viscérales, particulièrement bronchiques. M. Hirschberg (de Paris) rappelle que d'ailleurs, en stimulant les vaso-moteurs, le massage active la circulation, provoque la diurèse et combat les accidents de l'artério-sclérose. MM. Heitz et Haranchipy (de Royat) combinent les exercices pas-

sifs et les mouvements respiratoires pour faciliter la circulation, particulièrement la circulation thoracique, chez les cardiaques et les obèses.

Gynécologie. — A la condition de ne pas les opposer à l'action chirurgicale, les manipulations gynécologiques (massages, exercices actifs et passifs), telles qu'elles ont été réglées par Thure-Brandt et Stapfer, donnent des résultats tout à fait remarquables. Comme régulatrices des menstrues, comme moyen d'arrêt des hémorragies, comme restauratrices des fonctions génériques et curatrices des petites inflammations, les manipulations ont fait leurs preuves en Suède et en France. Le rapport de M. Stapfer (de Paris) et la statistique de 309 cas de son élève Brulant (de Paris) le démontrent. Mme Sosnowska (de Paris) insiste sur l'intérêt du masso-diagnostic, cette recherche donnant des indications bien supérieures aux procédés d'exploration ordinaire. Enfin Mlle Delyon (de Paris), montre que certaines femmes sont stériles par insuffisance de sécrétions utéro-ovariennes, sans lésions anatomiques, et par troubles de la circulation, de sorte que le traitement cinésique, en stimulant l'ovulation et les sécrétions, en régularisant la circulation, rétablit la fécondité.

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1910)

Albuminurie digestive. — MM. Linossier et G.-H. Lemoine. Il existe dans les aliments des néphrotoxines insuffisamment détruites par la digestion, qui peuvent provoquer des lésions rénales légères avec albuminurie consécutive. Tel est, d'après ces auteurs, le mécanisme de certaines albuminuries digestives; mais, bien loin de dire que c'est le seul mécanisme, ils insistent sur ce que la plupart de ces albuminuries sont des albuminuries de causes associées. Que des modifications de la circulation rénale y jouent un rôle, comme le veut M. Lenoir, MM. Linossier et Lemoine ne le contredisent pas, bien au contraire. Ils ont écrit que, le plus souvent, l'albuminurie digestive est accentuée par l'orthostatisme. Mais ils font remarquer qu'aucune expérience n'a fait la preuve de la production, sous une influence digestive, d'un trouble circulatoire rénal albuminigène.

La guérison de ces albuminuries dyspeptiques ne saurait être considérée comme une preuve qu'elles sont indépendantes de toute lésion. Elle prouve seulement qu'il s'agit de lésions curables.

Amaurose subite au cours d'une néphrite aiguë avec œdème sans azotémie. Stase veineuse péri-papillaire. Etat rosé de la papille. Guérison rapide. Rôle de l'œdème cérébral. — — MM. F. Widal et Vaucher. Chez un malade atteint d'une néphrite aiguë avec œdèmes généralisés, est apparue brusquement une amaurose presque complète. Pendant deux jours, la cécité était presque absolue; l'examen ophtalmoscopique montrait une congestion intense du fond de l'œil : veines dilatées et flexueuses, état rosé de la papille sans œdème papillaire. En trois jours, l'amaurose a rétrocédé, cette rétrocession coïncidant avec la fuite des œdèmes périphériques, la chute de poids, la décharge urinaire et chlorurée. En même temps la stase papillaire disparaît très rapidement sans laisser de lésion durable du fond de l'œil.

La bénignité de ces amauroses subites à début brutal et à évolution éphémère est à opposer à la gravité de la rétinite albuminurique, fréquemment observée au cours des néphrites chroniques et qui entraîne des lésions oculaires permanentes.

Le nom d'amaurose urémique sous lequel on désigne habituellement cette cécité transitoire est inexact, ainsi qu'en témoigne, chez le malade de MM. Widal et Vaucher, le dosage de l'urée dans le sérum qui a montré un chiffre normal, 33 centigrammes. La rétention azotée ne joue donc aucun rôle dans la production du phénomène. Par contre la disparition simultanée de l'amaurose et des œdèmes périphériques permet d'invoquer, dans la pathogénie de ces accidents transitoires, un œdème cérébral fugace avec hypertension du liquide céphalo rachidien.

Méningite urémique toxi-infectieuse. — MM. A. Chauffard et Cl. Vincent. Pour établir le diagnostic d'une méningite urémique, il est nécessaire de pratiquer un triple examen chimique, cytologique et bactériologique. La plupart des observations publiées jusqu'à ce jour ne remplissent pas ces conditions, dont le cas suivant montre toute l'importance.

Une jeune femme atteinte de néphro-sclérose avec petits signes d'urémie gastrique est prise brusquement de crises éclamptiques et tombe dans le coma avec respiration de Cheyne-Stokes typique, signe de Babinski et réaction fébrile qui s'élève progressivement à 40 degrés. L'analyse du sang, des vomissements, du liquide céphalo-rachidien (qui contenait 3g60 d'urée) démontre l'existence d'une *urémie azotémique*, confirmée également par l'autopsie. Mais, de plus, l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien permettait de constater la présence de nombreux polynucléaires et de pneumocoques typiques paraissant expérimentalement peu virulents. A l'urémie azotémique s'associait donc une *méningite pneumococcique* ayant pour point de départ, histologiquement constaté, une méningo-radiculite pneumococcique.

On peut donc conclure que l'examen d'une séreuse enflammée au cours du mal de Bright comporte, pour être complet, et en dehors de l'investigation clinique ordinaire : d'une part, l'analyse chimique de l'exsudat séreux, d'autre part, un examen cytologique et bactériologique du même liquide. D'après ces données, la question des urémies fébriles est à reprendre en tenant compte de la fréquence des associations pathogéniques complexes à la fois infectieuses et toxiques.

Kyste hydatique de la rate et polyglobulie. — MM. Rist, Léon Kindberg et Parvu relatent l'observation d'un malade porteur, depuis cinq ans, d'une très grosse rate, sans éosinophilie, sans aucun symptôme classique d'échinococcose, mais avec une polyglobulie de 6 millions ½ à 7 millions ½.

On pouvait penser à un érythème du type Vaquez Osler si la réaction de fixation n'avait montré qu'il s'agissait de kyste hydatique.

L'opération, pratiquée par M. Lejars, permit de vérifier le diagnostic. Le kyste contenait 5 litres de liquide. La polyglobulie disparut ensuite graduellement; la splénomégalie ne rétrocéda que très lentement. C'est un succès de plus à l'actif de la réaction de Bordet et Gengou appliquée au kyste hydatique. L'éosinophilie est un symptôme sans importance. L'intérêt de l'observation réside dans la discussion de la polyglobulie. Ce cas, joint à ceux de tuberculose primitive de la rate, montre qu'une lésion splénique peut déclancher la réaction érythroblastique.

Auscultation sus-claviculaire du sommet du poumon. — M. Ramond. La tuberculose pulmonaire débutant presque toujours par le sommet, c'est donc dans la zone sus-épineuse et sous la clavicule que portent habituellement toutes les investigations. Cependant, comme le sommet dépasse légèrement la clavicule, on ausculte aussi quelquefois la région sus-claviculaire. Or, l'anatomie apprend que le dôme pulmonaire affleure surtout au-dessus de la portion interne de la clavicule : ce n'est donc pas seulement au niveau du triangle sus-claviculaire que doit porter l'examen, mais aussi plus en dedans, au niveau du chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien et de la fossette adjacente. Comme pour l'examen du triangle sus-claviculaire, il est préférable, pour celui de cette fossette sterno-cléido-mastoïdienne, d'user de l'auscultation directe, à l'oreille, et non du stéthoscope qui atténue ou déforme les bruits. Pour cela, on se place du côté opposé à ausculter, la tête du malade inclinée en rotation légère. Nor-

malement, on perçoit dans cette fossette une respiration assez forte, renforcée par le souffle trachéal. Dans le cas de tuberculose au début, il peut y avoir des modifications précoces du système respiratoire qui permettent souvent d'affirmer un diagnostic hésitant. Mais il ne faut pas demander à ce genre d'auscultation plus qu'il ne peut donner, l'auscultation des régions habituelles lui étant nettement supérieure dans la grande majorité des cas.

Etude clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac. Importance diagnostique des métastases rectales. — M. Bensaude rapporte quatre observations de métastases intestinales du cancer de l'estomac. Après avoir fait remarquer que ces métastases peuvent se produire de dedans en dehors par greffe muqueuse ou de dehors en dedans par greffe péritonéale, l'auteur classe ces dernières en trois groupes : 1° les cas sans symptômes gastro-intestinaux; 2° les cas avec symptômes gastriques; 3° les cas avec symptômes intestinaux; et étudie plus particulièrement les métastases rectales d'autant plus intéressantes qu'elles sont plus facilement accessibles à l'exploration et peuvent servir au même titre que les métastases ganglionnaires de signe révélateur du cancer de l'estomac. Celui-ci affecte alors presque toujours la forme de la linite plastique et s'accompagne d'autres métastases le long du tractus intestinal. Ces métastases qui ont été confondues avec les tumeurs primitives s'en distinguent par l'absence d'ulcérations de la muqueuse et de végétations cancéreuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1910)

Mort rapide ou subite postopératoire. — M. Delbet rappelle que, dans la dernière séance, M. Quénu a apporté trois observations d'embolies pulmonaires au cours de traitement de fractures. M. Quénu ajoutait qu'il était indiqué d'examiner préalablement le sang des malades avant les interventions chirurgicales, de façon à diminuer, au besoin, sa coagulabilité par l'emploi du citrate de soude.

Pour M. Delbet, ces cas d'embolies, à la suite des opérations, sont très rares.

Il est d'autres causes de ces morts subites dont M. Delbet donne un exemple. Un malade entre dans son service avec une fracture du tibia et un énorme épanchement sanguin; les battements n'existaient plus dans la pédieuse. M. Hallopeau, chef de clinique de M. Delbet, fait un débridement sous chloroforme, les battements reparaissent dans l'artère; le malade allait bien quand le lendemain matin, à huit heures, il meurt brusquement. On croyait à une embolie. L'autopsie a montré qu'il n'y avait pas eu d'embolie, mais bien une altération profonde des capsules surrénales par le chloroforme. Il résulte, en effet, d'expériences qu'a faites M. Delbet sur des cobayes, que le chloroforme peut déterminer des altérations immédiates des capsules surrénales. Ce n'est donc pas seulement sur le foie que le chloroforme peut avoir une action funeste. M. Delbet pense qu'on pourrait, dans une certaine mesure, prévenir ces accidents par les injections de 1 à 2 dixièmes de milligramme d'adrénaline. Le malade de M. Hallopeau n'avait pas eu cette injection préalable.

M. Guinard discute les argumentations de MM. Quénu et Tuffier au sujet des embolies survenant dans le cours du traitement des fractures sans chloroforme. M. Quénu déclare qu'il faudrait, dans ces cas, examiner le pouvoir coagulant du sang de tous les malades. Cet examen, dans la pratique courante, est aux yeux de M. Guinard absolument impossible.

M. Guinard a reçu, à ce propos, plusieurs lettres de confrères de province, une, entre autres, du docteur Michel qui, dans une pratique d'une quarantaine d'années, a eu trois cas de mort subite au cours du traitement de fractures. M. Lucas-Championnière a apporté trois cas semblables. M. Guinard en a également communiqué trois observations. Ce sont là des cas d'embolies, dans plusieurs desquels même on a, à l'autopsie, trouvé le caillot. M. Tuffier dit que l'embolie pulmonaire tue rarement Elle ne tue peut-être pas toujours les chiens, mais elle tue très bien les gens.

M. Picqué apporte une observation qui vient à l'appui des considérations de M. Delbet relatives à l'influence du chloroforme sur les capsules surrénales.

M. Tuffier se défend d'avoir dit qu'on ne mourait pas d'embolie. Il a seulement soutenu que dans tous les cas de mort subite on invoquait l'embolie. Il y a là une grande exagération; dans bien des cas de mort subite on ne trouve pas, à l'autopsie, de traces d'embolie.

M. Quénu estime que les cas d'embolies sont bien plus fréquents qu'on ne croit et qu'il y a bien des cas dans lesquels l'embolie ne tue pas. Il pourrait citer nombre de faits cliniques à l'appui de cette opinion. Il cite, entre autres, l'exemple d'un malade du service de M. Chauffard qui, à la suite d'une contusion grave de la région hépatique, eut un accès de dyspnée. M. Quénu fit une incision exploratrice latérale, trouva de l'ascite, un foie gros et une cicatrice sur le foie. Il y avait donc eu une rupture du foie. Le malade allait bien quand le lendemain matin il mourut subitement. L'autopsie judiciaire fut faite à la Morgue et M. Quénu regrette beaucoup de n'y avoir pas été convoqué. Non prévenus, les médecins légistes ont conclu à une phlébite des veines sus-hépatiques. L'embolie pulmonaire, très probable dans ce cas, n'a sans doute pas été recherchée.

M. Delbet n'a jamais mis en doute les cas de mort subite postopératoire par embolie, mais à côté de cette cause de mort subite, il en est une autre, l'altération des capsules surrénales sur laquelle il a appelé l'attention de ses collègues.

M. Chaput pense que la mort par embolie est plus fréquente qu'on le croit. Il y a des cas où il est difficile de trouver le caillot à l'autopsie.

Une discussion un peu confuse se poursuit entre MM. Quénu, Chaput et Tuffier sur ce sujet. La question de ces morts subites par embolie n'est pas encore complètement élucidée.

Anévrisme artério-veineux. — M. Guinard fait un rapport sur un cas d'anévrisme artério-veineux de la sous-clavière, observé par M. Nicolopoulos. Un homme de cinquante ans, dans une rixe, reçoit un coup de couteau en arrière, dans la région de l'omoplate. Peu de temps après apparaît au niveau de la fosse sus-claviculaire une tumeur sans battements, sans souffle. On fait une toilette soignée de la plaie. Huit jours après, on reconnaît que la tumeur est animée de battements et le siège d'un souffle intense. Il y a de l'œdème du membre supérieur correspondant. Il s'agit donc d'un anévrisme artério-veineux sous-clavier. Malheureusement, la suite de cette observation fait défaut.

Tumeur parotidienne. — M. Guinard analyse une observation de M. de Fourmestraux (de Chartres). Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans qui était atteinte d'une énorme tumeur parotidienne, adhérente aux parties profondes, avec un prolongement pharyngien, une paralysie faciale complète. Cette tumeur était le siège de douleurs atroces. M. de Fourmestraux se décide à opérer. Il procède à une dissection minutieuse; au cours de cette dissection, la carotide interne est déchirée; M. de Fourmestraux hésite à pratiquer la suture de cette artère. Il s'en tient à lier les deux bouts; la carotide externe avait été liée elle aussi. Malgré cette double ligature, la malade n'a pas eu d'accidents cérébraux.

M. de Fourmestraux regrette de n'avoir pas fait, dans ce cas, la suture du vaisseau, regret inutile puisque la malade n'a pas eu d'accidents malgré la double ligature de la carotide interne et de la carotide externe, ce qui confirme l'opinion souvent soutenue par M. Guinard sur l'innocuité de cette ligature, à la condition que les artères du côté opposé soient saines.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 19 avril. — MM. Français, 23; Rottenstein, 22.

Prochaine séance (épreuve clinique), jeudi 21 avril, à quatre heures trois quarts, à l'hôpital Laënnec.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 18 avril. — Question donnée : « Canal inguinal. — Symptômes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. »

M. Vielle (Albert), 15 + 18 = 33; Mlle de Pfeffel, 16 + 18 = 34; MM. Faveret, 14 + 16 = 30; Castex, 14 + 14 = 28; Sédillot, 16 + 21 = 37; Lévi-Franckel, 12 + 17 = 29; Mlle Hertz, 15 + 20 = 35 ; MM. Huyghues-de-Beaufond, 18 + 18 = 36; François, 14 + 21 = 35; Juin, 14 + 15 = 29; Le Grand, 18 + 27 = 45.

CONCOURS DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — LECTURE. — La séance qui devait avoir lieu le mercredi 20 avril est reportée au vendredi 22 avril, à cinq heures et demie.

COMMISSION DU CODEX. — Il est institué au ministère de l'instruction publique une commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*Codex medicamentarius*).

Cette commission est chargée, en outre, de préparer, s'il y a lieu, la publication des suppléments prévus pour la pharmacopée (édition de 1908) par l'article 2, n° 10, de l'arrêté du 2 juillet 1904.

La commission est composée ainsi qu'il suit :

MM. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, conseiller d'Etat, président; — Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine, vice-président; — Guignard, directeur de l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, vice-président; — Adam, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort; — Bourquelot, professeur à l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine; — Buchet, directeur de la pharmacie centrale de France; — Chassevant, agrégé libre de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France; — Gautier (Henri), professeur à l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris; — Grimbert, professeur à l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris; — Jungfleisch, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine; — Léger, pharmacien en chef des hôpitaux de Paris; — Loiseau, pharmacien à Paris; — Marty, membre de l'Académie de médecine; — Michel, pharmacien à Paris; — Mosny, membre de l'Académie de médecine, membre du conseil supérieur d'hygiène publique de France; — Moureu, professeur à l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, membre de l'Académie de médecine; — Perrot, professeur à l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris; — Roux (Emile), directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine ; — Roux (Eugène), docteur ès sciences, chef du service de la répression des fraudes au ministère de l'agriculture; — Yvon, membre de l'Académie de médecine, membre de la Société de pharmacie de Paris; — le président de l'association générale des pharmaciens de France; — le secrétaire général de l'association générale des pharmaciens de France; — Générès, chef du premier bureau de la direction de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille d'or a été décernée à M. Carpanetti, à Guelma (Algérie).

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTES DE PARIS. — Les étudiantes de l'Université de Paris viennent de se constituer en association. Mme Mulon, déléguée pour la médecine, a été élue présidente de l'association qui se propose d'offrir des facilités à ses adhérentes pour leurs études, et, en même temps, de leur venir en aide en organisant, dans des conditions à déterminer, un office de placement.

L'inauguration du local de l'association, rue Saint-Jacques, aura lieu le 29 mai. Il comprendra un restaurant à bon marché.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 653.*)

LE ROLE DU THYMUS

DANS CERTAINS ÉTATS PATHOLOGIQUES

D'APRÈS LES DONNÉES ANATOMO-CLINIQUES ET PHYSIOLOGIQUES RÉCENTES

PAR MM.

M. LUCIEN et J. PARISOT
Chef de laboratoire Chef de clinique
à la Faculté de Nancy.

Les récentes données que nous possédons sur l'évolution normale et sur les fonctions du thymus permettent d'étudier sur des bases nouvelles et surtout plus solidement établies le rôle qu'il peut jouer en pathologie. Il nous semble, en effet, qu'on a, d'une part, exagéré l'influence exercée par cet organe dans certains syndromes morbides, dans l'acromégalie et la maladie de Basedow par exemple, affections au cours desquelles on a relevé son hypertrophie, et que, par contre, on s'est peut-être insuffisamment préoccupé des lésions dégénératives de cette glande dans certains états dystrophiques de la première enfance. Les interventions chirurgicales dont le thymus est l'objet étant, de nos jours, de plus en plus nombreuses, il convient de se faire une opinion précise de ses fonctions physiologiques, dans le but de mieux définir les indications opératoires et l'étendue des interventions.

*
* *

Pour qu'il soit légitime de rattacher à certains phénomènes morbides l'hypertrophie ou l'atrophie du thymus, il est nécessaire d'être fixé d'une façon certaine sur l'évolution normale de cet organe aux différents âges de la vie. Faute de ces données, il devient en effet très difficile de s'entendre sur la valeur à attribuer au terme d'hypertrophie, de persistance, ou de reviviscence de l'organe, toutes expressions employées souvent de façon arbitraire.

La notion d'*hypertrophie thymique* nécessite, pour être établie, la connaissance exacte de la valeur pondérale de l'organe à l'âge envisagé. Il faut, de plus, tenir grand compte des variations individuelles parfois considérables que peut présenter le thymus au même titre que les autres formations lymphoïdes de l'organisme.

Les données anatomiques touchant l'époque à laquelle le thymus atteint son plus grand développement ont été, jusqu'à ces dernières années, tout à fait contradictoires.

Pour A. Rauber (1893), le thymus acquiert son poids maximum vers la deuxième ou la troisième année, il pèserait alors 25 à 28 grammes au lieu de 15 à 20 à la naissance. Farret (1896), qui a étudié une série de 37 cas, incline à admettre que cet organe atteint son plus grand développement au moment de la naissance. Merkel (1899) pense que le thymus s'accroît jusqu'à la deuxième année pour diminuer lentement ou rester stationnaire jusqu'à la puberté. A cette époque, il disparaîtrait en subissant la dégénérescence graisseuse. Pour Katz (1900), la moyenne du poids de la glande serait de 4 grammes de un à cinq mois, de 6 grammes de cinq mois à deux ans, de 8 grammes de deux à treize ans.

D'après Cruchet, le thymus pèserait, à la naissance, de 3 à 5 grammes, augmenterait ensuite légèrement pour atteindre, vers trois ou quatre ans, 7 à 9 grammes, poids qui resterait ensuite stationnaire jusqu'à la puberté.

Dans une étude portant sur 101 cas, Collin et l'un de nous (1905) ont observé un maximum de poids chez le nouveau-né; et, chez des enfants de 1 à 13 ans, le thymus ne s'est jamais montré plus volumineux qu'au moment de la naissance.

Tous ces renseignements sembleraient indiquer que le thymus atteint son apogée, soit au moment de la naissance, soit au cours des deux ou trois premières années de la vie; c'est, du reste, à cette dernière opinion que se sont rangés la plupart des traités classiques à la suite des recherches, déjà anciennes, de Friedleben, de Dahms et de Sappey.

Cependant, au cours de ces dernières années, la question a été reprise par Hammar (1906) sur des bases nouvelles (1). Pour cet auteur, les données brutes fournies par les autopsies ne sauraient avoir une valeur absolue; elles doivent être interprétées. Le thymus est, en effet, un organe dont le poids varie dans de grandes limites sous l'influence des différents états pathologiques. On sait, en particulier, avec quelle rapidité les maladies consomptives et cachectisantes, si fréquentes chez les jeunes enfants, entraînent rapidement l'atrophie de la glande. Il va de soi que cette involution accidentelle du thymus s'accompagne d'une réduction parfois considérable du volume et du poids de l'organe. Pour se rendre compte de la valeur du thymus aux différents âges de la vie, il faudrait étudier cette glande chez des sujets morts accidentellement ou ayant succombé très rapidement au cours d'une maladie aiguë. En se servant d'un semblable matériel, Hammar a pu établir le tableau suivant de l'évolution pondérale du thymus chez l'homme.

Nouveau-nés	13gr26
De 1 à 5 ans	22gr98
De 6 à 10 ans	26gr10
De 11 à 15 ans	37gr52
De 16 à 20 ans	25gr58
De 21 à 25 ans	24gr73
De 26 à 35 ans	19gr87
De 36 à 45 ans	16gr27
De 46 à 55 ans	12gr85
De 56 à 65 ans	16gr08
De 66 à 75 ans	6gr

Depuis, Karl Sury est arrivé à des conclusions à peu près analogues à la suite de l'examen de 200 thymus.

Il résulterait donc de ces données nouvelles, que la glande thymique est susceptible de s'accroître jusqu'à un âge assez avancé et que son involution ne s'effectue pas, ainsi qu'on le pensait, peu après la

(1) Hammar. Ueber gewicht Involution ünd Persistenz der Thymus im postfœtalleben des Menschen, *Arch. f. Anat. und Physiol., anat. Abt., suppl.* 1906.

naissance. C'est à une conception identique que sont arrivés récemment Léon Tixier et Mlle Feldzer (1), en concluant que l'involution du thymus commence seulement entre huit et douze ans, pour se poursuivre très lentement. De ces faits, se dégage également cette conclusion que le thymus peut se rencontrer chez le vieillard même, à l'état d'organe bien différencié, son poids pouvant atteindre encore, comme l'a montré Hammar, de 5 à 10 grammes.

Cette nouvelle conception sur l'involution normale du thymus a l'avantage de se rapprocher beaucoup de ce que l'on connaît de l'évolution du thymus chez les animaux. En effet, des recherches de Goodall et Platon chez le cobaye, de Söderlund et Backmann, de nous-mêmes sur le lapin, il résulte que cet organe s'accroît régulièrement jusqu'à la puberté pour diminuer lentement tout en conservant une certaine importance à la suite de cet âge.

Il ne peut donc paraître surprenant de rencontrer chez des adultes vigoureux morts *rapidement*, à la suite d'accidents ou de maladies aiguës, des thymus parfois très volumineux. Nous avons eu l'occasion de faire plusieurs fois cette constatation et chaque fois nous avons pu relever également un état de développement et de conservation remarquables des diverses autres formations lymphatiques : amygdales, ganglions, follicules clos de la rate et de l'intestin, plaques de Peyer.

Ces données récentes permettent, on le comprend, de critiquer avec plus de sûreté le rôle particulièrement attribué au thymus dans diverses affections.

Tout d'abord, sans vouloir discuter l'influence qui revient à l'*hypertrophie thymique dans la mort subite* observée parfois chez de jeunes enfants ou au cours des anesthésies pratiquées chez l'adulte pour diverses interventions chirurgicales, il convient de faire remarquer que dans bon nombre de cas il ne s'agissait pas d'*hypertrophie réelle* de l'organe. Dans certains des cas de mort subite relatés par Pott, Piedecoq, Farret, Perrin de la Touche, Lange, le poids du thymus était respectivement de *14 grammes* (enfant de seize mois), *23 grammes* (sept mois), *16 grammes* (neuf mois), *11 grammes* (nouveau-né), *24 grammes* (trois mois), *17 grammes* (nouveau-né), *22 grammes* (quatre mois). Si l'on se reporte aux chiffres que nous avons précédemment cités, en particulier à ceux de Hammar et de Sury, on voit que dans ces cas il n'existait pas, en réalité, d'hypertrophie de la glande et l'on peut se demander s'il était légitime de considérer le thymus comme cause directe de la mort. Il est trop facile, lorsqu'on rencontre à l'autopsie d'un sujet mort subitement un thymus à première vue volumineux, de conclure à la mort par hypertrophie thymique. Il convient, en effet, avant d'affirmer pareille conclusion, de déterminer le poids de l'organe, et de voir s'il dépasse dans des proportions notables les moyennes actuellement établies. Ces faits présentent une importance assez considérable au point de vue *médico-légal*.

Pareille remarque s'applique aux cas de *mort subite au cours des anesthésies*. Il existe à l'heure actuelle plus d'une quarantaine de cas de mort anesthésique dans lesquels on a relevé à l'autopsie une hypertrophie plus ou moins considérable du thymus. Sans vouloir entrer dans le détail de ces observations, nous ferons remarquer que dans bon nombre d'entre elles, le poids de l'organe oscillait entre 20 et 50 grammes ; qu'il s'agissait de plus, généralement, de sujets jeunes, les trois quarts ayant en effet moins de vingt ans. Or, nous savons que le thymus atteint justement à l'époque de la puberté son poids relatif le plus considérable qui se trouve être, en moyenne, de 37 grammes, entre onze et quinze ans.

Ces données, jointes à de nombreux faits anatomo-cliniques et expérimentaux, nous ont permis de discuter le *rôle pathogénique de l'hypertrophie du thymus* dans l'*acromégalie* et dans la *maladie de Basedow* (1). Nous avons établi ainsi que la persistance du thymus dans ces deux états pathologiques n'est pas un fait constant, la présence de cet organe n'ayant pu être relevée dans tous les cas de ces affections. Dans les observations qui relatent cette persistance, l'importance de la glande elle-même est des plus variables et ne présente aucun rapport avec l'intensité des symptômes de la maladie. Si, dans certains cas, le volume du thymus est considérable et peut faire croire à son hypertrophie, dans d'autres cas, au contraire, il ne s'agit que de simples vestiges thymiques. Les recherches expérimentales ne permettent pas de voir une relation fonctionnelle (suppléance ou antagonisme) entre le thymus ou le corps thyroïde (2) d'une part, et le thymus et la pituitaire (3) d'autre part. La *thyroïdectomie*, loin de provoquer l'hypertrophie du thymus, entraîne au contraire un retard dans la croissance et l'involution précoce de l'organe. L'*ablation du thymus* ne provoque aucune réaction vicariante de la thyroïde dont les poids absolu et relatif demeurent inférieurs à la normale : l'hypophyse ne semble pas, elle-même, subir de modification appréciable. Enfin l'ablation de l'hypophyse n'a encore donné aucun résultat positif, capable de faire penser à une réaction thymique secondaire.

L'opothérapie thymique chez certains malades atteints de goitre exophtalmique a été suivie d'améliorations incontestables ; mais, dans un grand nombre de cas, cette médication est demeurée sans effet. Divers extraits glandulaires et en particulier ceux d'ovaire, d'hypophyse, ont également fourni de bons résultats dans le traitement de cette affection ; par conséquent, sans vouloir interpréter d'une façon définitive le mode d'action de ces extraits il

---

(1) Léon Tixier et Mlle Feldzer. Régression pathologique du thymus dans le jeune âge, *Soc. de biol.*, 12 fév. 1910.

(1) M. Lucien et J. Parisot. La persistance du thymus dans la maladie de Basedow. Son rôle dans la pathogénie de cette affection, *Revue méd. de l'Est*, 1er et 15 mai 1909.

(2) M. Lucien et J. Parisot. Modifications du poids de la thyroïde après la thymectomie, *Bull. de la Soc. de biol.*, 16 fév. 1909, p. 408 ; — Modifications du poids du thymus après la thyroïdectomie, *Soc. de biol.*, 30 mars 1909.

(3) M. Lucien et J. Parisot. In Contribution à l'étude des fonctions du thymus. Thymus et hypophyse, *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1910.

ne semble pas qu'on puisse être autorisé à considérer le suc thymique comme doué de propriétés, à proprement parler spécifiques, dans la maladie de Basedow.

Tous ces faits s'élèvent donc contre l'hypothèse, souvent invoquée, d'un rôle spécial joué par le thymus, dans la maladie de Basedow et dans l'acromégalie. La présence du thymus dans ces affections nous semble devoir être envisagée non pas comme l'effet d'une suppléance ou d'une hypertrophie vicariante de l'organe, mais bien plutôt comme la simple persistance de cette glande.

* * *

Les différents auteurs qui ont étudié l'évolution et l'involution du thymus ont été frappés de la régression précoce de cet organe dans les divers états de cachexie infantile et en particulier au cours de l'athrepsie. Farret (1896), Durante (1896), Mettenhiemer (1897), Dwornitschenko (1897), Smith (1905) insistent sur les rapports de l'atrophie du thymus et des maladies consomptives. Etant donné le rôle important que les physiologistes attribuent à la glande thymique sur la nutrition en général et sur la croissance, il était naturel de rechercher une relation de cause à effet entre la régression précoce de l'organe et la présence des troubles dystrophiques présentés par les *athrepsiques*.

Stoker, Ruhröh et Rohrer signalent que, chez les athrepsiques, le poids du thymus n'oscille guère qu'entre 1g20 et 7g50. Thompson, dans un travail récent (1907), relève un poids moyen de 2g40. Dans nos recherches personnelles, le poids moyen du thymus chez les athrepsiques s'est trouvé être de 0g97; le thymus le plus volumineux ne dépassait pas 2g50, le plus atrophié ne pesait que 0g5. Dans un travail récent, Mlle Feldzer (1) relève comme moyenne le chiffre de 1g25.

Cette diminution du poids correspond à des lésions microscopiques indiquant la dégénérescence profonde de l'organe. Nous avons mis ces faits en évidence dans une série de recherches (2) et avons d'autre part montré que les extraits de thymus d'athrepsiques ne possèdent plus à un même degré les propriétés physiologiques des extraits de thymus normaux; nous avons pu conclure en particulier que la perte de la propriété physiologique hypotensive du thymus des athrepsiques marche de pair avec les modifications structurales de l'organe.

Ces lésions profondes du thymus peuvent-elles être considérées comme la cause même de la déchéance organique caractéristique de l'athrepsie? Il faut convenir que l'involution précoce du thymus se produit fréquemment à la suite des infections et des intoxications les plus variées et l'on peut même dire, à ce point de vue, que le thymus est un organe particulièrement fragile. Pour Mlle Feldzer, il s'agit là d'une lésion secondaire au cours d'un syndrome clinique. Nos recherches nous avaient engagé à conclure de même; mais, et comme on le verra ce fait a son importance, si la lésion thymique ne constitue pas à elle seule la déterminante de cette évolution morbide, elle *intervient pour une part* dans la production de certaines caractéristiques de cette affection.

En effet, l'athrepsie dont la cause immédiate toxique ou infectieuse, peut prêter encore à discussion, est essentiellement caractérisée comme nous l'avons établi, par des *altérations pluriglandulaires*, altérations qui portent particulièrement sur le thymus, l'appareil parathyroïdien et les surrénales. L'insuffisance des différentes glandes, des thyroïdes et surtout du thymus qui joue ainsi que nous allons le voir un rôle important dans le développement de l'individu, rend compte des troubles dystrophiques rencontrés au cours de l'athrepsie et explique l'évolution progressive, généralement fatale de cette affection.

C'est dans cet ordre d'idées que quelques auteurs ont été amenés à employer l'opothérapie thymique au cours de l'athrepsie. C'est ainsi que Stopato, Blondel, plus récemment Mlle Feldzer, ont appliqué cette médication chez des nourrissons dystrophiques ou athrepsiques. Il est difficile de discuter les résultats observés par ces auteurs; bien que ceux-ci puissent paraître encourageants, on ne doit cependant pas perdre de vue que le régime alimentaire bien réglementé dans les hôpitaux et succédant à une hygiène défectueuse intervient pour une bonne part dans les améliorations souvent passagères obtenues. Du reste, le thymus, de par sa structure histologique, ne nous paraît pas comparables aux *véritables* glandes à sécrétion interne : surrénales, thyroïde, hypophyse, par exemple. C'est avant tout un organe lymphoïde : seuls, les *corpuscules de Hassal*, par leurs caractères un peu spéciaux, ont pu être considérés par Ver Ecke et d'autres, comme constituant de *véritables formations glandulaires* douées d'une activité spécifique. Nos recherches (1) montrent que ces formations, surtout abondantes dans les thymus dégénérés sont au contraire *caractéristiques de l'involution* et non d'une hyperactivité de l'organe.

* * *

Ces considérations ne doivent cependant pas être regardées comme de nature à refuser au thymus le rôle important qu'on lui attribue depuis si longtemps dans la croissance de l'individu. Nous avons, en effet, montré (2), faits qui ont été confirmés depuis par Ugo Soli (3), que l'ablation du thymus détermine chez les

(1) Mlle E. Feldzer. *Le thymus des athrepsiques*, Th. de Paris, 1910.

(2) M. Lucien et J. Parisot. Etude physiologique et anatomique du thymus dans l'athrepsie, *Soc. de biol.*, 9 mars et 7 avril 1908.

(1) M. Lucien et J. Parisot. La sécrétion interne du thymus. Rôle des corpuscules de Hassal, *Soc. de biol.*, 12 juillet 1909, p. 377.

(2) M. Lucien et J. Parisot. Variations pondérales consécutives à la thymectomie chez le lapin, *Soc. de biol.*, 10 juillet 1908; — Influence de la thymectomie sur la croissance, *Soc. de méd. de Nancy*, 22 juillet 1908; — Modifications de l'appareil squelettique consécutivement à l'ablation du thymus chez le lapin, *Compte rendu de l'Assoc. des anat.*, IIe réunion, Nancy 1909; — Contribution à l'étude des fonctions du thymus, etc., *Arch. de méd. expér.*, janv. 1910.

(3) Ugo Soli. Influenza del timo sullo sviluppo scheletrico, *Arch. di ortopedia*, an. XXVII, no 1.

jeunes animaux, en dehors de troubles et de symptômes généraux divers, un ralentissement notable de la croissance et des modifications importantes du squelette. La thymectomie, chez l'animal déjà âgé ou ayant du moins atteint son presque complet développement, ne produit qu'un minimum d'effet, l'accroissement ne subissant aucun retard appréciable et l'état général n'étant que peu modifié. Le retard dans la croissance se manifeste au contraire d'autant plus marqué que l'animal est opéré plus jeune. Il en est de même pour l'évolution du squelette; on observe, en effet, un retard notable dans l'accroissement des os longs, des ceintures, et en général de toutes les pièces squelettiques, chez les jeunes animaux thymectomisés.

On comprend donc toute l'importance que peut acquérir l'*atrophie du thymus chez les jeunes enfants*, les troubles de l'organisme devant se manifester avec d'autant plus d'intensité que la lésion du thymus apparaît plus précoce et alors que le sujet est plus loin de son complet développement. Or, des recherches de divers auteurs, du professeur Roger, de Ghika (1) en particulier, de celles que nous avons poursuivies, ressort cette conclusion que les lésions du thymus se produisent très fréquemment dans le très jeune âge, au cours des maladies infectieuses aiguës, rougeole, scarlatine et surtout diphtérie, ou chroniques, syphilis, tuberculose; cet organe dégénère également très rapidement comme nous l'avons montré au cours de l'athrepsie, de diverses intoxications, dans les cas d'hygiène ou de nutrition défectueuse (2).

Ces conclusions, qui montrent bien quelles perturbations peuvent succéder aux destructions pathologiques et expérimentales du thymus, *méritent d'attirer l'attention des chirurgiens*. Dans ces dernières années, en effet, les interventions opératoires au cours des accidents causés chez l'enfant par l'hypertrophie du thymus se sont singulièrement multipliées et, devant les heureux résultats obtenus, on peut préjuger de leur nombre progressif dans l'avenir. Toutefois, l'*ablation totale du thymus* paraît pouvoir être suivie surtout chez les très jeunes enfants de troubles généraux plus ou moins graves. Si certains d'entre eux peuvent être imputés à d'autres causes et si Purrucker, Ehrardt, Jackson, Nicoll, n'ont pas observé de complications à la suite de thymectomie totale, il n'en est pas moins vrai que les faits anatomo-cliniques et expérimentaux que nous venons d'exposer semblent être une contre-indication à l'ablation totale du thymus. Ainsi que le dit Lenormant (3), et nous ne saurions mieux conclure, « la prudence oblige à ne pratiquer actuellement que la *thymectomie partielle*, au moins chez les individus dont le développement n'est pas terminé ».

(1) Roger et Ghika. Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du thymus, *XIIIe Congrès de médecine* (section de pathologie générale), p. 219; — *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept. 1900. — Ghika. *Etude sur le thymus*, Th. de Paris, 1901.

(2) M. Lucien et J. Parisot. Le thymus dans les maladies de la première enfance, *Soc. de méd. de Nancy*, mars 1910.

(3) Lenormant. L'hypertrophie du thymus. Son importance en chirurgie, *Journ. de chir.*, 1909, t. II, p. 601.

On voit donc que, grâce à des données plus précises sur la physiologie normale et pathologique du thymus, on peut mieux préciser la part qui revient à cet organe dans divers syndromes cliniques, et il est permis d'espérer que, peu à peu, par de nouvelles recherches dirigées dans ce sens, s'enrichira et se complétera la pathologie générale du thymus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1910)

Stérilisation de grandes quantités d'eau par les rayons ultra-violets. — MM. Victor Henri, André Helbronner et Max de Recklinghausen. En se basant sur les résultats obtenus par l'un d'eux avec Mlle Cervodeanu, relatifs à l'action bactéricide des rayons ultra-violets à différentes distances de la lampe et sous différentes épaisseurs de liquide, les auteurs ont construit au laboratoire de physiologie de la Sorbonne un appareil d'expérimentation à grand débit pouvant donner jusqu'à 125 mètres cubes à l'heure, ce qui correspond à une alimentation en eau d'une ville de 20 000 habitants. La dépense maximum est de 36 wattheures par mètre cube.

Du rôle double du calcium dans la coagulation du sang et de la lymphe. — MM. H. Stassano et A. Daumas. Le calcium intervient à deux moments différents du phénomène complexe de la coagulation du sang et de la lymphe :

I. Dans la formation du fibrin-ferment, en agissant sur ses deux générateurs albuminoïdes. Ce sont de très petites doses de calcium qui se montrent le plus actives dans cette phase.

II. Dans la formation de la fibrine : il intervient alors seulement à dose relativement forte.

Dans l'une et l'autre intervention, le calcium peut être substitué par d'autres métaux, par le strontium et le baryum, mais il se révèle également dans les deux interventions, doué d'une activité tout à fait prépondérante.

De l'influence du régime sur la production de l'athérome. — M. Weinberg. L'athérome spontané se rencontre surtout chez certains animaux herbivores. Au fur et à mesure que l'on se rapproche de la classe des carnivores stricts, les lésions athéromateuses deviennent de plus en plus rares.

L'état de putréfaction de la viande ingérée par l'urubu sain ne paraît pas produire l'athérome chez cet animal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1910)

Les zoosporoses. — Tel est le titre d'une communication de M. Roger. Il s'agit d'une affection produite par des végétaux ramifiés qu'on observe dans la bouche et qui présente un peu l'aspect du muguet. Cette affection, par ses symptômes, simule souvent la tuberculose. On l'en distingue par l'absence d'albumine dans les crachats et par la présence de champignons ramifiés.

Néphrite chronique primitive de l'enfance. — M. Marfan appelle l'attention de l'Académie sur une forme spéciale, rare, de néphrite de l'enfance, néphrite chronique primitive d'emblée, sans poussée aiguë préalable, caractérisée surtout par trois symptômes, une grande fatigue, de la pâleur et de l'œdème. M. Marfan en a observé seulement six cas, entre six et douze ans.

Les urines contiennent de l'albumine, en moyenne de 2 à

4 grammes par litre, quelquefois 6 et même 8 grammes par litre. Le traitement est des plus simples.

M. Marfan recommande le repos et le régime lacté exclusivement. Point de sel, ni dans les aliments, ni dans le pain. Enfin 1 à 2 grammes de théobromine par jour sont également indiqués dans les cas graves.

Parmi les causes qui provoquent ces néphrites chroniques primitives de l'enfance, M. Marfan signale la tuberculose. Chez quatre des enfants qu'il a soignés, les parents étaient tuberculeux. Les suites de ces affections sont rarement mortelles ; le praticien a cependant observé un cas de mort.

De la craniectomie décompressive. — M. Babinski nous a fait une très intéressante communication sur ce sujet. Dans les cas de tumeurs cérébrales, la craniectomie est le seul moyen curatif. Elle a donné de beaux succès. Toutefois les guérisons ainsi obtenues sont rares. Il faut, pour réussir, un ensemble de conditions particulières : connaissance du siège exact du néoplasme, sa nature bénigne, son abord facile, etc. On comprend dès lors l'appréhension qu'inspire une semblable intervention.

Si l'ouverture du crâne ayant pour but la recherche d'un néoplasme est aléatoire et souvent dangereuse, elle est, par contre, efficace et peu périlleuse quand elle ne vise pas l'ablation de la tumeur et qu'elle se borne à une action décompressive. Suppression de la céphalée, des vomissements, des troubles mentaux, préservation de la cécité, tels sont ses résultats habituels. Déjà très utile dans les cas de néoplasie progressive, elle le devient encore bien plus quand on a affaire à une tumeur susceptible de s'arrêter dans sa marche.

Sans rejeter la craniectomie suivie d'un essai d'extraction d'une tumeur cérébrale, M. Babinski estime que la craniectomie décompressive, bien plus simple dans son exécution, rarement mortelle, le plus souvent palliative, parfois même curative, est d'une application plus courante, mais pour être efficace, cette opération doit être faite en temps opportun. Or ce n'est pas ce qui a lieu habituellement dans la pratique. On y a recours le plus souvent trop tard. Maintes fois, M. Babinski a été témoin de faits semblables. Mais s'il ne faut pas différer outre mesure la craniectomie, il ne faut pas non plus se trop hâter d'y recourir. Dans bien des cas en effet une simple ponction lombaire suffira, surtout si, dans certains cas, elle est associée à la cure mercurielle, ou iodurée. C'est surtout du côté de l'organe de la vision, de la névrite œdémateuse qu'il faut porter son attention pour juger de l'opportunité de l'intervention.

Si on a affaire à un malade dont l'acuité visuelle a déjà beaucoup diminué, qui n'a jamais subi aucun traitement mercuriel ou ioduré, ni aucune rachicentèse, que faut-il faire ? Pratiquer une ponction lombaire et rechercher la réaction de Wassermann. Si celle-ci est positive, le traitement antisyphilitique s'impose. Mais il faut surveiller, et si les symptômes ne s'amendent pas rapidement, il ne faut plus hésiter à recourir à la craniectomie.

L'opération décidée, il reste à déterminer le lieu où elle devra être faite. Si le diagnostic du néoplasme et du siège de ce néoplasme est certain, il faut agir au niveau de la tumeur. En cas de doute, il vaut mieux recourir à une ouverture au niveau de la région temporale.

La craniectomie *extractive* se fait généralement en deux temps. La craniectomie décompressive comporte-t-elle aussi l'exécution de ces deux opérations successives ? Voici comment M. Babinski répond à cette question :

La simple résection d'une partie de la voûte cranienne, particulièrement quand elle a été faite largement, peut suffire à faire disparaître la céphalée et les divers troubles que l'œdème cérébral avait produits.

Or, il est incontestable que les inconvénients de l'ouverture cranienne sont moindres si la dure-mère n'est pas intéressée ; il est donc rationnel de s'en tenir au premier temps si la stase papillaire vient à céder après un délai de dix à quinze jours. Dans le cas contraire on procède, dans un deuxième temps, à l'incision de la dure-mère qui est suivie d'une hernie cérébrale plus ou moins grande et qui, parfois, prend un développement énorme : on ne peut pas, d'ailleurs, considérer cette hernie comme une complication de l'opération, car alors c'est grâce à ce phénomène que les dangers imminents de l'œdème cérébral sont partiellement conjurés.

En résumé, les services que peut rendre la craniectomie décompressive l'emportent notablement sur les dangers qu'elle fait courir ; il est essentiel d'en connaître les indications et de se mettre en mesure de la pratiquer en temps opportun pour en tirer tous les bénéfices qu'elle est capable de fournir. Ces notions, en raison de leur importance pratique, doivent devenir familières à tous les cliniciens.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants dans la deuxième division.

MM. Pestalozza (de Rome) et Martin (de Genève) ont été élus, le premier par 38 suffrages sur 56 votants, le second par 47 voix sur 60 votants.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1910)

Origine des cellules à lutéine du corps jaune chez la vache. — M. Delestre. La thèque interne du follicule de de Graaf de la vache présente à considérer deux zones distinctes :

a) une zone profonde qui n'est séparée de la granulosa que par la mince membrane basale, et qui se transforme peu à peu, au cours de l'évolution du follicule, en une couche riche en tissu conjonctif collagène, la couche collagène interne.

b) une zone superficielle qui s'étend jusqu'à la thèque externe et comprend la majeure partie de la thèque interne ; elle nous paraît être une réserve de cellules destinée, après la déhiscence, à former les cellules à lutéine du corps jaune.

On retrouve en effet, dans le corps jaune jeune, la couche collagène interne hypertrophiée. Elle forme comme une véritable barrière entre la cavité, tapissée par les restes de la granulosa, et la substance propre du corps jaune. Cette dernière occupe ainsi la place qu'occupait dans le follicule la zone superficielle de la thèque interne.

Il est donc de toute évidence que les cellules à lutéine chez la vache tirent exclusivement leur origine de la thèque interne.

Sur la toxicité normale des aliments albuminoïdes frais. Influence de la conservation. — MM. G. Linossier et G.-H. Lemoine. La toxicité globale des aliments albuminoïdes d'origine animale, à laquelle les auteurs ont déjà consacré plusieurs mémoires, peut avoir trois origines : les toxines propres des aliments ; les toxines provenant de leur conservation aseptique, toxines dont l'existence est révélée par l'action nuisible bien connue des conserves alimentaires ; les toxines provenant de leur altération microbienne.

Depuis la publication de ces premiers mémoires, M. Ch. Richet fils a annoncé que l'autolyse aseptique de la viande et des œufs développe beaucoup leurs propriétés toxiques. Bien que les conditions des expériences de M. Richet (conservation de l'albumine à l'étuve à 38 degrés en présence de fluorure de sodium) soient très différentes de celles de la conservation normale des aliments, elles pourraient faire mettre en doute l'existence dans ceux-ci d'une toxicité propre.

Or celle-ci paraît incontestable : les auteurs l'ont observée avec de la viande aussi fraîche que possible, avec du blanc d'œuf quelques heures après la ponte, et surtout avec du lait

quelques instants après la traite. Des recherches ultérieures établiront dans quelle mesure elle est augmentée dans les aliments usuels par l'autolyse et par l'altération microbienne.

Qu'il suffise pour aujourd'hui d'affirmer son existence.

Digestion intra-gastrique des graisses sous l'influence de la lipaséidine. — MM. J. Camus et M. Nicloux étudient la digestion des graisses dans l'estomac sous l'influence de la lipaséidine du cytoplasme de ricin qui digère comme on le sait l'huile de la graine au moment de la germination. Sous l'influence de la lipaséidine la digestion intra-gastrique des graisses s'opère facilement. Alors que la digestion gastrique des graisses d'après les chiffres des auteurs est en moyenne à l'état normal de 5 p. 100, elle peut devenir dans les mêmes conditions 56,49 p. 100 sous l'influence de la lipaséidine. La pepsine, l'acide chlorhydrique du suc gastrique chez un animal en digestion ne gênent en aucune façon l'activité de cette substance végétale; il y a plus, les auteurs démontrent que la lipaséidine trouve un adjuvant précieux dans l'acidité du suc gastrique.

Lésions dégénératives de la substance blanche de la moelle dans les méningites. — MM. Sézary et Tinel ont examiné, par la méthode de Marchi, 12 moelles de sujets morts de méningite cérébro-spinale et tuberculeuse. Outre des lésions systématisées des cordons postérieurs, qui sont des dégénérescences secondaires consécutives aux altérations constantes des racines postérieures, ils ont constaté la dégénérescence marginale des fibres à myéline de la moelle. Ces lésions, qui ne relèvent ni de la myélite, ni de la myélomalacie, paraissent dues à l'action directe des toxines sur les tubes nerveux, car elles sont prédominantes ou localisées à la périphérie de la moelle et s'atténuent à mesure qu'on pénètre dans la profondeur.

Elles sont à retenir dans le déterminisme des symptômes de la méningite, car dans un cas de méningite syphilitique secondaire latente et uniquement médullaire, elles étaient absolument insignifiantes.

Comparaison des doses de bichlorure de mercure pouvant donner la diarrhée au lapin avec celles qui rendent ses urines albumineuses. — MM. Maurel et Arnaud ont donné des doses graduellement décroissantes de bichlorure de mercure au lapin par la voie gastrique et la voie hypodermique, et ils ont constaté que, par ces deux voies, il faut des doses de bichlorure de mercure beaucoup moindres pour rendre les urines albumineuses, que pour produire la diarrhée. Cette dernière n'apparaît donc que lorsque le rein est altéré et que probablement la fonction d'élimination est diminuée. Ces faits viennent à l'appui de l'hypothèse qu'ils ont émise que la diarrhée produite par le bichlorure de mercure, de même qu'ils l'ont admis pour l'arséniate de soude et la colchicine, représente un effet de l'organisme.

Celui-ci utiliserait la voie intestinale pour suppléer la voie rénale devenue insuffisante, soit seulement par le trop grand effort fonctionnel qu'on lui demande, soit que le rein soit altéré par le même agent. D'où cette conclusion pratique que ces flux intestinaux doivent être respectés, et que ces cas n'étant pas probablement les seuls, il appartient à la clinique de différencier ceux qui relèvent de cette pathogénie.

ANALYSES

MÉDECINE

Trois constatations bactériologiques intéressantes au cours de fièvres typhoïdes. (L. Bitter. *Deuts. med. Woch.*, 3 mars 1910, n° 9, p. 400.) — La première observation a trait à une fièvre typhoïde au cours de laquelle l'hémoculture révéla la présence simultanée dans la circulation du bacille d'Eberth et du bacille paratyphique B. Il n'existe dans la littérature médicale qu'un cas semblable : celui de Fischer et Beckers. Ces deux observations mettent hors de doute la réalité des infections mixtes typho-paratyphiques dont seule l'hémoculture peut donner la démonstration irréfutable. Notons que dans le cas actuel le sérum du malade n'agglutinait que le bacille d'Eberth, et que ce microbe seul a pu être isolé des urines et des matières fécales.

Le deuxième fait intéressant rapporté par Bitter concerne une jeune femme qui fut atteinte en 1904 de fièvre typhoïde et qui resta porteuse chronique de germes. Elle donna naissance en l'espace de deux ans à huit autres cas de dothiénentérie.

Dans la dernière observation, Bitter relate l'histoire d'une femme qui fut opérée d'une cholécystite aiguë suppurée due au bacille typhique. La malade avait fait une fièvre typhoïde cinq ans auparavant. A. Lemierre.

MÉDECINE INFANTILE

La leucémie chez le nourrisson. (L. Babonneix et L. Tixier. *Arch. de méd. des enf.*, sept. 1909, p. 662.) — A propos d'une observation clinique et anatomique de leucémie lymphatique chez une enfant de dix-huit mois, les auteurs ont recherché tous les cas antérieurement publiés et fait une étude d'ensemble de la leucémie chez le nourrisson. Cette leucémie est peut-être moins exceptionnelle qu'on n'a l'habitude de le dire; quelques cas de leucémie congénitale ont été relatés; ils sont très rares, la leucémie survient plutôt chez des enfants de un à deux ans. Le plus habituellement, l'enfant, avant d'être atteint de leucémie, était athrepsique ou rachitique, quelquefois il présentait des symptômes d'anémie simple, d'anémie splénique ou pseudo-leucémique; ces faits confirment l'opinion classique touchant les rapports de l'anémie pseudo-leucémique avec la leucémie vraie. Les symptômes n'ont rien de très spécial; on s'aperçoit que les enfants pâlissent et maigrissent peu à peu; bientot apparaissent des hémorragies multiples; le foie et la rate hypertrophiés entraînent une augmentation de volume du ventre souvent considérable; les ganglions lymphatiques sont habituellement tuméfiés. La fièvre, les troubles digestifs, la dyspnée, les œdèmes ont été signalés dans plusieurs observations. En faisant l'examen du sang, on trouve une anémie presque toujours très accentuée et une leucocytose plus ou moins grande avec une formule de leucémie lymphoïde ou myéloïde. Dans la leucémie lymphoïde, la leucocytose est souvent très intense, plus de 900000 dans une observation; les lymphocytes grands ou moyens figurent dans l'équilibre leucocytaire pour un chiffre très important (91, 94, 97 et même 99, pour 100 leucocytes). Dans les leucémies myéloïdes, la leucocytose ne dépasse guère en moyenne 40000; l'équilibre leucocytaire est assez polymorphe, avec des myélocytes plus ou moins nombreux et toujours un chiffre important d'hématies nucléées. Parfois, ces caractères hématologiques essentiels sont si peu nets que l'examen du sang ne permet pas de dire s'il s'agit de leucémie lymphoïde ou de leucémie myéloïde; c'est la leucémie atypique. Le pronostic de la leucémie des nourrissons est très sombre, puisque la maladie se termine toujours par la mort, après une durée qui varie de quelques jours à quelques mois. Le traitement est bien peu efficace; dans un cas, on a employé sans succès l'opothérapie médullaire et splénique; la radiothérapie n'a pas encore été appliquée aux leucémies du nourrisson. M. Brelet.

CHIRURGIE

Ablation d'une embolie de l'iliaque primitive avec rétablissement de la circulation dans la fémorale. (John B. Murphy. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LII, n° 21, 22 mai 1909, pp. 1661-1662.) — Pour une embolie de l'iliaque primitive, Murphy fit, sans anesthésie, sauf pour l'incision cutanée, une incision à la fémorale au triangle de Scarpa,

puis essaya, avec des stylets et sondes de longueur croissante, de déloger le thrombus : finalement, un cathéter urétéral, poussé sur une longueur de 48 centimètres, amena un jet de sang artériel. Alors, il sutura l'incision artérielle. La circulation s'améliora beaucoup. Malheureusement l'intervention ne fut pratiquée que quatre jours après l'embolie et l'amputation ne put être évitée. Mais Murphy put la faire dix centimètres plus bas que les phlyctènes ne remontaient avant l'artériotomie.

Murphy considère que toutes les embolies artérielles doivent être traitées par l'artériotomie aussitôt que diagnostiquées ; la suture vasculaire est, selon lui, aussi simple qu'une suture intestinale, pourvu qu'on ait une aiguille assez fine. Incidemment, il donne sa statistique d'opérations vasculaires : trois artériorraphies termino-terminales (deux de la fémorale, après résection, une de l'axillaire juste au-dessous de la clavicule), trois succès ; examinées après cinq ans, les conditions circulatoires furent trouvées parfaites ; une suture latérale de l'iliaque externe, une suture latérale de l'axillaire, et une suture termino-terminale de l'artère fémorale dans la veine fémorale, également couronnée de succès.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

PROPHYLAXIE DE LA BRONCHO-PNEUMONIE DES ENFANTS

Par le docteur RANDON.

La première des conditions pour éviter la broncho-pneumonie est d'empêcher la contagion en isolant le malade. A défaut d'isolement, il faudra insister sur l'antisepsie buccopharyngée dans les familles et exiger autour du malade les soins de propreté les plus minutieux.

A côté de cette prophylaxie qui regarde plus spécialement l'entourage, il y a les moyens préventifs qu'il faut utiliser chez tout enfant atteint de bronchite grave, de rougeole, de diphtérie, de coqueluche, dès que les premiers signes de la broncho-pneumonie apparaissent.

On commencera, par un purgatif doux ou par le calomel, à débarrasser l'intestin de ses poisons et lorsque la langue est sale, un vomitif (0,10 à 0,60 centigrammes de poudre d'ipéca dans 30 grammes de sirop d'ipéca) donnera de bons résultats à la fois digestifs et pulmonaires.

Dès que la bronchite devient nettement fébrile, on applique les compresses humides et on ordonne deux cuillerées à café, par année d'âge, de sirop Roche au thiocol. Les compresses doivent envelopper la poitrine jusqu'à mi-ventre et le dos depuis les épaules. On doit les recouvrir elles-mêmes d'une toile imperméable et largement. La température de l'eau qui sert à faire tremper les compresses doit être à 18 degrés environ, et il est bon de l'alcooliser légèrement.

Puis on fera boire au malade, souvent et par gorgées, des infusions variées (tilleul, hysope, polygala) et du lait coupé d'eau de Vals ou de Vichy, ce qui activera la diurèse tout en nourrissant l'organisme.

En se rappelant qu'une cuillerée à soupe de sirop Roche renferme 1 gramme de thiocol, non toxique, on pourra, à un enfant de deux ans, donner deux cuillerées à café et à un enfant de trois ans, quatre cuillerées à café s'il y a lieu. On arrive ainsi à désinfecter assez rapidement l'appareil bronchopulmonaire et à modifier les sécrétions. Souvent, par ce moyen, on empêche l'affection broncho-pneumonique d'apparaître ou bien on lui confère un caractère de bénignité qui s'affirme dès l'apparition de la maladie.

On fera bien d'utiliser aussi les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés, les bains sinapisés tièdes (34 degrés) et aussi, quand la fièvre est excessive, les bains froids. Cependant, en pratique, il vaut mieux s'en tenir aux enveloppements du thorax par les compresses froides parce qu'ils sont moins dangereux. Il y a de l'imprévu dans l'utilisation des bains froids et les parents ne manqueraient pas, en cas de décès, de mettre sur le compte du médecin le mauvais résultat obtenu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MÉDECINS DES ASILES. — La commission spéciale définie à l'article 7 du décret du 2 février 1910 (1) s'est réunie le 11 avril 1910 au ministère de l'Intérieur, pour procéder au dépouillement des bulletins de vote en vue de la nomination des médecins en chef et médecins adjoints qui doivent faire partie de la commission de discipline prévue à l'article 18 du décret précité.

Directeurs médecins et médecins en chef inscrits, 99.

Nombre de votants : 77.

Ont obtenu : MM. les docteurs Lallemand, médecin en chef à l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), 74 voix ; Vallon, médecin en chef à l'asile clinique Sainte-Anne (Seine), 72 voix ; Charon, médecin en chef à l'asile de Dury (Somme), 68 voix ; Viallon, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône), 66 voix ; 22 voix ont été réparties entre 18 autres noms.

En conséquence, MM. les docteurs Lallemand, Vallon, Charon et Viallon sont élus pour l'année 1910, ce dernier à titre de suppléant.

Médecins adjoints : inscrits, 49 ; votants, 41.

Ont obtenu : MM. les docteurs Dromard, médecin adjoint à l'asile de Clermont (Oise), 41 voix ; Lépine, médecin adjoint à l'asile de Bron (Rhône), 40 voix ; Vernet, médecin adjoint à l'asile de Moulins (Allier), 38 voix ; Olivier, médecin adjoint à l'asile de Blois (Loir-et-Cher), 27 voix ; 8 voix ont été réparties entre 5 autres noms.

En conséquence, MM. les docteurs Dromard, Lépine, Vernet et Olivier sont élus pour l'année 1910, ce dernier à titre de suppléant.

NOTES POUR L'INTERNAT

INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE

Il y a insuffisance tricuspidienne quand les valves de la tricuspide ne peuvent réaliser par leur adossement l'occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire droit pendant la systole ventriculaire et s'opposer au reflux de l'ondée sanguine dans l'oreillette droite.

ÉTIOLOGIE. — L'insuffisance tricuspidienne est très rarement *primitive* ; elle dépend alors d'une lésion *organique*, d'une endocardite rhumatismale ou infectieuse, localisée au cœur droit ; cette variété est exceptionnelle chez l'adulte, un peu moins chez l'enfant ; elle peut se rencontrer chez le fœtus, en raison de l'activité plus grande du cœur droit chez celui-ci. L'insuffisance d'origine organique est pure ou plus souvent associée au rétrécissement, et coexistant avec une lésion mitrale ou une péricardite chronique.

Beaucoup plus commune est l'insuffisance tricuspidienne *fonctionnelle* qui succède à la dilatation progressive du ventricule droit ; or, les causes de cette dilatation sont nombreuses, d'abord toutes les cardiopathies et, au premier rang, les altérations de l'orifice mitral, la myocardite chronique et la symphyse du péricarde ; la gêne circulatoire qu'elles entraînent retentit sur le cœur droit par l'intermédiaire de la circulation pulmonaire ; viennent ensuite les affections chro-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 30, p. 419 et suiv.

niques du poumon, par exemple l'emphysème, la phtisie fibreuse, qui rétrécissent dans de grandes proportions le réseau sanguin du poumon ; il est tout à fait exceptionnel de voir l'insuffisance tricuspidienne survenir au cours de la pneumonie étendue ou d'un épanchement pleural abondant; enfin, parmi les affections des organes éloignés, quelques-unes peuvent provoquer la dilatation du cœur droit et l'insuffisance tricuspidienne, par exemple, et surtout, la colique hépatique, puis quelques affections gastro-intestinales (dyspepsie, dilatation de l'estomac), certaines néphrites atrophiques ; on explique ces faits par une hypertension pulmonaire réflexe d'origine abdominale, qui aboutit à la distension des cavités droites.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans l'insuffisance par endocardite aiguë, il existe des végétations, des ulcérations et une perte de substance; à la suite d'endocardite chronique, on trouve les valves de la tricuspide épaissies, indurées, rétractées surtout vers leur bord libre. Le ventricule droit est faiblement dilaté, mais on constate une grosse dilatation hypertrophique de l'oreillette droite, avec dilatation de tout le système de la veine cave inférieure. Dans l'insuffisance fonctionnelle, l'orifice auriculo-ventriculaire est dilaté, de même que la cavité du ventricule; l'oreillette droite et le système veineux ont subi une dilatation considérable. Pour apprécier l'insuffisance, dans les deux cas, on fera l'épreuve de l'eau, mais il faut remarquer avec Potain qu'on peut atténuer et même faire disparaître l'insuffisance en comprimant la pointe du cœur, ce qui la rapproche de la valvule et rapproche en même temps les insertions des cordages tendineux.

Les divers autres organes (foie, reins, cerveau) sont tous congestionnés et laissent écouler un sang noir, à la coupe. Le tissu cellulaire est infiltré et il y a des épanchements dans les séreuses, surtout de l'ascite.

Comme *physiologie pathologique*, le mécanisme de l'insuffisance dans les lésions organiques de la valvule est le même que pour toutes les lésions orificielles. Dans l'insuffisance fonctionnelle avec dilatation du ventricule droit, deux théories ont été données : Gendrin admettait une dilatation de l'anneau fibreux qui donne insertion à la valvule et par suite un éloignement des bords des valves ; pour Potain, par suite de la dilatation du ventricule droit, les piliers du ventricule sont rejetés en dehors; les cordages tendineux se tendent, deviennent trop courts et attirent les bords valvulaires qui ne peuvent plus s'adosser.

SYMPTOMES. — L'entrave à la déplétion du système veineux et les congestions passives des divers organes expliquent les symptômes fonctionnels et l'aspect général. Le malade se plaint surtout de *dyspnée*, même au repos, et augmentée par le moindre effort; l'anorexie est absolue, avec nausées, intolérance gastrique, diarrhée souvent abondante. Le *teint* est livide, mélange de pâleur jaunâtre et de cyanose; les lèvres ont particulièrement une coloration cyanique et les conjonctives sont injectées, subictériques ; les *veines du cou* sont gonflées sous les téguments, l'abdomen est distendu par l'*ascite* et les membres inférieurs sont œdématiés; les *urines* rares, foncées, contiennent de l'urobiline, des pigments biliaires modifiés et souvent une petite quantité d'albumine.

Les *signes physiques* sont fournis par l'examen du cœur, des artères et des veines. L'inspection du cœur, et surtout sa *palpation*, montrent une déviation de la pointe en dehors, vers l'aisselle; cette déviation de la pointe, sans abaissement notable, indique la dilatation du cœur droit. Il est assez exceptionnel de percevoir, à la palpation, un frémissement cataire systolique dans la région ventriculaire droite ; ce signe inconstant pourrait aussi être facilement confondu avec le frémissement de la mitrale insuffisante; il n'a donc qu'une minime valeur. Par la *percussion*, on trouve une augmentation transversale de la matité précordiale, dont le bord droit dépasse notablement le bord correspondant du sternum; la matité postérieure fournie par l'oreillette droite est aussi augmentée; ces renseignements donnés par la percussion peuvent être confirmés par la *radioscopie*.

A l'*auscultation*, on entend un souffle systolique qui remplace le premier bruit au niveau du foyer d'auscultation tricuspidien, c'est-à-dire au niveau de l'appendice xiphoïde, à la partie inférieure du sternum, vers l'insertion du cinquième cartilage costal gauche; ce souffle peut être entendu dans toute la région préventriculaire droite et se propage vers la pointe où il cesse brusquement ou le long du bord gauche du sternum; il ne s'entend jamais vers l'aisselle ni dans le dos. Il est de timbre doux, le systole du ventricule droit n'étant pas très énergique; on a dit que le souffle était doux et filé dans l'insuffisance relative, plus rude et plus ténu dans l'insuffisance organique; cette nuance est difficile à apprécier; on peut remarquer seulement que le souffle de l'insuffisance organique est plus constant et plus immuable. Quant au deuxième bruit pulmonaire, il est tantôt affaibli, tantôt accentué.

Le *pouls* radial ne présente rien d'anormal de par la seule insuffisance tricuspidienne; il peut être inégal, arythmique, par suite de la lésion qui provoque l'insuffisance tricuspidienne.

A l'examen de la circulation veineuse, on recherchera le pouls veineux et le pouls hépatique. C'est aux veines jugulaires, surtout à droite, qu'on voit le *pouls veineux*, c'est-à-dire un mouvement d'expansion systolique de ces vaisseaux; pour ne pas le confondre avec une simple distension des jugulaires, il suffit de vider la jugulaire du sang qu'elle contient par une pression faite avec le doigt sur le tronc veineux de bas en haut; on voit alors le segment inférieur qui a été vidé se remplir de sang, ce qui montre bien l'existence d'une ondée sanguine rétrograde venant du cœur; mais il faut encore distinguer le pouls veineux présystolique ou faux pouls veineux, qui indique seulement un certain degré de stase dans le cœur droit, et le pouls veineux vrai, systolique et fort, seul pathognomonique de l'insuffisance tricuspidienne; celui-ci est systolique parce que c'est le ventricule droit qui, au moment de sa systole, envoie du sang qui reflue dans la veine cave supérieure et les jugulaires. En faisant la palpation du foie, on trouve d'abord que le foie est gros, débordant les fausses côtes; puis on perçoit, en prenant le rebord du foie entre le pouce et les autres doigts, une pulsation de l'organe avec un mouvement d'expansion totale qui suit immédiatement le choc de la pointe; c'est le *pouls veineux hépatique* qui résulte du reflux du sang dans les veines sus-hépatiques ; c'est souvent un symptôme très précoce, qui précède le pouls jugulaire; il peut ensuite s'atténuer et disparaître si le foie se sclérose.

DIAGNOSTIC. — Il est très facile par les trois symptômes : souffle systolique au foyer xiphoïdien, pouls veineux jugulaire et pouls hépatique. Le souffle de l'insuffisance tricuspidienne est rarement confondu avec celui de l'insuffisance mitrale, qui a une localisation et un timbre différents. Les souffles cardio-pulmonaires de la région xiphoïdienne sont exceptionnels et présentent les caractères habituels des souffles anorganiques.

Quand l'hypertrophie du foie et l'ascite sont considérables, on pourrait penser à une affection hépatique primitive; l'examen du cœur fera découvrir l'origine du syndrome. On recherchera ensuite si l'insuffisance tricuspidienne est organique ou fonctionnelle.

MARCHE. PRONOSTIC. — L'insuffisance tricuspidienne organique reste longtemps à l'état de simple lésion, puis elle aboutit à l'asystolie. Pour l'insuffisance fonctionnelle, la marche est irrégulière et dépend surtout de la cause : ainsi, au cours d'une colique hépatique, l'insuffisance tricuspidienne apparaît brusquement et disparaît de même. Dans les affections du cœur gauche, l'insuffisance tricuspidienne peut être transitoire, quelquefois même un phénomène favorable (Potain), car elle diminue l'excès de tension dans la circulation pulmonaire. Mais, en général, et surtout s'il existe des altérations du myocarde, la crise d'insuffisance tricuspidienne est un pas vers l'asystolie ; les crises se répètent; le malade arrive à l'insuffisance cardiaque et finit par succomber.

TRAITEMENT. — Le traitement ne diffère pas de celui de la période asystolique des lésions valvulaires : repos, régime lacté, ventouses scarifiées dans la région du foie, digitale.

BIBLIOGRAPHIE. — *Traité de médecine; Traité de médecine et de thérapeutique; Manuel des maladies de l'appareil circulatoire et du sang.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Médecine à bord. Ouvrage couronné par l'Académie de médine (prix Clarens), par le docteur Frank CLAIR, médecin sanitaire maritime. In-16. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

Les Aliments usuels, composition, préparation, par le docteur Alfred MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 2e édit. revue et augmenté. In-8° (de la Bibliothèque de thérapeutique clinique) de VI-352 p. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Suggestion et son rôle dans la vie sociale, par le professeur BECHTEREW (de Saint-Pétersbourg ; traduit et adapté du russe par le docteur P. KÉRAVAL, médecin en chef de l'Asile clinique Sainte-Anne. In-12 de 276 p. — Prix : 4 francs. — Paris, Ch. Boulangé.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 avril. — MM. Babonneix, 20; Lemaire et Courcoux, 19.

Prochaine séance, samedi 23 avril, à quatre heures, à la Charité.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 avril. — MM. Desmarest et Gasne, 17.

Prochaine séance, samedi 23 avril, à cinq heures, à Necker.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 20 avril. — Question donnée : « Artère carotide primitive. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

MM. Lévy (Alfred), 14 + 22 = 36; Vignes, 15 + 22 = 37; Darieux, 14 + 15 = 29; Marcorelles, 15 + 14 = 29; Jacquet, 14 + 17 = 31; Lucas-Championnière, 14 + 16 = 30; Alexandre, 13 + 17 = 30; Richard (Georges), 15 + 16 = 31; Bouttier, 19 + 16 = 35 ; Petit (Henri), 18 + 20 = 38 ; Bougot, 14 + 23 = 37.

MARINE. — Le prix de médecine navale pour l'année 1909 est décerné à M. le médecin de première classe Michel. (Rapport d'inspection générale 1909, croiseur *Lavoisier*. Pêcheurs d'Islande. Hôpitaux d'Islande.)

D'autre part, il est accordé un témoignage officiel de satisfaction, par ordre alphabétique, à : M. Bellot, médecin de deuxième classe (rapport d'inspection générale 1909, flottille des contre-torpilleurs de l'escadre du Nord); M. Bonain, médecin principal (rapport médical 1909, *Borda*); M. Brunet, médecin de première classe (rapport d'inspection générale 1909, deuxième flottille de torpilleurs de la Méditerranée); M. Cras, médecin de première classe (rapport d'inspection générale 1909, escadre du Nord, *Léon-Gambetta*); M. Faucheraud, médecin de première classe (rapport d'inspection générale 1909, station navale de Terre-Neuve); M. Kergrohen, médecin principal (rapport d'inspection générale, première escadre, cuirassé *Démocratie*); M. Marcandier, médecin de deuxième classe (rapport d'inspection générale 1900, cinquième flottille de torpilleur de la Méditerranée).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quinzième semaine, 1092 décès, au lieu de 1096 pendant la semaine précédente et au lieu de 1059, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être très fréquente. Elle a causé 30 décès au lieu de la moyenne 16. Le nombre des cas nouveaux est de 520 (moyenne 360). Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 223 décès, au lieu de 203 pendant la semaine précédente (moyenne 197).

La phtisie pulmonaire a causé 247 décès (moyenne 232).

La méningite tuberculeuse a causé 16 décès (moyenne 26).

La méningite simple a causé 24 décès (moyenne 22); parmi eux nous comptons 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des nouveaux cas signalés est de 3).

Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 14 décès (moyenne 18).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, samedi 30 avril 1910, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les conférences auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

CLINIQUE DU CŒUR (173, rue Blomet). — M. H. Huchard commencera, à la nouvelle salle de conférences de cette clinique, le cours de pratique médicale, le dimanche matin 1er mai, à dix heures.

Ce cours, d'une durée de deux mois cette année, sera continué tous les dimanches à la même heure, par M. Huchard et plusieurs de ses collègues, sur les affections du cœur et sur diverses maladies.

Conférences du mois de mai. — 1er mai : M. H. Huchard (Pronostic des maladies du cœur). — 8 mai : M. le professeur Albert Robin (Pronostic et traitement des maladies de l'estomac). — 15 mai : Pas de conférence. — 22 mai : M. Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des hôpitaux (Pronostic et traitement des maladies des yeux). — 29 mai : M. H. Huchard (Traitement des maladies du cœur).

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Montpellier médical. — (N° 9, 27 fév. 1910.) H. ROGER, J. MARGAROT et R. SASSY : Angines graves au cours des oreillons. — (N° 10, 6 mars.) L. RIMBAUD : Les agglutinations de groupe dans la fièvre typhoïde. — H. ROGER, J. MARGAROT et R. SASSY : Angines graves au cours des oreillons. — (N° 11, 13 mars.) G. RAUZIER : Un cas de myocardite rhumatismale. — DELMAS et ROUVIÈRE : Monstre pseudencéphalien thlipsencéphale. — (N° 12, 20 mars.) GRASSET : La défense de la vie. — GAUJOUX : Contrôle officieux du lait livré à Montpellier par les laitiers syndiqués; résultats obtenus en 1909 par la commission du lait de la ligue contre la mortalité infantile.

Pédiâtrie pratique. — (N° 8, 15 mars 1910.) E. AUSSET : Hémiplégie totale avec convulsions survenues au cours d'une coqueluche très intense chez un enfant de six ans. Essai pathogénique d'après les résultats de la ponction lombaire. — J. GAREL : Une révolution dans la rhinoscopie postérieure par le pharyngoscope Harnold Hays. — Paul ROUSSEAU : Un traitement efficace de la coqueluche. — (N° 9, 25 mars.) Marcel BREUER : Les colloïdes et l'emploi du collargol par la voie buccale, dans la pneumonie et la broncho-pneumonie de l'enfant et de l'adulte. — FLORENTIN : Les consultations de nourrissons dans le département de la Meuse.

Presse médicale. — (N° 17, 26 fév. 1910.) G. MARION : Histoire d'une exstrophie vésicale chez une femme. — L. CHEVRIER : L'extirpation large des fistules à l'anus. — F. LEGUEU et H. VERLIAC : Des kystes de la prostate. — (N° 18, 2 mars.) G. LINOSSIER et G.-H. LEMOINE : Recherches sur le régime alimentaire dans les affections du rein. Aliments albuminoïdes d'origine animale. — DOMINICI et DE MARTEL : Radiumthérapie du cancer de la langue. — (N° 19, 5 mars.) G. JARVIS : La vaccinothérapie des infections gonococciques par la méthode opsonisante de Wright. — O. JOSUÉ : Remarques sur l'emploi de l'adrénaline en thérapeutique. — (N° 20, 9 mars.) F. RAYMOND : Pseudotumeurs cérébrales et méningite séreuse ventriculaire. — G. ROQUE et NOVÉ-JOSSERAND : Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum antituberculeux de Marmorek. — (N° 21, 12 mars.) GUISEZ : Les indications de la broncho-œsophagoscopie. — M. LETULLE : Syphilis atrophique de l'aorte. — Marcel PINARD : Auto-inoculations spontanées et expérimentales de chancres syphilitiques. — Raymond BONNEAU et Marcel PEROL : Fracture de la phalangette par flexion. — (N° 22, 16 mars.) G. MAHU : Relations entre la muqueuse du nez et l'appareil génital de la femme. — H. DOMINICI : Des sels de radium insolubles en thérapeutique. — Victor AUDIBERT : A propos de l'autosérothérapie de l'ascite. — (N° 23, 19 mars.) GOUGET : La fièvre de Malte. — (N° 24, 23 mars.) Ch. ACHARD : Le rôle de la pathologie générale dans l'enseignement de la médecine (leçon d'ouverture).

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET (2)

Par M. Emile MERLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

V

Formes cliniques. — L'étude des formes *frustes* de l'ostéite déformante comporte une grave question. A côté des cas, en effet, où l'ensemble des lésions est absolument caractéristique, il faut ranger certains cas d'ostéopathies à type clinique peu net, qui par certains côtés se rapprochent du syndrome pagétique, mais qui s'en écartent, d'autre part, par plusieurs points : faible tendance à la généralisation, localisations anormales. Comment pouvoir affirmer dans ces cas qu'il ne s'agit pas de maladie osseuse de Paget, puisque le criterium étiologique, le seul valable, nous manque ? Et d'autre part, on ne saurait, sous peine de supprimer complètement la signification du terme d'ostéite déformante, étendre à l'infini les limites de cette maladie. Il nous semble donc, pour cette raison, nécessaire d'éliminer systématiquement toutes les ostéopathies à type mal défini que quelques auteurs ont tenté de réunir à l'ostéite déformante.

VI

Diagnostic. — Sauf en ce qui concerne les formes frustes, le diagnostic n'est en général pas difficile : l'habitus extérieur si spécial, l'augmentation de volume de la tête, les hypertrophies et incurvations du tibia et du fémur suffisent généralement à faire poser un diagnostic exact à la simple inspection, et ce n'est que dans les cas incomplets qu'il est nécessaire de pratiquer un examen plus détaillé pour éliminer les autres ostéopathies.

Acromégalie. — Les déformations de l'acromégalie sont aujourd'hui bien connues grâce aux travaux de Pierre Marie : elles portent uniquement sur les extrémités, mains et pieds; les os longs sont au contraire épargnés. Les lésions osseuses de la tête portent sur les os de la face (maxillaire inférieur en particulier) et de la base du crâne et respectent les os de la voûte : c'est donc exactement le contraire de ce que l'on voit dans l'ostéite déformante : du fait de cette localisation, le visage de l'acromégalique a une forme losangique par élargissement du massif facial, celui du pagétique au contraire a une forme ovoïde à grosse extrémité supérieure par augmentation de volume du haut. Enfin l'acromégalie se rencontre chez des sujets plus jeunes.

Ostéite hypertrophiante pneumique. — Elle est localisée aux extrémités digitales et coexiste avec des lésions pulmonaires chroniques : tuberculose pulmonaire, bronchite chronique, dilatation bronchique.

Spondylose rhizomélique. — C'est une affection ostéo-articulaire ; ses lésions portent sur les racines des membres et sur le rachis dont elle détermine l'ankylose ; les diaphyses sont épargnées. Néanmoins Milian a rapporté un cas de spondylose rhizomélique associée à une hypertrophie considérable des clavicules, des crêtes iliaques, des tibias et des fémurs; peut-être s'agissait-il dans ce cas d'une association des deux syndromes.

Leontiasis ossea. — Cette affection bizarre, isolée par Virchow, et dont l'étiologie est complètement inconnue, est uniquement localisée au crâne et à la face ; elle n'intéresse jamais les os longs. Elle détermine des tumeurs osseuses, localisées, mais multiples, qui donnent à la face un aspect monstrueux.

Ostéomalacie. — L'erreur ne pourrait être commise qu'au sujet de l'ostéomalacie sénile, et encore, celle-ci est bien différente de l'ostéite déformante ; les lésions sont localisées aux côtes et au rachis ; elles n'ont pas de tendance à la généralisation et l'élément hypertrophique manque toujours.

Rhumatisme chronique. — Le rhumatisme chronique est un processus avant tout articulaire ; les déformations osseuses, quand elles existent, sont surtout marquées aux épiphyses, mais les altérations diaphysaires peuvent aussi s'y rencontrer (Hirtz et Merklen). On éprouve par suite, dans les cas peu nets, une hésitation assez légitime à formuler un diagnostic : l'argument en faveur de la maladie de Paget reste toujours la prédominance des lésions sur le segment diaphysaire et la présence d'une incurvation avec hypertrophie.

Rachitisme. — Le début dans l'enfance, les caractères inconnus des déformations rachitiques ne permettent pas la moindre erreur.

Ostéites syphilitiques. — Les gommes osseuses tertiaires sont, de par leur localisation et leur absence de systématisation, impossibles à confondre. La difficulté est beaucoup plus considérable en ce qui concerne les altérations osseuses de la *syphilis héréditaire tardive*, à tel point que Lannelongue a voulu confondre ces deux affections. Cette question des rapports de l'hérédo-syphilis avec la maladie de Paget, qui constitue un des points les plus intéressants et les plus discutés de l'histoire de cette affection sera étudiée en détail au chapitre pathogénique.

L'*ostéosarcome*, les *kystes hydatiques osseux*, les *exostoses ostéogéniques* ne doivent être signalés ici que pour mémoire. Leur localisation, l'absence des déformations caractéristiques rendent toute confusion impossible.

L'ostéomyélite chronique débute à un âge beaucoup moins avancé, elle n'est ni systématique ni progressive.

Ostéopathies séniles a type pagétique. — Mocquot et Moutier ont récemment étudié une série de déformations squelettiques, des membres inférieurs principalement, qui, associées à la cyphose rachidienne, peuvent donner à certains vieillards, à un examen superficiel, l'aspect de véritables pagé-

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 44, p. 617.

tiques. Ces lésions, qui se rattachent à l'ostéoporose sénile, ne s'accompagnent pas des hypertrophies si spéciales des os des membres et du crâne, elles ont un début beaucoup plus tardif et ne présentent pas de tendance à la généralisation. Il s'agit donc là de lésions qui n'ont rien à voir avec la véritable maladie de Paget.

VII

Anatomie pathologique. — *A.* Lésions osseuses. — 1° *Etude macroscopique.* — Les résultats fournis par l'examen d'un os long, fémur ou tibia, débarrassé des parties molles sont en tous points comparables, avec plus de détails, à ceux fournis par l'exploration clinique. L'os est dans son ensemble très augmenté de volume, surtout au niveau de la diaphyse. Lorsqu'on soupèse cet os, on est frappé de sa *légèreté*, contrastant avec son volume énorme.

Le *périoste* est quelquefois légèrement épaissi. De plus, presque toujours, il contracte avec le tissu osseux une adhérence plus grande qu'à l'état normal.

La surface de l'os est loin d'être régulière : elle présente des bosselures, une apparence raboteuse; elle a de plus un aspect poreux analogue à celui du tissu spongieux des os courts : cet aspect est dû à ce qu'elle est parsemée d'une multitude de petits pertuis qui ne sont autres que les orifices des canaux de Hevers dilatés.

La *cavité médullaire*, parfois anormale, est souvent élargie; sa lumière devient irrégulière; la moelle est souvent plus rouge que normalement, comme une moelle en réaction.

Les saillies d'insertions musculaires sont exagérées; les ligaments sont souvent en partie ossifiés au voisinage de leur insertion. Le ligament interosseux du tibia et du péroné a été rencontré parfois presque complètement ossifié (Hudelo et Heitz), créant ainsi une soudure entre les deux os.

Les os courts présentent des caractères analogues : ils paraissent aussi très légers par leur volume.

Les os de la voûte cranienne sont très épaissis; leur épaisseur peut dépasser trois centimètres; leur surface interne est plus régulière qu'à l'état normal : les saillies et dépressions sont comme nivelées. A la coupe, la distinction des tables interne et externe n'est plus possible; le diploë est remplacé par un tissu spongieux homogène.

Les corps vertébraux participent peu au processus hypertrophique, mais les ligaments intervertébraux sont épaissis, quelquefois ossifiés partiellement.

Les côtes, très spongieuses, deviennent d'une fragilité extrême.

2° *Examen histologique.* — L'étude histologique des lésions osseuses montre un processus d'ostéite chronique, association d'ostéite condensante et raréfiante diffuses, qui aboutit à un bouleversement complet de l'architecture normale de l'os. Déjà signalées par Butlin, Thibierge, Stilling, ces lésions ont été l'objet d'une étude détaillée de Menetrier et Gauckler. Le tissu compact de l'os subit une transformation spongieuse diffuse par agrandissement des cavités médullaires et vasculaires préexistantes. Du côté de la moelle osseuse on note des lésions importantes : elle est constituée en grande partie par du tissu conjonctif fibrillaire, dans lequel on ne trouve que très peu de cellules conjonctives : on y voit également en très petit nombre, disséminées çà et là, des hématies nucléées, des myélocytes neutrophiles, des cellules éosinophiles. On y voit de plus de grosses cellules, qui peuvent être désignées sous le nom d'*ostéoclastes*, et qui semblent jouer un rôle important dans le processus de résorption osseuse : ce sont de volumineuses cellules, arrondies ou polyédriques situées immédiatement au contact de la substance osseuse, dans laquelle certaines semblent se creuser des logettes : il s'agit évidemment ici d'un processus de phagocytose, indice d'une raréfaction osseuse très active. Cette raréfaction semble, au premier abord, en contradiction avec l'augmentation de volume des os, mais cette contradiction n'est qu'apparente : l'espacement des cellules osseuses montre en effet qu'il y a production surabondante de la substance fondamentale intercellulaire. « C'est donc par l'épaississement de la substance fondamentale intercellulaire que l'os augmente de volume, et c'est par la combinaison de ce double travail, épaississement désordonné de la substance osseuse des travées, résorption de ces mêmes travées au niveau des espaces médullaires et des conduits vasculaires qui produit cette irrégularité, cette atypie du tissu osseux dans les os ainsi altérés. On ne saurait méconnaître l'analogie qui existe entre ces lésions osseuses et celles des scléroses viscérales, de la sclérose rénale par exemple... à tel point que l'on pourrait anatomiquement qualifier la maladie de Paget de sclérose osseuse hypertrophique pour accentuer l'analogie avec les scléroses viscérales de l'artério-sclérose.» (Menetrier et Gauckler.)

3° *Examen radiographique.* — L'emploi des rayons X permet de confirmer et de préciser les résultats fournis par l'examen macroscopique et microscopique. Cette étude radiographique avait déjà été faite par plusieurs auteurs (Lévi, Béclère, Hudelo et Heitz). Tout récemment, Legros et Léri ont repris cette étude systématiquement, et leur travail contient des conclusions intéressantes au point de vue du diagnostic radiographique des diverses ostéopathies chroniques. La maladie de Paget se caractérise par un processus combiné de condensation et de raréfaction de la couche compacte : l'aspect général est celui d'un écheveau fin emmêlé, aspect ouateux qui avait déjà été signalé. Ces lésions peuvent gagner jusqu'aux épiphyses. Les rebords osseux ont perdu leur netteté.

Les épreuves radiographiques des os hérédo-syphilitiques donnent des résultats absolument différents, et c'est bien certainement là un des arguments les plus sérieux que l'on puisse opposer à la théorie hérédo-syphilitique de la maladie de Paget ; ici on ne retrouve plus ce mélange d'ostéite condensante et raréfiante, mais une coque de tissu compact, surajouté à l'os normal, en forme de gaine, résultant du dépôt de couches concentriques de néoformations osseuses : on se rend compte avec la

dernière évidence qu'ici la modification de la courbure n'est qu'apparente : l'os primitif, bien qu'engainé, a gardé sa forme normale et la déformation est simplement due à ce que la gaine nouvelle est plus épaisse en certains points qu'en d'autres ; en ce qui concerne le tibia en particulier, cet épaississement se fait surtout au niveau du bord antérieur, d'où l'aspect en lame de sabre.

4° *Examen chimique des os.* — L'étude chimique de l'os pagétique n'a pas pu, jusqu'à présent, apporter de faits suffisamment nets permettant d'affirmer que cette maladie possède un chimisme osseux particulier. Tandis que Robin, Menetrier et Gauckler, Hudelo et Heitz ont trouvé de la déminéralisation, Gilles de la Tourette et Magdelaine trouvent au contraire une diminution des matières organiques et une augmentation des matières minérales. Néanmoins, il résulterait des recherches de Robin que l'analyse permet de différencier l'os pagétique de l'os syphilitique, le premier contenant moins d'eau et plus de matières grasses que le second.

B. Lésions du système nerveux. — Plusieurs examens des centres nerveux ont été faits, mais de ce côté aussi, pas de documents définitifs.

Cerveau. — Dieulafoy a trouvé des lésions inflammatoires chroniques des méninges craniennes : la moelle était absolument intacte.

Moelle. — Plusieurs lésions médullaires ont été décrites, mais avec des localisations différentes.

Dieulafoy, Menetrier et Gauckler ont trouvé la moelle absolument normale.

Gilles de la Tourette et Marinesco ont trouvé les lésions suivantes : dans la région dorsale de la moelle on constatait à l'œil nu de grosses altérations avoisinant le sillon postérieur et la zone radiculaire postérieure. A l'examen histologique, on trouvait une diminution considérable des fibres à myéline sans dégénérescence vraie ; de même la trame névroglique était plus abondante, sans être à proprement parler sclérosée.

Hudelo et Heitz trouvent également une sclérose de la zone de Lissauer, mais ils concluent à des lésions banales qu'ils rattachent aux lésions de la moelle sénile.

Eugenio Medea et Corrado da Fano ont trouvé des lésions diffuses lésant les faisceaux pyramidaux droits et croisés, les faisceaux cérébelleux directs, les cordons postérieurs, la zone de Lissauer.

Si on joint à ces constatations l'observation de Chartier et Descomps relevant des lésions pagétiques chez un tabétique, on voit que la moelle semble, somme toute, assez souvent touchée, et de préférence dans la zone des cordons postérieurs.

Nerfs périphériques. — Hudelo et Heitz ont trouvé une névrite interstitielle d'origine vasculaire. Des lésions analogues ont été vues par Gilles de La Tourette et Marinesco, L. Lévi.

C. Appareil cardiovasculaire. — Les lésions valvulaires du cœur sont très fréquentes, ainsi qu'on l'a vu : mais elles ne présentent au point de vue anatomopathologique aucun caractère spécial méritant d'attirer l'attention.

Quant aux artères périphériques elles sont dans la majorité des cas atteintes d'athérome généralisé très accentué.

D. Autres lésions viscérales. — Un grand nombre d'organes ont été rencontrés plus ou moins touchés ; mais les lésions observées n'ont aucun caractère spécifique et n'ont d'autre signification que celles d'une sclérose artérielle généralisée avec scléroses viscérales (foie, rate, rein).

Glandes utérines. — Les documents sur ce point sont assez rares. *Le corps thyroïde* est parfois atrophié (Thibierge, Hudelo et Heitz) ou sclérosé (Lévi). Les *surrénales* ont été trouvées fortement sclérosées ; la mélanodermie relève peut-être de cette origine. L'*hypophyse* a toujours été trouvée normale.

D'un coup d'œil d'ensemble sur ces diverses lésions anatomo-pathologiques, il ressort ce fait dominant : c'est que la *sclérose* constitue l'expression anatomo-pathologique de la maladie de Paget. Partout en effet nous trouvons de la sclérose et rien que de la sclérose : sclérose hypertrophique du tissu osseux, sclérose des centres nerveux, des vaisseaux et des glandes internes. Reste à savoir s'il s'agit ici d'un processus spécifique lié à une cause déterminée ou bien simplement d'une manifestation banale de l'artério-sclérose.

VIII

Pathogénie. — Nombreuses ont été les hypothèses édifiées en vue de percer le mystère dont est enveloppée la maladie de Paget : aucune cependant n'est arrivée à une solution absolument satisfaisante du problème. Lorsque Paget étudia cette affection pour la première fois, il n'avait émis aucune théorie pathogénique ferme et s'était borné à constater la coïncidence fréquente de l'ostéite déformante avec la goutte et le cancer.

1° Théorie de l'ostéomalacie. — L'idée que l'ostéite déformante pouvait n'être qu'une forme d'ostéomalacie sénile a été une des hypothèses les plus anciennes, mais c'est aussi une de celles qui sont actuellement le plus universellement abandonnées. L'ostéomalacie ne s'accompagne pas d'hypertrophie osseuse, ses déformations ne sont nullement systématisées, elle ne survient pas au même âge. Bref, tant au point de vue clinique, qu'au point de vue anatomo-pathologique, on ne trouve aucune analogie entre ces deux affections.

2° Théorie de l'ostéite rhumatismale chronique. (Lancereaux, Huchard et Binet.) — Le principal reproche que l'on puisse faire à cette tentative d'explication, c'est qu'elle n'en est pas une : le terme de rhumatisme chronique n'a en effet aucune signification précise, et l'on comprend sous ce nom une série d'affections fort différentes qui n'ont de commun que l'obscurité de leur étiologie. Quoi qu'il en soit, cette théorie a été critiquée et repoussée par Thibierge, qui fait remarquer que, s'il est vrai que des lésions articulaires puissent s'observer chez les pagétiques, elles ne sauraient être considérées comme primitives. « Par leur exacte limitation aux articulations en rapport avec des os altérés, par leur peu d'inten-

sité (frottements, épanchements articulaires très modérés), elles semblent indiquer qu'elles résultent de l'extension aux tissus articulaires d'un processus primitivement osseux. » En ce qui concerne l'argument tiré du fait que le rhumatisme chronique peut s'accompagner de lésions osseuses, on peut affirmer que ces lésions osseuses n'affectent jamais l'aspect d'une maladie de Paget typique, tout au plus pourrait-on expliquer ainsi certaines formes frustes et anormales, n'ayant avec la maladie de Paget que des liens très discutables. Enfin les partisans de cette théorie ont encore invoqué cet argument, que, dans les deux cas, on retrouve les mêmes antécédents appartenant à la série arthritique (migraine, athérome, goutte); mais ces accidents ont un tel caractère de banalité qu'ils ne sauraient être pris en considération pour expliquer la nature d'une affection aussi rare que l'est la maladie de Paget.

3° Théorie vasculaire. — L'athérome artériel est de constatation banale au cours de l'ostéite déformante : c'est une des lésions les plus constantes. Béclère, partant de ce fait, a émis l'idée que l'athérome de l'artère nourricière pouvait entraîner des troubles de la nutrition osseuse suffisants pour expliquer les lésions observées. Cette hypothèse n'est malheureusement qu'une hypothèse; rien ne nous autorise à conclure, de la coïncidence de l'athérome artériel avec l'ostéite, à des rapports de cause à effet entre ces deux faits; d'autant que la maladie de Paget est aussi rare que l'athérome est fréquent. De plus les phénomènes inflammatoires, tels que l'hyphérthermie locale, cadrent mal avec un simple trouble de la nutrition sanguine.

4° Théorie de l'intoxication exogène. — Œttinger et Agasse-Lafont ont remarqué, par l'analyse des antécédents que quelques malades avaient été exposés à l'intoxication professionnelle par des acides (blanchisseurs et blanchisseuses, mégissiers, chapeliers, peintres en bâtiments, tourneurs en cuivre). Par analogie avec le rachitisme, attribué aussi par certains à l'intoxication acide, ils ont pensé que cette intoxication pourrait n'être pas étrangère à la production des lésions osseuses. Cette hypothèse, basée sur des faits peu nombreux, aurait besoin d'être confirmée par de nouvelles observations.

5° Théorie de l'insuffisance glandulaire. — Le rôle de l'hypophyse dans l'acromégalie a amené quelques auteurs à chercher une explication analogue à la maladie de Paget, malheureusement les faits anatomo-pathologiques sont, comme on l'a vu, peu démonstratifs. On a bien, il est vrai, signalé des lésions du corps thyroïde, des surrénales, mais, outre que les faits de cet ordre sont peu nombreux, les altérations constatées se bornaient à un processus de sclérose banale. La recherche clinique des syndromes d'insuffisance glandulaire a été faite récemment par Dalché et Galup; ces auteurs ont reconnu chez un malade un certain nombre de symptômes pouvant être rattachés à un syndrome d'insuffisance poly-glandulaire : insuffisance testiculaire, thyroïdienne et surrénale. Des faits analogues mériteraient d'être recherchés soigneusement chez d'autres malades, car ils seraient susceptibles d'éclairer d'un jour tout nouveau la pathogénie de l'ostéite déformante.

6° Théorie nerveuse. — Les altérations du squelette osseux consécutives aux lésions du système nerveux sont des faits bien connus : il nous suffira de citer les lésions osseuses de la syringomyélie et du tabes; Reklinghausen a de même rapporté un cas d'ostéopathie généralisée, non sans analogies avec l'ostéite déformante, consécutive à une myélite chronique. La symétrie relative des lésions, la possibilité de leur localisation à une moitié du corps (Klippel et M. Pierre-Weill) incitaient encore à rechercher l'origine de la maladie dans une altération du système nerveux. Curcio avait même décrit un centre trophique du système osseux siégeant dans la substance grise de la moelle, au voisinage du canal épendymaire. Cependant les lésions nerveuses sont, comme on l'a vu, inconstantes et présentent une topographie des plus variables, et du vivant du malade, les symptômes nerveux manquent le plus souvent. Les lésions névritiques sont également des plus inconstantes.

7° Théorie syphilitique. — La syphilis acquise est extrêmement rare dans les antécédents des pagétiques : il n'y a guère que cinq cas probants (Paget, Menetrier et Rubens-Duval, Menetrier et Gauckler, Chartier et Descomps). Mais le fait même de la rareté des antécédents de syphilis acquise chez ces malades a été interprété comme une manifestation d'une certaine immunité. Ces malades ne contractent pas la syphilis, parce qu'ils sont déjà infectés héréditairement.

C'est en effet la théorie hérédo-syphilitique de la maladie de Paget qui repose sur le plus grand nombre de faits. Lannelongue en fut le principal promoteur, et ce fut lui qui souleva en 1903 à l'Académie de médecine une importante discussion où Fournier se rangea aussi à son avis.

Il est bien certain que de grandes analogies existent au premier abord entre les ostéopathies hérédo-syphilitiques de l'adolescence et la maladie de Paget; dans les deux cas, même processus d'ostéite hypertrophique diaphysaire, ayant une prédilection toute particulière pour les tibias, et déterminant la même déformation en fourreau de sabre ; dans les deux cas aussi, même tendance à l'extension progressive à de nombreuses pièces du squelette (fémur, os iliaque, humérus, cubitus), même début par des douleurs osseuses, même élévation thermique symptomatique d'un processus inflammatoire. On pourrait donc être naturellement tenté de ne voir là qu'une seule et même maladie et de ne considérer la maladie de Paget que comme un prolongement et une conséquence de l'ostéite hérédo-syphilitique de l'adolescence.

De nombreuses objections doivent pourtant être faites. Tout d'abord, s'il s'agissait simplement de deux stades d'une même affection, on retrouverait dans les antécédents des pagétiques des souvenirs de la première phase; or il n'en est rien. La maladie

de Paget débute toujours tardivement, vers quarante ans en moyenne, par conséquent beaucoup plus tard que les accidents d'hérédo-syphilis, chez des malades qui n'ont jamais eu de lésions osseuses dans leur enfance. On a également fait remarquer que, sauf des cas très rares, on ne relevait jamais de stigmates héréditaires chez les pagétiques : il est vrai que Fournier a montré combien ces stigmates étaient inconstants, même dans les cas les plus avérés d'hérédo-syphilis.

Un autre argument a été tiré de l'inefficacité du traitement spécifique ; il faut reconnaître que cet argument ne serait pas absolument probant, car, outre que certains malades semblent avoir été incontestablement améliorés au point de vue douleur par son emploi, il n'est pas étonnant que le traitement syphilitique ne puisse faire régresser des lésions de sclérose adulte qui sont par conséquent définitives.

Plus importante est l'objection tirée de l'étude radiologique de ces deux affections (voy. *Anatomie pathologique*) : si le tibia pagétique semble avoir, à première vue, de grandes analogies avec le tibia hérédo-syphilitique, la radiographie montre qu'en réalité l'architecture osseuse diffère complètement dans les deux cas : le tibia pagétique est bien réellement hypertrophié dans toutes ses parties; dans l'hérédo-syphilis, le tibia primitif subsiste dans sa forme primitive, la modification de sa courbure n'est qu'apparente ; elle est due à l'adjonction d'une gaine osseuse néoformée. Il s'agit donc ici, de toute évidence, de deux lésions différentes.

D'autres arguments ont été tirés des caractères des douleurs des pagétiques que ne présentent généralement pas les exacerbations nocturnes des douleurs syphilitiques. On a fait remarquer que jamais l'ostéite pagétique ne subissait la transformation gommeuse. Enfin la réaction de Wassermann a été trouvée négative.

La théorie hérédo-syphilitique n'est donc pas, elle non plus, définitivement assise ; elle ne le sera que le jour où on aura, selon le desideratum de Fournier, trouvé chez un même malade :

1° Une maladie de Paget typique;

2° Des manifestations hérédo-syphilitiques de la prime adolescence;

3° La syphilis avérée des procréateurs.

Conclusions. — Il est en somme impossible aujourd'hui de se faire une idée nette de la cause première de la maladie de Paget : aucune théorie ne satisfait complètement l'esprit. Le fait essentiel à retenir c'est que cette affection résulte d'un processus de sclérose, et de *sclérose précoce*, puisqu'elle débute très souvent avant quarante ans. Pour qui connaît l'action sclérosante au premier chef de la syphilis, la théorie syphilitique est par suite des plus séduisantes et l'on aurait ainsi de grandes tendances à faire de la maladie de Paget une affection parasyphilitique de même ordre que la paralysie générale ou le tabes, lésions résultant d'une atteinte lente et très atténuée du virus syphilitique.

Mais là n'est pas la seule cause de sclérose, et peut-être faut-il faire intervenir aussi les intoxications exogènes ou endogènes, ou enfin l'influence trophique du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, la question nécessite de nouvelles recherches, cliniques et anatomo-pathologiques.

IX

Traitement. — Nous sommes à peu près complètement désarmés au point de vue thérapeutique contre la maladie de Paget qui suit, malgré tous les efforts qu'on peut lui opposer, une marche fatalement progressive. Néanmoins, on doit conseiller aux malades le traitement hygiénique et médicamenteux de l'artério-sclérose.

En ce qui concerne le traitement antisyphilitique, les opinions sont partagées. Tandis que Ducastel et Semper n'en ont obtenu aucun résultat, Gaucher et Rostaine, Menetrier et Rubens-Duval, Jacquet ont remarqué que les douleurs semblaient diminuer rapidement sous son influence. On doit donc préconiser son emploi, tout au moins dans les formes douloureuses.

BIBLIOGRAPHIE

Pour toute la bibliographie antérieure à 1904, voir Vincent. Th. de Paris, 1904-1905.

Gaucher et Rostaine. *Soc. de dermat.*, 11 avril 1904. — Ingelrans. *Echo méd. du Nord*, 26 juin 1904. — Sabrazès. *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905. — Du Castel et Semper. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 11 avril 1904. — Mocquot et Moutier. Déformations séniles simulant la maladie osseuse de Paget, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905. — Œttinger et Agasse-Lafont. Maladie osseuse de Paget. Trois cas observés dans une même famille. Hypothèse nouvelle sur la pathogénie de cette affection, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1905, p. 294. — Jacquet. Maladie de Paget guérie par le traitement antisyphilitique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, juillet 1905. — Eugenio Medea et Corrado do Fano. Contributo alla anatomia della malattia di Paget, *Il Morgagni*, an. XLVIII, 6 juin 1906. — Chartier et Descomps. Ostéite syphilitique déformante type Paget chez une tabétique, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév. 1907. — Morax et Vergnes. *Soc. d'ophtalmol.*, nov. 1908. — Vergnes. Les lésions oculaires dans la maladie de Paget, *Ann. d'ocul.*, nov. 1908. — Klippel et M. Pierre-Weill. Maladie osseuse de Paget unilatérale avec hyperthermie et nodosités d'Heberden du côté correspondant, *Revue neurol.*, nov. 1908, et *Iconogr. de la Salpêtrière*, janv. 1909. — Léri et Legros. Etude radiographique comparative de quelques affections dystrophiantes des os, *Revue neurol.*, 1908 ; — *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1909, n° 1 ; — *Progrès méd.*, 1909, n° 1. — Dalché et Galup. Maladie de Paget avec signes addisoniens et divers autres troubles glandulaires, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, juin 1909. — Pescaloro et Bertolotti. Sur un cas d'ostéite déformante de Paget, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin 1909.

FORMULAIRE

CONSTIPATION ATONIQUE CHRONIQUE (Gaut.)

Bile de bœuf purifiée	0g06
Extrait de coloquinte	0g016
— d'hyoscyamus	0g016
— de noix vomique	0g016

Mêlez.

Pour une pilule. Prendre une pilule avant le coucher.

(*Bull. gén. de thérap.*)

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE

PHYSIOTHÉRAPIE

[*Paris, 29 mars-2 avril 1910* (1).]

SECTIONS D'ÉLECTROTHÉRAPIE ET DE RADIOLOGIE

Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, c'est l'électricité qui a fourni au Congrès les travaux les plus neufs, les plus intéressants, tant par leur portée immédiate que par les horizons qu'ils découvrent.

Un siècle et demi a passé, depuis que les premières applications de l'électricité à la thérapeutique ont ouvert une voie nouvelle aux médecins. Mais ce n'est que depuis une soixante d'années, que Duchenne (de Boulogne) et ses successeurs ont marqué des étapes précises; on sait combien, depuis quelque quinze ans, ces étapes sont devenues rapides.

Il est inutile de rappeler ici quelles merveilleuses nouveautés viennent de nous apporter l'ionisation, les rayons X, la d'arsonvalisation, le radium, les rayons actiniques, la fulguration, et hier enfin, la thermo-pénétration. Dans l'ancien champ de l'électricité médicale, ces faits nouveaux ont créé une division naturelle : la Radiologie a réuni toutes les les applications de rayons, d'émanations radio-actives, etc., et l'Electrothérapie proprement dite a conservé tout le reste.

Le professeur Bergonié, président de la section d'Electrothérapie, a proposé de donner le nom de « duchennisation » (par analogie avec faradisation, galvanisation et d'arsonvalisation) à l'application localisée du courant aux muscles.

Thermo-pénétration. — D'Arsonval — en décrivant l'action des courants de haute fréquence — a remarqué que leur passage élevait la température des tissus traversés, dans leur épaisseur. C'est là un fait nouveau, car les différentes applications localisées de la chaleur n'élèvent la température de la région que sur une très faible profondeur, et à très peu de distance du point d'application. Le courant de haute fréquence devient donc un moyen de faire pénétrer la chaleur au sein des tissus, et de les élever à la température que l'on veut, à une profondeur suffisante. D'où, une méthode de traitement dénommée « thermo-pénétration » ou diathermie, ou transthermie (Oudin) et amenant l'électro-coagulation (Doyen), c'est-à-dire la fixation, la cuisson, et, par conséquent, la mort d'un tissu, dans une région déterminée, et sans toucher les tissus voisins. Et puisque les cellules des tumeurs meurent plus facilement que les cellules de tissus sains, on peut, par tâtonnements, obtenir une électro-coagulation à une température telle que la tumeur soit détruite, et les tissus sains respectés. C'est cette application de la thermo-pénétration dont Doyen réclame la paternité.

En outre, les tissus sains, et particulièrement les vaisseaux, sont rafraîchis, à 37 degrés, par la circulation du sang. Or, ce qui importe le plus, c'est précisément cette conservation des vaisseaux, puisque c'est par eux que se régénérera, que se reformera le tissu normal, aux lieu et place du tissu détruit. Par conséquent, la thermo-pénétration, dont nous ont parlé MM. Nagelschmidt rapporteur (de Berlin), Schminke (de Rappalo, Italie), Laqueur (de Berlin), Bergonié, Doyen, est un moyen de détruire électivement, dans une région déterminée, et par des gradations de température, un tissu à l'exclusion d'un autre. C'est donc une méthode thérapeutique nouvelle, qui est à son aurore, et dont les résultats seront probablement considérables. Il s'agit maintenant d'en régler la technique, les indications, et de fixer la température destructrice des différents milieux organiques sains et morbides.

La thermo-pénétration a aussi des effets sur la circulation, sur les sécrétions, sur la nutrition et la vitalité des tissus, qui peuvent évidemment exercer des actions bienfaisantes et curatrices. Du reste, des micro-organismes peuvent sans doute être tués par la chaleur au milieu de tissus restant indemnes (Nagelschmidt). De là un pouvoir désinfectant (Oudin), et, par conséquent, une action antiseptique et thérapeutique un peu différente de l'action destructrice indiquée plus haut.

Ionisation destructive. — La cautérisation, c'est-à-dire la destruction des tissus par une substance agissant chimiquement, est une vieille méthode; ce qui est récent, c'est de produire cette cautérisation par l'électrolyse, l'électrode agissant à son pourtour à la façon d'une lame de cautère. En outre, certains ions ont sur certains tissus une action élective, et les détruisent particulièrement bien.

Il semble que les applications de ce mode de cautérisation soient encore peu nombreuses : les rétrécissements de l'urètre, les tumeurs, certaines formes de tuberculose, telles sont les espèces cliniques dont MM. Leduc rapporteur (de Nantes), Betton Massey (de Philadelphie), Levis Jones (de Londres) sont venus nous entretenir.

Sans aller jusqu'à la destruction, l'ionisation peut exercer une action utile en coagulant le sang des anévrismes et des nœvis, et en faisant pénétrer des médicaments dans le sein des tissus, comme nous l'indiquent Courtade (de Paris) pour le traitement des cystites, Wullyamoz (de Lausanne) pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu, ainsi qu'on le savait déjà.

L'exercice musculaire électriquement provoqué. — Duchenne (de Boulogne) nous a enseigné la possibilité de faire contracter électivement un muscle par le choc d'un courant. De là, deux effets thérapeutiques, sur lesquels insistent Bergonié et Laquerrière. Le premier attire notre attention sur ce fait que les obèses, les ralentis de la nutrition, etc., auxquels on conseille l'exercice, se trouvent parfois fort empêchés d'en faire, d'abord à cause d'un manque d'entraînement et de leur surcharge graisseuse, ensuite parce que l'effort nécessaire coûte

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 44, p. 622; 45, p. 639.

une dépense nerveuse énorme à ces malades peu vigoureux, peu musclés, déprimés, atones, torpides. C'est pourquoi BERGONIÉ propose de faire contracter successivement tous les muscles par l'influence du courant électrique, ce qui permet d'obtenir, sans aucun effort pour le sujet, les résultats locaux et généraux du travail musculaire.

D'autre part, LAQUERRIÈRE (de Paris), nous rappelant que le courant bien manié peut permettre d'obtenir une contraction exactement localisée (ce que, à moins d'une éducation extraordinaire, la volonté ne peut faire), propose d'entraîner ainsi, peu à peu, les muscles paralysés, atones, émaciés, sans agir sur les antagonistes. Cet entraînement commence par la contraction faible, puis par la contraction capable de mouvoir un segment de membre. Ensuite, on demande une contraction de plus en plus forte, et, avec des poids progressifs, un travail utile de plus en plus grand du muscle à entraîner. C'est l'*électro-mécanothérapie*, qu'il ne faut pas confondre avec la *rééducation motrice*, l'une étant une gymnastique musculaire sans participation du système nerveux central; l'autre étant un apprentissage du système nerveux, avec le concours de l'attention, de la volonté, de l'intelligence, de la mémoire, etc. Ces deux méthodes peuvent, d'ailleurs, se prêter un utile concours, car dans les affections du système nerveux central où la rééducation est nécessaire, il est souvent utile de préparer les muscles à un effort dont ils ont perdu l'habitude. Au reste, il est fréquent que le système nerveux et le muscle soient tous deux touchés et réclament tous les deux des soins.

Le côté remarquable de l'exercice musculaire électriquement provoqué, c'est qu'il est beaucoup mieux dosable et mesurable que l'exercice musculaire volontaire. Il est en quelque sorte plus « scientifique ». De plus, il n'amène pas de fatigue, ne provoque pas d'effort et, par conséquent, n'a aucun des inconvénients de l'exercice chez le malade, l'infirme, l'affaibli, le convalescent.

Le choix du procédé électrique, l'appréciation de l'état du muscle, le maniement de l'appareil, exigent naturellement des connaissances techniques assez compliquées.

Traitement de la paralysie infantile. — Depuis quelques années, le traitement de la paralysie infantile attire les électriciens. Cependant, il ne semble pas qu'ils y aient obtenu des succès très remarquables. Mais comme il s'agit de malades qui étaient auparavant presque abandonnés à eux-mêmes et chez lesquels, comme chez la plupart des nerveux, on s'était résigné à l'idée d'une infirmité quasi-irréparable, des résultats même modestes sont les bienvenus. D'autre part, la nécessité de traitements précoces permettant d'éviter des déformations et des atrophies graves, la nécessité de traitements très prolongés nous obligent à réserver notre jugement jusqu'à ce que, dans quelques années, on puisse, avec un grand nombre de cas suivis depuis longtemps, juger la question, comme l'on juge aisément aujourd'hui le traitement du tabes par la transformation du pronostic de cette maladie dans les quinze dernières années. MM. ZIMMERN, BORDET (de Paris), FONTANA (de Padoue), DELHERM (de Paris), LAQUERRIÈRE apportent des résultats encourageants. Mais comme dans toutes les maladies du système nerveux central, les désordres qui apparaissent dans la paralysie infantile sont variés, complexes et tenaces. Le traitement général, le massage, la chirurgie orthopédique, la rééducation, les cures thermales et marines, etc., ont aussi à jouer, chez ces petits malades, un rôle très important.

Radiothérapie des affections du système nerveux. — L'action des rayons X sur les maladies de la moelle n'est pas facile à expliquer, car le cylindre osseux dans lequel passe la moelle est difficilement traversé par les rayons. Cependant, dans quelques cas de syringomyélie, l'évolution progressive fut arrêtée, et une amélioration nette se montra [RAYMOND, BABINSKI, DELHERM (de Paris), LABEAU (de Bordeaux), etc., in rapport de MARINESCO (de Bucarest)]. Dans des cas de paraplégie spasmodique pure, de causes diverses, BABINSKI, DELHERM [in rapport de BEAUJARD (de Paris)] ont vu encore des améliorations considérables. Enfin, RAYMOND, ZIMMERN, LABEAU semblent avoir amélioré la douleur de quelques tabétiques; mais d'autres auteurs n'y ont pu aboutir. Ce ne sont là encore que des essais, mais, au moins pour ce qui concerne la syringomyélie, ils sont tout à fait remarquables. En effet, cette affection est liée à l'évolution d'une tumeur intra-spinale, et l'on connaît l'action utile des rayons X sur les tumeurs. D'autre part, il n'existait pas jusqu'ici de traitement efficace de la syringomyélie. Pour ce qui concerne les paraplégies spasmodiques pures, leur évolution, au contraire de la syringomyélie, est beaucoup moins définitive ou progressive qu'on ne le croit. M. FAURE (de La Malou) a montré que, dans les cas stables, on pouvait, avec des exercices appropriés, faire disparaître la spasmodicité et rétablir le mouvement volontaire. L'action concordante des rayons X, bien qu'assise encore sur un trop petit nombre de faits, est vraisemblable, aussi est-il permis de penser dès à présent que, dans quelques années, les malades atteints de paraplégie spasmodique, dans un bon nombre de cas, ne resteront paralytiques et spasmodiques que s'ils le veulent bien, comme aujourd'hui l'on ne voit d'ataxiques que ceux qui restent tels parce qu'ils n'ont pu ou voulu être rééduqués.

MM. MARINESCO et SEVEREANU (de Bucarest) proposent aussi la radiothérapie de la paralysie générale.

Les rayons X agissant sur les glandes en amoindrissant leur sécrétion, il était naturel de rechercher leur action sur la maladie de Basedow. Elle fut ce que l'on pouvait prévoir : une légère diminution du volume du goitre, une grosse diminution des accidents nerveux, une amélioration considérable de l'état général. Si l'on se souvient des dangers ordinaires de l'intervention chirurgicale dans cette affection, l'avantage paraît rester à la radiothérapie. C'est ce que nous apprennent MM. SCHWARTZ (de Vienne), BEAUJARD (de Paris), GUILLEMINOT (de Paris), BERGONIÉ et SPEDER (de Bordeaux).

Traitement des cancers et tumeurs par les rayons X et le radium. — Nous savons, depuis plusieurs années, que les tumeurs et cancers superficiels sont améliorés par les applications de rayons X et de radium. Il était plus difficile d'atteindre les tumeurs profondes. C'est ce qu'ont cherché MM. DOMINICI, CHÉRON, FAURE-BEAULIEU (de Paris), en introduisant des appareils radifères métalliques dans l'épaisseur de la masse néoplasique. On peut avoir recours aussi à l'intervention chirurgicale, toutes les fois qu'elle est possible, et agir sur la plaie avec les rayons de Roëntgen [WETTERER (de Manheim)]. On sait que l'on a essayé aussi d'agir, dans les mêmes conditions, par la fulguration, depuis quelques années. Malgré les faits apportés par MM. KIENBÖCK (de Vienne), HOWARD-PIRIE (de Londres), BARJON (de Lyon), MAHAR (de Paris), DESPLATS (de Lille), BÉCLÈRE (de Paris), BERGONIÉ (de Bordeaux), EDLING (de Stockholm), LARSPOLING (de Malmoë), CHEVRIER (de Paris), qui ont traité diverses adénites et tumeurs profondes tuberculeuses, cancéreuses, etc., avec de bons résultats, par l'application de rayons X ou de radium, il semble qu'encore cette thérapeutique ne nous apparaît comme consolante que parce que jusqu'ici toutes les autres ont failli. Là aussi, le temps jugera en multipliant les observations de tumeurs graves et profondes guéries sans récidive après de longues années.

Pour ce qui concerne les tumeurs cutanées et superficielles, les éruptions d'acné, les chéloïdes, verrues, lupus, etc., la cause est, dès à présent, favorablement jugée [WICKHAM et DEGRAIS, BORDET, CLUNET et RAULOT-LAPOINTE (de Paris), LASSUEUR (de Lausanne), CHICOTEAU, BELOT, CHAPERON (de Paris)].

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1910)

Lipomatose diffuse. — Dans la dernière séance, M. Pozzi a présenté une malade atteinte de lipomes multiples. Quelle est la pathogénie de cette lipomatose diffuse ? Telle est la question que s'est posée M. PONCET. Il pense qu'on peut arriver à formuler des données étiologiques en examinant ces malades, en les interrogeant sur leur passé pathologique. Ayant procédé à cet examen auprès de la malade présentée par M. Pozzi, M. Poncet a appris qu'elle avait perdu un frère de phtisie aiguë, qu'à vingt ans elle a eu une grossesse et qu'elle a été très malade des suites de couches. C'est presque en même temps qu'elle a commencé à être atteinte de lipomatose diffuse. M. Poncet croit donc pouvoir attribuer à cette lipomatose une origine toxi-infectieuse. Dans ce cas, l'origine de l'infection a été la puerpéralité. M. Poncet pense que, dans d'autres cas, on a pu incriminer également la tuberculose et il pourrait citer des cas dans lesquels la tuberculose semble bien avoir été à la base de la lipomatose diffuse.

En résumé, il semble à M. Poncet rationnel d'admettre l'étiologie infectieuse de cette affection.

Les embolies. — M. SEGOND revient sur la question des embolies qui a été discutée dane la dernière séance. Son heureuse intervention, dans cette discussion, nous semble devoir être particulièrement signalée, car elle touche directement au plus haut intérêt de notre profession.

Certes, dit-il, M. Quénu a eu raison d'appeler l'attention de la Société de chirurgie sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier la question de savoir si l'emploi préalable de l'acide citrique pourrait empêcher les embolies à la suite des opérations. Quand ce fait sera démontré, notre devoir, à tous, sera d'examiner le sang des malades pour savoir s'il faut leur donner de l'acide citrique. Mais cette heure n'a pas encore sonné et M. Segond partage, à ce point de vue, l'opinion de M. Guinard qui a insisté sur l'impossibilité actuelle de cette pratique.

Aussi ne faut-il pas se hâter de déclarer, du haut de cette tribune, qu'il est dès maintenant du devoir de tout chirurgien de faire cette recherche et voici pourquoi. M. Segond nous rapporte cette intéressante et instructive observation :

Il opère une malade d'un gros fibrome par l'hystérectomie abdominale totale. Les suites opératoires sont des plus simples et vingt-cinq jours après la malade se disposait à quitter la maison de santé, lorsqu'en se levant de son fauteuil pour gagner la voiture qui devait l'emmener elle meurt subitement d'embolie.

M. Segond n'a pas vu le caillot, mais l'embolie seule peut expliquer une mort aussi subite.

Ce terrible accident survenait quelques jours après une retentissante communication de M. Chantemesse, à l'Académie, sur la nécessité d'examiner le sang des malades devant être opérés et de leur donner ou non de l'acide citrique selon le pouvoir de coagulabilité de ce sang. Le mari de la malade de M. Segond avait lu cette communication dans les grands journaux. Mettant en dehors complètement M. Segond qui avait pratiqué l'opération et qui l'avait réussie, il s'en prit au médecin de la malade qui aurait dû, disait-il, examiner son sang et lui donner de l'acide citrique. Non seulement il lui refusa ses honoraires, mais il voulut le poursuivre. Qui sait, ajoute M. Segond, si dans ce « doux pays » où nous vivons, le médecin n'aurait pas trouvé des juges pour le condamner!

Quand des hommes de la valeur et de l'autorité de MM. Quénu et Delbet viennent dire à cette tribune, l'un qu'il faut donner de l'acide citrique pour éviter les embolies, l'autre qu'il faut faire une injection sous-cutanée d'adrénaline pour éviter l'action fâcheuse du chloroforme sur les capsules surrénales, ils doivent apporter la plus grande réserve dans ces affirmations qui peuvent avoir, pour les praticiens, les plus terribles conséquences.

M. QUÉNU rappelle à M. Segond qu'il a fait ces réserves dans sa communication.

Scoliose congénitale. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation adressée par M. Mouchet. Il s'agit d'une fillette de treize ans qui était atteinte d'une volumineuse scoliose dorsale à convexité gauche. Cette enfant élevée au biberon a présenté du rachitisme : elle a marché à dix-huit mois. Il s'agissait là d'une scoliose congénitale. En effet, la radiographie a montré une anomalie de développement de la neuvième vertèbre dorsale qui présente une hémiatrophie. C'est le cinquième cas de ce genre qu'observe M. Mouchet. Ces faits sont loin d'être aussi rares qu'on le croit.

Hémophilie. — Suit un rapport de M. WALTHER sur trois cas d'hémophilie observés par M. Guillot (du Havre). Premier cas : jeune homme de vingt et un ans, sans antécédents, devenu hémophile à la suite d'accidents tuberculeux. Le 20 septembre 1909, il est opéré d'un phlegmon de la fosse ischio-rectale droite. Il persiste un suintement sanguin, puis surviennent des épistaxis, des hémorragies par la plaie, des hémorragies gingivales, intestinales. On injecte du sérum de lapin frais ; on donne du chlorure de calcium, on fait des injections de sérum gélatiné. Malgré toutes ces tentatives, le malade succombe à une hémorragie intestinale profuse.

Une jeune fille atteinte d'un pied bot, entre à l'hôpital Pasteur. On fait une suture tendineuse. Le lendemain, le panse-

ment est taché de sang, un hématome se produit, les hémorragies se succèdent. On injecte du sérum frais de cheval, sans résultats ; on a recours au sérum gélatiné, guérison.

Un homme de trente-huit ans, sans antécédents, subit une cure radicale d'une hernie inguinale droite et d'un varicocèle. Il se produit un hématome. On fait sauter les agrafes. On injecte du sérum de cheval frais, on donne du chlorure de calcium. Les hémorragies s'arrêtent.

M. Walther discute les divers procédés employés dans ces cas d'hémophilie et croit que, d'après ces faits, il faudrait donner la préférence au sérum gélatiné, qui malheureusement n'est pas sans danger.

M. Legueu apporte un cas d'hémorragie spontanée considérable à la suite de l'ouverture d'un phlegmon de la fosse iliaque, hémorragie qui ne céda qu'au tamponnement et à des injections de sérum antidiphtéritique.

M. Tuffier estime que, dans ces cas, le sérum de cheval peut être avantageux. Pour lui, le chlorure de calcium ne vaut rien ; le sérum gélatiné est efficace, mais dangereux. Enfin, il peut y avoir deux sortes d'hémophilie, l'une par altération du sang, l'autre par altération des vaisseaux.

M. Routier rapporte l'observation d'un malade hémophile, qu'avant d'opérer d'un fibrome il traita par les injections préalables de chlorure de calcium, de sérum de cheval ; il enleva le fibrome. Le malade succomba dans la nuit du deuxième au troisième jour. On trouva, à l'autopsie, un caillot dans la veine cave inférieure.

Sarcome costal. — M. Morestin présente un malade qu'il a opéré d'un volumineux sarcome de la onzième côte ; il fallut réséquer cette côte en totalité ; il y avait un prolongement considérable vers la cavité thoracique. La plèvre fut ouverte. M. Morestin tamponna et sutura par-dessus le tamponnement. Le pneumothorax n'eut pas de suites fâcheuses. Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules né dans l'os même, Guérison opératoire.

Sarcome intestinal. — M. Morestin présente un autre malade chez lequel il a enlevé un volumineux sarcome de l'intestin grêle, développé au voisinage de la terminaison de l'iléon qui s'était invaginé et avait produit une obstruction intestinale qu'il fallut opérer d'urgence. Anus artificiel, résection de l'anse iléo-colique, anastomose de l'iléon avec le côlon ascendant. Guérison.

Sarcome colloïde de l'intestin. — M. Perier présente au nom de M. Proust un énorme sarcome colloïde que M. Proust a enlevé sur un homme de quarante-trois ans ; la tumeur enserrait complètement le gros intestin qui se trouvait obstrué. M. Proust fit une colectomie, puis une colo-colostomie. Guérison.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1910)

Tabes et amyotrophie par méningo-encéphalo-myélite syphilitique. — MM. Mosny et Barat. Après avoir présenté de la diplopie transitoire, un syphilitique avec réaction de Wassermann positive et lymphocytose céphalo-rachidienne fait, depuis dix-huit mois, une amyotrophie spinale des quatre membres et du tronc, avec participation des muscles innervés par les nerfs craniens, et un tabes à marche grave. — M. Thomas, qui a observé un fait analogue, dit que de semblables atrophies dépendent d'un processus névritique, ou bien des lésions des racines antérieures signalées par Nageotte dans le tabes.

Syndrome labio-glosso-laryngé dans la maladie de Little. — M. Thomas montre une fillette de cinq ans, atteinte de rigidité spasmodique congénitale, en voie d'atténuation, chez laquelle la paralysie de la face, de la langue et du larynx prédomine actuellement sur la rigidité des membres. — M. Déjerine insiste sur la rareté du syndrome pseudo-bulbaire par lésions corticales.

Sur les effets de la craniotomie décompressive. — MM. Babinski et Barré montrent deux malades atteints de tumeurs cérébrales et ayant subi cette opération. Chez le premier, où n'existaient pas de signes de localisation, la craniectomie temporale n'ayant pas rapidement amélioré la céphalée et les troubles visuels, on procéda à l'ouverture de la dure-mère. La céphalée disparut, et les troubles visuels s'améliorèrent. Mais, quelques mois après, ces troubles ayant reparu, on pratiqua des ponctions cérébrales qui ramenèrent un liquide clair, puis sanguinolent ; deux à trois mois plus tard, apparut une hémiparésie gauche. Une nouvelle craniectomie amena la sédation de tous les symptômes : actuellement, le malade se dit très amélioré, notamment relativement aux troubles visuels. Dans le deuxième cas, le premier temps de l'opération ayant suffi à améliorer la papillite et les douleurs, on n'alla pas plus loin.

Enucléation de deux tumeurs cérébrales. — MM. de Martel et Jumentié. La localisation était indiquée par de l'épilepsie jacksonienne, avec parésie progressive du bras dans un cas, de la jambe dans l'autre. Les deux tumeurs étaient sous-corticales : la première, un gliome, siégeait dans la région fronto-pariétale moyenne, la deuxième, plus fibreuse, près du lobule paracentral. Aucun des deux malades ne présentait de signes d'hypertension, ni céphalée, ni stase papillaire. — M. Déjerine se demande pourquoi cette dernière particularité, alors que la deuxième tumeur est grosse comme une petite mandarine. — M. Rochon-Duvigneaud dit que, d'habitude, il faut un certain temps pour que l'hypertension cérébrale produise la papillite : cependant les cas actuels dataient, cliniquement, de six et neuf mois. Or, l'orateur a vu les signes de papillite apparaître en quinze jours. — M. Claude se demande si la stase n'appartient pas plutôt aux tumeurs de la base. — M. Babinski fait observer qu'elle ne dépend pas du volume du néoplasme : elle manquait dans deux cas de tumeurs volumineuses, dont l'une pesait 180 grammes.

Persistance de zones sensibles à topographie radiculaire au-dessous de zones anesthésiques dans des affections médullaires. — MM. Babinski, Barré et Jarkowski communiquent deux nouvelles observations semblables à celles qu'ils ont déjà présentées.

L'un des malades est atteint de paraplégie médullaire spasmodique. Il existe une anesthésie presque complète sur le territoire de D^{11} D^{12} L^1 L^2 L^3. La zone cutanée des L^4 L^5 et de toutes les racines sacrées conserve une sensibilité normale ou légèrement diminuée.

Le second malade est atteint de syringomyélie. Il existe une hypoesthésie thermique sur le territoire des dernières cervicales et de toutes les dorsales. Les racines lombaires et sacrées sont épargnées.

M. Thomas observe que, dans la syringomyélie, on peut voir de grandes cavités cervicales coïncider avec la conservation de la sensibilité dans les parties inférieures du corps.

Maladie de Paget et déformation isolée du tibia. — M. Léri montre un malade atteint d'une incurvation isolée du tibia, dans le sens antéro-postérieur, n'atteignant que la partie supérieure de la diaphyse, et discute les rapports possibles de cette déformation isolée avec celles de la maladie de Paget.

Sur les rapports de la sclérose en plaques et des myélites. — M. Claude présente un malade atteint de sclérose en plaques typique, avec tremblement intentionnel, dysarthrie, nystagmus : les accidents ont commencé deux mois après

une opération pour synovite bacillaire du poignet; le sujet, non syphilitique, appartient à une famille de bacillaires. — Pour M. Babinski, entre la sclérose en plaques et la myélite à foyers multiples, il n'y a qu'une question de mots. — M. Thomas estime qu'entre les deux il existe tous les intermédiaires. — Et M. Babinski ajoute que la dysarthrie, le tremblement intentionnel, le nystagmus ne sont que des signes de localisation cérébelleuse, non des symptômes propres à la sclérose en plaques.

Maladie de Wolkmann. — MM. Baudouin et Ségard. Il s'agit d'une femme de quarante ans, alors que, d'habitude, l'affection atteint surtout des enfants. Sa symptomatologie est classique : après une fracture de l'olécrâne, on appliqua une bande serrée sur l'avant-bras, qui fut atteint d'abord d'un œdème violacé, puis présenta la rétraction des fléchisseurs, avec adduction de la main, amyotrophie et troubles de la sensibilité. Il y a également, ici, participation des extenseurs. On connaît le pronostic grave de cette affection, connue en Allemagne et en Amérique, et à laquelle on oppose deux traitements, soit le raccourcissement du squelette de l'avant-bras, soit l'allongement de ses tendons : on a affaire, en effet, à une myosite fibreuse sans tendance à la guérison spontanée.

Paralysie du moteur oculaire commun avec rétraction de la paupière. — M. Galezowski. Cette femme, atteinte d'une paralysie nucléaire de la troisième paire, actuellement réduite à la paralysie de l'élévation, et parésie de l'abaissement de l'œil, présente cette particularité que, lorsqu'elle abaisse l'œil, la paupière supérieure se rétracte, malgré l'intégrité de l'orbiculaire. — Pour M. Thomas, cela ne peut s'expliquer que par une erreur de trajet des fibres nerveuses en régénération, qui empruntent le trajet d'un autre nerf que celui auquel elles appartiennent.

Syringomyélie à forme lépreuse. — MM. H. Français et Scheffer. Syringomyélie typique, avec gros troubles de la sensibilité profonde, dans laquelle l'existence d'une tache pigmentée du visage pourrait faire croire à la lèpre. Mais la réaction avec l'antigène lépreux a été négative. Il n'y a pas d'éosinophilie, les cordons nerveux ne présentent pas d'hypertrophie ni de nodosités.

Syndrome d'hypertension intra-cranienne avec stase papillaire et paralysie de la sixième paire. — MM. Claude, P. Merle et Galezowski rapportent l'histoire d'un saturnin de vingt-quatre ans, qui eut, pendant trois semaines, des accidents graves, céphalée, vertiges, vomissements, stase papillaire, qui, ensuite, s'atténuèrent graduellement. Le liquide céphalo-rachidien était en hypertension (au manomètre, 51 centimètres dans la position couchée, au lieu de 11-15) sans lymphocytose.

Syndromes complexes par lésion bulbo-protubérantielle. — MM. Baudouin et Scheffer. Le premier des malades se rapproche du syndrome Babinski-Nageotte : syphilis, début brusque par petits ictus, puis latéro-pulsion droite; actuellement, asynergie et myosis droits, troubles de la sensibilité à dissociation syringomyélique gauche. Le deuxième est plus complexe : il y a sept ans, astéréognosie, puis, trois ans après, névrite rétro-bulbaire du même côté. Puis, asynergie et latéro-pulsion du côté gauche, avec, récemment, phénomènes identiques à droite.

Sur les mouvements synergiques du membre inférieur. — M. Egger montre, chez trois malades atteintes de poliomyélite, que l'extension de la jambe sur la cuisse, impossible spontanément, s'effectue lorsqu'on exerce une certaine pression sur la plante du pied, et discute l'interprétation de ce phénomène.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE AVEC NÉPHRO-SCLÉROSE ET BRUIT DE GALOP

Une granule à 1/10 de milligramme Nativelle ou v gouttes de la solution au millième, pendant 10 jours. Suspendre 5 à 10 jours et reprendre ensuite pendant une dizaine de jours pour continuer ainsi pendant des mois. Associer la digitaline à la théobromine. Allonger les périodes de suspension digitalique si le malade va mieux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 MAI 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* 1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et André Jousset; — (2e série) : MM. Gaucher, Legry et Lœper; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 3 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Achard, Fernand Bezançon et Nobécourt; — M. Castaigne, suppléant.

Mercredi 4 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Nicolas et Couvelaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Pierre Marie et Lœper; — (2e série) : MM. Gaucher, Marcel Labbé et André Jousset; — (3e série) : MM. Roger, Sicard et Legry.

4e : MM. Pouchet, Desgrez et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

Vendredi 6 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 7 mai, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Jeanselme et Brumpt; — (2e série) : MM. Chauffard, Thiroloix et Claude.

4e (1re série : MM. G. Ballet, Langlois et Desgrez; — (2e série) : MM. Vaquez, Richaud et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gouget et Nobécourt.

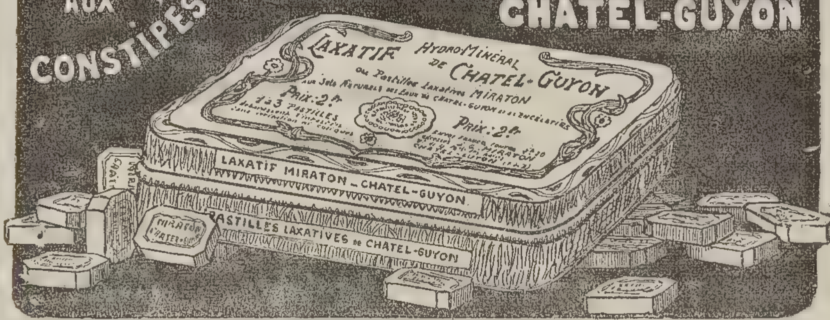
5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau; — M. Morestin, suppléant.

THÈSES

Samedi 7 mai, à une heure. — M. Jullien. Contribution à l'étude de la neurofibromatose généralisée (maladie de Recklinghausen). (MM. Gilbert, président; Achard, Carnot et Castaigne.) — M. François. La saignée dans les accidents pré-éclamptiques et au cours des accès éclamptiques. (MM. Achard, président; Gilbert, Carnot et Castaigne.) — M. Tripier. De quelques congestions; œdèmes pulmonaires localisés aux sommets des poumons et simulant la tuberculose. (MM. Achard, président; Gilbert, Carnot et Castaigne.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17



On demande des docteurs ainsi que des étudiants ayant 16 inscriptions, pour faire des remplacements.

Clinique à céder dans le quartier de Montrouge.

Pour tous renseignements, voir M. Lottin, 8, rue de Saint-Quentin, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique de Puériculture, par le docteur Delearde. In-16 de la Collection médicale, cart. à l'angl. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

N° 48. — MARDI 26 AVRIL 1910. 83e ANNÉE. MARDI 26 AVRIL 1910. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 avril. — MM. Laubry, Grenet et Léri, 20.

Prochaine séance, mardi 26 avril, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 23 avril. — MM. Okinczyc et Mathieu, 14; Capette, 16.

Prochaine séance, mardi 26 avril, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 22 avril. — Question donnée : « Artères coronaires. — Angines de poitrine. »

MM. Pignot, 15 + 21 = 36; Vilbort, 16 + 21 = 37; Rousselot, 18 + 18 = 36; Gillard, 17 + 22 = 39; Ducamp, 17 + 21 = 38; Alary, 13 + 16 = 29; Weber (André), 15 + 18 = 33; Trifaud, 13 + 15 = 28; Ribo, 15 + 14 = 29; Pruvost (Pierre), 17 + 24 = 41.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — ORDRE DE LECTURE. — MM. Porée, Colibert, Carret, Cartier, Malterre, Lehmann, Baldini, Bourrouillon, Rouyé, Dupuy (Jacques), Doury, Lazard, Adam de Beaumais, Déséglise, Coriat, Barbier, Descola, Beliard, Guillaume, Journée, Hahn, Morlet, Croll, Rousseau-Langwelt.

Les séances auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures, à la Charité.

LECTURE. — Séance du 22 avril. — MM. Porée, 11 + 14 = 25; Colibert, 9 + 9 = 18; Carret, 11 + 13 = 24; Cartier, 11 + 11 = 22.

Prochaine séance, mardi 26 avril, à cinq heures, à la Charité.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Pic, médecin-major de deuxième classe au bataillon du Congo, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le XIe Congrès français de médecine siégera à Paris les jeudi 13, vendredi 14 et samedi 15 octobre 1910, à la Faculté de médecine.

Le bureau du Congrès est composé de MM. le professeur Landouzy, président; Balzer et Troisier, vice-présidents; Marcel Labbé, secrétaire général; Laignel-Lavastine, secrétaire général adjoint; Galliard, trésorier; P. Masson, éditeur, trésorier adjoint.

Les questions suivantes désignées par le précédent Congrès seront l'objet de rapports :

1° Des bradycardies, par MM. Vaquez et Esmein (de Paris); Gallavardin (de Lyon); 2° Traitement des épilepsies symptomatiques, par MM. Souques (de Paris); Bosc (de Montpellier); 3° Rapports du foie et de la rate en pathologie, par MM. Gilbert et Lereboullet (de Paris); Roch (de Genève).

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour pour les discussions du Congrès :

1° Les accidents de la sérothérapie;
2° Les méningites cérébro-spinales aiguës;
3° La tuberculinothérapie;
4° Les affections du pancréas.

Les souscriptions devront être envoyées à M. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Tout ce qui concerne la partie scientifique ou administrative du Congrès devra être adressé à MM. Marcel Labbé, 9, rue de Prony, Paris, et Maxime Laignel-Lavastine, 45, rue de Rome.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE. — La Société internationale de chirurgie a décidé d'organiser à Bruxelles, en 1911, une exposition de fractures, à l'occasion du IIIe Congrès de la Société.

Il n'est pas nécessaire d'être membre de la Société pour y prendre part; il suffit, pour les non-membres, d'être agréés par le comité international.

Les objets destinés à l'exposition devront parvenir au secrétaire général, 75, avenue Louise, à Bruxelles, du 20 au 31 août 1911. Le secrétariat se charge de la réception des objets destinés à l'exposition, de leur placement et de leur renvoi aux exposants à l'issue du Congrès.

Le programme des séances sera réglé de telle façon qu'il sera loisible aux exposants de faire la démonstration de leurs objets aux membres de la Société pendant la durée du Congrès. Des sujets seront mis à la disposition des exposants qui en feront la demande.

Les gouvernements allemand, autrichien, belge, espagnol, français, hollandais, hongrois, anglais (pour la ligne anglo-belge, viâ Ostende-Tilbury et l'agence continentale et anglaise), italien, portugais, serbe, suédois, ayant accordé en 1908 une réduction de 50 p. 100 sur le tarif ordinaire des chemins de fer pour les objets destinés à l'exposition du cancer, cette faveur sera également demandée pour l'exposi-

tion de fractures. Des étiquettes et lettres de voitures spéciales seront envoyées aux exposants en temps utile.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à MM. J. Lucas-Championnière, président du IIIe Congrès; A. Depage, secrétaire général, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bruxelles; L. Mayer, secrétaire du Congrès.

Programme de l'exposition de fractures. — Toutes les pièces et tous les documents relatifs à l'étude des fractures pourront être exposés. Signalons notamment : I. Pièces anatomo-pathologiques (divers types de fractures, fractures rares). — II. Radiographies, dessins, plâtres, moulages, etc. — III. Appareils pour le traitement non sanglant (appareils d'immobilisation, appareils d'extension, appareils pour le traitement ambulatoire, etc.). — IV. Pièces et documents relatifs à l'ostéo-synthèse.

PRIX ZAMBACO PACHA. — Le docteur Zambaco pacha vient de doter la Société de médecine et d'hygiène tropicales de trois prix, l'un de 1 000 francs et deux de 500 francs destinés à récompenser les trois meilleurs mémoires relatifs à la question de « contagiosité de la lèpre ».

Les travaux présentés devront comporter des recherches personnelles et « des observations scientifiques minutieuses et consciencieuses prises sur les lieux mêmes ».

La commission des prix Zambaco pacha a décidé que les candidats auraient à traiter des questions suivantes :

I. La lèpre est-elle héréditaire ?

II. La lèpre est-elle contagieuse d'homme à homme ?

III. La lèpre est-elle transmissible aux animaux ?

Aux mémoires présentés devront être annexés, s'il y a lieu, les moyens de contrôle tels que préparations microscopiques, photographies, etc.

Les mémoires écrits en français devront être adressés, 18, rue de Grenelle, Paris, au secrétaire général de la Société de médecine et d'hygiène tropicales, avant le 1er avril 1912.

COURS PRIVÉ D'ANATOMIE CHIRURGICALE DE M. LE DOCTEUR DOYEN. — Les cours auront lieu les 25, 26, 27, 28, 29, 30 avril et les 2, 3, 4, 6, 11, 12, 13, 14 mai, à six heures du soir, dans la grande salle des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

PRATIQUE MÉDICALE

LE VÉRONAL SODIQUE DANS LE MAL DE MER

Etant donné le nombre considérable des théories variées émises pour expliquer l'étiologie du mal de mer, il n'est pas étonnant qu'on ait également proposé de nombreuses méthodes pour le combattre. La théorie la plus récente est elle-même assez vraisemblable, en considérant le mal de mer comme étant au fond une conséquence des excitations exercées par les mouvements insolites du navire sur l'organe de l'équilibre (Labyrinthe). C'est ainsi la meilleure explication des symptômes qui surviennent aussi du côté du système nerveux et des voies digestives. Il est évident, d'autre part, que toutes les méthodes de traitement employées jusqu'à présent, même les médicaments, ont donné relativement peu de résultats. Tant qu'il n'est pas possible de supprimer par des moyens techniques l'action purement physique des mouvements du navire sur le corps, nous continuerons à en être réduits pour le traitement du mal de mer à des moyens symptomatiques. Ceux-ci consistent surtout dans le repos, une position convenable (variable dans l'anémie ou l'hyperémie congestive de l'encéphale), une alimentation prudente (peu de liquide), des moyens d'action psychique et l'administration de sédatifs.

En ce qui concerne ces derniers, en dehors des nombreux produits que l'industrie étrangère a lancés dans le commerce sous forme de spécialités d'un prix excessif et dont la valeur est très problématique, sans que la composition en soit même indiquée, nos préparations de valériane et de brome jouissent encore d'une assez grande faveur. Dans les cas tout à fait graves (grossesse), on est même souvent obligé de recourir à la morphine.

Dans ces derniers temps, le Véronal, avec lequel Schepelmann (*Therapeut. Monatsch.*, 1907, n° 8) a obtenu des résultats assez encourageants pour en conseiller l'essai, a trouvé une application étendue.

J'ai aussi employé cette préparation pendant longtemps avec de bons résultats. Cependant, sa combinaison très soluble, le Véronal sodique me paraît encore plus avantageuse à en juger d'après mon expérience de ces six derniers mois. Sa solubilité beaucoup plus facile dans l'eau (I : 5 au lieu de I : 145) et par suite, son absorption et son efficacité plus rapides sont des propriétés particulièrement précieuses dans les cas où, par suite de nausées incessantes, symptômes des plus fréquents et des plus désagréables du mal de mer, tout ce que l'on introduit dans l'estomac menace d'être aussitôt rejeté.

Comme l'introduction de grandes quantités de liquide favorise déjà par elle-même les vomissements, on a la possibilité de donner le Véronal sodique avec très peu de liquide, ce qui est certainement un avantage inappréciable. Ajoutons encore que, en raison de la rapidité plus grande avec laquelle l'action se produit, ce danger est encore notablement diminué.

En général, ma manière d'employer le médicament a été de donner dans les vingt-quatre heures en cas de mauvais temps persistant, 1 gramme en deux doses de 0g50 dissous dans le moins d'eau possible. Si le malade réussit à garder la préparation une dizaine de minutes, ce qui est toujours le cas à quelques exceptions près, on peut être certain qu'il sera tranquille pendant les dix ou douze heures consécutives.

Dans les cas légers, il suffit de donner une dose de préférence le soir, avant de se coucher.

Le Véronal sodique s'administre sous forme de comprimés (1). Ils sont particulièrement pratiques et commodes sur les navires; on les écrase un peu avant d'ajouter l'eau, ce qui accélère encore la dissolution.

Bien que, d'après mes observations, on doive naturellement admettre qu'il n'est pas toujours possible de prévenir le mal de mer ou de supprimer absolument les symptômes graves, avec le Véronal sodique pas plus qu'avec un autre médicament, il est cependant indéniable que le Véronal sodique apporte, dans la plupart des cas de mal de mer, un soulagement considérable de tous les malaises. Il mérite ainsi, d'être élevé au premier rang des médicaments destinés à combattre le mal de mer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de physique biologique, par G. Weiss, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, 2e édition revue. In-8 (de la collection de précis médicaux), de XII-556 pages, avec 570 figures dans le texte, cartonné, toile souple. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

Guide pratique du médecin-inspecteur des écoles, par le docteur L. Dufestel, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris, avec préface de M. le docteur Le Gendre, ancien président de la Ligue de l'hygiène scolaire. (Collection moderne.) Un vol. in-18 jésus, cart. toile, de 230 p., avec 19 fig. dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1910, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le docteur Huchard, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18 de 400 p. — Prix cartonné : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Comprimés Bayer de Véronal sodique.

UNE ANNÉE D'ANESTHÉSIE LOMBAIRE A LA NOVOCAINE

Par M. CHAPUT,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Du 1er février 1909 (époque à laquelle j'ai commencé à employer la novocaïne lombaire) au 1er février 1910 j'ai fait, avec le concours de mes internes MM. Burcker Phelip, Chambard, Bertier, 405 anesthésies lombaires à la novocaïne, que je me propose d'analyser ici (1).

Ces 405 anesthésies lombaires se décomposent en *109 opérations sur les membres inférieurs*, 90 chez les hommes et 19 chez les femmes.

70 opérations sur le *périnée* (anus, rectum, périnée, organes génitaux de l'homme et de la femme), 57 hommes, 13 femmes; 117 hernies, 99 hommes et 28 femmes.

Nous avons 100 opérations abdominales, 85 chez les femmes, 15 chez les hommes; 7 opérations sur le thorax, 4 chez l'homme, 3 chez la femme; 2 opérations sur le cou, chez l'homme.

Les opérations sur le membre inférieur et le périnée comprennent de grosses opérations telles que amputations, résections, hystérectomies vaginales, ablations du rectum, et aussi des opérations très minimes, car à part les incisions au chloréthyle local et l'opération de l'ongle incarné, je n'ai pas pratiqué d'anesthésies locales dans ces régions, d'abord parce que je considère que la novocaïne lombaire est sensiblement aussi bénigue que l'anesthésie locale, et aussi parce que l'anesthésie lombaire est beaucoup plus massive, plus parfaite, plus facile et plus rapide que l'anesthésie locale.

Le nombre des opérations à l'anesthésie lombaire, faites sur le périnée et le membre inférieur, est beaucoup plus faible chez la femme parce que, en fait, les lésions du membre inférieur sont moins fréquentes chez les femmes. En outre il y a davantage de sujets nerveux chez les femmes qui refusent l'anesthésie lombaire ou auxquels on propose d'emblée l'anesthésie générale.

A ce propos je rappelle une fois de plus que les malades atteints de suppurations aiguës, douloureuses et fébriles sont très excitables et se plaignent vivement lorsqu'on les opère à l'anesthésie lombaire; ce sont de mauvais cas, qu'il vaut mieux soumettre à l'anesthésie générale.

Par contre les opérations abdominales sont beaucoup plus nombreuses chez les femmes.

Chez les femmes ce sont pour la plupart des hystérectomies abdominales ou des ablations d'ovaires, avec un moins grand nombre d'opérations gastriques, intestinales, hépatiques, d'éventrations, de hernies ombilicales, d'appendicites, d'anus contre nature.

Chez l'homme, il s'agit en majorité d'appendicites, avec un nombre moins important d'opérations gastriques ou hépatiques.

Les opérations sur le thorax sont pour les hommes des résections costales; pour les femmes, il y a deux ablations du sein cancéreux sur lesquelles nous reviendrons et des résections costales. Les deux opérations sur le cou sont des ablations de ganglions cancéreux dont je parlerai plus loin.

La *technique* employée dans mon service est la suivante :

L'aiguille est à long biseau, à trou latéral, je l'emploie munie d'un mandrin incomplètement enfoncé. Lorsqu'elle a pénétré au delà des ligaments jaunes, j'enfonce le mandrin à fond pour assurer la perméabilité de l'aiguille, et aussitôt après je le retire et le liquide s'écoule presque toujours.

J'ai rencontré très souvent des ossifications des ligaments interépineux qui existent en plaques; dans l'intervalle de ces plaques, on peut souvent glisser l'aiguille, d'autres fois on est obligé de changer d'espace interépineux. J'ai remarqué que l'espace lombosacré n'était presque jamais ossifié; on s'y portera en cas de difficultés à passer plus haut.

J'ai évacué constamment 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, afin d'éviter l'hypertension consécutive.

La solution anesthésique est de la novocaïne à 4 p. 100 sans aucune addition. Je redoute particulièrement l'adrénaline qui a plusieurs fois occasionné des gangrènes cutanées entre les mains d'autres chirurgiens.

La dose de novocaïne injectée a été de 6 à 8 centigrammes; 6 centigrammes pour les opérations basses, 8 centigrammes pour les laparotomies, un sein cancéreux a été enlevé avec 10 centigrammes (anesthésie lombaire).

Les questions intéressant particulièrement les chirurgiens sont les suivantes : mortalité, accidents immédiats et consécutifs, échecs, perfection de l'anesthésie.

La mortalité a été nulle sur nos 405 cas. C'est d'autant plus intéressant que je ne reconnais pas à la novocaïne les mêmes contre-indications qu'à la stovaïne lombaire. Nous avons opéré des sujets très âgés, des hernies étranglées, des malades épuisés et cachectiques sans aucune alerte.

Bref je puis déclarer que la novocaïne lombaire ne présente pas d'autre contre-indication que la mort imminente. Notons cependant que les suppurations aiguës très douloureuses provoquent des cris malgré l'anesthésie lombaire et qu'il vaut mieux s'en abstenir dans ces cas. J'ajouterai que l'anesthésie lombaire est médiocre pour les opérations situées audessus de l'appendice xiphoïde, car elles nécessitent de hautes doses de novocaïne qui occasionnent une certaine excitation cérébrale.

Non seulement la novocaïne lombaire n'expose pas à la mort immédiate, mais encore elle est beaucoup plus bénigne que l'anesthésie générale au point de vue de la mortalité consécutive.

L'anesthésie générale altère le rein, et touche le foie plus ou moins profondément, comme l'a montré M. Tuffier, au contraire la novocaïne lombaire les laisse intacts.

Ma mortalité opératoire, bien que très minime antérieurement, a sensiblement baissé depuis que j'emploie l'anesthésie lombaire; je puis donc affir-

(1) Pour l'historique de la novocaïne lombaire, je renvoi à mon travail du 30 juin 1909, à la Société de chirurgie.

mer que cette méthode est beaucoup plus bénigne que l'anesthésie générale au point de vue de la mortalité tant consécutive qu'immédiate.

Quels accidents immédiats avons-nous observés.

Les vomissements ne s'observent qu'avec les laparotomies; ils sont rares, peu intenses et peu gênants.

La pupille n'est pas influencée sérieusement par la novocaïne lombaire.

La pâleur de la face et le ralentissement du pouls (à 50 ou 40) ne s'observent que pour les laparotomies, et chez les sujets nerveux. Ils ont toujours cédé facilement à l'injection de caféine et à la position déclive de la tête qui bien loin d'être dangereuse est au contraire des plus avantageuses. Je n'ai pas observé de cas de syncope — ni d'arrêt complet du pouls.

Il résulte de cet exposé que la novocaïne lombaire est bien supérieure à la stovaïne lombaire car cette dernière présentait de nombreuses contre-indications et occasionnait assez fréquemment des syncopes assez sérieuses.

Les accidents consécutifs ne nous arrêteront pas longtemps; j'ai observé quelques céphalées, environ 2 p. 100, elles ont constamment aidé à l'évacuation du liquide céphalo-rachidien.

La *rétention d'urine* n'a eu lieu que pour les opérations ano-périnéales; pour les hernies elle a été moins fréquente qu'elle ne l'est avec l'anesthésie générale.

Je n'ai pas observé d'anesthésies consécutives ni de paralysies hystériques ou autres ni de paralysie des nerfs moteurs de l'œil, ni de vomissements.

On a beaucoup reproché à l'anesthésie lombaire la forte proportion d'échecs qu'elle comporte.

Nous avons observé six échecs aux hommes et six aux femmes; il s'agissait de malades peureux arrivant à la salle d'opération avec des préventions.

L'influence personnelle est très importante ainsi que le milieu. Dans un service où l'anesthésie lombaire est appréciée par les malades, les échecs sont très rares. Mes élèves ont plus d'échecs que moi-même, bien que leurs opérations soient moins importantes en général.

Personnellement je n'ai pas observé d'échecs proprement dits; mais j'ai dû dans cinq cas terminer des laparotomies par l'anesthésie générale, parce que les malades se contractaient d'une manière permanente et rendaient impossible la rentrée des intestins. Ces malades n'en ont pas moins bénéficié de l'anesthésie lombaire en ce sens qu'elles n'ont été soumises à l'anesthésie générale que pendant un temps assez court.

En dehors des échecs et imperfections que je viens de signaler, l'anesthésie que nous a procurée la novocaïne lombaire a été absolument parfaite.

Je dois faire des réserves pour les opérations élevées; une ablation de sein cancéreux faite à l'anesthésie lombaire n'a procuré qu'une anesthésie imparfaite; une autre mammectomie faite à l'anesthésie cervicale a été assez agitée.

Un homme opéré pour des ganglions cancéreux du cou (anesthésie cervicale) n'a pas été suffisamment anesthésié, j'ai dû recourir au chloroforme.

Enfin un homme à qui j'ai enlevé des ganglions sous-maxillaires à l'anesthésie cervicale a eu une anesthésie satisfaisante.

Si je rapproche ces anesthésies cervicales d'une série que j'ai faites à l'hôpital Boucicaut en 1884-1885, j'arrive à cette conclusion que l'anesthésie rachidienne est médiocre pour les opérations élevées et qu'il vaut mieux s'en abstenir. L'anesthésie lombaire ne doit pas à mon avis s'attaquer aux régions situées au-dessus de l'appendice xiphoïde.

CONCLUSIONS. — 1° J'ai fait cette année 405 anesthésies lombaires à la novocaïne à 4 p. 100, savoir: 109 opérations sur le membre inférieur, 70 sur la région ano-périnéale, 117 hernies, 100 laparotomies, 9 opérations sur le thorax et sur le cou.

2° La mortalité a été nulle.

3° La novocaïne ne présente pour ainsi dire pas de contre-indications; elle est peu avantageuse pour les suppurations aiguës, pour les sujets craintifs, pour les opérations au-dessus de l'épigastre.

4° Les accidents immédiats n'existent pas; il n'y a pas eu de syncopes; la pâleur et le ralentissement du pouls ont été rarement observés et ont cédé à la caféine.

5° La novocaïne lombaire diminue la mortalité postopératoire en ménageant le rein et le foie.

6° Les céphalées postopératoires ont été observées une ou deux fois sur cent cas.

7° Je n'ai pas observé de rétention d'urine, de vomissements, ni de paralysies consécutives.

8° Nous avons observé douze échecs d'anesthésie (3 p. 100) chez des sujets nerveux.

9° Dans ma pratique personnelle, l'anesthésie lombaire à la novocaïne est supérieure à l'anesthésie générale pour les opérations sous-ombilicales.

HOSPICE GÉNÉRAL DU HAVRE

(Service de M. le docteur Lenormand.)

UN CAS RARE DE DÉCHIRURE DU PÉRINÉE

AVEC LARGE DIASTASIS DE LA SYMPHISE PUBIENNE. SUTURE DES PUBIS. GUÉRISON

Par M. J. LAVOINE,
Interne du service.

Le nommé G. P..., âgé de vingt-neuf ans, domestique à Epouville près le Havre, conduisant le samedi 9 octobre, à six heures du soir, une grosse voiture de moulin chargée de trente sacs de blé, voulut, en cours de route, monter sur le siège qui était assez élevé; son pied glissa et il tomba à califourchon sur le marchepied constitué par un plateau dont les bords sont relevés d'environ trois centimètres. Pour essayer de se dégager de cette situation critique et pour éviter de tomber sous la roue, le malheureux fit un effort violent et roula à terre. D'autres charretiers l'ont ramassé et reconduit en voiture à son domicile où il resta sans connaissance jusqu'au lendemain matin.

Le dimanche soir, à deux heures de l'après-midi, on l'amenait à l'hospice général, salle Saint-André. Quand je vis le

blessé, il se plaignait de douleurs vagues dans la partie inférieure de l'abdomen et d'une impotence complète du membre inférieur droit. Toute la région hypogastrique était sensible et, à ce niveau, on trouvait de la matité sur une surface de quatre travers de doigts. Le malade, en effet, n'avait pas uriné depuis son accident, c'est-à-dire depuis vingt heures et du reste n'en éprouvait pas le besoin. A la palpation on découvrait un maximum de douleur au niveau de la symphyse pubienne et, en appuyant légèrement sur la peau qui était intacte à ce niveau, on sentait une fissure assez grande qui faisait penser à une disjonction de la symphyse. Je comprimai latéralement les deux épines iliaques, ce qui détermina une douleur très vive au niveau de la région pubienne, douleur intolérable qui s'exaspérait à la moindre pression, au moindre mouvement.

Durant l'examen, le blessé ne s'est jamais plaint de la région sacro-coccygienne. Après avoir placé le malade dans la position de la taille, le scrotum et la verge relevés, on découvrait au niveau du périnée une large plaie béante allant de l'extrémité inférieure de la symphyse pubienne jusqu'à l'orifice anal, sans toutefois intéresser le sphincter. Après avoir savonné, désinfecté la peau, fait à l'intérieur de la plaie un grand lavage à l'eau oxygénée dédoublée, j'explorai cette région mise à nu. Il y avait là une sorte d'excavation correspondant à toute la fosse ischio-rectale dans laquelle on pouvait facilement introduire le poing. Cette excavation devait être limitée en dedans par le releveur de l'anus et en dehors par l'obturateur et l'iliaque.

En haut et en avant, on pouvait se rendre compte par le toucher de la disjonction de la symphyse pubienne, je dis disjonction car les deux surfaces étaient fibro-cartilagineuses et non osseuses. L'écartement des deux branches était d'environ neuf centimètres. Ce pubis droit un peu abaissé était éloigné de la ligne médiane d'environ sept centimètres, le gauche ne l'était que de deux centimètres. Constatation particulièrement remarquable, je n'observai aucune lésion des organes du petit bassin, sauf quelques déchirures musculaires sans importance. Après avoir introduit l'index de la main droite dans le rectum, je me suis rendu compte que celui-ci était intact. Ce toucher rectal ne détermina aucune douleur.

Je complétai cet examen par le cathétérisme et je passai dans l'urètre une sonde molle de Nélaton. Elle entra jusqu'au bout sans aucune difficulté et sans provoquer de souffrances. Il s'écoula environ un demi-litre d'urine jaune pâle, normale, sans une goutte de sang. Après avoir nettoyé, désinfecté la région périnéale, lavé la plaie, je bourrai celle-ci de gaze stérilisée et, le pansement fini, je fis remettre le malade dans son lit.

Le soir, la température était 37° 2, le pouls normal à 70. Le malade passa une nuit relativement tranquille et fut examiné sous chloroforme le lundi matin par le docteur Lenormand. La plaie, souillée par des matières fécales rendues la nuit, avait suppuré, des couches de sphacèle superficiel apparaissaient déjà çà et là. Le chirurgien constata que, malgré le délabrement de cette région, il n'y avait aucun organe important de lésé, que la prostate aussi bien que l'urètre et que le rectum étaient intacts. Après avoir vainement essayé de rapprocher les surfaces cruentées profondes à l'aide de quelques points de catgut, on refait le même pansement que la veille, Le soir 39 degrés de température, le mardi matin 38 degrés. Le malade continuait à uriner sans le secours d'une sonde. On lui fit tous les matins un grand lavage de sa plaie avec de l'eau oxygénée dédoublée, puis, tout allant bien, on ne fit plus de lavages que tous les deux jours.

Le 2 décembre, le malade n'ayant plus de température, la plaie étant en bonne voie, le docteur Lenormand décida d'intervenir et lui fit uue suture des pubis avec un fil d'argent. Il fallut d'ailleurs déployer une certaine force pour permettre le rapprochement des deux pubis. Le bassin fut ensuite immobilisé dans un appareil plâtré et les genoux du malade maintenus rapprochés. Grâce à cette intervention, dont les suites furent complètement aseptiques, malgré le voisinage d'une plaie infectée, l'excavation périnéale se combla progressivement et assez vite, si bien que peu de temps après le blessé ne présentait plus qu'une simple fistule.

Dix jours plus tard on retirait l'appareil plâtré. Aujourd'hui 10 février, le malade qui se lève depuis un mois déjà se promène dans la salle, ne présente plus d'écartement des pubis ni de douleurs à ce niveau. Il marcherait, dit-il, aussi bien qu'auparavant s'il ne lui restait une petite fistule de deux centimètres environ qui est un peu gênante pendant la marche, en raison surtout du pansement qu'elle l'oblige à conserver.

Cette observation nous a semblé intéressante à plusieurs titres. Il faut dire tout d'abord que les cas de ce genre sont très rares. Il arrive fréquemment que dans les traumatismes du bassin les luxations de la symphyse sont accompagnées de luxations sacro-iliaques ou de fractures. Or ici nous n'avons pas constaté ailleurs qu'à la symphyse cette douleur intolérable, s'exaspérant au moindre contact, au moindre mouvement, qu'on aurait en cas de luxation ou fracture.

Nous étions donc bien en présence d'une disjonction unique et très large de la symphyse pubienne. Malgaigne a réuni 5 cas de luxation des trois symphyses à la fois ; on a cité aussi des cas de luxations de symphyse pubienne et d'une articulation sacro-iliaque, mais ces cas se rencontrent encore plus fréquemment que ceux de luxation isolée des pubis dont le pronostic est grave. Sur 6 malades dont les observations ont été recueillies, 4 sont morts de rupture de l'urètre et 1 de suppuration.

Notre observation présente donc le double intérêt d'être presque unique dans les annales de la pathologie et de s'être terminée favorablement. Son côté le plus curieux, à notre avis, c'est que le traumatisme pourtant très violent n'a provoqué aucune lésion des organes si importants de la région périnéale, ce qui a grandement contribué à la guérison relativement rapide du blessé. Dans presque tous les cas de ce genre, en effet, les organes pelviens sont contus et l'on rencontre toujours des déchirures de la prostate, du rectum et surtout de l'urètre, la plus fréquente de toutes, ce qui se conçoit facilement, étant donnés les rapports intimes de l'urètre membraneux avec la partie inférieure de la symphyse, le ligament sous-pubien et les aponévroses du périnée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 AVRIL 1910)

Rétinite albuminurique et azotémie. — MM. F. WIDAL, V. MORAX et André WEILL. La valeur pronostique de la rétinite albuminurique est connue de longue date, mais l'explication en est restée obscure.

Il a paru intéressant aux auteurs de rechercher s'il n'y

avait pas un rapport entre cette lésion oculaire et l'azotémie dont MM. Widal et Javal ont montré la signification fâcheuse.

Leurs recherches, qui ont porté sur soixante et onze malades atteints de néphrites de types divers, leur ont permis d'observer dix-sept cas de rétinites. Ils ont pu tout d'abord constater qu'il n'existait aucun rapport entre cette lésion et la rétention des chlorures.

Par contre leurs dix-sept malades ont tous présenté une rétention azotée plus ou moins prononcée dans le sérum sanguin. Chez quinze de ces malades, atteints de rétinite, il existait dès le premier examen une rétention azotée dépassant 2 grammes dans onze cas, comprise entre 1 et 2 grammes dans les quatre autres. Douze de ces malades sont morts dans un délai variant de trois jours à treize mois. Les trois survivants sont suivis depuis moins de quatre mois.

Enfin, chez deux malades, ils ont assisté à l'apparition de la rétinite; son début a coïncidé avec celui de la rétention azotée dans le sang.

La constance de la rétention azotée chez ces malades les autorise à penser que la rétinite dite albuminurique est, au moins dans la grande majorité des cas, une rétinite azotémique. Cette constatation leur donne la clef de cette gravité du pronostic que tous les auteurs assignent à cette lésion oculaire. Il est important en clinique de posséder un symptôme aussi flagrant que la rétinite pour orienter le diagnostic vers la néphrite azotée unique.

La distinction des deux syndromes de rétention azotée et de rétention des chlorures se poursuit donc jusque sur le terrain de la pathologie oculaire, et l'on peut opposer l'œil des azotémiques, caractérisé par la rétinite, à l'œil des chlorurémiques, où l'allure clinique et le pronostic sont tout différents.

Enfin la notion de la nature azotémique de la rétinite pourra peut-être parfois aider à établir un diagnostic ophtalmologique hésitant.

Fulguration. — M. de Keating-Hart présente quatre cas de cancers traités avec succès par la fulguration : un cancer du sein, un de la langue, un de l'amygdale et un ostéosarcome volumineux et récidivé de l'épaule. Le premier, malgré une exérèse restreinte, demeure guéri après vingt et un mois, le second et le troisième, malgré des lésions graves et propagées aux ganglions cervicaux, sont sans récidive depuis dix-huit et treize mois, enfin le quatrième, malgré l'envahissement rapide antérieur de presque tout l'humérus, demeure en bon état; en ce dernier cas, il faut ajouter que les parties molles du bras et l'avant-bras entier ont été conservés à la malade.

Les réactions biologiques du kyste hydatique. — M. Chauffard. Contrairement à M. Rist, M. Chauffard considère que la réaction de déviation du complément peut manquer dans le kyste hydatique du foie. MM. Chauffard et Vincent ont en effet montré dans un article récent de la *Gazette des hôpitaux* (1910, n° 25, p. 343) qu'elle traduit une intoxication légère et inconstante par le liquide de kyste hydatique. Aussi la réaction peut apparaître après l'opération ou après la ponction, en même temps que l'éosinophilie. Celle-ci traduit la réaction antitoxique. En résumé, les réactions de laboratoire sont inconstantes dans le kyste hydatique. Mais elles n'en ont pas moins une grande valeur.

La discussion s'engage alors sur la valeur de l'éosinophilie et de la réaction de fixation.

M. Rist critique surtout la valeur de l'éosinophilie qui manque dans un certain nombre de cas et qui, par son existence, peut induire en erreur. Il en rapporte notamment un cas remarquable chez une pleurétique ayant une éosinophilie pleurale de 40 p. 100, une éosinophilie sanguine de plus de 10 p. 100, il s'agissait d'une tumeur du médiastin. Or, la réaction de Weinberg-Parvu, dans ce cas, était négative.

M. Chauffard. L'éosinophilie peut manquer; mais quand elle existe, on n'a pas le droit d'en méconnaître la valeur. Quant à la réaction de fixation, on est bien forcé d'admettre qu'elle est quelquefois négative, malgré l'existence d'un kyste hydatique, et il est difficile d'admettre une faute de technique quand l'auteur de la réaction est responsable de ses résultats.

M. Rist fait remarquer d'une part l'inconstance des antigènes organiques dans les liquides du kyste hydatique humain ou de mouton, ce qui peut parfaitement expliquer l'absence de la réaction; d'autre part, la complexité de la réaction qui explique comment, à l'insu du technicien le plus habile, peuvent se glisser des causes d'erreur.

Séro-réaction et intradermo-réaction à la syphiline. — MM. Nicolas et Fabre. Dans cinquante observations on a fait la séro-réaction de Wassermann et l'intradermo-réaction à la syphiline. Chez les syphilitiques les réactions à la syphiline sont aussi constantes que la séro-réaction de Wassermann. Chez les sujets sains, la réaction à la syphiline est négative. Toutes les fois que le Wassermann est positif, l'intradermo-réaction à la syphiline est positive. Il s'agit donc d'une réaction spécifique, mais il est nécessaire de faire un dosage minutieux de la syphiline.

Sur un cas de méningite mixte méningococcique et tuberculeuse. — M. E. Combe présente l'observation d'un malade du service de M. H. Vincent au Val-de-Grâce, qui offrit tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale aiguë, à laquelle il succomba en huit jours. Cette méningite était due à l'association du méningocoque et du bacille de Koch.

La nature méningococcique fut décelée dès le début par la précipito-réaction. Elle fut vérifiée à l'autopsie par la constatation du méningocoque dans les méninges.

Le bacille de Koch n'apparut dans le liquide que la veille de la mort. La formule cytologique présenta des variations (mononucléose, puis polynucléose et de nouveau mononucléose).

L'autopsie confirma les constatations bactériologiques faites pendant la vie, en montrant la présence des deux agents pathogènes dans les méninges cérébrales. Néanmoins, ces membranes ne présentaient aucune lésion tuberculeuse spécifique soit macroscopique, soit histologique.

L'association du méningocoque au bacille de Koch apporte un caractère de gravité nouveau du pronostic.

Elle donne lieu à un tableau symptomatique analogue en tous points à celui des méningites relevant du seul méningocoque.

Le diagnostic de la nature mixte d'une méningite ne peut être fait par l'étude clinique du malade. Il nécessite, pour pouvoir être posé, un examen bactériologique absolument complet et précis du liquide céphalo-rachidien.

Considérations cliniques et hématologiques sur quelques cas de purpura. — MM. P. Nobécourt et Léon Tixier ont eu l'occasion d'observer une série d'enfants atteints de purpura. De leur étude clinique et hématologique, ils concluent :

Qu'il est difficile de distinguer des classes irréductibles de purpuras; le purpura exanthématique le plus banal peut s'accompagner d'hémorragies des muqueuses ou des viscères, le purpura rhumatoïde le mieux caractérisé peut se transformer en purpura infectieux.

La distinction est de même impossible à établir au point de vue hématologique. On ne peut se baser ni sur la réaction myéloïde, ni sur les modifications de la coagulation du sang pour distinguer l'exanthème purpurique des purpuras hémorragiques vrais.

Les constatations hématologiques de MM. Nobécourt et Tixier ont une portée pratique. L'absence de modifications de la coagulation du sang et de la rétraction du caillot montre que certains purpuriques ne sont pas atteints d'une maladie

du sang. Ce fait explique l'échec et l'inutilité du chlorure de calcium et des injections de sérum frais pour modifier les phénomènes de la coagulation. Les injections de sérum frais ne sont d'ailleurs pas inoffensives; elles ont provoqué dans un cas des ecchymoses avec menace de sphacèle et, dans un autre, une recrudescence des hémorragies avec élévation thermique.

M. Bensaude signale ce que la communication précédente présente d'intéressant :

a. Au point de vue clinique, M. Nobécourt a apporté une série d'observations se caractérisant par des hémorragies cutanées et viscérales avec sphacèles. Ces observations rappellent la thèse d'Orion qui a publié des cas de purpuras avec gangrène dénommés par lui purpuras par lésion vasculaire. Une autre particularité est l'absence des hémorragies buccales ou nasales.

b. Au point de vue hématologique, il est intéressant de remarquer l'absence de rétraction du caillot et la diminution des hématoblastes; or, dans tous les cas où on trouve cette double lésion sanguine, on note d'énormes bosses sanguines, des épistaxis et ces stomatorragies.

LIVRES NOUVEAUX

Digestion et nutrition.

M. le professeur Roger vient de réunir, en un beau volume (1), les leçons professées à la Faculté en 1909.

Au premier abord, on pourrait craindre qu'un cours de médecine expérimentale ne fût pas à la portée de tous les étudiants ni même des praticiens, et que, négligeant le côté pratique du sujet, le maître, entraîné par le côté scientifique et abstrait de ses expériences, ne soit que difficilement suivi dans ses exposés.

Tous ceux qui se donneront la peine de commencer les 600 pages de ce volume iront certainement avec fruit et avec plaisir jusqu'au bout. Ce n'est pas que les formules chimiques un peu arides en aient été écartées; mais elles sont présentées avec une clarté et une simplicité qui fait passer sur leur complication. Mais surtout, d'un bout à l'autre, les déductions pratiques fourmillent et à propos de chaque problème scientifique ce sont des incursions dans le domaine de la pathologie.

Nous trouvons là des explications aux multiples questions de pathologie générale que nous sommes amenés à nous poser chaque jour en examinant des malades, et ces questions reçoivent des réponses extrêmement claires et séduisantes. En fermant le livre on se demande comment il est possible de clarifier à ce point la chimie biologique du tube digestif.

La première partie est la moins pratique; il est cependant indispensable, pour comprendre les suivantes, de savoir ce que sont les ferments, comment on reconnaît leur présence, comment ils se forment et agissent, soit sur d'autres corps, soit les uns sur les autres. Nous apprenons dès le début les préférences de l'auteur sur la nature des ferments qui sont de nature chimique (ce qui est encore discuté), et nous savons reconnaître ces corps surtout par leurs effets. A noter une étude des substances zymosthéniques, inactives par elles-mêmes, mais capables par leur seule présence de renforcer l'action des ferments. Il existe enfin des antiferments protecteurs de l'organisme et même de ses parasites; ce sont eux qui empêchent que l'individu tout entier ne se digère lui-même; d'où une déduction très importante sur la pathogénie des ulcérations gastriques expliquées par la diminution de ces antiferments.

Les aliments *hydrocarbonés* constituent, par leur masse, tout au moins la principale partie de notre ration alimentaire; nous trouvons exactement la quantité qu'on doit en absorber, leur valeur calorimétrique, et à propos de leur transformation en sucre toutes sortes de considérations intéressantes sur la valeur nutritive du sucre, sur les expériences faites à ce sujet dans l'armée, etc.

Je passe sur l'étude des ferments amylolytiques de toutes les parties du tube digestif pour insister sur des expériences vraiment originales. Les substances déposées dans la cavité péritonéale attirent les ferments sécrétés dans l'intestin, ce qui prouve leur spécificité, leur chimiotaxie positive. Ainsi opérant sur le lapin on dépose de l'amygdaline dans le péritoine; l'émulsine traverse la paroi intestinale et vient dédoubler cette première substance, tuant l'animal par la mise en liberté de l'acide cyanhydrique.

Tout le rôle digestif attribué aux ferments restreint singulièrement celui des microbes. A diverses reprises M. Roger y insiste. On a exagéré l'importance de ces parasites dans les transformations digestives; il est beaucoup moins important qu'on ne l'a dit. Toutefois il n'est pas nul et l'inuline (surtout abondante dans les artichauts) est attaquée dès la cavité buccale par un streptocoque. De même la cellulose, qui passe assez facilement sans être altérée à travers tout le tube digestif, est fortement saccharifiée par les micro-organismes. Ce rôle microbien a été aussi beaucoup exagéré, en ce qui concerne les graisses et les albumines : tout au plus s'exerce-t-il dans la putréfaction des matières protéiques et dans une mesure très restreinte.

L'étude des hydrates de carbone ne serait pas complète sans celle de la glycogénie, de la glycolyse et des glycosuries. Et après bien d'autres, M. Roger s'essaie à nous donner une classification pathogénique des glycosuries. Il nous est impossible d'entrer à ce sujet dans de longs détails : toutefois la caractéristique de cette tentative est la tendance à faire jouer aux troubles de la sécrétion interne des glandes le principal rôle dans le diabète. A côté de la glycosurie pancréatique pour laquelle cette explication est devenue classique, les diabètes rénal, hypophysaire, thyroïdien, surrénal et mammaire reconnaissent un mécanisme identique. Le diabète hépatique n'échappe pas à la nécessité de reconnaître une altération dans la glycogénie du foie : c'est à peine si les glycosuries nerveuses trouvent grâce devant la théorie glandulaire et brûlant ou mieux élaborant ce qu'il a adoré, M. Roger va jusqu'à prédire la disparition du diabète par ralentissement de la nutrition quand on connaîtra mieux celle-ci. A cela s'ajoute un chapitre complet sur le coma diabétique, d'où découle une thérapeutique par les alcalins et un régime diététique du diabétique.

Les aliments gras sont les plus riches en calories; ce sont des réserves que l'on trouve partout dans l'organisme, surtout dans la moelle osseuse. Dans le tube digestif ils s'émulsionnent ou se dédoublent en glycérine et acide gras; plus intéressant est de savoir comment ils s'absorbent. Suffit-il que les graisses soient émulsionnées pour franchir la paroi de l'intestin grêle. C'est peu probable. Il n'est pas non plus vraisemblable qu'elles soient englobées par les leucocytes et transportées ainsi dans les chylifères. Il y a tout lieu de penser qu'elles se dédoublent pour parvenir à ces conduits où elles se reconstituent. Enfin certains organismes forment des graisses avec toute espèce d'aliments, même avec les hydrates de carbone. Ceci conduit l'auteur à étudier le mécanisme régulateur de la consommation des graisses, l'obésité et la maigreur et à nous donner de très bons conseils pratiques sur le traitement et le régime de ces deux affections. Il distingue du reste l'obèse pléthorique et l'obèse anémique qui ne sont pas justiciables de la même thérapeutique, et se plaint de ce que l'on ne soigne pas assez la maigreur.

L'étude de la dégénérescence et de l'infiltration graisseuse est particulièrement originale. Il n'est pas prouvé que ces

(1) Paris, Masson 1910.

deux processus pathologiques aient même valeur et le premier est souvent diagnostiqué à la place du second. Il est possible que la graisse venue de toutes parts dans l'organisme s'emmagasine dans le foie donnant à une infiltration cellulaire intense l'aspect anatomique d'une dégénérescence. Des expériences très originales sur le jeûne des animaux et l'intoxication phosphorée ont montré à M. Roger cette migration des graisses avec infiltration de la cellule hépatique dont la dégénérescence même en pareil cas serait douteuse.

Cette partie se termine par l'examen des lipoïdes tels que la lécithine et la cholestérine. Tout l'intérêt de ces colloïdes réside dans la part qu'ils prennent à la constitution de certaines cellules ou de certaines bactéries. Nous voyons ainsi expliqués chimiquement des phénomènes un peu obscurs, tels que la narcose produite par une fixation sur la cellule de certains dissolvants des lipoïdes. Cette affinité des substances grasses pour quelques toxiques donnerait la solution des destructions de la cellule hépatique qui suivent parfois l'absorption chloroformique la plus courte et se terminent par la mort du sujet, autrefois attribuée à des lésions cardiaques ou rénales méconnues. Enfin certains phénomènes d'hémolyse ou de bactériolyse s'expliquent chimiquement par des processus analogues.

Arrivons à la dernière partie : la nutrition par les albumines. Après une classification de ces corps d'après leur teneur en acides diaminés, nous apprenons comment se fait la digestion peptique : la plupart des médicaments donnés pour la favoriser l'entravent. L'acide chlorhydrique lui est nécessaire et les expériences de M. Roger lui ont montré quel rapport doit exister entre la pepsine et l'acide pour produire le meilleur effet.

Nous savons aussi pourquoi l'eau de chaux facilite l'action du ferment lab. Enfin nous voyons renverser quelques préjugés thérapeutiques actuels : une certaine quantité de chlorure de sodium est indispensable à l'alimentation pour la formation de l'acide chlorhydrique et l'excès de celui-ci sera, quoiqu'on en pense, très utilement neutralisé par les alcalins ; ils calment la douleur, ce qui est déjà quelque chose, et régularisent la sécrétion acide, ce qui est mieux pour l'avenir.

Les transformations subies par les albumines pour être absorbées sont beaucoup plus complexes qu'on ne le pensait autrefois. Leur passage dans la circulation sous forme de peptones est très peu vraisemblable ; comment franchissent-elles alors la paroi intestinale ? Est-ce sous forme d'acides aminés ? L'auteur ne conclut pas ; il nous décrit seulement les théories suivant lesquelles les divers termes de la digestion des albumines, peptones, peptones abiurétiques, acides aminés, etc., sont également absorbables et aussitôt transformés en urée ; peut-être y a-t-il aussi transformation de ces derniers corps en hydrates de carbone. Somme toute cette étude serait à reprendre complètement suivant le plan tracé par M. Roger.

Quelques albumines sont plus particulièrement intéressantes. Telles sont les nucléo-protéides issues des noyaux cellulaires, attaquées par les nucléases et aboutissant aux bases puriques dont le dernier terme est l'acide urique. A ce propos quelques conseils pour les goutteux qui peuvent impunément manger des œufs, ceux-ci ne contenant pas de nucléo-protéides. D'ailleurs un des meilleurs dissolvants de l'acide urique serait l'acide thyminique.

On sait combien la jonction synthétique de ces nucléo-protéides à des médicaments puissants comme le fer, a été utilisée en thérapeutique. Nous comprenons en lisant le chapitre consacré à l'hémoglobine comment se produit cette action que nous avons souvent cherché à provoquer sans en saisir la raison. Tout n'est cependant pas aussi simple ; et les succès de la médication ferrugineuse banale sont incontestables et difficilement expliqués. L'étude du fer est complétée par celle de la fonction martiale du foie et des aperçus originaux sur l'oxydation de l'hémoglobine au niveau du poumon. Ce dernier organe joue un rôle à proprement parler actif comme une véritable glande. Citons aussi l'étude de la bilirubine, de la pathogénie des ictères et de l'origine de l'urobiline, problème encore insoluble.

L'examen du mucus, de la mucine et de la mucinase nous conduit à une théorie de l'entérite muco-membraneuse, syndrome et non entité morbide, à l'action de la bile et du fiel de bœuf dans le traitement de cette affection. Aussi pratique est la conclusion tirée de l'étude des crachats : on peut faire le diagnostic entre la tuberculose pulmonaire et la bronchite chronique par le seul examen chimique de l'expectoration. La présence de l'albumine dans celle-ci est toujours en rapport avec le bacille de Koch. Enfin n'est-ce pas à la mucine et à sa toxicité que l'on doit l'infiltration des tissus chez les myxœdémateux ?

La digestion ne serait pas complètement terminée sans un examen de la coprologie, de son importance, de la valeur du procédé de Triboulet, des microbes à putréfaction intestinale, de la sulfo-conjugaison dont le rôle est ramené comme celui des bactéries à sa juste valeur. Nous trouvons enfin dans le dernier chapitre des considérations sur l'autolyse et l'hétérolyse et des expériences fort curieuses sur la toxicité des parois intestinales. Celle-ci est d'autant plus marquée que l'on se rapproche du duodénum ; d'où déduction sur les accidents de l'obstruction intestinale, dus à la résorption des poisons de l'intestin et non aux toxines bactériennes, car ils sont d'autant plus marqués que l'occlusion siège plus haut. C'est le syndrome d'insuffisance intestinale dont la lecture intéresserait beaucoup les chirurgiens eux-mêmes.

C'est à dessein que dans ce court aperçu nous avons négligé tout ce qui est classique et rapporté dans les traités de physiologie. Mais on trouvera dans l'ouvrage toutes les notions élémentaires qui permettent de comprendre les expériences originales : on remarquera en particulier le soin apporté à la description des travaux de Pawlow, de la sécrétion pancréatique et des théories sur la digestion par les ferments tryptique, amylolytique et lipasique du pancréas.

Du commencement à la fin de l'ouvrage l'auteur s'attache à la description consciencieuse de son sujet et de ses expériences personnelles ; il ne s'élève que rarement à des considérations générales qu'il semble avoir voulu éviter de parti pris. On sent toutefois en le lisant attentivement que sa grande compétence en chimie biologique le porte à rapporter à cette science presque exacte la solution de toutes les manifestations vitales qu'il observe. Non seulement il termine en disant : « Beaucoup de manifestations vitales sont des manifestations chimiques », conclusion à la fois prudente dans sa restriction et catégorique dans son affirmation, mais étudiant la digestion des albuminoïdes il montre que la fonction digestive a pour but à la fois l'absorption des aliments et leur reconstruction pour le maintien de la spécificité organique, « laquelle est d'ordre chimique ». Ailleurs il s'étend longuement sur l'analogie (disons presque l'identité) entre le pigment sanguin animal et la chlorophylle ou pigment végétal ; il y revient dans un schéma, satisfait de cette analogie entre les deux grands règnes de la nature et il en tirerait volontiers un argument de plus pour réduire la vie à une formule chimique.

Et cependant, étudiant dans l'absorption des hydrates de carbone la part de l'osmose, celle de la circulation artérielle, toutes théories qui ne lui donnent pas entière satisfaction, il se demande si « l'absorption n'est pas une propriété spéciale au même titre que la contraction ou la sécrétion ».

Ne sont-ce pas ces « propriétés spéciales » qui ont permis aux vitalistes leurs espérances philosophiques, et n'est-ce pas ainsi que de Bonald entendait la *fonction* du langage.

Malgré ces quelques mots cueillis dans un de ses meilleurs

chapitres (il en faut si peu pour faire pendre un homme) je ne suppose pas à M. le professeur Roger de telles tendances métaphysiques. Et je le regrette d'ailleurs quand je vois ses expériences si intéressantes. Certes il est difficile de pousser plus loin qu'il ne l'a fait l'étude de la nutrition.

Ses travaux approfondis et savants du *comment* de la digestion n'éclairent pas toutefois plus que ceux de ses devanciers le *pourquoi* de notre vie, même digestive. Peu d'ouvrages cependant sont capables d'instruire et de faire réfléchir autant.

JEAN FERRAND,
Ancien chef de clinique à la Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE

CONCOURS D'AGRÉGATION

Constitution du jury. — *Nous rappelons à nos lecteurs que, conformément à l'arrêté ministériel du 21 juillet 1909 (1), les jurys sont constitués en prenant pour chaque section le nombre de juges désigné par le tableau annexé à l'arrêté dans l'ordre du tirage au sort, mais sous la réserve qu'aucune Faculté ne peut être représentée dans un jury par plus de 3 membres, lorsque ce jury comprend 9 juges, et par plus de 2 membres lorsque le jury comprend 5 juges.*

En cas de récusation ou d'empêchement d'un ou plusieurs juges, le jury est complété immédiatement, en prenant le ou les juges remplaçants dans l'ordre de la liste du tirage au sort.

Tirage au sort des jurys. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Concours du 23 mai 1910.* — *13 places au concours.* — Neuf juges titulaires : 2 professeurs de clinique générale, 2 professeurs de cliniques spéciales, 1 professeur de pathologie générale ou de thérapeutique, 1 professeur de pathologie interne ou d'histoire de la médecine, ou de médecine expérimentale, ou de pathologie expérimentale, ou de pathologie expérimentale et comparée, 1 professeur d'anatomie pathologique, 1 professeur de médecine légale, 1 professeur d'hygiène.

Neuf juges suppléants : 9 agrégés de médecine.

Ont été désignés par le sort dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de clinique générale (2 juges) : MM. Dieulafoy, Mossé, Landouzy, Bernheim, Arnozan, Grasset, Pitres, Combemale, Spillmann, Debove, Hayem, Carrieu, Ardin-Delteil, Lépine, Caubet, Teissier, Lemoine.

II. Professeurs de cliniques spéciales (2 juges) : MM. Brault, Curtillet, Raymond, Mairet, Haushalter, Hutinel, Baumel, Moussous, Albert Robin, Audry, Dubreuilh, Gaucher, Weill, Bézy, Nicolas, Charmeil.

III. Professeurs de pathologie générale ou de thérapeutique (1 juge) : MM. Pic, Schmitt, Rauzier, Collet, Simon, Curtis, Cassaët, Gilbert, Carrière, Achard, Soulier, Saint-Ange, Hamelin, Herrmann.

IV. Professeurs de pathologie interne, d'histoire de la médecine, etc. (1 juge) : MM. Chauffard, Roque, Maurel, Dejerine, Roger, Ducamp, André, Simon, Arloing, Surmont, Ferré.

V. Professeurs d'anatomie pathologique (1 juge) : MM. Tapie, Bosc, Marie, Paviot, Coyne, Curtis, Weber.

VI. Professeurs de médecine légale (1 juge) : MM. Lacassagne, Crespin, Thoinot, Lande, Guilhem, Sarda, Parisot, Patoir.

VII. Professeurs d'hygiène (1 juge) : MM. Chantemesse, Calmette, Crespin, Morel, Layet, Courmont, Bertin-Sans, Macé.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice Castaigne, Vires, Loeper, Cestan, Rénon, Martin, Verger, Cruchet, Leenhardt, Balthazard, Lesieur, Jousset, Jeanselme, Raviart, Baylac, Macaigne, Vedel, Claude, Legry, Sicard, Dalous, Richon, Bezançon, Ingelrans, Breton, Labbé, Courmont, Gaussel, Lagriffoul, Gouget, Cabannes, Chatin, Carnot, Nobécourt, Mongour, Lépine, Abadie, Spillmann.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1103.

SECTION DES MALADIES MENTALES. — *Concours du 26 mai 1910.* — *1 place au concours.* — Cinq juges titulaires : 2 professeurs de pathologie mentale, 1 professeur de médecine légale, 1 professeur de clinique médicale générale, 1 professeur de pathologie interne.

Cinq juges suppléants : 5 agrégés de médecine.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de pathologie mentale (2 juges) : MM. Pierret, Rémond, Mairet, Gilbert Ballet.

II. Professeurs de médecine légale (1 juge) : MM. Thoinot, Parisot, Guilhem, Lande, Patoir, Crépin, Sarda, Lacassagne.

III. Professeurs de clinique médicale générale (1 juge) : MM. Pitres, Caubet, Dieulafoy, Arnozan, Bernheim, Combemale, Lemoine, Carrieux, Spillmann, Landouzy Ardin-Deltheil, Teissier, Debove, Mossé, Hayem, Lépine, Grasset.

IV. Professeurs de pathologie interne (1 juge) : MM. Ducamp, Simon, André, Déjerine, Surmont, Roque.

Suppléants: MM. Lesieur, Bezançon, Lœper, Rénon, Richon, Courmont, Spillmann, Sicard, Breton, Castaigne, Abadie, Carnot, Chatin, Claude, Cruchet, Legry, Balthazard, Berger, Mongour, Cestan, Jousset, Martin, Gaussel, Cabannes, Lagriffoul, Jeanselme, Nobécourt, Beylac, Vedel, Dalous, Vires, Macaigne, Hoche, Labbé, Gouget, Lépine, Ingelrans, Raviart, Leenhardt.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — *Concours du 26 mai 1910.* — *1 place au concours.* — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de clinique ophtalmologique, 1 professeur de clinique chirurgicale, 1 professeur de physique.

Cinq juges suppléants : 4 agrégés de chirurgie, 1 agrégé de physique.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de clinique ophtalmologique (trois juges) : MM. Truc, Rohmer, Badal, De Lapersonne, Rollet, Baudry, Cange.

II. Professeurs de clinique chirurgicale (1 juge) : MM. Poncet, Jaboulay, Gross, Quénu, Villar, Tédenat, Dubar, Vincent, Demons, Forgue, Reclus, Weiss, Delbet, Segond, Cestan, Jeannel.

III. Professeurs de physique (1 juge) : MM. Marie, Bergonié, Guillemin, Doumer, Gariel, Charpentier, Imbert, Cluzet.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice Proust, Gayet, Lenormand, Gross, Duval, Michel, Laroyenne, Lambret, Venot, Tixier, Villar, Riche, Sencert, Caubet, Patenne, Morestin, Lecène, Guyot, Bégouin, Auvray, Gosset, Potel, Ombrédanne, Jeanbreau, Lefort, Soubeiran, Marion.

Agrégés de physique : MM. Gagnière, Dufour, Nogier, Broca, Zimmern, Guilloz.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Concours du 30 ma 1910.* — *11 places au concours.* — Neuf juges titulaires : 3 professeurs de clinique générale, 3 professeurs de clinique spéciale, 1 professeur de médecine opératoire, 1 professeur de pathologie externe, 1 professeur d'anatomie pathologique.

Neuf juges suppléants : 8 agrégés de chirurgie, 1 agrégé de médecine.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de cliniques générales (3 juges) : MM. Cestan, Reclus, Jeannel, Gross, Forgue, Dubar, Poncet, Quénu, Villar, Demons, Vincent, Delbet, Jaboulay, Weiss, Tédenat, Segond.

II. Professeurs de cliniques spéciales (3 juges) : MM. Estor, Carlier, Pozzi, Gaudier, Pousson, Denucé, Kirmisson, Pollosson, Albarran, Chavannaz.

III. Professeurs de médecine opératoire (1 juge): MM. Chrétien, Pollosson, Hartmann.

IV. Professeurs de pathologie externe (1 juge) : MM. Lannelongue, Carlier, Pénières.

V. Professeurs d'anatomie pathologique (1 juge) : MM. Coyne, Paviot, Marie, Tapie, Curtis, Bosc, Weber.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Chirurgie : MM. Guyot, Marion, Bégouin, Potel, Venot, Sencert, Lecène, Ombrédanne, Morestin, Gross, Auvray, Riche, Tixier, Lefort, Proust, Villar, Patel, Michel, Gayet,

Lambret, Caubet, Gosset, Soubeiran, Jeanbreau, Duval, Laroyenne.

Médecine : MM. Gaussel, Lagriffoul, Balthazard, Courmont, Castaigne, Spillmann, Carnot, Dalous, Lépine, Verger, Cestan, Raviart, Ingelrans, Jeanselme, Cabannes, Cruchet, Jousset, Lœper, Nobécourt, Mongour, Labbé, Abadie, Rénon, Claude, Breton, Leenhardt, Legry, Macaigne, Lesueur, Richon, Vedel, Chatin, Gouget, Bezançon, Martin, Sicard, Vires, Hoche, Beylac.

Section d'anatomie et embryologie. — *Concours du 6 juin 1910. — 6 places au concours.* — Cinq juges titulaires : 4 professeurs d'anatomie, 1 professeur d'histologie.

Cinq juges suppléants : 5 agrégés d'anatomie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs d'anatomie (4 juges): MM. Gentès, Charpy, Debierre, Testut, Gilis, Ancel, Nicolas.

II. Professeurs d'histologie (1 juge) : MM. Weber, Prenant, Renaud, Vialleton, Laguesse, Bouin, Viault, Tourneux.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice Rieffel, Cavalié, Branca, Princeteau, Thiéry, Gérard, Launois, Mulon, Collin, Grynfeldt, Dieulafé, Regaud.

Section de physiologie. — *Concours du 6 juin 1910. — 2 places au concours.* — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de physiologie, 1 professeur de physique, 1 professeur de chimie.

Cinq juges suppléants : 3 agrégés de physiologie, 1 agrégé de physique, 1 agrégé de chimie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de physiologie (3 juges) : MM. Rey, Jolyet, Meyer, Abelous, Richet, Wertheimer, Hédon, Morat.

II. Professeurs de physique (1 juge) : MM. Guillemin, Cluzet, Charpentier, Imbert, Gariel, Bergonié, Marie, Doumer.

III. Professeurs de chimie (1 juge) : MM. Gautier, Hugounencq, Ville, Morel, Frébault, Malosse, Denigès, Lambling, Lescœur, Garnier, Blarez.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Physiologie : MM. Bardier, Poujol, Lambert, Gautrelet, Langlois, Dubois, Bédart.

Physique : MM. Zimmern, Nogier, Guilloz, Gagnières, Broca, Dufour.

Chimie : MM. Desgrez, Aloy, Sambuc, Nicloux, Maillard, Robert, Derrien, Benech.

Section d'obstétrique. — *Concours du 6 juin 1910. — 3 places au concours.* — Cinq juges titulaires : 3 professeurs d'obstétrique, 1 professeur de clinique médicale, 1 professeur de clinique chirurgicale.

Cinq juges suppléants : 3 agrégés d'accouchement, 1 agrégé de médecine, 1 agrégé de chirurgie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs d'obstétrique (3 juges) : MM. Herrgott, Bar, Lefour, Fabre, Oui, Vallois, Audebert, Pinard, Ribemont-Dessaignes, Rouvier.

II. Professeurs de clinique médicale (1 juge) : MM. Lemoine, Bernheim, Teissier, Mossé, Carrieu, Landouzy, Dieulafoy, Debove, Lépine, Spillmann, Caubet, Ardin-Delteil, Arnozan, Combemale, Hayem, Grasset, Pitres,

III. Professeurs de clinique chirurgicale (1 juge) : MM. Tédenat, Villar, Forgue, Gross, Poncet, Cestan, Demons, Quénu, Jeannel, Dubar, Jaboulay, Vincent, Weiss, Reclus, Delbet, Segond.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Accouchement : MM. Brindeau, Jeannin, Voron, Péry, Guérin, Demelin, Bué, Potocki, Anderodias, Fruhinsholz, Commandeur, Couvelaire, Garipuy.

Médecins : MM. Chatin, Hoche, Berger, Macaigne, Lesieur, Cestan, Nobécourt, Mongour, Jousset, Carnot, Gouget, Vire, Lagriffoul, Dalous, Abadie, Raviart, Lépine, Castaigne, Gaussel, Baylac, Lœper, Labbé, Jeanselme, Bezançon, Martin, Ingelrans, Legry, Richon, Leenhardt, Spillmann, Sicard, Cabannes, Cruchet, Claude, Vedel, Rénon, Courmont, Breton, Balthazard.

Chirurgie : MM. Ombrédanne, Soubeiran, Gross, Tixier, Venot, Guyot, Laroyenne, Michel, Riche, Marion, Auvray, Villard, Lenormand, Gosset, Lefort, Jeanbrau, Gayet, Sencert, Proust, Begouin, Morestin, Lecène, Duval, Caubet, Lambret, Patel, Potel.

Section d'anatomie pathologique. — *Concours du 10 juin 1910. — 1 place au concours.* — Cinq juges titulaires : 3 professeurs d'anatomie pathologique, 1 professeur de clinique médicale générale, 1 professeur de clinique chirurgicale générale.

Cinq juges suppléants : 4 agrégés de médecine, 1 agrégé de chirurgie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs d'anatomie pathologique (3 juges) : MM. Curtis, Coyne, Tapie, Marie, Weber, Bosc, Paviot.

II. Professeurs de clinique médicale générale (1 juge) : MM. Combemale, Pitres, Mossé, Dieulafoy, Lemoine, Ardin-Deltheil, Hayem, Bernheim, Debove, Cauhet, Grasset. Arnozan, Lépine, Spillmann, Landouzy, Carrieu, Teissier.

III. Professeurs de clinique chirurgicale générale (1 juge) : MM. Jaboulay, Reclus, Vincent, Tédenat, Poncet, Quénu, Demons, Jeannel, Delbet, Cestan, Segond, Gross, Dubar, Forgue, Villard, Weiss.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Médecine : MM. Richon, Legry, Cestan, Cruchet, Gouget, Jeanselme, Gaussel, Nobécourt, Castaigne, Lœper, Cabannes, Courmont, Macaigne, Abadie, Balthazard, Labbé, Mongour, Lesieur, Beylac, Jousset, Vedel, Ingelrans, Tédenat, Martin, Hoche, Rénon, Raviart, Dalous, Carnot, Sicard, Chatin, Lagriffoul, Breton, Lépine, Spillmann, Vires, Claude, Bezançon, Verger.

Chirurgie : MM. Jeanbrau, Laroyenne, Gayet, Lambret, Caubet, Duval, Marion, Villard, Gayot, Lecène, Soubeyran, Gross, Sencert, Potel, Bégouin, Lenormant, Venot, Auvray, Tixier, Ombrédanne, Proust, Lefort, Riche, Michel, Morestin, Patel, Gosset.

Section de matière médicale et de pharmacodynamie. — *Concours du 10 juin 1910. — 1 place au concours.* — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de pharmacologie, 1 professeur de chimie, 1 professeur de thérapeutique ou de pathologie et thérapeutique générales.

Cinq juges suppléants : 3 agrégés de pharmacie, 1 agrégé de chimie, 1 agrégé de médecine.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de pharmacologie (3 juges) : MM. Pouchet, Gérard, Dupouy, Battandier, Florence.

II. Professeurs de chimie (1 juge) : MM. Garnier, Blarez, Gautier, Morel, Ville, Denigès, Lamblin, Hugounencq, Frébault, Malosse, Lescœur.

III. Professeurs de thérapeutique ou de pathologie et thérapeutique générales (1 juge) : MM. Saint-Ange, Curtis, Hermann, Pic, Simon, Carrière, Soulié, Achard, Hamelin, Collet, Rauzier, Gilbert, Schmitt, Cassaët.

Suppléants : MM. les profeseurs agrégés en exercice.

Pharmacologie-pharmacie : MM. Vallée, Barthe, Richaud, Laborde, Larat.

Chimie : MM. Desgrez, Robert, Maillard, Sambuc, Aloy, Nicloux, Derrien, Benech.

Médecine : MM. Labbé, Jeanselme, Verger, Mongour, Nobécourt, Breton, Chatin, Macaigne, Bezançon, Jousset, Cruchet, Claude, Rénon, Lépine, Martin, Richon, Hoche, Lœper, Legry, Cabannes, Baylac, Abadie, Leenhardt, Balthazard, Spillmann, Raviart, Gaussel, Lesieur, Dalous, Castaigne, Ingelrans, Cestan, Carnot, Courmont, Vedel, Sicard, Lagriffoul, Gouget, Vires.

Section de physique biologique. — *Concours du 15 juin 1910. — 1 place au concours.* — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de physique, 1 professeur de chimie, 1 professeur de physiologie.

Cinq juges suppléants : 3 agrégés de physique, 1 agrégé de chimie, 1 agrégé de physiologie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de physique (3 juges) : MM. Gariel, Doumer, Guillemin, Bergonié, Marie, Imbert, Cluzet, Charpentier.

II. Professeurs de chimie (1 juge) : MM. Lescœur, Ville,

Malosse, Garnier, Morel, Blarez, Denigès, Frébault, Gautier, Lambling, Hugounencq.

III. Professeurs de physiologie (1 juge) : MM. Richet, Jolyet, Wertheimer, Morat, Abelous, Hédon, Rey, Meyer.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Physique : MM. Guilloz, Zimmern, Nogier, Gagnière, Dufour, Broca.

Chimie : MM. Bénech, Nicloux, Maillard, Derrien, Aloy, Sambuc, Robert, Desgrez.

Physiologie : MM. Bardier, Langlois, Bédart, Lambert, Gautrelet, Dubois, Poujol.

Section de pharmacie. — *Concours du 15 juin 1910. — 1 place au concours.* — Cinq juges titulaires : 2 professeurs de pharmacie, 1 professeur de chimie, 1 professeur de botanique, 1 professeur de matière médicale.

Cinq juges suppléants : 2 agrégés de pharmacie, 1 agrégé de chimie, 2 agrégés d'histoire naturelle.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de pharmacie (2 juges) : MM. Pouchet, Dupouy, Gérard, Florence, Battandier.

II. Professeurs de chimie (1 juge) : MM. Morel, Frébault, Lescœur, Gautier, Blarez, Hugounencq, Malosse, Garnier, Denigès, Ville, Lambling.

III. Professeurs de botanique (1 juge) : MM. Fockeu, Granel, Blanchard, Vuillemin, Lamic, Guillaud, Trabut, Beauvisage, Guiart.

IV. Professeurs de matière médicale (1 juge) : MM. Schmitt, Pouchet, Fockeu, Brœmer, Beille, Beauvisage, Hérail.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Pharmacologie-pharmacie : MM. Vallée, Laborde, Richaud, Labat, Barthe.

Chimie : MM. Aloy, Derrien, Sambuc, Nicloux, Desgrez, Robert, Maillard, Benech.

Histoire naturelle : MM. Cabannes, Galavielle, Mandoul Neveu, Lemaire, Brumpt.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (No 10, 6 mars 1910.) Leuret : Albuminuries intermittentes et perméabilité rénale. — (No 11, 13 mars.) Paul Lemaire : Contrôle de la stérilisation par les tubes témoins. — (No 12, 20 mars.) Pierre Nadal : La réextirpation systématique de la plaie opératoire dans les sarcomes. — Anglade et Lafage : Puerpéralité et psychoses. — Marix : Sur un cas de psycho-névrose avec obsessions hypocondriaques d'origine labyrinthique consécutive à une fracture du rocher. — (No 13, 27 mars.) G. Petges : Épilepsie et infection. Un cas d'épilepsie consécutif à la fièvre typhoïde. — Et. Ginestous : A propos de l'inspection oculistique des écoles.

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 11, 13 mars 1910.) R. Cruchet : Quelques réflexions sur les ictères du nouveau-né. — Fieux : A propos de la vulvo-vaginite des petites filles. — (No 12, 20 mars.) Pierre Nadal : La théorie mécanique de la propagation cancéreuse appliquée aux formes pustuleuses de cancer du sein. — P. Mauriac : Note préliminaire sur le rôle des puces dans la contagion de la pneumonie. — (No 13, 27 mars.) L. Barthe : A propos du quatrième examen de doctorat en médecine. — J. Vergely : La physio-pathologie.

Journal de médecine interne. — (No 1, 10 janv. 1910.) P. Nobécourt : Examen clinique des enfants. — (No 2, 20 janv.) Albert Robin : Les bases fondamentales du traitement de la cirrhose atrophique du foie. — E. Jules Masselin et Léonce Cuvillier : Les réactions de fixation et de déviation du complément. Séro et précipito-diagnostics. Ultra-microscope. — (No 3, 30 janv.) A. Guinard : La ponction lombaire et les fractures du crâne. — E. Jules Masselin et Léonce Cuvillier : Les réactions de fixation et de déviation du complément. Séro et précipito-diagnostics. Ultra-microscope (*suite*). — (No 4, 10 fév.) P. Delbet : Les paralysies du bras consécutives aux luxations de l'épaule. — P. Merklen : Albuminuries fonctionnelles. — (No 5, 20 fév.) Le professeur Raymond : Complications nerveuses éloignées de la fièvre typhoïde. — Gougerot : Liquéfaction des milieux à la gélatine par les champignons pathogènes. — (No 6, 28 fév.) Edgard Hirtz : Étiologie et thérapeutique générales des maladies des voies respiratoires. — (No 7, 10 mars.) Hutinel : Dystrophies infantiles et synergies glandulaires. — (No 8, 20 mars.) Paul Dalché : Infécondité des jeunes femmes. Dysovarie. — P. Abrami : Un cas de syndrome de Cheyne-Stokes, au cours d'une méningite tuberculeuse. — (No 9, 30 mars.) G. Rauzier : Les hémorragies mortelles du tube digestif chez les cirrhotiques.

Journal des praticiens. — (No 12, 19 mars 1910.) P. Reclus : Du pronostic de l'épithélioma en surface des muqueuses leucoplasiques. — A. Blind : Cardiopathie et respiration saccadée. La toux cardiaque (Huchard). — Jeanselme : L'hérédo-syphilis. — (No 13, 26 mars.) G. Marion : Formes de la tuberculose rénale. — Hutinel : L'obésité infantile. — H. Huchard : Rétrécissement central et symptômes thyroïdiens. — (No 14, 2 avril.) Debove : Hydropneumothorax tuberculeux. — Luc : Les mastoïdites latentes. — Pron : Quelques types cliniques du cancer gastrique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (No 2, 8 janv. 1910.) H. Duret : Un méfait du renversement pour opérations abdomino pelviennes. — F. Guilbert : Tumeur polykystique de l'ovaire. — (No 3, 15 janv.) R. van der Elst-Gaume : Des conceptions actuelles de la neurasthénie. — D. Vesval : Hernie crurale concomitante d'une adénite. — (No 4, 22 janv.) R. van der Elst-Gaume : Des conceptions actuelles de la neurasthénie (*fin*). — (No 5, 29 janv.) E. Baltus : Théorie musculaire de la pulsation cardiaque, faits expérimentaux et aperçu des applications cliniques. — (No 6, 5 fév.) G. Lemierre : Salubrité intrinsèque et extrinsèque de l'habitation ouvrière. — Gaud et Poissonnier : Appendicite, péritonite généralisée. Ponction de l'intestin. Mort par congestion pulmonaire. — (No 7, 12 fév.) P. Piet : L'atrophie musculaire d'origine traumatique. — A. Foulatier : Arrachement du bras. Désarticulation de l'épaule. — (No 8, 19 fév.) P. Piet (de Denain) : L'atrophie musculaire d'origine traumatique (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (No 10, 10 mars 1910.) Vandervelde : Les températures sub-fébriles. — J. Demoor : Rôle des phénomènes physiques dans l'acte de la sécrétion (*suite*). — (No 11, 17 mars.) A. Ley : La lutte antialcoolique. — G. Cantineau : Traitement de la pleurésie séro-fibrineuse. Auto-sérothérapie et ponction. — (No 12, 24 mars.) Heineck : Le traitement opératoire moderne des fractures de la rotule. — Marcel Brener : Un cas de noma.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 49. — JEUDI 28 AVRIL 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 28 AVRIL 1910. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'admissibilité de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril 1910. — MM. Weil (Emile), Nattan-Larrier et Darré, 20.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Chifoliau, 19; Grégoire, 14; Marcille, 19.

Prochaine séance, jeudi 28 avril, à cinq heures, à l'hôpital Laënnec.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 25 avril. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du cæcum. — Coliques de plomb. »

MM. Hébrard, 13 + 23 = 36; Virenque, 16 + 24 = 40; de Berne-Lagarde, 16 + 22 = 38; Ecalle, 18 + 20 = 38; Roy, 16 + 21 = 37; Ohanianz, 10 + 16 = 26.

Séance supplémentaire : Question donnée : « Glomérule du rein. — Anurie. »

MM. Villette et Huber, 18; Morancé, 20; Le Grand, 19.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Morancé, Le Grand, Huber, Villette, Bodineau, Weissembach, Madier, Pruvost, Routier, Desplas,

11. Gauchery, Turquety, Mlle Condat, MM. Chauvet, Baumgartner, Monod (Robert), Amaudrut, Virenque, Bollack, Gouguet-de-Girac,

21. Moulonguet, Vincent (Max), Jumon, Bloch (Jacques), Gautier, Gillard, Labourdette, Gutmann, Viel (Emile), Desbouis,

31. Ecalle, Petit (Henri), Mlle de Jong, MM. Ducamp, de Berne-Lagarde, Paris, Malarte, Maurer, Philippon, Pizon,

41. Vignes, Sédillot, Ramadier (Jacques), Bougot, Vilbort, Roy, Heuyer, Porak, Dufourmentel, Bloch (André),

51. Pignot, Croissant, de Cumont, Durand (Henri), Huyghues-de-Beaufond, Rousseau (Fernand), Villechaise, Hébrard, Rousselot, Lévy (Alfred),

61. Feil, Girault (Albans), Legal-Lasalle, Donzelot, Gassier.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Rudelle, Besset, François (René), Boivin, Desvaux-de-Lys, Ferrand, Pernet, Vaudescal, Mlle Hertz, MM. Monbrun,

11. Thiers, Mlle Leven, MM. Rouillard, Bouttier, Mlle de Pfeffel, MM. Malet (Ch.), Colombe, Delort, Escallier, Plaisant,

21. Netter, Beloux, Cleisz, Leblanc, Bloch (René), Gautruche, Paraf, Buc, Weber (André), Delivet,

31. Genil-Perrin, Larue, Dubois (Robert), Tzank, Vielle (Albert), Kœchlin (Jean-Emile), Lefèvre, Prigent, Krebs, Couinaud,

41. Héricourt, Girard, Nadal, Tissier, Jacquemin (Alfred), Duval, Pierret, Miriel, Chichmanian, Pimpaneau,

51. Bruel, Monod (André), Pollet, Gouverneur, Le Maux (René), Richard (Georges-Henri), Godlewski, Lévy (Isaac), Durand (Gustave), Jacquet,

61. Cassard, Larroque, Sourdille, Barthélemy, Besançon, Massart, Latil, Avezou, Alexandre, Besnard (Jean),

71. Butin, Baudouin (Emile), Lucas-Championnière, Mlle Blanchier, MM. Monod (Raoul), Coppin, Mossé, Faveret, Achard, Legrain.

— Dentiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Cruet, Brochard, Pilsch, Auvray et Morel-Lavallée.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Lecture. — Séance du 26 avril. — MM. Malterre, 10 + 10 = 20 ; Lehmann, 8 + 9 = 17 ; Baldini, 12 + 12 = 24 ; Bourrouillon, 10 + 10 = 20.

Prochaine séance, jeudi 28 avril, à cinq heures, à la Charité.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 23 avril 1910 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Bernard passe à l'hôpit. milit. du Dey à Alger.

Médecins-majors de première classe. — MM. Février, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand ; Vallois, aux hôpit. de la division de Tunisie; Galland, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Saint-Germain-en-Laye, médecin

chef; Sudre, à l'hôpit. de Belfort; Busquet est nommé major de l'École d'application du service de santé à Paris.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Guichard, passe au 22e d'art.; Léon, au 67e d'inf.; Bourcier, au 30e bat. de chass. à pied; Peltier, aux hôpit. de la division d'Alger; Clément, à la direction du service de santé du 15e corps d'armée; Béraud, aux troupes de l'armée de terre détachées en Indo-Chine; Bruas, au 155e d'inf.; Haméon est maintenu au 32e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Chavanne, rappelé au 3e zouaves; Policard, nommé surveillant à l'Ecole du service de santé milit.; Malard, passe à l'hôpit. milit. de Rennes (bactériologie); Morisson, au 128e d'inf.; Dumoulin, à la compagnie saharienne du Tidikelt; Loygue, au 29e d'art.; Rabaïoye, aux hôpit. de la division d'Oran; Charrier, rappelé aux hôpit. de la division d'Oran; Leduc, passe au 29e drag.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Fidon, passe au 2e dragons; Poulhès, au 53e d'inf.; Brizon, au 161e d'inf.; Basse, au 162e d'inf.

— COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, EN 1910. — Le cours annuel d'instruction sur le service de santé en campagne, qui fonctionne également comme école d'instruction, aura lieu, pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale, pendant le mois de juin.

Il comprendra deux séries :

Première série. — Pour les officiers du service de santé de réserve (médecins et officiers d'administration), du 6 au 25 juin inclus.

Deuxième série. — Pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration) et pharmaciens de réserve, du 16 au 25 juin inclus.

Dans chaque série, il sera fait : *a.* des conférences communes à tous les officiers; *b.* des conférences spéciales, suivant l'affectation de l'officier à la mobilisation.

Ces conférences seront faites à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Elles seront accompagnées ou suivies de démonstrations et exercices d'application qui auront lieu, suivant les cas, à l'hôpital militaire Bégin ou aux docks du service de santé à Vanves, et se termineront par des manœuvres de garnison, où entreront en fonctions les différents éléments du service de santé.

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le « cours d'instruction », pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au directeur du service de santé de la région de corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

RENSEIGNEMENTS

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un symptôme encore inconnu de la tétanie (phénomène de la jambe). (M. SCHLESINGER. *Wien. klin. Woch.*, 3 mars 1909, n° 9, p. 315.) — Ce symptôme observé pour la première fois par Schlesinger chez un jeune homme de dix-sept ans atteint de tétanie typique a été retrouvé par Gottlieb et Glaesner chez d'autres sujets.

Il survient dans l'intervalle des crises de contractures et se présente de la façon suivante. Si l'on étend la jambe sur la cuisse et si l'on fléchit la cuisse sur le bassin assez fortement, on voit survenir rapidement, au bout de moins de deux minutes, une contracture fixant la jambe en extension sur la cuisse et le pied en supination extrême. Chez le malade de Schlesinger, on n'a jamais remarqué en même temps de flexion des orteils.

Lorsque le sujet s'asseyait sur son lit, ou bien, étant debout, les jambes étendues, fléchissait le tronc en avant, le même phénomène se produisait rapidement dans les deux jambes. L'apparition des contractions toniques s'accompagnait de paresthésies au niveau des membres inférieurs.

Ce phénomène n'a pu être reproduit par pression du nerf sciatique.

Ce symptôme est très analogue au signe de Trousseau, il a coexisté avec lui et a persisté aussi longtemps que lui.

Schlesinger pense que le phénomène de la jambe est dû à une action réflexe dont le point de départ est le nerf sciatique tiraillé par la manœuvre préconisée.

Schlesinger, depuis sa première observation, a eu l'occasion d'observer le phénomène de la jambe, se présentant chez un autre sujet atteint de tétanie, mais avec quelques différences : en même temps que se produisaient des contractures des muscles des membres inférieurs, on remarquait que les pieds étaient en adduction et en pronation légère et que les orteils étaient fléchis.

De plus le symptôme ne se produisait pas dans la station debout, après fléchissement du tronc en avant, mais au contraire quand le sujet était assis les jambes étendues.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Transfixion du thorax. (E. H. HYLAND. *New-York State Journ. of Med.*, vol. IX, n° 5, mai 1909, pp. 211-212.) — Un ouvrier dans une scierie regarde de près pour voir ce qui vient d'arrêter brusquement une machine à découper des planches; la machine se remet en mouvement, et un fragment du bord de la planche, long de 58 centimètres et mesurant à la base 2,5 × 2 centimètres et à l'extrémité effilée 2,5 × 0,5 centimètres, s'enfonce comme une flèche au niveau du mamelon gauche, passe à travers le poumon gauche, après avoir brisé une côte, puis à travers le poumon droit, ressort du côté droit et vient transpercer le bras, qu'elle cloue au corps à environ 8 centimètres au-dessous de l'épaule, en arrière de l'humérus. Malgré l'étendue énorme du traumatisme, le blessé reprend vite connaissance. Transporté à l'hôpital, à 80 kilomètres du lieu de l'accident, il est endormi, et après agrandissement des orifices, la flèche est extraite, ce qui demande beaucoup de force. Pneumothorax partiel, respiration laborieuse, pleurésie séro-fibrineuse qui devient purulente, paralysie radiale, guérison en deux mois. On peut s'étonner de ce qu'une telle blessure ait pu se produire sans qu'un seul organe vital ait été touché.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Hémianopsie homonyme droite, perte du sens d'orientation, ramollissement du lobe occipital gauche. (G. BOUDET. *Revue neurol.*, 1909, p. 1318-1322.) — En conduisant son fiacre, un cocher cesse tout à coup de voir nettement; le lendemain, il perd connaissance, cet état dure huit jours, à la suite desquels il se trouve avec une hémianopsie homonyme, ayant, en outre, perdu le souvenir de son adresse, des rues de Paris, retrouvant difficilement les noms propres, et reconnaissant avec peine les personnes qui ne lui sont pas familières. Il n'existe aucun autre trouble psychique ou organique.

A l'autopsie, ramollissement presque complet du lobe occipital gauche.

L'auteur a pu relever un petit nombre de faits analogues, d'hémianopsie avec perte du sens de l'orientation et de la mémoire des lieux, par lésion du lobe occipital. Dans tous ces cas, le siège de la lésion était à gauche.

L. ALQUIER.

ÉTUDE PHYSIO-PATHOLOGIQUE D'UN CAS DE

POULS LENT PERMANENT

Par M. le professeur DEBOVE (1).

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui d'une malade atteinte de pouls lent permanent. Cette affection, qui présente un très haut intérêt au point de vue de la physiologie et de la pathologie du cœur, a été récemment l'objet de nombreux travaux qui l'envisagent sous un jour tout nouveau. Il me serait impossible de vous faire connaître dans cette leçon le détail de ces recherches. Ceux d'entre vous qu'elles intéresseraient particulièrement les trouveront relatées et discutées dans l'intéressante thèse de mon élève, le docteur Esmein. Quant à moi, je me bornerai à essayer de vous esquisser avec impartialité l'état de la question.

La malade qui a été soumise à notre observation, Mélanie St..., est âgée de soixante-sept ans, et se trouve dans nos salles depuis le 23 septembre 1909.

Elle ne présente dans ses antécédents de famille rien qui mérite d'être rapporté.

Quant à elle, après avoir subi dans sa jeunesse une fièvre typhoïde et un rhumatisme articulaire aigu, elle avait toujours joui d'une excellente santé jusqu'au mois de février 1909, époque à laquelle remonte le début, au moins apparent, de la maladie actuelle. A partir de cette date, elle commença à éprouver chaque jour, et plusieurs fois par jour, des éblouissements, des vertiges survenant si fréquemment, si inévitablement à l'occasion du moindre effort, qu'elle dut garder le lit et n'osa plus faire quelques pas sans se cramponner aux meubles. Au mois de mai, elle eut une syncope suivie de chute. En revenant à elle, elle ressentit de vives douleurs de tête, siégeant principalement à la nuque et irradiant dans le cou. Quinze jours plus tard, elle fut prise d'une affection aiguë qui semble avoir été la grippe, et fit appeler un médecin qui constata pour la première fois l'extrême lenteur du pouls, telle qu'elle persiste aujourd'hui.

La fièvre n'avait donc nullement accéléré le rythme cardiaque : c'est là un fait sur lequel j'attire votre attention, car il est caractéristique de la maladie qui nous occupe. Le cœur y devient comme insensible à toutes les causes qui précipitent à l'état normal ses mouvements, c'est-à-dire à l'émotion, à l'effort, à l'action des substances médicamenteuses qui paralysent le pneumogastrique (atropine). Cette invariabilité presqu'absolue de la bradycardie est manifeste chez la malade dont je vous rapporte l'histoire. Quelle en est la cause ? Il semble probable que les centres nerveux, par l'intermédiaire desquels agissent les divers agents que je viens d'énumérer, ne sont plus en relation avec le cœur. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point. Quoi qu'il en soit, le fait est incontestable et mérite d'être retenu.

Actuellement, l'état de notre malade est le suivant. Elle a conservé un embonpoint normal, mais on est frappé de sa pâleur extrême. Elle continue à garder presque constamment le lit. Dès qu'elle essaie de marcher, elle est, en effet, prise de vertiges, et le moindre effort amène de la dyspnée.

Son pouls est fort, tendu, régulier et lent. On compte, suivant les jours, de 28 à 36 pulsations par minute. Enregistré au sphygmographe, il est remarquable par la brusquerie de sa ligne d'ascension et la lenteur de sa descente. La pression artérielle est très augmentée : elle est de 25 centimètres de mercure au sphygmo-signal du docteur Vaquez.

La pointe du cœur est fortement abaissée : on la sent battre dans le sixième espace intercostal. Elle est de plus reportée jusque dans la ligne axillaire. Il existe donc une hypertrophie du cœur avec dilatation.

A l'auscultation, les battements cardiaques sont réguliers, égaux en nombre à ceux du pouls, sans qu'il y ait ni contractions avortées, ni systoles en écho. Mais on entend, à chaque révolution, avec la plus grande netteté un roulement présystolique et un dédoublement du second bruit.

Les veines jugulaires présentent un développement anormal. Elles sont gonflées, animées de pulsations énergiques que l'œil peut compter, et qui paraissent en nombre triple des battements du pouls, le rapport exact étant de 80 à 28.

On a donc, à première vue, l'impression que les mouvements des oreillettes, dont les battements jugulaires sont comme vous le savez la reproduction, sont dissociés d'avec ceux des ventricules. Les tracés comparés des deux ordres de mouvements, pris par le docteur Esmein, permettent d'affirmer qu'il en est bien ainsi.

L'urine était normale, quoiqu'un peu pâle à l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle contient actuellement des traces d'albumine. Aucun autre appareil ne présente de troubles. En particulier, l'intégrité du système nerveux paraît complète.

Dans ces conditions, le diagnostic de pouls lent permanent s'imposait. La durée de la bradycardie, le fait que rien ne pouvait l'influencer prouvaient assez que nous n'avions pas affaire à l'un de ces ralentissements transitoires du pouls qu'on observe dans bien des circonstances, soit dans les maladies infectieuses, diphtérie, fièvre typhoïde ou scarlatine, soit dans l'ictère, soit dans les méningites, soit même chez les convalescents.

Toutes ces bradycardies sont symptomatiques, elles ne sont point persistantes. Autant de caractères qui les opposent à celle que nous observons. Celle-ci est, d'ailleurs, caractéristique jusque dans le détail, et une analyse plus complète des principaux symptômes que nous avons constatés va vous le prouver.

Le plus important, celui qui sert de base au diagnostic, est la discordance entre les battements du pouls radial et ceux des veines jugulaires. Il indique que les contractions des ventricules sont ralenties tandis que celles des oreillettes sont en nombre normal ou même légèrement accélérées. Ceci est la règle dans la maladie à laquelle nous avons affaire et le fait peut être vérifié non seulement par l'examen comparé du pouls radial et du pouls jugulaire, mais aussi par l'examen radioscopique du cœur, ou encore par l'introduction dans l'œsophage d'instruments permettant de recueillir les battements de l'oreillette gauche.

Si intéressant que soit ce dernier mode d'exploration, je ne vous engage pas à le pratiquer. Il risque de provoquer une réelle angoisse, d'où pourrait

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital Beaujon et recueillie par le docteur Esmein.

résulter une de ces syncopes, parfois mortelles, auxquelles les individus atteints de pouls lent permanent ne sont déjà que trop sujets. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle sont arrivés dans un travail récent MM. Clerc et Esmein. Quoi qu'il en soit, retenez le fait de la dissociation auriculaire, dont j'essaierai tout à l'heure de vous donner l'explication physiologique. Mais auparavant je veux revenir encore sur quelques autres symptômes intéressants.

L'exploration du cœur nous a révélé une hypertrophie notable portant sur les ventricules. Elle s'explique tout naturellement. Les ventricules, avant de chasser leur contenu, sont forcés de faire place au sang projeté par trois systoles auriculaires : ils doivent donc nécessairement se distendre, et réagir contre cette dilatation en s'hypertrophiant.

Le souffle présystolique lui-même me paraît être une conséquence de cette hypertrophie et de cette dilatation. Le sang passe de l'oreillette dans le ventricule élargi, d'une cavité plus petite dans une cavité plus grande. Il est aspiré par un cœur hypertrophié et vous savez que la diastole du ventricule est active. On trouve donc réalisées les conditions des souffles en général, brusque accélération de l'écoulement d'un courant sanguin, par un changement dans la vitesse de la veine fluide. Je n'insiste pas, sans quoi je devrais vous refaire toute la théorie des souffles vasculaires et cardiaques.

C'est encore à la même cause que j'attribue le dédoublement du second bruit. Cette anomalie est rapportée dans la sténose mitrale à l'énergie particulière de l'aspiration que le ventricule gauche exerce sur les valvules sigmoïdes aortiques au moment où il entre en diastole, et à la chute prématurée de ces valvules.

Chez notre malade, l'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche exagèrent aussi la force qui attire les valvules aortiques : leur fermeture trop précoce n'est donc pas pour nous surprendre.

J'ai déjà attiré votre attention sur l'état de la pression artérielle et je vous ai fait remarquer qu'elle avait ceci de spécial que, particulièrement élevée au début de la diastole artérielle, elle devenait à la fin de cette diastole particulièrement faible. Ces modifications sont facilement explicables. La hauteur de l'élévation initiale tient à l'action exceptionnellement vigoureuse du cœur hypertrophié. La profondeur de l'abaissement consécutif est due à l'écoulement prolongé du sang par les artères, car cet écoulement est d'autant plus considérable pendant une révolution cardiaque que l'espace compris entre les deux systoles ventriculaires adjacentes est plus grand.

Ainsi, chez notre malade, la tension vasculaire maxima est élevée, la tension minima abaissée. Mais il n'y a pas compensation, et la bradycardie est telle que la pression moyenne est aussi amoindrie, et que l'irrigation des organes est insuffisante. Plusieurs des troubles que nous constatons trouvent là leur raison d'être. Et d'abord la dyspnée si intense qui se produit à l'occasion des moindres efforts.

L'oxygénation du sang exige en effet à la fois le libre passage de l'air dans les voies respiratoires et celui du sang dans l'artère pulmonaire.

Si l'une ou l'autre de ces deux conditions cesse d'être remplie, il y aura inévitablement de l'oppression.

Chez notre malade la rareté des systoles du ventricule droit entrave l'afflux régulier du sang dans le poumon : la dyspnée n'est donc pas surprenante.

D'un autre côté la diminution du nombre des systoles du ventricule gauche a pour effet un abaissement de la pression moyenne des artérioles, d'où une anémie des parties périphériques qui tient sous sa dépendance cette pâleur impressionnante de la face qui rappelle celle de l'insuffisance aortique et d'ailleurs n'en diffère guère au point de vue pathogénique.

Cette exsanguinéité des tissus n'est, bien entendu, nullement limitée à la peau. Elle s'étend aux viscères et en particulier au bulbe et à l'encéphale. C'est pourquoi, suivant son intensité, elle donnera lieu à des vertiges, à des syncopes, ou même à des accès convulsifs.

On peut expérimentalement produire des pertes de connaissance ou des accidents épileptiformes en faisant périr un animal par hémorragie, ou en liant son aorte à l'origine, ou en limitant l'anémie aux centres nerveux supérieurs, ce qui est obtenu par la ligature ou la compression des carotides.

Ces faits expliquent les syncopes du pouls lent qui d'ailleurs sont habituellement précédées d'un ralentissement notable des battements du cœur, ce qui achève de confirmer l'analogie entre l'expérimentation et la clinique. Ces syncopes sont graves. Elles n'entraînent pas de paralysie consécutive, mais peuvent être suivies de mort. Notre malade n'a eu qu'une seule syncope, mais ceci tient probablement à son extrême prudence. Pour échapper aux vertiges elle garde toujours le lit, évitant soigneusement tout travail et tout effort; mais elle n'en est pas moins constamment en imminence d'anémie cérébrale comme le prouvent divers symptômes, entre autres la céphalée habituelle dont elle se plaint presque constamment.

A quoi devons-nous rattacher l'albuminurie qu'elle présente actuellement, et qui n'existait point au moment de son entrée à l'hôpital?

Ce symptôme a été fréquemment constaté dans le pouls lent permanent; il est très probablement l'effet de quelque lésion rénale. Mais celle-ci est-elle antérieure ou postérieure aux accidents de bradycardie? C'est ce qu'il est souvent difficile de préciser. Il n'est pas invraisemblable qu'à la longue la glande rénale s'altère, supportant mal ces alternatives de pression et de dépression exagérées qui se produisent constamment à chaque révolution cardiaque et dont elle subit particulièrement le contrecoup.

En tout cas, il faut tenir compte chez les bradycardiques de l'état du rein. La dépuration urinaire de ces malades est très fréquemment insuffisante et son mauvais accomplissement paraît jouer un rôle dans la production des crises syncopales et épileptiformes. C'est ce qui ressort d'une observation que j'ai publiée dès 1888 à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un vieillard atteint de pouls lent permanent avec crises syncopales et épileptiformes dont les troubles nerveux disparurent sous l'influence du régime lacté. Gingeot avait observé un fait identique.

Comment agit en pareille circonstance le régime lacté? Est-ce en favorisant l'élimination urinaire, ou bien en privant presque complètement les malades de chlorure de sodium? Je l'ignore; d'ailleurs il est probable que les phénomènes observés sont toujours l'effet de causes plus complexes que nous ne nous l'imaginons, et que les crises nerveuses des malades atteints de pouls lent permanent sont dues

à des facteurs multiples, ou au moins favorisées par eux.

Si vous me demandiez quel pronostic je porterais dans le cas particulier que je vous ai rapporté, je dirais qu'il est fort grave, et que les chances de guérison sont tout à fait restreintes. Il y a toujours danger de mort subite, à cause des syncopes, et c'est ainsi que finissent la plupart des malades. Toutefois l'issue fatale peut ne survenir qu'à très longue échéance. Je connais un homme qui est atteint depuis plus de quinze ans de pouls lent permanent, et il est à présumer que sa maladie remonte plus loin encore dans le passé. Nous ne constatons en effet presque jamais le début de l'affection qui aboutit à la bradycardie définitive; c'est seulement à l'occasion d'un accident, tel que vertige ou syncope, que nous sommes amenés à reconnaître un état de choses déjà constitué, et qui peut dater d'une période éloignée.

Il faut ici, comme je vous le recommande souvent, distinguer soigneusement le début anatomique et le début clinique. Lorsqu'on a la chance de saisir la maladie à son origine même, elle paraît débuter par une phase d'arythmie.

Le traitement peut être symptomatique ou curatif. La médication symptomatique consiste à faire observer le repos, pour éviter les crises qui mettent en danger l'existence du malade. Je vous rappelle d'autre part que le régime lacté m'a donné d'excellents résultats.

L'idée d'administrer des substances qui ont la propriété d'accélérer les mouvements du cœur vient naturellement à l'esprit. Mais il ne faut pas s'y arrêter, car je vous ai dit déjà qu'une des caractéristiques du pouls lent permanent était justement sa résistance absolue aux divers agents qui produisent normalement la tachycardie.

Quant au traitement curatif, il consiste, au moins dans certains cas, dans une cure mercurielle, car la bradycardie permanente est fort souvent d'origine syphilitique. Aussi nous sommes-nous demandé si la syphilis était en cause chez notre malade. Nous ne lui avons trouvé aucun accident qui permette de le croire; et d'un autre côté la réaction de Wassermann a été négative chez elle. Son mari est, il est vrai, mort tabétique; mais la femme d'un ataxique n'a pas nécessairement été contaminée par lui. Nous avons toutefois essayé un traitement spécifique qui est resté sans résultat.

Je vais maintenant, pour terminer, vous exposer quelques considérations sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de l'affection dont je vous entretiens. J'ai à dessein négligé de vous en parler jusqu'ici, afin de ne pas morceler cet important chapitre.

Il est un fait certain : c'est que la caractéristique essentielle du pouls lent permanent consiste dans une diminution du nombre des systoles ventriculaires, devenues rares par rapport aux systoles auriculaires dont la fréquence n'est pas modifiée : on a affaire à une dissociation auriculo-ventriculaire.

Il n'est pas difficile de mettre celle-ci en évidence : vous savez déjà comment on y parvient; mais à quoi l'attribuer? C'est ici que les avis diffèrent.

La première hypothèse émise a été celle d'une lésion de l'appareil nerveux modérateur du cœur, bulbe et pneumogastrique.

Cette conception est manifestement erronée. Comme je l'ai écrit en 1888, dans mon Mémoire à la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un malade chez lequel l'examen histologique du bulbe avait été comme toujours négatif, la théorie bulbaire du trouble cardiaque est une hypothèse sans consécration anatomique.

Il est aujourd'hui démontré que le pouls lent permanent est dû à la lésion d'une région particulière du cœur, le faisceau de His, mince ruban qui unit les oreillettes aux ventricules. Mais cette constatation a été l'origine d'une réaction que je crois exagérée, et qui va jusqu'à nier presque complètement l'influence du système nerveux sur le cœur. C'est ainsi que M. Esmein, dans sa remarquable thèse à laquelle j'ai fait de nombreux emprunts, écrit, citant Friedenthal : « Les animaux, dont le cœur est complètement isolé du système nerveux central, non seulement restent en vie, mais encore ne diffèrent en rien des animaux normaux. Ils sont seulement peu aptes à l'effort et leur régulation thermique est imparfaite. Après de tels faits il nous semble difficile de ne pas admettre que le système nerveux extra-cardiaque est pour le cœur seulement un appareil de luxe, de contrôle, destiné à répartir au mieux son travail, selon les besoins de l'organisme. »

Je pense que les expérimentateurs qui ont cru que le cœur battait physiologiquement, après sa séparation du système nerveux central, l'ont probablement isolé incomplètement. Leur affirmation contredirait nos connaissances de physiologie générale. Le corps est composé d'éléments anatomiques et d'organes qui doivent tous concourir à un but, l'entretien de la vie, pour lequel leur solidarité est nécessaire. Or celle-ci ne peut être assurée que par le système nerveux. Le cœur en particulier ne saurait échapper à cette action. Il y est même si sensible que ses contractions sont modifiées non seulement par des réflexes venant de divers points de l'organisme, mais aussi par les influences psychiques. C'est pourquoi les poètes ont fait de cet organe le siège de l'amour, du courage, et d'autres sentiments.

Ce qui a fait admettre l'indépendance du cœur vis-à-vis des centres nerveux, c'est qu'il continue à battre lorsqu'il est séparé de l'organisme. La chose est incontestable, mais s'explique par la raison que le cœur emporte alors avec lui tout un système nerveux, ganglions et fibres. Elle n'a pas d'ailleurs une très grande portée car il ne suffit pas que le cœur batte, il faut encore qu'il batte d'une façon profitable, et il ne peut le faire s'il n'est tenu en relation constante avec le reste de l'économie, au moyen des nerfs vagues et sympathiques qui adaptent son activité aux besoins du moment, et du nerf de de Cyon, qui le relie au système nerveux central, et règle la pression en amenant une dilatation vasomotrice des artères périphériques, et notamment de celles de l'abdomen.

Permettez-moi de faire une comparaison qui fixera mieux les choses dans votre esprit. A bord d'un steamer, le gouvernail et la machine ont un mouvement autonome; mais que deviendrait le bateau si l'homme du gouvernail et celui de la machine n'étaient en communication constante avec le capitaine et ne recevaient ses ordres? Eh bien! le capitaine de notre organisme est le système nerveux central.

Mais cette discussion, qui n'est pas sans intérêt, et touche aux questions fondamentales de la physiologie, ne change rien à la pathogénie du pouls lent permanent, et il reste vrai que cette affection, indépendante de toute lésion du cerveau, du bulbe et des nerfs extra-cardiaques, résulte d'une altération

du faisceau de His. Toutes les autopsies faites avec un soin suffisant, toutes les expériences en physiologie prouvent qu'il en est bien ainsi. Voici, en quelques mots, la description de ce faisceau particulier.

C'est un mince ruban qui commence son trajet dans la paroi interauriculaire, en avant de l'embouchure de la veine coronaire. Il traverse le septum interventriculaire puis se divise en deux branches, l'une droite, l'autre gauche, qui se terminent respectivement dans les muscles papillaires de chacun des ventricules, et s'anastomosent avec eux. Ainsi la continuité est établie entre le tissu auriculaire et le tissu ventriculaire.

Le rôle important de ce faisceau a été mis en évidence par His qui a montré que si on le comprime légèrement, l'intervalle séparant les contractions des oreillettes de celles des ventricules s'accroît; qu'une compression plus forte entraîne l'absence d'un certain nombre de systoles ventriculaires; qu'enfin une section totale amène une dissociation des battements des divers compartiments du cœur, les oreillettes gardant sensiblement leur rythme normal, tandis que les ventricules, devenus indépendants, prennent un mouvement irrémédiablement lent.

Les autopsies qui ont été pratiquées avec méthode confirment complètement ces données expérimentales. On trouve constamment chez les sujets morts de pouls lent permanent une lésion profonde du faisceau de His. Celle-ci varie dans sa nature : c'est tantôt une gomme syphilitique, tantôt une sclérose consécutive à une endocardite, dans laquelle l'inflammation ne s'est pas limitée aux valvules, mais s'est étendue aux parties voisines; mais quelle que soit la nature des lésions, leur siège est invariable.

Le faisceau de His est surtout musculaire; mais il est aussi nerveux, car toutes ses fibres myocardiques sont entourées d'un véritable réseau nerveux. Aussi ses fonctions ont-elles été attribuées tour à tour à chacun des deux tissus dont il se compose. La *théorie myogène* admet que le muscle de His se contracterait spontanément et transmettrait par ses fibrilles ses contractions aux fibres musculaires des ventricules. Dans la *théorie neurogène*, on attribue la systole du cœur à l'influence des fibres nerveuses et des cellules nerveuses présentes dans toutes les régions de l'organe, y compris le faisceau de His.

Vous savez déjà vers quelle théorie vont mes préférences. Les partisans de l'hypothèse myogène ont été influencés par ces deux faits que le cœur continue à battre quand on l'a séparé des centres nerveux, et quand on a détruit ses ganglions. Ce qui a fait leur erreur, c'est qu'il persiste dans le myocarde, après ces opérations, une riche matière ganglionnaire, diffuse au lieu d'être agglomérée en masse visible, mais qui, pour échapper à la main de l'expérimentateur, n'en est pas moins capable de fonctions importantes. Sa présence explique suffisamment les battements de la pointe du cœur lorsque celle-ci est séparée du reste de l'organe, et peut-être est-elle même susceptible de nous aider à comprendre bien des phénomènes inexpliqués de la pathologie cardiaque. Ainsi les troubles qu'entraînent les maladies valvulaires à la période où elles cessent d'être compensées sont généralement attribués à une myocardite. Celle-ci n'existe point en réalité : les fibres musculaires sont au contraire remarquablement saines. Ne peut-on se demander en pareille circonstance si l'asystolie n'est pas due au mauvais fonctionnement des fibres et cellules nerveuses.

Mais tout ceci n'est que théorie. Les faits que j'ai voulu surtout signaler à votre attention sont les suivants : le pouls lent permanent est une affection caractérisée par la dissociation auriculo-ventriculaire. Celle-ci tient à une lésion de la région du faisceau de His. Une semblable altération est le plus souvent de nature syphilitique. Tels sont les trois points qui ne doivent pas sortir de votre mémoire.

DU DIABÈTE INFANTILE

Par M. Pierre MAUREL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à la Bourboule.

On considérait et on considère encore le diabète infantile comme très rare. Les plus occupés parmi les médecins d'enfants comptent les cas qu'ils ont pu observer.

Dans notre pratique personnelle à la Bourboule nous en avons cependant observé plusieurs cas. Nous croyons que la rareté de cette affection diminuera à mesure qu'on apprendra mieux à la connaître et à la dépister. Et le diagnostic précoce est d'autant plus important que pour avoir quelques chances de succès le traitement doit être fait le plus tôt possible.

C'est dans ce but que nous allons rappeler, d'après les auteurs, les éléments de symptomatologie et de diagnostic.

*
* *

Les symptômes sont ceux du diabète de l'adulte, mais l'évolution et l'allure sont spéciales et caractéristiques.

Comme aspect clinique, c'est le diabète pancréatique grave de l'adulte.

La polyurie est un des premiers signes et le plus fréquent. Les urines sont très abondantes : de 1 à 16 litres. Il y a souvent de la pollakiurie. L'incontinence est un des symptômes révélateurs et doit faire penser au diabète.

La polydipsie est très marquée et très fréquente. Avec la polyurie c'est un signe révélateur des plus importants. Le nourrisson demande le sein constamment et ne veut pas le quitter. Les enfants plus grands boivent tout le temps, malgré tout et n'importe quoi.

Moins constante et moins marquée est la polyphagie. Elle peut disparaître et c'est alors un signe pronostique grave.

La glycosurie est très importante. Pour être caractéristique du diabète vrai elle doit être permanente. Proportionnellement il y a beaucoup plus de sucre que chez l'adulte. Les chiffres oscillent entre 100 et 1000 grammes, en moyenne 30 à 80 grammes par litre, soit 300 à 400 grammes par vingt-quatre heures. Ce sont les chiffres du diabète maigre de l'adulte. L'urée varie entre 20 et 25 grammes pour les vingt-quatre heures, c'est un gros chiffre pour l'enfant et cela constitue une azoturie notable. L'albuminurie est variable, plus rare que chez l'adulte. La présence de l'acétone est variable. Il y en a parfois sans signe d'intoxication acétonémique.

*
* *

Le début souvent insidieux du diabète infantile est fréquemment méconnu. La mère attribue le dépérissement à « la dentition ». On croit à des troubles digestifs. C'est seulement au bout d'un certain temps, après avoir cherché partout la cause de l'amaigrissement, qu'on se trouve d'emblée en face de la période maigre du diabète.

Les signes de début sont plus ou moins nets, mais ce qui frappe bientôt c'est l'amaigrissement rapide, puis la polydipsie et la polyurie. L'évolution est continue et brièvement fatale. L'affection prend l'allure d'une maladie infectieuse. L'autophagie, constante sauf dans le cas d'évolution suraiguë, est extraordinairement rapide malgré une alimentation suffisante. Elle frappe tout le corps. L'enfant fond littéralement. Il prend l'aspect squelettique.

L'amaigrissement est progressif, sans arrêt, il aboutit à un état d'asthénie générale. En quelques jours le malade peut être emporté par des complications pulmonaires, une crise d'acétonémie, ou s'éteindre dans le marasme. Quelquefois il y a un répit, une amélioration passagère. Puis la maladie reprend bientôt son cours. Il y a un affaiblissement rapide et progressif accéléré par les crises gastriques ou acétonémiques. L'état général acquiert vite une grande gravité. L'évolution est plus rapide que chez l'adulte. Le diabète est maigre d'emblée. Il n'y a pas cette phase de défense du diabète gras qui dure parfois si longtemps.

Chez les tout jeunes enfants c'est une véritable maladie aiguë et quelquefois suraiguë qui évolue en quelques jours. Chez les enfants plus grands elle peut durer quelques mois et chez les adolescents deux à trois ans. Plus le sujet est jeune, plus la marche est rapide. La durée est de six mois à un an en moyenne. Les maladies d'enfance peuvent précipiter l'évolution.

La guérison est exceptionnelle et, dans ce cas, la durée de la maladie est courte. Le traitement précoce a une grande influence. Il augmente beaucoup les chances favorables. En général, il y a évolution sans arrêt vers la mort par coma ou complications pulmonaires.

Le coma, plus rare que chez l'adulte, est cependant une terminaison fréquente. Comme causes occasionnelles on note : la diète carnée excessive, la trop grande réduction des liquides, les fatigues, les émotions, quelquefois on ne trouve pas de cause. Le coma débute brusquement par des troubles digestifs, une douleur limitée à l'épigastre ou généralisée à l'abdomen. Il est souvent annoncé par une odeur spéciale de l'haleine. Quelquefois il survient d'emblée. Trois grands symptômes dominent la scène : la dyspnée, l'agitation, puis le coma. La dyspnée rappelle la respiration de Cheyne-Stokes. Elle est typique avec son inspiration longue et profonde et son expiration brusque. Rien à l'auscultation. C'est une des caractéristiques de cette dyspnée toxique. On note des nausées et quelquefois des vomituritions, de la constipation avec météorisme douloureux et épreintes. Le pouls petit et irrégulier est à 120 ou 150. Le thermomètre marque 36° à 36°5. La pâleur du visage s'accentue. Les yeux sont cernés, atones. Les pupilles dilatées ou contractées sont fixes. L'haleine a une odeur aigrelette, chloroformique, plus ou moins accentuée. Les urines donnent la réaction de Gerhardt positive. Quelquefois le sucre et l'albumine diminuent. Puis les bruits du cœur et le pouls faiblissent. Les extrémités sont cyanosées et froides. Les yeux s'excavent, le malade prend l'aspect chlolériforme et la mort survient doucement dans les dix-huit à trente-six heures en moyenne.

Les Allemands décrivent deux formes : légère et grave.

La forme légère est caractérisée par la disparition rapide du sucre à la suite d'un régime approprié (suppression des hydrocarbures). Les symptômes diminuent rapidement et cèdent en huit à quinze jours. Mais la récidive peut survenir après un écart de régime ou par suite d'une alimentation défectueuse. D'ailleurs à la suite d'une maladie intercurrente ou d'un traitement intempestif, comme la diète carnée exclusive, cette forme légère peut devenir grave et même mortelle en quelques jours ou quelques semaines.

*
* *

Si on pense au diabète le diagnostic est aisé. L'examen de l'urine donne de suite la clef du problème. Mais comme le diabète est rare chez l'enfant on n'y songe pas toujours, on cherche ailleurs la cause de l'amaigrissement ou des autres symptômes. S'il y a une hérédité diabétique, il faut se méfier et faire l'examen systématique des urines dans le cas de malaises inexpliqués, d'anémie, d'incontinence d'urine. Il faut toujours penser au diabète dans le cas d'amaigrissement sans cause.

Quand les symptômes capitaux du diabète sont nets le diagnostic s'impose. Mais on peut ne pas y penser si le début est insidieux et se manifeste par des accidents cutanés ou des troubles oculaires ou gastriques.

Chez les tout petits enfants, le diagnostic est difficile. Afin de recueillir l'urine pour l'analyse, il faut parfois faire le cathétérisme.

Il faut aussi avant de porter le diagnostic de diabète s'assurer que le sucre est en assez grande quantité et persistant, que ce n'est pas une glycosurie passagère assez fréquente chez le nourrisson athrepsique par exemple. Mais, dans ce cas, il y a peu de sucre et il disparaît avec les accidents. Le diagnostic est difficile, d'autant que certains médecins considèrent ces glycosuries comme des diabètes frustes et qu'il y a entre ces glycosuries passagères et le diabète tous les degrés intermédiaires. L'ensemble des symptômes, la quantité de sucre ainsi que sa persistance malgré le régime peuvent seules résoudre le problème. On doit en somme qualifier diabète toute glycosurie persistante et nettement appréciable par les réactifs ordinaires.

Le diagnostic de l'âge du diabète est important car il commande le pronostic, mais il est parfois difficile. Certains enfants conservent assez longtemps un embonpoint relatif et d'autres maigrissent rapidement dès le début. On tranche surtout la question d'après les commémoratifs au point de vue de l'amaigrissement et d'après la dose du sucre.

Pour le pronostic, on doit se rappeler que le diabète est une des plus graves affections de l'enfance. La terminaison fatale est presque la règle, la guérison est exceptionnelle et il faut alors se méfier des rechutes ou récidives. Le traitement est en général impuissant et pour avoir quelques chances de succès il doit être précoce et énergique. Dès le début du traitement doit se produire une amélioration pro-

gressive puis la guérison. Si on n'obtient pas ce résultat rapide, le pronostic est grave. Il est sombre même dans les formes légères qui peuvent devenir mortelles.

* * *

Le traitement doit être surtout diététique et hygiénique. Il consiste à réduire au minimum les aliments pouvant fournir du glycose et à activer la combustion du glycose formé dans l'économie. Comme pour l'adulte on proscrit donc de l'alimentation les hydrates de carbone, à condition que l'état général se maintienne bon.

Chez le nourrisson on continue le sein, mais à chaque tétée on donne une cuillerée à café d'eau de Vichy. Dans le cas d'alimentation artificielle il faut sucrer le lait avec la mannite, la glycérine ou la saccharine et y ajouter de l'eau de Vichy. Pas de bouillies de farine. Plus tard on donnera du bouilli de bœuf ou des œufs.

Après le sevrage il faut continuer le lait ou la crème de lait délayée dans de l'eau édulcorée avec de la glycérine. On peut donner aussi la bouillie avec la semoule de gluten dont on diminue progressivement les doses. A cette alimentation il faut adjoindre de bonne heure les œufs, la viande hachée, la cervelle, les légumes verts.

Plus tard et chez les adolescents il faut instituer un régime antidiabétique analogue à celui de l'adulte, mais il faut le faire progressivement, car la diète carnée trop hâtive a amené des accidents d'acétonémie.

Il faut doser les urines chaque jour et peser le malade tous les trois à quatre jours pour voir l'efficacité du régime. En cas d'accidents on devra de suite revenir au lait.

Pour mettre autant que possible à l'abri des accidents comateux, il faut conseiller au malade d'éviter tout surmenage physique et intellectuel et toute fatigue. Pas de diète carnée trop rapide ou exclusive. Si le malade guérit rapidement, se cachectise vite, a l'odeur acétonique, si la réaction de l'acétone apparaît dans l'urine, il faut craindre des accidents toxiques et on doit atténuer la rigueur du régime. Dans le cas de coma confirmé on prescrit des purgatifs, des stimulants, du bicarbonate de soude à doses massives. Les succès sont d'ailleurs exceptionnels.

Dans le traitement du diabète infantile il ne faut user des médicaments qu'avec réserve et modération. On donne du quinquina, du fer, de l'huile de foie de morue, puis des alcalins, l'arsenic, l'opium, l'antipyrine, le bromure de potassium.

Si la syphilis est en cause il faut faire le traitement mercuriel et ioduré. On a cité des guérisons par le traitement spécifique.

On a essayé aussi de donner du pancréas mais sans grands résultats.

Lécorché dit que l'importance du traitement hydrominéral est indéniable et est admise par tous les médecins qui se sont occupés du diabète. Pour lui les eaux alcalines seraient des anti-diabétiques complets, elles ralentissent la nutrition, mais quand on a besoin d'action stimulante, il faut s'adresser aux eaux chlorurées et ferrugineuses.

La médication par les eaux arsenicales est indiquée quand on veut agir sur la glycogénie hépatique tout en ménageant les dissociations organiques. Quinquaud a fait des expériences dans lesquelles il a injecté XII à XV gouttes de liqueur de Fowler, puis il a piqué le plancher du quatrième ventricule. Il n'a observé qu'une glycosurie insignifiante et dans le foie et le sang on trouve une diminution de la quantité de sucre. Le glycose disparaît complètement si la dose de liqueur de Fowler est suffisante. D'après Quinquaud l'arsenic exerce sur la cellule hépatique une action stéatogène qui ralentit ou supprime la fonction glycogénique. L'arsenic, dit-il, est le frein modérateur du diabète. Lécorché en a constaté aussi les bons résultats sur la glycosurie, l'azoturie, la polyurie et aussi les phénomènes de dénutrition.

Chez l'enfant dont le diabète est si rapidement grave et prend si vite une allure cachectique suraiguë, les cures thermales surtout indiquées sont les chlorurées et les arsenicales. Si l'enfant est encore vigoureux, il faut conseiller Uriage, Kreuznach. S'il commence à être fatigué, à se débiliter, à s'anémier, à dépérir, il faut plutôt conseiller la Bourboule, de même lorsqu'il y a des menaces de bacillose.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. *Maladies des enfants.* — BAUMEL. *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1901. — BROUARDEL et GILBERT. *Traité de médecine et de thérapeutique.* — BIELOOUSSOF. Th. de Paris, 1894. — CAILLOL. Th. de Montpellier, 1900. — DUFLOCQ et DAUCHEZ. *Etude sur le diabète du premier âge.* — D'ESPINE et PICOT. *Traité pratique des maladies de l'enfance.* — GRANCHER-COMBY-MARFAN. *Traité des maladies de l'enfance.* — GALLIARD. *France méd.*, 1900. — HAUSALTER. *Ann. de méd. et de chir. inf.* — LAZARD. Th. de Paris, 1906. — LEROUX. Th. de Paris, 1880. — LÉPINE. *Diabète et traitement.* — LÉCORCHÉ. *Traitement du diabète sucré.* — LE GENDRE. *Revue prat. d'obst. et de pédiat.*, 1894. — LASSANCE. Th. de Paris, 1905. — LION et MOREAU. *Arch. de méd. des enf.*, 1909. — LAUNOIS. *Journ. de méd. de Paris*, 1909. — MÉRY. *Journ. des prat.*, 1907. — NOBÉCOURT. *Précis de médecine infantile.* — PROUST et MATHIEU. *Hygiène des diabétiques.* — ROJAS. Th. de Paris, 1887. — REDON. Th. de Paris, 1877.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1910)

Sur la présence des germes virulents dans l'atmosphère des salles d'hôpital. — Pour déceler les germes pathogènes en suspension dans l'air d'une salle d'hôpital, MM. E. LESNÉ, R. DEBRÉ et G. SIMON se sont servis de l'aérofiltre du professeur Richet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1910)

Les vomissements de la gestation. — M. PINARD croit utile de faire connaître les idées actuelles sur cette vieille question des vomissements de la grossesse. Il rappelle les étapes successives parcourues par les accoucheurs. Depuis bien longtemps, depuis Aristote, on sait que les femmes enceintes sont exposées à vomir. C'est là une malheureuse exception qui, dans l'échelle des êtres vivants, n'appartient qu'à la femme. M. Pinard rappelle les travaux importants de Cazeaux, de Dubois, la thèse d'agrégation de M. Guéniot. C'est en 1852 que Paul Dubois, contrairement à tous ses prédécesseurs, déclara que ces vomissements de la grossesse pouvaient être très graves, même mortels, si bien que devait se poser la question de l'avortement en présence de ces vomissements particulièrement graves. Depuis cette époque, tous les auteurs qui ont traité la question n'ont fait qu'imiter

Dubois, qui a prouvé que les vomissements de la grossesse pouvaient aller jusqu'à entraîner la mort. Il a décrit la symptomatologie de ces vomissements. Il les a divisés en vomissements simples, vomissements graves, vomissements opiniâtres ou incoercibles. C'est, dit-il, une maladie à évolution cyclique en trois périodes, une première période pendant laquelle les malades vomissent et maigrissent, une seconde période pendant laquelle elles continuent à vomir et à maigrir, et, de plus, à présenter de la fièvre, une troisième période, enfin, au cours de laquelle les vomissements peuvent s'arrêter, mais où apparaissent des accidents nerveux aboutissant au délire, et parfois au coma et à la mort. Tel est le schéma donné par Paul Dubois et repris, depuis, par tous les accoucheurs. Dubois ajoute qu'il ne faut pas attendre la troisième période et, dans les cas de vomissements graves, intervenir pour interrompre la gestation. C'est donc dans le temps intermédiaire à la seconde et à la troisième périodes que, selon Dubois, il serait indiqué de provoquer l'avortement après avoir épuisé tous les moyens thérapeutiques.

On conçoit, ajoute M. Pinard, combien angoissante doit être la situation du médecin devant ce dilemme : si je n'interviens pas, je risque la mort de la mère et de l'enfant; si j'interviens trop tôt, je commets un fœticide. Cependant, le conseil donné par Dubois n'était pas basé uniquement sur les risques de la mort de la mère; il avait remarqué que les vomissements les plus graves cessaient quand l'enfant mourait.

M. Pinard, depuis 1880, s'est toujours attaché à l'étude de cette grave question des vomissements de la grossesse et ce sont ses propres remarques qu'il va maintenant nous soumettre.

Il rappelle d'abord l'un des premiers faits dont il fut témoin, étant chef de clinique de Tarnier. Une jeune femme enceinte, atteinte de vomissements incoercibles, était tellement affaiblie et amaigrie que le maître, Tarnier, déclare qu'il fallait provoquer l'avortement. Ce ne fut pas l'avis de M. Pinard et voici pourquoi. Bien qu'en ait dit Dubois, il n'y a jamais de fièvre, jamais d'élévation de température dans ces cas de vomissements. Ce que Dubois avait pris pour de la fièvre, c'était uniquement l'accélération du pouls, car, à cette époque, on ne faisait pas usage du thermomètre. Or, chez sa malade, M. Pinard avait remarqué que le pouls n'avait jamais dépassé 76. C'est sur ce seul fait qu'il crut devoir se baser pour, à l'encontre de son maître Tarnier, déconseiller l'avortement. On laissa, en effet, la grossesse évoluer; les vomissements s'arrêtèrent et la malade accoucha à terme d'un enfant parfaitement constitué et aujourd'hui encore parfaitement vivant. Depuis cette époque, M. Pinard n'a cessé de porter son attention sur cette question des vomissements de la gestation. Il est arrivé à cette constatation que 42 p. 100 des femmes enceintes vomissent.

Ces vomissements durent en moyenne trois mois et cessent généralement avant le commencement de la seconde moitié de la grossesse. Les vomissements opiniâtres se montrent plus particulièrement dans des conditions particulières, dans des cas de grossesse multiple, chez des femmes qui ont un œuf dégénéré, dans certaines familles atteintes de tares nerveuses ou d'affections hépatiques. Jamais M. Pinard n'a constaté l'évolution cyclique décrite par Paul Dubois. Il a vu des femmes vomir beaucoup, maigrir considérablement sans aller jusqu'à la troisième période de Dubois.

La situation ne devient dangereuse que quand le pouls s'accélère, devient petit, dépressible, variable, que quand la fétidité de l'haleine est très marquée, quand les urines deviennent rares, qu'apparaît du subictère. La mort peut être alors redoutée. On peut aussi constater des modifications du système nerveux; M. Pinard cite un cas de paralysie atrophique à marche très rapide. Sur les conseils de Joffroy et de Pinard lui-même, on interrompt la grossesse et la paralysie disparu. L'œuf, dans ces cas, devient un poison pour la mère.

Quelle est la nature, quelle est la cause de ces vomissements? Il ne s'agit pas d'une modification fonctionnelle. M. Lancereaux qui a fait des autopsies n'a trouvé aucune lésion dans le tube digestif. On a incriminé l'hystérie, la névrose. A l'appui de cette cause présumée, on a invoqué l'influence, parfois efficace, de la suggestion. M. Pinard ne croit pas que l'hystérie, à elle seule, puisse donner une accélération du pouls. Joffroy et Brissaud admettaient les aptitudes vomitives.

Pour M. Pinard, il doit y avoir une toxine. Il s'agit évidemment d'une toxiémie provenant soit de l'ovaire, soit du foie, soit de l'œuf lui-même.

De ces faits, M. Pinard déduit un traitement pathogénique, basé surtout sur le régime lacté et les inhalations d'oxygène.

Il insiste tout particulièrement sur l'importance, dans ces cas, d'examiner de très près et très fréquemment le pouls. On pourra ainsi éviter bien fréquemment de provoquer des avortements inutiles.

Classification des propriétés leucocytaires pendant l'anesthésie chirurgicale. — M. Achard dit que, pendant le sommeil chirurgical, l'activité de défense des globules blancs s'abaisse jusqu'à devenir parfois nulle. Cet abaissement persiste pendant plusieurs heures. Les conséquences qui peuvent en résulter pour la défense de l'organisme contre les poisons et les microbes expliquent peut-être le développement de certains accidents postopératoires, tels que les infections d'origine respiratoire ou digestive.

Actes délictueux commis par les paralytiques généraux sous l'influence de l'affaiblissement du sens moral antérieurement à l'apparition des symptômes avérés de la maladie. — M. Gilbert Ballet communique une note sur ce sujet.

« On ne sait pas assez, dit M. Gilbert Ballet, que l'affaiblissement du sens moral n'est fréquemment révélé que par le premier acte délictueux dont un paralytique se rend coupable. Il s'ensuit que souvent l'étrangeté du fait, étant donnés le passé et la situation de l'accusé, ne frappe pas les magistrats, et que ceux-ci condamnent sans recourir, au préalable, à l'avis du médecin légiste. » M. Gilbert Ballet cite plusieurs observations, et il termine en disant qu'il a voulu montrer que des tares mentales héréditaires ou d'origine syphilitique ont parfois pour première manifestation le délit lui-même, et qu'aucun signe extérieur ne peut alors révéler un effet de la paralysie, qui n'apparaîtra que plus tard.

Nouveaux résultats dus à l'œsophagoscopie. — M. Guisez présente les nouveaux résultats qu'il a obtenus de cette méthode après environ huit cents observations œsophagoscopiques.

a. Sur 51 corps étrangers, 48, dont 7 dentiers, ont pu être extraits avec guérison par l'endoscope; trois fois seulement l'opération externe dut être faite (deux de ceux-ci se rapportent au début de sa pratique). Dans cinq cas, il y avait complication d'abcès pariétal qui a pu être ouvert et évacué par les voies naturelles.

b. Les sténoses cicatricielles infranchissables par les moyens ordinaires ont pu être dilatées grâce à l'endoscope qui fait reconnaître le petit pertuis excentrique, permet de le cathétériser avec une fine bougie et de le dilater ensuite.

Parmi ces sténoses cicatricielles, l'œsophagoscope a montré qu'il en existe de spontanées dues à un processus d'œsophagite ou à la cicatrisation de l'ulcère rond.

Souvent ces sténoses en imposent, de par leurs signes, pour des cancers constituant autant de pseudo-cancers.

c. Il en est de même des contractures spasmodiques, véritables obstacles permanents; bien distincts des spasmes simples, elles siègent souvent au cardia, ce sont les cardiospasmes qui s'accompagnent de grandes dilatations de l'œsophage, dénommées pendant longtemps idiopathiques.

Leur diagnostic est facile par l'œsophagoscopie et une thérapeutique rationnelle a pu, dans tous les cas, être entreprise; celle-ci a consisté en dilatation mécanique forcée du cardia et ce traitement a guéri les dix-sept malades sur lesquels il a été institué.

La syphilis de l'œsophage est une rareté.

La tuberculose est certes plus fréquente et son histoire clinique est bien connue depuis l'œsophagoscopie.

On voit donc que l'œsophagoscopie vise non seulement le diagnostic, mais aussi la thérapeutique de toutes les affections de l'œsophage.

PRATIQUE MÉDICALE

ÉNERGÉTÈNE DE VALÉRIANE

On désigne sous le nom d'Energétènes de nouvelles préparations galéniques qui sont aux végétaux exactement ce que sont les préparations opothérapiques aux organes animaux.

Ce sont des sucs de végétaux frais, obtenus avec des plantes fraîches cultivées spécialement et récoltées sur leur terrain de prédilection, au moment le plus favorable à leur évolution.

Ces plantes fraîches ne subissent aucune manipulation occasionnant la coagulation ou l'altération des substances colloïdales actives qu'elles contiennent.

Chamagne (1) a montré que les produits actifs contenus dans les plantes fraîches ainsi que dans les Energétènes s'y trouvent à l'état colloïdal. Elles présentent les réactions de précipitation caractéristiques des colloïdes.

Examinée à l'ultra-microscope, l'Energétène de valériane, pour fixer les idées par un exemple, ne se montre nullement comme un milieu homogène, mais comme un champ noir rempli de points brillants (un ciel rempli d'étoiles, suivant l'expression de Zsigmondy et Siedentoff).

Le même auteur a démontré que si on met l'Energétène de valériane dans un tube en U muni à chaque extrémité d'une électrode en platine et qu'on fasse passer un courant de quelque dixième de milliampère, toute la partie active de la plante se transporte vers le pôle positif.

L'Energétène de valériane est donc une préparation contenant le principe actif à l'état colloïdal, c'est-à-dire, d'après les travaux des dernières années (Netter, A. Robin, Iscovesco), des substances dans un état physico-chimique dans lequel les propriétés thérapeutiques se trouvent pour ainsi dire exaltées au maximum.

Une préparation chimique quelconque contenant de l'acide valérianique pur ou combiné à une base quelconque ne saurait avoir la prétention de remplacer et de représenter l'intégralité de la plante, pas plus que la morphine ne saurait remplacer l'opium ou la quinine, le quinquina.

Pouchet avait déjà dit à propos de la digitaline que les actions physiologiques de la digitaline et des préparations galéniques de la digitale n'étaient pas superposables et que la digitaline ne résumait pas exclusivement l'action de la digitale.

De même, les éthers du bornéol et en particulier le valérianate de Bornéo ne forme qu'une partie des substances actives de la racine fraîche de valériane.

Donner une préparation galénique ordinaire de valériane ou un extrait fait de plantes fraîches n'ayant subi aucune manipulation, n'est pas une même chose.

On a eu, en ces derniers temps, la malencontreuse idée de faire mieux que bien et on a proposé différentes manipulations pour conserver les plantes à l'état soi-disant frais.

On a proposé pour cela de les traiter par certains solvants tels que l'alcool, l'acétone, etc., à l'état bouillant.

Il n'y a qu'à prendre un suc frais de plante et à le traiter de la sorte pour voir instantanément se produire des coagulations, des précipitations, bref des altérations graves.

On sait d'ailleurs quelle est l'altération des colloïdes en général et surtout des colloïdes organiques.

On obtient de la sorte des médicaments qui n'ont rien de commun avec les préparations de plantes fraîches.

L'Energétène de valériane est un suc de racines fraîches de valériane contenant la totalité des substances de la plante à l'*état colloïdal*, c'est-à-dire identique à l'état dans lequel elles se trouvent dans la racine fraîche, c'est de l'opothérapie végétale dans la plus stricte acception du terme. C'est la médication colloïdale végétale.

D'ailleurs l'introduction de l'Energétène de valériane dans la thérapeutique a réhabilité cette drogue qui avait été presque délaissée par les praticiens.

L'Energétène de valériane est le plus puissant et le plus inoffensif de tous les antispasmodiques.

(1) CHAMAGNE. *Soc. de biol.*, 1907; — *Congrès de Budapest*, 1909.

LIVRES NOUVEAUX

Traité des maladies épidémiques (1), par A. KELSCH.

M. A. Kelsch vient de faire paraître le premier fascicule du tome III de son traité d'Epidémiologie. Dans ce volume il traite les *Oreillons*, la *Coqueluche*, la *Suette*, le *Choléra* et la *Grippe*. Les développements qu'il consacre à ces infections sont remplis d'intérêt; je signalerai tout particulièrement le choléra, et la suette, qui ont fait parler d'eux si tristement ces temps derniers; les pages qui concernent la grippe sont extrêmement instructives, et l'on y puisera des renseignements importants à retenir, car, il faut bien l'avouer, la grippe est une maladie que nous connaissons mal. Dans ce volume, on retrouve les qualités que l'on se plaît à vanter dans les écrits du maître en Epidémiologie qui a été et que reste toujours le professeur Kelsch; ses pages sont écrites dans une langue impeccable, qui attire la lecture; les développements qu'il expose sont présentés avec la sincérité et la conviction de l'homme de science qui a longuement réfléchi sur la valeur des faits qu'il avance à l'appui de sa thèse; et quelles discussions serrées et intéressantes quand il s'agit de défendre une opinion et de prendre parti pour telle ou telle théorie! En somme, livre intéressant, instructif à de nombreux égards, et que devrait lire le corps médical entier. C. D.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Le diagnostic de la fièvre typhoïde comporte la solution d'un certain nombre de problèmes qui peuvent se ranger sous plusieurs chefs principaux : *diagnostic essentiel, diagnostic différentiel, diagnostic des formes, des complications, des interventions thérapeutiques.*

DIAGNOSTIC ESSENTIEL. — Il repose sur « un *ensemble de symptômes* dont les plus importants sont : le mode de début graduel et l'évolution fébrile, avec des périodes successives et régulières, le dicrotisme du pouls, la tuméfaction de la rate, l'éruption de taches rosées, la diarrhée caractérisée par des selles ocreuses et fétides, le ballonnement du ventre, la sensibilité et le gargouillement de la fosse iliaque droite, enfin la stupeur (τυφος) et les phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde » (Homolle).

On se rappelle, d'autre part, les *aphorismes de Wunderlich.* Il ne s'agit pas de fièvre typhoïde quand, dès le premier jour de la maladie, la température monte à 40 degrés; quand, entre le quatrième et le sixième jour, la température du soir n'atteint pas 39°5; quand, dans la seconde moitié de la première semaine, se présentent des abaissements considérables ou progressifs de la température.

L'*existence d'hémorragies intestinales*, l'*absence d'herpès labial*, dans la fièvre typhoïde, méritent encore d'être prises en considération.

Les éléments que nous venons de signaler *ont plus de valeur chez l'adulte que chez l'enfant.* Dans le jeune âge, en effet : 1. la fièvre typhoïde peut débuter brusquement; 2. la fièvre affecte un type spécial (*fièvre rémittente infantile*); 3. la constipation y est fréquente; 4. les premiers symptômes observés peuvent être une angine rouge, des vomissements et de la fièvre; le diagnostic s'égare alors vers l'idée de scarlatine.

(1) T. III, O. Doin, 1910.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — § I. ***Diagnostic clinique.*** — *A.* ADULTES. — On peut, schématiquement, distinguer plusieurs ordres de faits.

1. **Maladies où prédomine l'état typhoïde.** — *a.* **Typhus exanthématique.** — Cette affection, rare en France, frappe surtout des miséreux (prisonniers, vagabonds). Elle débute d'une façon soudaine, évolue avec rapidité, et, dans les cas favorables, se termine brusquement. Elle se caractérise par les éléments suivants : α. apparition, à la période d'état, d'une *roséole*, laquelle se différencie de celle de la fièvre typhoïde par : 1. *le nombre très élevé des éléments éruptifs* (plusieurs centaines); 2. *leur transformation hémorragique* : d'abord rose vif, disparaissant par la pression, ils prennent brusquement une teinte plus foncée, rouge vineux, surtout aux parties déclives (typhus dit *pétéchial*). Cette éruption est donc mûriforme (*mulberry-rash*), [celle de la fièvre typhoïde étant rosée lenticulaire (*lenticular-rose-spots*)]; elle repose sur un fond marbré, estompé, sous-cuticulaire (*sub-cuticular-rash*) et ce signe, s'associant à divers catarrhes, fait parfois penser à une rougeole et à une fièvre typhoïde évoluant simultanément; 3. *leur évolution* : elle apparaît du quatrième au sixième jour, procède par poussées successives et dure de dix à quatorze jours, souvent plus; 4. *la parfaite concordance* que l'on peut établir entre les symptômes généraux et l'éruption cutanée; β. *violence de l'état typhoïde, avec facies congestif*; γ. *absence de phénomènes intestinaux*; δ. *haute contagiosité pour l'entourage*; ε. *extrême gravité.*

b. **Tuberculose miliaire à forme typhoïde** (*granulie*). — Dans la granulie, on constate fréquemment : α. *des antécédents de bacillose ganglionnaire* (adénopathie trachéo-bronchique, micropolyadénopathie), *osseuse* (spina ventosa, mal de Pott) ou *articulaire* (coxalgie); β. les sujets ont souvent les cils longs, la peau fine et transparente, les dents éclatantes, les attaches fines (*scapulæ alatæ*); γ. ils *maigrissent rapidement dès le début* (dans la fièvre typhoïde, l'amaigrissement ne survient qu'à la convalescence); δ. *la température ne suit pas une marche régulière*, sauf dans certains cas (*typho-bacillose* de Landouzy) où elle peut rappeler de très près le cycle thermique de la fièvre typhoïde; certains signes fondamentaux de la fièvre typhoïde, splénomégalie, gargouillement iliaque, taches rosées, dicrotisme du pouls, n'occupent, dans le tableau de la granulie, qu'une place accessoire; ε. *le ventre est généralement aplati, en bateau*; ζ. *la stupeur est moindre, mais l'hyperesthésie cutanée très nette* (Empis); η. *la langue est humide*, saburrale; θ. *la photophobie* et les autres réactions méningées sont *souvent intenses*; ι. *de même, la dyspnée*, sans signes physiques nets; κ. signe différentiel capital, le *pouls est, proportionnellement, beaucoup plus rapide dans la granulie que dans la fièvre typhoïde*; λ. *l'évolution aboutit presque toujours à la mort*; μ. les *recherches de laboratoire* ne donnent pas toujours des renseignements utilisables, car, dans ces formes graves de bacillose, l'agglutination de bacilles tuberculeux par le sérum des malades est souvent faible.

En ce qui concerne le diagnostic entre tuberculose pulmonaire et fièvre typhoïde, il est bon de se souvenir que *certaines fièvres typhoïdes débutent par des symptômes de congestion pulmonaire, localisée au sommet, et qui font admettre l'existence d'une tuberculose arrivée à la phase de ramollissement* (Hutinel, Widal).

c. **Endocardite typhique** (Jaccoud). La maladie débute habituellement par un frisson unique et solennel, suivi d'une hyperthermie considérable; à la période d'état, les *deux seules signes de valeur* sont, par ordre d'importance : α. la constatation, chez un sujet présentant un état typhique, de signes sthétoscopiques variables (Hanot); β. l'apparition de petites embolies. Comme *signes d'importance secondaire*, on peut dire que, dans l'endocardite aiguë, la langue est moins fuligineuse, la rate plus vite tuméfiée, le météorisme abdominal plus précoce, la bronchite plus rare; les épistaxis, les douleurs et les gargouillements de la fosse iliaque droite, la diarrhée précoce, les selles sanguinolentes, la bradycardie relative, caractérisent plutôt la fièvre typhoïde. Mais : α. il peut y avoir des embolies dans la fièvre typhoïde; inversement, β. dans l'endocardite typhoïde, l'auscultation peut rester muette, et le diagnostic, livré aux seules ressources de la clinique, rester longtemps en suspens.

d. **Pneumonie à forme typhoïde.** Le diagnostic se fondera sur l'étude des anamnestiques et de l'évolution et sur les résultats de l'auscultation pulmonaire; on se rappellera toutefois que, dans la dothiénentérie, il peut survenir des pneumonies et des broncho-pneumonies graves.

e. Dans les **pyohémies diverses** (angiocholite, pyléphlébite, hépatite suppurée des pays chauds, néphrite, encéphalite, ostéomyélite), on note, comme dans la fièvre typhoïde, des phénomènes généraux graves : stupeur profonde, fièvre prolongée, diarrhée, bronchite, éruptions cutanées; les seuls signes différentiels sont : α. le caractère rémittent de la fièvre; β. l'existence de signes locaux cadrant mal avec l'idée d'une fièvre typhoïde. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE. — Classiques; — BORY et FLURIN. Diagnostic clinique de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 85; — HANOT. *L'endocardite aiguë*, coll. Léauté; — HUTINEL et DARRÉ. *Les Maladies des enfants*, t. I; — H. ROGER. La fièvre de Malte, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 9 et 11.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — SAMEDI 30 AVRIL 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 30 AVRIL 1910. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — La prochaine séance aura lieu samedi 30 avril 1910, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Mercadé, 18; Bréchot et Gernez, 16.

Prochaine séance, samedi 30 avril, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 27 avril. — MM. Nespoulous, 27; Béliard, 23; de Névrezé, 25; Coustaing, 20; Bozo, 25.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — LECTURE. — Séance du 28 avril. — MM. Rouyé, 11 + 16 = 27; Dupuy (Jacques), 9 + 10 = 19; Doury, 13 + 18 = 31; Lazard, 12 + 14 = 26.

Prochaine séance, samedi 30 avril, à cinq heures, à la Charité.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la seizième semaine, 1098 décès, au lieu de 1092 pendant la semaine précédente et au lieu de 1059, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être très fréquente. Elle a causé 27 décès au lieu de la moyenne 16. Le nombre des cas nouveaux est de 525 (moyenne 360). Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 222 décès, au lieu de 223 pendant la semaine précédente (moyenne 197).

La phtisie pulmonaire a causé 225 décès (moyenne 232).

La méningite tuberculeuse a causé 24 décès (moyenne 26).

La méningite simple a causé 23 décès (moyenne 22); parmi eux nous comptons 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des nouveaux cas signalés est de 3).

Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 19 décès (moyenne 18).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 30 avril 1910, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 2 mai au 6 juillet 1910, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, André Broca et Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Edmond Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard et Desmoulière.

Le cours sera complet en cent leçons. Il aura lieu tous les jours, deux fois par jour, excepté les dimanches et fêtes, à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique. Il commencera le lundi 2 mai et finira le mercredi 6 juillet 1910.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale. — M. Bar. Syphilis et grossesse. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — MM. André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Radiumthérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve et farcin. Actynomicose. Purpura. — M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis. — M. Edmond Fournier. Syphilis secondaire. Hérédo-syphilis. — M. Milian. Histologie de la peau normale. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Parasyphilis : neu-

rasthénie. Paralysie générale. Tabes. Laboratoire : bacilles de la lèpre, de la tuberculose; bacille du chancre mou; treponema pallidum, examen ultramicroscopique. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Chancre syphylitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Laboratoire : sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde. — M. Sabatié. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshydrose. — M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées et atypiques. — M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus. — M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis du voile du palais. Petite chirurgie dermatologique. Sporotrichoses. — M. Touchard. Sclérodermie. — M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

Deux cours semblables ont lieu chaque année : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures. — Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

COURS DE VACANCES DE M. CALOT (DU 1er AU 7 AOUT) **A L'INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK.** — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux médecins et du traitement des tuberculoses externes, déviations, maladies des os et des articulations, etc.

Neuf leçons avec présentation de malades, démonstrations et exercices pratiques.

PROGRAMME DES LEÇONS. — I. Lundi 1er août (dix heures matin). — M. Calot : La technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). — Traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculoses du testicule et de l'épididyme.

II. Mardi 2 août (dix heures matin). — M. Calot : Le mal de Pott. Corsets. Traitement de la gibbosité, des abcès, de la paralysie.

III. Mercredi 3 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur.

IV. Jeudi 4 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, coude, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions.

V. Vendredi 5 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Réduction de plusieurs luxations.

VI. Vendredi 5 août (cinq heures soir). — M. le docteur Privat : Traitement de la paralysie infantile du pied bot paralytique. Syphilis des os et des articulations.

VII. Samedi 6 août (dix heures matin). — M. le docteur Fouchou-Lapeyrade : Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique.

VIII. Samedi 6 août (quatre heures soir). — M. le docteur Fouchet : Traitement de la scoliose. Gymnastique médicale.

IX. Dimanche 7 août (dix heures matin). — M. Calot : Traitement du pied bot congénital. Traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la construction des appareils plâtrés et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations, soit par M. Calot, soit par MM. les docteurs Fouchet et Fouchou-Lapeyrade.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Fouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Berck-Plage (Pas-de-Calais),

Droits à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques. — Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (N° 1, 2 janv. 1910.) RAVIART et LORTHIOIS : De l'automutilation. — (N° 2, 9 janv.) RAVIART et LORTHIOIS : De l'automutilation (*suite*). — (N° 3, 16 janv.) RAVIART et LORTHIOIS : De l'automutilation. A propos de quelques cas inédits (*fin*). — (N° 4, 23 janv.) CARLIER : De l'importance du drainage prolongé du bassinet après la néphrotomie dans l'anurie médicale totale. — (N° 5, 30 janv.) G. GÉRARD : La capsule et l'espace de Tenon, d'après un travail récent de Charpy. — M. VEAUDEAU : Stomatite ulcéro-membraneuse à symbiose fuso-bacillaire. — VANVERTS : Du drainage de l'espace rétro-pubien. — (N° 6, 6 fév.) A. CALMETTE et M. BRETON : Les poliomyélites aiguës ou paralysies spinales épidémiques. — SURMONT, DEHON et DUBUS : Un cas d'anémie pernicieuse progressive avec ictère d'origine hémolytique.

Journal médical français. — (N° 3, 15 mars 1910.) J. CASTAIGNE : Les ictères hémolytiques. — A. GILBERT et P. LEREBOULLET : La cholémie simple familiale. Son importance en pathologie. — J. CASTAIGNE et Ch. DUJARIER : Les ictères chroniques par rétention. Clinique et thérapeutique médico-chirurgicale. — MONGOUR : Revue critique sur le traitement médical et chirurgical des ictères.

Presse médicale. — (N° 25, 26 mars 1910.) E. APERT : La tache bleue congénitale mongolique. — René BURNAUD : Suppurations intra-thoraciques ou tuberculose pulmonaire. Difficultés fréquentes du diagnostic. — L. SALIGNAT : Digestion stomacale des féculents chez les hyperchlorhydriques. — Ch. FOIX et Et. MALLEIN : Le streptocoque de la scarlatine et la réaction de fixation. — (N° 26, 30 mars.) François DAINVILLE : L'hémicanitie. — Alfred MARTINET : L'agar-agar dans le traitement de la constipation chronique. — L. DEVAL : Pouvoir opsonique. Détermination de l'index opsonique par la méthode de Wright. — (N° 27, 2 avril.) P. RECLUS : La talalgie et les exostoses sous-calcanéennes. — SAVARIAUD : Appareil de marche pour fracture de cuisse. — Léon IMBERT : Accidents du travail. Consolidation dans les fractures du membre inférieur. — Cesare FRUGONI : La myasthenia gravis (la doctrine myopathique des symptômes). — Maurice de LANGENHAGEN : Sur l'évolution de la pathogénie et du traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Province médicale. — (N° 11, 12 mars 1910.) G. RAUZIER : Deux cas de fièvre de Malte, dont un compliqué de fièvre typhoïde; aperçu d'ensemble sur la fièvre méditerranéenne. — (N° 12, 19 mars.) J. PARISOT : Le rein possède-t-il une sécrétion interne ? — L. BASSAL : Sur un cas d'appendicite avec hémorragies. — H. RONDET : Notions nouvelles sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — (N° 13, 26 mars.) ALBERTIN et REYNARD : Des calculs de l'urètre chez la femme. — FINCK : De quelques troubles du rythme urinaire dans leurs rapports avec l'état de la tension artérielle.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES MÉNINGITES TYPHIQUES

Par MM. CLARET,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris,
et Louis LYON-CAEN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Sous ce nom, on doit décrire, à notre avis, les syndromes méningés dus au bacille d'Eberth ou à ses toxines. Les autres infections méningées, tuberculeuses ou pyogènes, survenant *au cours* d'une fièvre typhoïde, nous paraissent en effet un épiphénomène sans lien étiologique avec la dothiénentérie initiale, et doivent être distraites du cadre des méningites typhiques; aussi bien personne ne songera à étiqueter méningite tuberculeuse une méningite cérébro-spinale survenant chez un tuberculeux.

Mais cette distinction rationnelle n'est devenue possible que depuis l'adjonction à la clinique de méthodes de laboratoire permettant de déceler l'infection de l'organisme par le bacille d'Eberth, et de retrouver sa présence au niveau des exsudats méningés.

Aussi pendant toute une première période, purement clinique, qui s'étend jusqu'à la découverte par Eberth en 1881 du bacille qui porte son nom, on se contente de décrire les symptômes méningés survenant au cours de la dothiénentérie, ou les formes méningées de la fièvre typhoïde, et pour le diagnostic étiologique on doit se contenter des lésions macroscopiques relevées à l'autopsie. Taupin, Forget, Hualson (1857), Wunderlich, Fritz (1863), etc., signalent de tels faits; Piorry, dans une leçon sur deux cas de méningite compliquant la dothiénentérie, constate à l'autopsie du premier malade du pus dans les méninges et des lésions caractéristiques des plaques de Peyer; de Hugues (1875) appelle l'attention sur l'existence du signe de la « barre de fer », futur signe de Kernig, au cours de ces syndromes méningés.

Dans une deuxième période qui va jusqu'à l'invention par Quincke de la ponction lombaire (1891), on apprend à reconnaître le bacille d'Eberth, on perfectionne ses moyens de culture, mais on n'a encore nul moyen de l'aller chercher sur le vivant au niveau des exsudats méningés. C'est donc seulement chez des malades ayant succombé que l'on fera le diagnostic rétrospectif de l'infection méningée et de son agent microbien. Nous devrons en outre rattacher à cette période un certain nombre de faits postérieurs où le liquide céphalo-rachidien n'a pas été prélevé du vivant du malade, ou a été incomplètement examiné au point de vue bactériologique.

Sthuhlen, Silva, Mensi-Carbone, Breton, Fernet-Lacapère, Laignel-Lavastine, Vaddi, Kuhnen, rapportent de ces cas de méningites à bacille d'Eberth constatées après la mort.

Nous voyons déjà à cette période le diagnostic rétrospectif de l'infection méningée se perfectionner et l'on commence à distinguer post mortem les cas où l'infection méningée relève du bacille d'Eberth à l'état de pureté, ceux où il s'est associé à un microbe d'infection secondaire, et ceux où celui-ci seul a trouvé le chemin des méninges pour venir y développer son activité.

A partir de l'invention en 1891 de la ponction lombaire par Quincke, la cytologie et la bactériologie du liquide céphalo-rachidien deviennent de notion courante. C'est désormais du vivant du malade que l'on ira chercher, dans son canal céphalo-rachidien, le microbe responsable de la complication méningée; le séro-diagnostic de Widal (1896) est venu aider le diagnostic de la maladie causale, les méthodes d'identification microbienne se sont perfectionnées. On peut désormais reconnaître à coup sûr la méningite typhique, étudier ses modalités cliniques, ses réactions humorales, et, puisque l'on n'est plus réduit au seul diagnostic rétrospectif sur la table d'autopsie, établir son pronostic, son pourcentage de léthalité.

Dans cette période, de 1891 à nos jours, 13 cas seulement de méningites à bacille d'Eberth pur constaté sur le vivant sont publiés par Wentworth, Cole, Cruchet et Buard, Guinon et Tollemer, Jemma, Lewkowicz, Silberberg, Claret et Lyon-Caen, Schutze, Nieter et Milligan.

L'*étiologie* de la méningite typhique est banale au possible, et se réduit, à part son agent spécifique, aux causes étiologiques de toutes les méningites.

Peu fréquente (60 cas depuis la thèse de Fritz en 1863), elle frappe de préférence, dit-on, des systèmes nerveux débiles ou débilités. A ce titre, les femmes, les enfants au-dessous de six ans (Méry) y seraient plus prédisposés. Cependant nous ne savons pas que l'on ait signalé sa fréquence au cours de la typhoïde chez les aliénés ou les intoxiqués du système nerveux (saturnins, alcooliques, etc.).

Comme les causes prédisposantes, les causes occasionnelles n'offrent rien de particulier. La méningite typhique éclate le plus souvent au cours d'une dothiénentérie confirmée, le malade étant immobilisé au lit, et l'on ne trouve à signaler ni traumatisme, ni refroidissement qui puisse expliquer l'agression subite des centres nerveux par le bacille. Quant à ce dernier, cause déterminante de la maladie, nous n'insisterons pas sur ses caractères morphologiques ou culturaux universellement connus.

Signalons seulement quelques particularités intéressantes qu'il peut présenter.

Dans certains cas, on a diagnostiqué des méningites typhiques évoluant pour leur compte sans concomitance du syndrome dothiénentérique. Ce seraient en somme des méningites à bacille d'Eberth primitives; Netter, Trousseau, Stokes, Rokitansky, Lebert, il est vrai, admettent dans ces cas une fièvre typhoïde sans lésions intestinales (?); plus vraisemblable, plus explicite nous paraît l'hypothèse d'une septicémie à bacille d'Eberth avec localisation méningée.

Dans d'autres cas, le syndrome méningé a évolué au cours d'une fièvre typhoïde sans modifications du liquide céphalo-rachidien, et sans qu'on n'ait pu y déceler le microbe. (Dupré, Widal.) En admettant qu'il n'y ait pas eu de causes d'erreur, et en laissant sa va-

leur à ce fait négatif, on pourrait admettre l'action sur le système nerveux des toxines fabriquées à distance; ce seraient des méningites toxiniques encore spécifiques du bacille de la maladie causale. (Concetti et Mya, Chantemesse et Lapy.) Mais il faut savoir que les lésions constatées *post mortem* après ce syndrome peuvent n'être qu'histologiques, et que le liquide céphalo-rachidien est par lui-même un très mauvais milieu de culture pour les microbes et qu'il peut gêner leur développement sur un milieu artificiel. (Sicard et Concetti, Silberberg.)

Enfin dans un certain nombre de cas, le bacille d'Eberth n'était pas seul à avoir envahi les centres nerveux, et d'autres bacilles étaient venus à titre d'infection secondaire ajouter leur nocivité à la sienne. Le staphylocoque (Giraudet, Breton, Schutze), le pneumocoque (Netter), le bacille de Koch (Giraudet, Chantemesse et Ramond, Comby), le streptocoque (Ohlmacher), le méningocoque de Weichselbaum (Kerr et Mofft), ont tour à tour été surpris en association avec le bacille d'Eberth.

L'*anatomie pathologique* est celle des méningites aiguës en général. Macroscopiquement, le crâne ouvert et la dure-mère incisée, il s'écoule un liquide céphalo-rachidien qui selon les cas est louche, franchement purulent, ou hémorragique ou même clair et d'aspect normal; nous reviendrons sur ses caractères macroscopiques et microscopiques à propos du diagnostic.

Les circonvolutions cérébrales, congestionnées, apparaissent souvent engluées d'un exsudat puriforme surtout abondant à la convexité, et spécialement au long des gaines vasculaires. Enfin la turgescence vasculaire, très visible au niveau des plexus choroïdes, apparaît encore sur les coupes sous forme d'un piqueté d'apparence hémorragique.

Microscopiquement, les vaisseaux sont béants et gorgés de sang; on voit des néo-capillaires à type embryonnaire, et tout autour des artérioles un manchon de leucocytes en diapédèse. Les lésions de la substance nerveuse sont minimes et l'on ne relève guère qu'une prolifération légère des cellules névrogliques. (Pierret, Thomas.)

Quant au *tableau clinique* que peuvent présenter ces méningites éberthiennes, il est d'une manière générale celui de toute méningite aiguë et n'offrira le plus souvent pas de signes particuliers. Le diagnostic étiologique seul, où les méthodes de laboratoire trancheront généralement en dernier ressort, pourra offrir des difficultés, et selon le mode de début et sa situation dans le temps par rapport à la maladie causale, on pourra distinguer deux grandes formes cliniques.

Dans la première forme, à *début méningitique*, un malade, après quelques symptômes vagues d'infection générale où rien n'a permis de dépister une dothiénentérie, est pris brusquement d'accidents imposant le diagnostic de méningite aiguë. La céphalée, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'inégalité pupillaire, la respiration suspirieuse, le pouls irrégulier, les vomissements à type cérébral, etc., affirment la localisation méningée sans renseigner le médecin sur son agent causal.

L'évolution de cette forme clinique se fait alors de deux manières différentes. Dans les deux cas de Nieter et Milligan terminés l'un par la mort et l'autre par la guérison, la maladie évolua d'un bout à l'autre comme une méningite cérébro-spinale, sans apparition d'aucun signe de dothiénentérie. Seules la ponction lombaire et la constatation de bacille d'Eberth à l'état de pureté dans le liquide céphalo-rachidien permirent de rattacher le syndrome méningé à sa véritable cause.

Dans deux autres cas de Schutze, au contraire, après un début dramatique attirant l'attention sur les méninges seules, que la ponction lombaire montra infectées de bacille d'Eberth, on vit vers le dixième jour apparaître les signes classiques d'une dothiénentérie qui évolua normalement. Dans les deux cas qui se terminèrent par la guérison, le séro-diagnostic ne fut positif que tardivement.

Dans une deuxième forme, au contraire, à *début dothiénentérique*, il s'agit d'un malade chez lequel la fièvre typhoïde dûment diagnostiquée a été le premier acte morbide. Puis du quinzième au vingtième jour, plus rarement pendant la convalescence, on assiste à l'éclosion des accidents méningés; le tableau d'abord incomplet et réduit à quelques symptômes précurseurs, ptosis (Claret et Lyon-Caen), céphalée, prostration, se complète rapidement, reléguant au deuxième plan la typhoïde à son déclin, et la méningite évolue, assez souvent d'ailleurs, vers la guérison (cinq guérisons sur neuf cas).

Dans ces neuf cas (Wentworth, Cole, Cruchet et Buard, Guinon et Tollemer, Jemma, Lewkowicz, Guinon, Silberberg, Lyon-Caen et Claret), l'allure clinique de la dothiénentérie concomitante offrit quelques particularités dignes de remarque: les signes classiques, les taches rosées en particulier, n'apparaissent que tardivement, la constipation est habituelle, et la diarrhée, quand elle se produit, n'apparaît qu'à la fin de la maladie; le séro-diagnostic est aussi tardivement positif, parfois seulement à la période de convalescence. Il y a en somme un recul des signes de certitude de l'affection causale.

Signalons enfin pour terminer la forme rare, à type éclamptique, caractérisée surtout par des convulsions, et que revêt le plus souvent la maladie chez le nourrisson.

On conçoit combien dans ces diverses formes de la méningite éberthienne le *diagnostic* peut être parfois difficile. Lorsque la maladie présentera le début méningitique, lorsqu'on se trouvera dans un milieu où d'autres cas de méningites aiguës de causes différentes auront éclaté, ce ne sera souvent qu'au prix de patientes et minutieuses recherches de laboratoire que l'on pourra affirmer la nature des accidents constatés.

Et d'abord chez le malade présentant un certain nombre de symptômes méningés diversement groupés, on devra se demander si l'on a vraiment affaire à une méningite aiguë, ou au contraire à ces syndromes méningés d'origine toxique ou réflexe qui marquent souvent le début d'une affection aiguë (typhus exanthématique, pneumonie, granulie, grippe,

rhumatisme articulaire aigu, helminthiase et troubles gastro-intestinaux des nourrissons, etc.).

En dehors des signes de l'affection causale, la ponction lombaire viendra affirmer l'intégrité ou l'atteinte du liquide céphalo-rachidien, et son étude attentive permettra dans ce dernier cas de déceler l'agent microbien responsable qui, même au cours d'une typhoïde latente ou confirmée, peut ne pas être le bacille d'Eberth.

Chez notre malade donc, atteint de dothiénentérie confirmée, ou présentant un syndrome méningitique aigu, et chez qui nous aurons éliminé les affections ci-dessus énumérées, la ponction lombaire donne issue à un liquide généralement hypertendu et qui, macroscopiquement, peut présenter tous les aspects, depuis le liquide clair, eau de roche, jusqu'au liquide franchement purulent, en passant par toute la gamme des opalescences de plus en plus prononcées. Bien plus, exceptionnellement, une certaine quantité de globules rouges lui donnera une teinte plus ou moins hémorragique (3 cas sur 13).

La recherche de l'albumine, comme dans toutes les réactions inflammatoires des méninges, est nettement positive.

La cytologie du liquide céphalo-rachidien a été peu pratiquée dans ces cas. Widal a signalé des cas de liquide clair et dépourvu de cellules. Rocaz, Netter ont vu des cas à lymphocytose. Dans notre cas, des ponctions répétées ont donné l'explication de ce fait un peu anormal : une première ponction donnait en effet un liquide clair, avec polynucléose prédominante, infecté de bacille d'Eberth pur. Quelques jours après, le liquide, stérile, ne contenait plus que des lymphocytes en nombre décroissant. Il semble donc que, l'infection s'éteignant, la lymphocytose décroissante succède à la polynucléose du début ; et les cas à liquide sans réaction cellulaire peuvent s'expliquer par la date trop tardive des ponctions, ou encore par la simple intoxication des centres nerveux sans réaction leucocytaire.

Enfin signalons encore un caractère important que nous avons constaté après Nieter et que les autres auteurs ont négligé : le pouvoir agglutinant du liquide céphalo-rachidien vis-à-vis du bacille d'Eberth, presque toujours nul chez le typhique normal, est assez notable (1/20 dans notre cas) chez celui dont le bacille d'Eberth a envahi les méninges.

L'ensemencement enfin du culot de centrifugation sur bouillon, gélose et gélose-ascite viendra, beaucoup plus souvent que l'examen direct, rendre tangible l'agent microbien de la maladie. Les agents d'infection secondaire se reconnaîtront facilement par leurs caractères macroscopiques et de coloration.

Un peu plus délicat à identifier, le bacille d'Eberth ne sera reconnu avec une absolue certitude que par repiquage sur ses milieux spéciaux (gélose tournesolée, bouillon lactosé et tournesolé, lait) et recherche de son agglutination par le sérum de typhique confirmé.

La méningite typhique pure comporte un pronostic relativement favorable, puisque les treize cas dûment diagnostiqués ont donné huit guérisons.

Quant au traitement, les ponctions lombaires, répétées au besoin, seront, en même temps qu'un moyen de diagnostic, un excellent moyen de traitement. Peut-être même pourrait-on tenter d'introduire dans le canal céphalo-rachidien des solutions de métaux à l'état colloïdal. Enfin les bains tièdes à 30 degrés seront un excellent sédatif de l'excitation nerveuse, de la céphalée, et activeront en même temps l'excrétion urinaire, voie précieuse d'élimination chez ces malades profondément intoxiqués du fait de leur infection polylocalisée.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et PAISSEAU. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904, p. 329. — ADENOT. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1899, n° 3. — ALLARIA. *Gazz. di osp.*, Milano 1906, p. 17.

BARTHÉLEMY. Hémorragie méningée typhique, *Gaz. méd. de Nantes*, 1906, p. 473. — BODEN. Paralysies oculaires dans la fièvre typhoïde, *Münch. med. Woch.*, 1899, n° 9. — BRETON. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1901, p. 445.

CABANES. *Bull méd. de l'Algérie*, 1908, p. 286; — *Id.*, 1890. — CHANTEMESSE et RAMOND. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897. — CLARET et LYON-CAEN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 juillet 1909. — COLE. *John Hopkin's hosp. Bull.*, Baltimore 1904, t. XV, p. 62. — COMBY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1897. — CRUCHET et BUARD. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 27 avril 1902. — CUCHEROUSSET. Th. de Paris, 1901-1902. — CURSHMANN. *Münch. med. Woch.*, 1908, p. 1009.

DABOUT. Th. de Paris, 1901-1902. — DEROITTE. *Bull. de la Soc. méd. ment. de Belgique*, 1908, p. 308. — DOPTER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1902, p. 126. — DREVOS. *Virch. Arch.*, 1894. — DUPRÉ. *Congrès de Lyon*, 1894.

FERNET-LACAPÈRE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1900, p. 512. — FERNET-GIRODE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1891. — FERNET-LETULLE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juillet 1891; — *Arch. gén. de méd.*, 1879. — FONTAGNY. Th. de Paris, 1887. — FORGET. Th. de Paris, 1841. — FREYHAN. *Deuts. med. Wochens.*, 1888. — FRIEDLÄNDER. Ueber den Einfluss des Typhus, abd. auf das Nervensystem, Berlin 1901. — FRITZ. Th. de Paris, 1863.

GIRAUDET. Th. de Bordeaux, 1905. — GONDOUIN. *Union méd.*, 28 nov. 1871. — GRASSET. *Montpellier méd.*, 1895. — GUINON et TOLLEMER. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1901; — *Soc. de pédiat.*, 1901.

HAGOPOFF. *XIIIe Congrès int. de méd. de Paris*, 1900; — *Maladies de l'enfance*, p. 396. — HEVRECH. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1899. — HOFMANN. *Deuts. med. Woch.*, 1900. — HONLE et HITZE. *Centralbl. f. Bakt.*, 1893. — HUALSON. *Dublin med. Journ.*, mai 1857. — HUGOT. *Lyon méd.*, 1899; — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, mars 1899.

JEMMA. *Gazz. degli osp. et delle clin.*, 1897, n° 148.

KAMEN. *Centralbl. f. Bakt.*, 1890 et 1897. — KERR et MOFFT. *Journ. amer. med. Assoc.*, 18 mai 1899. — KUHNEN. *Berl. klin. Woch.*, 1896, p. 558.

LAURE. *Revue de neurol.*, 1908, p. 668. — LOYD. *Journ. of nerv. et ment. dis.*, New-York 1907, p. 661. — LAIGNEL-LAVASTINE. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1900, p. 1239. — LAVAL. Th. de Paris, 1899. — LEWKOWICZ. *Jahrb. f. Kind.*, 1902. — LEVILLAIN. Th. de Paris, 1895. — LŒB. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1899.

MENSI-CARBONE. *Riforma med.*, 1893-1894. — MOIZARD et GRENET. *Arch. de méd. des enf.*, 1903.

NETTER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1898, 1900; — *XIIIe Congrès intern. de méd. de Paris* (section de pathologie interne), 1900, p. 157; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de*

Paris, 1904, p. 332. — NIETER et MILLIGAN. *Brit. med. Journ.*, 1908, p. 1295.

OHLMACHER. *Journ. of amer. Assoc.*, Chicago 1897 ; — *Cleveland med. Gaz.*, 1897.

PIERRET. *Congrès de neurol. d'Angers*, 1898.

REVILLIOD. Les maladies éberthiennes, *Revue de la Suisse romande*, 1896, n° 5. — ROCAZ. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1908, p. 39. — ROUBIER. *Lyon méd.*, 1907, t. CVIII, p. 160.

SCHÆFFER. *Virch. Arch.*, 1887. — SCHUTZE. *Berl. klin. Woch.*, 1905, p. 1465. — SAINTON et VOISIN. *L'Encéphale*, 1907. — SILBERBERG. *Berl. klin. Woch.*, 1908, p. 1354. — SILVA. *Rif. med.*, 1891, p. 210. — SOUTHARD. Recherches expérimentales sur les méningites typhiques, *Journ. med. Research*, Boston 1908, p. 513. — STUHLEN. *Berl. klin. Woch.*, 9 avril 1894.

TAUPIN. Th. de Paris, 1839. — THOMAS. Th. de Lyon, 1902. — TICTINE. *Arch. de méd. expér.*, 1894.

VADDI. *Lo Sperimen.*, Firenze 1894. — VAILLARD et VINCENT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1890 et 1894.

WENTWORTH. *Arch. of ped.*, nov. 1899. — WIDAL. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1901 et 1902.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES ÉPILEPTIQUES
PAR LE LACTATE DE CALCIUM

PAR MM.

E. LALLEMANT et R. DUPOUY
Médecin-directeur — Médecin-adjoint
de l'Asile de Saint-Yon.

L'influence des sels de calcium sur les accidents convulsifs a été diversement envisagée. Stöltzner (1) constate, dans la tétanie infantile, que l'excitabilité nerveuse est très augmentée après l'ingestion de sels de calcium et croit pouvoir conclure de ses expériences que la tétanie infantile est une intoxication calcique. Netter (2), au contraire, obtient la guérison de plusieurs cas de tétanie, de spasmes de la glotte, de laryngite striduleuse et de convulsions de l'enfance par l'administration de chlorure de calcium et admet l'action modératrice des sels de calcium sur le système nerveux, action sédative reconnue expérimentalement par Parhon et Uréché (3), par W. G. Mac Callum et G. Voegtlin (4). La contradiction des résultats publiés par Stöltzner et par Netter serait seulement apparente si l'on accepte l'opinion de Lœb, à savoir que l'action modératrice du calcium n'apparaît que pour une concentration déterminée et devient opposée, c'est-à-dire excitatrice, si l'on dépasse la limite optima. Après les succès relatés par Stone (5) dans la tétanie, par Bioglio (6) et par Littlejohn (1) dans l'épilepsie, nous avons voulu nous rendre compte par nous-mêmes de l'efficacité du lactate de calcium dans l'épilepsie et nous avons, le 1er août 1909, soumis 20 de nos épileptiques femmes, internées à l'asile Saint-Yon, à un traitement par le lactate de calcium, à la dose de 3 grammes par jour pour les adultes, et de 2 grammes pour les enfants, en trois prises équivalentes au moment des repas et pendant une durée de six mois. Or les résultats que nous avons obtenus ne nous ont pas paru très encourageants; aussi les donnerons-nous très succinctement.

Parmi nos 20 malades, nous n'en retiendrons que 14. Des 6 autres, en effet, l'une a quitté l'établissement bien avant la fin du traitement; une autre, épileptique de quinze ans, présentant des crises très nombreuses et un affaiblissement intellectuel manifeste et progressif, est décédée au cours du traitement, en état de mal; les quatre dernières ont cessé le traitement calcique avant la fin de la période que nous leur avions assignée.

Bou..., trente-huit ans. — Premières crises à quatorze ans, à l'occasion de l'installation de la menstruation. Attaques d'abord mensuelles, au moment des règles, puis survenant à peu près tous les huit jours, isolément ou accouplées par deux ou trois à la fois, remplacées parfois par des vertiges ou des crises de tremblement généralisé, d'une durée de cinq à six minutes, parfaitement conscientes et mnésiques, mais impossibles à inhiber. Attaques convulsives classiques avec perte de connaissance et amnésie consécutive. A demandé elle-même avec insistance la suppression du lactate dès le 16 septembre, prétendant que ce médicament l'affaiblissait et qu'elle avait — ce qui est exact — plus de crises que lorsqu'elle était soumise au traitement bromuré.

H..., vingt-huit ans. — Premières crises à onze ans, de plus en plus fréquentes à mesure qu'elle avance en âge. Réglée à seize ans. Attaques isolées, généralement nocturnes, six à huit par mois actuellement; vertiges assez fréquents. Nous cessons le lactate en raison de la mauvaise volonté de la malade et de l'éclosion d'accidents de nature probablement hystérique : hoquet diurne continu, scansion spasmodique de la parole, anorexie, refus d'aliments, etc.

S..., vingt et un ans. — Premières crises à sept ans. Réglée à dix-huit ans. Lorsqu'elle entra à l'asile, en mars 1909, venant de l'hospice de Dieppe où elle était traitée par le bromure, elle présentait par mois deux ou trois attaques nocturnes et un ou deux vertiges diurnes. Nous la laissons d'abord sans aucun médicament : cinq crises en avril, deux en mai, quatre en juin. Nous prescrivons le lactate, les crises augmentent immédiatement de fréquence : douze en août, treize en septembre, dix-sept en octobre. La malade se plaint elle-même de l'inefficacité du remède et nous jugeons l'expérience suffisamment concluante pour la cesser.

Mo..., trente-huit ans. — Premières crises à seize ans, peu de temps après son premier écoulement menstruel. Attaques de plus en plus fréquentes à partir de vingt ans avec, parfois, accès de confusion mentale aiguë et agitation furieuse semi-maniaque. Pendant les deux trimestres qui ont précédé le traitement au lactate, elle a présenté un total de onze et de quarante et une attaques convulsives. Soumise au lactate de calcium, elle a eu vingt-quatre attaques en août, quarante-trois en septembre, quarante et une en octobre. L'apparition

(1) STÖLTZNER. La tétanie infantile considérée comme une intoxication calcique, *Jahrb. f. Kind.*, 1905, t. LXIII, p. 6.

(2) NETTER. Les sels de calcium contre la tétanie et certains états convulsifs, *Soc. de biol.*, 9 mai 1907.

(3) PARHON et URÉCHÉ. De l'influence exercée par les sels de calcium et de sodium sur l'évolution de la tétanie expérimentale, *Congrès des alién. et neurol.*, Genève-Lausanne, août 1907.

(4) MAC CALLUM et G. VOEGTLIN. In *Semaine méd.*, 21 avril 1909, p. 191.

(5) STONE. Voir *Semaine méd.*, 21 avril 1909.

(6) BIOGLIO. Sels de chaux et épilepsie, *Ier Congrès ital. de neurol.*, Naples, 8 avril 1908.

(1) LITTELJOHN. Voir *Semaine méd.*, 19 mai 1909.

d'un état de mal, suivi d'une période d'agitation confusionnelle suraiguë, nous engage à proscrire le médicament.

Quatorze malades épileptiques ont donc pris du lactate de calcium durant six mois, du 1er août 1909 au 1er février 1910, et sans interruption. Ce sont :

A..., cinquante et un ans. — Premières crises à treize ans, au moment des règles. Attaques mensuelles, puis hebdomadaires et irrégulières, nocturnes le plus souvent avec, de temps à autre, état de confusion mentale post-paroxystique très accusée et agitation automatique. Ménopause depuis trois ans. Débile mentale affaiblie intellectuellement, attention et mémoire notablement altérées ; ne peut fournir que dix-neuf mots en trois minutes. — Réflexes tendineux exagérés.

Ba..., trente-six ans. — Premières crises à quatorze ans. Réglée à treize ans. Avant l'entrée à l'asile (1903), attaques par séries plusieurs fois par mois et presque toujours le matin au lever ; vertiges fréquents dans l'intervalle; confusion mentale post-paroxystique avec dépression mélancolique et tentative de suicide. Intelligence relativement respectée : attention facile à fixer, mémoire assez bien conservée, affectivité développée; trente-neuf noms communs en trois minutes et douze noms géographiques. — Pupilles en mydriase et inégales, D > G, avec conservation des réflexes iriens. Réflexes rotuliens extrêmement exagérés des deux côtés avec ébauche de clonus ; réflexes tricipitaux, radiaux, etc., également très exagérés à droite et à gauche.

Bo..., trente-huit ans. — Premières crises à sept ans. Attaques généralement vespérales avec chute en arrière et à gauche ; deux en moyenne par semaine; prédominance des mouvements convulsifs du côté gauche; phase clonique durant dix minutes, puis réveil subit et période de confusion mentale d'environ deux heures après les crises violentes, avec procursion automatique. Grande débile sans instruction ; mémoire très rudimentaire ; vingt-deux mots en trois minutes. — Inégalité de développement des deux moitiés du crâne et de la face, au détriment de la droite. Réflexes tendineux très exagérés des deux côtés, surtout les rotuliens.

Bu..., vingt-huit ans. — Premières crises à huit ans, à l'occasion d'une violente émotion. Réglée à dix-sept ans. Attaques fréquentes durant sa jeunesse (plusieurs par semaine), beaucoup moins nombreuses depuis qu'elle est à l'asile (mars 1908) et qu'elle y a été soumise à une cure de désintoxication avec régime végétarien pendant plusieurs mois; habituellement vespérales et suivies d'une période d'obnubilation et de tristesse pendant une journée. Intelligence faible mais non grandement diminuée ; attention satisfaisante, mémoire relativement bien conservée. Les tests sont cependant très défectueux : onze mots, six noms géographiques en trois minutes, quatre chiffres seulement répétés correctement, impossibilité de raconter le fait divers entendu, etc. — Réflexe rotulien exagéré à gauche, normal à droite, réflexe plantaire en flexion à droite, Babinski très net à gauche; réflexes radiaux également plus forts à gauche qu'à droite.

Da..., trente-huit ans. — Premières crises à sept ans. Règles à quatorze. Attaques précédées d'aura relativement longue et parfois procursive, provoquées facilement par une émotion, d'abord isolées, puis groupées en séries. Chute sur le côté droit ; agitation confusionnelle automatique avec procursion après les grandes crises; périodes de dépression mélancolique avec préoccupations hypocondriaques. Intelligence très médiocre, notablement amoindrie; mémoire particulièrement défectueuse. Incapable de résoudre la plupart des tests. — Asymétrie marquée de tout le corps ; côté gauche sensiblement atrophié ; réflexe radial gauche exagéré; acuité auditive très diminuée à gauche.

De..., quarante-sept ans. — Premières crises vers vingt-cinq ans. Réglée à seize ans. Malade très débile et nettement affaiblie au point de vue intellectuel; mémoire des plus défectueuses ; incapable de dire l'année, de répéter trois chiffres, de raconter un fait divers. Treize mots en trois minutes.

Leb..., vingt-trois ans. — Premières crises à onze ans, à l'occasion d'un choc émotionnel; premières règles à la même époque. Attaques fréquentes avant l'internement (mai 1904), diminuées en nombre après traitement bromuré (deux ou trois en série par semaine). Intelligence congénitalement très faible et baissant, en outre, progressivement. Douze mots en trois minutes. — Nombreux stigmates de dégénérescence physique. Exagération de tous les réflexes tendineux; absence du réflexe cutané plantaire.

Lef..., vingt-cinq ans. — Premières crises en très bas âge. Actuellement présente trois ou quatre attaques diurnes, autant de nocturnes et quelques vertiges pendant les deux ou trois jours que dure sa période menstruelle. Est à l'asile depuis l'âge de sept ans. Très débile intellectuellement. Trente-deux noms communs, sept noms géographiques en trois minutes; incapable de répéter quatre chiffres.

Leg..., quarante ans. — Premières crises en très bas âge, et à ce moment très fréquentes, jusqu'à trois par jour. Attaques moins nombreuses aujourd'hui, irrégulières. Chute brusque, s'effectuant souvent sur le côté droit. Mouvements cloniques généralisés avec prédominance pour le côté droit. Confusion mentale post-paroxystique avec dépression, puis agitation semi-maniaque durant quatre ou cinq jours. Grande débilité mentale avec, en plus, évolution démentielle accusée. La plupart des tests sont impossibles. Pupilles en mydriase, la droite légèrement plus grande. Réflexes rotuliens exagérés.

Lev..., trente-sept ans. — Premières crises à douze ans en même temps que les premières règles. A l'asile depuis l'âge de dix-huit ans. Attaques violentes, diurnes et nocturnes, se produisant en séries régulières pendant huit jours par mois à l'époque des règles. Confusion mentale post-paroxystique. Intelligence diminuée très notablement, surtout la mémoire et l'attention ; le travail professionnel (broderie) est beaucoup moins bon qu'autrefois; émotivité accrue. Cette malade qui a obtenu son certificat d'études à dix-huit ans à l'asile Saint-Yon est aujourd'hui incapable de répéter correctement une série de cinq chiffres, de faire des additions élémentaires ($7 + 6 = 15$; $8 + 17 = 23$), de raconter un fait divers immédiatement entendu, de répondre aux questions les plus simples; vingt-neuf mots en trois minutes. — Inégalité pupillaire, G > D, avec mydriase bilatérale. Quelques stigmates anatomiques de dégénérescence; adiposité très prononcée; réflexes rotuliens exagérés des deux côtés avec Babinski bilatéral, réflexe tricipital gauche seul exagéré ; sensibilité exagérée de façon générale à la pression et au pincement.

Ma..., trente-sept ans. — Premières crises à dix-neuf ans. Réglée à onze. Une série de trois ou quatre attaques toutes les trois semaines, avec quelquefois d'autres, isolées, épisodiques, provoquées par une émotion, une contrariété. Confusion mentale post-convulsive avec automatisme pendant sept ou huit minutes ; à plusieurs reprises période de confusion mentale hallucinatoire et délirante durant quatre ou cinq jours. Vertiges et absences assez fréquents. Noctambulisme hystérique surajouté. Débilité mentale simple, sans affaiblissement intellectuel prononcé; cependant mémoire manifestement défectueuse. Trente-huit noms communs en trois minutes et quinze noms géographiques ; répétition correcte d'une série de cinq chiffres ; additions de quatre nombres de quatre chiffres correctes; fautes dans les soustractions. Répétition d'un fait divers impossible. — Pupilles en mydriase. Réflexes tendineux exagérés.

T..., vingt-sept ans. — Premières crises à seize ans. Premières règles à douze. A cinq ou six attaques par mois, nocturnes. Cauchemars prémonitoires, céphalée, aura visuelle; confusion mentale post-convulsive. Affaiblissement démentiel manifeste, surtout en ce qui concerne la mémoire. A eu son certificat d'études à douze ans à Paris, reçue la première avec prix spécial. Incapable aujourd'hui de répéter une série de six chiffres, de faire une multiplication de trois chiffres, de répéter un fait divers, de répondre à des questions élémentaires (énumérer les vêtements que vous portez sur vous); a complètement désappris l'anglais qu'elle savait autrefois; n'est plus capable d'exercer son métier de brodeuse sur soie. dix-huit noms communs seulement en trois minutes, neuf noms géographiques. — Pupilles en mydriase. Réflexes rotuliens vifs et saccadés.

Va..., vingt ans. — Epileptique tombée en démence. A eu son certificat d'études à douze ans. Incapable aujourd'hui de fournir le moindre renseignement, de faire une réponse correcte aux questions qu'on lui adresse. Ne peut nous donner que deux noms communs, trois noms géographiques. Est incapable de répéter sans faute une série de trois chiffres, ni de dire quel vêtements elle porte.

Vi..., trente-sept ans. — Premières crises à dix ans. Menstruée à treize ans. Avant l'internement, attaques par séries avec impulsions procursives, toujours plus fréquentes au moment des époques. Depuis son entrée à l'asile, la malade n'a guère présenté de crises ni de vertiges que pendant la semaine des règles. Aura procursive, chute, mouvements cloniques avec gestes automatiques, stertor court. Intelligence relativement intacte. Pas d'affaiblissement appréciable. Mémoire bien conservée; répond correctement et avec à-propos aux questions posées, travaille convenablement à la dentelle au crochet, dessinant même des motifs compliqués en « Irlande ». Affectivité normale; pas d'émotivité pathologique. Tous les tests sont parfaitement exécutés : quarante-six noms communs et quarante-six géographiques en trois minutes; répète une série de six chiffres, ne se trompe point dans les opérations et problèmes arithmétiques qu'on lui soumet, etc. — Etat physique précaire. Tuberculose pulmonaire ouverte mais torpide. Quelques stigmates anatomiques de dégénérescence. Réflexes tendineux normaux; pas de réflexe cutané plantaire.

Ces 14 malades, appartenant à la catégorie des épilepsies dites essentielles malgré qu'un examen neurologique méthodique permette généralement d'attester dans ces cas l'existence de lésions du système nerveux (1), n'ont en aucune façon bénéficié du traitement calcique. Leur état mental ne s'est nullement amélioré et certaines d'entre elles (*Va...*, par exemple) chez lesquelles on pouvait suivre une évolution démentielle ont vu cette évolution se poursuivre sans aucun arrêt. Nous ne donnerons ici, pour ne pas allonger inutilement cette note, ni les tests dont nous nous sommes servis pour apprécier l'intelligence de nos malades au cours du traitement, ni les résultats, négatifs, de nos divers examens, physique, neurologique, urinaire, hématologique, etc., mais seulement le nombre par mois des attaques. Si insuffisant que soit ce critérium, il est cependant possible d'estimer l'efficacité d'un traitement en comparant le nombre des crises mensuelles avant et après l'essai de celui-ci, toutes autres conditions, de climat, d'hygiène, de régime alimentaire, de milieu, etc., étant égales. C'est, d'ailleurs, à cette comparaison que la plupart des expérimentateurs de tel ou tel médicament ou régime se sont adressés pour en exposer les résultats favorables ou non. Or, toutes nos malades sauf une (*Va...*, épileptique démente) ont vu leurs attaques augmenter de fréquence pendant la période où elles ont été soumises au lactate de calcium, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le tableau suivant :

NOMS des MALADES	NOMBRE DES ATTAQUES													
	PÉRIODE SANS LACTATE DE CALCIUM.							PÉRIODE AVEC LACTATE DE CALCIUM.						
	Janv. 1909.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	TOTAL.	Août.	Septembre	Octobre.	Novembre.	Décembre.	Janv. 1910.	TOTAL.
A......	10	4	13	11	10	13	*61*	14	26	14	17	18	24	*113*
Ba.....	7	1	3	3	4	7	*25*	5	7	8	7	9	17	*53*
Bo.....	»	5	»	9	8	11	»	11	15	8	10	13	12	*69*
Bu.....	2	3	4	3	4	5	*21*	7	15	10	12	19	14	*77*
Da (1)..	15	18	22	17	10	9	*91*	24	40	27	22	21	23	*157*
De.....	14	9	11	9	9	10	*62*	15	15	9	25	27	20	*111*
Leb....	15	13	17	21	9	16	*91*	15	18	23	22	17	22	*117*
Lef....	12	12	20	18	9	7	*78*	4	12	15	12	20	16	*79*
Leg....	12	6	13	5	5	11	*52*	13	15	21	10	23	17	*99*
Lev....	5	8	13	19	16	10	*71*	27	27	34	33	22	25	*168*
Ma.....	»	14	7	2	»	»	»	9	15	18	22	16	16	*96*
T......	»	»	»	»	»	»	»	7	5	7	4	10	6	*39*
Va.....	18	20	21	28	24	23	*134*	32	16	16	22	17	23	*126*
Vi.....	3	0	2	6	0	2	*13*	13	2	14	20	5	8	*62*

(1) A la suite d'accidents convulsifs d'une intensité particulièrement violente, nous avons donné chez cette malade, à partir de la fin du mois de septembre, un traitement mixte : lactate de calcium, 3 grammes; bromures de sodium, de potassium et d'ammonium, de chaque 1 gramme.

L'accroissement numérique des crises a été du double ou presque pour plusieurs de nos malades (*A...*, *Ba...*, *De...*, *Leg...*, *Lev...*), de plus du triple et du quadruple pour *Bu...* et *Vi...* Il est à remarquer que c'est précisément chez les malades dont l'intelligence était le mieux respectée par l'affection épileptique (*Vi...*, *Bu...*, *Ba...*), que le lactate a déterminé une plus grande fréquence des crises, et ce sont, au contraire, les malades les plus démentes (*Va...*, *Lef...*, *T...*) qui semblent avoir le plus bénéficié ou le moins pâti du régime calcique.

Nous ne voulons cependant pas tirer de ces quelques essais infructueux des conclusions fatalement pessimistes en ce qui concerne l'influence sur les accidents convulsifs des sels de calcium. Il est très possible que ceux-ci agissent efficacement *chez des sujets jeunes et présentant des accidents aigus ou récents*, mais chez les épileptiques d'asile, malades le plus souvent chroniques depuis de longues années quand on nous les amène et affligés d'une affection à évolution démentielle, leur inanité nous semble démontrée.

(1) Voir **Marchand**, De l'épilepsie, *Gaz. des hôpit.*, 2 fév. 1909, p. 147.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1910)

Hémophilie musculaire. — M. LEGUEU communique l'observation complète du malade auquel il a fait allusion dans la dernière séance, au cours de la discussion sur l'hémophilie.

Il s'agit d'un homme qui présentait une induration dans la fosse iliaque droite avec flexion de la cuisse sur le bassin. Etait-ce un psoïtis? un abcès pottique? On hésitait. L'empâtement s'accentuant, on fit une ponction, qui donna issue à d'énormes caillots, suivis d'une grande quantité de sang noir. Après quelques jours, la tumeur apparut de nouveau; les jours suivants on constata la production d'un nouvel hématome considérable. En même temps, le malade eut des épistaxis. On injecta du sérum frais de cheval; il se fit une élimination d'une énorme masse noirâtre. Le malade prit un facies blafard, eut plusieurs syncopes successives. Une amélioration se produisit. Quinze jours plus tard, nouvelle hémorragie dans la plaie. Le malade finit par se remettre.

Environ cinq mois après, il revint à l'hôpital avec une douleur dans la région lombaire gauche, du côté opposé au côté primitivement atteint. Il y avait une tuméfaction, sans ecchymose. On diagnostiqua un vaste hématome; il apparut une ecchymose lombaire. On met le malade au repos, étendu pendant un mois, sans y toucher. Peu à peu les accidents disparaissent, le membre reprend sa souplesse et il ne restait plus au malade qu'une éventration résultant de la première intervention du côté droit. On fait l'examen du sang. Avant, comme après l'emploi du sérum frais de cheval, il n'y a pas de modifications. Ce malade, trois mois après, entre dans le service de M. Landouzy pour des hématémèses considérables. On fait une injection de sérum antidiphtéritique. Les hématémèses disparaissent; mais on observe une éruption sérique.

Cet homme a présenté des hémorragies musculaires, électives.

L'hémophilie musculaire vraie est très rare. M. Legueu n'a pu en trouver que deux observations, dont une appartenant à M. Gayet (de Lyon). Dans ces trois cas, l'étiologie reste très obscure. On ne relève ni coup, ni chute, aucun traumatisme. Il faut admettre l'origine spontanée de ces hémorragies.

M. Legueu insiste sur les dangers de l'intervention dans ces cas. Ces malades sont de vrais *noli me tangere*. La ponction elle-même est dangereuse. Il faut savoir attendre la résolution spontanée de ces hématomes.

M. RICARD apporte au débat l'observation d'une jeune femme de vingt-deux ans qui a été opérée deux fois d'une fistule anale et une fois d'appendicite. Elle a été opérée une première fois d'une fistule à l'anus par son médecin. Elle a eu, non pas immédiatement, mais sept ou huit jours après cette opération, des hémorragies formidables. Elle ne manque pas d'insister sur ce fait quand, pour la seconde fois, elle demande à M. Ricard de l'opérer. Cette opération fut faite très prudemment au thermo-cautère. Il n'y eut pas la moindre hémorragie. Tout se passa bien et la malade guérit sans incident. Dans ces conditions, M. Ricard attribua à l'infection l'hémorragie consécutive à la première opération.

Ultérieurement, cette malade fut prise d'une crise d'appendicite qu'on put refroidir et qui guérit sept ou huit semaines après; M. Ricard l'opéra à froid.

Ce fut une opération simple, banale, très régulière. Vers le neuvième jour, la malade fut prise de douleurs dans la cicatrice. On sentait à l'examen de la plaie une induration de la paroi. Il n'y avait pas de température, mais l'hématome allait toujours en augmentant. On ouvrit un peu la plaie distendue avec une sonde cannelée, et on fit sortir de nombreux caillots; un léger suintement sanguin persista; on tamponna. Le lendemain et les jours suivants, le pansement fut inondé de sang. On fit une injection de sérum gélatiné, on donna du chlorure de calcium; rien n'y fit, l'hémorragie continua; la malade pâlissait, le pouls filait. M. Ricard fit faire alors une injection de sérum antidiphtéritique. Après cette première injection, l'hémorragie diminua; après une seconde injection, elle s'arrêta tout à fait. M. Ricard insiste sur l'efficacité, remarquable, dans ce cas, du sérum antidiphtéritique.

M. MICHON a observé un malade nettement hémophilique qu'il a opéré en janvier 1908 d'un hématome du genou. Peu de temps après il a eu un hématome de la main consécutif à une petite plaie par la pointe de ciseaux. La température s'éleva; il y eut de la lymphangite et un suintement sanguin persistant M. Michon fit une incision et tamponna avec de la gaze trempée dans du sérum antidiphtéritique. L'hémorragie s'arrêta. Puis survinrent des hématuries graves. On injecta du sérum antidiphtéritique. L'examen du sang fait, *in vitro*, avant et après cette injection ne révéla aucune modification. Cliniquement, cependant, les hématuries s'arrêtèrent et le malade guérit sans intervention.

Péritonite herniaire par corps étranger. — M. MAUCLAIRE fait un rapport sur une observation adressée par M. Ardoin: homme de cinquante-sept ans, porteur d'une hernie inguinale droite qui s'étrangle dans un accès de toux. On opère le troisième jour seulement. On trouve, dans la hernie, un fragment de feuilles de sapin qui sortait d'une anse grêle et qui avait déterminé une perforation intestinale. M. Ardoin se décide à faire une résection intestinale très large comprenant le cæcum et une partie du grêle, puis il fait une anastomose latéro-latérale. Il a enlevé $1^{m}50$ d'intestin grêle, le cæcum et 7 à 8 centimètres du côlon ascendant; il y avait, à la fois, lésion de l'appendice et diverticulite. Le malade guérit de l'opération.

Contusion de l'abdomen. — Second rapport de M. MAUCLAIRE sur une observation de contusion de l'abdomen adressée par M. Vandenbosch (de Lyon). Un soldat fait une chute de plusieurs mètres de hauteur. Dès le lendemain, facies péritonéal, subictère, foie gros, urines acajou, selles diarrhéiques, pouls petit et rapide; température à 37 degrés. Le blessé ne consent à l'opération qu'après dix jours. Laparotomie, épiploon adhérent, ouverture d'une grande poche dans laquelle s'épanchait une grande quantité de bile, et qui se trouvait sous la face inférieure du foie, se continuant dans l'arrière-cavité des épiploons. On explora la vésicule biliaire, le canal cholédoque; on ne trouva rien. On fait un drainage. Le malade guérit.

Traitement des papillomes vésicaux. — M. MARION rappelle que, dans une récente discussion, M. Legueu s'est montré l'adversaire de la voie endovésicale pour l'ablation de ces papillomes. M. Marion a recours à l'anse de Nitze quelque peu modifiée par lui. La guérison est ainsi très rapide. Une sonde est laissée quarante-huit heures à demeure. Mais le malade peut sortir de l'hôpital. On peut aussi enlever des papillomes de la vessie sans anesthésie.

Cette pince est en même temps un cystoscope et on voit la tumeur, avec ce cystoscope, mieux qu'on ne la voit la vessie ayant été ouverte. En cas de récidive on peut répéter cette opération qui cause un minimum de traumatisme.

M. Marion a ainsi opéré cinq fois le même malade qui ne se serait jamais laissé faire cinq tailles vésicales. Toutes les tumeurs sessiles ou pédiculées peuvent être enlevées par ce procédé. M. Marion réserve la taille pour les tumeurs infiltrées.

M. Legueu fait observer qu'il y a là deux questions, une question de technique et une question d'indications. Sans doute le cystoscope de M. Marion est très ingénieux et peut rendre de grands services; mais pour certains papillomes qui marchent vers le cancer il faut des ablations larges et étendues : c'est la taille seule qui peut permettre les ablations. Le traitement cystoscopique ne vit que des contre-indications de la taille.

M. Bazy reconnaît que l'instrument de M. Marion constitue un réel progrès.

Dangers du chloroforme chez les hépatiques et les ictériques. — M. Quénu fait sur ce sujet une importante communication que nous ne pouvons que résumer ici, faute de place. Il rappelle l'action élective du chloroforme sur le foie et les reins. Il cite les travaux qui ont été faits sur ce sujet et apporte un certain nombre d'observations très probantes à l'appui des dangers que peut donner le chloroforme chez des hépatiques. Il compare les résultats fournis par la chloroformisation avec ceux que donne l'éthérisation. L'ictère s'observe très rarement sous l'influence de l'éther; l'ictère grave jamais.

M. Quénu fait observer que l'appareil d'Ombrédanne rend, à ce point de vue, de grands services.

Des minutieuses recherches auxquelles s'est livré M. Quénu, des nombreuses observations qu'il a recueillies, il résulte incontestablement que l'action nocive de l'éther est cependant moindre que celle du chloroforme et, à l'avenir, il n'emploiera plus jamais que l'éther chez les hépatiques et les ictériques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 23 avril 1910)

Influence de la cuisson sur la digestion gastrique de l'albumine. — M. Linossier. D'après M. Talarico, la cuisson prolongée augmente dans d'assez larges proportions la digestibilité trypsique de l'ovalbumine. Il n'en est pas de même en ce qui concerne la digestibilité pepsique. J'ai montré il y a onze ans que l'albumine de l'œuf coagulé se dissout d'autant plus vite dans le suc gastrique qu'elle a senti moins longuement l'action de la chaleur et que celle-ci a été moins élevée.

Dans des tubes de Mett plongés dans le même suc gastrique, il se dissout, dans le même temps, 17mm4 d'albumine chauffée une minute à 80 degrés, et 7mm4 d'albumine chauffée une heure à 100 degrés; si l'action du suc gastrique portait sur des cubes d'albumine libres au sein du liquide, on peut calculer que, dans ce dernier cas, le volume dissous serait treize fois moindre.

Il s'agit, dans ces expériences, de la solubilisation de l'albumine, et non de sa peptonisation, mais, au point de vue des applications à l'hygiène de la digestion gastrique, la première est de beaucoup la plus importante. Le rôle essentiel de l'estomac est, en effet, de dissoudre les albumines solides. Leur hydrolyse profonde est l'œuvre du suc pancréatique.

De la nature tuberculeuse de certaines pleurésies rhumatismales. — M. Lafforgue a démontré par l'inoculation au cobaye que deux pleurésies, survenues au cours d'un rhumatisme franc, étaient de nature tuberculeuse. Ces résultats viennent réformer une opinion généralement admise jusqu'à ce jour. Dans ces deux cas, les cellules endothéliales étaient les éléments cytologiques de beaucoup prédominants dans le liquide pleural (60 et 70 p. 100) : l'endothéliose de ce liquide ne suffit donc pas à exclure, chez les rhumatisants, l'origine tuberculeuse d'une pleurésie.

Rapports de la vésicule biliaire. — MM. Gilbert et Parturier. La possibilité d'explorer la vésicule biliaire lorsqu'elle est distendue dépend d'un certain nombre de facteurs entre lesquels sa situation par rapport au bord antérieur du foie et, par suite, vis-à-vis de la paroi abdominale joue un rôle de première importance.

L'étude que MM. Gilbert et Parturier ont entreprise à ce point de vue a porté sur 54 vésicules injectées à la paraffine ou à la gélatine. Elle leur a permis de ranger les vésicules en quatre catégories : vésicules saillantes, vésicules affleurantes, vésicules en retrait, vésicules à mésocyste.

En arrondissant les chiffres, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

Sur 100 vésicules, 55 sont saillantes, 18 affleurantes, 16 en retrait, 11 pourvues d'un méso.

Les positions extrêmes de saillie ou de retrait présentent un écart de 8 centimètres, ce qui explique du moins pour une part les variations dues à la difficulté d'appréciation des cholécystes et même de son impossibilité dans certains cas.

Saillantes ou pourvues d'un méso, les vésicules sont très accessibles à la palpation. Leur distension même légère ne saurait passer inaperçue.

Dès qu'elles sont en retrait, elles échappent à l'exploration d'autant plus qu'elles sont plus distantes du rebord hépatique. Et tandis qu'une vésicule saillante de 4 centimètres s'offrira d'elle-même à l'examen au point de soulever la paroi abdominale, il faudra que la vésicule en retrait de 4 centimètres atteigne des proportions notables pour devenir perceptibles à un palper profond.

Evolution de l'infection tuberculeuse expérimentale par le bacille de Koch en culture homogène chez les mammifères, les oiseaux et les vertébrés à sang froid. — M. F. Arloing s'est proposé dans les inoculations comparatives faites sur la plupart des animaux de laboratoire de saisir les effets communs à l'ensemble de ces animaux ou les différences qui pourraient exister en passant d'une espèce ou d'un groupe à l'autre.

Il a vu que si le bacille en culture homogène a perdu une grande partie de son pouvoir tuberculigène, il exerce, audessus d'une certaine dose, une action très nocive sur les vertébrés les plus usités dans les laboratoires.

Par ordre de réceptivité, on citera : les bovidés, le mouton, la chèvre, le lapin et le chien, le cobaye parmi les mammifères; la poule, le pigeon, parmi les oiseaux ; la grenouille, les poissons parmi les vertébrés à sang froid. Le chien est particulièrement résistant.

Les lésions les plus importantes siègent dans le poumon sur les ruminants; dans la rate et le foie chez le lapin; les lésions apparentes sont généralement absentes chez le chien. Dans le poumon des ruminants, les lésions affectent le caractère des inflammations ordinaires de cet organe.

Quand les lésions portent sur les séreuses des mammifères, elles prennent les caractères des tubercules ; sur les séreuses des grenouilles et des poissons, elles ressemblent à des épanchements simples ou compliqués de tractus fibrineux.

Le bacille de Koch peut-il être entraîné sur les végétaux? — MM. Remlinger et Nouri. Si on sème du blé, des radis, des haricots, des pois sur de l'ouate hydrophile humidifiée et qu'on souille abondamment avec une émulsion de bacilles de Koch, ceux-ci pourront être retrouvés sur les tiges et les feuilles au cours de la croissance de la plante, grâce à des inoculations d'émulsions sous la peau du cobaye. Si on se rapproche davantage des conditions de la pratique, l'expérience échoue. Il ne semble donc pas qu'il faille se préoccuper, au point de vue de la propagation de la tuberculose, du danger que pourrait constituer l'épandage rationnel d'eaux d'égoût, alors même que celles-ci seraient extrêmement riches en bacilles.

Digestion des graisses dans l'intestin grêle et dans le rectum en présence de la lipaséidine. — MM. J. Camus et M. Nicloux ont montré dans une note précédente que la lipaséidine, substance active de la graine du ricin, était capable de digérer les graisses avec intensité dans l'estomac des mammifères. Ils ont étudié depuis l'action de la lipaséidine dans l'intestin grêle et ont noté par l'analyse des produits de la digestion qu'elle agit dans l'intestin grêle comme dans l'estomac. De plus une émulsion huileuse donnée en lavement est également très bien digérée dans le rectum à l'aide de la lipaséidine.

Valeur de la méthode de Hecht pour le séro-diagnostic de la syphilis ; comparaison avec la réaction de Wassermann. — MM. R. Demanche et P.-J. Ménard apportent les résultats d'une statistique de 390 séro-diagnostics de syphilis faits par la méthode de Hecht (hémolysine et complément humains) et pour un certain nombre comparativement par cette méthode et la méthode classique de Wassermann. L'expérimentation faite aux divers stades de la syphilis et dans la syphilis héréditaire a donné les résultats suivants :

Syphilis primaire : 83 cas ; résultats : 89,14 p. 100 positifs, 8,43 p. 100 négatifs (chancres récents).

Syphilis secondaire : 115 cas, réaction toujours positive.

Syphilis anciennes traitées et syphilis héréditaires, 77 cas : 77,89 p. 100 positifs et 19,48 p. 100 négatifs ; sur 78 cas faits par les deux méthodes, 1 seul était absolument contradictoire (H. O — W +) sans que l'examen clinique ait permis d'éliminer ou d'affirmer la syphilis.

Sur les 390 cas, 11 fois seulement l'hémolysine était insuffisante.

Les auteurs concluent que le procédé de Hecht, beaucoup plus simple que celui de Wassermann bien que n'offrant pas toutes les garanties théoriques de ce dernier, donne cependant en pratique des résultats aussi exacts et est susceptible dans la plupart des cas de lui être substitué.

De l'action du chlorure de sodium sur les albumines, étudié à l'ultramicroscope. — M. Ph. Russo. Quelle est l'action du NaCl sur les albumines ? Son rôle, comme en clinique dans les épanchements des œdèmes, l'albuminurie, doit-il s'expliquer par une action directe sur les albumines ou autrement ? Il semble que la première hypothèse soit la vraie. Faisant agir soit à froid, soit à chaud (40 degrés) du NaCl sur des solutions d'albumine et sur du sérum, il a été possible de constater que les albumines qui, à l'état normal filtrent mal, devenaient capables, après action de NaCl, de traverser les filtres en proportion deux fois plus grande, et cela grâce à une modification de certaines propriétés caractéristiques (densité augmentée et mouvements des unicelles plus rapides). Ces albumines, soumises à l'action de NaCl deviennent analogues aux albumines à noyau métallique et ne peuvent plus se coaguler comme le font les albumines ordinaires. Elles sont, en résumé, capables de traverser des filtres qu'elles ne traverseraient pas à l'état normal et elles ont changé de constitution au moins physique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1910)

Traitement du cancer par la fulguration (présentation de malades). — M. de Keating Hart présente deux cas de cancer traités par la fulguration : une tumeur maligne de l'amygdale, propagée aux ganglions et un sarcome volumineux de l'humérus, tous deux en excellent état depuis près d'un an et demi, malgré la gravité des cas et l'économie des délabrements.

M. Ozenne estime que pour un des malades présentés rien ne prouve l'efficacité de la fulguration, car les chirurgiens observent couramment des résultats heureux et de longue durée rien que par l'emploi de la méthode chirurgicale exclusivement.

Le traitement préventif ne fait pas avorter la syphilis, il l'atténue, la stérilise et en modifie l'évolution. — M. Gastou, après avoir passé en revue les différentes médications dites abortives de la syphilis, insiste sur ce fait que la médication locale sur le chancre ne peut arrêter l'évolution de la syphilis, étant donné que lors de l'apparition du chancre, l'infection ganglionnaire est très accentuée. Quant au traitement local intensif, pratiqué dès l'apparition du chancre, il modifie l'évolution de la syphilis, mais ne l'arrête ni ne la guérit. La seule action abortive du traitement se rencontre dans la syphilis héréditaire.

Il y a donc danger à laisser entrer dans l'esprit du public qu'il y a un traitement abortif de la syphilis.

M. Hallopeau a la conviction que le traitement intensif local a une action abortive ; dans les six cas où il l'a mis en œuvre depuis dix-sept mois, il n'y a pas eu trace de manifestation secondaire.

M. Paul Guillon. Cette question dépasse actuellement les bornes du monde médical, elle vient d'être traitée au Sénat par le docteur Flaissières qui, à propos de la fameuse pommade au calomel, s'est élevé contre l'emploi hâtif des soi-disant découvertes de laboratoire et contre la commercialisation des méthodes scientifiques.

M. Toledano. Que le traitement par les injections hypodermiques soit plus intense et plus efficace, le fait est indiscutable, mais il ne faut pas dire que le traitement par l'estomac est inefficace. Pour sa part, M. Tolédano en possède de nombreuses observations. Si l'on trouve des cas multiples de tabes, cela tient à ce que le traitement par l'estomac n'a pas été suivi pendant un temps suffisant.

M. Maurice Faure. C'est depuis que l'on fait mieux le traitement hydrargyrique que les accidents nerveux ont une évolution moins grave.

M. Ozenne se demande si aujourd'hui un médecin oserait, supprimant complètement le mercure, employer seuls les traitements dits abortifs.

M. Hallopeau. Le mercure ne peut être employé pour le traitement intensif local, ses préparations solubles donnent lieu à une trop vive réaction et ses préparations insolubles séjournent pendant des mois.

M. Rochon-Duvigneau. Le tabes paraît moins grave qu'autrefois parce qu'aujourd'hui on diagnostique les cas frustes, sans gravité, ce qui augmente les statistiques. L'action du traitement mercuriel est nulle, malgré tout ce qu'on a pu dire, dans le traitement de l'atrophie optique, même prise au début.

M. Desnos cite le cas d'un malade chez lequel les symptômes urinaires amenèrent un diagnostic précoce de tabes. Les injections d'huile grise déterminèrent rapidement une aggravation des symptômes.

M. Ducor. L'avantage du traitement par les injections est qu'il est suivi plus longtemps et c'est pour cela que les malades guérissent mieux.

M. Berillon. En dehors des traitements et pour des raisons d'ordre presque social, il est certain que la syphilis a évolué comme les autres maladies ; son tableau clinique n'est plus celui d'autrefois.

M. Boursier, résumant la discussion, déclare que l'avis à peu près unanime de la Société est que le traitement abortif de la syphilis n'existe pas actuellement et qu'il faut attendre longtemps avant de se prononcer sur les traitements nouveaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1910)

Paracentèse du péricarde. — M. NICOLAS a effectué cette opération dans un cas de péricardite aiguë rhumatismale. La gravité des symptômes généraux, le pouls filiforme, l'apparition de signes de compression du cœur l'incitèrent à intervenir d'urgence. Il eut recours à la ponction du péricarde par le procédé de Delorme et Mignon. Ayant fait une incision verticale, sur le bord gauche du sternum, en dedans des vaisseaux mammaires internes, il enfonça une aiguille de Potain dans le cinquième espace, au ras du bord sternal, et put évacuer de la sorte 375 centimètres cubes de liquide. Guérison.

Un cas de suture de tendon par anastomose avec autoplastie cutanée. — M. COUTEAUD communique l'observation d'un malade qui, en fauchant, se fait une plaie de la face dorsale de la main avec perte de substance des dimensions d'une pièce de 5 francs, section du troisième métacarpien et abrasion d'un fragment de 24 millimètres du tendon extenseur du médius.

Intervention : recherche du tendon extenseur de l'annulaire et du bout distal du tendon du médius sectionné ; division en deux du tendon de l'annulaire, puis suture au médius. Pour combler la plaie cutanée, incision en croissant du bord supérieur de la plaie pour le mobiliser et le suturer à la partie inférieure. Guérison et récupération complète, au bout d'un mois, de tous les mouvements des doigts.

Autosérothérapie de la pleurésie. — MM. A. BILLET et BRESSOT font part des résultats qu'ils ont obtenu de ce mode de traitement des pleurésies préconisé par Gilbert (de Genève). Sur huit malades qu'ils ont traités, il y a eu cinq succès immédiats et complets : entre trois et dix jours, disparition totale de l'épanchement, après une ou deux ponctions et réinjections. Dans ces cinq cas, il y a eu diurèse abondante, fait signalé déjà par Gilbert et Marcou.

Chez deux malades, la résorption a été plus tardive : dix-sept et dix-neuf jours ; il a fallu trois ponctions. Enfin, chez un seul malade, le traitement a été inefficace.

Les auteurs concluent que l'autosérothérapie est une méthode excellente, à condition d'être employée le plus tôt possible après la constatation de l'épanchement.

M. TESTEVIN ne pense pas que la réinoculation sous la peau du liquide ponctionné soit indispensable; dès 1902, il a obtenu de bons résultats par des évacuations répétées de très faibles quantités de liquide pleurétique (2° à 10°).

Traitement des pleurésies purulentes par la ponction suivie d'injection intrapleurale de collargol. — M. DELABORDE, à l'occasion d'une pleurésie purulente à streptocoques survenue au déclin d'une rougeole, essaya la thérapeutique préconisée, il y a un an, par M. H. Vincent. Après quatre ponctions évacuatrices, suivies d'injections intrapleurales de 15 à 20 centimètres cubes d'une solution de collargol à 1/100, il obtint une guérison complète de son malade qui put reprendre intégralement son service.

MM. DELORME, SIEUR, GAUTHIER restent néanmoins partisans du traitement chirurgical des pleurésies purulentes par la pleurotomie avec résection costale. Leurs communications portent sur différents points de la technique opératoire.

La Période post-opératoire, soins, suites et accidents, par le docteur Salva MERCADÉ, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, médaille d'or de chirurgie. Introduction par M. le professeur LANNELONGUE, membre de l'Institut. Un vol. in-8e, de XXVI-555 p., avec 82 fig. dans le texte. Relié toile. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 MAI 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Gosset et Proust ; — (2e partie) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper ; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 10 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* : MM. de Lapersonne, Marion et Morestin ; — (2e partie, 1re série) : MM. Gilbert, Jeanselme et Carnot ; — (2e série) : MM. Thoinot, Gouget et Fernand Bezançon ; — M. Rénon, suppléant.

Mercredi 11 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Rieffel et Couvelaire; — (2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, Marcel Labbé et Lœper ; — (2e série) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Pouchet, Pierre Marie et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 12 mai à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (oral, 2e partie) : MM. Pierre Marie, Claude et Brumpt.

4e (1re série) : MM. Gilbert, Wurtz et Balthazard ; — (2e série): MM. Thoinot, Vaquez et Langlois ; — (3e série) : MM. G. Ballet, Fernand Bezançon et Richaud ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 13 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. André Broca, suppléant.

Samedi 14 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Raymond, Rénon et Claude ; — (2e série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Gouget, suppléant.

THÈSES

Mercredi 11 mai, à une heure. — M. MORIGNY Traitement des ankyloses vicieuses du genou chez l'enfant par l'ostéotomie chantournante sus-condylienne. (Technique du docteur Lardennois). (MM. Segond, président ; Aug. Broca, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. DECRÉTON. Contribution à l'étude du cancer primitif du poumon. (MM. Segond, président ; Aug. Broca, Mauclaire et Pierre Duval.)

Jeudi 12 mai, à une heure. — M. JABOUILLE. La thérapeutique des maladies mentales et nerveuses dans les asiles publics d'aliénés. (MM. Dieulafoy, président; Chauffard, Pinard et Jeanselme.) — M. JUDEL. Etude sur une phase de l'histoire du virus vénérien (1740-1850). (MM. Chauffard, président; Dieulafoy, Achard et Jeanselme.) — M. FAIGE. Hémorragies méningées simulant la méningite cérébro-spinale. (MM. Achard, président ; Dieulafoy, Chauffard et Jeanselme.) — M. COLLEU. La température et le pouls dans la fièvre typhoïde de l'enfant (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Nobécourt.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — MARDI 3 MAI 1910. 83e ANNÉE. MARDI 3 MAI 1910. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Classement.* — Séance du 30 avril. — Sont déclarés admissibles :

MM. Pagniez, Laubry, Grenet, Merklen, Léri, Crouzon, Bigart, Babonneix, Ribadeau-Dumas, Villaret, Weil (Emile).

Sont déclarés *ex æquo* avec les admissibles : MM. Nattan-Larrier et Darré.

— CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Barbier, Macaigne, M. Labbé, Gaucher, Ballet, Legry, Galliard et Blum.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Lardennois, 17; Martin, 16; Alglave, 20.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Delbet, Sebileau, Souligoux, Jalaguier et Queyrat.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 29 avril. — MM. Charézieux, 28; Schæfer, 25.

Epreuve clinique générale. — Séance du 30 avril. — MM. Coustaing, 17; de Névrezé, 19.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — LECTURE. — Séance du 30 avril. — MM. Adam de Beaumais, 12 + 17 = 29; Déséglise, 12 + 18 = 30; Coriat, 11 + 15 = 26; Barbier, 11 + 12 = 23.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE SAINT-LAZARE. — Jury : MM. Verchère, président; Ozenne, Emery. Ont été nommés internes titulaires : MM. Charles Renault, Ferté, Georges Lévy, Durœux, Wallimann, Dogny.

QUESTIONS TRAITÉES. — *Ecrit.* — « Rapports des reins. Hydronéphrose. »

Oral. — « Gommes de la langue. » — « Diagnostic et complications de la métrite blennorragique. — « Diagnostic et traitement de l'arthrite blennorragique. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Des concours seront ouverts devant l'Ecole de médecine de Rennes :

1° Le 3 octobre 1910, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale;

2° Le 10 octobre 1910, pour un emploi de chef de clinique obstétricale et gynécologique.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans, ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine de Rennes un mois avant l'ouverture du concours.

LA RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DES HOPITAUX DE BORDEAUX a discuté la question de l'admission des étudiants étrangers aux concours de l'externat et de l'internat des hôpitaux.

La réunion a admis, en principe, que le grand nombre des candidats inscrits ne pouvait que stimuler le zèle de tous les concurrents et augmenter ainsi la valeur du concours; qu'en second lieu, l'admission de ces étudiants étrangers servirait à disséminer le bon renom de la science médicale française dans toutes les parties du monde; qu'il y avait par conséquent un intérêt patriotique supérieur à autoriser cette innovation.

Tout en admettant ce principe, la réunion a décidé que seuls les étudiants étrangers remplissant les conditions exigées des étudiants français pourraient participer à ces concours.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. DIEULAFOY, professeur). — *Quinze démonstrations et manipulations des méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic clinique* seront faites chaque jour, à deux heures de l'après-midi, à dater du lundi 30 mai, au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, par MM. Le Play, et Doury, chefs de clinique; MM. Nathan, Sézary et Faroy, chefs de laboratoire.

PROGRAMME. — *Lundi 30 mai.* — M. Doury : Analyse bactériologique du pus et des exsudats : coloration des microbes, méthode de Gram, cultures, inoculations. Analyse bactériologique du sang, de l'urine.

Mardi 31 mai. — M. Sézary : Le tréponème de la syphilis : recherche dans les exsudats et dans les coupes histologiques, examen ultra-microscopique, imprégnation argentique, ino-

culation aux animaux. Diagnostic des spirochètes saprophytes et pathogènes.

Mercredi 1er juin. — M. Le Play : Microbes anaérobies pathogènes : isolement, culture. Etude des principales mycoses : actinomycose, sporotrichose, etc.

Jeudi 2 juin. — M. Le Play : Etude bactériologique des angines. Diagnostic de l'angine diphtérique. La sérothérapie antidiphtérique.

Vendredi 3 juin. — M. Doury : Le bacille de Koch : diagnostic de la tuberculose par les méthodes de laboratoire, examen des crachats, inoscopie, inoculations aux animaux, cultures. Tuberculino-réactions.

Samedi 4 juin. — M. Nathan : Etude des éléments figurés du sang. Numération des globules rouges, dosage de l'hémoglobine. Numération et pourcentage des globules blancs. Eléments anormaux du sang. Formules hématologiques : leucocytoses, leucopénie, polyglobulie. Anémies. Leucémies.

Lundi 6 juin. — M. Doury : Etude des urines : examens physique, chimique et bactériologique. Exploration des fonctions rénales.

Mardi 7 juin. — M. Nathan : Sang (*suite*). Etude du caillot : purpura, hémophilie, etc. Résistance globulaire : hémolyse et hémolysines. Les ictères hémolytiques : hématies granuleuses.

Mercredi 8 juin. — M. Faroy : Séro-diagnostic : réactions d'agglutination. Valeur diagnostique dans la fièvre typhoïde, la tuberculose, la fièvre de Malte, la sporotrichose, etc Précipito-diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Jeudi 9 juin. — M. Sézary : Séro-diagnostic : déviation du complément (méthode de Bordet-Gengou) dans le diagnostic des maladies infectieuses. Diagnostic de la syphilis et réaction de Wassermann : méthode de Noguchi. Diagnostic des kystes hydatiques par la méthode de Weinberg.

Vendredi 10 juin. — M. Faroy : Chimisme gastrique. Etude de la sécrétion à l'état normal et à l'état pathologique, application au diagnostic clinique. Etude de la nutricité gastrique.

Samedi 11 juin. — M. Le Play : Opsonines. Le pouvoir opsonique du sérum et la recherche de l'indice opsonique : applications à la clinique. Vacinothérapie de Wright.

Lundi 13 juin. — M. Sézary : Etude des épanchements liquides : caractères physiques, chimiques, cytologiques, bactériologiques, biologiques. La ponction lombaire : interprétation de ses résultats.

Mardi 14 juin. — M. Nathan : Biopsie : indications, technique. Méthodes usuelles de fixation, d'inclusion, de coloration. Diagnostic histologique des tumeurs, des inflammations chroniques.

Mercredi 15 juin. — M. Faroy : Coprologie clinique. Technique. Valeur de la méthode dans l'estimation des fonctions gastriques, duodénales, intestinales, pancréatiques et hépatiques.

Le droit de laboratoire est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants ayant 16 inscriptions immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

HOPITAL NECKER. — M. le docteur Mosny fera dans le service du docteur Hirtz (amphithéâtre Laënnec), le lundi 9 mai, à dix heures, une leçon sur « les splénopneumonies et les pleurésies bloquées ».

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE ÉLÉMENTAIRE A L'USAGE DES DÉBUTANTS EN MÉDECINE, PAR MM. BÉCLÈRE, RIST et DECLOUX. — Les étudiants en médecine désireux d'être initiés et exercés individuellement à l'examen des malades, aux divers modes d'exploration des organes internes, spécialement des organes thoraciques, et à la notation journalière des faits d'observation clinique, sont invités à se faire inscrire dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine. (Le nombre des inscriptions est limité).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 3 mai, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 10 mai 1910, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

RENSEIGNEMENTS

A. G., COMITÉ D'ASSISTANCE ET DE PLACEMENT DES VEUVES ET ORPHELINES. — LISTE DES EMPLOIS DEMANDÉS. — 1. — Veuve de médecin, artiste miniaturiste, demande élèves. Portraits : prix modérés.

2. — Veuve de médecin voudrait travaux d'écriture à faire chez elle.

4. — Veuve de médecin dirigeant à Paris un cours d'éducation (études classiques) et d'arts décoratifs, parlant anglais et allemand, demande élèves.

6. — Deux sœurs de médecin, âgées, l'une de trente-six ans, l'autre de vingt-sept, ayant leur brevet, demandent emploi d'institutrice pour jeunes enfants, ou de gouvernante, ou de dame de compagnie. De préférence en Bretagne.

7. — Fille de médecin, ayant maison de retraite pour personnes âgées et infirmes, demande pensionnaires. Prix modérés.

12. — Fille de médecin d'âge sérieux, instruite et d'excellente éducation, connaissant très bien la tenue d'une maison, désire situation de dame de compagnie, ou directrice d'intérieur, lectrice ou secrétaire. S'occuperait d'enfants. Treize ans de références parfaites. Très recommandée.

13. — Veuve de médecin demande à être employée *quelques heures par jour* dans une clinique parisienne de spécialités : larynx, oreilles, yeux, hydrothérapie.

16. — Veuve de médecin demande emploi *quelques heures par jour* dans clinique ou maison de santé à Paris. Très recommandée.

18. — Veuve de médecin, connaissant anglais et allemand, apte à diriger intérieur et à soigner malades, demande emploi. S'occuperait d'enfants.

19. — Veuve de médecin désire emploi d'infirmière ou travaux de couture.

21. — Fille de médecin, externe des hôpitaux, traduisant l'anglais, demande à faire des recherches bibliographiques ou travaux similaires.

22. — Veuve de médecin désire emploi de dame de compagnie auprès de jeunes filles à conduire dans le monde, ou étrangères.

23. — Veuve de médecin parlant et traduisant le russe et l'allemand, demande des leçons et des traductions.

25. — Veuve de médecin, quarante-deux ans, demande massages ou malades à garder.

26. — Veuve de médecin, quarante ans, désirerait accompagner malades aux eaux; s'occuperait d'enfants. Paris ou environs de préférence.

27. — Veuve de sociétaire, professeur de piano, désire élèves (Paris).

28. — Fille de médecin, connaissant très bien l'anglais, demande traductions.

29. — Fille de sociétaire décédé, désire emploi de dame de compagnie. S'occuperait d'enfants, donnerait des leçons de piano (Paris).

30. — Veuve de sociétaire, quarante-quatre ans, apte à diriger intérieur, désire emploi dans une clinique.

31. — Fille de sociétaire, trente-deux ans, désire emploi de dame de compagnie ou de gouvernante.

33. — Veuve de médecin, quarante ans, connaissant bien la tenue d'une maison, demande place de directrice d'une maison de santé.

34. — Veuve de sociétaire, vingt-huit ans, demande emploi dans clinique médicale ou chirurgicale.

35. — Veuve de médecin, masseuse diplômée, demande à faire des massages.

Sociétaire de la région du Nord demande situation médicale dans un sanatorium.

— Ecrire à M. le docteur Darras, trésorier général, 5, rue de Surène, à Paris, qui fournira renseignements.

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

ENTRE LES

CRISES ÉPILEPTIQUES FRUSTES

ET CERTAINS TICS CONVULSIFS HYSTÉRIQUES

Par René CRUCHET (1),
Professeur agrégé à l'Université de Bordeaux, médecin des hôpitaux.

I

Pendant que je faisais le service des vacances de la clinique du professeur Moussous, je vis entrer à la consultation, un matin de septembre dernier, une jeune femme accompagnée de son fils âgé de huit ans. Les traits de la mère exprimaient l'anxiété la plus évidente.

« Monsieur le docteur, me dit-elle, je vous amène mon garçon parce qu'il a des crises. Tout à coup, on voit ses paupières palpiter et ses yeux se révulser en haut, de telle sorte qu'on n'en voit plus que le « blanc »; puis, en deux, trois secondes, tout est fini. Il n'y a pas deux heures, en me rendant ici, je peux dire que je viens d'avoir une des plus grandes frayeurs de ma vie.

Figurez-vous que nous habitons Bègles. Je sortais de chez moi, conduisant mon fils. Nous avions fait une centaine de mètres et nous nous trouvions au milieu du chemin lorsque, soudain, derrière moi, j'entendis un bruit de voiture qui se rapprochait rapidement de nous. « Gagnons le trottoir », dis-je brusquement au gamin; et je croyais qu'il m'avait entendu lorsque, me retournant, je l'aperçus, immobile et figé au milieu de la route, les yeux tournés, en pleine crise. Je poussai un cri et, me précipitant sur le petit malheureux, je le tirai violemment par un bras et le jetai de côté, l'arrachant ainsi au danger terrible qui l'avait menacé : la crise était déjà terminée. « Mais enfin, lui dis-je, toute tremblante d'émotion, tu veux donc te faire écraser maintenant? » Et lui, calme, placide, me répondit d'un air parfaitement étonné : « Me faire écraser, moi? Je ne comprends pas ce que tu veux dire, mère. — Comment! tu n'as pas entendu la voiture qui venait derrière nous, mes cris, tu n'as pas senti que je t'ai saisi brutalement par le bras? — Mais non, mère. »

Voilà un an que cela a commencé, monsieur le docteur, continua la mère; d'abord il n'avait qu'une ou deux crises par jour, puis il en a eu quatre, puis six, puis dix, puis vingt et même davantage. J'ai cru longtemps que c'était une mauvaise habitude, une sorte de tic, mais maintenant je commence à être inquiète, je l'avoue. Car j'ai tout essayé sans le moindre succès, depuis les récompenses, les bonbons, les câlineries, toutes les gâteries possibles jusqu'aux privations les plus répétées et aux gifles les plus fortement appliquées. Mais j'ai beau interroger et frapper, j'obtiens cette réponse, toujours la même, qui, après m'avoir exaspérée, finit par me remplir d'angoisse : « Je ne sais pas. Je ne me souviens pas. Je n'ai rien senti. »

Je demandai à la mère : « La crise ne commence jamais par un cri? — Jamais. — Le visage pendant l'accès change-t-il de couleur; devient-il cyanosé ou de livide pâleur? — Non. — L'enfant s'est-il mordu la langue? — Jamais. — A-t-il uriné dans son pantalon ou l'a-t-il rempli de matières fécales? A-t-il, depuis qu'il a des crises, mouillé ses draps pendant son sommeil? — Pas une seule fois. — Dès la crise passée, se plaint-il de mal de tête, de fatigue; et s'est-il quelquefois endormi? — Non, monsieur. — Pourtant, dans ces moments, il paraît bien perdre conscience de ce qui l'entoure; il ne se souvient jamais de ce qui s'est passé? — Il m'a toujours dit qu'il en était ainsi. — Et, malgré la fréquence de ces crises, il ne lui est point arrivé d'accident? — Grâce à moi, répondit la jeune femme. Si je n'avais pas été là tout à l'heure, il était infailliblement écrasé. Deux ou trois autres fois, étant dehors avec lui, je l'ai vu soudain s'arrêter au milieu du trottoir, se faire bousculer par des passants : or, je frémis à l'idée que pareil arrêt aurait pu se produire en plein milieu d'une voie fréquentée; que serait-il advenu? Un désastre sans doute. — Mais vous êtes sûre qu'il n'a pas fait quelque chute? Il n'est jamais rentré chez vous le visage ensanglanté, le front bosselé de coups, le crâne fendu? — Je ne me souviens pas l'avoir jamais vu dans un semblable état. »

Je fis approcher l'enfant. Il avait écouté sans broncher la conversation qui précède. De taille moyenne pour son âge, les joues rosées aux pommettes, le regard vif et intelligent, il ne se départit pas un seul instant de son attitude calme et posée. « Voyons, mon petit ami, lui dis-je, tu vas me répondre bien franchement? — Bien, monsieur, fit-il décidé. — Tu n'as pas entendu ce matin le cheval qui sur toi arrivait au grand trot? — Non, monsieur. — Et tu n'as rien senti quand ta mère, dans son épouvante, a failli t'arracher le bras? — Non, monsieur. — Voyons, dis-moi la vérité : tu sais bien que tu as des crises? Tu sens bien que tes yeux se tournent? — Je ne sais pas. — C'est bien vrai, bien vrai? — Bien vrai. »

Tout en l'interrogeant, j'avais examiné attentivement le visage, le front, le cuir chevelu. Soudain, dans la région occipitale, j'aperçus un espace sans cheveux; je regardai de plus près : c'était une large cicatrice.

Je posai le doigt sur l'endroit suspect : « Qu'est-ce que tu as là? demandai-je à l'enfant. — Je suis tombé sur une grosse pierre pointue. — Tu te souviens comment cela est arrivé? — J'étais en train de m'amuser et de courir avec des amis, à la campagne, chez mon oncle. J'ai eu une crise; j'ai été jeté à terre; je me suis relevé la tête en sang. — Tu as dû te faire beaucoup de mal? — Je ne sais pas. — Comment te souviens-tu alors que tu as eu une crise? — Ce sont mes amis qui l'ont dit à mon oncle. — Combien de temps a duré cette crise? — Je ne sais pas. — Tu ne l'as pas senti venir? — Non, monsieur. — Et tu es tombé tout seul, ou bien tu as été bousculé par tes petits camarades? — Je ne sais pas. »

(1) Conférence faite à la clinique infantile du professeur André Moussous, le 29 janvier 1910.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de l'interrogatoire que je viens de rapporter par le menu. On voit, sans nul doute, d'après lui, dans quelle perplexité je me trouvais, et combien j'étais désireux de la faire cesser. Le premier point que je cherchais à éclaircir était de savoir, vous le devinez, si ces crises étaient épileptiques.

Or, d'après les premiers renseignements, il était assez difficile de se prononcer de façon catégorique. Contre l'accès épileptique, nous avions l'absence de cri initial, de morsure de la langue, de modifications de couleur du visage, d'incontinence des urines et des matières fécales, nous avions aussi le manque de céphalée, de fatigue et de somnolence, si souvent consécutives à l'accès ; en sa faveur, semblaient parler, au contraire, la non-conscience de l'accès et, en particulier, le récit de l'incident dramatique arrivé le matin, auquel venait de s'ajouter l'histoire troublante — quoique imprécise — de la cicatrice du cuir chevelu. Tout compte fait, je dois avouer que ma première impression penchait plutôt du côté de l'épilepsie. Ne sait-on pas, en effet, que c'est le propre des crises épileptiques frustes de ne pas s'accompagner de cri initial, de morsure de la langue, d'incontinence urino-fécale, de phénomènes cérébraux consécutifs ?

Pourtant, avant de formuler un diagnostic aussi grave que celui d'épilepsie, même fruste, il importait de se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, et, dans ce but, je poursuivis l'examen plus avant. Ainsi je m'efforçai de faire préciser dans quelles circonstances était survenue la première crise, comment ces crises se manifestaient depuis, et quels en étaient les caractères particuliers.

La mère, interrogée sur le début de la première crise, fit les déclarations suivantes qui sont des plus instructives : « C'était en septembre 1908, c'est-à-dire il y a un an. Jean était devant chez moi, dans la rue à s'amuser. Je l'avais appelé déjà une fois, deux fois, trois fois : il me répondait oui chaque fois, mais n'en bougeait pas davantage. Impatientée, je lui dis : « Si tu ne viens pas tout de suite, je te tire les oreilles ». Il hésite encore quelques instants, puis se décide à rentrer. Il arrive devant moi, l'avant-bras levé à hauteur du front comme pour se garer des coups dont je l'avais menacé. Alors, je fais le mouvement de le frapper, et aussitôt, à ma grande surprise, je vois ses deux bras tomber le long de son corps, tandis que les paupières se mettent à battre et les yeux à se révulser en haut. « Viens-tu fou ? lui dis-je. — Je ne sais pas. — Comment tu ne sais pas? Tu ne t'es pas aperçu que tu tournais les yeux? — Non, je ne sais pas. — Eh bien ! je t'avertis que je te claquerai d'importance chaque fois que tu recommenceras. » Voilà quelle fut ma réponse, tellement j'étais persuadée que c'était un tic. »

« Vous souvenez-vous dans quelle circonstance est survenue la deuxième crise ? — Mais, certainement dit la mère, et elle raconte : « C'était quatre ou cinq jours plus tard, l'après-midi sur les cinq heures et demie ou six heures. J'étais en train de coudre, tandis que Jean, assis en face de moi, regardait des images sur la table. Tout à coup, je le vois relever la tête et tourner les yeux ; puis au bout de deux ou trois secondes, la crise est finie ; il se passe le dos de la main sur les yeux et il continue à regarder les images. « Te voilà reparti à tourner les yeux, lui dis-je ? — Mais non, mère, je ne tourne pas les yeux; je ne sais pas ce que tu veux dire. »

« Malgré mes efforts et mes remontrances, continua la mère, les crises ont continué à raison de trois à quatre par jour. Elles avaient lieu soit en lisant, soit en parlant, soit à table en mangeant, mais elles étaient si peu nombreuses et si courtes que je n'eus guère l'occasion, à ce moment, de mettre mes menaces à exécution.

Du reste, le 6 décembre, l'enfant part chez son oncle, curé dans une commune des environs de Blaye, et je ne le vois plus jusqu'au 3 août 1909 suivant, c'est-à-dire pendant huit mois. J'ai su cependant que, pendant tout ce temps, les crises avaient persisté malgré les objurgations de l'oncle, celles du maître de l'école où il allait, et de l'institutrice qui, deux fois par semaine, lui donnait des leçons supplémentaires. On avait même remarqué que ces crises redoublaient d'intensité quand on voulait le faire travailler, si bien que l'oncle, l'institutrice et le maître d'école étaient persuadés, tout comme moi, qu'il les produisait à volonté. »

C'est sur ces entrefaites que l'enfant, ayant terminé son séjour à la campagne, rentre à Bordeaux, le 3 août. Il arrive pour déjeuner, et après les embrassades du retour et les effusions familiales, on se met à table, tout à la joie. Jean mange sa soupe; et voilà que juste comme il reposait une dernière fois sa cuillère dans l'assiette, il se met à tourner les yeux. Et sa mère lui dit : « La prochaine fois que tu recommenceras, c'est une claque que tu recevras ». Il n'y eut pas de crise durant le reste du déjeuner, mais dans l'après-midi quatre ou cinq survinrent et chaque fois, la mère, tenant sa parole, lui administra une bonne claque. Dans les jours qui suivirent, malgré les gifles reçues, les crises persistèrent, en augmentant même de nombre. Il y en avait jusqu'à dix et douze. La mère remarqua même ce détail, qui a une importance primordiale : c'est que, bien souvent, quand elle approchait sa main pour frapper, l'enfant esquissait un mouvement de recul, quoi qu'il fût en pleine crise.

Les crises redoublaient de préférence quand on voulait le faire lire, écrire, ou lui faire apprendre une leçon. Et plus la mère insistait, se fâchait et frappait, plus les yeux se tournaient, disparaissant de longues secondes derrière les paupières palpitantes. Les coups pleuvaient en pure perte, et les crises persistantes atteignaient le chiffre de 15 ou 20 en quelques minutes, portant le total pour la journée à 30, 40 et même 50.

En dehors des heures du travail, les accès se montraient quelquefois quand il jouait avec ses camarades, ou à d'autres moments essentiellement variables.

Certaines particularités de ces crises avaient également, par leur étrangeté, beaucoup frappé l'entourage. C'est ainsi que, quelquefois, durant les cinq à six secondes que durait l'accès, l'enfant marmottait

quelques mots vaguement compréhensibles, « comme quelqu'un qui parle en dormant »; au milieu des paroles la mère avait discerné des terminaisons latines : *ave, Maria; plena, plena; cum spiritu tuo.* Et comme ces phénomènes ne s'étaient produits que depuis que l'enfant avait pris des leçons de latin avec son oncle le curé, la mère en voyait l'origine dans cette éducation récente.

Un autre détail est profondément typique. « Un jour, raconte la mère, il lisait à mon côté. Tout à coup, il s'arrête et ses yeux se convulsent. Puis, quand la crise est terminée, le voilà qui se tourne vers moi et me demande d'un ton somnolent : « Tu dis, mère, à quel endroit nous en étions restés ? » Or, je n'avais pas fait la moindre réflexion. » C'est donc la preuve indubitable qu'il avait eu la pleine conscience de son acte.

Une autre fois, il était en train de boire, quand survint une crise : or, il ne lâcha nullement le verre qu'il tenait à la main, mais versa le contenu sur ses habits qu'il fallut détacher. Ce n'est que la crise finie qu'il reposa le verre. Voici encore une variante de la forme précédente : il déjeunait un matin avant de partir pour l'école, sa capote manteau sur ses genoux. Pendant qu'il buvait son café au lait, la tasse à la bouche, une crise arriva. Alors, on le vit tranquillement retirer la tasse de ses lèvres et la répandre sur tous ses vêtements, y compris la capote qui fut complètement tachée. Puis la crise céda; et il reposa la tasse vide sur la table.

Autres remarques. La mère a été surprise de constater que, chaque fois qu'elle le conduisait à l'hôpital, les crises n'avaient pas lieu, ou étaient extrêmement rares et courtes : « C'est un fait curieux, a-t-elle dit; chaque fois qu'il vient à l'hôpital, ça lui passe. »

Quand il a bien envie de quelque chose, ou est intéressé de façon intense, il en est de même. Ainsi, il a pu assister à une représentation enfantine, qui a duré plus de deux heures, sans avoir une seule crise. Une autre fois, une troupe de saltimbanques a donné une séance sur la place de Bègles et il a pu y rester pendant une heure et demie, sans qu'aucun accès ne survînt.

Ces diverses particularités montraient qu'il ne s'agissait pas de crises épileptiques à proprement parler. Cependant, comme l'enfant persistait à nier toute conscience d'elles, et de la façon la plus naturelle du monde; que, d'autre part, il est fréquent de rencontrer l'association de crises épileptiques avec des crises qui ne le sont point, je prescrivis un traitement bromuré pendant trois semaines. Ce traitement, comme il était à prévoir, n'eut aucun effet. Alors, pendant un mois, à jour passé, l'enfant fut soumis aux douches froides, qui, n'ayant pas eu plus de succès, furent remplacées par des douches quotidiennes tièdes, jusqu'au 18 décembre, date de l'entrée du sujet à l'hôpital.

A cette date, en effet, la mère, de plus en plus impatiente et inquiète, ne sachant plus que faire, se décida à confier son jeune fils aux soins du professeur Moussous, qui me pria de m'en occuper.

II

Voilà plus de cinq semaines que j'ai pu le scruter à loisir, et je vais, en quelques mots, vous faire part de mes observations personnelles qui ne font que confirmer les précédentes.

1° Un premier fait, très remarquable, est qu'on peut *provoquer ces crises à volonté.* Dès son entrée à l'hôpital, il suffisait de faire lire Jean pour que, au bout de deux à trois minutes, les crises devinssent subintrantes au point de ne presque plus s'arrêter. Mais même au plus fort de l'accès, jamais l'enfant n'a laissé tomber à terre le livre qu'il tenait à la main.

On peut encore provoquer ces crises par la gymnastique respiratoire. Dès que l'enfant respire rythmiquement en faisant de longues inspirations suivies de longues expirations, il ne se passe jamais deux minutes, sans que la crise éclate; et plus on persiste à le faire respirer, plus les accès se répètent et se rapprochent.

2° Ces crises, aussi fréquentes et prolongées qu'elles soient, n'entraînent jamais de modifications dans la coloration du visage, ni de morsure de la langue, ni d'incontinence des urines ou des matières, ni de fatigue ou de somnolence consécutives. En particulier, les pupilles ne présentent aucune dilatation anormale. Les modifications qu'elles montrent sont les mêmes que celles qui existent chez une personne saine qui cache ses pupilles derrière les paupières, c'est-à-dire que les pupilles se dilatent légèrement pour revenir à leur dimension antérieure, dès qu'elles se retrouvent en présence de la lumière du jour. Du reste, au plus fort de la crise, le réflexe cornéen est parfaitement conservé.

3° Les crises se manifestent exactement comme si *le sujet en avait conscience.* C'est ainsi, alors qu'il est en pleine crise, qu'il lui arrive de fuir les coups dont on le menace; qu'un phénomène qui le surprend (un coup de sifflet strident, ou un mot bref prononcé à voix basse, ou la pression brusque sur les globes oculaires, etc.) fait cesser aussitôt la crise commencée; qu'en pleine crise, il donne la main si on la lui demande ou exécute même un geste qu'on lui commande; qu'il ne laisse jamais choir ce qu'il tient à la main : en plus des exemples nombreux cités, celui-ci est encore typique. Etant à table avec ses camarades de la salle, une crise est survenue pendant qu'il mangeait la soupe. Il a reposé tranquillement la cuillère dans l'assiette, a pris cette assiette entre ses deux mains, l'a tenue en la balançant lentement de haut en bas à hauteur du thorax, puis l'a replacée sur la table doucement, dès que la crise a été terminée; enfin, il est un dernier fait indiscutable, c'est que plus on s'occupe de l'enfant et de ses crises, plus elles sont fréquentes et renouvelées : pendant un jour et demi, ordre a été donné de ne pas lui en parler, de lui laisser faire tout ce qu'il voudrait sans jamais le contrarier, et il n'a pas eu une seule crise.

Ces faits sont amplement suffisants pour démontrer de la façon la plus évidente qu'il ne peut s'agir de crises épileptiques frustes. La question qui nous restait à résoudre était de savoir si oui ou non l'en-

fant avait vraiment conscience de ces actes bizarres. Car il pouvait très bien faire comme s'il avait conscience de ses convulsions des globes oculaires, et cependant, n'en avoir pas conscience vraiment.

Un matin, que nous avions causé longuement tous les deux, et qu'il me répétait une fois de plus qu'il ignorait ses crises, je lui dis d'un ton aussi calme que convaincu :

« Il est inutile, mon petit ami, que tu continues à me raconter ce vilain mensonge, car je sais tout. Te voilà un grand garçon maintenant, tu dois devenir raisonnable et ne plus faire fâcher tes parents. Crois-tu que c'est gentil ce que tu fais là, depuis plus d'un an? Tu t'amuses comme un méchant enfant, et tu ne t'aperçois pas que ta pauvre mère, qui t'aime beaucoup, pleure tous les jours à cause de toi, tellement elle te croit malade. Allons, sois courageux une bonne fois, et que cela te serve de leçon, car tu vois combien il est difficile, quand on on a commencé à mentir, de dire ensuite la vérité. Réponds-moi franchement : tu sais bien que tu as des crises? »

Il me regarda fixement pendant quelques instants, les yeux emplis de crainte, soupira, rougit légèrement, et baissant les paupières, répondit, à voix basse : « Oui! monsieur. — A la bonne heure! » répliquai-je, encourageant. Et j'ajoutai : « Tu vas me raconter maintenant comment est survenue ta première crise. »

Et, sans se faire prier, il m'expliqua qu'il n'était pas venu de suite à l'appel de sa mère, parce qu'il était en faute, ayant balayé le ruisseau de la rue avec un balai que sa mère lui avait défendu de prendre. Quand enfin il se trouva devant elle, devant sa menace il eut peur, et ses yeux se tournèrent.

« Et à la campagne, chez ton oncle, comment es-tu tombé? — J'ai tourné les yeux, tandis que je m'amusais, et pour cela, je me suis arrêté brusquement. Mes amis, qui me suivaient, m'ont bousculé et je suis tombé. — Tu as senti le coup? — Oui, monsieur. — Ça t'a fait beaucoup de mal? — Oui. — Et ça a beaucoup saigné? — Oui. — Tu te souviens bien de tout cela? — Oh! oui, monsieur. — Quels sont ces mots que tu marmottes dans certaines de tes crises? »

Il ne put s'empêcher de sourire et me répondit : « Des mots latins que mon oncle m'a appris. — Quels sont-ils? — *Spiritu tuo*, *Ave Maria*, *Pater noster*. — Tu as eu des crises ce matin quand la Sœur de la salle t'a fait respirer? — Oui, monsieur. — Combien? — Cinq ou six. — Et que faisait la Sœur pendant tes crises? — Elle balayait le plancher. « Tout cela est parfaitement exact. »

« Ainsi, tu as senti les claques que ta mère t'a données? — Oui monsieur. — Elle frappe fort? — Oh! oui. — Alors, pourquoi me disais-tu toujours que tu ne sentais rien? »

Et, baissant les yeux, confus, il me répondit : « Je ne sais pas. — Et le jour où tu as failli être écrasé, tu n'as pas entendu l'appel de ta mère ni le bruit de la voiture? — Si. — La voiture était-elle loin derrière, quand tu as tourné les yeux? — Assez loin. — Ce qui fait que tu savais bien que tu avais le temps de te garer avant qu'elle arrivât sur toi? — Oui, monsieur. »

III

Il me paraît inutile de continuer la démonstration : vous voyez, messieurs, que cet enfant avait parfaitement conscience des mouvements convulsifs qu'il exécutait. Et c'est une raison de plus pour affirmer qu'il ne saurait s'agir de crises épileptiques. Mais alors de quelle nature sont ces crises curieuses? C'est ce que nous allons maintenant rechercher.

Un premier point sur lequel on peut se mettre d'accord : c'est leur détermination clinique. On ne peut guère penser ici à autre chose qu'à un *tic*, et vu l'explosion motrice, à un tic *convulsif*. Vous constatez, en effet, que les mouvements associés des paupières et des globes oculaires sont des mouvements « figurés », c'est-à-dire qu'ils représentent objectivement des mouvements voulus. Et cela est tellement vrai que vous pourrez les simuler, quand vous voudrez, de la façon la plus aisée : il suffit de lever les yeux en l'air et, ceci fait, de fermer convulsivement les paupières un certain nombre de fois de suite. C'est, du reste, un tic assez fréquent, surtout chez les vieilles filles qui parlent vite et confusément : on les voit ainsi, à chaque instant, au cours de leur conversation futile, faire palpiter leurs paupières, en élevant leurs pupilles vers le ciel, avec des manières ingénues. En plus de la figuration des mouvements, vous retrouvez les autres caractères du tic convulsif, c'est-à-dire la brusquerie, la fréquence à intervalles irréguliers, la répétition insolite et absurde, l'impuissance de la volonté à les maîtriser.

Mais s'il est facile de s'entendre sur la modalité clinique, si l'on peut dire qu'il s'agit de tic convulsif, il est plus malaisé de fixer, de ce tic, la variété étiologique.

Est-il *épileptique?* Ce que j'ai déjà dit de l'accès épileptique fruste devrait suffire à éliminer cette cause. Cependant, la question n'est pas aussi claire. On a décrit des tics épileptiques (Féré, Nagl, Kojewnikow, Bresler, Mannini, Binswanger, Rossi et Gonzalès, Schupfer, Bruns), qui auraient tous les caractères objectifs des tics, mais s'en différencieraient parce qu'ils sont inconscients et guérissent sous l'effet des bromures. En réalité, leur existence n'est pas absolument démontrée, comme nous l'avons fait remarquer (1) : si le bromure, en effet, a une influence favorable, on peut se demander si n'importe quel médicament n'aurait pas eu exactement le même effet. D'ailleurs, le bromure n'agit pas toujours, comme dans les deux cas de Meige et Feindel (2) qui se rapprochent beaucoup du nôtre. Dans l'un, il s'agit d'un tic d'*incantation* chez une fillette de douze ans qui consistait au début, vers sept ans, en l'élévation des yeux en haut qui s'immobilisaient un court instant (une ou deux secondes) dans cette position; puis le visage, qui avait pris le masque de

(1) R. Cruchet. *Traité des torticolis spasmodiques*, 1907, p. 690.
(2) Meige et Feindel. *Les tics et leur traitement*, pp. 442 à 445.

la distraction, retrouvait son expression ordinaire. Ces sortes d'absences survenaient soixante fois et plus par jour. Plus tard, ce tic d'incantation se transforma en attitude d'incantation qui durait jusqu'à quinze secondes. — L'autre cas s'applique à une fillette de dix ans, qui « subitement, une cinquantaine de fois par jour, s'interrompt au milieu de ses jeux, de son travail, renverse lentement sa tête en arrière, en même temps que ses yeux se portent vers le haut, avec quelques battements des paupières. Cela dure de cinq à dix secondes, sans changement de couleur du visage, sans agitation. Et c'est tout. Elle reprend tranquillement son travail interrompu. » Si les auteurs, qui rapportent ces cas, avaient pu suivre attentivement et longtemps leurs malades, je suis persuadé que, comme dans le mien, et pour les mêmes raisons, ils auraient éliminé l'épilepsie (1).

Si ce tic n'est pas épileptique, peut-on le ranger parmi les *tics convulsifs simples*, dont l'étude, commencée par Charcot et Guinon, a été reprise et complétée dans ces dix dernières années par Meige et Feindel, par Noguès, par Pitres et par nos propres recherches? La question peut d'autant mieux se poser que l'enfant présente également la mauvaise habitude de se ronger les ongles. Je ne crois pas néanmoins, pour les raisons suivantes, qu'il s'agisse de tic convulsif simple.

Le tic simple, en effet, ainsi que l'a bien démontré le professeur Pitres, est presque toujours modifiable sous certaines influences; il est en particulier réfréné généralement par la gymnastique respiratoire (respirations rythmées, chant, numération à haute voix, etc.), or, ici, il n'en est rien; au contraire, ces exercices l'exagèrent et le provoquent. L'attention — même passagère — a un effet analogue et vous avez ainsi vu que la lecture le fait naître rapidement et en augmente l'intensité. Les endroits publics (classe, église), la présence du médecin ou de personnes amies ne paraissent pas avoir une influence modératrice nette. Il semblerait plutôt que ces causes, comme les précédentes, agiraient en sens opposé, c'est-à-dire en donnant plus de fréquence et d'ampleur théâtrale aux phénomènes convulsifs.

Or, tous ceux qui ont étudié les tics ordinaires savent que leurs auteurs, loin d'avoir une tendance à s'en vanter, s'efforcent de les cacher, de les expliquer. Ils ont conscience du ridicule de l'acte et de son absurdité : aussi cherchent-ils à le masquer le plus possible, et, quand on les surprend, à en donner une raison physiologique ou pathologique (myopie, boutons, démangeaisons, vêtements trop étroits, etc.). Ils reconnaissent finalement que leur volonté est impuissante à réfréner le tic, mais ils l'avouent avec gêne; ils souffrent positivement — car ils sont bien souvent intelligents — de cette petite infirmité qui les fait remarquer, alors que leur timidité, presque de règle, demanderait qu'on les ignorât.

Ces quelques remarques vous font saisir la différence du tic convulsif simple et du tic en présence duquel nous nous trouvons. Je crois que l'on ne peut guère porter ici que le diagnostic de *tic hystérique* et j'espère pouvoir vous le démontrer.

Mais, au préalable, une question se pose. Le sujet n'est-il pas un *simulateur?* Vous conviendrez qu'après la comédie qu'il a jouée pendant plus d'un an — et qu'il a fini par avouer — il soit bien permis de se le demander. Evidemment, la part de simulation est certaine : puisqu'il a créé la conscience de l'acte alors qu'il en ressentait nettement l'existence; mais simule-t-il l'acte lui-même? Voilà toute la question. Or, je ne le crois pas pour deux raisons principales : 1° s'il simulait l'acte, comme il avait simulé l'inconscience, au moment qu'il a été découvert et a avoué, l'acte aurait dû s'arrêter du même coup; 2° d'autre part, j'ai essayé à de nombreuses reprises, de lui faire simuler sciemment le tic convulsif : or, il n'y est jamais parvenu de façon absolue. C'est d'ailleurs là une remarque que vous pourrez faire souvent pour toutes les crises convulsives d'ordre hystérique quelles qu'elles soient. Vous n'arriverez à la simulation parfaite qu'après avoir fait faire au sujet un véritable apprentissage. En règle générale, le sujet pense à avoir ou qu'il va avoir une crise plutôt qu'à la simuler à proprement parler : cela revient à peu près au même, au point de vue du résultat, mais je crois qu'il y a là une différence essentielle d'origine qui doit faire la distinction entre l'acte vraiment simulé et l'acte qui ne l'est pas. Pour ces raisons, j'élimine la simulation vraie, dans le cas particulier, et je dis que nous nous trouvons devant un phénomène hystérique.

Pour établir ce diagnostic, je ne me servirai pas de la définition de Babinski, qui a tant fait de bruit dans ces dernières années, car elle ne me donnerait point la certitude dont j'ai besoin. J'ai déjà discuté le bien fondé de cette définition, et j'ai la satisfaction de voir que mes critiques ont été partagées en partie, non seulement en Allemagne, mais encore en France par Gilbert Ballet, par Romme, par J. Castaigne, par Hutinel et Babonneix, etc. Mais rien n'est démonstratif comme un exemple, et je profiterai de celui de ce jour, pour vous faire toucher du doigt l'impossibilité de s'appuyer seulement sur la formule de Babinski quand on veut dépister l'hystérie.

Que dit, en effet, M. Babinski? Il dit : « Est hystérique, tout phénomène que l'on peut : 1° reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets; 2° faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. »

Or, dans le cas particulier, si la première partie de la proposition est justifiée, il n'en est pas de même de la seconde. Pouvons-nous dire, en effet, de ce tic qu'il disparaîtra sous l'influence exclusive de la persuasion? D'abord, nous n'en savons rien; ensuite, en admettant que nous puissions le croire, nous ne pouvons pas faire un diagnostic en nous basant sur un phénomène susceptible d'arriver : cela est absolument contraire aux lois les plus élémentaires de la clinique. Nous devons nous contenter de ce que nous constatons : et cela suffit-il?

Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Le début brusque du tic convulsif, sous l'influence d'une émotion, sa persistance dans les épreuves qui calment

(1) Le cas de l'incantation est surtout intéressant à lire. On dirait que certains détails ont été copiés par notre garçonnet.

habituellement le tic simple (en particulier dans l'attention sans fatigue et les exercices respiratoires), son exagération même, dès qu'on cherche à s'en occuper, de plus, la mentalité très spéciale de l'enfant, son indifférence à tous les raisonnements, sa parfaite insouciance à guérir, sa mythomanie exagérée, toutes ces particularités me suffisent pour penser à un tic convulsif hystérique. J'ajoute que, pour expliquer la forme de la crise elle-même, trois causes peuvent être invoquées : 1° l'enfant aurait vu un ami avec crises épileptiques dans lesquelles ce dernier tournait les yeux; mais cela remonte à plusieurs années avant la première crise du petit malade; 2° il aurait été frappé par les mouvements des globes oculaires qu'on voit chez certaines poupées quand on les change de position; 3° la mère a quelques petits mouvements des paupières et des globes oculaires, mais ils sont très légers et à peine visibles.

Je sais bien que le tic hystérique a été mis en doute par Meige et Feindel; mais dans une communication en collaboration avec le professeur Pitres, au Congrès de Rennes en 1905, nous avons, en nous basant sur deux exemples personnels, fait justice de cette opinion. Le cas de ce jour est une preuve de plus en faveur de notre façon de voir.

IV

Maintenant que nous sommes fixés sur la variété du tic, qu'allons-nous faire pour le guérir?

Jusqu'à présent, malgré la multiplicité des moyens préconisés, nous avons échoué. Tous les procédés de suggestion utilisés à l'état de veille (raisonnements moraux, châtiments physiques, isolement prolongé, privation de s'amuser avec les camarades de la salle, médicaments, etc.), n'ont eu aucun effet réel.

La suggestion hypnotique est malaisée; il y a longtemps que les auteurs ont insisté sur la difficulté d'endormir les enfants. Il n'y a aucun inconvénient à préférer à cette méthode la suggestion « somnique », comme l'appelle Paul Farez. Elle consiste à suggestionner l'enfant pendant qu'il est endormi de son sommeil naturel.

J'ai déjà eu l'occasion de vous dire plus d'une fois que je croyais le sommeil normal très analogue au sommeil hypnotique; il y a, du reste, des années que cette opinion a été soutenue par l'école de Nancy, par Bechterew et par d'autres auteurs. Je ne suis donc pas surpris des résultats remarquables obtenus par Paul Farez dans certaines habitudes fort désagréables du sommeil, comme l'incontinence d'urine, si commune chez les enfants. A plus forte raison doit-elle faire merveille dans des accidents comme celui de ce jeune garçon.

Nous l'avons, avec le concours de la Sœur de la salle, essayé depuis quelques jours seulement. Il y faut une certaine habitude, car il ne faut pas réveiller l'enfant qui dort; il faut choisir le moment où le sommeil est le plus profond, c'est-à-dire dans les deux ou trois heures qui suivent le début du sommeil; bref, il faut tâter le sujet, s'adapter en quelque sorte à son sommeil, et ce n'est qu'après ces petites manœuvres préparatoires que l'on peut agir efficacement. Notre expérience sur ce sujet est encore trop courte pour en tirer des conclusions; mais nous avons confiance en elle.

Du reste, avec les accidents de ce genre, il est toujours difficile de prédire à coup sûr leur disparition. La suggestion peut agir, mais elle n'est pas la seule, quoi qu'en dise Babinski; un choc moral, une émotion peuvent en provoquer le départ, aussi bien qu'ils ont pu en déterminer le début : et cela c'est le secret du sujet. Ne doutez pas toutefois, messieurs, que le résultat, qu'il survienne tôt ou tard, sera favorable et se terminera par la guérison. Par suite, vous conclurez avec moi qu'il y a une importance primordiale à étudier de près des accidents convulsifs de cet ordre, et à ne pas les confondre avec des équivalents épileptiques. C'est ce que je voulais vous démontrer (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1910)

Stérilisation de grandes quantités d'eau au moyen des rayons ultra-violets. — M. Gabriel VALLET a fait des expériences d'où il résulte qu'il est possible avec une seule lampe en quartz aux vapeurs de mercure de 110 volts de stériliser une eau très polluée sous un débit voisin de 10 mètres cubes à l'heure en réalisant les conditions suivantes :

1° Donner préalablement une limpidité parfaite à l'eau;

2° Amener l'eau dans l'appareil de telle façon que les masses nouvelles arrivent bien progressivement au contact du brûleur;

3° Proportionner la capacité du récipient au débit, de manière que chaque molécule d'eau reste illuminée, pendant au moins une minute, dans la limite de la portée utile des rayons;

4° Recueillir l'eau, pour la conduire au dehors, dans la couche qui entoure immédiatement le brûleur.

Avec une clarification parfaite on peut prévoir que le débit de 10 mètres cubes à l'heure serait dépassé.

La consommation de la lampe à double manteau de quartz a été, au cours des expériences, de 4 hectowatts-heure.

Cette faible consommation, jointe à la simplicité de l'installation et à la quantité d'eau assez considérable qu'une seule lampe peut stériliser, fait donc espérer qu'on pourra prochainement appliquer l'action des rayons ultra-violets à l'épuration en grand de l'eau des villes, mais à condition d'avoir au préalable clarifié l'eau d'une manière parfaite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1910)

Accident de l'intra-dermo-réaction. — M. COMBY. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine, imaginée par M. le docteur Mantoux, comme un perfectionnement de la cuti-réaction de Pirquet, a été recommandée comme très supérieure aux autres procédés de dépistage de la tuberculose. On a dit que ce nouveau procédé était très fidèle, d'une exécution facile et d'une innocuité absolue. Laissant de côté les

(1) Fin avril 1910, l'enfant, quoique très amélioré, n'est pas entièrement guéri.

autres avantages de la méthode, M. Comby ne s'attachera qu'à discuter la question de l'innocuité.

N'ayant pas voulu pratiquer lui-même l'intra-dermo-réaction, il ne saurait dire si la proportion des accidents est faible ou forte. Mais il a eu l'occasion de relever un de ces accidents et il demande la permission de le rapporter devant la Société.

Une fillette de vingt et un mois est entrée dans son service le 5 mars 1910 pour un état fébrile avec exanthème qui a fait penser d'abord à la scarlatine. En examinant cette enfant, M. Comby constata sur la cuisse droite une escarre arrondie entourée d'une zone rouge inflammatoire. Cette lésion, qu'il attribua immédiatement à une piqûre médicale, fit de rapides progrès, une plaie horrible se forma et la petite malade, après avoir fait un court séjour au pavillon de la rougeole, a succombé. Sans doute on peut accuser la fièvre éruptive de ce décès; il n'en est pas moins vrai que l'escarre provoquée par l'intra-dermo-réaction a revêtu un haut caractère de gravité et n'a pas peu contribué à la terminaison fatale.

Reproduction expérimentale de glycosurie par ablation incomplète de pancréas. — MM. Thiroloix et Jacob. L'ablation du pancréas telle qu'elle est en général pratiquée donne des glycosuries assez différentes du diabète humain, avec amaigrissement très rapide, dénutrition, et survie très courte. Le chien en question a conservé le cinquième environ de la glande avec son canal de Wirsung. Opéré depuis onze jours, il a peu maigri et est en parfaite santé malgré une élimination de 50 grammes de glycose environ par jour. Il est polyphagique et polyurique. C'est bien un animal diabétique.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Valeur et signification des données de l'examen radioscopique. — MM. E. Mosny et Portocalis rapportent l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire qui n'a jamais donné lieu à la moindre manifestation morbide.

L'examen radioscopique et la radiographie montrent l'augmentation de volume des cavités droites du cœur, et, sur le bord gauche de l'ombre cardio-aortique entre l'ombre du ventricule gauche et celle de l'aorte, l'existence d'une antre pulsatile qui paraît être celle de l'artère pulmonaire. La dilatation de l'artère pulmonaire à l'aval du rétrécissement ne serait donc pas spécial aux rétrécissements acquis.

Purpura hemorragica chez les tuberculeux. — MM. Lion et Le Blaye. Dans un premier cas, le malade avait fait deux pleurésies quelques mois auparavant et présentait des signes de tuberculose peu avancée du sommet droit surtout. Le purpura assez léger semble n'avoir été, chez lui, qu'un simple épisode hémorragique. Il a rapidement guéri et le malade a pu quitter l'hôpital sans aggravation notable de l'état de ses poumons.

Le second malade, ancien pleurétique comme le premier, et, en apparence complètement remis depuis deux ans, a été pris presque simultanément de signes de pleurésie légère de la base gauche et d'épistaxis. Bientôt apparaissait une hématurie assez considérable et tenace et plus tard du melœna. Du côté de la peau et de la muqueuse buccale on ne trouvait que quelques taches purpuriques discrètes. Les manifestations hémorragiques cédèrent au bout de trois semaines. Alors se manifestèrent les signes d'une tuberculose aiguë qui entraîna la mort en quelques jours. Ainsi, l'affection hémorragique s'est montrée ici comme le prélude d'une généralisation de la tuberculose; le malade n'a guéri de son purpura que pour succomber à l'évolution rapide d'une granulie.

Ces faits viennent s'ajouter à d'autres assez nombreux de purpura chez des tuberculeux dont on trouvera l'énumération dans ce mémoire de MM. Bensaude et Rivet.

Le second présente plus d'un point de similitude avec une observation de MM. Camot, Bensaude et Harvier (cas de purpura hémorragique grave pré-tuberculeux).

Les lésions du sang que nous avons rencontrées dans nos deux cas sont semblables à celles qu'ont relevées ces derniers auteurs : diminution considérable du nombre des hématoblastes, non rétractilité du caillot.

Ces faits semblent montrer que, parmi les différentes formes de purpura, le purpura symptomatique des tuberculeux doit être rangé avec ceux que caractérise la lésion sanguine : *diminution du nombre des hématoblastes, non rétractilité du caillot.*

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Un cas de cyanose congénitale. (Babonneix et Paisseau. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, juillet 1909.) — On sait que la cyanose congénitale correspond à des malformations cardiaques très variables; dans le cas de MM. Babonneix et Paisseau, une fillette de huit ans était atteinte de cyanose congénitale sans souffle, avec crises paroxystiques; elle était de plus idiote, avec phénomènes de diplégie cérébrale, tuberculeuse, et enfin elle succomba à la suite d'une scarlatine. Les altérations cardiaques constatées à l'autopsie étaient complexes : transposition des vaisseaux de la base, communication interauriculaire et communication interventriculaire. On peut se demander pourquoi cette cyanose ne s'accompagnait pas de souffle; c'est peut-être parce que l'orifice de communication interventriculaire était limité par un rebord musculaire épais, arrondi, et incapable, par suite, de produire, dans la veine fluide qui le traversait, des vibrations susceptibles de donner naissance à un souffle. Il faut aussi noter la longue survie de cette petite malade; dans tous les cas publiés de transposition des gros vaisseaux de la base, il est exceptionnel que les enfants dépassent l'âge de deux ans.

M. BRELET.

CHIRURGIE

Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie interne. (Russell S. Fowler. *Brooklyn Surg. Soc.*, 3 déc. 1908.) — Dans toute hydrocéphalie interne, il y a un obstacle mécanique à la circulation du liquide céphalo-rachidien. Donc, il faut ou rétablir la circulation par les voies normales ou créer une voie artificielle de dérivation par laquelle le liquide céphalo-rachidien puisse être conduit dans une partie du corps où il sera résorbé de façon continue. Laquelle de ces deux méthodes est la meilleure dépend des cas particuliers.

Les travaux de Hill sur la circulation du liquide céphalo-rachidien ont ouvert une ère nouvelle dans le traitement de l'hydrocéphalie; avant, on avait la ponction des ventricules latéraux, la ponction lombaire, le drainage continu. Depuis, on a essayé de rétablir la continuité de l'appareil circulatoire, on a établi aussi plusieurs fois un drainage ventriculo-arachnoïdien, à l'aide d'un faisceau de catgut, d'un tube d'or, d'un faisceau de filaments de verre, etc. Les insuccès sont très fréquents, la survie prolongée au delà de quelques semaines la rarissime exception. En 1908, Cushing, précédé en cela par Quincke et Wynter, réalisa un drainage permanent entre le canal rachidien et le tissu cellulaire rétropéritonéal au moyen d'un tube d'argent, et après avoir déterminé la continuité de la circulation entre les ventricules latéraux et le canal rachidien. Cela nécessite à la fois une laparotomie et une laminectomie, mais les résultats de la statistique de 12 cas de Cushing présagent une proportion de succès beaucoup plus élevée que celle de n'importe quelle autre intervention.

C'est à cette technique que Fowler eut recours, après deux interventions simples infructueuses chez un bébé de huit mois. Par voie abdominale, trépanation du corps de la qua-

trième vertèbre lombaire et introduction de la moitié femelle d'un drain spinal en argent. Puis laminectomie (troisième et quatrième lombaires) et introduction de la moitié mâle du drain, grandement facilitée par l'introduction d'un doigt dans l'abdomen par la plaie de laparotomie. Le tube se mit à drainer de suite. Deux mois après, la maladie n'avait pas progressé, tandis qu'elle progressait très rapidement auparavant.

Deux autres cas furent moins favorables. L'un mourut subitement sur la table d'opérations. Chez l'autre, le tube fut oblitéré quelques jours après avoir été mis en place par une inflammation adhésive que l'on retrouve d'ailleurs en mainte place du système nerveux central très imparfaitement développé. Mort en dix heures après la seconde opération.

Pour s'assurer de la communication ventriculo-spinale, Fowler se servit du procédé habituel. Ponction du ventricule latéral au point de Kocher, ponction lombaire. Si la fermeture de l'aiguille du ventricule détermine une accélération de l'écoulement par l'aiguille lombaire, c'est que la communication est libre. Dans toutes ces explorations et opérations, se garder avec soin de tout changement brusque de pression.

F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Enfants aphasiques et parlant mal sous le rapport intellectuel et de la parole. (BOGDAMEY-BERESOVSKI. *Soc. laryngol. de Saint-Pétersbourg*; *Revue hebd. de laryngol., otol. et rhinol.*, 1910, n° 4, p. 118.) — Ce travail est basé sur l'étude d'enfants arriérés suivis pendant onze ans, au point de vue de la parole et de l'ouïe; leur nombre était de 381. L'auteur s'est surtout occupé des enfants aphasiques et psychiques-sourds, atteints d'affection d'origine centrale et a cherché à mettre en parallèle, pour chaque cas, le tableau clinique du processus morbide avec telle ou telle lésion du système nerveux central; mais chez les enfants, il n'a pu obtenir les résultats obtenus pour les adultes. Aussi a-t-il fait un examen spécial complet; en dehors de l'état de l'ouïe et de la parole, il a examiné les autres organes des sens et les sphères motrices intellectuelles et morales de l'enfant.

Par cette étude, il cherche à prouver que le classement complexe purement anatomique de l'aphasie n'est pas absolument démontré et que, vrai pour la pathologie des adultes, on ne peut l'appliquer en entier à celle de la parole chez les enfants. Les médecins qui s'occupent, chez ceux-ci, des troubles de la parole, ont entre leurs mains un autre matériel psychopathologique et il met en parallèle l'aphasie de l'adulte et de l'enfant. On voit alors que les troubles de la parole infantiles sont d'origine fonctionnelle dans la plupart des cas; il ne s'agit pas ici d'un schéma, ni d'une localisation anatomique exacte du cerveau; il s'agit d'une question clinique, d'une étude attentive de la psychologie et de la philosophie de la parole; les aphasies infantiles ont de plus des rapports immédiats et trop étroits avec la sphère générale de l'intellect pour qu'on les néglige dans le diagnostic et le traitement.

La thèse de l'auteur s'appuie sur l'opinion de Marie.

Au point de vue clinique, deux signes dominent chez les enfants aphasiques ou atteints de troubles de la parole et de l'ouïe : 1° compréhension imparfaite de la parole, abaissement plus ou moins grand des facultés intellectuelles; 2° transition imperceptible d'une forme dans l'autre.

A l'appui de cette thèse, sont citées de nombreuses observations et des faits probants recueillis dans la science.

Pour conclure, l'auteur propose un schéma applicable à tous les enfants arriérés qui, de par la clinique, passent insensiblement dans les limites des trois notions extrêmes : normal, sourd-muet, idiot.

D'après ses observations personnelles, il est d'avis de classer, d'une façon plus rationnelle, la surdi-mutité, non pas en congénitale ou acquise, mais en périphérique ou centrale; car, ainsi, cette division permet d'établir, sous le rapport médico-pédagogique, une thérapeutique rationnelle de la surdi-mutité.

P. VIOLLET.

NEUROLOGIE

A propos d'une lésion traumatique transverse totale, traumatique de la moelle épinière. (A. TADDEI. *Riv. di patol. nervosa e mentale*, 1909, p. 433-442.) — Un homme de vingt-neuf ans fait une chute, et se fracture la septième cervicale. Pendant les vingt jours suivants, on constate une paraplégie complète, flasque, avec anesthésie, et incontinence, pour laquelle est institué un traitement par la strychnine. Du vingtième au trente-deuxième jour, date de la mort, est notée la réapparition des réflexes rotuliens, faibles, il est vrai, et des crémastériens et plantaires. Or l'autopsie révéla une myélomalacie blanche complète de tout le segment cervico-dorsal, avec dégénérations ascendantes et descendantes comme après une section complète, ainsi qu'en témoignent deux photographies de sections sus et sous-jacentes à la lésion, traitées par la méthode de Marchi. Ce fait, conclut l'auteur, est donc en contradiction avec la théorie de Bastian, d'après laquelle la conservation même partielle des réflexes, indiquerait que la section de la moelle n'est pas absolument complète.

L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

La thiosinamine. (M. Maurice Vejux TYRODE. *The Boston med. and surg. Journ.*, 14 janv. 1909, vol. CLX, n° 2.) — C'est Hebra qui, en 1892, a indiqué un corps extrait de l'huile de moutarde, la thiosinamine, comme d'un emploi heureux dans le traitement des lupus pour empêcher les rétractions cicatricielles.

Depuis, son emploi a été généralisé pour la destruction du tissu fibreux et cicatriciel (rétrécissements de l'œsophage, de l'intestin, de l'urètre, adhérences, etc.). Les résultats donnés sont tantôt favorables, tantôt défavorables.

L'expérimentation chez le chien a montré à Lange, puis à Döllken, que le médicament amenait de l'œdème généralisé, des vomissements, du tremblement, de l'agitation et du ralentissement de la respiration.

Chez le lapin, les résultats sont identiques, sauf les vomissements. La mort peut résulter d'hydrothorax et d'œdème du poumon.

Forster, van Hoorer, Löwitt, Richter ont noté de même soit une diminution de résistance à l'intoxication, soit des altérations du sang.

Chez l'homme l'emploi de doses thérapeutiques a pu amener de l'intoxication se traduisant par des douleurs de tête, vertiges, malaises, vomissements, diarrhée, augmentation de température, faiblesse du cœur et anurie. Dans un cas l'intoxication a persisté pendant dix jours.

Tyrode a repris expérimentalement l'étude de la thiosinamine.

Ses expériences encore incomplètes ne lui ont pas permis encore de vérifier l'action de la thiosinamine sur le tissu cicatriciel, mais il émet déjà de forts doutes sur cette action.

Quant à l'action toxique elle est incontestable. Des expériences précises sur la grenouille, le lapin, le cobaye lui ont permis de la formuler ainsi :

1° Dépression marquée de la respiration qui cause la mort chez les animaux à sang chaud.

Cette dépression est quelquefois accompagnée par de l'œdème et de la congestion marquée des poumons, surtout si la mort est venue lentement.

2° Aucune influence sur la pression sanguine, le cœur est encore très puissant quand la respiration s'arrête dans les cas d'intoxication aiguë chez le lapin. Le cœur est seulement affaibli et arrêté par de grandes quantités appliquées directement sur l'organe chez la grenouille.

3° Profonds changements dans le métabolisme, consistant

en une rapide perte de poids avec augmentation de la combustion des matières protéiques et une dégénérescence des différents parenchymes des organes, surtout du cœur et des reins.

Dans quelques cas, le cœur est si graisseux que sa faiblesse peut expliquer les œdèmes et congestions observés chez l'animal, et la mort après une intoxication de plusieurs jours.

Tyrode conclut de ces faits que l'emploi de la thiosinamine ne doit être fait qu'avec une extrême circonspection et à très faibles doses.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

Par le docteur E. SOUTAL.

C'est un principe bien connu que la médication ferrugineuse est ce que nous avons de mieux pour combattre la chlorose. Et cependant, il y a des chlorotiques fort peu influencés par ce remède, ce qui ne manque pas d'être une surprise pour le médecin.

Mais, si l'on observe de près ces malades, on s'aperçoit vite que ce n'est pas la médication qui est en défaut, mais la façon dont on l'administre, et souvent aussi le ferrugineux utilisé.

En général, on a le tort d'ordonner le fer à hautes doses, et aussi d'utiliser les *sels* de fer, c'est-à-dire les ferrugineux constitués *chimiquement*. Le praticien doit, au contraire, rechercher les combinaisons thérapeutiques se rapprochant le plus possible de la constitution naturelle du *fer alimentaire*, du fer renfermé dans les aliments et qui passe avec eux dans l'organisme, où il est alors complètement assimilé.

Or, précisément, c'est dans l'observance de ce principe que repose toute la puissance de la médication ferrugineuse, et, depuis que systématiquement nous lui obéissons, nous obtenons d'une manière *constante* la guérison de la chlorose.

C'est le malto-fer qui, en thérapeutique, représente la véritable substance ferrugineuse stable, inaltérable, assimilable et identique au fer alimentaire.

C'est une combinaison protéique de fer et de manganèse parfaitement soluble et obtenue en mettant en contact avec un mélange défini de graines d'orge, de froment et d'avoine en état de germination, l'oxyde de fer et de manganèse obtenu à l'état naissant. Cette combinaison à base de malt, appelée malto-fer, représente donc non seulement la valeur spéciale du fer sur les globules, la valeur adjuvante et excito-nutritive du manganèse, mais aussi la puissance poly-digestive et polyphosphatée des céréales, démontrée nettement par Gilbert et Posternak.

De plus, il ne faut pas considérer dans ce remède la seule valeur reconstituante directe et reminéralisatrice des composants, mais il faut tenir grand compte de l'action encore imprécise, il est vrai, mais réelle, du fer et du manganèse sur les échanges, sur la nutrition, la vitalité organique, et qui n'est pas autre chose qu'une action diastasique, oxydasique, catalysante.

Et c'est pourquoi lorsque, dans la chlorose, nous donnons aux adultes un demi-verre à liqueur de malto-fer (élixir) après chaque repas, ou bien deux à trois dragées au début, nous obtenons des effets modificateurs généraux d'une puissance particulière. En quelques jours, ces malades perdent leur teint blanc verdâtre, leur appétit revient, leurs digestions s'améliorent et les forces renaissent. L'oppression habituelle disparaît. Il en est de même des palpitations, et le sthétoscope ne décèle plus aux jugulaires le bruit veineux et au cœur les souffles méso-systoliques. La fonction menstruelle devient plus abondante; en un mot, l'état général est en quelques jours complètement transformé.

Parfois, chez les malades nettement dyspeptiques, nous utilisons d'abord, aux repas, l'extrait de malt français Déjardin, qui, superphosphaté, renferme encore les ferments digestifs (amylase, dextrinase, maltase), grâce auxquels l'état gastro-intestinal change rapidement. Le malade, déjà amélioré par l'action reconstituante phosphatée de cet extrait de malt, est soumis ensuite aux effets bien connus du malto-fer, et, *constamment*, nous obtenons ainsi la guérison de la chlorose, sans amener des troubles gastriques, des phénomènes congestifs, de la constipation.

Nous signalons donc aux médecins ce traitement actif, presque spécifique, et qui n'offre aucun des inconvénients habituels des ferrugineux.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire moderne. Traitements. Ordonnances. Médicaments nouveaux (1), par le docteur R. VAUCAIRE, avec une préface du docteur TALAMON.

Au début de son introduction, le docteur Vaucaire remercie le monde médical de l'accueil qu'il a fait aux quatre premières éditions de son Formulaire rapidement épuisées. Je crois qu'il faut renverser les termes; si le livre a eu du succès c'est qu'il est bon et rend des services, et c'est aux praticiens à remercier M. Vaucaire de l'avoir écrit.

J'aimerais pour ma part en dire tout le bien que je pense, et présenter cet excellent formulaire à ceux qui, par hasard, ne le connaîtraient pas encore J'aime mieux céder la parole à plus autorisé que moi, et j'emprunte à M. Talamon ces quelques lignes de sa suggestive préface. « M. Vaucaire a renoncé à l'ordre habituellement suivi dans ces sortes d'ouvrages, et qui consiste à partir du médicament pour arriver à ses applications. Il a adopté un ordre plus logique et plus pratique. Il a pris par ordre alphabétique chaque maladie, chaque lésion, chaque symptôme et, résumant brièvement les indications fournies par chaque cas, il a fait suivre le traitement approprié avec un choix très sûr des meilleurs médicaments et des formules les plus simples.

C'est donc mieux qu'un formulaire ordinaire, c'est un véritable compendium de thérapeutique appliquée que M. Vaucaire offre au public. »

On ne saurait mieux dire, et comme un ouvrage de ce genre ne s'analyse pas il ne me reste qu'à souhaiter à cette nouvelle édition le légitime et grand succès de ses aînées.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 MAI 1910

THÈSES

Jeudi 12 mai, à une heure. — M. CHEMIN. Maladie d'Addison chez l'enfant (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Nobécourt.) — M. BARRÉ. Le cœur de l'enfant dans la scarlatine. Contribution à l'étude du cœur dans les maladies infectieuses. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Nobécourt.) — M. DÉRIBERÉ DESGARDES. Des arthropathies chez les hémophiles. (MM. Hutinel, président; Thiroloix, Castaigne et Nobécourt.)

(1) In-8 de 1026 pages. 5e édition conforme au nouveau Codex. — Prix : 7 francs. — Paris, Vigot frères.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 9, 26 fév. 1910.) Werz : Sur la présence dans le sang des néphritiques de substances à action mydriatique. — (N° 10, 5 mars.) Focke : Contribution concernant les hémorragies de stase à la tête.

L'Encéphale. — (N° 1, janv. 1910.) H. Duret : Quelques recherches récentes sur la circulation cérébrale. — H. Claude et Lévy-Valensi : Syphilis cérébrale avec lésions multiples. — S. Davidenkof : L'ataxie aiguë cérébrale. — (N° 2, fév.) Sérieux et Capgras : Une variété de délire d'interprétation, les interprétateurs filiaux. — Nouët et Trepsat : Des contractures et rétractions tendineuses dans la démence précoce catatonique. — Ameline : Sur l'origine des illusions tactiles en esthésiométrie. — (N° 3, mars.) Lhermitte et Guccione : De quelques symptômes et lésions rares dans la sclérose en plaques. — Maillard, Lyon-Caen et Moyrand : Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyélique de la sensibilité et diminution des réflexes du côté paralysé. — H. Claude : Sur certains phénomènes d'hyperkinésie réflexe chez les hémiplégiques. — Ladame : Le tabes traumatique. — Babonneix : Contribution à l'étude anatomique des encéphalopathies infantiles.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 8 fév. 1910.) Schichhold : Le traitement tonsillaire des affections soi-disant rhumatismales. — Curschmann : Rapports des affections inflammatoires des amygdales avec les maladies infectieuses. — Franck : Trachéotomie transversale. — Brewitt : Sur la valeur du badigeonnage iodé pour la désinfection de la peau avant les opérations. — Nast-Kolb : Sur les résultats de la désinfection exclusive par l'alcool et de la désinfection à la teinture d'iode. — V. Dungern : Sur la présence et l'hérédité de structures biochimiques et leur signification. — Roth : Communication sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par le « IK » de Spengler. — Righter : Remarques sur le traitement spécifique de la tuberculose pulmonaire. — Muck : L'action du charbon animal sur le bacille pyocyanique dans le pus de l'oreille et sur les blessures osseuses granuleuses. — Wolffberg : Sur la technique des instillations oculaires. — Meyer : Septicémie pneumococcique foudroyante avec hémoglobinurie. — R. Knoop : Contribution aux indications de la césarienne extra-péritonéale. — Luxemburg : Sur les blessures par coup de feu des artères sous-clavière et brachiale. — Schwarzenbach : Sur le traitement des hémorragies du post-partum. — (N° 7, 15 fév.) Keppler : Sur le traitement des furoncles malins du visage. — Stursberg : Sur l'emploi de l'ergographe pour la recherche de la simulation ou de l'aggravation des parésies. — Ohm : Contribution à l'enregistrement photographique du pouls. — Rœthlisberger : Notice sur une méthode clinique de dosage de l'acide urique dans le sang. — Römer : Contribution à la nature du virus de la paralysie infantile épidémique. — Klose : La torsion habituelle du cæcum mobile. — Hayn : Sur l'intoxication par la thiosinamine. — Jolles : Sur la recherche de la levulose et des pentoses dans l'urine. — Kafemann : Sur les anaphrodisiaques. — Heimann : Remarques cliniques sur l'action du pantopon. — Adam : Sur la valeur du traitement des affections oculaires par la dionine. — Weil : Tuberculose miliaire à la suite d'un avortement. — Grosser : Sur le traitement des nourrissons à nutrition troublée par la diète sans sucre. — Berliner : Sur le traitement de la coqueluche. — Marx : Sur la simplification des milieux de culture au moyen de la poudre de ragite. — Burckhardt : Sur la question de la narcose intraveineuse. — Weinberg : Sur la statistique étiologique du prolapsus génital. — Cramer : Remarques sur un projet de code criminel allemand.

Revue neurologique. — (N° 4, 28 fév. 1910.) E. Long : Deux observations anatomo-cliniques de syndrome thalamique (6 fig.) — J. Roux : De la myotonie dans la maladie de Parkinson. — (N° 5, 15 mars.) A. Ricaldoni : Paralysie associée bilatérale de la sixième et de la septième paires, à évolution successive ou serpigineuse. Hémispasme facial résiduel (2 fig.). — Jacques Parisot : Le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie de l'acromégalie.

Semaine gynécologique. — (N° 11, 15 mars 1910.) R. Pichevin : A propos de la thermo-cautérisation de l'ovarite scléro-kystique. — (N° 12, 22 mars.) R. Pichevin : Du raccourcissement des ligaments ronds par le procédé d'Alexander ; — De la thermo-cautérisation du moignon cervical au cours de l'hystérectomie subtotale. — (N° 13, 29 mars.) Pichevin : A propos de la leucoplasie vaginale.

Semaine médicale. — (N° 11, 16 mars 1910.) J. Lhermitte : De quelques signes mouveaux de l'hémiplégie organique. — (N° 12, 23 mars.) E. Toulouse : Enquête médico-psychologique sur la supériorité intellectuelle : M. Henri Poincaré. — (N° 13, 30 mars.) Pierre Boveri : De la névrite hypertrophique familiale (type Pierre Marie).

Tribune médicale. — (N° 2, 8 janv. 1910.) P. Merklen et R. P. Marcorelles : Rétrécissement et insuffisance des orifices mitral et tricuspide. Cyanose des poumons. Embolies de l'artère rénale droite et de l'aorte abdominale. — (N° 3, 15 janv.) F. Rathery et M. Saison : Lésions expérimentales du foie par le chloroforme. — (N° 4, 22 janv.) H. Tissier : Régime végétalien utilisant les graisses animales. — (N° 5, 29 janv.) Pierre Marie et Jean Clunet : Fréquence des métastases viscérales chez les souris cancéreuses après ablation chirurgicale de leur tumeur. — (N° 6, 5 fév.) R. Gay : Revue critique sur la viscosité du sang. — (N° 7, 12 fév.) Campenon : Dernière conférence clinique. — R. Gay : Revue critique sur la viscosité du sang (*suite*). — (N° 8, 19 fév.) J. Babinski : Sur le vertige voltaïque dans les perturbations de l'appareil vestibulaire. — Pârvu et G. Foy : Indice opsonique et valeur phagocytaire dans la leucémie aiguë. — (N° 9, 26 fév.) G. Rosenthal : Le sérum et le vaccin du rhumatisme articulaire aigu. — Jacques Vailland : Électrodes de fabrication facile. — (N° 10, 5 mars.) M.-E. Binet : Peut-on autoriser les graisses chez les malades atteints de lithiase biliaire ? — Gabriel Boudet : Ictère infectieux bénin et scarlatine. — (N° 11, 12 mars.) G. Delamare et Pierre Merle : Modifications épendymaires consécutives à des lésions de voisinage (ramollissement, hémorragie) et à des lésions éloignées (sclérose méningo-corticale). — Aubertin et E. Bordet : Sur les modifications de la glycosurie diabétique produites par l'irradiation du foie. — G. Roussy et J. Clunet : Les parathyroïdes dans quatre cas de maladie de Parkinson. — (N° 12, 19 mars.) L. Chevrier : De quelques effets généraux de petites quantités de sels insolubles de radium introduits dans l'organisme (urine, sang). — (N° 13, 26 mars.) E. Beaujard : La radiothérapie dans les maladies de la moelle épinière. — G. Foy et H. Woimant : Sur un cas de perforation de l'artère épigastrique au cours d'une paracentèse abdominale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 52. — JEUDI 5 & SAMEDI 7 MAI 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 5 & SAMEDI 7 MAI 1910. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Barbier, Macaigne, Galliard, qui acceptent; M. Labbé, Gaucher, Ballet, Legry et Blum, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai. — MM. Iselin, Muret et Kendirdjy, 18.

Prochaine séance, samedi 7 mai, à cinq heures, à l'hôpital Laënnec.

— Le deuxième concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le samedi 11 juin 1910, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du mardi 17 mai au samedi 28 mai 1910, inclusivement.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique générale.* — Séance du 2 mai. — M. Charézieux, 15.

Séance du 4 mai. — MM. Schæfer, 15 ; Bozo et Nespoulous, 14.

Epreuve clinique dentaire. — Séance du 6 mai. — MM. de Névrezé, 14 ; Schaefer, 16.

Prochaine séance landi 9 mai, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— PRIX DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le vendredi 10 juin, à midi précis, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement général sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires, et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, du mardi 17 mai au samedi 28 du même mois, inclusivement.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — LECTURE. — Séance du 2 mai. — MM. Guillaume, 12 + 15 = 27; Journée, 12 + 17 = 29.

Séance du 4 mai. — MM. Hahn, 9 + 11 = 20 ; Morlet, 11 + 13 = 24; Rousseau-Langwelt, 9 + 14 = 23.

Prochaine séance, samedi 7 mai, à cinq heures et demie, à la Charité.

La première séance des épreuves cliniques aura lieu le jeudi 12 mai, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Questions données :

Epreuve écrite. — « Plexus cervical et ses branches. — Causes de la circulation lymphatique. »

Orale. — « Sinus maxillaire. — Vésicules séminales. — Articulation médio-tarsienne et tarso-métatarsienne. »

Dissection. — « Les nerfs du larynx. »

A la suite du concours le jury a proposé pour aides d'anatomie : MM. Barbet, Mondor, Moure, Pascalis et Cruet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Deux concours, l'un pour une place de chef de clinique ophtalmologique, l'autre pour une place de chef de clinique d'accouchements, seront ouverts à la Faculté de médecine de Bordeaux le lundi 27 juin 1910, à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues jusqu'au jeudi 23 juin.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille des épidémies en argent est décernée à M. le docteur Sirot (de Flavigny-sur-Ozerain).

La médaille de bronze est décernée à MM. Rolants, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille; Garban, interne des hôpitaux de Paris; Bloch, interne provisoire ; Besnard, Donzé, Drouet, Gaillard, Molina, Schoofs, Tripier et Bréger, externes des hôpitaux de Paris.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Le jury du concours pour l'emploi de professeur de la chaire d'histologie et physiologie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort, qui doit s'ouvrir dans ce port le 17 mai 1910, sera composé ainsi qu'il suit :

Président : M. le médecin général de première classe inspecteur général du service de santé Bertrand. — Membres : MM. les médecins principaux Chastang et Etourneau.

— Le *Journal officiel* du 5 mai 1910 publie l'instruction relative à l'admission en 1910 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

HYGIÈNE DE LA GROSSESSE. — L'Administration de l'assistance publique vient de faire afficher l'avis suivant :

« Certains états maladifs se rattachant à la grossesse et certaines complications de l'accouchement peuvent compromettre la santé de la femme et de l'enfant lorsqu'ils ne sont pas reconnus et traités en temps utile.

Il est recommandé à toute femme enceinte de se soumettre

régulièrement, et sans attendre le terme de la grossesse, à l'examen du médecin ou de la sage-femme pour se tenir à l'abri d'accidents qu'elle n'est pas en mesure de prévoir par elle-même.

L'Administration générale de l'Assistance publique à Paris rappelle aux personnes indigentes et nécessiteuses que les consultations de ses maternités sont à leur libre disposition, alors même qu'elles n'ont pas l'intention d'accoucher à l'hôpital, et elle les engage à s'y adresser pour faire surveiller leur grossesse. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chevillon (d'Allauch), Guyet (de Lavausseau), Lhommer, médecin-major, médecin en chef de l'hôpital militaire de Sfax, mort victime du devoir professionnel (typhus); Trolard, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine d'Alger, fondateur et premier directeur de l'Institut Pasteur d'Alger; et Villerval (de Noyelles-sous-Lens).

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (professeur : M. Pierre Marie). — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — Démonstrations et exercices pratiques de technique bactériologique par M. H. Gougerot, chef de clinique adjoint.

Une série d'exercices pratiques commencera le jeudi 19 mai 1910, à une heure trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche). Les démonstrations et exercices pratiques se continueront les jeudi, samedi et mardi suivants, à la même heure.

Le nombre des élèves est limité.

Le matériel et un microscope avec immersion, par groupe de trois, seront fournis par le laboratoire.

Le montant des droits à verser est de 60 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardi, jeudi, samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations et d'exercices de technique bactériologique seront faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin

HOPITAL NECKER. — M. le docteur Mosny fera dans le service du docteur Hirtz (amphithéâtre Laënnec), le lundi 9 mai, à dix heures, une leçon sur « les spléno-pneumonies et les pleurésies bloquées ».

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 12 mai 1910, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 19 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue la conserveront.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

RENSEIGNEMENTS

A. G., COMITÉ D'ASSISTANCE ET DE PLACEMENT DES VEUVES ET ORPHELINES. — OFFRES. — *A.* Fille de docteur disposant d'un vaste immeuble dans une ville du Midi, à proximité de la montagne et de la mer, offre pension, local, service, à quelques veuves ou filles de docteurs peu fortunées. Elle serait disposée à créer, dans cet immeuble, une maison de retraite pour plusieurs proches parentes de médecins dépourvues de ressources suffisantes pour vivre confortablement chez elles.

B. Veuve de sociétaire reçoit à Nice, en hiver, quelques jeunes enfants ou jeunes filles (françaises ou étrangères) que les parents ne peuvent accompagner. Vie au grand air. Santé surveillée. Bonne hygiène. Education familiale et pratique. Villa particulière avec jardin et salle de bains. Conditions spéciales s'il y a lieu pour les jeunes filles appartenant au corps médical.

— Ecrire à M. le docteur Darras, trésorier général, 5, rue de Surène, à Paris, qui fournira renseignements.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 MAI 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 17 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Charité* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Fernand Bezançon ; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 18 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Gaucher, Wurtz et Zimmern ; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Desgrez et Macaigne ; — M. Branca, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Hartmann, Gosset et Proust ; — (2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Teissier, Sicard et Lœper ; — M. André Jousset, suppléant.

Jeudi 19 mai, à une heure. — 2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Maillard.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Vaquez et Claude ; — (2e série) : MM. Raymond, Langlois et Desgrez ; — (3e série) : MM. Pierre Marie, Fernand Bezançon et Richaud ; — (4e série) : MM. Wurtz, Carnot et Balthazard ; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 20 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Branca, suppléant.

Samedi 21 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. G. Ballet, Rénon et Gouget ; — (2e série) : MM. Achard, Castaigne et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau ; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

THÈSES

Mercredi 18 mai, à une heure. — Mme LIBIN. De l'avenir des femmes ayant eu des pleurésies avant ou après la puberté et devenant mères. (MM. Pinard, président ; Roger, Segond et Couvelaire.) — M. BESNARD. Considérations sur quelques cas de sialorrhée. (MM. Roger, président ; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. EHRENPREIS. Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale élargie ou opération de Schuchardt-Schauta. (MM. Segond, président ; Pinard, Roger et Couvelaire.) — M. LIMOUZI. Contribution à l'étude des applications chirurgicales du baume du Pérou. (MM. Reclus, président ; Monod, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. RENEVEY. Traitement des abcès péri-amygdaliens. (MM. Reclus, président ; Monod, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 19 mai, à une heure. — M. COILLOT. Contribution à l'étude des brûlures de l'œil par l'acide sulfurique. (MM. de Lapersonne, président ; Gilbert, Alb. Robin et Castaigne.) — M. PARTURIER. La colique vésiculaire. (MM. Gilbert, président ; de Lapersonne, Alb. Robin et Castaigne.) — M. ROBIN. Contribution à l'étude du traitement de la coxalgie et du mal de Pott. (MM. Alb. Robin, président ; de Lapersonne, Gilbert et Castaigne.) — M. HAMEL. Traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale. (MM. Thoinot, président ; Chauffard, Gouget et Jeanselme.) — M. BAUD. Essai de topographie sanitaire de la ville de Lille. Les conséquences du surpeuplement et de la promiscuité. (MM. Chauffard, président ; Thoinot, Gouget et Jeanselme.) — M. DE BAUDRE. De la mesure des réflexes achilléens et rotuliens. (MM. Gilbert Ballet, président ; Achard, Rénon et Nobécourt.) — M. MALLEIN. L'érythème nerveux. (MM. Achard, président ; Gilbert Ballet, Rénon et Nobécourt.) — M. VILLARD. L'hydropisie de la vésicule biliaire. (MM. Achard, président ; Gilbert Ballet, Rénon et Nobécourt.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA SCOLIOSE CONGÉNITALE

Par MM. Albert MOUCHET,
Chirurgien des hôpitaux,
et Jean ROUGET,
Interne des hôpitaux de Paris.

La scoliose congénitale est caractérisée par une malformation primitive des corps vertébraux ou une inégalité de développement du rachis, due à un trouble de nutrition des corps vertébraux au moment de la chondrification du tissu conjonctif qui les constitue primitivement.

Elle fut longtemps considérée par les classiques comme exceptionnelle, car, coïncidant très souvent avec d'autres malformations beaucoup plus importantes, elle passait inaperçue. Une simple visite au musée Dupuytren nous montre nombre de scolioses congénitales ignorées, l'anomalie des vertèbres étant minime par rapport à la gravité des malformations l'accompagnant.

Depuis une dizaine d'années, on a reconnu que cette rareté de la scoliose congénitale était très relative, et plus on va, plus les publications concernant cette affection se multiplient. Cela est dû pour beaucoup à la radiographie qui nous a permis de constater sur quelques squelettes de nouveau-nés, que la déviation congénitale de la colonne pouvait exister, alors même que le simple examen du sujet ne décélait aucune déformation. De plus, avec Desfosses, on peut admettre que très souvent la scoliose juvénile idiopathique est une difformité d'origine embryonnaire, qui, par suite du développement particulièrement tardif des vertèbres, ne se manifeste cliniquement que dans la première moitié du deuxième décennaire de la vie.

I

Historique. — L'histoire de la scoliose congénitale semble pouvoir se diviser en deux périodes : une première, *de 1700 à 1896*, dans laquelle les auteurs signalent quelques cas de scoliose congénitale, seule ou associée à d'autres malformations. Toutes ces descriptions manquent totalement de netteté. Une deuxième, *à partir de* 1896, pendant laquelle, grâce surtout à la radiographie, on reconnaît que quelques-uns des cas signalés antérieurement ne sont pas de véritables scolioses congénitales, relevant soit d'un arrêt, soit d'un trouble de développement survenu pendant la vie intra-utérine, mais que ce sont de *fausses scolioses congénitales*, d'origine obstétricale, simples complications d'un accouchement laborieux, d'une application de forceps ou d'une version difficile. D'autre part, on découvre du même coup l'anatomie pathologique et le mécanisme des *vraies scolioses congénitales*.

C'est donc au cours de cette deuxième période que l'étude de la question a été surtout approfondie.

Première période. — C'est à *Méry* que semble revenir l'honneur d'avoir le premier, en 1700, signalé chez un sujet, porteur de nombreuses malformations, une déviation latérale du rachis.

En 1810, Fleischmann et en 1816, Meckel, relatèrent des cas de scoliose congénitale, mais à l'état de lésion isolée.

En 1829, Muhry consacra sa thèse à la scoliose et dans celle-ci relata tous les faits connus jusqu'à ce jour.

Viennent ensuite les travaux de Holl, de Forster, en 1854.

Puis, Meyer, J. Guérin, Bardeleben, Adams, Busch, Fischer, étudièrent plus particulièrement la pathogénie de cette affection. Rokitansky signala le cas d'une femme présentant des scolioses multiples provoquées par la présence de moitiés de vertèbres surnuméraires et se compensant de chaque côté.

Goodhardt et, en 1880, Willett et Walsham, grâce à des recherches faites dans les musées anglais, contribuèrent puissamment à attirer l'attention sur ce sujet.

Enfin viennent les travaux de Vogt, Soffiantini, Sayre.

Deuxième période. — Dans la *Revue d'orthopédie* de 1896, *Kirmisson* et *Coville* relatent le résultat de recherches personnelles qui portèrent sur un millier de nouveau-nés : sur 1015 enfants examinés, ils n'en trouvèrent qu'un seul présentant une asymétrie thoracique ; aussi considèrent-ils encore, à cette époque, la scoliose congénitale comme étant d'une très grande rareté.

En 1897, *Kirmisson* et *Ardouin* publient l'observation détaillée d'un fœtus exomphale, présentant une scoliose congénitale, un spina bifida lombo-sacré, une double luxation congénitale des hanches, un double pied bot, et enfin une absence des organes génitaux et de la vessie.

La première observation de scoliose congénitale établie par la radiographie est due à *Albert Mouchet*.

En 1898, *Mouchet* rapporte le cas d'une fillette de deux ans, née à terme, chez qui, huit jours après sa naissance, la nourrice remarqua au niveau de la région dorso-lombaire la présence d'une bosse. Cette bosse continua à augmenter peu à peu pendant un an ; comme l'enfant prenait bien le sein, que sa santé générale était excellente, les parents ne se préoccupèrent point de cette saillie vertébrale, et c'est seulement au bout d'un an qu'ils vinrent consulter M. Aug. Broca dans le service duquel Mouchet l'étudia. La gibbosité siégeait alors sur une longueur de 12 centimètres, constituée par la série des apophyses épineuses de la huitième vertèbre dorsale à la quatrième vertèbre lombaire ; elle n'était pas médiane, mais déviée du côté gauche, où elle présentait une forte convexité. C'est en ce point, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, que la saillie osseuse était le plus prononcée ; elle ne paraissait pas, comme dans le reste de son étendue, être constituée par une apophyse épineuse, mais plutôt par la partie latérale gauche de la vertèbre lombaire.

La radiographie montra un coin osseux, interposé entre la première et la deuxième vertèbre lombaire, du côté gauche ; nous croyons que c'est la première radiographie publiée en fait de scoliose congénitale.

En 1899, *Mouchet* présenta à la Société anatomique, l'observation d'un fœtus mort-né qui, outre une scoliose congénitale dorso-lombaire, présentait une main bote radiale gauche avec absence du radius et du pouce. L'examen radiographique montre encore, dans ce cas, une hémi-vertèbre supplémentaire placée

(1) Reproduction interdite.

en coin entre la première et la deuxième vertèbre lombaire.

C'est *ce même auteur* qui signala en 1899, à la même Société, le cas d'un monstre exencéphale, mort-né, dont la colonne lombaire présentait sur la partie latérale droite des corps vertébraux une voussure légère dont le maximum répondait à l'intervalle entre la première et la deuxième vertèbre. Par la dissection, l'auteur décela, à ce niveau, la présence d'un coin ostéo-cartilagineux représentant une hémivertèbre.

Hirschberger fait une étude complète de la question, il réunit 29 cas de scoliose congénitale dont deux personnels observés dans le service de Hoffa : le premier est celui d'un enfant, né à l'aide d'une application de forceps, et qui, dès sa naissance, présenta une paralysie flasque des quatre membres. Son rachis est incurvé en S : scoliose légère droite, cervicale et dorsale supérieure; scoliose gauche très prononcée, dorsale inférieure et lombaire. A l'autopsie, Hirschberger constata que le nombre des vertèbres était normal et qu'il n'existait aucune anomalie costale.

La deuxième observation est celle d'un adulte ne possédant que quatre vertèbres lombaires par fusion de la deuxième et de la troisième vertèbre lombaire. A propos de ces deux faits, Hirschberger proposa une classification — d'ailleurs illogique — des scolioses congénitales, suivant qu'elles coexistent ou non avec une autre malformation, comme spina bifida ou bec de lièvre.

Toute la question est reprise en 1900, dans le très complet ouvrage de *Redard* « Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale », dans lequel l'auteur met au point l'étude de la pathogénie de la scoliose congénitale.

En 1901, vient la thèse de *Fleury*. L'auteur y fait un exposé des différentes observations de scolioses congénitales connues jusqu'à cette date. Il y ajoute une observation qui lui est fournie par *Broca* et *Mouchet* : il s'agit d'une fillette de six ans, née à terme à la suite d'une application de forceps, avec une imperforation anale. Ce n'est qu'à l'âge de huit mois que les parents s'aperçurent que cette enfant présentait une déformation rachidienne : scoliose à convexité droite, siégeant entre la dixième vertèbre dorsale et le sacrum. L'examen radiographique permit de constater l'existence d'une vertèbre lombaire supplémentaire; mais cette vertèbre, étant égale en hauteur sur ses moitiés droite et gauche, ne pouvait être, comme Fleury l'admit à tort, la cause de la scoliose. La radiographie, en montrant une douzième vertèbre dorsale atrophiée dans sa moitié gauche, moitié qui était des deux tiers moins haute que la moitié droite et qui, d'autre part, ne portait pas de côte correspondante, nous donnait la clef de la scoliose congénitale : c'était une scoliose par *hémiatrophie gauche de la douzième vertèbre dorsale*; Broca et Mouchet insistèrent plus tard avec raison sur ce point, en redressant l'interprétation fausse admise par Fleury.

La même année, 1901, *Codivilla* rapporte, à la Société médico-chirurgicale de Bologne, le cas d'un enfant, âgé de onze ans, nullement rachitique, qui présentait une scoliose à double courbure : lombaire gauche et dorsale droite. A l'examen radiographique la cause de cette courbure put être facilement décelée : une demi-vertèbre accessoire existait entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire : donc disproportion très manifeste entre la hauteur de la colonne à droite et à gauche, puisqu'à gauche, existaient six corps vertébraux, lombaires, tandis qu'à droite, il n'en existait que cinq. Ce cas rentre donc, comme nous le verrons ultérieurement, dans les scolioses congénitales par production de segments vertébraux en excès. Mais ce qui est assez intéressant, c'est qu'il existait en outre chez ce malade une hypertrichose de la région lombaire, superposée à la convexité de la colonne vertébrale et non associée comme cela arrive très souvent, à un spina bifida occulta.

Bonnaire, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique* de Paris (1901), signala le cas « d'un fœtus, né avant terme, offrant un arrêt de développement dans la réunion des lames ventrales du tronc, qui s'est traduit par une volumineuse omphalocèle et par une déformation consistant en la production d'une scoliose avec attitude spéciale des membres inférieurs et déviation dans la forme du bassin ». Cet auteur croit devoir mettre la scoliose comme les autres difformités sur le compte de l'oligoamnios, la même cause ayant déjà été invoquée par lui en 1894, lors de la présentation d'un fœtus hydrocéphale, porteur d'une scoliose dorso-lombaire, à grand arc. Mais la scoliose n'est pas davantage étudiée dans ses caractères anatomiques précis.

Ces deux observations de Bonnaire viennent s'ajouter aux observations constatées de nos jours, chez des fœtus, par Dubrisay et Bouchacourt, Girard, Nau, Bar, Sanger.

En 1902, *Pendl* rapporte avoir constaté, dans le service de Hoffa, une petite malade de six ans, ayant une scoliose congénitale. C'est la même fillette que celle publiée par Mouchet en 1898. Il est à noter cependant que l'auteur allemand a pu constater sur la radiographie, outre le coin osseux déjà signalé, une fusion des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e côtes gauches, à leur extrémité vertébrale, sous forme d'une palette osseuse, large de 10 centimètres, fusion costale que la radiographie moins nette, observée par Mouchet en 1898, ne lui permettait pas de signaler.

En 1902, *Broca* et *Mouchet* mettent au point, dans un court mémoire de la *Gazette hebdomadaire*, l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement de la scoliose congénitale.

En 1903, *Froelich* (de Nancy) publie le cas d'un sujet âgé de trois ans, présentant, outre une scoliose congénitale lombaire à concavité gauche, avec courbures de compensation à la région dorsale, un pied bot varus équin. La radiographie montra une inclinaison à droite avec torsion de toute la colonne lombaire; de plus les corps vertébraux lombaires semblaient fusionnés les uns avec les autres. La colonne vertébrale paraissait être composée de deux masses osseuses. La présence d'une légère hypertrichose, l'existence du pied bot font que l'auteur, pour expliquer cette déviation lombaire, pensa à la diminution de résistance produite dans cet organe par un spina bifida, ou plutôt par une fissure rachidienne antérieure siégeant sur les corps vertébraux.

Cette même année, *Sainton*, à la Société de pédiâtrie, signale un cas de redressement complet de scoliose congénitale, à la suite d'un traitement méthodique et prolongé.

Enfin Maas, en Allemagne, publia l'observation d'une fillette qui, à deux mois, présentait une scoliose totale à convexité gauche, dont le sommet répondait à la neuvième vertèbre dorsale, la première constatation de cette malformation remontant à la naissance.

La radiographie montra une scoliose totale à convexité gauche, englobant toute la région dorsale, les vertèbres lombaires supérieures et les vertèbres cervicales inférieures.

En 1904, Vogel, Athanassow, Bonnaire et Devraigne rapportent de nouveaux cas de scoliose congénitale.

Toutes les observations et la plupart des théories, émises jusqu'à cette date, furent rassemblées et commentées dans la thèse de *Nau*. Cet auteur, se basant sur les 90 observations qu'il put recueillir, après avoir éliminé les fausses scolioses congénitales d'origine obstétricale, propose une classification des vraies scolioses congénitales; il les divise en scolioses avec intégrité vertébrale et scolioses avec vertèbres fortement touchées, incomplètes et mutilées. A ces deux grandes classes, l'auteur ajoute enfin une troisième catégorie, d'ailleurs très pauvre, ce sont les scolioses dues à l'ascension unilatérale du bassin.

En 1906, *Max Böhm* (de Boston) présente trois observations personnelles de scoliose.

En 1907, *Gottstein* rapporte le cas d'un enfant, né un mois avant terme, dont la radiographie permit de constater la présence de treize vertèbres dorsales, d'une pièce vertébrale intercalaire au-dessous de la première vertèbre lombaire, en partie soudée à celle-ci; enfin le nombre des côtes était de dix à droite, de treize à gauche. De ses recherches, l'auteur conclut que les scolioses congénitales ont pour origine de légères malformations vertébrales ou costales. La scoliose dite liée à des côtes cervicales est pour lui le plus souvent l'expression des malformations vertébrales.

En 1908, *Putti* (de Bologne) publie un travail très complet sur la scoliose congénitale. Il insiste surtout sur la pathogénie et regarde cette affection comme « un vice embryonnaire dans la formation et le développement d'un ou plusieurs métamères vertébraux, ce vice consistant dans une variation de la vertèbre, par excès ou par défaut, dans la période préostéale ».

Perrone signale une scoliose congénitale due à la soudure plus ou moins complète d'une des apophyses transverses de la cinquième vertèbre lombaire avec l'aile du sacrum. Cette anomalie fut totalement guérie par élimination de la soudure par opération sanglante.

En 1909, signalons les articles de Vignard et Monod, de Desfosses, le travail de Monod sur la scoliose en général.

Œhlecker rapporte le cas d'une petite fille de six ans et demi qui, depuis l'âge de trois ans, présentait une gibbosité cervico-dorsale à évolution progressive, nullement douloureuse, n'entravant nullement la marche du sujet. A la radiographie, on constata l'existence d'un rachischisis antérieur qui séparait en deux les corps des sixième et septième vertèbres cervicales et des huit premières vertèbres dorsales; en arrière, au niveau des arcs neuraux, aucune trace de spina bifida postérieur.

Coville signale le cas d'un garçon de trois ans et demi, dont la mère au cours de la grossesse fut victime de deux accidents : le premier, alors qu'elle était enceinte de trois mois, consista en une chute d'un siège élevé; à la suite de celle-ci, elle eut une petite hémorragie et quelques douleurs; le deuxième (une chute sur le ventre) eut lieu quinze jours avant l'accouchement qui précéda de trois semaines la date présumée. Chez cet enfant, on constata dès la première semaine une déviation latérale du rachis du côté gauche qui, d'ailleurs, alla en s'accentuant à mesure que l'enfant avança en âge. Quand Coville l'examina, il se trouva en présence d'un enfant vigoureux, présentant un léger degré d'asymétrie faciale aux dépens de la moitié droite de la face, un défaut de symétrie entre les deux épaules, une scoliose totale à convexité gauche très accusée, puisque la flèche de la courbure scoliotique mesurait 2 centimètres et demi. La radiographie (qui d'ailleurs ne fit que confirmer le diagnostic de Coville) montra la présence de deux noyaux osseux triangulaires, l'un entre la onzième et la douzième vertèbre dorsale, l'autre entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale; d'autre part on constata quelques malformations costales, surtout la fusion au voisinage de leur angle des troisième et quatrième côtes gauches et peut-être aussi des sixième et septième côtes droites. Ce même auteur signale aussi le cas d'une fillette de dix ans et demi, chez qui, la mère, dès la première semaine après sa naissance, constata une voussure de la poitrine en avant; ce n'est que ces temps derniers que l'on observa chez cette petite fille une incurvation rachidienne : scoliose à convexité cervico-dorsale gauche, d'un centimètre et demi de flèche, avec courbure de compensation dorso-lombaire droite; cette déviation est due à la deuxième vertèbre dorsale qui n'est représentée que par sa moitié droite, formant ainsi un coin osseux à base droite et à sommet tourné à gauche.

Ces deux observations que Coville adressa à la Société de chirurgie firent l'objet d'un excellent rapport de M. Kirmisson sur « la scoliose congénitale » (Société de chirurgie, octobre 1909). Dans ce rapport l'auteur signale les derniers travaux et les récentes publications relatives à la question; il y expose les théories pathogéniques les plus admissibles et termine par une étude clinique approfondie de la scoliose congénitale.

Plus récemment, *Mouchet* présente à la Société de chirurgie (séance du 8 décembre 1909), le cinquième cas de scoliose congénitale observé par lui dans l'espace de onze ans (fillette présentant une hémiatrophie de la neuvième vertèbre dorsale droite qui ne porte pas de côte correspondante sur la moitié atrophiée).

Il y a quelques semaines enfin, *Mouchet* observe une *sixième scoliose congénitale* sur un garçon de seize mois qui lui est adressé par Funck-Brentano et qui présente entre la première et la deuxième vertèbre lombaire une hémivertèbre supplémentaire en coin soudée complètement à la deuxième vertèbre lombaire.

II

Pathogénie. — Cette question fut de tout temps très controversée. A l'exposé des différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la scoliose congénitale, on se rend compte que, dans le nombre, il en est plusieurs d'admissibles, les unes pouvant s'appliquer aux cas de vertèbres complètes par exemple, les autres au contraire ne visant qu'à expliquer la production du coin osseux.

I. Théorie mécanique. — Cette théorie est certainement une des plus anciennes en date, ce fut celle émise par Cruveilhier. Très en faveur en Allemagne où Busch fut un de ses principaux partisans, elle attribue la scoliose à une compression du fœtus in

utero, soit par contraction du muscle utérin, soit par position vicieuse intra-utérine.

Bonnaire, dans la thèse de son élève Metzger, se basant sur deux cas de scolioses congénitales chez des fœtus, incrimine l'*oligoamnios*. Pour ces auteurs tous les enfants souffrent plus ou moins de l'oligoamnios : dans certains cas, certaines parties du corps ne peuvent arriver à leur développement complet, empêchées qu'elles en sont par l'amnios qui s'applique trop étroitement sur elles; cette diminution du liquide amniotique peut déterminer des déformations par suite de la compression anormale, à laquelle l'enfant est exposé durant la vie intra-utérine; toutes ces déformations ont pour résultat un emboîtement réciproque des différentes parties du corps, pour amener celui-ci à occuper le plus petit volume possible : c'est ainsi que la colonne vertébrale est déviée et montre tantôt une cyphose, tantôt une scoliose compliquée ou non de courbures de compensation, pouvant amener des déformations du bassin.

Le moindre reproche que l'on puisse faire à cette théorie mécanique c'est d'être incomplète... En effet, si elle explique les scolioses avec intégrité vertébrale, par contre elle n'interprète nullement les cas de scolioses avec vertèbres incomplètes et plus ou moins bouleversées.

II. Théorie nerveuse. — Admise par Rokitansky, Meyer, J. Guérin, elle attribue à des lésions et malformations du système nerveux central [anencéphalie (Geoffroy Saint-Hilaire, Depaul, Robert), microcéphalie, spina bifida (Philipeaux)] la production, dans quelques cas, d'une scoliose par contracture des muscles de la concavité.

De cette théorie, on peut rapprocher une *théorie neuro-musculaire* d'après laquelle les troubles de la segmentation vertébrale seraient le résultat de troubles de la métamérisation neuro-musculaire : manque-t-il une demi-vertèbre, il manque pareillement un nerf rachidien, et son district musculaire; y a-t-il une demi-vertèbre en trop, de ce côté nous avons également en trop un nerf rachidien, et sa zone d'innervation motrice.

III. Théorie du rachitisme fœtal (Fischer, Vogt). — Cette théorie est peu satisfaisante, car on n'a jamais constaté, chez les sujets atteints de scoliose congénitale, les signes d'une dystrophie osseuse généralisée.

De plus, comme l'a montré A. Broca, ce terme de rachitisme fœtal est une dénomination tout à fait impropre pour désigner un trouble de développement des os dont la nature intime nous échappe complètement.

IV. Théorie inflammatoire (Hirschberger). — Cette théorie, outre qu'elle ne repose que sur une observation unique, ne s'appuie sur aucun fait probant. Comment admettre en effet que des troubles inflammatoires se localisent sur la gaine squelettogène de la corde dorsale, sans se diffuser, en respectant la vie de l'embryon et en laissant comme traces des arrêts de développement localisés. Cette conception ne semble guère possible pour les scolioses qui datent des premiers temps de la vie embryonnaire. Quant aux scolioses tardives, s'il en existe d'inflammatoires, elles sont certes exceptionnelles.

V. Théorie aortique (Sabatier). — D'après cet auteur, « la crosse de l'aorte détermine une très légère scoliose dorsale droite congénitale ». Or, si on observe un certain nombre de colonnes vertébrales, on peut se rendre compte que l'aorte, comme d'ailleurs la plupart des vaisseaux, même ceux de petit calibre, produit par contact des gouttières, des empreintes et non des incurvations.

Mehnut et Péré arguent contre cette théorie que, si on étudie chez le nouveau-né l'empreinte aortique, on remarque qu'elle est prévertébrale, à la jonction des faces antérieure et gauche, et nullement latéro-vertébrale.

VI. Théorie des vices de développement. — Comme l'ont montré la dissection et la radiographie, dans un certain nombre de scolioses congénitales, on peut se trouver en présence des causes suivantes :

1° Inégalité de développement des deux moitiés latérales d'une vertèbre [hémiatrophie vertébrale] (Hirschberger, Broca, Mouchet).

2° Déformation cunéiforme d'un ou de deux corps vertébraux.

3° Présence d'une pièce osseuse supplémentaire, en forme de coin entre deux vertèbres (Mouchet, Codivilla, Hirschberger, Coville).

4° Soudure plus ou moins complète d'une des apophyses transverses de la cinquième vertèbre lombaire avec l'aile du sacrum (Perrone).

5° Variations numériques des corps vertébraux (excès ou manque) dont les masses latérales sont inégalement développées (Adams).

5° Arrêt de développement de l'un des côtés du squelette.

6° Atrophie limitée à un côté du tronc qui produit une asymétrie prononcée (Vogt).

Comment expliquer toutes ces causes de scoliose congénitale? Si nous éliminons les scolioses congénitales, conséquences de malformations osseuses multiples, et si nous ne nous occupons que des scolioses congénitales vraiment pures, il semble qu'elles doivent être attribuées à un trouble de nutrition des corps vertébraux, survenant non pas au moment de l'ossification, mais au moment de la chondrification du tissu conjonctif qui constitue primitivement les corps vertébraux. Comme le disent Broca et Mouchet, « on se trouve en présence d'un trouble primitif de l'ossification vertébrale, survenant dans les premiers mois de la vie intra-utérine au moment de la formation des sclérotomes et de leur chondrification ».

Pour s'expliquer cette théorie, il faut se rappeler les quelques notions suivantes d'embryologie. Le premier rudiment du squelette axial est la corde dorsale ou notocorde qui, dès qu'elle est entourée par le mésenchyme, constitue la colonne vertébrale membraneuse; au moment du deuxième mois de la vie embryonnaire commence la chondrification de ce rachis membraneux, l'ébauche cartilagineuse étant double ; enfin, avant que la colonne vertébrale cartilagineuse soit complètement formée, dès la fin du deuxième mois ou le début du troisième, commence l'ossification : celle-ci se faisant par trois points osseux primitifs, un pour le corps qui est le point central, deux pour les masses latérales, ce sont les points latéraux ou neuraux.

Il est donc aisé de comprendre que, alors qu'il serait très facile d'interpréter les malformations vertébrales si le corps se développait par deux points osseux symétriques (l'un des deux points ayant disparu par atrophie, l'autre se serait développé, don-

nant naissance à une pièce osseuse cunéiforme), cette interprétation est impossible par la présence de trois points osseux.

Aussi considère-t-on ce trouble de nutrition comme ayant débuté au moment de la chondrification, l'ébauche cartilagineuse étant double. Il y aurait donc, dans certains cas, persistance de cette dualité de l'ébauche cartilagineuse, arrêt de développement de l'une des deux moitiés et finalement production de scoliose.

Cette interprétation, basée sur l'embryologie, est admise par Nau, Broca, Mouchet, Kirmisson.

Pour ce dernier auteur, les données embryologiques sont susceptibles d'une autre interprétation : « Alors même que les trois points osseux, le central et les deux points neuraux ont fait leur apparition, il peut se faire que, par le fait d'une pression excentrique, le point central et l'un des neuraux soient refoulés d'un côté du rachis, qui deviendra le côté convexe, tandis que le neural du côté de la concavité perd ainsi ses connexions avec le corps vertébral. Chassé d'un côté de la colonne, limité dans son développement, le central restera petit, ne dépassant pas la ligne médiane, il semblera un demi-corps vertébral. Quant au neural qu'il a abandonné, il aura une destinée variable, il pourra persister indépendant, il pourra se confondre avec les neuraux voisins ou bien ne pas se développer.

Dans ces cas, la scoliose congénitale reconnaîtrait pour cause des troubles de développement plus tardifs que dans l'hypothèse précédente, consistant en déplacement latéral, glissement et enfin déformation du point osseux central. »

III

Anatomie pathologique. — La scoliose congénitale, comme la scoliose acquise, est caractérisée essentiellement par une déviation latérale du rachis; mais, alors que, dans l'acquise, la déformation est très complexe, à l'incurvation s'associe toujours la torsion; dans la congénitale, la torsion manque le plus souvent.

I. Déformations portant sur l'ensemble du rachis. — 1° *Inflexion latérale.* — Les scolioses congénitales ont le plus souvent leur convexité à gauche.

Le nombre des vertèbres compris dans la déviation scoliotique est des plus variables ; on peut se trouver en présence de scolioses totales, comme on peut avoir affaire à des scolioses très peu étendues, n'intéressant qu'un nombre très restreint de vertèbres.

Les scolioses congénitales les plus fréquentes sont celles à *siège dorso-lombaire* : le sommet de leur courbure se trouve alors généralement vers la huitième ou neuvième vertèbre dorsale. Puis viennent dans l'ordre, les dorsales, les lombaires et enfin les cervico-dorsales. En résumé pas de siège d'élection pour les scolioses congénitales; le seul point à remarquer c'est qu'*elles sont en général plus bas situées que les scolioses acquises.*

Les scolioses sont souvent *multiples* : il n'est pas rare en effet de trouver une colonne vertébrale présentant plusieurs déviations primitives; c'est ainsi que Rokitansky signale un cas où le rachis présentait quatre demi-vertèbres alternativement placées le long des segments dorsal, lombaire et sacré. Mais habituellement ce sont deux demi-vertèbres dont l'une est dorsale supérieure, l'autre dorsale inférieure ou lombaire. Ces demi-vertèbres peuvent siéger chacune d'un côté différent du rachis : les lésions étant les mêmes, le rachis reste rectiligne ; on se trouve donc en présence d'une scoliose congénitale sans scoliose, par suite d'une véritable compensation osseuse. Dans d'autres cas, si les deux demi-vertèbres existent du même côté, on trouve une double déviation, une incurvation en S du rachis.

Une particularité assez intéressante est que, dans la scoliose congénitale, l'inflexion peut se compliquer de l'adjonction de *courbures de compensation*, adjacentes à la déformation primitive, de direction opposée à elle et toujours beaucoup moins accentuées que la courbure primitive qui se distingue alors facilement. En effet, si leur présence s'explique dans une scoliose acquise ancienne, car elles ont pour effet de rétablir la verticalité du rachis envisagé dans son ensemble, on ne voit pas bien à quoi elles sont dues chez des sujets chez lesquels ne sont intervenus ni la station verticale ni la pesanteur.

On trouve assez fréquemment la *scoliose associée à de la cyphose*, et très rarement l'association scoliose lordose.

2° *Torsion.* — L'incurvation et la rotation horizontale des corps vertébraux sont deux phénomènes indépendants. *La torsion manque en effet le plus souvent* : les corps vertébraux regardent directement en avant. Parfois, mais très rarement, la torsion est très marquée.

Très rarement aussi, la torsion donne lieu à des *scolioses paradoxales* (l'incurvation latérale et la rotation horizontale sont de sens opposé) : l'acéphale de Serres, le fœtus de Rambaud et Renault en sont des exemples typiques.

II. Déformation des vertèbres en particulier. — Les vertèbres peuvent être complètes ou incomplètes.

Complètes, elles sont alors modifiées dans leur forme, *hémiatrophiées*. (Fleury dans sa thèse cite un cas dans lequel la moitié gauche de la douzième vertèbre dorsale était des deux tiers moins haute que la moitié droite.) Enfin dans certains cas, on trouve la vertèbre la plus atteinte soudée à sa ou à ses voisines.

Dans un cas observé par Turner le corps de la dixième vertèbre dorsale était formé de deux parties distinctes, séparées sur la ligne médiane par une fente allant jusqu'au canal rachidien. Chaque demi-corps était uni à un arc et pourvu d'une facette articulaire pour la dixième côte.

Ce cas est d'ailleurs à rapprocher de celui signalé par Ochlecker (de Hambourg), chez lequel il existait un rachischisis antérieur qui séparait les corps des sixième et septième vertèbres cervicales et des huit premières vertèbres dorsales.

En général, on se trouve en présence de *vertèbres incomplètes*. Il existe alors un véritable *coin osseux*, intercalé d'un côté entre deux vertèbres normales qu'il écarte l'une de l'autre. Ce coin, qui occupe le point culminant de la déviation, a l'aspect d'une demi-vertèbre : il présente un demi-corps et un arc complet avec son apophyse transverse, et si on a affaire à la région dorsale, sa côte.

Cette demi-vertèbre adhère soit à la vertèbre sus, soit à la vertèbre sous-jacente. L'ensemble revêt donc l'aspect d'une pièce triangulaire vue de face, portant d'un côté une apophyse transverse, de l'autre

deux, tandis qu'en arrière également, d'un côté, on trouve une lame alors que de l'autre on en trouve deux, parfois une, mais alors ses dimensions verticales sont dentelées.

Ces *vertèbres en coin*, présentant un demi-corps et un demi-arc sont donc une demi-vertèbre, résultant d'un trouble antérieur à l'ossification, ayant frappé d'arrêt de développement une des ébauches paires des corps vertébraux cartilagineux [les dessins de Mouchet (*Soc. anat.*, 1899) rendent nettement compte de la constitution de ces hémivertèbres supplémentaires].

Mais comme le montre bien Nau, elles peuvent aussi être le résultat du glissement et de la déformation d'un corps vertébral entier : « La vertèbre en coin représente alors une vertèbre entière avec déhiscence entre le neural et le central d'un côté; dans ce cas, la chondrification fut normale et c'est la période d'ossification qui a été la période troublée.

Par la présence de ce coin osseux, les vertèbres adjacentes sont plus ou moins transformées : la face inférieure de la vertèbre sus-jacente est légèrement excavée par le contact de la face supérieure du coin. De même la face supérieure de la vertèbre sous-jacente est assez fortement creusée.

Au lieu de *lésions isolées*, univertébrales, on peut observer les mêmes *lésions associées*, polyvertébrales, bouleversant entièrement un segment du rachis ou le rachis tout entier qui semble télescopé et donnant lieu à de véritables « scolioses en jeu de patience ».

Enfin, assez souvent, le *nombre des vertèbres est augmenté*; c'est ainsi que Calori sur un squelette de petite fille de six ans, a noté d'une part une demi-vertèbre intercalée à droite entre la première et la deuxième vertèbre dorsale et d'autre part six vertèbres lombaires. Pour expliquer ces variations dans le nombre des vertèbres, Baur et Albrecht admettent l'augmentation primitive du nombre des myotomes ou leur division partielle en cas d'intercalation incomplète. Pour Rosenberg, cette variation dans le nombre des vertèbres est due à ce que le nombre des vertèbres primitives de l'embryon est plus élevé que celui de l'individu complètement développé, un certain nombre de ces vertèbres primitives devant disparaître et ceci surtout aux régions lombaire et dorsale inférieure. Qu'il se produise un trouble dans la disparition de ces vertèbres primitives, il peut en résulter une scoliose (celles-ci sont justement beaucoup plus fréquentes dans les régions lombaire et dorsale inférieure).

Dans le cas de Fleury, il y a six vertèbres lombaires au lieu de cinq et c'est une hémiatrophie de la douzième vertèbre dorsale qui crée la scoliose.

III. Déformations portant sur les autres parties du squelette. — 1° *Côtes.* — Comme on a pu le constater dans certaines observations résumées à propos de l'historique de cette question, il n'est pas rare de voir *les côtes soudées les unes aux autres.* C'est ainsi que, dans la première observation de Mouchet reprise par Pendl, les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes gauches sont fusionnées à leur extrémité vertébrale, sous forme d'une palette osseuse large de 10 centimètres.

Parfois les côtes sont *plus ou moins déformées* suivant leurs faces.

On peut observer l'absence d'un nombre plus ou moins considérable de côtes : Homer Cage a rapporté l'observation d'une jeune fille de dix-sept ans, chez qui les sixième, septième, huitième, neuvième, dixième côtes gauches faisaient défaut; il en résultait une scoliose à convexité droite avec courbure de compensation en sens inverse à *la région* lombaire. De Willett et Walsham ont observé un squelette de femme de trente et un ans chez qui il manquait cinq côtes à droite, quatre à gauche.

Dans d'autres cas, on constate la *présence de côtes surnuméraires* : celles-ci sont alors toujours cervicales; le plus souvent la côte cervicale naît de la septième vertèbre cervicale, plus rarement de la sixième; dans les deux tiers des cas, la côte cervicale est bilatérale; sa longueur est variable : parfois elle atteint à peine le niveau de l'apophyse transverse de la vertèbre, d'autres fois au contraire elle apparaît à la région antérieure du thorax et vient se souder à la première côte, parfois même au sternum.

S'il s'agit de scoliose par hémiatrophie du corps vertébral, la côte peut manquer sur le côté atrophié (observation de Fleury, cinquième observation de Mouchet).

2° *Bassin.* — Surtout étudié par Bonnaire, Nau.

Le bassin peut être vicié par l'établissement d'une courbure de compensation lombo-sacrée ou sacrée et cette courbure de compensation, cause de la viciation pelvienne, détermine une déformation caractéristique, différente de celle que provoquent les scolioses acquises.

Deux raisons principales font que ce bassin diffère du bassin scoliotique acquis : la première, c'est l'habituelle absence de rotation horizontale du sacrum, le promontoire continuera à regarder en avant; la deuxième, c'est l'absence de l'action de la pesanteur. La viciation pelvienne ne dépend donc que d'un seul facteur, l'incurvation rachidienne.

Principaux caractères de ce bassin. — Déformation à type oblique ovalaire du détroit supérieur; la seule différence avec le bassin acquis est la non rotation du promontoire.

Au niveau de l'excavation, rien à signaler, puisque le sacrum regarde directement en avant.

Au niveau du détroit inférieur, l'os iliaque du côté de la convexité sacrée est aplati, redressé et rejeté inférieurement en dedans, en sorte que l'ischion de ce côté se trouve à peu près sur la ligne médiane, que la branche ischio-pubienne de ce côté est à peu près antéro-postérieure, très peu oblique en arrière et en dehors, de sorte que, si on regarde de haut en bas l'excavation pelvienne, on voit largement la face interne de l'ischion du côté de la convexité et à peine la face correspondante de l'ischion de l'autre côté. L'os iliaque du côté de la concavité a perdu au contraire son obliquité en bas et en dedans, il est devenu vertical; son ischion s'est porté en dehors, la branche ischio-pubienne est fortement oblique en dehors. Ce mouvement entraîne une différence entre la hauteur des deux ischions; en se portant en dedans, l'ischion de la convexité s'est porté en haut; en se portant en dehors, l'autre s'est porté en bas. Cette différence dans le niveau des deux ischions peut être atténuée ou exagérée, suivant qu'il se produit ou non une ascension totale d'un ou des deux os iliaques.

Pour Nau, la déformation du bassin qui devient oblique ovalaire serait, très souvent, due au processus suivant : « Normalement chez le fœtus, on compte six vertèbres lombaires et quatre sacrées, alors que chez l'adulte on en trouve cinq lombaires

et cinq sacrées; au cours de son développement, le bassin subit en effet un mouvement ascensionnel qui sacralise la vingt-cinquième vertèbre et en fait la première sacrée. Mais il peut exister une sacralisation asymétrique avec arrêt de développement d'un côté du sacrum et une ankylose précoce avec l'ilium; cette anomalie donne lieu à une déformation du bassin qui devient oblique ovalaire. La scoliose ainsi produite peut ne se manifester que tardivement au moment de la puberté, à cette époque de la vie où le bassin féminin commence à prendre son ampleur caractéristique. Le sacrum en effet n'atteint que fort tard son développement complet. »

IV. Altérations des parties molles rachidiennes. — Le ligament longitudinal antérieur est déplacé et déformé; déplacé vers la concavité, il laisse à découvert la partie du corps vertical qui se trouve du côté de la convexité. Quant à sa déformation, elle résulte de ce que la plus grande partie de ses fibres se sont transportées vers le côté de la concavité, il forme donc là un bord épais, saillant.

Le ligament longitudinal postérieur présente en général une disposition normale.

Les disques intervertébraux ne sont que très rarement disparus, comme il arrive fréquemment dans la scoliose acquise; ils sont d'habitude seulement aplatis en forme de coin du côté de la concavité.

V. Lésions concomitantes. — Comme nous l'avons vu dès le début de cette étude, la scoliose congénitale est rarement une lésion isolée; elle est souvent associée à d'autres malformations parmi lesquelles les plus fréquentes sont le pied bot, l'imperforation anale (Mouchet), le spina bifida, les éventrations larges, anencéphalie, absence de radius et main bote.

IV

Etiologie. Fréquence. — Cette malformation est relativement fréquente; il est probable qu'on la trouvera assez souvent, quand on se donnera la peine de la chercher: en 1904, Nau en réunit 90 observations. Depuis cette date nous avons pu en retrouver 18. Le même chirurgien, Mouchet, en observe personnellement 6 cas en onze ans.

L'affection est plus fréquente chez les filles; en effet, sur 32 cas dans lesquels on a spécifié le sexe des enfants, nous trouvons 20 filles pour 12 garçons.

Division. — Avec Nau, on peut distinguer trois catégories de scolioses congénitales :

1° Les *scolioses congénitales, par ascension du bassin*, s'effectuant d'une façon irrégulière; cette classe est très peu importante.

2° Les *scolioses congénitales dans lesquelles la colonne incurvée est formée de vertèbres complètes*. Ces scolioses sont certainement assez tardives, fœtales. Elles supposent en effet que la chondrification vertébrale a été normale et qu'ensuite les points osseux fondamentaux ont pu apparaître en lieu et nombre normaux et se développer en conservant leurs rapports habituels.

3° Les *scolioses congénitales dans lesquelles certaines vertèbres sont fortement touchées*, mutilées, incomplètes. Ici le trouble date des premiers temps de la chondrification, il est peut-être même antérieur à cette dernière.

Cette classification permet, semble-t-il, d'interpréter les différents cas de scoliose congénitale; peu nous importe que la scoliose soit seule ou associée à d'autres malformations.

V

Etude clinique. — Le début de cette affection est en général très difficile à établir; car, associée à d'autres malformations d'habitude beaucoup plus importantes qu'elle, elle n'attire pas l'attention; la scoliose congénitale passe donc inaperçue. Quand elle existe à l'état de lésion isolée, il en est souvent de même, car les parents, plus ou moins perspicaces, ne prennent que rarement le soin de bien examiner l'état de la colonne vertébrale de leur enfant.

D'autre part, comme nous l'avons déjà vu, par suite du développement particulièrement tardif des vertèbres, il arrive fréquemment que la scoliose congénitale ne se manifeste cliniquement que dans la première moitié du deuxième décennaire de la vie.

Donc, début difficile à préciser, d'autant plus encore que la lésion est tout à fait indolore; généralement, c'est par hasard que la personne chargée des soins de l'enfant s'aperçoit qu'il présente au niveau de la région dorso-lombaire soit une déviation latérale (celle-ci est alors le plus souvent à convexité gauche), soit une voussure, ou même une véritable gibbosité; dans ce dernier cas on peut croire avoir affaire à un véritable mal de Pott scoliotique.

Naturellement, si cette déviation reste non soignée, dès que la pesanteur et la station verticale interviennent, elle s'accentue très rapidement.

Il n'existe pas de signes propres à la scoliose congénitale, la seule caractéristique étant, comme nous l'avons déjà spécifié, la congénitalité : or, dans presque toutes les observations, il est très difficile d'établir exactement la période de début de la difformité, la plupart des auteurs se basant sur l'affirmation souvent peu précise des parents pour affirmer la congénitalité des scolioses.

Hoffa signale deux particularités de la scoliose congénitale : ce sont la brusquerie de l'inflexion qui se trouve au sommet de la courbure et le fait que les apophyses épineuses, au lieu d'être tournées vers la concavité, le sont vers la convexité.

A ces deux signes, on peut ajouter, dans certains cas, l'association avec une anomalie curieuse à laquelle on donne le nom de spina bifida antérieur et qui se caractérise par une interruption dans la continuité des corps vertébraux; ou encore la présence fréquente d'une hypertrichose très marquée sur laquelle a bien insisté Recklinghausen.

VI

Evolution. — L'évolution est fatalement progressive. Mais cependant cette affection n'a pas tendance, comme assez fréquemment la scoliose acquise, à donner lieu à de grandes déformations. Celles-ci sont très souvent la conséquence de la torsion de la colonne plutôt que de son inclinaison latérale.

VII

Pronostic. — Le pronostic est en général défavorable.

Si quelques scolioses congénitales se montrent à l'état de difformités isolées et sont alors plus ou moins analogues aux scolioses acquises, il en est, au contraire, un bon nombre qui s'observent chez des

fœtus monstrueux, associés à des malformations multiples. Dans ces cas, les enfants ne sont pas viables.

Même isolée, la scoliose congénitale n'a aucune tendance à l'amélioration spontanée. Un traitement rigoureux, lent et précis, ne la guérit que très rarement. Vu sa nature, elle résiste d'habitude à toute thérapeutique, fût-elle même très bien dirigée ; les seules modifications que l'on peut obtenir, portent sur les déviations compensatrices de la colonne siégeant au-dessus et au-dessous de la scoliose, la scoliose elle-même ne subissant guère d'amélioration.

Loin de s'améliorer, cette affection a tendance à s'aggraver avec l'âge, la station verticale, l'influence de la pesanteur, etc.

Enfin, la scoliose congénitale, même très peu accentuée, est toujours d'un pronostic sérieux, chez les jeunes filles, en raison des viciations du bassin qu'elle détermine, viciations qui peuvent donner lieu ultérieurement à des accouchements laborieux.

VIII

Diagnostic. — Nous avons déjà vu combien il est difficile d'établir la nature congénitale de la scoliose; chez les sujets d'un tout jeune âge, si on possède en outre des commémoratifs précis, le diagnostic positif peut être relativement facile ; mais, si les parents sont inattentifs et si, d'autre part, la scoliose n'est apparue seulement qu'à l'adolescence ou même à l'âge adulte (ce qui est d'ailleurs rare), le diagnostic ne se fait que très difficilement.

Il n'y a en effet aucun symptôme pathognomonique de cette affection ; les commémoratifs peuvent manquer: le seul argument précis nous est fourni par la *radiographie.*

En présence d'une déviation latérale de la colonne vertébrale, remontant aux environs de la naissance, on peut penser à un mal de Pott au début, la scoliose, comme nous l'avons vu, pouvant se caractériser au début par une légère voussure. Ce diagnostic est d'ordinaire assez facile. Mais cependant il est des cas où, même aidé par une épreuve radiographique, il est difficile d'affirmer telle ou telle lésion : en effet la radiographie, en nous montrant une vertèbre lombaire, plus ou moins fondue sur une de ses moitiés et adhérente par l'autre moitié avec les vertèbres adjacentes, ne nous dit pas si on se trouve en présence d'une hémiatrophie vertébrale ou de la fonte peu étendue d'une partie d'une vertèbre! Rœderer possède un cas de ce genre, dans lequel le diagnostic ne fut fait que par les commémoratifs et les signes cliniques.

Le spina bifida se caractérise par une interruption de la colonne au niveau des pophyses épineuses. On constate de plus des troubles de la sensibilité et des troubles réflexes; la radiographie enfin permet de constater la nature des lésions.

Quant aux déformations d'origine rachitique, elles sont très difficiles à différencier, car apparues parfois très tôt après la naissance, elles ont des signes cliniques absolument identiques à ceux de la scoliose congénitale. Mais alors que, dans cette dernière, le traitement n'a guère d'effet, la déformation rachitique se laisse très facilement corriger, et en outre il est exceptionnel de trouver le rachitisme uniquement localisé à la colonne vertébrale : en général il atteint à la fois plusieurs points du squelette.

IX

Traitement. — Le traitement de la scoliose congénitale peut être orthopédique ou chirurgical.

Orthopédique, il consiste soit dans le redressement de la colonne vertébrale dans un corset plâtré maintenu pendant quelques mois et suivi de massage et de mobilisation, soit dans l'application d'un corset amovo-inamovible avec séances quotidiennes de massage et de mobilisation du rachis.

Ces deux méthodes sont bonnes ; elles ne sont pas particulières à la scoliose congénitale ; ce sont celles employées ordinairement dans la scoliose acquise.

M. Kirmisson préfère les corsets amovo-inamovibles, en gutta percha ou en feutre plastique, comme plus légers et permettant de combiner au redressement mécanique le massage et les frictions excitantes.

C'est à la suite d'un traitement orthopédique, précis et prolongé, que Sainton a eu son cas de guérison de scoliose congénitale.

Très rarement, le traitement peut être chirurgical. Il ne peut se pratiquer que dans les cas à hémivertèbres supplémentaires, à hémiatrophies vertébrales ou enfin dans des cas rares comme celui signalé par Perrone dans lequel la scoliose congénitale était due à la soudure plus ou moins complète d'une des apophyses transverses de la cinquième vertèbre lombaire avec l'aile du sacrum; cette anomalie, aux dires de l'auteur, fut totalement guérie par élimination de la soudure par opération sanglante.

Peut-être, les cas de guérison pourraient-ils se multiplier si on osait plus fréquemment intervenir, mais cette intervention est difficile et grave. Il est en effet d'une grande difficulté, une fois le coin osseux supplémentaire enlevé, de rapprocher les vertèbres sus et sous-jacentes; dans ce but, certains auteurs ont préconisé les ligatures aux fils d'argent, mais ces ligatures très souvent coupent les os ou bien sont mal tolérées et alors on se trouve dans l'obligation de les enlever. D'autres préfèrent ne rien mettre ; mais si l'espèce d'hiatus ainsi déterminé sur un côté de la colonne vertébrale ne se comble pas par progrès de la prolifération périostique, le rachis présentera une mobilité extrême à ce niveau, et sa solidité ne sera pas suffisante pour résister à la mobilisation complémentaire qu'il devra subir en vue de modifier les courbures de compensation. La difformité risquera de se reproduire aussi prononcée qu'avant. Si au contraire la soudure des vertèbres se fait trop solidement au niveau de la cicatrice opératoire, on peut craindre une raideur exagérée.

Enfin l'accroissement des vertèbres voisines de la zone opérée, si on intervient chez un jeune sujet, risque de devenir irrégulier; dans ce cas, on pourrait assister plus ou moins rapidement à la reproduction d'une déviation rachidienne encore plus inesthétique que la première.

En résumé, le traitement chirurgical ne peut être qu'un traitement d'exception; il faut se contenter du traitement orthopédique et ne pas rechercher une guérison complète mais seulement une amélioration plus ou moins notable.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. *Lectures of the pathology and treatment of lateral and other forms of curvature of the spine*, London 1882. — Alberti. *Dissert. de morbis hæreditariis*, 1710. — Albrecht. Notes sur une hémivertèbre gauche surnuméraire de Pithon

sebæ, *Bull. du musée royal d'hist. nat. de Bruxelles*, 1883, t. II. — ANCEL et LEUCERT. Quelques variations dans le nombre des vertèbres chez l'homme, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1902, pp. 217-258. — ARDOUIN et KIRMISSON. Etude d'un fœtus exomphale, *Revue d'orthop.*, 1897, n° 2, p. 104. — ATHANASSOW. *Arch. f. orthop.*, 1904, Bd. I, H. 1.

BAR (P.). Nouveau-né présentant une singulière malformation de la colonne vertébrale (télescopage vertébral), *Soc. d'obst. de Paris*, 19 nov. 1903; — Un nouveau cas de télescopage vertébral, *Soc. d'obst. de Paris*, 14 mai 1904. — BARDELEBEN. *Lehrb. d. Chir.*, Berlin 1882, Bd. IV. — BAUR. On intercalation of vertebra, *Journ. of Morph.*, vol. IV, n° 3, p. 331. — BAUVEL. London 1889. — BOHM. *Congrès de la Soc. allem. d'orthop. de Munich*, 1909; — « Untersuchungen über die anatomische Grundlage der jugendlischen seitlichen Rückgratzverkrümmungen », *Zeits. f. orthop. Chir.* Stüttgart 1907, Bd. XIX. — BONNAIRE. *Traité* de Tarnier et Budin, t. III, passim; — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1894, p. 14; — *Id.*, 1901, p. 161. — BONNAIRE et DEVRAIGNE. Fœtus exomphale, malformations du squelette, *Bull. de la Soc. anat.*, 20 mai 1904. — BOUVIER. Art. VERTÈBRE et ORTHOPÉDIE, in *Dict. de méd. et de chir. prat.* — BOUVIER et BOULAND. Art. RACHIS du *Dict. encycl. des sc. méd.* — BRESCHET. *Med. chir. Trans.*, London 1818, Bd. IX. — Broca (A.) et MOUCHET (A.). La scoliose congénitale, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris 1902, t. XLIX, p. 529; — *Soc. de chir. de l'enf.*; *Congrès intern. de Paris*, 1900, Masson édit., p. 143. — BUSCH. Angeborene Scoliose, in *Hand. d. Allot. v. Zimmssen*, 1882, p. 135.

CALORI. Sur deux cas de variétés numériques des vertèbres, accompagnées de variétés numériques des côtes et d'autres anomalies, *Arch. ital. de biol.*, 1889, t. II, p. 425. — CAM. *Journ. d. Ausl.*, déc. 1882. — CAMS. *Siebold's Journ.*, Bd. IV; — *Zur Lehre d. Schwang.*, Leipzig 1882. — CASTELLI. *Giorn. d. Torino*, nov. 1847. — CHAPELIN. *Bull. de la Soc. de la Faculté*, 1810, p. 29, pièce 46 du musée Dupuytren. — CHARPY. Les courbures latérales de la colonne vertébrale, *Journ. de l'anat.*, 1901, p. 129. — CODIVILLA. *Arch. d. orthop.*, 1901, fasc. 2, p. 65. — COVILLE. *Revue d'orthop.*, 1896, p. 301; — *Scoliose congénitale produite par l'interposition de deux noyaux osseux en deux endroits différents de la colonne dorsale.* — CRAMER. Sur les déviations rachidiennes liées à la sacralisation des dernières vertèbres lombaires. *Zeit. f. orthop. Chir.*, 1908, t. XXII, p. 68. — CRUVEILHIER. *Traité d'anat. pathol.*, t. I, pp. 703 et 711.

DARESTE. *Production des monstruosités*, 2e édit., 1891. pp. 240, 332, 335. — DEPAUL. In ROBERT, Th. de concours sur *Les vices congénitaux des articulations*, 1851, p. 45. — DESFOSSES. La scoliose par malformation vertébrale. *Presse méd.*, mai 1909, n° 37; — La déformation des hanches dans la scoliose lombaire, *Presse méd.*, 15 août 1908. — DUBRISAY et BOUCHACOURT. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1899, p. 108. — DUPUYTREN (Musée). Nos 126, 216, 219. — DUVAL (Mathias). *Traité de pathol. gén.* de Bouchard, t. I. pp. 242, 244. — DWIGHT. Description on the Human spines showing numerical variations in the Wassen museum, of the Harward medical school, *Mem. of the Boston Soc. of nat. hist.*, 1901, vol. V, n° 7.

ESCALIER. *Bull. de la Soc. anat.*, 1848, p. 356, pièce 218 du musée Dupuytren.

FISCHER. *Deut. Zeits. f. Chir.*, déc. 1882; — *Spec. chir.*, Berlin 1892. — FLEISCHMANN. *De vitiis congenitis circa thoracem et abdomen*, Erlangen 1810, p. 6. — FLEURY. Th. de Paris, 1900. — FORSTER. *Hand. d. Spec. path. Anat.*, Leipzig 1854; — *Die Missbildungen des Menschen*, Iéna 1861. — FRŒLICH. Scoliose congénitale avec pied bot varus équin. *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, 8 nov. 1903, p. 241. — FRORIEP (A.). In HERTWIG.

GAGE (Homer). Congenital absence of five ribs with resulting deformities (4 figures), *New-York med. Journ.*, 1887, t. L, p. 650. — GEOFFROY-SAINT-HILAIRE (I.). *Anomalies de l'organisation*, Paris 1832, t. I, pp. 407, 615, 630. — GÉRARD. Description d'un monstre celosomien, *Journ. de l'anat.*, 1829, p. 311. — GESCHER. *Bemerkungen über die Enstellungen des Rückgrates, aus dem holländischen Göttingen*, 1794. — GOODHARDT. Trois cas de malformation de la colonne vertébrale avec courbure latérale, *Soc. of anat. and physiol.*, t. IX. — GOTTSTEIN. Scoliose congénitale. Ueber angeborene Skoliose, *Zeit. f. ort. Chir.*, 1907, Bd. XVIII, pp. 345-357. — GOUBAUX. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1870; — *Gaz. méd. de Paris*, 1871, t. XXVI, p. 181. — GUÉRIN (J.). *Recherches sur les difformités congénitales*, Paris 1880. — GUINON. *Un cas de scoliose dorso-lombaire congénitale irréductible.*

HARTEL. « Ueber die Rückgratsverkrümmungen bei Tieren imbesondere bei unseren Hausvogeln ». Des déviations de la colonne vertébrale chez les animaux, notamment chez les animaux de basse-cour. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, mars 1909, vol. XLVIII. — HAYNES. Déformation congénitale de la poitrine, *Acad. de méd. de New-York* (section de chirurgie orthopédique), 19 oct. 1894. — HEATON BIGG (R.). *Spinal curvature*, London. — HEIMANN. *Med. chir. Zeit. Jahr.*, 1822, Bd. IV. — HERGOTT. Th. de Nancy, 1874, obs. XVIII (spina bifida antérieur). — HERTWIG (O.). *Embryologie de l'homme et des vertèbres*, 3e édition française. — HISCHBERGER. Beitrag. zur Lehre der Angeborenen Skoliosen, *Zeit. f. orthop. Chir.*, 1899, Bd. VII, Heft 1, p. 128. — HOFFA. *Lehr. d. orth. Chir.*, Stuttgart 1898. — HOHL. *Die Geburten missgestalteter Kranker und todter Kinder*, 1850. — HOUEL. Musée Dupuytren, n° 217; — Id., n° 221, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1857, p. 57; — Id., n° 223, *Id.*, p. 38. — Id., n° 224, *Bull. de la Soc. anat.*, 1849, p. 207. — HUMBY. *Phys. med. Journ. a. d. Engl. v. Kühn.*, Leipzig 1801.

KAREWSKY. Cité par COVILLE. *Revue d'orthopédie*, 1896, p. 303. — KIRMISSON. *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898; — Lordose congénitale chez un enfant de dix-huit mois, *Revue d'orthopédie*, 1902, t. II, p. 57; — *Revue d'orthopédie*, janv. 1910 (rapport fait à la Société de chirurgie, séance du mercredi 3 octobre 1909, sur les observations de Coville); — Rapport sur l'observation de Mouchet à la Société de chirurgie, 20 avril 1910, p. 408 des *Bulletins*. — KIRMISSON et SAINTON. Les scolioses paradoxales, *Revue d'orthopédie*, mai 1895. — KIRMISSON et ARDOUIN. Etude d'un fœtus exomphale, *Revue d'orthopédie*, 1897, n° 2, p. 104.

LALLEMAND. *Obs. pathol.*, Paris 1818, p. 32 (spina bifida antérieur). — LEPAGE. Monstre avec malformations multiples et attitude particulière de la colonne vertébrale, *Bull. de la Soc. d'obst., gyn. et péd.*, janv. 1904.

MAAS. *Zeits. f. orthop. Chir.*, 1903, t. XI, p. 441. — MECKEL. *Handbuch des path. anat.*, Bd. II, Leipzig 1816. — MEISSNER. *V. Subold's journ. f. Geburts.*, Bd. VI, 2. — MÉRY. *Hist. de l'Acad. des sciences*, Paris 1707. — METZGER. *De l'oligoamnios*, Th. de Paris, 1901. — MONOD. *Les scolioses. Essai de pathogénie*, Lyon 1909. — MONOD et VIGNARD (P.). La scoliose par malformation lombaire primitive, *Lyon chir.*, 1er fév. 1909, t. I, n° 4, p. 350-368. — MOUCHET (A.). *Gaz. heb. méd. et chir.*, 19 mai 1898; — Musée Dupuytren, radiographies 999, 1000, 1001; nouvelles; — *Bull. de la Soc. anat.*, 1899, p. 957 et 972; — *Soc. de chir.*, 8 déc. 1909 (observation rapportée le 20 avril 1910 à la même Société par M. Kirmisson). — MUHRY. Th. Göttingen, 1829; — *Museum der Heilkunde Helvetische Gesselschaft*, Zurich 1794, Bd. V.

NAU. *Les scolioses congénitales*, Th. de Paris, 1904. — NEVERT. *Arch. gén. de méd.*, t. XIII, p. 618. — NOVÉ-JOSSERAND. *Précis d'orthopédie*, 1905. — NOBLE-SMITH. *Clin. Sketches*, London, sept. 1895. — NORTHROP. Congenital abnomalities of the cranio-vertebral axis, *Hahnemannian monthy*, Philadelphie, Bd. XXXVI, p. 289.

ŒHLECKER. Hambourg. « Spina-bifida antérieur avec scoliose congénitale », *Beit. zur klin. Chir.*, 1909, t. LXI, analysé in *Journ. de chir.*, avril 1909, n° 4, t. II, p. 400. — OTTO. *Seltene Beobachtung*, t. II, p. 18; — *Lehrb. d. path. anat.*, t. I, § 135. — OWEN (R.). *Descriptive catalogue of the osteological series contained in the museum of the royal college of surgeons of England*, London 1853, vol. I, p. 123.

PATAY (R.). *De la scoliose au point de vue obstétrical*, Th. de Paris, 1895. — PENDL (F.). Ein Fall von angeborener Skoliose, *Zeits. f. orthop. Chir.*, 1902, Bd. X, Heft 1. — PÉRÉ. *Les courbures latérales normales du rachis humain*, Th. de Toulouse, 1900. — PERRONE. *Nouvelle étiologie et traitement nouveau de la scoliose congénitale*, Naples, in *Revue d'orthop.*, 1908, p. 271. — PHILIPPEAUX. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1873, p. 93 (pièce déposée au musée Dupuytren). — PIÉCHAUD. *Traité des maladies de l'enfance*, t. V, p. 667. — PLANTEAU. *Développement de la colonne vertébrale*, Th. de concours, 1883. — POSTH. *Le sacrum*, Th. de Paris, 1897. — PUTTI. *Sur la*

scoliose congénitale, Bologne, in *Revue d'orthop.*, 1908, p. 271.

RABAUD. Fœtus humain parencéphalien hémicéphale, *Journ. de l'anat.*, 1903, p. 44. — RAMBAUD et RENAULT. *Origine et développement des os*, Paris 1864. — RAYER. Musée Dupuytren, n° 222; — *Bull. de la Soc. de biol.*, 1857, p. 57. — REDARD. *Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale*, Paris 1900, p. 118. — REID. *Journ. of anat. and physiol.*, London 1886-1887, t. XXI, p. 76. — ROBIN. *Gaz. des hôpit.*, 1860. — ROKITANSKY. *Handbuch der spec. path. anat.*, Vienne 1844, Bd. II. — ROSENBERG. Ueber eine primitive form. des Wirbelsaule des Menschen, *Morph. Jahrb.*, vol. XXVII, p. 1-118. — ROSENMULLER. *De singular. et nativ. ossium varietatibus*, p. 58.

SACHIRO. *Arch. gén. de méd.*, 8e année, t. XXIV, 1830. — SAINTON. *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, nov. 1903, p. 245. — SANGER. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XIV, Heft 2. — SAYRE. *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 144. — SERRES. *Mém. de l'Acad. des sciences*, t. XXV; — Observations sur le développement centripète de la colonne vertébrale, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1861. — SEBENHAAR. Ublichkeit der Orthopädischen Krankheiten, *Walter's Journ. de chir.*, Berlin 1896, Bd. XVI, 4. — SOFFIANTINI. Anomalies costo-vertébrales numériques par excès, héréditaires, *Bull. de la Soc. anthrop. de Paris*, 1893, t. IV, 4e série, p. 13. — STRUTHERS (J.). On variations of the vertebral and ribs in man, *Journ. of anat. and physiol.*, t. XV.

TOPINARD. Des anomalies de nombre de la colonne vertébrale chez l'homme, *Revue d'anthrop.*, 1re série, t. VI, p. 577. — TURNER. *Rapport sur les os du squelette humain recueillis durant le voyage de H. M. S. Challenger*, 1886, p. 61.

VIGNARD et MONOD. Voir Monod. — VOGEL. *Zeits. f. orthop. Chir.*, 1904, t. XII, p. 421. — VOGT. *Modern. orthop.*, Berlin 1896.

WALTHER. *System. d. Chir.*, Bd. V, Freiburg i. B. 1851. — WEBER. *V. Liebod's Journ.*, Bd. IX, 2. — WENDELSTADT. In *Hufeland's und Henle's Journ. des Prakt. Heilk.*, 1818. — WILLETT et WALSHAM. *Med.-chir. Trans.*, 1880, t. LXIII, p. 257. — WORBE. *Bull. de la Soc. de la Faculté*, 1808, p. 46, musée Dupuytren, n° 129.

YEATMAN. *London med. and. phys. Journ.*, nov. 1824.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1910)

La destruction des cellules muqueuses débute par la fonte de l'hyaloplasma et finit par la désagrégation de leur réticulum. — MM. Ed. RETTERER et Aug. LELIÈVRE. Le vagin du cobaye qui vient de mettre bas, comparé à celui du cobaye à terme, permet de voir sous quelle forme le mucus, élaboré par des cellules épithéliales, est expulsé de la cellule formative et ce que devient la cellule productrice. Tandis que, sur le cobaye à terme, la cellule muqueuse offre un réticulum dont les mailles sont remplies d'hyaloplasma mucigène, le revêtement épithélial du cobaye qui vient de mettre bas ne montre plus qu'un réticulum dont les mailles sont en grande partie vides.

Pendant le passage du fœtus, le mucus a été exprimé du corps cellulaire et la cellule a été vidée. Quant au noyau de ces cellules vidées, il est pycnotique ou fragmenté. Réduites à cet état de squelette chromophile avec un noyau dégénéré, les restes cellulaires desquament sous la forme de leucocytes polynucléaires qui continuent à se désagréger pour finalement tomber en déliquium.

Modifications histologiques du thyroïde laissé en place après thyroïdectomie unilatérale chez le chien adulte. — M. L. ALQUIER. En comparant pour chaque expérience le lobe extirpé avec celui laissé en place, apparaissent les différences suivantes : la thyroïde normale du chien adulte se compose surtout de vésicules de 100-200 millimètres de diamètre, très peu supérieures ou inférieures à ces chiffres. Dans le lobe laissé, on voit, pendant les trois premiers mois, augmenter le nombre des grandes vésicules, de 200-400 millimètres, et des petites vésicules, de 50 millimètres environ. Passé le cinquième mois, ces différences s'atténuent. Elles sont peu marquées dans un cas où la thyroïdectomie a été pratiquée pendant la grossesse; enfin, chez une chienne en lactation, on trouve, au bout de trois mois, surtout des petites vésicules. L'augmentation de la colloïde dans les vésicules est, ici, peu nette.

Les plaquettes sanguines dans les polyglobulies. — MM. L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ rappellent que les plaquettes sanguines sont extrêmement diminuées de nombre ou absentes dans l'anémie pernicieuse aplastique. On peut se demander, d'après un fait qu'ils ont observé, si dans certaines polyglobulies il n'y a pas au contraire, en vertu d'une réaction parallèle de même type, augmentation constante du nombre des plaquettes. Chez une malade atteinte de splénomégalie avec cyanose et polyglobulie aux environs de 6 millions, les auteurs ont en effet constaté plus de 750000 plaquettes par millimètre cube. Beaucoup de ces plaquettes sont de dimensions très grandes, quelques-unes atteignant la taille d'une hématie.

Cette augmentation du nombre des plaquettes ne s'observe pas indifféremment dans toutes les polyglobulies, car dans un cas de cyanose par malformation du cœur les plaquettes ne dépassaient pas 200000 par millimètre cube, avec teneur en hématies se maintenant au-dessus de 5500000.

Peut-être cette différence certaine dans la teneur du sang en plaquettes est-elle en rapport avec la différence de pathogénie de ces deux types de polyglobulie.

Sur les leuco-réactions spécifiques. — MM. ACHARD et H. BÉNARD, ayant entrepris des recherches de contrôle sur la spécificité des réactions leucocytaires, ont constaté dans la méthode employée des vices de technique qui sont de nature à fausser certains résultats. Ils estiment donc que la question doit être reprise sur de nouvelles bases et qu'on ne peut laisser subsister les interprétations tirées de ces faits inexacts et les applications qui en ont été faites au diagnostic.

Bases scientifiques de la bactériothérapie par les ferments lactiques. Le bacille bulgare contre les associations microbiennes. Rôle essentiel de l'acidification. — M. G. ROSENTHAL, pour compléter l'étude de sa méthode de concurrence vitale, a cultivé en symbiose le bacille bulgare et les différents germes pathogènes dans le milieu mixte indispensable. Ces associations obéissent aux lois posées par l'étude des symbioses isolées.

Les Médicaments (action pharmacodynamique, formules, emplois), par le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie et de la Faculté de médecine. (Bibliothèque de thérapeutique générale et de pharmacologie.) Un vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 400 p., avec une préface de M. le professeur POUCHET. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Ateliers de travaux publics et détenus militaires, par M. BOIGEY. (Bibliothèque de criminologie.) In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 53. — MARDI 10 MAI 1910. 83e ANNÉE. MARDI 10 MAI 1910. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, Barbier, Macaigne, M. Labbé, Gaucher, Ballet, Galliard, Blum, qui acceptent; et Lesage, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai. — MM. Hallopeau, 16; Mocquot, 18; Cauchoix, 15.

Prochaine séance, mardi 10 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

A la suite de cette épreuve, seuls les candidats ayant obtenu un total minimum de 42 points, sont admis à prendre part à l'épreuve de consultation écrite.

— Concours de dentiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique spéciale.* — Séance du 9 mai. — MM. Nesponlous, 17; Charézieux, 18.

— Concours de l'adjuvat des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sebileau, Souligoux, Jalaguier, Ramond, qui acceptent; et Delbet, qui n'a pas fait son acceptation.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Lecture. — Séance du 7 mai. — MM. Descola, 12 + 16 = 28; Béliard, 13 + 19 = 32.

Prochaine séance, jeudi 12 mai, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le concours qui devait s'ouvrir le 15 juin prochain pour une place d'agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (section de pharmacie) est reporté au 30 du même mois.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bigeard, Ehrardt, Menuisier et Serre Despagnat (de Paris), De Revertégat (de Sannois).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aroust, Barbarin, Barcat, Chéron (Henri), Chirié, Dominici, Hutinet, Janin (Léon), Sabatié (Charles), Vanel, Roncé, Simol-Izanski, Pley et Parmentier (de Paris), Gally (de Carcassonne), Tillaye (de Tours), Weiller (de Nancy), Oberlé, médecin-major, à Oran; Gébert (d'Ablis).

EXPOSITION UNIVERSELLE ET INTERNATIONALE DE BRUXELLES 1910. — Le Comité d'installation de la classe 16 (médecine, chirurgie, stérilisation et orthopédie) organise, à l'Exposition de Bruxelles, une exposition spéciale des principaux instruments de chirurgie, de stérilisation, d'orthopédie et de sciences y afférentes, créés par les docteurs dans ces dernières années. MM. les docteurs jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Les instruments, appareils, produits stérilisés étant de volumes variables, le Comité a fixé l'unité d'emplacement à 50 francs (environ 0m25 de large, 0m25 de profondeur et 0m30 de hauteur) avec minimum d'un emplacement et maximum de quatre.

Adresser les demandes d'admission au secrétaire de la classe 16, M. A. Plisson, 68, rue Jean-Jacques Rousseau, à Paris.

— Le Comité d'installation de la classe 16 (médecine, chirurgie, stérilisation et orthopédie) organise, à l'Exposition de Bruxelles, une exposition des principaux livres de médecine, chirurgie, hygiène et sciences y afférentes, publiés ces dernières années, ainsi que des revues de médecine et d'hygiène. Nos confrères n'auront à payer pour tous frais que la somme de 10 francs par volume. Ils jouiront de tous les avantages des autres exposants.

Adresser les demandes d'admission à M. le docteur Lucien Graux, 11 bis, rue Villebois-Mareuil, Paris, vice-président de la classe 16.

LA SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS tiendra sa prochaine séance le jeudi 19 mai, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne dans le service de la clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-septième semaine, 1002 décès, au lieu de 1098 pendant la semaine précédente et au lieu de 1059, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole, encore fréquente, l'est pourtant un peu moins. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration

ont causé 148 décès, au lieu de 222 pendant la semaine précédente (moyenne 197).

La phtisie pulmonaire a causé 242 décès (moyenne 232).

On compte 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des nouveaux cas signalés est de 7).

VACANCE DU POSTE DE MÉDECIN SANITAIRE A CONSTANTINOPLE. — Le poste de médecin sanitaire de France en résidence à Constantinople (Turquie) est déclaré vacant.

Le traitement alloué est de 10000 francs.

Les candidats sont invités à produire dans un délai de quinze jours leur demande accompagnée d'un exposé aussi précis que possible de leurs titres ou antécédents et de toutes justifications utiles en matière notamment d'épidémiologie des maladies exotiques, de bactériologie ou de pratique des services sanitaires tant en France qu'aux colonies. Le diplôme de docteur en médecine devra être communiqué en original.

La demande et les pièces annexes doivent être envoyées au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, cinquième bureau).

AU CONSEIL SANITAIRE DE PERSE. — Le président de ce Conseil, le docteur Coppin, qui appartient au corps de santé naval français, va quitter la Perse et rentrer en France. Son successeur est le médecin-major de première classe Georges, professeur de l'école impériale du muséum de Téhéran.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Scarella (de Marseille).

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — M. le docteur Bérillon, professeur à l'Ecole de psychologie, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, commencera le jeudi 12 mai, à cinq heures, un cours de psychologie médicale.

SUJET DU COURS. — « Les enfants anormaux. L'hypnotisme et l'orthopédie mentale. »

Jeudi 12 mai, à cinq heures : « Le traitement médico-pédagogique des inutiles et des inadaptés. »

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DES PLAIES DE POITRINE

Par le docteur Em. ROCAL.

Les plaies de poitrine sont fréquentes dans la pratique des villes. Elles sont le résultat d'un duel, d'un coup de couteau ou d'instrument quelconque (suicide) ou d'une arme à feu. A la campagne on observe plutôt des blessures de chasse et des coups de corne d'animal.

Le praticien doit se poser une question essentielle : la blessure est-elle limitée à la paroi thoracique ou bien a-t-elle atteint l'un des organes contenus dans la poitrine ?

Ce sont là les plaies non pénétrantes et les plaies pénétrantes.

Les premières sont sans importance. On met le blessé au repos complet, on nettoie la région avec une solution d'anios à 2 p. 100 et on fait un pansement serré.

Quant aux plaies pénétrantes elles peuvent intéresser les gros vaisseaux et alors l'hémorragie étant mortelle, le médecin appelé ne constate que le décès; ou bien elles intéressent le poumon et le cœur.

La plaie du poumon se reconnaît à deux signes : le malade crache du sang et il y a de l'emphysème sous-cutané. On constate aussi de la dyspnée due au pneumothorax, à un hémo-pneumothorax.

Il ne faut jamais explorer la région avec un stylet ou un instrument quelconque, il vaut mieux abandonner la balle, que de rechercher son siège. Ces plaies, quand la mort n'est pas leur conséquence immédiate (blessure des gros vaisseaux), guérissent presque toujours même lorsqu'il existe un corps étranger.

Leur traitement est d'ailleurs fort simple. On nettoie doucement tous les alentours de la plaie avec un antiseptique énergique et non irritant, puis on la recouvre avec un pansement occlusif, on met un bandage de corps et le malade placé au repos absolu est mis à la diète complète. Des ventouses sèches ou scarifiées sont posées en cas de dyspnée et l'on fait s'il y a lieu des injections de sérum.

S'il y avait hernie du poumon il faudrait résister à l'envie de réintégrer dans la cavité thoracique cette partie de l'organe généralement souillée. Il vaut mieux l'abandonner dans la plaie et attendre que l'élimination spontanée ait lieu par sphacèle, ou bien, on place un fil de catgut avec une aiguille mousse à la base de la hernie et on la resèque. On aura soin d'imbiber un moment la plaie avec de l'anios à 2 p. 100, et sous l'influence de l'oxygène naissant qui vient de cet antiseptique (trioxychlorométhyle de vanadium) le tissu pulmonaire retrouvera sa vitalité. On le laissera alors rentrer dans la poitrine.

Lorsque la blessure a intéressé le péricarde et le cœur il y a épanchement dans le sac péricardique, les bruits du cœur sont assourdis, on constate une voussure précordiale et des crises progressives d'étouffement. On perçoit le bruit de moulin un peu à droite du sternum. On doit instituer alors un traitement médical dont voici les principales règles : immobilité absolue, application de glace, désinfection soigneuse de l'orifice de la plaie par le ferment vanadique plutôt que par le sublimé ou l'acide phénique, puis digitale ou digalène. Faut-il faire des injections de sérum ou de caféine? Il vaut mieux, à notre avis, attendre pour cela une indication comme, par exemple, un état syncopal, un affaiblissement considérable. Dans d'autres cas, en effet, sérum et caféine en excitant les contractions du cœur et en augmentant la pression sanguine renforceraient l'hémorragie.

Si malgré ce traitement, les accidents augmentent et mettent la vie en danger, il faut ponctionner le péricarde ou mieux faire une péricardotomie. On évacue le sang et on suture au besoin la plaie cardiaque.

On a beaucoup discuté ces temps-ci à la Société de chirurgie la question de savoir s'il fallait ou non intervenir chirurgicalement dans les plaies de poitrine.

Il semble que l'abstention ait réuni l'ensemble des suffrages, car, avec un repos absolu, une désinfection soigneuse de la plaie, une occlusion et un traitement médical bien conduit, obéissant aux circonstances et aux indications qui peuvent surgir, on obtient souvent le rétablissement complet du blessé.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 11, 12 mars 1910.) F. ARDENNE : Sur la mastoïdite syphilitique. — (N° 12, 19 mars.) E. J. MOURE : Des interventions sur le golfe de la jugulaire. — (N° 13, 26 mars.) CAVALIÉ et MOURE : Les kystes dentigères ou dentifères (folliculaires) sinusiens, avec ectopie d'une canine supérieure.

Revue médicale de l'Est. — (N° 5, 1er mars 1910.) BINET : Le diagnostic précoce du cancer du sein. — J. PARISOT : Le rôle des modifications de pression du liquide céphalo-rachidien dans la symptomatologie de diverses affections (*fin*). — (N° 6, 15 mars.) Ch. THIRY et BARACHON : Essai de classification des principales sources minérales de la région lorraine, d'après la constitution géologique du sol. — L. MICHEL : Voie d'accès du cœur.

UNE TECHNIQUE NOUVELLE D'

INJECTIONS INTRABRONCHIQUES

DANS LE CAS DE SUPPURATIONS BRONCHIQUES ET DE COLLECTIONS PURULENTES INTRAPULMONAIRES

Par le docteur GUISEZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion, à propos de deux cas de suppurations intrathoraciques, l'un, cas *chronique* (dilatation bronchique), l'autre, cas *aigu* (abcès pulmonaire gangréneux), d'instituer une méthode nouvelle d'injections *directes intrabronchiques* que nous désirerions exposer dans ce travail.

a. Dans le cas *aigu*, il s'agissait d'un malade qui avait tous les jours, depuis trois semaines, une *vomique purulente* de 150 à 200 grammes de liquide fétide, à odeur gangréneuse très marquée, avec 39°-39°5 de température depuis le début des accidents sans qu'aucune médication ait pu faire baisser la température et chez lequel on pensait sérieusement à une intervention de *thoracotomie* comme ultime ressource : les injections intrabronchiques ont amené, comme on le verra à la lecture de l'observation, une très rapide chute de la température et une disparition parallèle de l'expectoration fétide ainsi que des signes locaux. Huit injections ont suffi à guérir complètement ce malade.

b. Dans le cas *chronique*, les injections intrabronchiques ont agi principalement comme *désinfectants*, modifiant la température de la malade qui, depuis des mois, était aux environs de 38°5 le soir et qui, depuis ces injections, a baissé au voisinage de la normale. En outre, l'état général, très mauvais auparavant, est actuellement satisfaisant et le poids de la malade a augmenté de plusieurs kilogrammes; l'expectoration a diminué, mais sans disparaître tout à fait et surtout elle a changé de caractère et est devenue beaucoup moins purulente.

Nous verrons aussi, au décours de ces observations, que c'est la radioscopie qui nous a permis d'établir le diagnostic exact d'abcès intrapulmonaire, dans le premier cas, et la radioscopie aidée de la bronchoscopie dans le cas de dilatation bronchique. En outre, c'est la bronchoscopie qui nous a donné l'idée de ces injections intrabronchiques, c'est sur elle qu'a été basée l'expérimentation bien qu'au point de vue technique nous n'ayons pas eu recours à cette méthode pour la pratique de ces injections.

OBSERVATION I. — *Dilatation bronchique à forme grave. Thérapeutique par la méthode intrabronchique.* — Une jeune fille de vingt ans crache du pus depuis quatorze ans; elle expectore de 300 à 350 grammes par jour, expectoration qui se fait sans effort après une petite toux. Ces accidents sont consécutifs à une *broncho-pneumonie* que la malade a faite à l'âge de six ans. La santé générale est restée relativement bonne, néanmoins l'appétit est irrégulier et, à la suite d'efforts de toux, il survient fréquemment des vomissements. La température est de 38°5 à 39 degrés tous les soirs.

Les signes cliniques du poumon gauche sont différents lorsqu'on ausculte au moment où la poche qu'on suppose exister est remplie et au moment où elle est vide. Quand elle est remplie, on perçoit de la faiblesse respiratoire dans tout le poumon gauche, avec çà et là quelques râles sous-crépitants; mais si l'on ausculte la malade lorsque la cavité semble vide, c'est-à-dire dans l'après-midi, l'expectoration ayant lieu le matin, on perçoit alors une sorte de souffle amphorique, vide et cavitaire; mais il est difficile de localiser exactement où peut se trouver cette cavité.

L'examen à l'écran radioscopique ne révèle nulle obscurité. Devant ce résultat négatif de la radioscopie, on conseille un examen bronchoscopique.

Nous pratiquons cette bronchoscopie sous chloroforme le 29 mars 1909 en position couchée, tête déclive. L'examen est très difficile, en raison de la quantité considérable qui est expectorée pendant toute la durée de l'introduction du tube bronchoscopique. Néanmoins, cet orage se calme et, pénétrant alors avec un tube de 10 millimètres et demi dans l'intérieur de la bronche gauche, nous parvenons jusqu'à la première bifurcation. Cette première bifurcation, nous l'explorons en entier. Nous explorons également la bronche inférieure sans rien trouver d'anormal à son intérieur. Mais, en nous servant d'un tube de diamètre plus petit (9 millimètres), nous pouvons atteindre la ramification postérieure de la bronche inférieure. Pénétrant dans celle-ci, nous avons bientôt la sensation d'être dans une très large cavité fusiforme qui, d'après le repérage que nous pouvons faire sur le tube, nous semble avoir de 10 à 12 centimètres de longueur. Cette poche présente des parois assez dures, lisses, et elle nous semble occuper une grande partie du lobe inférieur du poumon. Nous l'évacuons complètement à la pompe aspiratrice et nous badigeonnons ses parois avec du collargol sans trop prolonger ce premier examen.

La température qui, d'ordinaire, le soir, atteint 38°5 ou 38°9, ne dépasse pas ce jour la température de 37 degrés. La malade se sent soulagée. L'expectoration est très peu abondante et, le lendemain, la température reste au voisinage de la normale avec une sécrétion relativement peu élevée. Il semble donc qu'après cette évacuation complète de la poche, la température ait baissé et que c'est bien à des phénomènes de rétention à l'intérieur de celle-ci que sont dus les accès de fièvre.

Pour donner plus de précision à ce repérage, *un examen combiné bronchoscopique et radioscopique* est pratiqué le 28 avril à sept heures du soir, avec le docteur Béclère. Nous constatons d'abord que la poche présente la même étendue que celle que nous avions constatée. Nous remarquons plus facilement sa forme de fuseau à renflement médian. Les parois

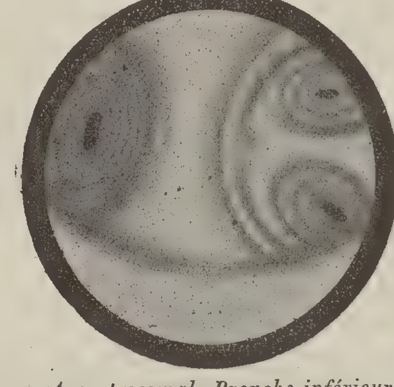


FIG. 1. — *Aspect normal. Bronche inférieure ramifiée.*

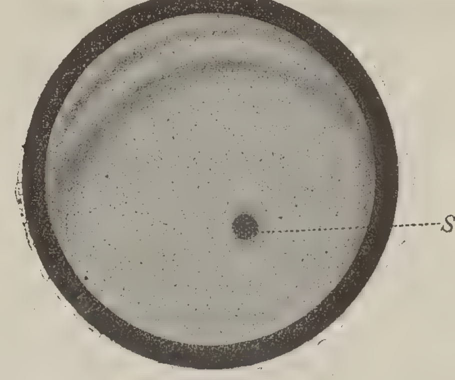


FIG. 2. — *Aspect de la dilatation bronchique.* — S, ramification s'ouvrant dans la cavité.

en sont lisses, et nous remarquons que vers le fond de cette poche vient s'ouvrir une ramification (v. fig. 1 et 2). Il semble donc bien qu'on ait affaire à une dilatation bronchique.

Il est possible d'apercevoir sur l'écran radioscopique l'extrémité du tube au voisinage du cinquième espace intercostal. En nous servant de la direction du tube, de la longueur (38 centimètres) dont il a dû être introduit pour atteindre le fond de la poche, nous pouvons repérer facilement la cavité dans le thorax. Nous constatons que celle-ci présente son extrémité inférieure à la hauteur du cinquième espace intercostal et qu'elle est rejetée vers le flanc gauche du thorax.

On voit donc, premier point acquis, que la bronchoscopie a donné dans ce cas des éléments précieux au diagnostic; d'abord, elle a servi à affirmer qu'il existe une cavité intrapulmonaire, vraisemblablement une dilatation bronchique qui est assez considérable. Il a été possible de la localiser exactement dans le thorax. Enfin, un fait qui est à remarquer après cet examen bronchoscopique, c'est la chute de la température lorsque l'évacuation complète de la poche a pu être obtenue.

Aussi les parents, frappés surtout par ce fait de l'abaissement de la température, qui avait succédé, en somme, à une sorte de nettoyage antiseptique de la poche, nous demandent d'essayer de soigner cette jeune fille par les voies naturelles et s'il n'allait pas être possible d'injecter directement dans la poche purulente de dilatation bronchique des substances médicamenteuses destinées à modifier et à tarir la sécrétion purulente.

Nous faisons faire une seringue de 20 centimètres cubes de contenance, à piston en verre bien ajusté. Nous faisons adapter sur cette seringue (v. fig. 3) une longue canule recourbée dont la portion courbe mesure 7 centimètres de longueur.

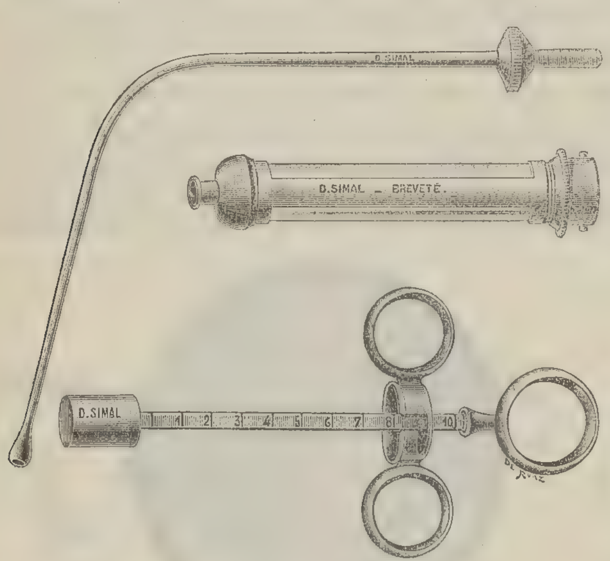


FIG. 3.

Comme substance modificatrice, nous décidons à titre d'essai de nous adresser tout d'abord à l'huile mentholée au 1/40. Nous faisons successivement trois injections intratrachéales dans la position couchée, tête relevée, après cocaïnisation, en dépassant la glotte avec la canule.

A la troisième injection, nous nous demandons s'il ne serait pas possible, au lieu de faire pénétrer ce liquide seulement dans la trachée qui se diffuse ensuite dans les deux poumons, d'aller directement dans la bronche malade. Nous faisons construire une nouvelle canule présentant une portion recourbée verticalement de 10 centimètres et nous avons recours à la technique suivante :

Pour éviter l'accès de toux qu'amène toujours l'introduction d'un instrument rigide dans la trachée, nous décidons d'en faire l'anesthésie locale. Nous nous adressons à la novocaïne, beaucoup moins toxique que la cocaïne, et après cocaïnisation du larynx, nous faisons une injection dans la trachée avec la solution de 2 centimètres cubes de novocaïne au 1/30. La malade ressent, après cette injection, une sorte de gonflement, une sensation légère d'étouffement, nous jugeons alors que l'anesthésie trachéale est obtenue.

Munissant alors notre seringue de la longue canule, après avoir franchi la glotte, la tête étant très relevée en arrière, la langue tirée par un aide (v. fig. 5 et 6), sous le contrôle du miroir, profitant d'une large inspiration, nous pénétrons facilement dans la trachée. A ce moment, nous faisons coucher la malade sur le côté gauche, en l'inclinant le plus possible de ce côté et nous portons la seringue vers la commissure labiale droite; de cette façon, l'extrémité de la canule se trouve reportée dans la direction de la bronche où il faut injecter le liquide. Nous pouvons ainsi injecter facilement 10 centimètres cubes de solution et nous nous rendons très bien compte que cette solution a pénétré dans la bronche gauche, car la malade accuse tout aussitôt une sensation de chaleur dans la partie gauche correspondante du thorax.

Nous faisons ainsi deux ou trois injections à deux jours d'intervalle, mais l'huile mentholée ne nous semblant pas assez efficace, à la sixième injection nous employons une solution d'huile goménolée au 1/10 dont nous faisons cinq injections de 10 à 12 centimètres cubes.

Quinze jours après cette première série d'injections (juillet 1909), la mère nous écrit que la température de la malade, qui était constamment avant les injections de 38 degrés à 38°7, reste constamment aux environs de 37 degrés. « L'état général, nous dit-elle, est beaucoup meilleur, l'appétit est beaucoup plus régulier et la mine est beaucoup plus fraîche. » De plus, l'expectoration, qui était de 350 à 400 grammes par jour, a changé complètement de caractère. Au lieu d'être purulente et épaisse, elle est, au contraire, extrêmement liquide et très peu chargée en pus, sans avoir diminué de volume dès le début, fait dû sans doute à l'hypersalivation qui suit l'introduction d'un liquide dans les voies aériennes. Dans les jours qui suivirent nos dernières interventions, l'expectoration a beaucoup diminué : de 400 à 500 grammes elle est tombée à 200 ou 300 grammes par jour et, en plus, la purulence a également beaucoup rétrogradé pendant toute cette période.

La malade part à la campagne et conserve, pendant deux mois, toute l'amélioration qui s'était produite immédiatement après les injections, et telle qu'on n'en avait jamais constaté de pareille depuis deux ans.

Trois mois après, nous recommençons une nouvelle série de dix injections suivant la même technique, injections de 10 centimètres cubes d'huile gaïacolée à 1/20.

Notre collègue Bergeron fait les constatations suivantes : l'expectoration est moins abondante et surtout moins purulente.

« A l'examen microscopique, polynucléaires et mononucléaires sont toujours nombreux, mais moins déformés. Les bactéries, toujours en quantité considérable, sont surtout représentées par des cocci groupés en staphylo, en streptocoques, presque plus de tétragènes; pneumocoques assez rares ; les bacilles prenant ou perdant le Gram paraissent moins fréquents; petits spirilles et bacilles fusiformes rares.

Les cultures sont moins florissantes ; en gélose aérobie, il a poussé surtout du streptocoque.

En résumé, expectoration moins purulente, flore microbienne surtout aérobie et moins vivace, semble-t-il. »

Après une nouvelle série d'injections, en décembre 1909 et janvier 1910, l'état général reste très bon ; la température ne s'élève jamais dans l'intervalle de ces séries et la malade, qui s'est pesée régulièrement, a repris 4 kilogrammes dans ces trois derniers mois et sa vie autrefois complètement entravée est aujourd'hui tout à fait normale.

OBS. II. — *Abcès intrapulmonaire gangréneux, consécutif à une embolie septique. — Diagnostic radioscopique. — Traitement par injections massives intrabronchiques. — Guérison.* — Malade âgé de trente-cinq ans, qui fut opéré à la maison de santé de la rue Blomet, le 1er février 1910, pour une appendicite.

Les suites immédiates opératoires du côté de la plaie ne présentèrent point d'anomalie, réunion par première intention. Mais trois jours après l'opération, élévation de température à 39 degrés, oppression, toux, foyer de congestion pulmonaire avec égophonie. Les jours suivants la température se maintient très élevée aux environs de 39 degrés avec oscillations. Le malade crache du pus, a des quintes de toux amenant une expectoration purulente à odeur très fétide dont la quantité varie de 100 à 150 grammes par jour. Le matin, il y a vomique beaucoup plus abondante.

Lorsque nous voyons le malade le 9 mars, un mois environ après le début de son affection, il est très amaigri, son état général est mauvais, son facies présente un teint plombé qui révèle une profonde intoxication. Il y a une toux petite, sèche, quinteuse, d'autres fois plus grosse, amenant, le matin principalement et sous forme de vomique, du liquide purulent à odeur fade ou sphacélique suivant les moments.

La température oscille entre 38°5 et 39°5.

Auscultation. — Percussion, matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, souffle vers le tiers moyen.

La radiographie faite par le docteur Béclère montre de l'obscurité du poumon droit avec partie plus noire vers le tiers moyen au-dessus duquel il y a un *espace clair* qui semble indiquer le niveau du liquide. On pense sérieusement à une opération large thoraco-pulmonaire, devant la gravité du cas et l'état général qui s'aggrave journellement. Consultation entre les docteurs Walther, Chauffard, Beluze et Béclère.

Sur le conseil du docteur Béclère, on décide d'essayer sur ce malade la méthode, qui nous avait déjà donné un succès encourageant, des injections intrabronchiques.

Le *traitement* que nous avons institué dès le premier examen a été le suivant :

Injection suivant la technique que nous avions suivie pour notre premier cas, dirigée vers la bronche droite, malade couché, avec seringue de 16 centimètres de capacité et canule courte de 7 centimètres, l'introduction de la longue étant très difficile chez ce malade, au moins lors des premières injections. Anesthésie du larynx avec novocaïne à 1/20 et à 1/100 dans la trachée. La première injection est assez difficile à cause de l'état de faiblesse du malade; nous employons une solution gomonolée à 20 p. 100 et injectons la première fois, c'est-à-dire le 9 mars, 9 centimètres cubes de ce liquide.

Puis, le 11 mars, nouvelle injection du même taux de 9 centimètres cubes. La température tombe brusquement après la deuxième; l'expectoration n'est plus fétide, mais elle reste abondante.

Les six injections suivantes sont faites à deux ou trois jours d'intervalle avec des solutions d'huile goménolée à proportion et à quantité graduellement croissante de 20 à 30 p. 100 et de 10 à 13 centimètres cubes.

Elles sont très bien supportées; dans la demi-heure qui suit, il se produit de la toux, une sensation d'oppression assez vive, mais qui paraît due bien plutôt à l'anesthésie par la novocaïne. Ces symptômes durent une demi-heure au plus. Ensuite, dans la journée, peu de fatigue, surtout lors des dernières injections, et la toux est plus facile, nous dit le malade. En tous cas, les résultats observés dès la quatrième injection de 11 centimètres cubes de solution à 25 p. 100 furent les suivants : chute de la température à 37 degrés le matin et 37°5 le

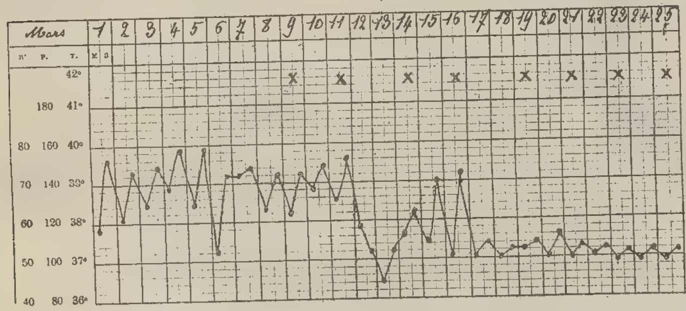


FIG. 4. — *Abcès gangréneux aigu.* — Courbe de température. Le signe × indique les injections intrabronchiques.

soir, finalement retour à la normale; disparition complète de la fétidité de l'expectoration; diminution notoire de sa quantité qui, le quinzième jour, est tombée à 50 centimètres cubes. En outre, elle change de façon notoire de caractère : elle est plus spumeuse et beaucoup moins purulente. L'état local pulmonaire a marché de façon parallèle et l'auscultation suivie pas à pas par le docteur Beluze montre que les phénomènes locaux ont disparu à peu près complètement dès la sixième injection et ne se sont plus reproduits. L'état général est revenu rapidement normal. L'ensemble du traitement avait duré seize jours.

Le malade, revu un mois après, est tout à fait guéri, la radioscopie refaite par le docteur Béclère.

Plusieurs éléments sont à relever dans ces deux observations :

1° Nous avons eu recours à une technique nouvelle qui permet d'injecter directement dans une des bronches des liquides modificateurs. Cette injection, surtout lorsqu'il s'agit de la bronche droite, passe uniquement dans cette bronche, grâce : *a.* à la longueur de la canule qui arrive jusqu'au voisinage de la bifurcation bronchique; *b.* à la direction donnée à la canule au moment de l'injection vers la bronche malade; *c.* à la position du malade qui se couche au moment précis de l'injection du côté du poumon malade.

2° La *quantité du liquide* injecté qui dépasse ce que nous avaient habitué à concevoir les injections intratrachéales (généralement de 2 à 3 centimètres de liquide, pour atteindre 12 à 18 centimètres cubes), cela sans aucun inconvénient local ni réaction de température, au contraire.

3° La possibilité de traiter une dilatation bronchique, un abcès du poumon comme un abcès d'une partie quelconque du corps, à l'aide d'un pansement direct, local.

Cette méthode paraît donner le maximum d'efficacité dans les cas récents.

Dans l'une des deux observations (abcès du poumon) la radioscopie, jointe aux signes cliniques, nous a fait faire le diagnostic et préciser le siège exact de la collection purulente. Dans l'autre, la bronchoscopie, jointe à la radioscopie, a permis de poser un diagnostic sûr, exact, de la présence d'une volumineuse dilatation bronchique qui était bien soupçonnée de par les signes cliniques, mais qui *méritait confirmation de par les signes physiques.* Le bronchoscope nous a révélé la présence d'une volumineuse dilatation formée aux dépens de la bronche.

En outre, fait qui peut étonner les non initiés à cette méthode, dans le cas de dilatation bronchique, la température qui, a priori, aurait dû subir quelque ascension du fait de cet examen est, au contraire, revenue à la normale, chose qui n'était pas arrivée depuis de longs mois, et cet état normal de la température s'est maintenu pendant plusieurs jours pour remonter ensuite. Nous en avons conclu que cette chute de la température était due à la soigneuse évacuation de la poche et à son écouvillonnement antiseptique avec du collargol à 1/20.

Ainsi, nous basant sur ces faits, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas moyen *d'agir directement sur la poche par les voies naturelles.*

Les injections devant être répétées, il ne fallait pas songer à la trachéoscopie directe; aussi avons-nous adopté l'injection d'abord trachéale à l'aide du miroir et ensuite l'injection intrabronchique en utilisant la technique que nous avons décrite plus haut.

Dans le cas aigu d'abcès intrapulmonaire (obs. II), nous avons également employé cette technique d'injections intrabronchiques et ici le résultat a été immédiat, amenant très rapidement la cessation des phénomènes locaux et le relèvement rapide de l'*état général* qui a marché parallèlement.

A ce sujet, nous voudrions relater ici le fruit de notre expérience personnelle : *dans quelles conditions l'injection intratrachéale doit-elle être faite*

pour être efficace, c'est-à-dire pénétrer réellement dans la trachée?

Elle doit être faite sous le contrôle du miroir directement par la fente glottique. Sinon, elle pénètre presque invariablement dans l'œsophage. Le simple raisonnement fera comprendre que la glotte qui se



Fig. 5. — *Injection intrabronchique.* — Premier temps : introduction de la canule dans la glotte.

ferme instantanément au moindre contact dans le pharynx, se mettant en état de défense, doit s'obturer au contact du bout de la seringue, du liquide lui-même, de sorte que, sinon la totalité de l'injection, du moins une grande partie, va prendre le chemin de l'œsophage si l'on n'a pas pris la précaution de dépasser avec le bout de la canule l'espace glottique. Et les soi-disant injections intratrachéales faites dans le pharynx sont presque toujours œsophagiennes. *Le procédé ne souffre pas pareille simplification.*

Nous avons eu l'occasion de contrôler ce que le simple raisonnement fait admettre, de la façon suivante : sur un jeune homme que nous avons laryngostomisé, il était possible de voir, par la large bouche laissée ouverte en vue de la dilatation caoutchoutée progressive et d'inspecter toute la cavité laryngée. Nous avons dû, chez ce petit malade, faire des injections intratrachéales huileuses pour éviter la reproduction incessante de croûtes à l'intérieur du larynx. Eh bien! nous étant servi d'un liquide coloré (solution iodo-iodurée), nous avons constaté qu'une fois seulement sur trois il pénétrait dans le larynx quelques gouttes de la solution si on l'injectait directement à l'aveugle dans le pharynx; même lorsque l'injection semblait réussir, elle ne pénétrait que partiellement et, sur 4 centimètres, il n'en pénétrait guère qu'un ou deux, c'est-à-dire juste de quoi imbiber les parois laryngées et certes pas de quoi aller jusque dans les bronches (1).

Ainsi donc, un premier fait est établi : c'est que pour pénétrer dans la trachée il faut de toute nécessité dépasser la glotte, c'est-à-dire sous le miroir porter le bout de la canule plus bas que les cordes vocales dans la bronche malade.

Mais *est-il possible de faire pénétrer dans une seule bronche* le liquide ainsi injecté? Incontestablement oui, à la condition de se mettre dans les conditions suivantes : 1° se servir d'une canule suffisamment longue pour que son extrémité arrive jusqu'à un centimètre ou deux de la bifurcation (il n'est pas nécessaire qu'elle descende plus bas); 2° faire une *anesthésie locale* du larynx et de la trachée, au moins dans sa partie initiale pour éviter la quinte de toux qui pourrait faire ressortir le liquide injecté avant qu'il soit introduit. Or, grâce à une injection sous-glottique de quelques centimètres cubes de novocaïne en solution au 1/50, cette anesthésie peut être effectuée aussi parfaitement que possible et cela sans crainte d'intoxication, grâce à la faible toxicité de la novocaïne (sept fois moins que la cocaïne). La malade est tout d'abord assise, la tête fortement renversée en arrière pour que l'on puisse introduire la longue canule dans la fente glottique (*premier temps*, voy. fig. 5). Puis, (*deuxième temps*) la canule est poussée jusqu'au niveau de la courbure. Dans un *troisième temps*, la malade dans le décubitus latéral se couche et se



Fig. 6. — *Injection intrabronchique.* — Deuxième temps : la canule est poussée jusqu'au bas de la trachée.

(1) Nous avons fait les mêmes constatations chez un trachéotomisé chez qui l'injection poussée dans le pharynx passait partiellement et une fois sur trois seulement par la glotte.

penche fortement sur le côté malade; la seringue est, à ce moment, portée dans la commissure opposée à la bronche malade, de façon à ce que l'extrémité distale de la seringue soit dirigée vers la bronche à injecter. Et alors, presque à coup sûr, la totalité de l'injection, est injectée directement dans cette bronche (1). L'injection doit être poussée lentement mais toujours avec une certaine force (à l'aide d'une canule à fine lumière pour aller dans la direction de la bronche, sans toutefois provoquer d'accès, suffocation).

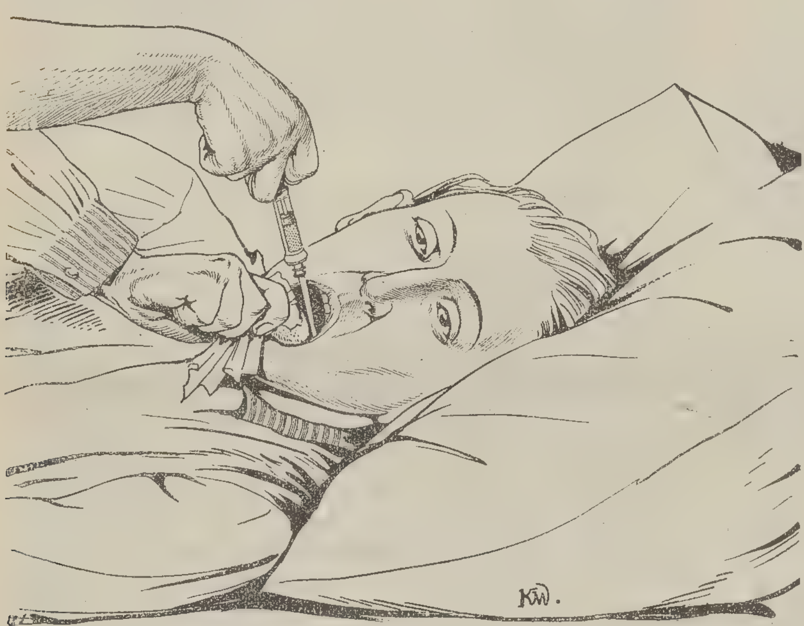


FIG. 7. — *Injection intrabronchique.* — Troisième temps : l'injection est poussée dans la bronche gauche.

Quelle *quantité de liquide doit être injectée?* Au début du traitement que nous avons institué, nous nous sommes tenu aux environs de 6 à 7 centimètres cubes, puis progressivement nous sommes arrivé à injecter jusqu'à 18 centimètres cubes de liquide, avec à peine une légère sensation d'étouffement de la part de la malade au moment même de l'injection.

En outre, fait qui peut surprendre a priori, dans l'expectoration due à la toux inévitable après l'injection, nous avons pu constater qu'il n'y avait que très peu de liquide rejeté; cette constatation était très facile, en particulier lorsqu'il s'agissait de liquide huileux coloré : tout reste donc dans la poche abcédée.

Enfin, recommandation au point de vue technique : il faut choisir, pour faire ces injections, le moment de la journée où la poche est le plus vide, se rapprochant, autant que possible, des *conditions idéales* qui seraient la vacuité absolue : nous avons fait toutes nos injections vers le milieu de la matinée après la vomique matutinale.

Au point de vue de la *nature de liquides* injectés, dans notre cas de *dilatation bronchique*, nous avons employé d'abord des solutions d'huile goménolée à 1/20, gaïacolée à 1/10 et enfin, dans notre dernière série d'injections, il s'agissait d'hyposulfite de soude (15 centimètres cubes d'une solution à 1/5). Dans le cas d'*abcès pulmonaire*, nous avons employé l'huile goménolée de 20 à 30 p. 100.

(1) Nous avons contrôlé ce fait depuis par la bronchoscopie.

Quel *effet immédiat* avons-nous remarqué?

1° *Dans notre cas aigu* : les premières injections ont été un peu pénibles, étant donné l'état de faiblesse extrême du malade, mais bientôt la tolérance est devenue parfaite et la disparition de tous les signes a été obtenue en moins de trois semaines.

2° *Dans notre cas chronique*, ce fut quelquefois, mais non de façon constante, une légère élévation de la température de 4 ou 5 dixièmes, inconstante d'ailleurs, une augmentation notoire de l'expectoration le jour même, mais cette expectoration est peu purulente et composée en majeure partie de salive, de sécrétions fluides bronchiques, sans presque pas de pus.

Après chaque série d'injections, les résultats ont été les suivants : retour à la normale de la température, appétit beaucoup meilleur et enfin diminution notoire de l'expectoration qui, de 4 à 500, grammes est tombée à 150 ou 200 centimètres cubes; elle est beaucoup plus fluide, moins purulente, et au point de vue microscopique bien moins chargée en bactéries, ainsi que nous l'avons vu.

L'amélioration est donc tout à fait manifeste, inespérée même, car nous devons dire que nous n'avons entrepris cette thérapeutique qu'en désespoir de cause.

Obtiendrons-nous une guérison dans le cas chronique comme dans le cas aigu? Nous ne le croyons pas, quoique l'amélioration va en s'accentuant avec les nouvelles séries d'injections et persiste dans l'intervalle de celles-ci. Evidemment, la tâche est très difficile, car il s'agit d'un cas ancien; mais d'ores et déjà cette jeune fille, que nous avons soignée au début comme une malade, a maintenant une simple infirmité et son existence est devenue beaucoup plus tolérable : elle peut s'occuper, sortir, son appétit est régulier. Nul doute qu'une pareille technique vis-à-vis d'un cas plus récent de dilatation bronchique ne soit suivie d'un rapide succès.

Chacun sait d'autre part que les opérations externes thoraco-pulmonaires sont particulièrement graves; le chirurgien atteint difficilement le foyer purulent intrathoracique et l'opération est suivie souvent de la persistance prolongée d'une fistule.

Maintenant, quel est l'avenir et la portée de cette méthode qui, on le voit, part d'un principe tout à fait nouveau?

On peut doser exactement la quantité du médicament que l'on injecte et l'on est sûr qu'il agit immédiatement sur la lésion que l'on veut combattre sans passer par l'économie générale.

La technique est certes des plus simples avec un peu de pratique et il suffit de savoir manier le miroir laryngoscopique, de savoir passer avec la canule à travers la fente glottique.

On voit donc que, grâce à un diagnostic précis (radioscopie bronchoscopique), par une technique relativement simple, on peut modifier profondément une suppuration bronchique même ancienne et guérir rapidement une collection intrapulmonaire aiguë en injectant directement un liquide actif dans une bronche donnée. Il y a là, sans doute, comme nous le disions au début, une voie toute nouvelle pour la thérapeutique des suppurations bronchiques et celle des collections intrapulmonaires.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
PHYSIOTHÉRAPIE

[*Paris, 29 mars-2 avril 1910* (1).]

S'il est aisé de donner une vue d'ensemble sur les travaux des sections de cinésithérapie, d'électrothérapie et de radiologie (parce que lesdits travaux, abondants, sélectionnés et groupés autour de quelques idées générales, apportent vraiment l'impression d'une étape parcourue depuis le dernier Congrès), il n'en est pas du tout de même pour les quatre autres sections.

Diététique. — L'une d'entre elles est une nouvelle arrivée, dont l'avenir sera certainement brillant. La plupart des médecins qui se préoccupent de régimes, qui ont à les appliquer journellement, sont aussi, par quelque autre côté, physiothérapeutes. Il est fréquent que, dans les affections justiciables surtout de la diététique, l'on ait aussi à appliquer et à doser le mouvement actif et passif et le repos. C'est souvent dans les mêmes établissements, dans les mêmes stations où l'on fait soit de l'hydrothérapie, soit de la cure thermale, soit de la climatothérapie, que l'on suit aussi des régimes. Il y a à ces groupements un motif péremptoire : le malade va dans ces lieux pour y chercher tous ces moyens de cure, parce qu'ils lui sont nécessaires, et il a raison de prétendre les y trouver réunis. S'il ne les trouvait point, en effet, il serait obligé d'aller dans une série de lieux différents pour soigner la même affection, ce qui serait plus long, plus coûteux, plus difficile. On faisait ainsi autrefois, on le fait encore trop aujourd'hui chez nous ; mais cette formule n'est point d'accord avec les besoins de la vie moderne, et les malades le ressentent très bien et savent très bien d'eux-mêmes rechercher les groupements de moyens de cure les plus complets et les mieux organisés. Si donc les raisons théoriques qui ont fait entrer la diététique dans la physiothérapie ont pu paraître discutables, il y a à cette union une raison pratique qui, au point de vue du recrutement des Congrès, est d'une grande importance.

Cependant, les travaux de la section de diététique n'ont pas eu, pour cette fois, l'ampleur qu'ils auront certainement par la suite. Cela tient à ce que le plus grand nombre des médecins spécialisés, qui y pouvaient participer et y participeront sans doute dans l'avenir, ne connaissaient pas la création récente de cette section. Ces réflexions ne sont pas inutiles pour répondre au reproche déjà plusieurs fois adressé à la physiothérapie de s'étendre à l'excès.

Sous la direction de MM. le professeur GILBERT et Marcel LABBÉ, la section de diététique a discuté le traitement physique de l'obésité, l'alimentation des tuberculeux (qui doit être variée et d'une abondance limitée et relative) et celle des nourrissons. MM. MARFAN et AVIRAGNET ont signalé l'influence de l'alimentation des vaches laitières sur la santé des nourrissons. M. LEVEN a attribué à la suralimentation la toux de beaucoup de malades considérés comme tuberculeux, et qui sont des dyspeptiques. Le régime de la lithiase biliaire, ceux de l'entérocolite muco-membraneuse, des hypo-pancréatiques, des goutteux, ont été également l'objet de quelques communications. L'étude des cures de fruits, des régimes végétariens, de la toxicité de la viande, ont fourni quelques travaux intéressants. MM. BARDET et WEISS ont apporté des renseignements importants sur la ration alimentaire, la ration sportive et la calorimétrie. La réduction des liquides dans les affections hydropiques, la déchloruration et la rechloruration ont été l'occasion des rapports de MM. FIESSINGER, VIDAL, JAVAL.

Hydrothérapie. Thermothérapie. Aérothérapie. Criothérapie. — La variété de ces moyens thérapeutiques, la nouveauté de certains d'entre eux, la diversité de leurs applications, expliquent que l'intérêt des travaux de cette section n'ait atteint que rarement le degré de concentration nécessaire, malgré les efforts et la compétence de MM. le professeur CARRIÈRE (de Lille) et PARISET (de Vichy).

Cependant, l'hydrothérapie devrait fournir un contingent plus considérable de travaux aux Congrès de physiothérapie. Les médecins hydrothérapeutes ne manquent point, et c'est en France que l'hydrothérapie est née. On objecte, il est vrai, que la création de cette section forme un groupement artificiel et que l'hydrothérapie, la thermothérapie et la criothérapie trouveraient fort bien leur place avec la crénothérapie dans une section unique, attendu qu'il ne suffit pas que l'application de l'eau, du chaud et du froid soit faite dans une station thermale, ou au dehors, pour les différencier par cela même en deux thérapeutiques différentes. Sans doute, dans beaucoup de stations thermales, l'action de l'eau chaude ou froide est spécialisée par les qualités physiques et chimiques de cette eau distincte d'une eau ordinaire ; dans beaucoup d'autres stations, s'ajoute l'action médicamenteuse de l'eau absorbée en boisson. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent l'on chercherait en vain (ailleurs que dans les mots nouveaux que nous avons énumérés) des différences réelles pouvant servir à établir une classification.

Quoi qu'il en soit, l'application de l'eau aux neurasthéniques fut le seul sujet hydrothérapique annoncé à la deuxième section. M. SOLLIER ne l'admet qu'avec des réserves. MM. PARISET, DERECQ, DUBOIS (de Saujon), etc., demandent des applications plus larges. M. DESCHAMPS y voit un moyen de régulariser la température, et notamment d'élever la température centrale des neurasthéniques. M. BADUEL nous rappelle que certains neurasthéniques sont, en réalité, des hypersthéniques et qu'il s'agit de les calmer, non de les exciter. D'autre part, M. BENI BARDE, dans un travail considérable, étudie les effets de l'hydrothérapie dans les affections cardio-vasculaires, particulièrement dans l'artério-sclérose.

L'extension considérable de la thermothérapie, surtout par l'air chaud, depuis quelques années, aurait dû donner à cette section un apport important. MM. PARISET et MÉNÉTREL montrent que la chaleur permet d'élever ou d'abaisser la tension artérielle, suivant le procédé que l'on emploie. M. le professeur BERGONIÉ (de Bordeaux) réchauffe les membres refroidis des paralytiques infantiles, au moyen d'un tissu échauffant électrique. MM. DURET (de Paris) et ROCHER (de Bordeaux) nous rappellent les merveilleux effets des bains d'air chaud dans les affections chirurgicales des membres, particulière-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 44, p. 622 ; 45, p. 639 ; 47, p. 666.

ment dans les arthrites. M. DAUSSET (de Paris) attire notre attention sur l'action de l'air chaud sur l'intestin dans le traitement de la constipation. M. FAURE (de Valence) a de beaux résultats avec les fours thermaux résineux, dans toutes les affections justifiables de la chaleur.

La criothérapie est restée muette. L'aérothérapie se confondait, sans doute, avec la thermothérapie.

Nous signalerons donc à l'attention des organisateurs des futurs Congrès l'enseignement qui résulte pour nous de l'étude de la deuxième section, afin qu'ils puissent prendre les mesures nécessaires pour en augmenter l'intérêt ou pour la rattacher à un autre groupement.

Crénothérapie. — L'étude de la section de crénothérapie pose aussi un problème des plus intéressants pour l'avenir du Congrès. On n'ignore pas que les médecins des villes d'eaux et les médecins hydrothérapeutes formaient déjà avant la création des Congrès de physiothérapie, et forment encore, un Congrès dit « d'hydrologie ». On peut discuter sur les qualités et les défauts des médecins de villes d'eaux; mais nul ne contestera que leur nombre, leur habitude des voyages et des Congrès, l'affluence de leurs cotisations et de leurs communications, ne représentent un contingent considérable à l'apport duquel est lié, au moins en partie, le succès de certains Congrès. Or, à tort ou à raison, les organisateurs et les membres du Congrès d'hydrologie ont estimé que la place qui leur était offerte dans les Congrès de physiothérapie ne faisait pas double emploi avec leur Congrès spécial, et ont décidé de le continuer, de lui réserver leurs communications, et, sans doute aussi, dans une certaine mesure, leur présence même.

D'autre part, le mode de travail des médecins de villes d'eaux, l'énorme quantité de communications qu'ils apportent, leur diversité (puisque chacun d'eux veut parler de préférence de la station où il exerce et des malades qu'il soigne), rendent difficiles, sinon impossibles, pour le moment du moins, le travail de classification et les vues générales que le Congrès de physiothérapie cherche à dégager. Au reste la médecine des villes d'eaux évolue : on rencontre plus rarement le bon clinicien spécialisé d'autrefois qui savait faire sur une famille d'eaux minérales ou de climats une étude documentée et fructueuse, facile à classer et à analyser; on rencontre trop souvent le voyageur pressé, qui n'a évidemment pour but que de rappeler au plus grand nombre possible d'auditeurs son existence et sa profession. L'un d'eux n'a pas hésité, au récent Congrès, à présenter, avec une orientation et un titre un peu différents, la même communication touchant le traitement d'une seule maladie, *à quatre sections*! Enfin si, comme tout le fait prévoir, les villes d'eaux françaises doivent se transformer, comme les villes d'eaux étrangères, en stations de cure, le futur médecin de ville d'eau devra être encore différent des deux devanciers que nous venons de citer, par sa culture et par ses travaux.

La question posée est donc des plus complexes : jusqu'au Congrès de Berlin, on devra l'étudier et réfléchir aux meilleures solutions. Pour l'instant, il nous paraît également impossible de classer des travaux trop nombreux et disparates (qui, du reste, trouvent place dans des sociétés et des journaux spéciaux) et de donner une opinion sur l'avenir comparé de la section de crénothérapie et des Congrès d'hydrologie.

Climatothérapie et thalassothérapie. — Sous la direction de MM. HUCHARD et LALESQUE, on étudia, à la section de climatothérapie, les cures forestières, la climatologie comparée de la mer et de la montagne, enfin l'action des climats sur les maladies de l'appareil circulatoire. Malgré quelques travaux importants, on sent nettement que cette section n'est pas arrivée non plus à sa formule définitive et au rendement qu'elle doit normalement donner. Il est juste de remarquer qu'il existe aussi un Congrès de climatothérapie, distinct du Congrès d'hydrologie et des Congrès de physiothérapie. En outre, les mêmes organes spéciaux (journaux, sociétés, revues, etc.) qui publient la crénothérapie, publient aussi la climatothérapie. MAURICE FAURE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 MAI 1910)

Traitement chirurgical de la maladie de Little. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une communication de M. Delbet. On a proposé plusieurs interventions pour remédier à cette paraplégie spasmodique qui caractérise la maladie de Little. Des chirurgiens allemands ont eu recours à la section méthodique des racines postérieures. C'est là une opération très délicate; on peut commettre une erreur. En outre elle n'est pas sans danger. On a cité des cas de mort. Aussi M. Kirmisson fait-il les plus grandes réserves au sujet de cette opération et lui préfère-t-il le traitement palliatif.

Celui-ci consiste dans la section de certains muscles et de certains tendons. Il peut donner de bons résultats, si on lui associe l'emploi de bons appareils. Toutefois le résultat n'est pas toujours parfait et M. Delbet s'est demandé si on ne pourrait pas faire quelque chose de plus. Chez une jeune fille de dix-huit ans qui avait déjà subi une section musculaire et tendineuse sans grand succès, il a fait une double ostéotomie sous-trochantérienne transversale et il a obtenu une correction parfaite. Après avoir relaté ce fait, M. Delbet se demande s'il n'aurait pas mieux valu faire une ostéotomie sus-condylienne. M. Kirmisson ne le pense pas et devant les bons résultats obtenus il approuve complètement la conduite tenue par M. Delbet.

Le traitement des plaies de la main par la teinture d'iode. — C'est, dit M. RECLUS, une question de pratique courante. On sait combien devant une plaie de main chez un ouvrier, par exemple, il est difficile d'arriver à antiseptiser cette main. Or il n'est pas de pratique plus antiseptique et plus simple à la fois qu'une application de teinture d'iode sans lavage préalable, sans tentatives de décapage ou de désinfection. Ce pansement à la teinture d'iode a ce grand avantage qu'il suffit à lui seul. Ce serait même une mauvaise pratique que de faire un lavage préalable. On a pu craindre autrefois de produire de la vésication. Cette crainte n'existe pas si l'on a soin d'employer de la teinture d'iode fraîchement préparée. On s'est imaginé que la teinture d'iode appliquée sur une plaie vive était très douloureuse. Il n'en est rien. Il faut bannir cette crainte de nos esprits et M. Reclus cite l'exemple d'un artiste, très nerveux et très pusillanime, qui redoutait très fort ce mode de pansement et qui a reconnu qu'il n'avait ressenti aucune douleur.

On conçoit tous les avantages de ce mode de pansement si simple, si rapide, si économique dans les plaies par accidents du travail et surtout dans la chirurgie militaire. C'est du reste à ce mode de pansement qu'on a eu recours, et avec quel succès, dans la guerre russo-japonaise. Facilité, rapi-

dité, efficacité incontestable, tels sont les grands avantages de ce mode de pansement.

Ainsi d'ailleurs que l'a démontré M. Walther, cette efficacité s'explique par ce fait que la teinture d'iode pénètre les tissus avec une grande rapidité. Il se produit, en outre, une véritable déshydratation de ces tissus. Enfin ce mode de pansement a le grand avantage de permettre des massages et la mobilisation pendant la cicatrisation de la plaie.

M. Reclus insiste, en terminant, sur les résultats excellents fournis par ce mode de pansement si simple et si facile et il estime que dans toute clinique, dans tout endroit où on peut être appelé à faire un pansement, dans toute ambulance, dans toute caisse de secours il doit y avoir toujours un flacon de teinture d'iode.

M. Labbé a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Reclus. Mais il rappelle que parmi les anciens maîtres s'est trouvé un chirurgien modeste, Boinet, qui dans un livre remarquable sur l'iodothérapie a indiqué, de la façon la plus complète, l'emploi de la teinture d'iode en chirurgie. Tout ce que vient de dire M. Reclus se trouve dans ce livre au point de vue des applications de la teinture d'iode dans le pansement des plaies. Si les chirurgiens de cette époque avaient voulu suivre Boinet, il est bien probable qu'ils auraient sauvé un grand nombre de malades. Quant à M. Labbé, il s'est toujours inspiré de la doctrine de Boinet et il a toujours eu, dans tous ses services, des flacons de teinture d'iode. Toutes les plaies, chaque matin, étaient badigeonnées largement de teinture d'iode. Dans les phlegmons diffus, il faisait de larges incisions et badigeonnait le fond de la plaie avec de la teinture d'iode. Jamais, avec ce procédé, il n'a eu d'infections. Les pustules malignes qui étaient autrefois traitées par l'incision et la cautérisation au fer rouge, étaient, dans le service de M. Labbé, traitées avec succès par de larges badigeonnages à la teinture d'iode. Actuellement, à tous les chauffeurs d'automobiles, M. Labbé recommande d'avoir toujours dans leur coffre un flacon de teinture d'iode. M. Labbé est donc resté fidèle aux enseignements, aujourd'hui bien oubliés, de Boinet, et devant le succès immense obtenu aujourd'hui par la teinture d'iode, il estime qu'il n'est que juste de rappeler ce qu'ont fait les anciens, en particulier Boinet. C'est ainsi que les choses meurent et renaissent : « Multa renascentur quæ jam cecidere. »

M. Lucas-Championnière approuve M. Labbé d'avoir rappelé la part qui revient aux anciens maîtres, et, en particulier à Boinet dans l'emploi de la teinture d'iode en chirurgie. Mais dans la communication de M. Reclus, M. Championnière voit quelque chose de très important, c'est le retour aux antiseptiques puissants. Quand on veut obtenir une puissante stérilisation, il faut avoir recours, non simplement à l'asepsie, mais bien à des antiseptiques puissants. C'est ce qu'a défendu toute sa vie M. Lucas-Championnière; c'est ce qu'a si bien démontré Lister. Il vantait l'acide phénique, vous vantez aujourd'hui la teinture d'iode, mais c'est toujours d'après le même principe. M. Lucas-Championnière se déclare très satisfait de voir M. Reclus revenir à ces bons errements. Il insiste sur ce fait que c'est aux solutions concentrées d'acide phénique qu'il faut avoir recours et non aux solutions trop diluées. De même pour l'eau oxygénée, on a tort de la couper d'eau comme on le fait trop souvent.

En résumé, M. Lucas-Championnière est heureux de constater qu'on revient à des idées qu'il n'a jamais cessé de défendre.

M. Reclus fait observer à M. Labbé, qu'il remercie d'avoir rappelé ce qu'ont fait les anciens, que, dans sa communication, il n'a aucunement traité la question historique. Il n'a voulu appeler l'attention de l'Académie que sur un tout petit fait, le pansement des plaies de la main par la teinture d'iode.

A M. Lucas-Championnière, M. Reclus répond qu'il n'a jamais oublié les grands principes de l'antisepsie que M. Lucas-Championnière a fait connaître en France. Il rappelle, toutefois, que l'acide phénique a pu donner lieu à des accidents qu'on n'observe jamais avec la teinture d'iode. C'est là un pansement d'une merveilleuse simplicité et d'une efficacité très réelle.

Etude expérimentale du cancer des radiographes. — M. Pierre Marie a pu reproduire expérimentalement chez les animaux le « cancer des radiographes », qui peut rester à l'état de radiodermite, mais peut aussi dégénérer rapidement en cancer.

M. Pierre Marie a pu, en treize mois, produire ainsi un cancer chez le rat; les expositions aux rayons X ont duré cinq mois; après neuf mois de suppression, un véritable sarcome est apparu, récidivant après l'opération chirurgicale et se généralisant.

Sur une variété rare de syphilis hépatique. — M. A. Brault dit qu'il faut particulièrement distinguer les variétés de syphilis hépatique qui se manifestent par des gommes de dimensions tellement inusitées qu'elles font penser à l'existence de tumeurs. La confusion a été maintes fois faite au lit du malade, et même, pièces en mains, les gommes n'ont pas toujours été reconnues. A ce degré, la force d'expansion de la syphilis peut dépasser le foie, puisque les volumineuses gommes dont il s'agit peuvent se continuer avec des syphilomes diffus rétro-hépatiques ou trans-diaphragmatiques. Dans l'observation qui fait le sujet de cette note, le syphilome occupait tout l'espace compris entre le foie et le rein en dehors, le pancréas, le duodénum et la colonne vertébrale en dedans.

L'auteur étudie ensuite la formation des cavernes biliaires en rapport avec la syphilis.

Troubles du cœur dans la scarlatine. — M. Teissier fait une communication sur ce sujet.

Cancer expérimental et cancer spontané. — M. Borrel rapporte les résultats de ses recherches sur le cancer spontané et le cancer expérimental chez les animaux. Sur l'animal, on est parvenu à greffer le cancer, non à l'inoculer. L'agent infectieux n'est donc pas un virus, mais la cellule cancéreuse. On est même parvenu à obtenir des vaccinations. La cellule cancéreuse, que caractérisent son aptitude à la prolifération rapide et sans limite et son pouvoir de greffage sur le sujet ou sur des congénères, est rendue telle par des circonstances probablement extérieures et assez diverses, parasitisme, traumatisme, inflammation, etc.

Signalons, parmi les présentations, une brochure de M. Henrot (de Reims) sur l'**accroissement terrifiant de la criminalité chez les jeunes gens.** Plus de 30000 jeunes gens de treize à seize ans entrent chaque année dans l'armée du crime. M. Henrot propose de rétablir, comme en Amérique et en Angleterre, les peines corporelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 6 mai 1910)

Purpuras. — En réponse à la communication antérieure sur les purpuras de MM. Nobécourt et Tixier, M. Lenoble (de Brest) pense qu'il est possible d'affirmer l'existence d'un purpura, maladie du sang, à condition que les sujets présentent les caractères cliniques et hématologiques qu'il a cherché à déterminer dans différents mémoires et communications.

Guérison d'un hémo-lymphangiome profond par le radium. — MM. H. Dominici, H. Chéron et P. Barbarin présentent un enfant guéri d'un hémo-lymphangiome profond de la région cervicale à la suite de la médication radiumthérapique.

Le sujet était un enfant de huit mois dont la tumeur bombait sous la forme d'une volumineuse masse sphéroïdale de 10 centimètres de diamètre environ, s'étendant du cou à l'épaule du côté gauche.

Ce néoplasme fut traité par l'introduction d'un tube d'argent à parois de 5 millimètres d'épaisseur, contenant dans sa cavité 5 centigrammes de sulfate de radium pur. L'appareil resta vingt-quatre heures au centre du néoplasme. Cette application fut suivie d'une sorte de réaction congestive à la suite de laquelle la tumeur se réduisit de telle sorte que la guérison en est définitive.

Rectoscope à éclairage interne et externe. — MM. Lion et Bensaude présentent un nouveau modèle de rectosigmoï-

doscope pouvant servir à la fois pour l'éclairage interne et externe, grâce à une petite tubulure latérale qui permet de recevoir à volonté l'un ou l'autre des deux systèmes. Pour l'éclairage interne, les auteurs ont imaginé une tige à coulisse de longueur variable et s'adaptant à tous les tubes quels qu'en soient la longueur et le diamètre, alors que dans les rectoscopes utilisés jusqu'à ce jour il était nécessaire de posséder autant d'appareils d'éclairage interne que de tubes. L'appareil à éclairage externe donne une excellente lumière avec une lampe à 8 volts. Un double mouvement rotatif et de retrait, en dégageant l'orifice du tube, offre le double avantage d'en faciliter le nettoyage au cours de l'examen et de permettre d'atteindre la muqueuse rectale avec des instruments sous le contrôle de la vue. Pour pratiquer l'insufflation, l'appareil peut être fermé par une glace inclinée qui laisse passer sans les refléter les rayons de la lampe de l'éclairage externe.

Etude comparée du foie et du pancréas dans douze cas de diabète. — MM. Parmentier et Chabrol insistent sur la fréquence des altérations pancréatiques dans les différentes formes cliniques du diabète; à l'heure actuelle, l'examen histologique du pancréas ne saurait différencier le diabète maigre et le diabète sans dénutrition : dans les deux cas, on observe des altérations glandulaires que le chimisme fécal permet parfois de soupçonner.

L'hyperplasie conjonctive irradie le long des vaisseaux capillaires et s'accompagne de lésions acineuses, que les descriptions anciennes ont méconnues au profit des altérations langerhansiennes; d'ailleurs, les formes de transition que l'on observe entre l'acinus et l'îlot sont contraires à toute théorie exclusive.

Les lésions ulcéreuses des canaux excréteurs, la régression pseudo-canaliculaire des acini, l'aspect angiomateux peuvent encore être rapprochés des altérations analogues que les auteurs signalent au niveau de l'espace porto-biliaire.

L'éosinophilie locale dans l'asthme. — MM. Bezançon et de Jong montrent l'intérêt que présente l'étude précise des éosinophiles dans les crachats des asthmatiques, dont ils forment l'élément cellulaire primordial et caractéristique. Ces éosinophiles se présentent altérées ou intactes. Altérées, les cellules laissent échapper leurs granulations qu'on trouve répandues à profusion sur un fond de mucus épais. Intactes, les cellules éosinophiles présentent différents aspects suivant l'état de leur noyau. Un certain nombre ont l'aspect des polynucléaires éosinophiles du sang, avec deux ou trois noyaux vésiculeux clairs. Quelques-unes ont un noyau multilobé mais pycnotique prenant fortement les colorants basiques. La plupart sont *mononucléées* et revêtent trois aspects : ou bien noyau unique, clair comme celui des myélocytes éosinophiles, ou bien noyau central, contracté, très colorable, comme le noyau d'un lymphocyte, ou bien encore petit noyau très colorable à la périphérie de la cellule. Les granulations revêtent toujours en partie le noyau. Enfin certaines cellules éosinophiles ressemblent aux cellules conjonctives par leur forme allongée et leur noyau clair, unique. Cette étude cytologique montre que les éosinophiles du crachat des asthmatiques ont les caractères signalés par les auteurs dans les éosinophilies locales des pleurésies éosinophiliques (Widal et Faure-Beaulieu, Rist et Kindberg), des kystes hydatiques (Chauffard et Boidin). D'ailleurs si la réaction éosinophilique des crachats est constante au cours de la crise asthmatique, la réaction éosinophilique sanguine est inconstante, argument classique en faveur de l'origine locale des éosinophiles. Quant à la seule autopsie valable, comme autopsie d'asthme, celle de Fränkel, elle montre l'existence d'amas de leucocytes éosinophiles autour des bronches, dont beaucoup sont mononucléées. L'étude cytologique des éosinophiles mononucléées présente donc un double intérêt, puisqu'elle apporte de nouveaux documents pour l'étude des éosinophilies locales et qu'elle prouve qu'il existe dans l'asthme une action toxique locale au niveau des bronchioles.

Pleurésie séro-fibrineuse du sommet. — MM. Gouget, Agasse-Lafont et Weill portent une observation d'épanchement pleural exclusivement localisé à la partie antéro-supérieure de la plèvre droite. L'examen clinique et radiographique permettait d'affirmer que les parties moyenne et inférieure de la plèvre étaient indemnes.

Les faits de ce genre sont rares. Signalée par Laënnec et Grisolle, la pleurésie du sommet est le plus souvent purulente. On ne relève guère dans la littérature que trois observations de pleurésie séro-fibrineuse, deux cas d'Andral et un de M. Guinon. La possibilité d'une localisation de ce genre est importante à connaître pour éviter de croire à une infiltration pulmonaire.

Sclérodermie suraiguë post-traumatique. — MM. Lebar et Routier. Un homme de vingt-huit ans, sans aucun antécédent morbide, camionneur, est victime, le vendredi soir, à onze heures, 30 avril, d'un accident. Renversé à terre, il est transporté à l'hôpital le lendemain, c'est-à-dire sept heures après son accident; il est en plein état sclérodermique complet avec toutes ses conséquences habituelles, donc évolution suraiguë et dramatique de la maladie.

Autre particularité importante : le malade est resté trois jours pleins sans uriner, la première miction légère n'a eu lieu que le lundi suivant. Actuellement, l'inhibition des fonctions rénales existe encore avec une tendance à la régression, donc évolution suraiguë de la sclérodermie, inhibition des fonctions rénales, tels sont les deux points très intéressants de ce cas.

Suppurations bronchiques, diagnostic par la radioscopie, guérison par les injections massives intrabronchiques. — MM. Béclère et Guisez. (Voir plus haut, p. 757.)

Rhumatisme tuberculeux déformant des doigts. — M. Milian présente une malade atteinte de cette affection.

M. Antonin Poncet. La malade qui est présentée est un très bel exemple de rhumatisme tuberculeux déformant pour les doigts, pour les poignets, ankylosant pour l'articulation du genou droit.

Cette association du rhumatisme tuberculeux déformant et du rhumatisme tuberculeux ankylosant est chose rare. Dans son Traité du rhumatisme tuberculeux (1) il en a rapporté plusieurs cas.

M. Poncet est ravi de voir M. Milian présenter de tels malades à la Société; leur observation, leur examen sont on ne peut plus convaincants, quant à la pathogénie tuberculeuse de toutes les lésions qu'ils présentent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 4 mai 1910)

Action du chloroforme sur le foie et les reins. — M. Reynier, à propos de la communication de M. Quénu, discute l'action nocive que peut avoir le chloroforme sur le foie. Mais il pense que le problème est très complexe; il y a une question de dose de chloroforme, de durée de l'anesthésie, d'état antérieur des malades, du plus ou moins de facilité avec laquelle le chloroforme est éliminé. Il y a, en effet, des malades qui éliminent très lentement leur chloroforme et qui peuvent présenter des accidents tardifs. M. Reynier a observé ainsi un cas de mort postopératoire bien qu'il se serve d'appareils permettant de donner le minimum de chloroforme.

Il s'agit d'une jeune femme qui a été opérée d'appendicite à froid.

L'opération fut très simple. Le soir, elle avait 36 degrés. Le lendemain matin, le thermomètre marquait 37°4. Le pouls était à 130. Elle avait des vomissements et une teinte subictérique. Le troisième jour, 38°4, pouls à 130, vomissements incessants. On fait sauter une agrafe. Il n'y a rien du côté de la plaie. La température s'élève, monte le quatrième jour à 40°5; les vomissements persistent, la malade meurt. Il n'y avait rien du côté du ventre, pas de péritonite. Les urines de 1400 à 1500 grammes étaient tombées à 400 grammes. M. Reynier croit devoir attribuer cette mort au chloroforme.

La question est très complexe. Il faut aussi compter avec

(1) *Le Rhumatisme tuberculeux.* — Paris, O. Doin, 1909.

des troubles réflexes par irritation nerveuse. M. Reynier a constaté du subictère chez des malades qui avaient subi l'anesthésie locale par la cocaïne. Plusieurs causes peuvent donc s'exercer sur le foie ou les reins. Il faut aussi tenir compte des idiosyncrasies.

La conclusion à tirer de ces faits c'est qu'il faut examiner les malades avant de leur donner du chloroforme et, si l'on constate chez eux la moindre tare du côté du foie ou des reins, préférer l'éther au chloroforme.

M. Kirmisson croit que dans le cas que vient de citer M. Reynier la mort doit être attribuée plutôt à une septicémie grave qu'au chloroforme.

M. Championnière est quelque peu surpris des nombreuses accusations qui, depuis quelque temps, sont portées contre le chloroforme. Le moindre subictère est considéré comme un symptôme d'intoxication par le chloroforme. M. Championnière trouve que c'est grave d'attaquer ainsi le chloroforme. Les physiologistes ne vont-ils pas jusqu'à soutenir que la mort peut être la conséquence du chloroforme des mois et même des années après son administration. Il y a là des exagérations regrettables, et M. Championnière voit de graves inconvénients à cette campagne contre le chloroforme.

M. Poncet dit qu'il faut examiner la question au point de vue physiologique et au point de vue pathologique. Il faut cependant bien tenir compte des expériences sur les animaux, en particulier des expériences de M. Doyon. Il est certain que le chloroforme paraît exercer une action toxique sur le foie. L'éther ne semble pas avoir la même action. Enfin on a vu des chloroformisateurs abandonner le chloroforme pour l'éther, on n'a jamais vu d'éthérisateurs abandonner l'éther pour le chloroforme.

M. Reynier est de l'avis de M. Lucas-Championnière. Il ne faut pas exagérer les dangers du chloroforme. Quant aux expériences des physiologistes, il faut tenir compte de ce fait qu'ils emploient des doses toxiques tandis que les chirurgiens atteignent bien rarement ces doses chez les malades. Au point de vue pathologique, il faut retenir ce fait que des lésions du foie, existant antérieurement à l'anesthésie, peuvent être augmentées par l'emploi du chloroforme.

Procédé de Momburg. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Abadie (d'Oran) dans laquelle on a eu recours au procédé de Momburg dans une désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome de la cuisse avec un plein succès.

Greffe urétrale. — M. Legueu fait un rapport sur une observation de M. Tanton. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui était atteint d'un hypospadias pénien. On reséqua la veine saphène interne sur une étendue de 12 centimètres, le greffon fixé sur une sonde fut introduit dans la tunnellisation préalablement pratiquée, avec un point de suture à chaque bout. Il y eut une élimination de ce greffon. Ce fut un échec. Six semaines après, M. Tanton commença par établir une dérivation des urines par une taille hypogastrique; puis il prit une saphène sur un autre malade, la conserva, pendant le temps nécessaire, dans du sérum chaud, la mit en place avec la sonde, sutura en arrière avec l'urètre normal et en avant. Le succès fut complet. La sonde put être retirée; la bouche vésicale hypogastrique fut fermée et le résultat définitif est très satisfaisant. On peut passer le n° 23 dans le canal ainsi constitué.

Ce fait prouve de nouveau qu'il est possible d'appliquer chez l'homme ces greffes urétrales.

M. Legueu fait suivre l'exposé de ce fait de considérations générales sur ces greffes.

M. Broca estime que, dans ces cas, la dérivation périnéale des urines vaut mieux que la dérivation hypogastrique. L'urétrostomie périnéale lui paraît supérieure à la taille hypogastrique.

M. Bazy a obtenu de très bons résultats du procédé de Tanton.

M. Poncet, qui aurait bien des raisons pour vanter les avantages de la taille hypogastrique, pense, avec M. Broca, que dans ces faits il vaut mieux recourir à la dérivation périnéale des urines.

M. Marion a eu recours à ces greffes de parois veineuses dans l'urètre. Il fait observer qu'il se fait parfois des infiltrations scléreuses périveineuses qui peuvent amener des rétrécissements ultérieurs. Il a essayé une de ces greffes chez un enfant qui avait déjà été opéré cinq fois pour son hypospadias. Il a fait une urétrostomie périnéale; il a pris une veine du malade et l'a ainsi greffée. Une quinzaine de jours après, il s'est fait un petit abcès et une petite fistule que M. Marion a cherché à fermer. Il y a à compter avec la transformation possible des tissus périveineux.

M. Marion défend énergiquement le procédé de son maître, M. Duplay. Sur 12 opérations d'hypospadias qu'il a pratiquées par ce procédé, il n'a eu qu'un seul échec. Mais pour réussir, il faut pratiquer ce procédé tel que l'a indiqué M. Duplay, c'est-à-dire en se servant des tubes d'affrontement. Enfin, l'adjonction de l'urétrostomie périnéale rend ce procédé tout à fait recommandable.

M. Walther appuie l'opinion de M. Marion sur la valeur du procédé de Duplay. Il l'a lui-même employé toujours avec succès.

M. Legueu résume la discussion et reconnaît, comme ses collègues, la valeur du procédé de Duplay, tout en félicitant ceux qui cherchent à faire mieux encore.

Appareil bivalve pour les fractures de jambe et les tumeurs blanches du pied. — M. Chaput présente deux malades traités à l'aide de cet appareil.

L'appareil bivalve consiste en attelles plâtrées latérales, se prolongeant au besoin sous la plante du pied. Cet appareil permet le massage, la mobilisation, les pansements, la marche sans béquilles, sans compromettre l'immobilisation.

Il supprime la période de convalescence et hâte la consolidation des fractures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Tuberculose pulmonaire. Séméiologie, formes cliniques, diagnostic et pronostic, par le docteur M. Piéry, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. (Encyclopédie scientifique.) In-18 jésus, relié peau pleine, de 850 pages avec 56 figures dans le texte et 3 planches en couleurs hors texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Cuisine diététique. Recueil de 500 formules culinaires à l'usage des dyspeptiques, par le docteur Félix Regnault, ancien interne des hôpitaux, et Prosper Montagné, ancien chef de cuisine du Grand Hôtel. In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Les Dysenteries. Epidémiologie, anatomie pathologique, clinique et thérapeutique, par le docteur Ch. Dopter, médecin major de deuxième classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. (Actualités médico-chirurgicales des armées de terre et de mer.) In-18 jésus, cartonné toile, de 216 pages, avec tracés dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Les Sutures vasculaires, par L. Imbert, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille, et J. Fiolle, chef de la clinique chirurgicale. Une brochure gr. in-8 (n° 57 de l'Œuvre médico-chirurgical), avec 17 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Introduction générale à la thérapeutique positive, par le docteur G. SIEFFERT. In-8 de 407 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Pathologie gastro-intestinale. Deuxième série. Ulcère et cancer de l'estomac, par le docteur Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. In-8 de 350 pages avec 21 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Colite muco-membraneuse (Consultations médicales françaises, fasc. 14), par le docteur Jean-Charles ROUX, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

L'Hérédité normale pathologique, par Ch. DEBIERRE, professeur d'anatomie à l'Université de Lille, membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 monographie (n° 58 de l'Œuvre médico-chirurgical). Gr. in-8 de 56 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 10 mai. — MM. Mocquot, 17; Muret et Hallopeau, 16; Chifoliau, 19.

Prochaine séance, jeudi 12 mai, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique dentaire.* — Séance du 10 mai. — MM. Boze, 19; Coustaing, 14.

Prochaine séance, oral, jeudi 12 mai, à quatre heures trois quarts, à la salle des Saints-Pères.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés ou renommés membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique :

MM. Jules Maillet, E. Caron, Guibert, Haret, Herbet, Risler, Rotillon, Guadet, Léon Bourgeois et Paul Strauss, membres sortants.

M. Regnault-Desroziers, membre de la chambre de commerce est nommé en remplacement de M. Kester, démissionnaire. Le docteur Nélaton, représentant des chirurgiens des hôpitaux, est nommé en remplacement du docteur Walther dont le mandat est expiré.

CONCOURS POUR LA NOMINATION DE MÉDECINS CHARGÉS DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Un concours aura lieu à la préfecture de la Seine, le mardi 24 mai 1910, pour la nomination de 90 médecins chargés de l'inspection médicale des écoles de la ville de Paris.

CONDITIONS D'INSCRIPTION. — Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Etre de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des Facultés de l'Etat;

2° Avoir un minimum d'âge de trente-deux ans et cinq années de pratique professionnelle, au 1er juillet de l'année du concours.

Exceptionnellement, les anciens internes des hôpitaux de Paris ayant accompli leurs quatre années d'internat et exerçant la médecine depuis deux ans, pourront prendre part au concours.

FORMALITÉS D'INSCRIPTION. — Les inscriptions sont reçues à la préfecture de la Seine, annexe de la direction de l'Enseignement primaire, service des examens, 3, rue Mabillon, tous les jours non fériés, de 9 heures à 11 heures et de 2 heures à 4 heures jusqu'au samedi 14 mai 1910, délai de rigueur.

Les candidats auront à produire les cinq pièces ci-après :

1° Une demande d'inscription, sur papier timbré à 0 fr. 60; cette demande devra être accompagnée d'une notice individuelle établie sur la formule imprimée qui est annexée au programme délivré par l'administration;

2° Leur acte de naissance sur papier timbré;

3° Une pièce authentique justificative de la nationalité française (livret militaire, carte d'électeur, certificat de nationalité, etc.);

4° Leur diplôme de docteur en médecine;

5° Pièce justificative de cinq ans au moins de pratique professionnelle (deux ans seulement pour les anciens internes des hôpitaux de Paris en situation d'établir qu'ils ont accompli leurs quatre années d'internat).

Les candidats qui auraient à faire valoir des services médicaux publics antérieurs devront en fournir la justification au moment de leur inscription.

La liste des candidats admis à concourir sera arrêtée par le préfet de la Seine.

EPREUVES DU CONCOURS. — Le concours comprend deux séries d'épreuves : 1° Une épreuve d'admissibilité; 2° une épreuve définitive.

1° *Epreuve d'admissibilité.* — Cette épreuve est éliminatoire. Elle consiste en une composition écrite d'une durée de deux heures qui comprend deux sujets : *a.* Un sujet de médecine infantile (cote : 15 points); *b.* Un sujet d'hygiène scolaire ou de pédagogie physiologique (cote : 15 points).

Seront seuls admis à prendre part à l'épreuve définitive les candidats ayant obtenu 18 points au moins pour l'épreuve d'admissibilité.

2° *Epreuve définitive.* — *a.* Examen d'une école; examen d'une classe; examen collectif ou individuel des enfants (fiche scolaire) et rapport sur cet examen (cote 30 points); *b.* Exposé de 15 minutes sur un sujet d'hygiène à l'usage des écoliers, après 15 minutes de préparation (cote : 20 points).

Cette seconde partie de l'épreuve est publique.

CLASSEMENT DES CANDIDATS. — Les candidats seront classés suivant le nombre total des points obtenus par chacun d'eux; dans le cas où deux candidats auraient le même nombre de points, le jury se basera, pour donner la priorité, sur les

services rendus par eux antérieurement et sur leurs titres scientifiques.

Nota. — Le programme détaillé des matières du concours est délivré gratuitementau service des examens, 3, rue Mabillon (6e arr.).

HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Deux places d'interne vont être prochainement vacantes à l'hôpital civil français de Tunis.

Pour être candidat, adresser au directeur de l'hôpital un dossier contenant : état civil; état militaire; état scolaire : scolarité exigée, douze inscriptions; titres et certificats hospitaliers; certificats des chefs de service.

L'hôpital français comprend divers services : médecine, chirurgie, accouchement, dispensaire, contagieux.

Traitement mensuel de 80 francs.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital civil français à Tunis.

LES DÉPUTÉS MÉDECINS ET PHARMACIENS. — Voici d'après le *Temps* les noms des députés médecins :

MM. Bozonet, Bollet, Héritier, Thivrier, Durand (Aude), Lachaud, Balesi, Baudet (Côtes-du-Nord), Clament, Sarrazin, Sireyjol, Dubuisson, Cazauvieilh, Chapuis (Jura), Laurent, Devins, Vazeille, Péchadre, Chapuis (Meurthe-et-Moselle), Defontaine, Dron, Delpierre, Chopinet, Delelis, Morel (Pas-de-Calais), Sabaterie, Chambige, Chassaing, Pujade, Simyan, Empereur, Meslier, Lorimy, Trouvé, Tarrade, Ganault, Blanc, Plouzané, Monprofit, Grandjean, Perier, Doizy, Samalens, Theveny, Even, Fesq, Guiraud, Dupuy, Bories, Augagneur, Bachimont.

Les pharmaciens sont moins nombreux. Ce sont :

MM. Mille, Astier (Ardèche), Bachimont (déjà nommé), Baduel, Pelisse, Morel (Loire), Renard, Selle, Chamerlat, Schmidt, Fabre (Puy-de-Dôme), Barthe, Maison.

La Pratique de l'hydrothérapie, par le docteur Baruch, professeur d'hydrothérapie à Columbia University, membre de l'Académie de médecine de New-York. In-8 de 739 pages, avec 74 figures. — Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LIVRES NOUVEAUX

Culture in vitro des cellules cancéreuses (1), par Marie Bra.

« Les éléments cellulaires des cancers « épithélial » et « conjonctif » jusques et y compris le stroma adventice n'ont, avec les éléments anatomiques, que des ressemblances, représentant les formes diverses, les phases de développement d'un microorganisme végétal, venu du dehors, étranger à l'économie, et doué comme quelques champignons d'un polymorphisme reproducteur capable d'expliquer la multiplicité des types cellulaires observés, microorganisme s'infiltrant dans les tissus, y puisant sa nourriture, se substituant à eux et produisant la tumeur par la multiplication et le développement de ses propres éléments. » Telle est l'idée directrice de l'auteur, qui, grâce à l'emploi d'un milieu spécial (bouillon de peau de porc concentré), dit avoir pu cultiver in vitro le germe du cancer, et reproduit sur ce milieu les principaux aspects des cancers.

L'ensemencement des cancers sur divers milieux de culture donne naissance à un microorganisme répondant au micrococcus neoformans de Doyen : en partant de ce microorganisme, ensemencé sur son milieu spécial, l'auteur décrit et figure : la germination bactérienne, puis l'agglomération des bactéries en zooglées qui s'enkystent dans une membrane. Celle-ci subit la déhiscence et disparaît, mettant en liberté les touffes bactériennes qui évoluent à leur tour, de la même façon. Ce sont les différents stades de cette évolution qui donnent lieu aux divers aspects qui constituent les diverses variétés de cancers. De nombreuses micro-photographies représentent ces divers aspects. L'auteur, sans se prononcer absolument, incline à croire qu'une seule semence peut donner naissance à toutes les variétés des néoplasmes. Aux bactériologistes de reprendre ces expériences, et de nous fixer sur leur valeur. Si elle était démontrée, la question du cancer se trouverait solutionnée et la classification considérablement simplifiée, puisque les néoplasmes épithéliaux et conjonctifs reconnaîtraient la même origine. L. Alquier.

(1) In-8 de 57 pages et 79 figures. — Paris, A. Poinat.


Astringent intestinal
TANNIGÈNE BAYER
Traverse l'estomac sans se décomposer et ne développe son action astringente que dans l'intestin.
LABORATOIRE DES PRODUITS BAYER
TANNIGÈNE


"BAYER"
Gaïacose
(nom déposé)
Prix net: Fr. 4,50.
Dans toutes les pharmacies.
Conserver au frais.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE

DES INTERNES ET EXTERNES

A DATER DU 15 MAI 1910

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy ; chef de clinique : M. Leplay ; chef de clinique adjoint : M. Doury ; interne : M. Brac ; externes : Mlle Nowicka, MM. de Lafargue-Barès, Pigney, Boulland, du Souich, Duclos.

2. Médecin : M. Muselier ; interne : Mlle Condat ; externes : MM. Mar, Didier, Rocher, Hanras, Vaquette.

3. Médecin : M. N..., M. Sicard, remplaçant ; internes : MM. Galup, Bloch (Marcel) ; externes : MM. Picard, Lehmann (Pierre), Mlles Protopopow, Vigor, MM. Claude, Monin, Farah, Leporcq.

4. Médecin : M. Faisans ; interne : M. de Vaugiraud ; externes : MM. Babiaud, Haristoy, Lubetzki, de Champs de Saint-Léger.

5. Médecin : M. Petit ; interne : M. Maillet ; externes : MM. Barety, Pruvost (Léon-Paul), Mlle Tschoumakoiva, M. Garban.

6. Médecin : M. Chantemesse ; interne : M. Jolivet ; externes : MM. Pasteur, Vallery-Radot, Poirot-Delpech, Bontemps, Weisgerber.

7. Chirurgien : M. le professeur Reclus ; chef de clinique : M. Piquand ; chef de clinique adjoint : M. Kendirdjy ; internes : MM. Lenoir, Virenque, Mlle de Jong, M. Roy ; externes : Mlle Jouvin, MM. Toupet, Perrier, Colombier, Allot, Rivet, Dugué, Mugel.

8. Chirurgien : M. Guinard ; internes : MM. Moure, di Chiara ; externes : MM. Lacaze, Weill (René), Cornet, Sebenq, Loubrieu, Toupance.

9. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne ; assistant : M. Coutela ; chef de clinique : M. Cantonnet ; internes : MM. Chenet, Fimbel ; externes : MM. Hattat, Faure-Beaulieu, Sauty, Salles, Durville, Goulfier, Boussi.

Consultation. — 10. Médecin : M. Lœper ; suppléant : M. Bloch (Paul) ; interne provisoire : M. Ferrand ; externes : MM. Narcy, Petit (Louis), Toutey, Quinquaud.

11. Chirurgien : M. Anselme Schwartz ; suppléant : M. Belgrand ; externes : MM. Viguerie, Lehmann (R.), Fontaine.

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski ; interne : M. Jumentié ; interne provisoire : M. Rudelle ; externes : MM. Leroy (Maxime), Chardon, Blum, Imbert, Ramadier.

2. Médecin : M. Dalché ; interne : M. Gauchery ; externes : MM. Pataud-Devalencienne, Gastaldi, Baudot, Jamin, Pinault (André), Mlle Borch.

3. Médecin : M. Lion ; interne : M. Verdoux ; externes : M. Cheyron, Mme de Bergmann née Rosoff, MM. Leroy (René), Gaulène, Feldstem.

4. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Samson ; externes : MM. Morisson, Lacombe, Réchad, Edelmann, Stréhaïano, Liacre, Mlle Trélat.

5. Médecin : M. Thiroloix ; interne : M. Miginiac ; externes : MM. Mairesse, Haguenau, Garcin (André), Lacau-Saint-Guily, Lenoir (Maurice).

6. Médecin : M. Enriquez ; interne : MM. Roudinesco (1er semestre) ; Robert (2e semestre) ; externes : MM. Schoofs, Corbineau, Chaisemartin, Gardin.

7. Chirurgien : M. Walther ; internes : MM. Phélip, Stern, Haller ; externes : MM. Fouret, Ecot, Marais, Polony, Bigot, Penot, Barbary.

8. Chirurgien : M. Arrou ; internes : MM. Boulard, Fontorbe, Metzger ; externes : MM. Mignot, Scheikeurtch, Huinel, Hamonic, Sénèque, Janet, Lebrun (Max), Saint-Yves-Ménard.

9. Accoucheur : M. Potocki ; interne : MM. Robert (1er semestre), Roudinesco (2e semestre) ; externes : MM. Lorreyte, Devimeux.

Consultation. — 10. Médecin : M. Michel ; suppléant : M. Milbit ; externes : MM. Mitrany, Lebouc, Lemoussu.

11. Chirurgien : M. Fredet ; suppléant : M. Alglave ; externes : MM. Aubert, Costantini, Viala.

12. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Delherm ; externe : M. Duneau.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Gillard ; externes : MM. Vivier, Chazalnoël, Lafage, Kahn (Georges), César.

2. Médecin : M. Morel-Lavallée ; interne : M. Blechmann ; externes : MM. Latour, Fischer, Guibert, Bisson.

Service temporaire de médecine. — 3. Externe : M. Poitrinal.

4. Médecin : M. Toupet ; interne : M. Toulant ; externes : MM. Deguignand, Lamy (Pierre), Richon, Bénit.

5. Médecin : M. le professeur Roger ; interne : M. Bénard (Henri-Auguste) ; externes : MM. Michaut, Verne, Mlles Rabuteau, Konowoff.

6. Médecin : M. Legry ; internes : MM. Rafinesque (1er semestre), Sourdel (deuxième semestre) ; externes : MM. Ducastaing, Morlot, Adler, Mlle Boulan.

7. Médecin : M. Belin ; interne : M. Turquety ; externes : MM. Rougeulle, Ballerin, Ignard, Georges Weber.

8. Chirurgien : M. Demoulin ; internes : MM. Morancé, Labourdette, Viel ; externes : MM. Toulouse, Evrard, Dupuy, Dumet, Longevialle, Resmond, Roustan.

9. Chirurgien : M. Mauclaire ; internes : MM. Séjournet, Métinet, Legrand (1er semestre), Morancé (deuxième semestre) ; externes : MM. Chavasse-Fritaz, Duvelleroy, Blanchon, Auger (Robert), Boncompain, Savidan.

10. Accoucheur : M. Tissier ; interne : M. Garsaux ; externes : MM. Bouchon, Médot, Barnathan, Angot.

Consultation. — 11. Médecin : M. Milian ; suppléant : M. Bourguignon ; externes : MM. Renaud (Louis), Chardin.

12. Chirurgien : M. Gosset ; suppléant : M. Desjardins ; externes : MM. Anglès-Dauriac, Nora.

Service de radiologie. — 13. Radiologiste : M. Zimmern ; externe : M. Leroy (Paul).

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Agasse-Lafont ; internes : MM. May, Lévy-Bruhl ; externes : MM. Stepanoff, Doulcet (Edmond), Piémont, Trousset, Minoret.

2. Médecin : M. Siredey ; interne : M. Vuillet ; externes : M. Bardet (Georges), Mlle Lavergne, MM. Jeannest, Guillemin (André), Girod.

3. Médecin : M. Béclère ; interne : M. Détré ; externes : MM. Lamare, Dietz, Meyer (Paul), Chaufour, Mlle Chabert, M. Pierquin.

4. Médecin : M. Vaquez ; interne : M. Bricout ; externes : MM. Dumas, Dubois (Maurice), Hanriot (Armand), Ziélinski, Durand (Jacques-René).

5. Médecin : M. Jacquet ; interne : M. Routier ; externes : MM. Bulliard, Meignen (H.), Monceau, Bloch (Sigismond).

6. Médecin : M. Le Noir ; interne : M. Aine ; externes : MM. Lenoir, Guerrin, Sorel, Boyer (R.), Truffert, Delattre.

7. Médecin : M. Mosny ; interne : M. Saint-Girons ; externes : MM. Noël (André), Beck, Sikorav, Magniel.

8. Médecin : M. Mathieu ; interne : M. Caille ; externes : MM. Vallery-Radot (Pierre), Quercy, Breuillet, Mlles Reichenecker, Tutchenkow.

9. Médecin : M. Claude ; interne : M. Verdun ; externes : MM. Masselot, Parcheminey, Pouget, Réau.

10. Médecin : M. Lermoyez ; interne : M. Boncour (Paul). (*Service fermé pour six mois ou un an.*)

11. Chirurgien : M. Lejars ; internes : MM. Sorel, Perdoux, Girode ; externes : MM. Lecerf, Rosenwald, Mollet, Aubin (André), Cuny, Pérol.

12. Chirurgien : M. Ricard ; internes : MM. Toupet, Dehelly, Duval ; externes : MM. Kemhadjian, Carpanetti, Meyerson, Schlemmer, Trifaud, Verdenal.

13. Accoucheur : M. Doléris ; adjoint : M. Funck ;

interne : M. Foy; externes : MM. Goret, Morize, Blanchès, Lefranc (Pierre).

Consultation d'ophtalmologie. — 14. Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; externes : MM. Mouradian, Miégeville.

Consultation. — 15. Médecin : M. Ramond; suppléant : M. Faure-Beaulieu; interne provisoire : M. Pimpaneau; externes : MM. Steibel, Frédault.

16. Chirurgien : M. Wiart; suppléant : M. Lemaître; externes : MM. Wiart, Laplanche, Perron (Auguste), Placet.

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Barth; interne : M. Roux; externes : MM. Audebert, Meaux Saint-Marc, Fournier (Jacques), Chatellier, Chabrol.

2. Médecin : M. Hirtz; internes : MM. Gendron (André) (1er semestre), Braun (2e semestre); externes : M. Théry (Louis), Mme Honnoré, MM. Roubaud, Deville, Morestin (A).

3. Médecin : M. Achard; interne : M. Flandin; externes : MM. Hischmann, Vallerant, Colanéri, Marx (Lucien).

4. Médecin : M. Rénon; interne : M. Sevestre; externes : MM. Chatelin, Deron, Michaux, Mercier.

5. Chirurgien : M. le professeur Albarran; chef de clinique : M. Heitz-Boyer; chef de clinique adjoint : M. Papin; internes : MM. Mock, Pénard, Doré; externes : MM. Desvignes, Sanjurjo, Charbonnier, Dax, Léger, Leuvrais, Nossier, Boirac, Gourvitch, Mickaniewski.

6. Chirurgien : M. le professeur Delbet; chef de clinique : M. Hallopeau; internes : MM. Coryllos, Mornard, Mutel; externes : MM. Autier, Marchak, Dragatzis, Mlle Romme, MM. Weiss, Braine, Marié.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Pont, Bodineau; externes : Mlle Halberstadt, Mme Bachelet, MM. Alibert, Chenain, Lidy.

Consultation. — 8. Médecin : M. Pissavy; suppléant : M. Rendu; interne provisoire : M. Rouillard; externes : MM. Lavaud, Parlitch.

9. Chirurgien : M. Chevassu; suppléant : M. Bonneau; externes : MM. Madelaine, Thibault (Paul).

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard; interne : M. Richet; externes : MM. Powilewicz, Françon, Mme Wolfromm, MM. Mougenc de Saint-Avid, Ledermann, Vérut, Lechelle.

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Léon-Kindberg, Cotoni; externes : MM. Gallas, Dubois (Jean), Alary, Berlioz, Weisweiller, Durand-Fardel, Lantuéjoul, Moreau, Portret.

3. Chirurgien : M. Quénu; chef de clinique : M. Muret; internes : MM. Cruet, Houdard, Basset; externes : MM. Duval, Eudel, Bourgeois (Maurice), Détourbe, Mlle Le Conte, M. Pichon, Mlle Besson (Hélène), M. Oulié.

4. Chirurgien : M. le professeur Schwartz; internes : MM. Desplas, Monod (Robert); externes : M. Ollier, Mlle Besson (M.), MM. Wurtz (Jacques), Robin, Monprofit, Ledoux.

5. Chirurgien : M. Faure; internes : MM. Cadenat, Douay; externes : MM. Morin (Pierre), Mlle Brulowsky, MM. Boulanger, Doumenge.

Consultation. — 6. Médecin : M. Guillain; suppléant : M. Crouzon; interne provisoire : M. Pernet; externes : MM. Borel (Alex.), Strauss.

7. Chirurgien : M. Duval; suppléant : M. Mathieu; externes : MM. Schneider, Latour, Oberlin, Lascaux.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Pruvost; externes : MM. Delagenière, Clogne, Mlle Bouderlique, MM. Colson, Brésard, Dantrelle.

2. Médecin : M. Fournier; interne : M. Guénot; externes : MM. Berthelot (Alb.), Porte, Engel, Vincent (G.).

3. Médecin : M. Michon; interne : M. Petit (Paul); interne provisoire : M. Desvaux de Lyf; externes : MM. Gauthier (Ad.), Luretti, Collette, Lefèvre (Pierre), Fritz, Andrieu (Ray.).

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Trémolières; chef de clinique adjoint : M. Chiray; interne : M. Cain; externes : MM. Dognon, Juin, Grodvolle, Hérisson-Laparre, Mlle Dons-Kaufmann, M. Debray.

2. Médecin : M. le professeur Robin; chef de clinique : M. Claret; chef de clinique adjoint : M. Gy; interne : M. Weil (Pierre); externes : MM. Broussolle, Robert (Léon-Ferd.), Mlle Peltier, M. Dedet.

3. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Debertrand; externes : MM. Guillaumont, Duponchel, Queyroi. Jacob.

4. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Dumont (Maurice); externes : MM. Meyer (Henri), Rigoulet (D.), Grosjean, Cavaillon.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Bienvenue, Chambard; externes : MM. Lefèvre, Gaston, Gineste, Simard, Kuhn, Gallois, Guillermain, Roussel (Gaston).

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Verne; externe : M. Robinson.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Dumas, Petel; externes : MM. Walther, Lemoine, Murga, de Nabias, Lory, Dutheillet de Lamothe.

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Houzel, Lechevallier; externes : M. Gallot-Lavalée, Mlle Popelin, MM. Mordret, Récamier, Vigot.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Raoux; chef de clinique adjoint : M. Dupont; interne : M. Desbouis.

Consultation. — 10. Médecin : M. Griffon; suppléant : M. Ramond; interne provisoire : M. Malet (Ch.); externes : MM. Vincent (René), Busson, Caux.

11. Chirurgien : M. Labey; suppléant : M. Nau; externes : MM. Balland (Marcel), Fallot, Gaillard (Ph.).

Consultation d'ophtalmologie. — 12. Ophtalmologiste : M. Poulard; externe : MM. Pougaud, Lecœur.

Service de radiologie. — 13. Radiologiste : M. Desternes; externe : M. Gaillard (Camille).

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Tapret; interne : M. Pignot; externes : MM. Galland, Boutin, Féret, Camino, Roulliès, Durœux.

2. Médecin : M. Brault; interne : M. Paillard; externes : MM. Baudson, Paley, Mlle Giboulot, MM. Sécheret, Küss, Baudin.

3. Médecin : M. Gaillard; interne : M. Baufle; externes : MM. Besnard (Ch.), Riffaud, Rabut, Dauphin, Parisi, Hertz, Devilliers.

4. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Périneau; externes : MM. Strassnie, Quénu, Ceillier, Delavierre, Petit-Dutaillis, Mathieu (René), Mlle Ettinger.

5. Médecin : M. Launois; interne : M. Cléret; externes : MM. Koechlin (Fernand), Saïd-Khan, Petit (Antoine), Lesueur, Mlle Lempert, M. Ohanianz.

6. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Villechaise, Legal-Lassalle, Donzelot; externes : MM. Auclair, Alajouanine, Major, Papadato, Cavaillès, Brunon, Allendy.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Vielle (Albert), externes : MM. Pauvert, Martin de Laulerie.

8. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Lerat, Brisset; externes : MM. Morin (Paul), Mme Barbe, MM. Vinit, Bertrand, Lapique, Chateneaud.

9. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Chamard-Bois, Villette; externes : MM. Chenet (Henri), Bardet (Daniel), Destremont, Bourdier, Wilmoth, Mauranges.

10. Chirurgien : M. Marion; assistant : M. Lavenant; internes : MM. Henry, Cotillon; externes : MM. Berthon, Lebrun, Frenckel, Huard, Parent (R.), Doucet, Maréchal, Bonnet (H.).

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Gibert; adjoint : M. Baldenweck; internes : Mlle Bouteil, M. Liébault; externes : MM. Cuvillier, Ruaud, Lelongt (Max), Zaepffel (Marcel), Toussaint, Chabert.

12. Ophtalmologiste : M. Morax; assistant : M. Magitot; adjoint : M. Carlotti; internes : MM. Bollack, Dufourmentel; externes : MM. Sarkis-Segherdtzian, Mme Levin, MM. Lataillade, Fourrière.

13. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Wilhelm; externes : Mlle Dreyfus, MM. Guilhe, Luquet, Rol.

Service d'électrothérapie. — 14. Médecin : M. Hischmann; externes : MM. Dariaux, Alih.

Consultation. — 15. Médecin : M. Gandy; suppléant : M. Lian; interne provisoire : M. Bouttier; externes : MM. Perrin (Paul), Lefranc (Victor), Lucas, Gastaud.

16. Chirurgien : M. Lapointe; suppléant : M. Chifoliau; externes : MM. Saxe, Péroni, Dujarric de la Rivière.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Brodin; externes : MM. Noël (Henri), Maleyx, Bricaire, Marchand (L.), Benoiste-Pilloire.

Service temporaire de médecine. — 2. Externes : MM. Fourrey, Lafon.

3. Médecin : M. Klippel; interne : M. Mallet; externes : MM. Sellet, Prunier, Amyot, Meurisse.

4. Médecin : M. Florand; interne : M. Woimant; externes : MM. Percepied, Hudelo, Lanos, Guillemot (Marcel).

5. Médecin: M. Caussade; interne : M. Regnard; externes : MM. de Carvalho, Bion, Rouffignac, Rouffiac, Baudet, Mlle Cosmovici.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Lévy (Pierre); externes : Mlles Bouteil, Landesmann, MM. Cousin, Schilmann, Fey, Lehmann (Paul).

7. Médecin : M. F. Bezançon; internes : MM. Braun (1er semestre), Jacob (2e semestre); externes : MM. Moriez, Baude, Lavedan, Speth, Rongier.

8. Médecin : M. Gouget; internes : MM. Baron (1er semestre), Thibaut (2e semestre); externes : MM. Greyfié de Bellecombe, Chalet, Delotte, Drouet.

9. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Clarac; externes : MM. Vazeux, Hue (Georges), Richard (André), Gresset.

10. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Croissant, Huyghues de Beaufont, Girault (Albain); externes : MM. Mora, Bertin-Mourot, Gille-Dehelly, Vincentelli, Ledermann, Cabre.

11. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Pakowski, Girou; interne provisoire : M. François (René); externes : MM. Denoyelle, Béon, Durand (Albert), Wagon, Fourrey.

12. Chirurgien : M. Morestin; internes : MM. Levant, Passot, Loubeyre; externes : MM. Jacquot, Capdevilla, Béraud (H.), David, Rabreau, Lavalée, Braye.

13. Accoucheur : M. Demelin; interne : M. Montet (1er sem.); externes : M. Vilfroy, Mlle Ricard, M. Bouquier.

Consultation. — 14. Médecin : M. Rathery; suppléant : M. Lebar; interne provisoire : M. Colombe; externes : MM. Monnier (H.), Grandjean.

15. Chirurgien : M. Chevrier; suppléant : M. Siegel; externes : MM. Frette, Mallet (Lucien), Silva.

Service de radiologie. — 16. Radiologiste : M. Legros; externe : M. Delot.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Israëls de Jong; chef de clinique adjoint : M. Gougerot; internes : MM. Salin (1er sem.), Gastinel (2e sem.); externes : MM. Antony, Robert (Lucien), Mlle Goldenfann, MM. Bruneau, Gilson.

2. Médecin : M. Barié; interne : M. Portocalis; externes : Mlle Hassler, M. Moineau, Mlles Albessard, Monbiot.

3. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Baumgartner; externes : MM. Borel (Alph.), Pottecher, Pineau, Touchard.

4. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Merle; externes : MM. Lemuet, Paillard, Deffaux, Dupont (Pierre).

5. Chirurgien : M. Leguen; internes : MM. Rouget, Lorin, Fouquiau; externes : MM. Audain, Chasseray, Bordet, Jusseaume, Clap, Schulmann.

6. Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Caillaud; adjoint : M. Godéchaux; interne : M. Ducamp; externes : MM. Dufau, Fau, Lelongt (Paul).

Consultation. — 7. Médecin : M. Léan Bernard; suppléant ; M. Rivet; externes : MM. Baille, Guillaume.

8. Chirurgien : M. Baumgartner; suppléant : M. Français (Raymond); externes : MM. Salles, Péna.

Service de radiologie. — 9. Radiologiste : M. Passier; externe : M. Arbassier.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin: M. Talamon; interne : M. Fabre; externes : MM. Roehrich, Nidergang, Gerber, Mlle Schmiergeld.

2. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Nicaud; externes : MM. Balland (Louis), Mozer, Delestre, Bouhéret.

3. Chirurgien : M. Hartmann; interne lauréat : M. Roux (Jean); internes: MM. Wolfromm, Sievy (Edmond), Mondor; externes : MM. Antoine, Guillaumot, Richard (Georges-André), Minvielle, Quartier, Turnesco, Peltier, Lenormand.

Consultation. — 4. Médecin : M. Laffitte; suppléant : M. Oppert; interne provisoire : Mlle Leven; externes : MM. Huc (Edouard), Mme Perl.

5. Chirurgien : M. Lecène; suppléant : M. Grégoire; externes : MM. Jay y Rinz, Socquet.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Beaujard; externe : M. Astruc.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; internes : M. Brin; externes : MM. Paynel, Bel, Brenot, Dagnan-Bouveret, Potherat.

2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Marie; externes : MM. Bideaux, Thibierge, Mlle Weil, MM. Kudelski, Floquet.

3. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Philippon, Vignes; externes : MM. Théry (André), Chamarro, Gery, Gonthier (André), Pichancourt, Guillot.

Consultation. — 4. Médecin : M. Lereboullet; suppléant : M. Jomier; externes: MM. Thouvenin, Bucquet.

5. Chirurgien : M. Guibé; suppléant : M. Morlet; externes : MM. Lelièvre, Trémolières.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Bonniot; externe : M. Bourdeaux.

N. Hôpital Boucicaut.— 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Prélat; interne provisoire : Mlle de Pfeffel; externes : MM. Gatellier, Brouet, Arnaudon, Pasquet, Philardeau, Lépine, Bettinger, Bernard-Gerriet.

2. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Vincent (Max), Petit (Henri); externes : MM. Patenostre, Photiadès, Nahan, Renaud (Jean), Liberge, Dèche, Le Rochais, Radenac.

3. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Bachy; externes : MM. de Quemper de Lanascol, Coudray, Boulan.

Consultation. — 4. Médecin : M. Brouardel; suppléant : M. Vitry; externes : MM. Gautier, Houssiaux.

5. Chirurgien : M. Dujarier; suppléant : M. Capette; externes : MM. Casalis, Blutel, Amat, Bonhoure.

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Aubourg; externe : M. Butel.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher; chef de clinique : M. Druelle; chef de clinique adjoint : M. Claude; internes : MM. Guggenheim, Jacob (1er semestre), Dubosc (2e semestre); externes : MM. Dogny, Rouché, Maugis, Monguilan, Mlle Sabin, M. Boubermann.

2. Médecin : M. Balzer; internes : M. Burnier, Mme Vaudet (1er sem.), M. Garsaux (2e sem.); externes : MM. Dive, Larcher, Bailleul, Wilmet, Majour.

3. Médecin : M. de Beurmann; internes : MM. Bith, Heuyer; externes: MM. Smolizansky, Bourdette, Mlle Delage, MM. Boé, Gaufroy.

4. Médecin : M. Brocq; internes : Mlle Déchaux, M. Le Blaye; externes : MM. Chéronnet, Blacque, Gouin, Toffin, Foisy, Rabourdin (André), Tison.

5. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Weissenbach; externes : MM. Baisoiu, Garcin (Emm.), Klefstad-Sillonville, Hanriot (Robert), Fège.

6. Médecin : M. Darier; interne : M. Cottenot; externes : MM. Boucheron, Tartois, Colleville, Renard, Boulet, Routhier.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Guillaume, Jacoulet, Lamouroux; externes : MM. Mouflet, Belloir, Adeline, Couvreux, Baulin, Humbert.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Lévêque, Bertier, Boudol; externes : MM. Théoharide, Freze, Dalle, Falliès, Solal, Petit (Raoul).

9. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Saiget, Mascarenhas, Perier; externes : M. Schmutz, Mlle d'Argent, MM. Vigouroux, Ohier, Eissen, Fumet.

10. Accoucheur : M. Boissard; internes : MM. Dubosc (1er sem.), Cotillon (2e sem.); externes : MM. Arnal, Guignard, Morigny, Istria.

Consultation. — 11. Chirurgien : M. Lenormant; suppléant : M. Morisetti; externes : MM. Chaineaux, Guerrero, Mélamet.

Service d'enfants convalescents. — 12. Médecin : M. Sergent; interne provisoire : M. Besset; externes : MM. Boutet, Parent (Robert), Teisset, François (Maurice).

Service de radiologie. — 13. Radiologiste : M. Gastou ; externe : Mlle Tasserie.

Service de chirurgie de l'hôpital Hérold (provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis). — 14. Chirurgien : M. Ombrédanne ; internes : MM. Ribérol, Luzoir, Ferran (1er sem.), Brocq (2e sem.) ; externes : MM. Parturier, Flandrin, Fournier (Lucien), Mlle Wahl, MM. Rabeau, Auvigne, Poisvert.

Service d'ulcères variqueux. — 15. Chirurgien : M. Beurnier ; interne provis. : M. Héricourt ; externes : MM. Sartre, Netter.

P. HÔPITAL BROCA. — 1. Médecin : M. Jeanselme ; interne : M. Chevallier ; externes : MM. Larousse, Marcorelles, Camboulives, Salès, Mme Dejust née Defiol, MM. Lœwy, Galop, Monnot (Paul).

2. Médecin : M. Hudelo ; internes : MM. Thibaut (1er sem.), Montet (2e sem.) ; externes : MM. Sondag, Guinaud, Mme Michelovsky, MM. Courjon, Gallet, Périn (Lucien), Dupéchez, Gaujard, Cumenge.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi ; chef de clinique : M. Bender ; internes : MM. Ecalle, Maurer, Vilbort ; externes : M. Loiseau, Mlle Bitchounsky, MM. Gibert, Mouriès, Bouchet, Constantin, Margerin.

Q. MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit ; interne : M. Maisons ; externes : MM. Bourgeois (Alf.-Francis), Giraud, Bobrie, Marro, Piot.

2. Médecin : M. Labbé (Marcel) ; interne : M. Carrié ; externes : MM. Beaudouin (Roger), Bruizard, Le Poittevin.

3. Chirurgien : M. Launay ; internes : MM. Pellot, Brocq, Séquinot ; externes : MM. Haddad (Simon), Dupuy (Lucien), Tribout, Berthelot (D.), Poissonnier, Tiphine, Lebossé, Bretégnier.

4. Chirurgien : M. Auvray ; internes : MM. de Berne-Lagarde, Malarte ; externes : MM. Lascombe, Hartmann, Hatry, Bonnerot, Arbert, Renardier.

Service de radiologie. — 5. Radiologiste : M. Bouchacourt ; externe : M. Bonnet.

R. HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel ; chef de clinique : M. Paisseau ; chef de clinique adjoint : M. Darré ; interne : M. Railliet ; externes : MM. Penet, Philip, Desaux, Thibon de Courtry, Lambour, Roux.

2. Médecin : M. Comby ; interne : M. Schreiber ; externes : MM. Castex, Bardon, Mazzoleni, Testard.

3. Médecin : M. Richardière ; internes : MM. Sourdel (1er sem.), Rafinesque (2e sem.) ; externes : MM. Larozière, Quinquandon, Mlle Schapiro, M. Onfroy de Bréville, Mlle Abramovitch.

4. Médecin : M. Marfan ; interne : M. Lagane ; externes : Mlle Raphaël, MM. Chomanet, Lambert (Maurice), Lévi-Franckel.

5. Médecin : M. Méry ; internes : MM. Weill (André) (1er sem.), Foy (2e sem.) ; externes : MM. Michel, Mallet (François), Darrieux, Videau, Ruelle.

6. Médecin : M. Aviragnet ; internes : MM. Ségard (1er sem.), Blechmann (2e sem.) ; externes : MM. Deffins, Lapeyre, Papillon (Fernand), Mlle Bredrel.

Crèche. — 7. Interne provisoire : Mlle Hertz.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson ; chef de clinique : M. Gasne ; chef de clinique adjoint : M. Perrin ; internes : MM. Amaudrut, Moulonguet, Durand (H.) ; externes : MM. Andrieu (Alb.), Bartnowski, Chaffant, Salomon, Dellac, Brachat, Dardannet, Gambier.

9. Chirurgien : M. Broca ; assistant : M. Sourdat ; internes : MM. Philbert, Madier ; interne provisoire : M. Cleisz ; externes : MM. Pinard, Guillemet (Paul), Chaperon, Broussin, Proust, Chenet (Ch.), Evrard, Giroux.

Service ophtalmologique. — 10. Ophtalmologiste : M. Terrien ; assistant : M. Hillion ; interne : M. Netter ; externes : M. Mathelin, Mlle Schmerling, M. Plaisant.

Service de la sélection. — 11. Interne provisoire : M. Plaisant.

S. HÔPITAL TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Netter ; internes : MM. Touraine (1er semestre), Gendron (2e semestre) ; externes : MM. Woillez, Parin, Figowski, Mlle Konichowsky, MM. Massé, Garnier (Gaston).

2. Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Rolland ; externes : MM. Usse, Guinet, Masmonteil, Mlle Lang, MM. Lebreton, Quénot.

3. Chirurgien : M. Savariaud ; internes : MM. Fenestre, de Cumont, Bloch (Jacques) ; externes : MM. Besnard (Gust.-Jules), Renault (André), Moricand, Girardot, Charrier, Chassin, Besnard (Jacques), Mlle Duplan.

Service de la diphtérie. — 4. Interne provisoire : M. Vaudescal ; externe : Mlle Lévy (Justine).

Consultation. — 5. Médecin : M. Rist ; suppléant : M. Aubertin ; interne provisoire : M. Escallier ; externes : MM. Fitte, Marcassus, Monod (Lorenz).

Service de radiologie. — 6. Radiologiste : M. Weil (Albert) ; externe : M. Briault.

T. HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. Variot ; internes : MM. Pironneau, Chatelin ; externes : MM. Fontanel, Monnier (Paul), Corre, Bardet (Henri), L'Hirondel, Poisson.

2. Chirurgien : M. Jalaguier ; assistant : M. Veau ; internes : MM. Berger, d'Halluin ; externes : M. Marinier, Mlle Denis, M. Levant, Mlle Rosenblum, M. Grèze, Mlle Boudeille, M. Mladenoff.

Service de radiologie. — 3. Radiologiste : M. Barret ; externe : M. Charlet-Reyjal.

U. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. Renault (Jules) ; interne : M. Martingay ; externes : M. Hugon, Mlles de Saint-Firmin, Athanassiu.

2. Médecin : M. Apert ; interne : M. Stévenin ; externes : MM. Le Maux (Julien), Apard, Mlle Feyghin.

Consultation. — 3. Médecin : M. Jousset ; suppléant : M. Deglos ; interne provisoire : M. Buc ; externes : MM. Donzé, Gougelet.

V. HOSPICE DE BICÊTRE. — 1. Médecin : M. le professeur P. Marie ; interne lauréat : M. Foix ; internes : MM. Laroche, Barré.

2. Chirurgien : M. Riche (Paul) ; internes : MM. Delivet, Rousseau (Fernand), Feil.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Nageotte ; interne : M. Gautier ; interne provisoire : M. Thiers.

4. Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Rousselot ; interne provisoire : M. Leblanc.

5. Médecin : M. Riche (André) ; interne : M. Sédillot ; interne provisoire : M. Monbrun.

6. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Porak ; interne provisoire : M. Bloch (René).

X. HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond ; chef de clinique : M. Beaudouin ; chef de clinique adjoint : M. Français ; internes : MM. Bourdier, Velter, Chauvet ; externes : MM. Reilly, Duprey, Collet, Bertrand, Berthomier.

2. Médecin : M. le professeur Déjerine ; internes : MM. Ferry, Gauducheau ; externes : M. Phipps, Mlle Lepkine, M. Thibout, Mlle Le Scornet, M. Chéron.

3. Chirurgien : M. le professeur Segond ; chef de clinique : M. de Martel de Janville ; internes : MM. Pascalis, Barbet, Leveuf ; externes : M. Vignal, Mlle Pommay, MM. Clouzeau, Cabart-Danneville, Mlle Goldenfann, M. Tassigny.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Deny ; interne : M. Hébrard ; externes : MM. Barat, Fuselier.

5. Médecin : M. Séglas ; interne : M. Logre ; externes : MM. Danton, Tourneix.

6. Médecin : M. Chaslin ; interne : M. Lévy (Alfred) ; externes : MM. Wurtz (Pierre), Plumey.

Y. HÔPITAL BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guinon ; interne : M. Gendron (G.) ; externes : M. Barraud, Mme Pertat, M. Rousseau (Ferdinand-Louis), Mlle Pouzin, MM. Huguet, Desprez.

2. Médecin : M. Boulloche ; interne : M. Willette (1er semestre), Ségard (2e semestre) ; externes : MM. Vinçotte, Bergès (Gaston), Géraud, Escudier, Marqueste, Bilbault.

3. Chirurgien : M. Villemin ; internes : MM. Jumon, Paris, Pizon ; externes : MM. Denet, Rougier, Bréhier, Mlle Kosloff, MM. Lautier, Gaymard.

Consultation — 4. Médecin : M. Papillon ; interne provi-

soire : M. Jacquemin; externes : MM. Tribes, Ardillier.
Service de radiologie. — 5. Externe : M. Wallimann.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Souques; interne : M. Vaucher; interne provisoire : M. Baudouin (Emile); externe : M. Huguet.
2. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Ramadier, Bloch (André); externe : M. Berthod.

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Maygrier; assistant : M. Macé; accoucheur-adjoint : M. Bouffe; internes : MM. Petit, Charrier.
2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Huber; externes : MM. Morin (Alex), Bertaux, Duter, Bergeret.

Ab. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : MM. Mora (1er semestre), Baron (2e semestre); externes : MM. Mersey, Albertin, Reignard, Sébillotte, Garriquenc, Daudet.
2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Collin; externes : Mlle Parisse, MM. Pilatte, Regnault, Galliot, Mlle Campergue, M. Béraud (Arm.).
Le service de chirurgie est provisoirement installé à l'hôpital Saint-Louis (voir O).
3. Service de la garde et de la sélection : internes provisoires : MM. Beloux, Prigent.

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Teissier ; internes : MM. Pélissier, Lutembacher, Gastinel (1er sem.), Ménard (2e sem.); externes : MM. Cambessédès, Aujay de la Dure, Daniel, Richard (G.-A.-L.), Brun, Vayssières, Meuge, Berthomieu-Lamer.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar; chef de clinique : M. Lequeux; chef de clinique adjoint : M. Devraigne; externes : MM. Siguret, Lauriat, Chataing, Thomas, Brisson.

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Lacasse; chef de clinique adjoint : M. Le Masson; externes : MM. Chabrun, Ducrotoy, Mlle Roy, MM. Bruslon, Brunet, Champeau.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Sourdille; interne provisoire : M. Durand (Gustave); externe : M. Guelfucci.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Gutmann.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Ménard; externes : MM. Raymondaud, Dupradeau, Paulet, Jacquemin (Edouard).
Service de l'érysipèle. — 2. Médecins : MM. Marie, Castaigne; interne : M. Fernet; externes : MM. Achard, Ribo, Gheorghiu, Panciulesco.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Josué; interne : M. Dufour.

Aj. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré; interne : M. Stroehlin; externe : Mlle Lévi-Alvarès.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; adjoints : MM. Calvé, Andrieu; internes : MM. Gouguet de Girac, Bougot, Lenoël, Achard, Legrain.

Al. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. A. Marie; adjoints : MM. Clément, Carton, Ferrand; internes : MM. Ghys, Ferry (Ch.), Maurel (Gérard), Rouèche, Ecot, Vosy.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert Ballet; chefs de clinique : MM. Charpentier, Delmas; chefs de clinique adjoints : MM. Kakn, Barbé.

An. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Gassier.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino; internes : MM. Finot, Bougeant.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*
Exemple : M. Jumentié, B-1 = B. Hôpital de la Pitié, 1. Service de M. Babinski.

MÉDECINS

et assistants.

CHIRURGIENS

et assistants.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Ribemont-Dessaignes, H-9.
Tissier, C-10.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Caillaux, K-6.
Carlotti, I-12.
Coutela, A-9.
Dupuy-Dutemps, D-14.
Godechaux, K-6.
Lapersonne(de), A-9.
Magitot, I-12.
Morax, I-12.
Poulard, H-12.
Rochon-Duvigneaud, K-6.
Terrien (F.), R-10.

RADIOLOGISTES

Aubourg, N-6.
Barret, T-3.
Beaujard, L-6.
Bonniot, M-6.
Bouchacourt, Q-5.
Delherm, B-12.
Desternes, H-13.
Gastou, O-12.
Legros, J-16.
Passier, K-9.
Weil (A.), S-6.
Zimmern, C-13.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Aubertin, S-5.
Bloch (P.), A-10.
Bourguignon, C-11.
Crouzon, F-6.
Deglos, U-3.
Faure-Beaulieu, D-15.
Jomier, M-4.
Lebar, J-14.
Lian, I-15.
Milhit, B-10.
Oppert, L-4.
Ramond (L.), H-10.
Rendu, E-8.
Rivet, K-7.
Vitry, N-4.

CHIRURGIE

Alglave, B-11.
Belgrand, A-11.
Bonneau, E-9.
Capette, N-5.
Chifoliau, I-16.
Desjardins, C-12.
Français (R.), N-8.
Grégoire, L-5.
Lemaître, D-16.
Mathieu, F-7.
Morisetti, O-11.
Morlet, M-5.
Nau, L-11.
Siegel, J-15.

CHEFS DE CLINIQUE

Agasse-Lafont, D-1.
Beaudouin, X-1.
Bender, P-3.
Cantonnet, A-9.
Charpentier, Am-1.
Claret, H-2.
Delmas, Am-1.
Druelle, O-1.
Gasne, R-8.
Hallopeau, E-6.
Heitz-Boyer, E-5.
Lacasse, Ac-1.
Le Play, A-1.
Lequeux, Ad-1.
Martel de Janville (de), X-2.
Paisseau, R-1.
Piquand, A-7.
Raoux, H-9.

Adjoints.

Barbé, Am-1.
Chiret, H-1.
Claude, O-1.
Darré, R-1.
Devraigne, Ad-9.
Doury, A-1.
Dupont, H-9.
Français, X-1.
Funck, D-3.
Gougerot, K-1.
Gy, H-2.
Kahn, Am-1.
Kendirdjy, A-7.
Le Masson, Ae-1.
Papin, E-5.
Perrin, R-8.

INTERNES

Achard, Ak-1.
Aine, D-6.
Amaudrut, R-8.
Bachy, N-3.
Barbet, X-3.
Baron (1er sem.), J-8; (2e sem.), Ab-1.
Barré, V-1.
Basset, F-3.
Baufle, I-3.
Baumgartner, K-3.
Bénard (H.-A.), C-5.
Berger, T-2.
Berne-Lagarde (de), Q-4.
Bertier, O-8.
Bienvenue, H-5.
Bith, O-3.
Blechmann (1er sem.), C-2; (2e sem.), R-6.
Bloch (André), Z-2.
Bloch (Jacques), S-3.
Bloch (Marcel), A-3.
Bodineau, E-7.
Bollack, I-12.
Boncour (Paul), D-10.
Boudol, O-8.
Bougeant, Ap-1.
Bougot, Ak-1.
Boulard, B-8.
Bourdier, X-1.
Bouteil (Mlle), I-11.
Brac, A-1.
Braun (1er sem.), J-7; (2e sem), E-2.
Bricout, D-4.
Brin, M-1.
Brisset, I-8.
Brocq (1er sem.), Q-4; (2e sem.), O-14.
Brodin, J-1.
Burnier, O-2.
Cadenat, F-5.
Caillé, D-8.
Cain, H-1.
Carrié, Q-2.
Chamard-Bois, I-9.
Chambard, H-5.
Charrier, Aa-1.
Chatelin, T-1.
Chauvet, X-1.
Chenet, A-9.
Chevallier, P-1.
Clarac, J-9.
Cléret, I-5.
Collin, Ab-2.
Condat (Mlle), A-2.
Coryllos, E-6.
Cotoni, F-2.
Cotillon (1er sem.), I-10; (2e sem.), O-10.
Cottenot, O-6.
Croissant, J-10.
Cruet, F-3.
Cumont (de), S-3.
Debertrand, H-3.
Déchaux (Mlle), O-4.
Dehelly, D-12.
Delivet, V-2.
Desbouis, H-9.
Desplas, F-4.
Détré, D-3.
Di Chiara A-8.
Donzelot, I-6.
Doré, E-5.
Douay, F-5.
Dubosc (1er sem.), O-10; (2e sem.), O-1.
Ducamp, K-6.
Dufour, Ai-1.
Dufourmentel, I-12.
Dumas, H-7.
Dumont (Maurice), H-4.
Durand (H.), R-8.
Duval, D-12.
Ecalle, P-3.
Ecot, Al-1.
Fabre, L-1.
Feil, V-2.
Fenestre, S-3.
Fernet, Ah-2.
Ferran (1er sem.), O-14.
Ferry, X-2.
Ferry (Ch.), Al-1.
Fimbel, A-9.
Finot, Ap-1.
Flandin, E-3.
Foix (lauréat), V-1.
Fontorbe, B-8.
Fouquiau, K-5.
Foy (1er sem.), D-13; (2e sem.), R-5.
Galup, A-3.
Garsaux (1er sem.), C-10; (2e sem.), O-2.
Gassier, An-1.
Gastinel (1er sem.), Ac-1; (2e sem.), K-1.
Gauchery, B-2.
Gauducheau, X-2.
Gautier, V-3.
Gendron (André), E-2.
Gendron (2e sem.), S-1.
Gendron, Y-1.
Ghys, Al-1.
Gillard, C-1.
Girault (Albain), J-10.
Girode, D-11.
Girou, J-11.
Gouguet de Girac, Ak-1.
Guénot, G-2.
Guggenheim, O-1.
Guillaume, O-7.
Gutmann, Ag-1.
Haller, B-7.
Halluin (d'), T-2.
Hebrard, X-4.
Henry, I-10.
Heuyer, O-3.
Houdard, F-3.
Houzel, H-8.
Huber, Aa-2.
Huyghues de Beaufont, J-10.
Jacob (1er sem.), O-1; (2e sem.), J-7.
Jacoulet, O-7.
Jolivet, A-6.
Jong (Mlle de), A-7.
Jumentié, B-1.
Jumon, J-3.
Kindberg (Léon), F-2.
Labourdette, C-8.
Lagane, R-4.
Lamouroux, O-7.
Laroche, V-1.
Le Blaye, O-4.
Lechevallier, H-8.
Legal-Lassalle, I-6.
Legrain, Ak-1.
Legrand (1er sem.), C-9.
Lenoël, Ak-1.
Le Noir, A-7.
Lerat, I-8.
Levant, J-12.
Lévêque, O-8.
Leveuf, X-3.
Lévy (Alfred), X-6.
Lévy (Edmond), L-3.
Lévy (Pierre), J-6.
Lévy-Bruhl, D-1.
Liébault, I-11.
Logre, X-5.
Lorin, K-5.
Loubeyre, J-12.
Lutembacher, Ac-1.
Luzoir, O-14.
Madier, R-8.
Maillet, A-5.
Maisons, Q-1.
Malarte, Q-4.
Mallet, J-3.
Marie, M-2.
Martingay, U-1.
Mascarenhas, O-9.
Maurel (Gérard), Al-1.
Maurer, P-3.
May, D-1.
Ménard (1er sem.), Ah-1; (2e sem.), Ac-1.
Merle, K-4.
Metivet, C-9.
Metzger, B-8.
Miginiac, B-5.
Mock, E-5.
Mondor, L-3.
Monod (Robert), F-4.
Montet (1er sem.), J-13.
Montet (2e sem.), P-2.
Mora (1er sem.), Ab-1.
Morancé (1er sem.), C-8; (2e sem.), C-9.
Mornard, E-6.
Moulonguet, R-8.
Moure, A-8.
Mutel, E-6.
Netter, R-10.
Nicaud, L-2.
Paillard, I-2.
Pakowski, J-11.
Paris, Y-3.
Pascalis, X-3.
Passot, J-12.
Pelissier, Ac-1.
Pellot, Q-3.
Pénard, E-5.
Perdoux, D-11.
Périer, O-9.
Périneau, I-4.
Petel, H-7.
Petit, Aa-1.
Petit (Henri), N-2.
Petit (Paul), G-3.
Phélip, B-7.
Philbert, R-8.
Philippon, M-3.
Pignot, I-1.
Pironneau, T-1.
Pizon, Y-3.
Pont, E-7.
Porak, V-6.
Portocalis, K-2.
Prélat, N-1.
Pruvost, G-1.
Rafinesque (1er sem.), C-6; (2e sem.), R-3.
Railliet, R-1.
Ramadier, Z-2.
Regnard, J-5.
Ribérol, O-14.
Richet, F-1.
Robert (1er sem.), B-9; (2e sem.), B-6.
Rolland, S-2.
Roudinesco (1er sem.), B-6; (2e sem.), B-9.
Rouèche, Al-1.
Rouget, K-5.
Rousseau (Fernand), V-2.
Rousselot, V-4.
Routier, D-5.
Roux, E-1.
Roux (Jean), lauréat, L-3.
Roy, A-7.
Saiget, O-9.
Saint-Girons, D-7.
Salin (1er sem.), K-1.
Samson, B-4.
Schreiber, R-2.
Sédillot, V-5.
Ségard (1er sem.), R-6; (2e sem.), J-2.
Séguinot, Q-3.
Séjournet, C-9.
Sevestre, E-4.
Sorel, D-11.
Sourdel (1er sem.), R-3; (2e sem.), C-6.
Sourdille, Af-1.
Stern, B-7.
Stévenin, U-2.
Strochlin, Aj-1.
Thibaut (1er sem.), P-2; (2e sem.), J-8.
Toulant, C-4.
Toupet, D-12.
Touraine (1er sem.), S-1.
Turquety, C-7.
Vaucher, Z-1.
Vaudet (Mme) (1er sem.), O-2.
Vaugiraud (de), A-4.
Velter, X-1.
Verdoux, B-3.
Verdun, D-9.
Vernes, H-6.
Viel, C-8.
Vielle (Albert), I-7.
Vignes, M-4.
Vilbort, P-3.
Villechaise, I-6.
Villette, I-9.
Vincent (Max), N-2.
Virenque, A-7.
Vosy, Al-1.
Vuillet, D-2.
Weil (Pierre), H-2.
Weill (André) (1er sem.), R-5.
Weissenbach, O-5.
Wilhelm, I-13.
Willette (1er sem.), Y-2.
Woimant, J-4.
Wolfromm, L-3.

INTERNES PROVISOIRES

Baudouin (Emile), Z-1.
Beloux, Ab-3.
Besset, O-12.
Bloch (René), V-6.
Bouttier, I-15.
Buc, U-3.
Cleisz, R-9.
Colombe, J-14.
Desvaux de Lyf, G-3.
Durand (Gustave), Af-1.
Escallier, S-5.
Ferrand, A-9.
Héricourt, O-15.
Hertz (Mlle), R-7.
Jacquemin, Y-4.
Leblanc, V-4.
Leven (Mlle), L-4.
Malet (Ch.), H-10.
Monbrun, V-5.
Pernet, F-6.
Pfeffel (Mlle de), N-1.
Pimpaneau, D-15.
Plaisant, R-11.
Prigent, Ab-3.
Rouillard, E-8.
Rudelle, B-1.
Thiers, V-3.
Vaudescal, S-4.

EXTERNES

Abramovitch, R-3.
Achard, Ah-2.
Adeline, O-7.
Adler, C-6.
Alajouanine, I-6.
Alary, F-2.
Albertin, Ab-1.
Albessard (Mlle), K-2.
Alibert, E-7.
Alih, I-14.
Allendy, I-6.
Allot, A-7.
Amat, N-5.
Amyot, J-3.
André, D-11.
Andrieu (Alb.), R-8.
Andrieu (Raymond), G-3.
Anglès-Dauriac, C-12.
Angot, C-10.
Antoine, L-3.
Antony, K-1.
Apard, U-2.
Arbassier, K-9.
Arbert, Q-4.
Ardillier, Y-4.
Argent (Mlle d'), O-9.
Arnal, O-10.
Arnaudon, N-1.
Astruc, L-5.
Athanassiu (Mlle), U-1.
Aubert, B-11.
Aubin, D-11.
Auclair, I-6.
Audain, K-5.
Audebert, E-1.
Auger (Robert), C-9.
Aujay de la Dure, Ac-1.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MAI 1910)

Du rôle de la paroi artérielle dans la mesure de la pression artérielle en clinique. — M. A. MOUTIER.

Des propriétés physiologiques des extraits du bacille de Koch condensés et sensibilisés. — MM. H. VALLÉE et L. QUINARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MAI 1910)

L'hépatome. — M. LETULLE fait un rapport sur un travail de MM. Benon, Géraudel et Vinard sur une affection particulière du foie qu'ils désignent du nom d'hépatome. C'est un foie cirrhotique qui présente une série de masses, de tumeurs particulières, de dimensions variables, molles, jaunâtres, dont quelques-unes peuvent se pédiculer et, par suite, se rompre en déterminant des hémorragies péritonéales. Ces tumeurs envoient des prolongements dans les veines fortes, sans y déterminer de thromboses. C'est une véritable prolifération des cellules hépatiques, ce sont d'énormes travées hépatiques qui bourgeonnent, se développent et constituent une lésion, en quelque sorte spécifique, de la glande hépatique à l'état encore embryonnaire. Ce n'est ni du cancer, ni de l'adénome. C'est pourquoi les auteurs l'ont désignée sous le nom d'hépatome.

Séro-diagnostic de l'actinomycose. — M. F. WIDAL fait une communication sur ce sujet. L'actinomycose, dit-il, bien connue depuis les travaux de Poncet, est une maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne croyait. Il importe d'en faire le diagnostic précoce afin d'instituer le plus tôt possible le traitement par l'iodure de potassium qui est parfaitement efficace à la condition qu'il soit appliqué de bonne heure. Lorsque l'actinomycose siège à la face, le diagnostic en est assez facile. Il n'en est plus de même lorsqu'elle est viscérale ou profonde. Le diagnostic devient alors très difficile. C'est pourquoi M. Widal a cherché une réaction humorale permettant ce diagnostic.

M. Widal a d'abord recherché si en mettant en contact du sérum d'actinomycosé avec du mycélium d'actinomycose on constaterait, dans ce sérum, un pouvoir agglutinatif. Les résultats ont été nuls. Mais en mélangeant ce même sérum avec une émulsion de spores de sporotrychum on obtient une agglutination très active. M. Widal cite un cas de M. Chauffard dans lequel cette sporo-agglutination a permis de fixer le diagnostic incertain d'actinomycose viscérale. On a immédiatement administré l'iodure de potassium et le malade a guéri.

Le traitement des formes graves de l'atrophie et de l'hypotrophie infantiles par l'emploi méthodique des laits surchauffés ou homogénéisés. — M. VARIOT a présenté une méthode nouvelle de traitement des enfants atrophiques (c'est-à-dire très retardés dans leur croissance en poids et en taille), par l'emploi des laits surchauffés à 108° ou homogénéisés. Il est parvenu en maniant ces laits d'une manière méthodique, non seulement à restaurer des nourrissons, qui n'avaient pas le poids normal pour leur âge, mais aussi à guérir des atrophiques dont l'état était fort grave, qui pesaient par exemple moins de trois kilogrammes à l'âge de quatre ou cinq mois. Ces résultats démontrent les admirables progrès faits par l'allaitement artificiel, et sont extrêmement précieux pour les enfants de la classe populaire qui deviennent souvent atrophiques et auxquels on ne peut songer à donner des nourrices au sein, à cause du prix fort élevé du lait de femme. La méthode est applicable aussi bien dans la clientèle de la ville qu'à l'hôpital, car les laits modifiés par la surchauffe et l'homogénéisation sont aisés à manier. Mais il importe que la ration soit bien graduée suivant l'âge et la taille de l'enfant; le poids ne peut servir de guide pour calculer cette ration, comme on l'a proposé à tort.

Dans l'hypotrophie infantile, chez les enfants dont la croissance paraît arrêtée, l'auteur a vu également la nutrition et l'accroissement stimulés par l'emploi méthodique de ces laits associés à d'autres aliments. Il s'est assuré que le processus d'hypotrophie n'était que temporaire et que les enfants récupéraient assez vite le poids et la taille normaux, lorsque leur ration alimentaire était bien réglée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA FORCE MAJEURE ET LES CONTRAVENTIONS POUR EXCÈS DE VITESSE EN AUTOMOBILES

Le 28 août 1909, un médecin, le docteur A... (de Montélimar), était appelé au chevet d'un malade en danger de mort, à 15 kilomètres de son domicile; il s'y rendit le plus rapidement possible dans son automobile; mais deux gendarmes lui dressèrent procès-verbal pour excès de vitesse. Cité devant le tribunal de simple police, le docteur A... soutint que le médecin appelé pour un cas urgent a le devoir de se rendre le plus vite possible auprès de son malade et n'a pas à s'occuper des arrêtés concernant la vitesse des automobiles. Cette thèse a triomphé, et voici le jugement qu'a rendu le 17 mars 1910 M. le juge de paix de Marsanne (1) :

« Attendu que le docteur A... invoque comme moyen de défense la nécessité qu'il y avait de se rendre le plus rapidement possible auprès d'un malade dont l'état était très grave;

Attendu que l'article 64 du Code pénal, disant qu'en cas de force majeure, il ne peut y avoir ni crime, ni délit, ni contravention, s'applique au cas qui concerne le cas de M. le docteur A..., de Montélimar,

Par ces motifs,

Statuant contradictoirement, et en dernier ressort, annulons le procès-verbal dressé contre M. le docteur A..., le 28 août 1909 et le renvoyons des fins de la poursuite dirigée contre lui sans frais ni dépens. »

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES HÉMORRAGIES DES HÉMORROIDAIRES (UNNA.)

Chrysarobine	0g80
Iodoforme	0g30
Extrait de belladone	0g60
Vaseline	15 grammes.

(*Bull. gén. de thérap.*)

(1) *La Vie automobile*, 1910, n° 448.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE[1]

f. La grippe a pour elle la *notion d'épidémicité*. La maladie *débute brusquement*, après une courte incubation; les *catarrhes* et aussi les *phénomènes respiratoires* jouent un rôle capital dans son développement; la *langue* y est plus blanche, *porcelainée* (Faisans); l'évolution des accidents n'a *rien de cyclique*.

g. **Autres maladies à état typhoïde.** — α. Le *choléra à la période de réaction*, la *morve aiguë*, la *trichinose aiguë*, certaines *sypihilis secondaires graves* (typhoses de Fournier), constituent des causes d'erreur trop exceptionnelles pour qu'il soit utile de les étudier en détail. β. Quant à la *fièvre continue palustre*, outre qu'elle est exceptionnelle en France, elle se caractérise par des symptômes spéciaux et on n'y note ni diarrhée, ni douleurs iliaques, ni taches rosées. Par contre, l'hématozoaire peut être décelé dans le sang. γ. Que faut-il penser des *embarras gastriques*? Ce *caput mortuum* englobait jadis une foule d'affections plus ou moins bien définies, depuis les typhoïdes légères jusqu'à la colite, en passant, probablement, par les crises aiguës symptomatiques d'une appendicite chronique. Le séro-diagnostic a permis d'apporter un peu d'ordre dans ce chaos, en séparant nettement les cas qui relèvent d'une infection typhique ou paratyphique. δ. Dans la *fièvre de Malte*, on peut observer la plupart des symptômes de la fièvre typhoïde et « il faut se baser sur l'ensemble du tableau clinique pour faire le diagnostic » (Gouget). Cependant : 1. les sueurs abondantes, constantes dans la fièvre de Malte, sont rares dans la fièvre typhoïde; 2. les taches rosées, rares dans la fièvre de Malte, sont constantes dans la fièvre typhoïde; 3. les névralgies et arthralgies sont beaucoup plus accusées dans la fièvre de Malte; 4. la courbe thermique est caractéristique (*fièvre ondulante*) et la durée toujours très longue.

h. **Paratyphoïdes et intoxications alimentaires.** — Divers germes voisins du bacille d'Eberth (bacille paratyphique A; bacille paratyphique B; bacilles d'intoxication carnée), peuvent déterminer des infections très analogues à la dothiénentérie vraie. En dehors des considérations d'ordre bactériologique sur lesquelles nous reviendrons, on peut dire « qu'en présence d'une affection fébrile aiguë accompagnée d'état typhoïde, un clinicien avisé pourra parfois constater certaines particularités qui lui permettront de soupçonner l'intervention des bacilles paratyphiques : la brusquerie du début, l'aggravation rapide des symptômes, l'existence de vésicules d'herpès, l'abondance des taches rosées, l'hypertrophie du foie, la constipation opiniâtre, l'irrégularité de la courbe thermique, donnent au tableau clinique un aspect assez spécial qui ne se retrouve guère dans la fièvre typhoïde classique. Mais on sait combien cette dernière maladie est variable dans son expression symptomatique ; tous ces symptômes anormaux peuvent s'observer au cours de la dothiénentérie, et ce n'est pas sur ces nuances qu'on peut baser un diagnostic. » (Hutinel et Darré.)

2. **Maladies qui peuvent être confondues avec la fièvre typhoïde lorsqu'un des symptômes de celle-ci prend une place prépondérante dans le tableau clinique.** — Tantôt, ce sont les **phénomènes cérébraux** qui prédominent, et l'on pense alors, suivant les cas, soit à une *méningite*, soit à un accès de *manie aiguë*; tantôt ce sont les **phénomènes appendiculaires**; tantôt, enfin, les **réactions hépatiques ou rénales** (v. plus loin).

B. Enfants. — La fièvre typhoïde infantile devra être différenciée de la plupart des affections que nous venons de mentionner, et, en plus :

1. De la *pneumonie*, que caractérisent : son début brusque, l'accélération des mouvements respiratoires, l'existence de signes physiques spéciaux (d'ailleurs souvent tardifs), l'évolution cyclique, l'apparition fréquente d'herpès;

2. Du *rhumatisme*, avant que ne se soient manifestées nettement les localisations articulaires;

3. De l'*appendicite*, diagnostic d'autant plus difficile que certaines fièvres typhoïdes infantiles débutent par des phénomènes appendiculaires (Moizard, Broca) : dans ces cas, seule l'évolution des accidents permettra de résoudre le problème;

4. De l'*ostéomyélite aiguë*, où il existe des signes locaux qu'il faut savoir rechercher, où les phénomènes typhoïdes font plus rapidement leur apparition, et où le traitement chirurgical produit une amélioration immédiate;

5. Et, surtout, des *méningites* : dans la méningite *tuberculeuse*, le début est beaucoup plus traînant, l'amaigrissement marqué et précoce, la langue nette et humide, les paralysies oculaires fréquentes; la méningite *cérébro-spinale* pourra être reconnue grâce à l'anamnèse, à l'existence d'herpès, de contractures très vives, de raideur de la nuque;

6. Chez le *nourrisson*, la fièvre typhoïde est souvent confondue avec les diarrhées de sevrage; les taches rosées parfois très nettes, pourront permettre le diagnostic. Chez le *nouveau-né*, la maladie affecte une forme *septicémique*.

C. Vieillards. — La *grippe* se reconnaît à l'existence de phénomènes catarrheux, la *pneumonie* à son évolution plus rapide et à la sécheresse de la langue, l'*infection urineuse* au même signe et aux commémoratifs.

§ II. ***Méthodes de laboratoire.*** — Bien souvent, on le voit, le diagnostic réduit aux seules ressources de la clinique reste longtemps indécis. On aura recours aux diverses méthodes de laboratoire, dont les plus importantes sont le *séro-diagnostic* et la *diazo-réaction*.

A. **Séro-diagnostic.** — Le principe est le suivant : le sérum des sujets atteints de fièvre typhoïde mélangé dans des proportions déterminées à des bacilles d'Eberth les agglutine, et cela dès les premiers jours de la maladie (Widal).

Technique. — La recherche de l'agglutination doit être faite au *microscope*. 1° Prélever quelques gouttes de sérum par piqûre du doigt; recueillir le sang dans un petit tube cylindrique ou dans une pipette dont on scellera les deux extrémités à la lampe; la séparation du caillot et du sérum se fait en quelques minutes (le sérum peut se conserver plusieurs jours, être envoyé au loin, s'infecter même sans que son pouvoir agglutinant soit modifié). 2° Utiliser une culture sur bouillon de vingt-quatre à trente-six heures ou une culture sur gélose dissoute extemporanément dans 3 à 4 centimètres cubes de bouillon (Chantemesse) et s'*assurer qu'elle n'agglutine pas spontanément*. 3° Mélanger X gouttes de la culture et une goutte de sérum dans un verre de montre avec deux pipettes jumelles (Widal), agiter. Alors, de deux choses l'une : α. ou la réaction est *négative*; si elle reste telle deux heures, c'est que ou la réaction agglutinante est retardée; ou il ne s'agit pas de fièvre typhoïde; β. ou elle est *positive*, et alors, avant de conclure immédiatement, diluer, car, *pour que la réaction agglutinante puisse être considérée comme pathognomonique, il faut qu'elle se montre à 1/40 ou à 1/50* (une goutte de sérum pour XL ou L gouttes de bouillon).

Pour faire l'examen, prendre une goutte du mélange, le placer entre lame et lamelle et placer le tout sous le microscope, en employant l'objectif à sec, de fort grossissement, sans condensateur Abbé; utiliser le miroir concave; diaphragmer légèrement; mettre au point (partie délicate) sur les bords de la lamelle, où se voient souvent quelques hématies. Si le sérum agglutine, il se forme, en quelques minutes, de véritables centres agglutinatifs (*archipels*) entre lesquels se meuvent quelques rares bacilles isolés qui ne tardent pas, eux aussi, à s'agglutiner. Pour être caractéristiques, les archipels doivent être nombreux et bien formés.

Pour diluer au 1/50, ajouter à une goutte de la solution au dixième IV gouttes de bouillon, ou mélanger 49 gouttes de culture et une goutte de sérum. Attendre une demi-heure. Alors, de deux choses l'une : α. ou bien (la réaction étant positive au 1/10), il n'y a pas de tendance à l'agglutination; faire alors des dilutions au 1/40, au 1/30, au 1/20; β. ou elle est positive; faire alors une dilution au 1/100 (une goutte du mélange au 1/10 + IX gouttes de bouillon). Est-elle négative, on fera des dilutions au 1/80, au 1/60, etc. Est-elle positive, on fera des dilutions successives à 1/150, 1/200, etc., jusqu'à ce qu'on observe une dilution qui ne donne plus d'agglutination au bout de deux heures. On pourra, ainsi, mesurer le pouvoir agglutinatif. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 49, p. 700.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique urinaire, par les docteurs ACHARD et MARION, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, et PAISSEAU, chef de clinique à la Faculté. In-8 de 516 pages avec 204 figures. — Prix : cartonné, 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guide médical du praticien pour les maladies journalières. Prophylaxie, traitement proprement dit, convalescence, par le docteur Ed. LAVAL, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. Préface de M. le professeur agrégé ACHARD, médecin de l'hôpital Necker. Gr. in-18 jésus, cartonné toile, de 530 pages, avec 24 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris, par le docteur J. GÉNÉVRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. Formulaire. Conseils pour formuler. Médications usuelles. Régimes. Formulaire des médicaments nouveaux. Posologie du Codex 1908. — Prix : relié en peau, 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

Les Anaérobies, par les docteurs M. JUNGANO et A. DISTASO, de l'Institut Pasteur. Préface de M. le professeur METCHNIKOFF. In-8 de XII-228 pages, avec 58 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Blennorragie urétrale chez l'homme. Prophylaxie et traitement, par le docteur M. CARLE, ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Lyon, avec une préface de M. le professeur A. FOURNIER. In-18 jésus, cartonné toile, de 250 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Aux stations minérales d'Allemagne et de Bohême. Impressions d'un voyage d'étude, par le docteur G. BARDET, secrétaire général de la Société de thérapeutique. In-8 de 150 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Hudelo, Barbier, Macaigne, M. Labbé, Gaucher, Ballet, Galliard, Blum et Lesage.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — La séance qui devait avoir lieu le jeudi 12 mai a été reportée au samedi 14.

— Concours de dentiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique orale.* — Séance du 12 mai. — Question donnée : « Fistules d'origine dentaire. »

MM. Bozo, 19; Coustaing et de Névrezé, 12; Charézieux, 14; Schæfer, 17; Nespoulous, 18.

Prochaine séance, mercredi 18 mai, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours est porté de 41 à 42.

La nouvelle place sera comprise dans la section d'anatomie et embryologie et réservée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Epreuve clinique. — Séance du 12 mai. — MM. Porée, $15 + 5 = 20$; Coriat, $16 + 5 = 21$; Morlet, $17 + 7 = 24$.

Prochaine séance, mardi 17 mai, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

CONCOURS D'INTERNAT DE LA MAISON DE NANTERRE. — Séance du 9 mai 1910. — *Epreuve clinique de pathologie interne.* — Ont obtenu : MM. Le Coz, 17; Kuhn, 12; Butel, 19; Teisset, 13; Casalis, 17; Chaineaux, 10; Coutissan, 13; Breillet, 14 ; Engel, 17; Crépin, 18.

Séance du 11 mai. — *Epreuve clinique de pathologie externe.* — Ont obtenu : MM. Coutissan, 11; Butel, 19; Crépin, 16; Casalis, 18 ; Kuhn, 14 ; Le Coz, 16; Teisset, 13; Engel, 17; Breuillet, 16.

Séance du 12 mai. — *Epreuve théorique d'accouchement.* Question tirée : « Transformation maligne des débris placentaires. »

Ont obtenu : MM. Engel et Kuhn, 16; Crépin, 10; Casalis, 11; Le Coz, 10; Breillet et Butel, 16; Teisset, 12.

Questions restées dans l'urne : « Grossesse avec cancer du col. — Hémorragie de la délivrance. »

Epreuve de thérapeutique. — Formuler par écrit : Le traitement d'une otite non suppurée avec menace de mastoïdite chez un enfant de deux ans; — Le traitement d'un adulte syphilitique atteint de diabète spécifique; — Le traitement de l'angine de poitrine chez un vieillard.

Ont obtenu : MM. Engel, 8-6-7; Kuhn, 6-6-5; Crépin, 7-8-6; Casalis, 7-7-6; Le Coz, 9-8-6; Breillet, 5-7-6; Butel, 8-7-8; Teisset, 6-5-5.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le jeudi 4 août 1910 un concours aura lieu à l'Hospice général, à trois heures et demie, pour la nomination d'un chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 juillet.

GUERRE. — Sont mis au tableau de concours de l'année 1910 pour la Légion d'honneur, au titre de la réserve et de l'armée territoriale :

Pour officier de la Légion d'honneur. — MM. les docteurs Chauffard, Pinard, Hintzy, Charier, Yvert, Robert, Emmerique et Barois.

Pour chevalier de la Légion d'honneur. — MM. les docteurs Boussavit, Bert, Ribierre, Verrier, François, Roger, de Mandre, Simbat, Cassagnau, Roulin, Jacquemart, Jacquelin, Ceccaldi, Pauvert, Gros-Perrin, Letard, Naudin, Sauvage, Secrestan, Crozes, Bonnafé, Mercier, de Burine, Guende, Saintin, Meyer, Bataille, Amiet, Trouillet et Ducloux.

— Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 9 mai 1910 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Fasquelle, passe aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Arras, médecin chef; Gauvin, aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Angers; Licht, à la gendarmerie de la Seine.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Sabatier, passe au 6e génie; Lafeuille, rappelé aux hôpit. de la division d'Oran; Camus, affecté aux hôpit. de la division d'Alger; Fournereaux, passe au 1er chass. à cheval; Escher, au 7e huss.; Baraillhé au 14e d'art. de campagne; Gaud, au 1er escad. du train des équipages.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Moureaux, passe au 17e drag.; Frizac, au 162e d'inf.; Colin, aux hôpit. de la division d'Oran; Cellerier, au 21e d'inf.; Fournier, aux

salles milit. de l'hosp. mixte et place de Neufchâteau; Orticoni, au 6e chass. d'Afrique; Floquet, au 31e drag.; Bertaux, au 17e bat. de chass. à pied.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — M. Hauvuy, passe au 6e huss.; Rollin, aux hôpit. de la division d'Oran.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale vient de décerner à M. le docteur F. Cathelin la grande médaille d'or de la mutualité.

CONGRÈS DES PRATICIENS. — Le bureau du Congrès des praticiens nous prie d'insérer la note suivante qui a été remise à M. le ministre de l'Instruction publique par la délégation du IIIe Congrès des praticiens à la date du 7 mai 1910.

Monsieur le ministre,

Au début de l'année 1908, et à la suite des incidents provoqués par le concours d'admissibilité à l'agrégation, vous avez reçu, sur la demande de M. Clemenceau, président du Conseil, la visite d'une délégation comprenant des représentants de l'Union des syndicats médicaux de France, du comité de vigilance du Congrès des praticiens, des syndicats de la Seine et de Paris, de la Société de l'internat, de l'Association corporative des étudiants en médecine, auxquels s'étaient joints des médecins des hôpitaux et des candidats au concours.

Cette délégation vous a remis un mémoire demandant la nomination d'une commission, composée à parties égales de représentants des praticiens et de membres du corps enseignant, chargée d'étudier et de résoudre la question du recrutement des maîtres auxiliaires des écoles de médecine.

Ainsi constituée, cette commission aurait pu délibérer en pleine indépendance, sans autre intérêt que celui de l'enseignement médical. Aucune réponse n'a été donnée depuis un an aux groupements qui formaient la délégation.

Le Congrès des praticiens qui vient de se tenir à Paris du 7 au 10 avril, qui a réuni douze cents médecins et auquel ont pris part les délégués de cent quarante groupements professionnels, représentant plus de dix mille praticiens, nous a donné, à l'unanimité, le mandat de vous réclamer en son nom la suppression pure et simple du concours d'agrégation, ceci d'accord avec les votes émis en 1907 par le premier Congrès et en 1908 par le second.

Nous vous rappelons en quelques mots les arguments sur lesquels le corps médical s'appuie pour demander la suppression de l'agrégation.

Cette institution qui ne se rencontre pas en dehors de notre pays, et qui a été établie sous la Restauration, donne à nos écoles de médecine le caractère de corps fermés, isolés du milieu médical.

Elle crée une barrière administrative entre maîtres et praticiens, au préjudice évident des uns et des autres, de l'activité collective et de l'union du corps médical.

Elle limite le nombre des maîtres d'une manière nuisible à l'enseignement, elle laisse en dehors des écoles un grand nombre d'hommes qui disposent de matériaux techniques, elle impose à l'enseignement un caractère verbal, elle empêche la décentralisation de l'enseignement, et que l'hôpital devienne un centre d'enseignement, ce que votre administration considère comme un idéal, qu'elle devrait permettre aux médecins de réaliser, puisqu'elle ne peut le faire elle-même.

Nous n'insistons pas sur les scandales qui ont existé dans les concours antérieurs et qui existeraient dans les concours futurs, aucun système ne pouvant empêcher les maîtres de nos écoles de nommer leurs élèves, ce que nous trouvons absolument naturel.

Le corps médical poursuit la réforme de son enseignement dans un sens professionnel et scientifique, il est d'accord sur les transformations nécessaires. Pour que nos écoles deviennent des foyers d'observation et d'expérimentation, des centres de libre travail, d'enseignement technique, des hommes dont l'autorité est universelle, le directeur de l'Institut Pasteur, quelques professeurs même, considèrent avec nous la suppression de l'agrégation de médecine comme urgente.

Une association de membres du corps enseignant a été fondée pour perpétuer le système actuel; il est apparu aux hommes les moins prévenus, qu'elle avait pour but de défendre des intérêts qui se croient lésés et sont opposés à ceux des médecins, des étudiants et du public. Elle a réclamé le maintien de l'agrégation à la suite de discussions qui n'ont rien eu de contradictoire, où aucune opinion impartiale n'a pu se faire jour.

Nous ne croyons pas cependant qu'une organisation nouvelle de nos écoles, leur assurant plus de liberté, d'initiative, autorisant une plus grande activité de leurs membres, puisse nuire aux maîtres qui y enseignent.

Nous croyons ouvrir aux médecins les plus jeunes et aux étudiants une carrière plus large et plus féconde, préparer, surtout en province, une renaissance scientifique, dans l'ordre médical; nous croyons lutter simplement contre des préjugés, des habitudes, des intérêts particuliers. L'agrégation représente une institution nuisible à l'intérêt général, c'est-à-dire à celui de la République, et nous voudrions croire qu'il constitue votre unique préoccupation.

Les médecins veulent des écoles ouvertes, où tout praticien ayant des aptitudes pour l'enseignement puisse se faire une place, où la place qu'il occupe soit subordonnée aux services qu'il rend à la science, à l'enseignement et aux élèves, non aux hasards d'une épreuve ou au nom des juges qui composent le jury.

Nous vous demandons de donner satisfaction aux vœux du Congrès des praticiens appuyés par l'assentiment du corps médical.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Neyraud, interne de l'hôpital de Limoges, victime du devoir professionnel. Le ministre de l'Instruction publique, qui avait décerné les palmes académiques au jeune étudiant victime du devoir, s'était fait représenter à la cérémonie par l'inspecteur d'académie, qui a prononcé un discours sur la tombe.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 MAI 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Proust et Ombrédanne; — (2e partie) : MM. Déjerine, Legry et André Jousset; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 24 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant; — (2e partie) : MM. Thoinot, Jeanselme et Carnot; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 25 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re partie) : MM. Nicolas, Hartmann et Ombrédanne.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 26 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Gilb. Ballet et Wurtz; — (2e série) : MM. Gilbert, Langlois et Balthazard; — (3e série) : MM. Thoinot, Fernand Bezançon et Richaud; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 27 mai, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

Samedi 28 mai, à une heure. — 4e (1re série) : MM. Gilbert, Jeanselme et Balthazard; — (2e série) : MM. G. Ballet, Langlois et Richaud; — M. Maillard, suppléant.

THÈSES

Mercredi 25 mai, à une heure. — M. LEMOUT. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac (incision de gastro-entérectomie). (MM. Reclus, président; Delbet, Gosset et Pierre Duval.) — M. WEILL. De l'arthrodèse de la hanche (une nouvelle technique opératoire). (MM. Delbet, président; Reclus, Gosset et Pierre Duval.) — M. LEGROS. L'acide urique. Sa formation et sa destruction par les organes. (MM. Roger, président; Pierre Marie, Marcel Labbé et André Jousset.) — M. GUÉDENEY. Albuminurie et cyanose orthostatiques. (MM. Pierre Marie, président; Roger, Marcel Labbé et André Jousset.)

Jeudi 26 mai, à une heure. — M. ROUYER. Quelques considérations sur les exercices physiques de la jeunesse des écoles. (MM. Hutinel, président; Alb. Robin, Chauffard et Nobécourt.) — M. CAWADIAS. Les propriétés biologiques du sérum sanguin au cours de l'urémie. (MM. Alb. Robin, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. PASSERNAUD. Paralysie générale et tabes précoce survenant après la syphilis acquise. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Alb. Robin et Nobécourt.) — M. MOUTRIER. Syndrome de Maurice Raynaud et sclérodermie. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Alb. Robin et Nobécourt).

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES
(HÉMOLYSE ICTÉROGÈNE)

Par le docteur J. CHALIER,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

I

Définition et historique. — Sans constituer un retour à l'hémaphéisme suranné de Gubler, les ictères hémolytiques, nouveaux venus dans le cadre nosologique, représentent des ictères d'origine sanguine. A l'état normal, la destruction des globules rouges usés met en liberté de l'hémoglobine, aux dépens de laquelle le foie élabore la bilirubine, pigment biliaire normal. Une exagération pathologique de l'hématolyse donnera naissance à un excès de pigments biliaires, et ceux-ci, par suite de leur élimination insuffisante, engendreront un ictère dit hémolytique.

L'hémolyse, source de l'ictère, relève de deux grandes causes : ou bien d'une fragilité particulière des hématies (ictère hémolytique, proprement dit); ou bien de substances globulicides, d'hémolysines, contenues dans le plasma (ictère hémolysinique). Malgré son succès rapide, l'appellation d'ictère hémolytique est défectueuse étymologiquement, et on l'a appliquée dans un sens trop exclusif. Le terme d'états hémolytiques avec ictère n'est pas plus heureux, puisqu'il n'implique nullement la subordination de l'ictère à la destruction des hématies. Il serait préférable de dire : ictères d'origine hémolytique. Nous proposerions volontiers la dénomination plus exacte à notre sens d'*hémolyse ictérogène*. Sous cette dénomination simple, précise, viendraient se ranger tous les ictères à pathogénie générale univoque, l'hématolyse, et, d'après la nature intime du processus hémolytique, il y aurait lieu de distinguer deux grands groupements : *ictères par fragilité globulaire; ictères d'origine hémolysinique*.

Quelques faits sont encore mal classés. Il suffit de mentionner, pour n'y plus revenir, les ictères pneumoniques. S'il faut en croire Troisier, ils seraient dus à la destruction des hématies au sein du foyer hépatisé; par un chemin détourné, ils rentreraient donc dans la classe des ictères par fragilité globulaire. On a décrit aussi des ictères hémolytiques locaux.[1]

Chauffard attribue à Minkowski la paternité des ictères hémolytiques. En 1900, en effet, le médecin de Strasbourg explique par une « anomalie singulière dans la destruction du pigment sanguin », l'ictère congénital et familial dont il cite plusieurs exemples.

Mais le premier, en 1907, Chauffard établit que certains ictères congénitaux acholuriques s'accompagnent d'une hyporésistance des hématies vis-à-vis des solutions salines, et par un raisonnement serré arrive à la conception pathogénique d'un ictère subordonné à la fragilité globulaire. L'entité clinique nouvelle a fait fortune depuis.

Peu de temps après, Widal et ses élèves décrivent, à côté de l'ictère hémolytique congénital de Chauffard, un ictère hémolytique acquis.

On découvre ensuite de nouveaux stigmates hématologiques de l'affection, notamment les hématies granuleuses (Chauffard et Fiessinger). L'auto-agglutination se montre spéciale aux formes acquises (Widal, Abrami et Brulé).

Les observations se multiplient et établissent que les ictères hémolytiques acquis peuvent survenir secondairement à des maladies diverses. L'origine sanguine de l'ictère dit idiopathique du nouveau-né, soutenue déjà par Leuret, se confirme d'une façon décisive. Quelques protocoles d'autopsies édifient l'anatomie pathologique de l'affection. Deux thèses récentes, celles de Chalier et de Brulé, à côté de données originales, renferment une mise au point complète de la question.

II

Symptomatologie générale. — I. ÉTUDE CLINIQUE. — La lecture attentive des observations permet de saisir des différences très notables dans la symptomatologie et surtout l'évolution des deux grands types, congénital et acquis, des ictères hémolytiques. Mais il convient d'envisager d'abord les caractères fondamentaux communs à l'une et l'autre de ces variétés.

L'*ictère* est le signe clinique prédominant. Rien n'est plus variable que son intensité. Parfois citron pâle, le plus souvent jaune d'or, la teinte peut être des plus foncées. Elle ne reste pas fixe, mais présente des fluctuations importantes survenant sans cause occasionnelle importante, ou à la suite de troubles gastro-intestinaux, d'efforts répétés, d'émotions, d'un séjour à la campagne. Une accentuation de l'ictère correspond souvent à une poussée de déglobulisation.

Les *matières fécales* ne sont jamais décolorées, la perméabilité des voies biliaires restant intacte; en quelques circonstances on signale des selles de coloration verte, porracée, en rapport avec la pléiochromie biliaire; stercobiline et stercobilinogène sont alors en excès.

Les *urines* offrent les caractères bien connus des urines dites hémaphéiques. Généralement foncées, de teinte acajou ou bière brune, elles ne renferment *pas de pigments biliaires vrais*; la réaction classique de Gmelin, celle beaucoup plus sensible de Grimbert, restent à ce point de vue négatives. Par contre l'*urobilinurie* est à peu près constante.

Aucun signe d'intoxication biliaire n'est relevé, car à l'encontre des ictères par rétention, les sels biliaires font ici défaut dans le sérum sanguin; on ne constate ni xanthélasma, ni bradycardie, ni prurit; l'amaigrissement est peu sensible.

Des *crises abdominales douloureuses* accompagnent assez souvent l'évolution de l'ictère et précèdent son accentuation, mais elles surviennent à intervalles assez éloignés. Elles en ont parfois imposé à tort pour une colique hépatique, bien qu'elles n'en

revêtent pas habituellement l'allure clinique. Si elles prédominent en général dans l'hypocondre droit, la région splénique est souvent sensible. Et même très intenses, elles ne donnent pas d'irradiations à l'épaule.

Le *foie* conserve, en général, son volume normal. L'hypertrophie, si elle existe, est toujours légère. La palpation de l'hypocondre droit ne réveille d'ordinaire aucune sensation douloureuse. Il n'existe *aucun signe d'insuffisance hépatique*, l'urobilinurie ne pouvant plus être considérée actuellement comme le stigmate de la déchéance du foie.

La *splénomégalie* est constante ; c'est là un signe essentiel de l'affection, que la palpation révèle aisément. La rate peut combler tout le flanc gauche et même descendre plus ou moins bas dans la fosse iliaque. La consistance est ferme. La pression n'est pas douloureuse.

L'*anémie* va souvent de pair avec l'ictère et la splénomégalie. Sous le masque ictérique du malade, la pâleur des muqueuses et du tégument est de constatation malaisée ; mais l'essoufflement, la fatigue facile, les palpitations, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'apparition d'un souffle cardiaque anorganique, ne laissent aucun doute sur son existence. Le laboratoire confirme ces données de la clinique.

II. Etude hématologique. — Elle comporte plusieurs recherches de première importance que nous allons rapidement indiquer.

A. Anémie. — Le *nombre des globules rouges*, même dans les phases de tolérance la plus parfaite, subit une baisse assez sensible, et tombe souvent à 2 500 000 et au-dessous ; ses variations sont fréquemment en rapport avec celles de l'ictère, et l'accentuation brusque de ce dernier correspond souvent à une forte crise de déglobulisation.

L'*anisocytose* est de constatation courante ; mais le *diamètre moyen des hématies* varie suivant les formes cliniques. La *polychromatophilie* constitue un assez bon signe. Anisocytose et polychromatophilie témoignent de la rénovation sanguine. Une *réaction médullaire* ébauchée, se traduisant par la présence dans le sang circulant de quelques éléments myéloïdes, signifie que l'organisme lutte incessamment, pour réparer les pertes qu'entraîne la destruction des hématies.

Le *nombre des globules blancs* dépasse souvent la normale, mais s'élève exceptionnellement au chiffre de 40 000 ou plus. L'équilibre leucocytaire ne présente pas grandes modifications, si l'on excepte un certain degré d'éosinophilie.

Seul l'examen du sang permet d'affirmer le diagnostic d'hémolyse ictérogène, mais pour cela il est indispensable d'étudier la résistance globulaire, les hématies granuleuses, l'auto-agglutination des hématies, le pouvoir hématolytique du sérum.

B. Résistance globulaire. — Les globules rouges, mis en contact avec des liquides spéciaux (venin de serpent, sérum d'anguille, etc.), ou des solutions salées hypo-isotoniques par rapport au plasma sanguin, se détruisent et abandonnent leur hémoglobine qui vient colorer la solution plus ou moins intensément, suivant que les altérations hématiques auront été plus ou moins fortes. La résistance des globules rouges vis-à-vis de plusieurs substances est très connue. A l'état physiologique, par exemple, la diffusion de l'hémoglobine commence à se manifester dans des solutions salées hypotoniques dont la teneur en chlorure de sodium est égale ou inférieure à 0,44 ou 0,42 p. 100. L'hémolyse est totale dans une solution à 0,32 p. 100 environ. En ce qui concerne les ictères, on admettait sans conteste qu'ils comportaient une augmentation de la résistance globulaire ; les travaux de Chanel, Maragliano, von Limbeck, Viola et Tarugi, etc., avaient accrédité cette notion; ceux de Vaquez et Ribierre, utilisant une technique très heureuse, modifiée de celle de Hamburger, l'avaient définitivement établie. Mais depuis la découverte de Chauffard, il reste acquis qu'un groupe intéressant d'ictères s'accompagne, et probablement relève, d'une fragilité toute particulière des hématies. Mais il a fallu, pour démontrer ce fait, une technique minutieuse. Nous allons l'exposer.

1° *Procédé de Vaquez et Ribierre modifié par Chauffard et Rendu.* — On emploie une solution faite extemporanément, très exactement dosée à 7 p. 1000, de chlorure de sodium fondu, anhydre, chimiquement pur. On dispose de 24 tubes stérilisés, numérotés, ayant environ 6 à 8 centimètres de hauteur sur 1 de largeur. Avec une pipette ou un compte-goutte tenu toujours dans la même inclinaison, on verse successivement, dans le tube 1, II gouttes d'eau distillée, dans le tube 2, IV gouttes, et ainsi de suite en augmentant de II gouttes à chaque tube. Puis, avec le même instrument soigneusement rincé et séché, dans le premier tube LXVIII gouttes de la solution salée ; LXVI dans le second, et ainsi de suite en diminuant de II gouttes à chaque tube. Cette manœuvre finie, chaque tube contient LXX gouttes à des titres différents, régulièrement décroissants, de chlorure de sodium : 0,68 p. 100 dans le premier ; 0,66 p. 100 dans le second, etc. Dans chacun de ces tubes ainsi préparés, on fait tomber une goutte de sang; on agite pour opérer un mélange intime ; on laisse reposer ; au bout de dix minutes on centrifuge. L'hémolyse commence dans le premier tube où le liquide surmontant le culot globulaire n'est plus incolore et a pris une légère teinte jaune. Il est facile, d'après le nombre de gouttes de la solution chlorurée qu'il renferme, de savoir à quel taux elle a lieu. Lorsque, après centrifugation, la teinte du liquide reste nettement rose, il s'agit d'une hémolyse forte. L'hémolyse est maxima quand il n'y a plus de culot globulaire, ou plutôt lorsque l'agitation d'un tube ne fait pas naître dans le liquide, d'un rouge cerise plus ou moins foncé, des ondes soyeuses.

Au cours des ictères hémolytiques la résistance maxima est souvent analogue à la normale, mais l'hémolyse débutant plus tôt, la longueur de sa courbe se trouve allongée. Fréquemment elle commence à 0,58, 0,66 p. 100. Elle est parfois tellement précoce qu'elle est nette dès le premier tube et qu'il faut, pour la mesurer exactement, changer

le titre de la solution chlorurée et la porter à 0,9 de NaCl p. 100. Chaque tube contiendra alors XC gouttes.

En d'autres circonstances, pour mettre l'hémolyse en évidence, il convient d'utiliser un procédé ingénieux que nous allons sommairement décrire.

2° *Procédé des hématies déplasmatisées de Widal, Abrami et Brulé.* — Dans la méthode de Chauffard, on recherche la résistance globulaire en opérant sur le sang dans sa totalité, c'est-à-dire sur les globules rouges accompagnés de leur plasma.

Au contraire, le procédé de Widal s'applique aux hématies séparées de leur plasma. Après ponction veineuse, le sang est recueilli dans un milieu oxalaté isotonique qui s'oppose à sa coagulation (oxalate de potasse, 0g28; chlorure de sodium, 0g80; eau, 100 grammes; $\Delta = -0{,}62$). Un cinquième de la quantité de sang suffit. Celle-ci sera en pratique de 10 centimètres cubes. On centrifuge immédiatement. On décante. On procède ensuite à un double lavage avec une solution de NaCl à 9 p. 1 000, suivi chacun de centrifugation et décantation. Cette décantation, surtout après le dernier lavage, doit être aussi minutieuse que possible. Du culot, formé exclusivement de globules, on distribue une goutte dans chaque tube, comme s'il s'agissait du sang total, et les manœuvres deviennent alors identiques.

Cette méthode ne saurait être contestée. Chez les sujets sains, de même que chez des ictériques par rétention, les deux procédés — du sang total et des hématies déplasmatisées — utilisés simultanément donnent des résultats semblables.

Par contre, chez les ictériques hémolytiques, la fragilité globulaire apparaît bien plus nettement par l'emploi des globules seuls. C'est grâce à cette méthode qu'ont été découverts les ictères hémolytiques acquis et déclarés d'origine hémolytique des ictères qui s'accompagnaient d'une résistance globulaire normale ou voisine de la normale, si on recherchait cette dernière sur du sang total. C'est que le plasma possède une véritable propriété antihémolysante dans les ictères hémolytiques, mais il ne s'agit nullement d'antihémolysines spécifiques, puisque le sérum garde ses propriétés antihémolysantes après chauffage.

3° *Action des sérums humains et des substances hémolytiques.* — Les sérums humains de sujets normaux ou pathologiques hémolysent plus facilement les hématies des ictériques hémolytiques que les globules rouges témoins provenant d'autres malades (Widal et Philibert). Certaines substances hémolytiques possèdent également une action dissolvante bien plus marquée sur les globules rouges des hémolytiques que sur ceux d'individus sains. Pour cette étude, on a eu surtout recours aux sérums expérimentaux antihumains, à l'extrait concentré de têtes de sangsues, au sérum d'anguille (Chauffard et Fiessinger).

C. Hématies granuleuses. — Elles constituent un signe hématologique important découvert par Chauffard et Fiessinger dans les ictères hémolytiques.

1° *Méthode de Chauffard-Fiessinger.* — Une goutte de sang étalée, séchée rapidement, mais non fixée, est colorée par le réactif de Pappenheim. On examine à l'immersion. Les globules rouges sont grisâtres, décolorés, mais certains présentent à leur intérieur des granulations fines colorées en rouge vif.

2° *Méthode de Widal, Abrami et Brulé.* — Nous ne décrirons que la méthode vitale suivie de fixation qui permet la conservation des préparations. Dans un tube à centrifuger on met successivement un centimètre cube de NaCl à 10 p. 1 000; un centimètre cube de solution d'oxalate de potasse à 20 p. 1000; puis X à XII gouttes, soit environ un demi-centimètre cube de bleu polychrome de Unna. Dans le mélange on reçoit II à III gouttes de sang. On agite trois ou quatre fois. Au bout de dix à quinze minutes on centrifuge et l'on décante; il reste au fond du tube un culot que l'on émulsionne dans le liquide restant; une goutte est étalée sur lames; on fixe à la chaleur sèche; on monte au baume.

Les hématies granuleuses ainsi colorées ont un diamètre généralement supérieur à celui des globules rouges normaux. Les granulations n'affectent pas un type constant. Dans certains globules elles se présentent comme un semis assez irrégulier; parfois très clairsemées, bien que généralement réunies par groupes de deux ou trois, elles peuvent former une sorte de couronne, voisine de la périphérie du globule. La disposition la plus courante, d'après Cade et Chalier, est celle d'un filament qui parcourt l'hématie, se bifurque et offre de très nombreux renflements, irréguliers dans leur forme, inégaux dans leurs dimensions; l'aspect réticulaire est ainsi souvent reproduit. Il est assez fréquent d'observer un pelotonnement de ce réseau granuleux qui se porte soit sur la périphérie, soit au centre de l'élément, et simule alors, grossièrement, un noyau. Cette description permet de comprendre que l'on aurait avantage à substituer au terme d'hématies granuleuses l'appellation beaucoup plus exacte d'hématies granulo-réticulo-filamenteuses, proposée par Sabrazès; ainsi serait écartée toute confusion possible avec les éléments que l'on désigne sous le nom d'hématies à granulations basophiles, et dont l'aspect est tout différent.

A l'état normal, le sang renferme quelques hématies granuleuses; jamais elles ne dépassent la proportion de 3 p. 100 (Fiessinger et Abrami). Le chiffre normal d'hématies granuleuses est de 1 p. 400 à 1 p. 500 (Cade et J. Chalier). Dans les ictères d'origine hémolytique, leur taux est très élevé habituellement; les chiffres de 12 à 20 p. 100 sont de constatation fréquente; parfois même il atteint 60 p. 100.

Le nombre des hématies granuleuses est sensiblement égal à celui des hématies polychromatophiles. Mais s'il est vrai souvent que la polychromatophilie appartient plus spécialement aux hématies granuleuses, ce n'est pas là une règle absolue. Nous ne pensons pas que la fréquence de tels éléments soit en rapport étroit avec le degré d'anémie

du sujet, car les poussées anémiques souvent ne coïncident pas avec des variations dans le nombre des hématies granuleuses. Et de même l'on est en droit de soutenir que la fragilité globulaire n'est pas la seule condition de la présence d'hématies granuleuses dans le sang. Quoi qu'il en soit, l'abondance des hématies granuleuses et leur constance dans les ictères hémolytiques assurent à ce signe hématologique une valeur diagnostique de premier ordre.

D. **Sérum sanguin.** — Il faut étudier plusieurs points.

1° *Caractères.* — Sa coloration est habituellement plus foncée qu'à la normale. Il renferme des pigments biliaires; *les sels biliaires font défaut*; le plus souvent on ne constate pas d'urobiline. On a noté la haute isotonie du sérum (Starkiewicz).

2° *Agglutination des hématies.* — D'après la technique de Pagniez, dans le fond d'un verre de montre stérilisé on compte x gouttes de sérum du malade. On ajoute une goutte d'hématies déplasmatisées appartenant soit au malade (*auto-agglutination*), soit à un autre individu (*iso-agglutination*). On assure un mélange intime et on laisse reposer. Au bout de dix à quinze minutes l'agglutination doit être effectuée. L'émulsion globulaire en effet ne tarde pas à disparaître; les globules s'agglutinant viennent former au fond du verre une petite couche adhérente qui ne se mélange plus avec le sérum, complètement clair, malgré de petites secousses imprimées au verre de montre. L'iso-agglutination est un fait banal. L'auto-agglutination appartient aux ictères hémolytiques acquis (Widal, Abrami et Brulé).

3° *Pouvoir hémolytique du sérum.* — C'est une recherche qui doit toujours être pratiquée. Elle donne des résultats variables: a. L'*absence de pouvoir hémolytique du sérum* est notée dans la plupart des cas où les épreuves de Chauffard, de Widal, ont décelé la fragilité propre aux hématies. On peut étudier dans ces conditions la possibilité de phénomènes d'autohémolyse et d'isohémolyse. On mélange dans le premier cas xxx gouttes de sérum du malade avec une goutte de ses propres globules rouges. On met les tubes à l'étuve à 37 degrés; le résultat est négatif si, en vingt-quatre heures, il n'y a pas trace d'hémolyse; l'autohémolyse manque constamment au cours des hémolyses ictérogènes par fragilité globulaire. Quant à l'isohémolyse, la technique pour la révéler est la même, sauf qu'aux xxx gouttes du sérum du malade on ajoute une goutte de globules rouges étrangers; elle est fréquemment aussi négative. b. La *présence d'hémolysine* dans le sérum, reconnue par la méthode précédente, est certainement la raison d'être d'un certain nombre d'ictères, actuellement bien connus; l'hémolyse résulte d'une action plasmatique; d'ailleurs la preuve qu'il en est ainsi se trouve en ce fait qu'après chauffage à 56 ou 57 degrés, il y a inactivation du sérum. c. L'*épreuve de Donath et Landsteiner* met aussi en lumière l'existence de phénomènes hémolytiques d'ordre plasmatique, notamment dans l'hémoglobinurie paroxystique.

Nous venons d'étudier à un point de vue très général l'allure clinique et les manifestations hématologiques de l'hémolyse ictérogène. Nous devons préciser maintenant les diverses *modalités étiologiques et cliniques* qu'elle peut revêtir.

III

Ictère hémolytique congénital. — Entrevu par Minkowski, décrit de façon magistrale par Chauffard, il comporte presque toujours même étiologie, même traduction clinique, même pronostic. C'est à peine si dans l'expression symptômatique de l'affection on note, d'un malade à un autre, quelques variantes.

I. Au sens rigoureux du mot, n'est congénital que l'ictère constaté dès la naissance. Mais, des observations où une telle origine est indiscutable, moins de la moitié remplissent cette condition. Dans une même famille un seul des malades, sur trois, naquit avec une jaunisse visible pour ses parents (Chalier). Il faut souvent, comme dans le cas princeps de Chauffard, l'œil exercé d'un médecin pour dépister dès le premier jour une légère coloration conjonctivale ou cutanée qui passerait aisément inaperçue dans la plupart des familles. Souvent l'ictère ne devient net pour l'entourage que vers trois ans, neuf ans ou même plus tard. En somme, un début apparemment tardif ne doit pas faire rejeter a priori la nature congénitale de la maladie.

Celle-ci est habituellement *héréditaire et familiale* et l'observation de Minkowski, entre autres, est des plus typiques à cet égard : il s'agissait d'un homme de quarante-deux ans, ictérique depuis la naissance, et de qui l'oncle paternel, la mère, la tante maternelle, le frère et un neveu étaient jaunes ou le furent toute leur vie. Parfois, cependant, le caractère héréditaire et familial n'existe pas. En d'autres circonstances, l'ictère est bien familial, mais l'hémolyse n'est pas décelée chez tous les membres de la famille (Cade et Chalier).

L'*hérédo-syphilis*, au dire de certains auteurs, constituerait le facteur primordial de ces ictères congénitaux. Nous avons observé trois malades, frères ou sœurs, atteints de l'affection qui nous occupe; leur père avait contracté la vérole, avant de devenir nettement jaune lui-même et bien avant la naissance de ses enfants. Mais c'est à tort que l'on incriminerait toujours la syphilis.

II. L'*ictère* congénital est reconnu plus ou moins tôt, parfois dès la naissance, parfois seulement à la puberté. En tout cas il ne tarde pas à se foncer. S'il n'acquiert jamais la coloration verdâtre intense ou même bronzée des ictères par rétention, du moins il est assez accentué pour donner à la peau et aux conjonctives une teinte jaune d'or. Il subit parfois quelques variations, mais elles sont rarement très prononcées; il reste donc, en définitive, *assez stable*.

C'est surtout dans les formes congénitales que la *tuméfaction splénique* est très accusée. Fréquemment le pôle inférieur de la rate atteint ou dépasse la ligne horizontale passant par l'ombilic. L'organe plonge parfois jusque dans la fosse iliaque, mais il

conserve habituellement sa forme première, qui se trouve seulement amplifiée.

Le *foie* conserve généralement son volume normal, et les épreuves de la glycosurie alimentaire et de la glaucurie, attestent, de par les résultats qu'elles donnent, le bon fonctionnement de la cellule hépatique.

La plupart des auteurs insistent sur la rareté et le peu d'intensité des *crises abdominales* à siège hépatique ou splénique, crises indépendantes de toute colique hépatique, et dues selon toute vraisemblance à la formation des calculs non pas lithiasiques, mais pigmentaires, dans la vésicule. Nous estimons ces paroxysmes douloureux plus fréquents qu'on ne le supposerait, à lire les articles de certains auteurs; précédés parfois de vomissements aqueux, d'aigreurs et de pyrosis, ils s'accompagnent fréquemment de vomissements mucobilieux; l'ictère se fonce et les selles surcolorées prennent une teinte verte, porracée.

Néanmoins l'état des malades reste assez satisfaisant. L'*anémie* n'est pas très accusée; celle-ci reste légère, évolue, ou plutôt persiste, sans ces poussées de déglobulisation, si fréquentes au cours des ictères hémolytiques acquis.

L'*examen du sang* révèle une hyporésistance manifeste des hématies vis-à-vis des solutions salines hypo-isotoniques de titre décroissant : des hématies granuleuses en grand nombre; une diminution nette du diamètre moyen des globules rouges. L'auto-agglutination fait défaut. Le sérum ne jouit d'aucune propriété hémolysante.

L'ictère congénital d'origine hémolytique prête à une *longue évolution* et le *pronostic* reste en somme *favorable*. Il est compatible avec une longue survie, puisque plusieurs membres de la famille dont Minkowski a rapporté l'histoire ont atteint soixante-dix, quatre-vingts, quatre-vingt-deux ans. Somme toute l'état général est peu touché. D'un mot on peut, avec Chauffard, exprimer la physionomie clinique si spéciale de tels sujets : *ce sont des ictériques plus que des malades*.

IV

Ictère hémolytique acquis. — La proposition mériterait d'être renversée dans les cas que nous allons maintenant envisager. Décrits tout d'abord par Widal et ses élèves, les ictères hémolytiques acquis se présentent avec une étiologie et une allure clinique des plus variables d'une malade à l'autre. D'autre part, au point de vue pathogénique, ils ne reconnaissent pas tous une même origine; si dans la majorité des faits, la fragilité globulaire est en cause, comme dans les ictères congénitaux, parfois aussi il convient d'invoquer avec Chauffard, Troisier et Vincent, Quénu et Küss, la mise en jeu d'hémolysines décelables dans le sérum. Nous aurons surtout en vue ici les ictères par fragilité globulaire; nous consacrerons enfin quelques lignes aux ictères hémolysiniques.

I. L'ÉTIOLOGIE est complexe. Le sexe féminin paraît le plus souvent frappé. L'affection peut survenir à tout âge. Tantôt il s'agit de cas primitifs, sans cause précise (Brulé), tantôt et le plus souvent de cas secondaires. On peut les grouper sous plusieurs chefs :

1° *Etats anémiques.*— Ils sont fréquemment à l'origine des ictères hémolytiques acquis. Souvent il s'agit de spoliations sanguines abondantes consécutives à des métrorragies très abondantes (Widal, Abrami et Brulé), à des hématuries répétées entretenues par un cancer vésical (Widal et Joltrain), à des hémorragies multiples par ictère grave au cours d'un cancer gastrique (Roque et Chalier). Castaigne signale trois faits d'anémie pernicieuse à forme ictérique avec diminution de la résistance des hématies.

2° *Maladies infectieuses.* — Sacquépée, Chauffard, ont signalé le *paludisme*. Ce que l'on sait de l'hématozoaire, parasite destructeur des globules rouges au premier chef, rend bien compte qu'il puisse engendrer un ictère d'origine sanguine. Mais certains ictères des paludéens relèvent d'un mécanisme différent de l'hémolyse, comme nous l'avons établi avec M. Lafforgue. L'*ankylostomiase* (Darré) est susceptible de déterminer une anémie prononcée avec fragilité globulaire et ictère hémolytique; mais que les parasites soient expulsés et la rénovation sanguine a lieu, en même temps que disparaissent tous les troubles. — Le rôle de la *syphilis*, quoi qu'on en ait dit, ne se dégage pas nettement des observations des auteurs, si l'on excepte celles de Gaucher et Giroux; malgré tout nous ne pensons pas que le véritable ictère syphilitique secondaire soit fatalement un ictère hémolytique. Nous avons pu examiner, dans les services des professeurs Roque et Nicolas, deux malades de qui l'ictère était incontestablement sous la dépendance de la vérole; on trouvait présents les accidents secondaires; rien dans les antécédents n'autorisait à conclure à un ictère infectieux banal surajouté; or, dans les deux cas, la résistance globulaire était augmentée. — Pneumonie, fièvre typhoïde, infections gastro-intestinales peuvent également être le point de départ d'ictères d'origine hémolytique.

3° Dans les *cirrhoses du foie*, les biliaires mises à part, l'ictère, même léger, n'est pas de règle, et lorsqu'il survient, il n'est généralement pas la conséquence de phénomènes hématolytiques. Ceux-ci existaient toutefois dans trois cas de cirrhose de Laënnec mentionnés par Castaigne. Mouisset, Chalier et Nové-Josserand ont signalé l'ictère hémolytique comme complication ultime de cirrhoses alcooliques à gros foie.

4° Dans quelques cas l'étiologie reste très obscure et l'on ne retrouve à l'origine de l'ictère hémolytique qu'un violent accès de colère (Chauffard), des crises abdominales douloureuses (Œttinger), ou bien même aucune cause apparente (*ictères primitifs* de Widal et Brulé).

5° L'*ictère simple ou idiopathique des nouveau-nés* s'accompapne d'une cholémie intense (Gilbert et Lereboullet), laquelle dépend d'une destruction globulaire excessive (Leuret, Moussous, Cathala et Daunay). Survenant ordinairement sans cause appréciable, il affecte une évolution cyclique en trois périodes : période de préictère, avec teinte rouge du tégument; période jaune ou d'ictère confirmé;

période de déclin. L'ictère paraît constituer à lui seul toute la maladie. Aucun trouble digestif ne l'accompagne. On ne décèle pas le moindre signe d'intoxication biliaire. Les selles sont colorées; les pigments font défaut dans l'urine. L'état général reste bon et la maladie, essentiellement bénigne, ne constitue en somme qu'un incident passager, de très courte durée. La cause même de la fragilité globulaire ne ressort pas clairement et a prêté à de nombreuses hypothèses (Leuret et Moussous, Cathala et Daunay). L'auto-agglutination des hématies fait défaut et ceci rapprocherait l'ictère simple du nouveau-né de l'ictère hémolytique congénital.

6° Un cas curieux et d'interprétation malaisée est celui de Bénech et Sabrazès. Ces auteurs ont examiné un jeune homme atteint d'un ictère acholurique avec fragilité globulaire marquée; pas d'antécédent familial précis, notamment pas de cholémie. L'ictère survint alors que l'enfant était en nourrice; or la nourrice et ses deux enfants ont eu de tout temps un teint cholémique analogue à celui du malade. Il y a donc lieu de se demander si ce dernier « n'a pas sucé avec le lait quelque substance qui aurait imprimé aux organes sanguiformateurs un cachet de débilité, d'où la vulnérabilité globulaire, ou qui aurait créé des modifications humorales défavorables aux hématies, ou encore qui aurait exalté les fonctions hémolysantes de la rate ».

II. Description générale. — Les ictères hémolytiques acquis ont, malgré leur diversité étiologique, un fonds symptomatique commun.

L'*ictère* est moins foncé que dans les formes congénitales et, dans le tableau clinique, ne constitue pas le signe dominant. Les malades sont plus pâles qu'ictériques (Chauffard). Sujet d'un jour à l'autre ou par périodes à d'importantes fluctuations, il affecte une évolution et une durée assez capricieuses.

La *splénomégalie* est d'observation courante, mais l'intumescence de la rate est souvent moindre que dans les formes congénitales.

Les *crises douloureuses abdominales* sont plus fréquentes et plus violentes que dans les cas congénitaux, et des malades ont été opérés pour des accidents indûment rapportés à une angiocholite lithiasique (Widal).

L'*anémie* est ici le signe capital. L'affaiblissement rapide, l'essoufflement au moindre effort, la pâleur du tégument et des muqueuses, transparaissant nettement sous le masque subictérique, témoignent d'une anémie en général profonde; elle est intense, même dans les formes bénignes. La numération des globules rouges révèle la pauvreté du sang en hématies. A peine en compte-t-on 2 000 000; 1 500 000; 1 000 000. La valeur globulaire est tantôt subnormale, tantôt très abaissée.

L'*hématologie* révèle une *fragilité globulaire* parfois très forte si l'on a soin de recourir au procédé des hématies déplasmatisées, ou si on l'étudie vis-à-vis de sérums humains, de sérums expérimentaux anti-humains, d'extrait concentré de têtes de sangsue, etc. Fait de première valeur, l'*auto-agglutination des hématies* est positive; c'est là un phénomène spécial aux ictères hémolytiques et sur la valeur duquel Widal et Brulé ont insisté à juste titre. Le *diamètre moyen des hématies est augmenté* (Widal). Les *signes de rénovation sanguine* sont à leur maximum : polychromatophilie, anisocytose, réaction myéloïde avec myélocytes et hématies nucléées, hématies granuleuses abondantes jusqu'à 45 p. 100.

En somme, la notion étiologique — si importante — mise de côté, de par l'hématologie comme de par l'examen clinique, il existe des différences assez tranchées entre les deux variétés, acquise et congénitale, d'ictères par fragilité globulaire : *l'ictère foncé, fixe, la splénomégalie volumineuse, l'anémie modérée, la tolérance parfaite de l'ictère congénital, s'opposent à l'ictère léger, la tuméfaction splénique moyenne, l'anémie profonde à brusque accentuation, le retentissement marqué sur l'organisme de l'ictère acquis.*

III. L'évolution de l'ictère acquis varie beaucoup suivant les cas; il convient d'envisager quelques formes cliniques.

1° *Formes aiguës.* — Il s'agit de cas en général bénins, se terminant rapidement par la guérison. Souvent l'ictère hémolytique ne constitue qu'un épiphénomène, une complication légère au cours d'une maladie nettement définie : paludisme, pneumonie, ankylostomiase, saturnisme, et disparaît lors de la guérison de cette maladie ou pendant la convalescence. L'ictère hémolytique des nouveau-nés rentre dans ce cadre.

2° *Formes subaiguës.* — La durée de l'ictère varie de quelques semaines à quelques mois, et il peut se présenter sous le masque d'un ictère catarrhal, d'un ictère catarrhal prolongé, pléiochromique, d'un ictère infectieux à rechute (Castaigne).

3° *Formes chroniques.* — Ont été prises pour type de description. Parfois on observe des variétés hypersplénomégaliques. L'état des malades est toujours précaire; l'anémie est généralement intense; les crises de déglobulisation sont fréquentes et coïncident, si elles ne les provoquent pas, avec des accentuations de l'ictère et du volume de la rate. Parfois surviennent des rémissions de si longue durée qu'on est en droit de parler de guérison. Il est enfin curieux de noter les allures parfois très différentes sous lesquelles se présente le même ictère hémolytique dans le cours de son évolution.

4° *Forme anémie pernicieuse.* — L'ictère hémolytique acquis peut simuler, rarement il est vrai, l'anémie pernicieuse. Chauffard a insisté sur ce point. L'une de ses observations, de par les recherches hématologiques, se rapproche des anémies pernicieuses plastiques de moyenne gravité; la fragilité globulaire, les hématies granuleuses, la font entrer dans le cadre des ictères hémolytiques. Désormais, dans toute anémie pernicieuse s'impose la recherche de la résistance globulaire et peut-être pourra-t-on alors séparer les formes sans ictère, probablement aussi sans fragilité globulaire ni hématies granuleuses, des formes ictérigènes où l'hémolyse est décelable et qui relèvent d'un pronostic extrêmement grave.

5° *Ictère hémolytique à type ictère grave.* — Cette nouvelle forme clinique a été individualisée par Roque et Chalier, à l'aide de six observations du plus haut intérêt et dans le détail desquelles il est impossible d'entrer ici. Ces auteurs ont écarté toutes les objections que l'on aurait pu soulever contre l'existence de cette modalité clinique. Tantôt l'ictère est grave d'emblée, tantôt seulement à la période terminale de son évolution. Il importe d'ailleurs de faire remarquer qu'il ne comporte pas toujours le pronostic habituellement fatal de l'ictère grave commun. Dans trois cas seulement la mort est survenue et il semble bien qu'il faille incriminer, non pas l'ictère, mais des processus morbides autrement sérieux qui tenaient le pronostic sous leur dépendance (cancer de l'estomac, cirrhoses hépatiques alcooliques des plus avancées.) Dans les trois autres cas, malgré l'apparition du tableau symptomatique de l'ictère grave, l'évolution fut favorable. L'apparition d'un syndrome d'ictère grave est donc possible en dehors de toute atteinte hépatique sérieuse.

6° *Formes de transition entre les ictères acquis et congénitaux.* — La littérature italienne fournit quelques exemples de pareils faits difficiles à classer : observations de Campani et Ferrari, Massaglia et Tarabini ; il faut en rapprocher celle de Benech et Sabrazès.

La variabilité des formes cliniques implique la diversité du *pronostic.* Tantôt celui-ci est très sévère. Tantôt l'ictère acquis est éphémère comme la maladie qui l'a provoqué. Il semble, en tout cas, qu'une telle affection, survenant chez un individu indemne de toute tare organique profonde, ne possède pas, en elle-même, un degré de malignité très élevé. Même dans les formes les plus prolongées on est en droit d'espérer des rémissions de longue durée, voire même la guérison définitive.

IV. En terminant cet aperçu symptomatique, il convient de mentionner l'existence d'ICTÈRES HÉMOLYSINIQUES, exceptionnels, étudiés par Chauffard et Troisier. Le sérum des malades jouit, alors, de puissantes propriétés hémolysantes. A signaler que parmi les ictères chloroformiques il y a lieu, d'après Quénu et Küss, de distinguer deux grandes classes en rapport avec leur nature hépatogène ou hématogène; dans ce dernier cas c'est un processus hémolysinique qui est en cause.

V. Les ICTÈRES DE L'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE ESSENTIELLE ne relèvent pas d'hémolysines directement constatées dans le sérum ; l'épreuve de Donath et Landsteiner est positive ; mais le mode de destruction globulaire est mal connu. Une observation d'hémoglobinurie hémolysinique avec ictère polycholique aigu, récemment publiée par Chauffard et Vincent, établit comme un trait d'union entre les ictères hémolysiniques et les ictères hémoglobinuriques.

L'étude symptomatique qui précède aboutit à cette notion qu'un ensemble de signes cliniques et hématologiques communs, du moins dans leur essence, à certains ictères, font rentrer ceux-ci dans un cadre nosographique nouveau : l'*hémolyse ictérogène.* Mais l'évolution n'est pas univoque, et l'on peut dresser une échelle de gravité. Au bas de l'échelle apparaît l'ictère congénital, ordinairement bien toléré, compatible avec une longue survie. Viennent ensuite les formes légères de l'ictère hémolytique acquis ; puis, par transitions successives, on aboutit aux formes sévères de la maladie, simulant l'anémie pernicieuse à forme ictérique, ou réalisant le tableau morbide de l'ictère grave.

Cette variabilité d'allure, d'un cas à l'autre, ou dans le même cas, rend compte des difficultés du diagnostic. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 MAI 1910)

Les hémorragies postopératoires. — M. CHAVASSE apporte au débat l'observation suivante : étant en Algérie, il a ouvert un phlegmon du coude chez un homme de quarante-sept ans, alcoolique, non paludique. A la suite de l'opération, il y eut une hémorragie abondante, avec caillots. Le sulfate de quinine et l'ergotine semblèrent l'arrêter. Une nouvelle hémorragie survint quelques jours après. M. Chavasse ouvrit la plaie, la vida de ses caillots et la tamponna avec de la gaze iodoformée. L'écoulement sanguin ne fut pas complètement arrêté. Se rappelant alors le conseil de Verneuil, M. Chavasse fit appliquer un vésicatoire sur la région hépatique et l'hémorragie s'arrêta définitivement.

L'ictère postchloroformique. — M. SIEUR fait observer qu'il est parfois difficile de faire le diagnostic différentiel entre l'ictère infectieux et l'ictère postchloroformique. Il rapporte l'observation d'un jeune soldat de vingt-quatre ans, alcoolique, saturnin, qui se fait une fracture de la rotule en trois fragments. On l'opère. L'anesthésie chloroformique est difficile, pénible ; on fait un lavage intraarticulaire et un cerclage de la rotule. Après l'opération, température à 37°5 à 37°8, pouls à 110, 120, vomissements, subictère, urines rares; rien au genou. L'ictère devint de plus en plus foncé, anurie, délire, coma, mort avec cyanose des extrémités. Autopsie. A l'ouverture du genou, un peu de sérosité louche, foie gros, reins congestionnés. L'examen bactériologique de la sérosité et du sang y montra la présence du pneumocoque. L'altération profonde du foie est due à l'alcoolisme. S'agit-il, dans ce cas, d'une intoxication chloroformique ? S'agit-il d'une infection pneumococcique généralisée ? M. Sieur avait d'abord admis la seconde hypothèse. Mais depuis la communication de M. Quénu, il hésite entre la première et la seconde. Il faut admettre aujourd'hui que le chloroforme est dangereux chez les hépatiques.

M. POTHERAT rappelle les travaux de Tuffier, Monthey et Aubertin relatifs à l'action nocive du chloroforme sur le foie. Il a souvent observé des atteintes plus ou moins graves d'ictère après des chloroformisations, surtout quand il s'agissait de maladies infectieuses, d'appendicites, par exemple. Le plus souvent ces ictères rétrocédaient. M. Potherat rapporte l'observation d'une femme de quarante-trois ans qu'il a opérée d'un volumineux fibrome utérin par l'hystérectomie abdominale totale. A la suite de l'opération, le pouls devint fréquent, les urines devinrent rares et il y eut de l'ictère mort le quatrième jour. A l'ouverture de l'abdomen, aucune trace d'infection, le foie est augmenté de volume. Là encore, on pouvait penser à une septicémie générale ou à une intoxication chloroformique. M. Potherat croit plutôt à cette dernière hypothèse. Il est certain que l'éther ne donne généralement pas lieu à ces accidents. Toutefois M. Potherat a ob-

servé un cas d'ictère à la suite d'une éthérisation. M. Potherat a de plus en plus tendance à employer l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne.

L'amputation de Ricard. — M. SIEUR fait un rapport sur une observation de M. Jacob relative à un malade qui a subi, d'un côté, une amputation de jambe et de l'autre côté l'amputation tibio-calcanéenne de Ricard pour des brûlures des deux pieds. L'opération de Ricard a, dans ce cas, donné un très bon résultat.

M. SOULIGOUX qui a pratiqué un assez grand nombre de fois l'opération de Ricard fait observer qu'il ne faut pas s'attacher à une technique opératoire spéciale. Quand on n'a pas assez de peau, on coupe des portions de calcanéum, jusqu'à ce qu'on puisse rapprocher les lambeaux cutanés.

M. RICARD fait remarquer que l'opération qu'il a imaginée est surtout une opération économique. Il faut conserver le plus de parties molles possible et profiter de tout ce qu'on peut avoir de peau à sa disposition. Si on n'en a pas assez pour recouvrir, on coupe alors des tranches de calcanéum jusqu'à ce qu'on puisse recouvrir. Cette opération donne de bons résultats quand il s'agit de lésions traumatiques. Les résultats sont moins certains quand il s'agit de tuberculose.

Thérapeutique des suppurations pulmonaires. — M. TUFFIER rappelle que cette thérapeutique a suivi deux phases distinctes : 1° la pneumotomie et le drainage; 2° la thoracotomie ou le désossement et la création d'adhérences pulmonaires. M. Tuffier pense qu'on peut faire mieux. Il rapporte l'observation d'un homme de trente-quatre ans, malade du service de M. Debove, qui présentait des symptômes nets de gangrène pulmonaire. M. Tuffier fit d'abord une ponction, tira un liquide épais, brun, fétide, en tout semblable aux produits de l'expectoration. La radioscopie et la radiographie avaient montré une ombre à gauche, au-dessus et en dehors de la région cardiaque. Le 20 avril, sous une anesthésie chloroformique discrète et prudente, le malade étant dans le décubitus latéral droit, M. Tuffier fit une incision dans la ligne axillaire, réséqua les cinquième et sixième côtes, trouva la plèvre adhérente au poumon; il décolla la plèvre; le poumon libéré s'éloigna alors des côtes et il restait entre lui et la plèvre un espace vide du volume du poing.

Quelques jours auparavant, M. Tuffier avait opéré un lipome qu'il avait conservé dans la glace. Le volume de ce lipome correspondait à l'espace vide séparant les côtes du poumon. Il l'y inséra et sutura, par dessus, sans drainage. L'état du malade s'améliora très rapidement; tous les accidents disparurent, et M. Tuffier le présente, guéri, à la Société. Il reste à peine quelques râles sous-crépitants à la base du poumon. Une radiographie montre que l'espace gangréné a disparu. M. Tuffier pense que ces greffes, et surtout des greffes d'épiploons, pourraient, dans ces cas, rendre de grands services.

M. SOULIGOUX félicite M. Tuffier de ce beau résultat et de son ingénieux procédé, surtout applicable dans les cas de cavernes gangréneuses. Il pense que, dans les cas de gangrène pulmonaire aiguë, alors que la caverne n'a pas encore eu le temps de se constituer, il vaudrait mieux recourir à la pneumotomie.

M. QUÉNU, à propos de l'intéressante observation de M. Tuffier, rappelle que Chaput a déjà montré qu'on pouvait combler des cavités osseuses avec des tissus vivants. Il ajoute que chez le malade de M. Tuffier on ne sent pas de corps étranger. Le lipome inséré par M. Tuffier serait-il déjà résorbé ?

M. MAUCLAIRE a inséré de l'épiploon dans une cavité osseuse résultant d'une ostéomyélite. Cette greffe épiploïque s'est résorbée.

M. TUFFIER rappelle qu'il s'agissait, en effet, dans son cas d'un abcès gangréneux du poumon. Peut-être, s'il avait eu du fibrome à sa disposition, aurait-il plus volontiers inséré du fibrome que du lipome. Avec M. Quénu, on peut se demander quelle part, dans cette guérison, revient à la résection et quelle part revient à l'inclusion du corps étranger. M. Tuffier fait remarquer qu'ici la résection a été bien limitée

Traitement des nævi de la face par l'air chaud. — M. RICARD présente trois malades traités, avec succès, de nævi de la face par l'air chaud.

Kyste hydatique de l'épiploon. — M. ROUTIER a opéré un volumineux kyste hydatique de l'épiploon dont le pédicule était formé par la vésicule biliaire et une bride fibreuse qui se rendait à l'ombilic. La vésicule biliaire contenait des calculs.

M. RICARD rapproche de ce fait celui d'une malade chez laquelle il avait diagnostiqué une cholécystite calculeuse. La vésicule était légèrement distendue; il y avait des bosselures du canal cystique. Il s'agissait d'un volumineux kyste hydatique intrahépatique qui comprimait le canal cystique.

Elections. — M. SAVARIAUD est nommé membre titulaire. M. ROBERT est nommé membre honoraire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 MAI 1910)

Etude histologique des lésions tuberculeuses expérimentales produites par le bacille de Koch en culture homogène chez les mammifères, les oiseaux et les vertébrés à sang froid. — MM. F. ARLOING et P. STAZZI. Les localisations tuberculeuses macroscopiques viscérales sont le plus souvent absentes à l'autopsie des animaux qui succombent à l'injection intraveineuse de cultures homogènes du bacille de Koch.

Sans entrer dans les détails, on voit que chez les diverses espèces animales le pouvoir toxique des cultures homogènes domine le pouvoir tuberculigène. A côté des lésions toxiques (hypertrophie splénique, dégénérescence hyaline et vitreuse, altérations vasculaires), il existe des lésions dues aux bacilles; ces dernières sont polymorphes et consistent tantôt en lésions inflammatoires banales (infiltration cellulaire diffuse des parenchymes, néoformations connectives et vasculaires), tantôt en tubercules qui, pourtant, ne possèdent pas la structure classique (tuberculose non folliculaire).

Ces tubercules n'évoluent jamais vers la caséification, mais bien vers la transformation fibreuse avec néoformation vasculaire, c'est-à-dire vers la guérison; cette évolution permet d'espérer que les cultures homogènes pourraient immuniser contre la tuberculose.

Sur l'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux. Présence d'une base volatile à côté de la choline. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LASAUSSE. L'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux permet de mettre en évidence à côté de la choline une autre base organique qui possède quelques-uns des caractères de la triméthylamine : chloroplatinate qui par la technique de Demgès donne un periodure à cristaux caractéristiques, chlorhydrate décomposé à froid par la magnésie en solution aqueuse alors que dans les mêmes conditions le chlorhydrate de choline pur n'est pas décomposé.

Phénomènes régressifs dans le vagin du cobaye après le part. — Comparant la structure du vagin du cobaye avant et après le part, MM. LELIÈVRE et RETTERER ont obtenu les résultats suivants : avant le part, le derme est turgescent, les éléments figurés sont écartés les uns des autres par un plasma abondant; les leucocytes y sont rares. L'épithélium est à nombreuses assises et les leucocytes font à peu près défaut dans le revêtement épithélial.

Après le part, le derme paraît fibreux par suite du tassement des éléments figurés et du peu de plasma interfibrillaire.

Immédiatement après le part, les leucocytes sont très abondants dans le derme et le revêtement épithélial.

La plupart de ces leucocytes occupent la place du noyau des cellules conjonctives ou épithéliales. La migration leucocytaire ne saurait expliquer cette production de leucocytes intracellulaires; par l'observation directe on s'assure que l'expulsion du fœtus est suivie, non seulement du départ du plasma et du tassement des éléments figurés, mais de la fragmentation et de la caryolyse de nombreux noyaux, ainsi que de la raréfaction et de la résorption du cytoplasma périnucléaire. De là, cette quantité de formes leucocytaires qui infiltrent les éléments du vagin puerpéral.

Des caractères différentiels de quelques colloïdes de l'organisme au point de vue ultra-microscopique. — M. Ph. Russo. Jusqu'à ces derniers temps, on considérait qu'il n'y avait pas de différenciation possible entre les divers éléments colloïdaux des humeurs.

En étudiant la nature des mouvements des micelles de ces colloïdes, leur éclat, leur scintillement, leur grosseur moyenne, il a été possible d'établir des tableaux donnant des caractères précis et permettant d'affirmer que tel grain que l'on aperçoit dans l'oculaire d'un ultra-microscope est un grain albumineux, tel autre un grain diastasique, celui-ci un sel colloïdal, celui-là une peptone, et de faire ainsi une analyse microchimique poussée plus loin qu'on ne l'avait encore jamais fait.

M. Meyer. L'addition d'eau distillée à diverses albumines provoque leur transformation granuleuse, fait depuis longtemps connu, et appréciable sans le secours de l'ultra-microscope.

Décomposition du chloroforme dans l'organisme. — M. M. Nicloux place un animal (chien) dans une grande cloche de verre fermée, on fait arriver une quantité de chloroforme suffisante pour obtenir une anesthésie de trente minutes environ. On recueille tous les gaz qui circulent autour de l'animal et on y dose le chloroforme. L'animal est laissé dans la cloche jusqu'à ce qu'il n'élimine plus de chloroforme. La comparaison entre la quantité de chloroforme soit fixé par l'organisme (respiration), soit introduit dans l'organisme (ingestion) montre qu'une notable proportion, 50 p. 100 environ, ne se retrouve plus. Cette quantité a été nécessairement décomposée.

Sur la décomposition du chloroforme dans l'organisme. Méthode expérimentale permettant l'étude de cette question — M. M. Nicloux présente l'appareil et expose la méthode qui permet d'arrêter la vapeur de chloroforme dans l'air, alors même que cet air circule dans l'appareil avec un débit atteignant 100 litres à l'heure. Les expériences de contrôle ont montré que la teneur en chloroforme peut varier entre quelques milligrammes et plusieurs grammes dans l'air, l'arrêt n'en est pas moins complet. Grâce à cette technique, l'auteur a pu aborder la question de savoir ce que devient le chloroforme dans l'organisme.

Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux et pleurésie tuberculeuse. — M. A. Poncet. A la séance de la Société de biologie du 23 avril dernier, M. Lafforgue a communiqué une note ayant pour titre : « De la nature tuberculeuse de certaines pleurésies rhumatismales. »

Il s'agit de deux jeunes soldats, chez lesquels le liquide d'une pleurésie apparue au cours ou au déclin d'un rhumatisme articulaire aigu donna, par inoculation au cobaye, une tuberculose typique. Cette observation est un bel exemple de rhumatisme articulaire aigu tuberculeux avec pleurésie de même nature.

Si l'auteur prend aujourd'hui la parole, c'est que M. Lafforgue s'est exprimé ainsi : « Il s'agit, et ce détail a une grande importance pratique, non de rhumatismes torpides, apyrétiques, peu fluxionnels, auxquels semble convenir l'épithète de rhumatisme tuberculeux (Poncet) mais de rhumatismes poly-articulaires, très fébriles, avec fluxions douloureuses rapidement améliorées par le salicylate de soude. »

M. Lafforgue a donc l'air de croire que le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux n'existe pas. Il émet en plus, la conclusion suivante :

« Il est démontré, contrairement à une opinion très généralement admise, que certaines pleurésies (dites rhumatismales), apparaissant au cours d'un rhumatisme franc, sont d'origine tuberculeuse. »

M. Lafforgue paraît ignorer les recherches de l'auteur sur le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux et les thèses, entre autres, de deux de ses anciens camarades de l'Ecole du service de santé militaire : MM. Egmann et Schneider.

Il suffit de le renvoyer à ces travaux et au Traité du rhumatisme tuberculeux de Poncet et Leriche.

M. Poncet lui a rappelé aussi cette notion de pathologie générale : le rhumatisme tuberculeux appartenant à la grande classe des rhumatismes infectieux, il doit avoir, et a, comme ces derniers, une marche aiguë, subaiguë, chronique, etc.

L'auteur croit donc, sans entrer dans d'autres considérations, que le titre et le fond de la communication de M. Lafforgue auraient gagné en clarté, non moins qu'en réalité clinique, en le transformant : « De la nature tuberculeuse de certaines pleurésies rhumatismales » en celui-ci : « Rhumatisme articulaire aigu tuberculeux et pleurésie tuberculeuse. »

La pleurésie n'a été, dans l'espèce, qu'une localisation abarticulaire du poison tuberculeux ayant, en premier lieu, frappé l'appareil articulaire.

Albuminuries et réaction de Meyer. — M. Feuillié. La réaction de Meyer est beaucoup moins sensible dans l'urine que dans l'eau; elle peut manquer dans des urines dont le culot de centrifugation renferme cependant des hématies.

La réaction de Meyer ne peut donc servir de base à une classification de néphrites : il n'y a d'ailleurs aucun rapport entre la lésion du tube et l'albuminurie. Qu'il y ait ou non du sang dans l'urine, il faut se demander si l'albuminurie n'est pas leucopathique, comme dans le cas par exemple de thyroparathyroïdectomie. Inversement, l'ingestion de corps thyroïde peut être employée dans le traitement des albuminuries leucopathiques, de la goutte et des catarrhes leucopathiques intestinaux et pulmonaires.

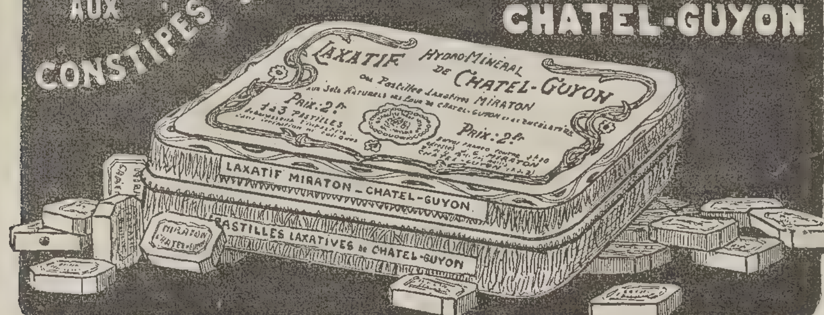
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS : GRIPPE, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RHUMATISME ET AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

(Où elle peut être indiquée, pour relever la circulation languissante, tonifier le myocarde, éliminer les poisons de l'organisme, par la diurèse.) — Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000e, pendant 4 jours. Ou un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou V gttes de solution à 1/1000e, pendant dix jours.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'histologie, par le docteur BRANCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 2e édition très augmentée. In-8 de 755 pages avec 390 figures noires et coloriées. — Prix : cartonné, 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité pratique d'électricité médicale. Electrothérapie. Radiothérapie. Radiumthérapie, par J. LARAT, chef de service d'électrothérapie de la clinique des maladies de l'enfance. In-8 écu, cartonné, avec 194 figures, 3e édition. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

Consultations et thérapeutique dentaires, par le docteur J. ESTÉOULE et L. DAUZIER, professeur de l'Ecole dentaire de France. In-18 raisin, cartonnage souple. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

L'Hystérie et les hystériques, par le docteur P. HARTENBERG. In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

N° 56. — MARDI 17 ET JEUDI 19 MAI 1910. 83e ANNÉE. MARDI 17 ET JEUDI 19 MAI 1910. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 mai. — MM. Alglave, 20; Cauchois et Kendirdjy, 17.

Séance du 17 mai. — MM. Mercadé, 19; Lardennois, 15; Grégoire, 18; Martin, 17; Desmaret, 14.

Prochaine séance, jeudi 19 mai, à cinq heures, à la Charité.

— Concours de l'adjuvat des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Delbet, Sebileau, Souligoux, Jalaguier et Ramond.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Epreuve clinique. — Séance du 17 mai. — MM. Lazard, 16 + 8 = 24; Descola, 13 + 5 = 18; Adam de Beaumais, 16 + 7 = 23.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de MM. Charrier et Rabère.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris le 23 mai 1910 pour treize places d'agrégé des Facultés de médecine :

Section de médecine générale. — Académie de Bordeaux : MM. Bossuet, Bousquet, Buard, Carles, Lande, Lautier, Leuret, Micheleau, Petges, Pierr-eNadal,

Académie de Lille : MM. Bertin, Caudron, Courtellemont, Gellé, Minet, Vandeputte.

Académie de Lyon : MM. Arloing, Bériel, Bonnamour, Bouchut, Cade, Chalier, Cordier, Dumas, Favre, Froment, Mouriquand, Pallasse, Péhu, Piéry, Savy, Thévenot.

Académie de Montpellier : MM. Bousquet, Euzière, Gaujoux, Rimbaud, Roger, Salager.

Académie de Nancy : MM. Parisot, Perrin.

Académie de Paris : MM. Agasse-Lafont, Archambault, Armand-Delille, Aubertin, Babonneix, Baudouin, Beaujard, Bec, Bérillon, Bernard, Berniolle, Boidin, Bonhomme, Boudet, Camus, Chevalier, Chiray, Claret, Claude, Clerc, Courdouan, Crépin, Crouzon, Curie, Dardelin, Darré, Delaunay, Demaldent, Detot, Dreyfus-Rose, Dumont, Esmein, Faroy, Faure-Beaulieu, Ferrand, Fiessinger, Fouquet, François (Léon), François (Max), Francoz, Froin, Garnier, Gaultier, Gay, Gérard, Girerd, Giroux, Gougerot, Grelety-Bosviel, Grenet, Griffon, Guillain, Guitard, Halbron, Herscher, Israëls de Jong, Jomier, Josué, Klotz, Labonnette, Læderich, Lafontaine, Latteux, Laubry, Le Cain, Le Fur, Le Goff, Lehmann, Lejonne, Lemaire (Henry), Lemaire (Jules), Lemierre, Le Play, Lereboullet, Leredde, Leri, Lévy (Fernand), Lévy (Henri), Lévy-Franckel, Lippmann, Lortat-Jacob, Louste, Malloisel, Merklen, Milhit, Milian, Moutier, Nathan, Nattan-Larrier, Noël, Noir, Odin, Oppert, Pagniez, Paisseau, Patry, Philibert, Pierra, Ramond, Rathery, Ravaut, Regis, Renaud, Ribierre, Risacher, Rivet, Rosenthal, Rostaine, Salomon, Serin, Sézary, Simon, Stora, Tanon, Tilloy, Tixier, Trémolières, Uhry, Villaret, Vitry, Voisin, Weil, Weill.

Académie de Toulouse : M. Sorel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 18 juillet 1910, à dix heures, à la Faculté de médecine de Lille.

La durée des fonctions est de trois ans. Une prorogation d'un an peut être accordée sur la proposition du professeur d'anatomie.

Traitement annuel : 1 200 francs.

Les candidats devront faire parvenir au secrétariat de la Faculté, avant le 10 juillet : 1° une expédition, dûment légalisée, de leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur en médecine; 3° un exemplaire de leur thèse et de chacun de leurs mémoires et travaux scientifiques.

Les épreuves du concours sont : *a.* une préparation durable d'anatomie; *b.* une composition écrite ; *c.* une leçon orale ; *d.* une opération sur le cadavre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un congé, jusqu'au 30 juin 1910, est accordé, sur sa demande, à M. Blanchard, chef des travaux de physiologie.

— M. Corneloup, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, jusqu'au 30 juin 1910 (durée du congé

accordé à M. Blanchard), des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— LIMOGES. — M. Donnet, professeur de clinique obstétricale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale.

— M. Vouzelle, professeur d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Donnet, appelé à d'autres fonctions.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le concours de médecins adjoints des asiles publics et privés qui vient d'avoir lieu à Paris s'est terminé par les nominations suivantes :

Asiles publics d'aliénés : MM. les docteurs Gelma, Condomine, Clément, Loup, Naudascher, Pezet, Dalmas, Charpenel et Mignard *ex æquo*, Lafage, Burle et Gonnet *ex æquo*.

Asiles privés : MM. les docteurs Dupin, Sablé, Trepsat, Courjon et Vallet *ex æquo*.

— Il est institué au ministère de l'Intérieur une commission spéciale chargée d'examiner les affaires concernant les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des établissements d'aliénés.

Sont nommés membres de cette commission :

MM. Reynaud, conseiller d'Etat, président; Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques; Maringer, directeur de l'administration départementale et communale; Granier, inspecteur général des services administratifs; Lallemand, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon; Vallon, médecin chef de l'asile clinique de Sainte-Anne; Charon, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Dury-les-Amiens; Viallon, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bron, à titre de suppléant.

Les fonctions de MM. Reynaud et Granier auront une durée de trois ans à dater de ce jour.

Pour les affaires disciplinaires intéressant les médecins adjoints, les médecins en chef dont les noms figurent à l'article premier du présent arrêté seront remplacés par les médecins adjoints dont les noms suivent :

MM. Dromard, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Clermont ; Lépine, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Bron ; Vernet, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Moulins; Olivier, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Blois, à titre de suppléant.

— Est promu dans le cadre des inspecteurs de l'assistance publique :

A la première classe : M. le docteur Barthès, inspecteur des Pyrénées-Orientales (ancienneté).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe May et Couvy, des troupes coloniales (opérations de Mauritanie).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal, l'*Aurore médicale*, qui paraît sous la direction du docteur Léon Archambault. Ce journal s'occupera surtout des intérêts médicaux.

Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cordier, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille (à Lyon).

ANALYSES

MÉDECINE

Contribution à l'étude des tumeurs du quatrième ventricule chez l'enfant. (BABONNEIX et KAUFFMANN. *L'Encéphale*, sept. 1909.) — Un enfant de sept ans entre à l'hôpital parce que, depuis dix mois, il se plaint de la tête, a des convulsions et marche difficilement. En l'examinant, on note de l'hydrocéphalie, de la parésie des membres supérieurs et inférieurs, une diminution des réflexes tendineux et un signe de Babinski positif; à l'examen des yeux, kératite neuroparalytique à gauche, avec anesthésie complète du trijumeau gauche, début d'atrophie optique à droite ; l'enfant, très amaigri, s'alimentant mal par suite d'une dysphagie intense, succombe très rapidement.

Céphalée, convulsions, troubles de la marche, névrite optique imposaient le diagnostic de tumeur cérébrale; l'hydrocéphalie, la dysphagie, les troubles trophiques observés du côté de la cornée avaient permis de localiser la tumeur aux environs de la région bulbo-protubérantielle. L'autopsie décela l'existence d'un néoplasme occupant le quatrième ventricule, et il s'agissait d'un gliome. Rapprochant ce cas d'une trentaine d'observations analogues antérieurement publiées, les auteurs insistent sur quelques points particulièrement intéressants dans l'étude des tumeurs du quatrième ventricule chez l'enfant. Anatomiquement, ces tumeurs sont presque toutes des gliomes ou des épendymogliomes, et elles se compliquent toujours d'hydrocéphalie; dans l'étiologie, on retrouve assez souvent un traumatisme céphalique; cliniquement, elles manifestent leur existence surtout par des symptômes de compression générale; quant aux symptômes de localisation, symptômes d'origine bulbo-protubérantielle ou pédonculo-cérébelleuse, ils sont inconstants et de faible intensité, ce qui s'explique sans doute par la résistance qu'offrent, à l'envahissement néoplasique, les éléments nerveux du bulbe et de la protubérance.

M. BRELET.

CHIRURGIE

Remarque sur la thyroïdectomie partielle et son emploi dans le goitre exophtalmique. Notes sur 113 observations pratiquées sous anesthésie locale. (DUNHILL. *British. med. Journal.*, 22 mai 1909). — Dunhill durant les vingt derniers mois passés a exécuté 113 fois la thyroïdectomie partielle. Dans 88 cas il s'agissait de goitre exophtalmique, avec une mort. Dans tous les cas, sauf un, il se servit d'anesthésie locale.

Il divise les cas de goitre exophtalmique en quatre types selon les suites que l'on observe après l'opération.

1° Ce sont les cas typiques de l'affection avec tous les symptômes très marqués mais encore à la période de début et sans modifications organiques du cœur. Ces cas réagissent très rapidement et presque complètement au traitement opératoire.

2° Ce sont les cas dans lesquels les symptômes sont portés à un stade très avancé, avec des changements organiques du cœur. Dans la majorité de ces cas une grande amélioration peut être attendue de l'opération, mais pas de guérison absolue.

3° Ce sont les cas dans lesquels les symptômes sont incomplètement développés, avec un faible grossissement de la thyroïde, mais présentant des signes marqués de toxémie avec tachycardie et une sensation constante de suffocation. Ces cas sont les plus mauvais à manier. Heureusement ils sont rares.

4° Ce sont ceux dans lesquels la glande thyroïde est très augmentée et les symptômes nerveux sont survenus tardivement, apparemment secondaires. Ces cas sont d'ordinaire guéris par l'opération.

Dunhill pense que dans tous les cas l'opération doit être faite après que le traitement médical a été systématiquement tenté pendant trois mois sans succès. Il avoue que l'opération est sérieuse et que le risque est grand, mais sous anesthésie locale il est moins grand que sous anesthésie générale, et alors le risque n'est pas plus grand que dans toutes les opérations importantes. Il enlève d'habitude un lobe entier et une portion du lobe restant. Il s'élève énergiquement contre l'écrasement de la glande avant son ablation.

En résumé Dunhill plaide pour une opération précoce, effectuée dès que le traitement médical n'a pas amené la guérison, anesthésie locale, opération rapide, pas d'écrasement et drainage large, sous ces conditions, il regarde l'opération comme devant amener la guérison.

M. LANCE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Maladie de Paget du mamelon. Ablation du sein après biopsie, dégénérescence cancéreuse de la glande. (MARCORELLES et PIZON. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1909, p. 419.) — Depuis deux ans, une femme de soixante-deux ans présentait une ulcération progressive du mamelon. Une biopsie ayant montré un cancer malpighien de la peau, le sein fut enlevé en masse. Il présentait un carcinome, que la clinique n'avait pu révéler.

L. ALQUIER.

CHUTE SUR LA VOIE PUBLIQUE
ÉCRASEMENT PAR UNE VOITURE
RAMOLLISSEMENT DU CORPS DENTELÉ DU CERVELET
ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE (1)

Par MM. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux,
et Fr. BOURGEOIS,
Externe des hôpitaux de Paris.

Dans les premiers jours du mois de février dernier, je fus commis par le parquet de la Seine pour procéder à l'examen et pour pratiquer l'autopsie du corps de M. X..., âgé de cinquante ans, mort la veille au soir dans les conditions suivantes :

M. X..., qui avait travaillé à ses affaires toute la journée et tous les jours précédents sans aucune apparence de malaise et qui, un peu avant l'accident dont il fut victime, avait assisté et pris part à une séance d'escrime, se trouvant à sept heures du soir, *sur le bord d'un trottoir*, dans l'une des rues les plus agitées de Paris, tomba tout à coup sur la chaussée, sous les roues d'un autobus qui venait de se mettre en marche et qui avançait à une très petite allure. La voiture fut de suite arrêtée; M. X... fut transporté à l'hôpital le plus proche; il mourut en arrivant.

Nul ne sait comment il est tombé; personne ne l'a vu trébucher; personne n'a pu voir s'il avait été bousculé par un passant; les journaux, en relatant l'accident, ont dit : « On se demande si M. X... a été victime d'un étourdissement ou si le malheureux a glissé sur le pavé boueux. » Le conducteur de l'autobus a déclaré que l'accident avait été si brusque qu'il lui avait paru que la victime « était comme soudainement sortie de terre ».

Il faisait nuit; l'accident a été soudain, personne n'a rien vu; toutes les hypothèses étant possibles, l'examen du cadavre et l'autopsie seuls pouvaient permettre de porter un jugement exact.

Le cadavre a été examiné par nous le lendemain matin à onze heures. Voici le résumé de notre premier rapport :

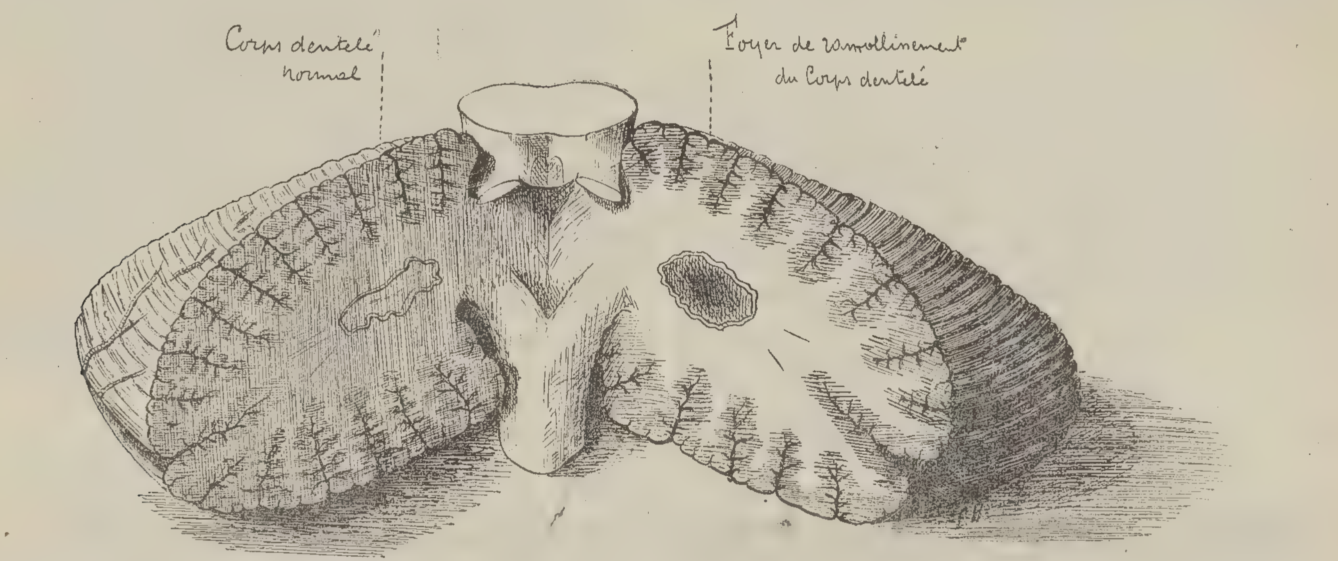
« Le cadavre est celui d'un homme vigoureux paraissant âgé de quarante-cinq à cinquante ans; la rigidité cadavérique est complète. Les paupières sont bouffies, œdématiées; il n'y a cependant ni ecchymose palpébrale, ni ecchymose conjonctivale. On ne constate sur les membres aucune trace de fracture. Au tiers supérieur de la face dorsale de la main droite, on voit une petite éraflure superficielle avec un peu de sang épanché entre les doigts; sur la partie latérale droite du thorax, on voit de larges traînées d'éraflures superficielles parallèles aux espaces intercostaux, avec une large surface ecchymotique au niveau du foie.

Au palper, on sent une crépitation anormale sur toute la partie externe de la cage thoracique du côté droit, indice de fractures multiples des côtes.

Dans l'hypocondre droit, on a, au palper, la sensation d'une crépitation très spéciale, différente de la véritable crépitation osseuse et qui paraît due au froissement de nombreux caillots sanguins accumulés sur ce point. »

Cet examen superficiel du cadavre étant insuffisant pour préciser les causes de la mort, l'autopsie fut ordonnée et pratiquée le surlendemain, soit trente-six heures après la mort, à la Morgue, en présence du médecin de la famille de M. X...

L'examen du cadavre permit de reconnaître que toutes les côtes, à droite, étaient fracturées en deux endroits : 1° un peu en arrière de la ligne axillaire; 2° en avant sur la ligne mamelonnaire; que du sang s'était épanché en grande quantité dans la cavité pleurale droite (1 litre); que tout le lobe droit du foie, complètement broyé, était transformé en une véritable bouillie informe.



Cervelet. — *Vue postéro-supérieure.* — Le vermis et la partie la plus interne de chaque hémisphère ont été enlevés par deux coupes pratiquées obliquement de dehors en dedans, en avant et en bas, se rejoignant sur la ligne médiane. Les pédoncules cérébelleux supérieurs sont sectionnés.

L'examen des autres organes donnait les renseignements suivants :

Cœur : sain, sans lésions;

Aorte : quelques plaques d'athérome discrètes au-dessus des valvules sigmoïdes;

Estomac, rate, normaux;

Reins congestionnés tous les deux, pesant : le droit, 180 grammes; le gauche, 170 grammes.

Intestin et appendice normaux.

L'examen du cerveau ne décèle aucune lésion.

L'examen du cervelet, au contraire, fournit les détails les plus intéressants.

A la coupe du cervelet, nous avons constaté l'existence, au milieu du lobe droit, exactement au niveau et à la place du corps dentelé ou corps rhomboïdal, d'un petit noyau allongé, ovalaire, à grand axe dirigé d'avant en arrière et de dedans en dehors, *épousant exactement la forme du corps dentelé lui-même*, de coloration jaune verdâtre, au niveau duquel la substance cérébrale apparaissait en état de désintégration complète; ce noyau, paraissant macroscopiquement absolument isolé et distinct de la substance cérébrale environnante,

(1) Communication présentée à la Société de médecine légale.

mesurait 20 millimètres de largeur et 10 millimètres de hauteur.

A simple vue il paraissait bien que ce noyau était le reliquat d'une lésion ancienne, très certainement antérieure au traumatisme et qu'il était dû probablement à un foyer de ramollissement.

Le dessin ci-dessus rappelle aussi exactement que possible l'aspect de la lésion.

Le cervelet fut conservé dans le formol et je priai le docteur Devaux, dont on connaît la compétence toute spéciale en matière d'histologie du système nerveux, de bien vouloir pratiquer l'examen microscopique de cette pièce. Les renseignements qu'il nous a donnés et qui sont transcrits ci-après confirment pleinement les résultats de notre examen.

Examen microscopique. — Les coupes, inclues dans la celloïdine, ont été colorées par la toluidine, la phionine, le violet de Kresyl et par le mélange van Giesen.

Au faible grossissement on constate au milieu des franges du corps dentelé où les cellules nerveuses sont très nettement différenciées, une portion plus claire, entourée d'une zone renfermant de petits noyaux ronds et de nombreux vaisseaux capillaires dont les parois épaissies sont surtout appréciables avec le v. Giesen. On ne note pas d'infiltration périvasculaire ou de processus inflammatoire.

Fort grossissement (immersion 1/12). — Dans la zone claire, correspondant à la portion nécrosée, on rencontre de rares éléments ronds, mal colorés, limités par une ligne plus teintée, renfermant quelques rares grains chromatiniens. Ces formes représentent des noyaux de cellules névrogliques qui ont été frappées de mort après une phase proliférative. Les quelques capillaires qui existent encore ont des parois très altérées, à peine reconnaissables. Le fond de la préparation à cet endroit est constitué par une substance irrégulièrement granuleuse, se teintant surtout par le krésyl.

Les parties environnantes représentent la zone de réaction caractérisée par des cellules névrogliques altérées et par des vaisseaux capillaires proliférés dont les parois sont très modifiées.

Les cellules névrogliques, très nombreuses, ont un noyau unique, arrondi, plus ou moins volumineux, assez fortement coloré, à grains chromatiniens abondants, rangés le plus souvent à la périphérie. Le protoplasma, à peine visible, est teinté d'une façon homogène par le kresyl violet; de forme irrégulière, il est compact et renferme quelquefois du pigment. Certaines de ces cellules ont servi de soutien à des vaisseaux capillaires de néoformation qui, dans leur développement, ont perforé le protoplasma.

Les vaisseaux très abondants sont tous de petit calibre. Les parois sont formées d'un endothélium à noyau allongé, irrégulier, la membrane élastique, épaissie, est englobée par une substance se colorant fortement par la fuchsine acide. On rencontre quelques traces de pointes vasculaires. Il faut signaler dans tous les vaisseaux, la présence de gros bacilles se colorant par les couleurs basiques. Il s'agit d'altération cadavérique.

Ces altérations vasculaires se retrouvent sur toutes les portions des préparations, même très loin du foyer de nécrose. Les vaisseaux d'un plus gros calibre ont des parois épaisses à éléments dégénérés, et sont infiltrées d'une substance prenant fortement la fuchsine acide. Bon nombre d'entre eux renferment du pigment jaune foncé.

Les cellules nerveuses de la substance grise du noyau dentelé, très modifiées par l'action du formol, renferment presque toutes du pigment en assez grande quantité. Il faut signaler enfin la présence de mastzellen.

Conclusions. — Il s'agit d'un foyer de nécrose limité à la substance blanche comprise dans le noyau dentelé d'un lobe du cervelet dont tous les petits vaisseaux sont atteints de dégénérescence artério-scléreuse. Les altérations des éléments névrogliques sont identiques à celles qu'on rencontre dans les foyers déjà anciens où la réaction de prolifération ou de réparation est arrêtée. »

Les conclusions de notre rapport furent les suivantes :

« Causes de la mort. Ecrasement du thorax; broiement du foie : *il n'est pas impossible que la lésion cérébelleuse décrite plus haut ait été la cause d'un trouble de l'équilibre et de la chute.* »

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres :

1° Au point de vue anatomo-pathologique nous rappellerons que la lésion décrite précédemment siégeait *exactement* et *exclusivement* dans le lobe droit du cervelet, au niveau même du corps dentelé dont elle épousait presque mathématiquement la forme, les dimensions et les limites et qu'il s'agissait macroscopiquement et microscopiquement d'un foyer de ramollissement.

C'est là, à n'en pas douter, une rareté anatomo-pathologique.

On sait que les corps dentelés ou corps rhomboïdaux ou olives cérébelleuses ou corps ciliaires du cervelet siègent dans chaque hémisphère cérébelleux à 7 ou 8 millimètres en dehors de la ligne médiane; que chacun d'eux est constitué par une lame irrégulièrement plissée, dont la disposition rappelle assez exactement celle de l'olive bulbaire. Cette lame, excessivement mince apparaît à la coupe sous l'aspect d'une simple ligne fortement sinueuse, plissée en zig-zag, d'une coloration gris jaunâtre emprisonnant dans son centre une masse homogène de substance blanche; que ces noyaux obliquement allongés d'arrière en avant et de dehors en dedans, plus larges à leur extrémité postérieure qu'à leur extrémité antérieure, revêtent dans leur ensemble la forme d'une bourse dont le fond est dirigé vers l'écorce et dont l'ouverture, connue sous le nom de hile, regarde en avant et en dedans vers la ligne médiane; qu'ils sont entourés de tous côtés par de la substance blanche, excepté à leur extrémité inférieure et interne où ils touchent directement à la paroi ventriculaire,

Une artère, dite artère du corps dentelé ou artère rhomboïdale, pénètre dans cet organe par son hile et s'y distribue en rameaux irradiés.

Or si l'on consulte la littérature médicale spéciale, on constate que les lésions ISOLÉES et UNILATÉRALES de ces noyaux sont des plus rares. Il existe dans la science quelques observations de ramollissements du cervelet où tout un lobe a été trouvé nécrosé, mais dans lesquelles la part du noyau dentelé n'est pas faite.

Dans la thèse de Thomas (1), où sont passées en revue de très nombreuses observations publiées depuis cinquante ans environ, nous n'avons rien trouvé qui rappelle la nôtre.

Dans une note de Négel et Théohari publiée dans la *Revue de neurologie* (2), on trouve l'observation d'un homme de cinquante ans, qui entra à l'hôpital avec la symptomatologie des affections cérébelleuses et qui mourut dans le coma. A l'autopsie, on trouva un foyer de ramollissement du cervelet portant sur toute la couche de substance blanche comprise entre l'écorce et le noyau dentelé, avec participation du noyau dentelé lui-même.

Parmi les faits les plus intéressants à signaler, il faut citer les deux observations de Stefano Personali (3), dans lesquelles il s'agit de lésions *unilatérales* du corps rhomboïdal; dans l'un des cas, il s'agit d'un *tubercule solitaire*, dans l'autre d'un *néoplasme*. Dans les deux cas, le diagnostic peut être porté pendant la vie grâce à des signes de compres-

(1) A. THOMAS. *Le cervelet*. Th. de Paris, 1897.

(2) NÉGEL et THÉOHARI. Note sur un cas de ramollissement du cervelet, *Revue de neurol.*, 1903, p. 958.

(3) STEFANO PERSONALI. Contribution à l'étude des localisations cérébelleuses, *Riforma medica*, an. XVI, vol. III, nos 40-41-43, août 1900.

sion encéphalique prédominant d'un côté (céphalée, stase papillaire) et aux quatre symptômes principaux indiquant une localisation cérébelleuse : démarche titubante, parésie musculaire (du côté de la lésion cérébelleuse), modifications du réflexe patellaire (du côté de la lésion), asynergie des mouvements.

Mais il n'est nulle part fait mention de foyer de nécrose limité exclusivement au corps dentelé. Si donc il en est d'autres cas, nos recherches bibliographiques n'ayant pu tout embrasser, il est en tout cas certain que de pareils faits sont extrêmement rares. C'est d'ailleurs une remarque que l'on trouve relatée dans tous les traités spéciaux.

2° Si au point de vue anatomo-pathologique ce fait est intéressant, il nous paraît l'être au moins autant au point de vue de la médecine légale et de la responsabilité civile.

Voici, en effet, un homme peu âgé (48 à 50 ans), en pleine activité intellectuelle et physique, dont nous savons seulement qu'il a eu une grippe de moyenne intensité deux ans auparavant, qui, chaque jour, *suffisait* à une besogne importante et qui, un soir, après une journée de travail comme les autres, après une séance d'escrime, car il en faisait journellement, tombe dans la rue et meurt écrasé.

Il se peut que cet homme ait été poussé par un passant maladroit ou brutal; il se peut que, voulant traverser, il ait glissé sur un pavé un peu gras; il se peut encore qu'il ait été accroché par l'autobus et jeté à terre. Toutes ces hypothèses qui expliquent la mort par l'accident sont parfaitement plausibles et demeurent entières; mais personne n'a assisté à l'accident et personne ne peut venir en témoigner. Dans ces conditions, si l'hypothèse de l'accident est possible, celle de la chute par trouble de l'équilibre dû au ramollissement du corps dentelé du cervelet ne peut-elle pas aussi être soutenue?

Nous savons que les corps dentelés, s'ils ne sont pas les centres uniques de l'équilibre, participent certainement, à ce point de vue, aux propriétés de tout le cervelet. Il est certain qu'expérimentalement on n'en peut rien savoir par la raison qu'il est impossible de détruire l'un ou l'autre des corps dentelés sans léser d'autres parties du cervelet lui-même; mais, ce que l'on sait, c'est que, dans les observations où cette région a été détruite, on a observé des troubles de la marche et de l'équilibre et la preuve en est dans les observations de Personali, dans lesquelles il y a eu lésion *isolée* d'un seul corps dentelé et dans lesquelles il y a eu des signes de lésion du cervelet et en particulier de la titubation, des vertiges et des troubles de l'équilibre, ce qui permit à cet auteur de dire : « Les lésions des hémisphères du cervelet portant en dehors des corps dentelés ne donnent lieu à aucun symptôme propre. » Et ne paraît-il pas que nous étions autorisés à conclure, du fait que nous avons rapporté, qu'il *n'était pas impossible* que la lésion ait déterminé un trouble de l'équilibre (??) d'autant plus que l'examen histologique a démontré qu'il y avait, outre le foyer localisé de ramollissement, des lésions d'artério-sclérose généralisées à tout l'encéphale?

3° Cette observation nous a paru encore digne de retenir l'attention pour une autre raison; raison qui, devant la Société de médecine légale, paraîtra sans doute superflue.

Notre observation nous paraît démontrer une fois de plus la nécessité, en présence des causes de mort en apparence les *plus évidentes* et les *mieux établies*, de faire quand même une autopsie *complète*; car la lésion que nous avons observée et décrite est de celles qui peuvent le plus facilement passer inaperçues. Quand nous l'avons trouvée, nous croyions notre autopsie tout à fait terminée; c'est pour ainsi dire machinalement que nous coupions le cerveau et le cervelet et c'est presque un hasard que la lésion nous ait sauté aux yeux. Il aurait suffi de sectionner le cervelet en tranches plus épaisses pour que la lésion nous échappât complètement.

Nous avons cru devoir mentionner en terminant ce petit point de détail.

TRAITEMENT DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

PAR LES INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES OU PÉRI-ARTICULAIRES DE SELS INSOLUBLES DE RADIUM

Par L. CHEVRIER,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Au cours de mes études de l'action sur l'organisme des *petites quantités de radium*, des suspensions des *sels insolubles* en particulier — et elles ont été assez fructueuses puisqu'elles m'ont permis de mettre en évidence l'action sur la nutrition générale (1), l'action sur l'hématopoïèse (2), l'action sur la cicatrisation (3) — je me suis attaqué avec les mêmes armes au *rhumatisme blennorragique*.

J'ai injecté *dans l'articulation malade ou à son voisinage* une suspension de sulfate de radium, préparée par Jaboin suivant les *indications de Dominici*.

Ce sel parfaitement *insoluble*, ce qui fait sa supériorité sur le carbonate ou le bromure de radium, reste très longtemps, *indéfiniment* peut-on dire, là où il a été injecté, comme l'ont bien montré Dominici et Faure-Beaulieu (4), et peut exercer une action locale particulièrement efficace sur des inflammations circonscrites.

La dose injectée a été de 20 à 40 microgrammes par articulation; dans un cas dans lequel les deux genoux étaient pris, j'en ai employé en une fois 70 microgrammes, c'est-à-dire 70 millièmes de milligramme ou 7 centièmes de milligramme.

Je n'ai jamais fait jusqu'à maintenant qu'*une injection* par articulation (le mot injection étant pris dans le sens d'inoculation et non de piqûre).

La *technique de l'injection* doit varier suivant la forme de l'arthrite gonococcique en présence de laquelle on se trouve.

---

(1) CHEVRIER. De quelques effets généraux des petites quantités de sels insolubles de radium introduites dans l'organisme (urine, sang), *Tribune méd.*, n° 12, 19 mars 1910, p. 181 (4 courbes).

(2) CHEVRIER. Effets généraux et locaux des petites doses de radium (nutrition, hématopoïèse, cicatrisation). Communication au *Congrès international de physiothérapie de Paris*, séance du 30 mars 1910.

(3) CHEVRIER. Le radium et la cicatrisation. Bourgeonnement et épidermisation des plaies ouvertes et des ulcères sous l'influence des petites quantités de radium, *Progrès méd.*, n° 14, 2 avril 1910, p. 187.

(4) DOMINICI et FAURE-BEAULIEU. De l'arrêt et du séjour prolongé du sulfate de radium dans les tissus vivants (note présentée par M. Bouchard), *Bull. de l'Acad. des sciences*, séance du 18 mai 1908; — *Presse méd.*, 3 juin 1908, p. 359.

Dans les *formes hydarthrosiques aiguës et chroniques*, dans lesquelles une quantité abondante de liquide distend l'article, il faut commencer par faire une ponction évacuatrice aussi complète que possible ; elle reste d'ailleurs toujours partielle par suite de la viscosité de l'épanchement et de la nécessité de ne se servir que d'une petite aiguille. Puis par cette même petite aiguille, on fait une *injection intra-articulaire* du liquide radifère. Si l'épanchement se reproduit, il importe de ne pas le ponctionner de nouveau, sous peine de retirer la plus grande partie du radium qu'on aura introduit dans l'article.

Dans les formes plus graves de rhumatisme gonococcique, dans lesquelles il y a très peu de liquide dans la synoviale et dans lesquelles domine l'infiltration, l'œdème péri-articulaire, dans les *formes phlegmasiques* en un mot, cette technique ne saurait convenir. J'ai employé à ces formes le modus faciendi usité dans les *injections péri-articulaires de chlorure de zinc* suivant la méthode du professeur Lannelongue dans les tumeurs blanches.

Par des piqûres multiples, disséminées en couronne autour de l'article, j'ai porté au milieu des tissus phlegmasiés et en des points divers quelques gouttes du liquide radifère : il importe alors d'employer une solution assez concentrée pour arriver à injecter une *quantité minime de liquide*, les tissus œdématiés par l'inflammation n'admettant qu'avec peine et au prix de vives douleurs toute injection interstitielle.

Le *résultat* le plus rapidement appréciable de ces injections radifères est la *disparition totale de la douleur*. Dans les formes hydarthrosiques, l'analgésie se produit en quelques heures. Dans les formes phlegmasiques, elle est plus lente à paraître et dans les premières heures il y a même hyperalgésie par suite de la distension mécanique d'un tissu inflammatoire, d'un tissu déjà bourré de sérosités et d'œdème. Mais bientôt les douleurs diminuent, les malades éprouvent un bien-être qu'ils apprécient à sa juste valeur ; avec l'analgésie reparaît la *possibilité de la mobilisation*. D'eux-mêmes les malades fléchissent et étendent leurs genoux, et si on ne les maintenait au lit, ils se lèveraient avant la disparition de leurs épanchements.

La *résorption des épanchements* ne se fait pas immédiatement.

Dans les cas phlegmasiques, l'infiltration et l'œdème commencent à se résorber d'une façon indéniable à partir du sixième jour, d'après le cas que j'ai observé. Les tissus s'assouplissent peu à peu et reprennent insensiblement leur couleur et leur consistance ordinaires, vers le quinzième jour.

Les épanchements intra-articulaires se résorbent d'une façon variable suivant qu'ils sont aigus ou chroniques. Les hydarthroses aiguës, après ponction évacuatrice et injection radifère, voient le plus souvent se reproduire leur liquide : celui-ci commence à diminuer secondairement et disparaît peu à peu à partir du dixième jour sans compression ouatée.

Les hydarthroses chroniques sont plus tenaces : le liquide le plus souvent n'augmente pas sensiblement après injection de radium, mais sa résorption est lente et n'est complète qu'au bout de quelques semaines, parfois de deux mois, mais par suite de la disparition de toute douleur, les malades se considèrent comme guéris et peuvent même reprendre leur vie active avant la disparition totale de l'épanchement.

C'est évidemment grâce à la disparition de la douleur et à la possibilité de la mobilisation sans inflammation réactionnelle, que le radium prévient si heureusement, dans le rhumatisme gonococcique, la *redoutable ankylose* complète ou incomplète.

Le cas d'arthrite phlegmasique très aiguë que j'ai traité dans le service de M. le professeur Chauffard semblait devoir évoluer vers l'ankylose : c'était un bel exemple du type clinique qui y conduit le plus souvent, et elle a ankylosé un doigt de la main atteint aussi par l'infection : or, la malade a recouvré l'intégrité de ses mouvements du genou et c'est là un résultat vraiment impressionnant. Cette action préventive sur l'ankylose fait à mon avis du radium le traitement de choix du rhumatisme blennorragique.

Voici à titre d'exemples quatre observations très résumées de malades que j'ai traités par les injections intra-articulaires de sulfate de radium.

ARTHRITE PHLEGMASIQUE. — K... (Marie), trente-trois ans, lingère, entre à l'hôpital Cochin dans le service du professeur Chauffard le 1er mars 1909 pour des arthrites qu'on rattache à la blennorragie. Passé pathologique très chargé et sur lequel je passe : hystérectomie subtotale, accidents vésicaux multiples. Arthrite phlegmasique du genou droit et de l'annulaire de la main gauche ; température voisine ou au-dessus de 39 degrés. Une ponction évacuatrice de 40 centimètres cubes faite après son entrée n'a pas modifié l'évolution. Le 9 mars, je lui pratique une injection de 40 microgrammes de sulfate de radium dans le genou, en six ou huit piqûres. Les piqûres sont très douloureuses.

La malade souffre encore beaucoup pendant le premier jour et la température reste encore à 38°9. Le 11 mars, la température tombe à 38 degrés et oscille autour de ce chiffre ; elle est constamment autour de 37°5 à partir du 21 mars. La douleur a cédé le second jour.

Le genou a diminué peu à peu de volume : cette diminution a été surtout sensible à partir du 20.

La malade peut alors mobiliser assez largement son genou. La marche, difficile au début, se fait progressivement mieux. La malade sort de l'hôpital le 20 avril. Elle reprend et exerce encore son métier de lingère qui l'oblige à être debout tout le jour.

L'arthrite de l'annulaire gauche qu'on n'a pas spécialement soignée s'est terminée par ankylose.

HYDARTHROSE AIGUË DES DEUX GENOUX. — B... (Mohammed), forain algérien, âgé de vingt-cinq ans, entre à Cochin dans le service du professeur Chauffard pour une hydarthrose blennorragique aiguë des deux genoux, le 25 janvier 1910. On ponctionne le genou droit le plus distendu. Le liquide se reproduit, et les douleurs continuent malgré le salicylate de méthyle.

Le 16 février, appelé à m'occuper du malade, je lui évacue ses deux genoux, avec difficulté à cause de la viscosité du liquide et je lui injecte 30 microgrammes de radium dans le genou gauche et 40 microgrammes dans le genou droit. Toute douleur cesse le jour même.

Le liquide ne se reproduit pas dans le genou droit. Il augmente dans le genou gauche, puis commence à diminuer à partir du dixième jour. Le quinzième jour, les genoux ne contiennent plus qu'une quantité de liquide inappréciable.

HYDARTHROSE SUBAIGUË. — B..., âgé de dix-neuf ans, entre le 3 novembre 1909 dans le service de mon maître, M. Schwartz, pour une hydarthrose subaiguë au cours d'une blennorragie.

Lavage au permanganate. Immobilisation plâtrée pendant douze jours. Le malade sort du plâtre sans modification appréciable du côté de son genou. Compression ouatée pendant quelques jours, sans résultat visible. Je ponctionne alors son genou et j'en retire 20 centimètres cubes environ

d'un liquide visqueux et très épais, et j'y injecte 40 microgrammes de sulfate de radium. Disparition des douleurs.

Le 2 décembre, dix jours après l'injection, le malade sort sur sa demande. Son genou a sensiblement diminué de volume, mais on y obtient encore le choc rotulien.

HYDARTHROSE CHRONIQUE. — D..., âgé de trente-neuf ans, entre dans le service du professeur Chauffard en avril 1909, pour une énorme hydarthrose du genou qu'il traîne depuis plusieurs semaines. La ponction du genou retire 50 à 60 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre épais et visqueux. Injection de 40 microgrammes de sulfate de radium. Deux jours après, bien qu'il y ait encore un peu de liquide dans son genou, le malade reprend son service d'infirmier. Le liquide disparaît complètement au bout d'un mois et demi. Depuis environ un an, le malade n'a eu aucune nouvelle poussée ni aucune douleur dans ce genou, alors que depuis plusieurs années il en souffrait par intermittence à la suite d'une première poussée de rhumatisme gonococcique remontant à sept ou huit ans.

AUTRES MANIÈRES D'EMPLOYER LE RADIUM. — Mais si j'ai été le premier ou l'un des premiers à injecter des suspensions de sulfate de radium dans les arthrites gonococciques, il importe d'ajouter que depuis longtemps, on avait utilisé le radium sous d'autres formes contre le rhumatisme blennorragique.

Sans suivre l'ordre historique exact, ce qui n'a qu'une importance toute relative, je classerai ces essais antérieurs suivant l'état dans lequel les substances radifères ont été employées.

On s'est d'abord servi d'*appareils* et de *toiles radifères*. En 1904, Soupault (1) donne les premiers résultats de l'application d'appareils radifères à sels collés sur des arthrites gonococciques. Les recherches dans ce sens furent continuées par Wickham (2) qui, en 1906, fit connaître la valeur de l'appareil utilisé par Soupault et par lui, « appareil à écran d'aluminium de 1/10 de millimètre d'épaisseur contenant 0g05 de bromure de radium, d'activité initiale 500 000 ; la radiation extérieure, celle qui pénètre les tissus, est d'activité 48 080 et comporte 0 rayons α, 89 p. 100 rayons β, 11 p. 100 rayons γ ».

En 1908, Dominici et Gy (3) publient un article sur 26 observations personnelles, auxquelles ils joignent 1 observation de Coyon et 4 observations de Wickham et Degrais : c'est le travail le plus important sur la question. Les auteurs ont ajouté à l'utilisation des appareils celui des toiles radifères. L'appareil qu'ils ont employé le plus couramment donnait un rayonnement total de 69000, décomposable en rayonnements partiels de la façon suivante 3 p. 100 de α, 82 p. 100 de β, 15 p. 100 de γ : ils ont eu quelques cas de brûlures superficielles que Dominici a toujours évitées, depuis, par la filtration du rayonnement dans sa méthode du rayonnement ultra-pénétrant, qui supprime les rayons α, les β mous et une partie des γ.

Les appareils sont appliqués par Dominici un temps variable suivant le volume de l'articulation et la force de l'appareil, de huit minutes à deux heures et même vingt-quatre heures. « Il existe, disent Dominici et Gy, une correspondance directe au point de vue topographique entre l'application des appareils et l'analgésie. C'est ainsi qu'on peut analgésier complètement la moitié d'une articulation comme le genou, l'autre moitié restant douloureuse. »

Ce que nous voulons retenir — et nous aurons à y revenir — c'est que les appareils à sels collés de radium pour être innocents doivent être dépourvus de rayons α, que leur action est limitée sur l'articulation à la zone d'application, que leur emploi nécessite plusieurs séances d'application.

Plus tard on employa les *boues radio-actives* ou *boues actinifères*, qui renferment du radium, du polonium très actif, mais très instable et de l'actinium. Je ne veux pas entrer dans l'étude physico-chimique de ces boues, faite par Urbain, Feige et Matout, je me borne à noter que l'actinium a, comme le radium, des rayons α, β, γ, encore insuffisamment déterminés, mais qui ne sont pas forcément homologues des rayons α, β, γ du radium ; quoi qu'il en soit de cette non-identité physique probable, je me permets en médecin, peu sensible à une hérésie physique (qu'on me la pardonne!) de rapprocher et de confondre l'actinium et le radium.

Ces boues radio-actives actinifères ont été employées dans les arthrites gonococciques par Renault. Claude (1) a étudié leur action dans une conférence et dans une communication à la Société de radiologie (2) en collaboration avec Teulière, qui a consacré sa thèse (3) à ce sujet. Le meilleur mode d'application est le pansement humide à la boue de Claude : on applique la boue sur l'articulation avec une spatule, on recouvre d'un imperméable et on fixe par une bande; le pansement est renouvelé chaque jour; on évite ainsi la dessiccation, cause d'irritation pour l'épiderme et l'on obtient le maximum d'action.

Les douleurs, parfois exacerbées au début, s'atténuent en moyenne après trois ou quatre applications de boues, c'est-à-dire le troisième ou le quatrième jour. L'emploi des boues a l'inconvénient de déterminer un peu d'érythème, ce qui oblige à interrompre le traitement et à mettre de la pâte à l'oxyde de zinc.

Retenons de l'emploi des boues actinifères que leur application peut se faire facilement sur toute l'articulation, qu'elles sont riches en rayons α, mais qu'elles nécessitent des applications multiples et qu'elles déterminent assez souvent de légers érythèmes.

Maintenant que nous connaissons les trois manières d'employer le radium contre le rhumatisme blennorragique : injections locales de sulfate de radium insoluble, appareils à sels collés, boues actinifères, et leurs résultats, peut-être conviendrait-il de discuter immédiatement leur valeur réciproque et de faire un choix entre ces procédés.

Pour faciliter ce choix et rendre plus fructueuse l'étude comparative, il est indispensable de rapporter les intéressantes expériences de Wickham (4), touchant l'*action du radium sur les cultures de gonocoques.*

---

(1) SOUPAULT. Action du radium sur quelques affections articulaires, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 nov. 1904, p. 102.

(2) WICKHAM. Quelques notes sur l'emploi du radium en thérapeutique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, oct. 1906.

(3) DOMINICI et GY. De l'application du radium au traitement du rhumatisme blennorragique, *La Clinique*, 24 janv. 1908, n° 4, p. 57.

(1) Octave CLAUDE. Applications des boues radio-actives en thérapeutique, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1909, p. 503.

(2) P. CLAUDE et TEULIÈRE. Traitement des arthropathies et en particulier des arthrites gonococciques par les boues actinifères, *Soc. de radiol.*, 14 déc. 1909 et *Presse méd.*, 8 janv. 1910, n° 3.

(3) TEULIÈRE. *Essai sur un nouveau traitement du rhumatisme blennorragique*, Th. de Paris, 15 déc. 1909, n° 82.

(4) WICKHAM. Loc. cit., *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1906, et WICKHAM et DEGRAIS. *Radiumthérapie*, p. 12.

Elles peuvent être résumées de la façon suivante : une culture de gonocoques en évolution n'est pas arrêtée dans son développement par des appareils à sels collés, même assez actifs. Une parcelle de culture de gonocoques mise au contact d'un appareil radiant d'une heure à vingt-quatre heures, puis ensemencée sur les milieux ordinaires, pousse normalement : les appareils de radium à sels collés ne tuent donc pas les gonocoques. Wickham a alors mis sur une culture de gonocoques de l'eau radifère à un microgramme; au bout de quarante-huit heures, il a ensemencé le liquide sur gélose et a obtenu des cultures anormales (1) à périphérie étoilée, beaucoup plus claire que le centre. D'après l'auteur, ces derniers résultats positifs prouvent que l'eau radifère, renfermant la totalité des radiations et en particulier les rayons α, possède un pouvoir bactéricide, modificateur du microbe, ou plutôt un pouvoir modificateur du milieu : pour lui, cette action serait entièrement due aux rayons α.

Cette utilité des rayons α, auxquels semble particulièrement sensible le gonocoque, va nous être d'un grand secours pour *faire un choix* entre les thérapeutiques radio-actives mises en jeu contre le rhumatisme gonococcique.

Les *appareils à sels collés* ne donnent *pas de rayons* α de peur de déterminer des brûlures : leur *prix élevé*, leur *rareté*, leur *action trop localisée*, *mesurant trop bien l'analgésie*, sont autant d'arguments contre cette méthode, qui a pu rendre des services, donner d'excellents résultats, mais qui doit actuellement céder le pas à d'autres.

Les boues actinifères peuvent agir sur *tout* l'article : elles donnent une quantité assez considérable de *rayons* α : elles constituent donc un agent thérapeutique excellent contre le rhumatisme blennorragique. Leur inconvénient est de déterminer *quelques érythèmes*, peu graves il est vrai, mais qui obligent à interrompre le traitement et d'amener une *sédation un peu tardive de la douleur*. De plus, il importe de *répéter* assez longtemps le traitement, sous peine de n'avoir pas une guérison définitive.

L'injection périarticulaire ou intraarticulaire de sels insolubles de radium (1) me semble présenter *tous les avantages* des méthodes précédentes, sans en avoir aucun des inconvénients : elle contient *toutes les radiations* α, β, γ du radium; l'*incorporation* aux tissus permet une action *immédiate*, *diffusée à tout l'article, et prolongée indéfiniment* : d'où *disparition rapide et totale de la douleur*. L'*absence de tout pansement* permet une *mobilisation plus rapide*. Il n'y a jamais aucun érythème, ni aucun autre inconvénient.

C'est donc, à mon avis, la *méthode de choix* dans le traitement radiumthérapique du rhumatisme blennorragique. C'est à elle que je propose de donner la préférence.

(1) Tout en rendant hommage à l'intérêt très grand de ces expériences, je me permettrai de faire remarquer qu'elles seraient à reprendre à un autre point de vue. Si, il y a quelques années, on attachait une grande importance à la morphologie des cultures et des microbes, on tend aujourd'hui à y prendre moins garde, maintenant que l'on connaît mieux les variations trop fréquentes de la morphologie en bactériologie : désormais on jugera surtout par l'inoculation à l'animal les questions de spécificité et de virulence microbiennes. Ce qu'il faudrait donc apprécier, c'est la virulence du gonocoque soumis de diverses manières à l'influence du radium, à cultures normales et à cultures anormales. J'ai fait des expériences dans ce sens sur le streptocoque et toutes, elles ont été négatives. J'ai mis dans une culture de streptocoques 10 microgrammes de radium : elle a continué à pousser, sans modifications de sa virulence. J'ai réensemencé cette culture, elle a repoussé, sans modifications de virulence. J'ai ensemencé la culture témoin dans du bouillon contenant encore 10 microgrammes de radium, elle a poussé sans modifications de la virulence. J'ai pratiqué des injections de ces cultures à des lapins, en injectant en même temps 10 microgrammes de radium, pour essayer de modifier le terrain animal : ces lapins sont morts comme tous les lapins précédents. Les rayons α n'ont donc à cette dose, aucune action sur la virulence des cultures de streptocoques. Je ne puis dire si ces microbes réactivés auraient donné des cultures d'une morphologie normale ou anormale, je n'ai fait aucun ensemencement sur milieu solide. Mais il existe peut-être des microbes plus sensibles au radium et il semble que le gonocoque soit de ceux-ci. Il y a donc des chances pour que les expériences reprises avec le gonocoque, dans le sens que j'indique, soient positives.

(1) M. Rénon (communication au Congrès international de physiothérapie) a soigné des infections gonococciques généralisées par des injections intraveineuses de sulfate de radium. Cette thérapeutique est toute différente de celle dont je parle et par le lieu de l'injection, et par le mode d'action probable et par les cas auxquels elle s'adresse. Il est à noter que les résultats ont été satisfaisants, et M. Rénon croit le gonocoque particulièrement sensible au radium.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MAI 1910)

Mélanidrose. — M. BLANCHARD rappelle avoir présenté à l'Académie, le 17 décembre 1907, un garçon de douze ans qui était atteint de mélanidrose. Depuis cette époque, il a pu suivre et revoir fréquemment ce jeune garçon. Sa maladie est aujourd'hui complètement terminée par les seules forces de la nature et par le fait du temps. Sa mélanidrose a complètement disparu avec l'apparition de la puberté. Depuis M. Blanchard a eu l'occasion d'observer trois autres cas de cette affection très rare, moins marqués que chez ce jeune garçon, mais tout aussi authentiques. Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune femme qui était enceinte. D'après Leroy de Méricourt, il pourrait y avoir une relation entre la grossesse et la mélanidrose. Mais, chez cette jeune femme, l'affection existait depuis longtemps. Dans le monde, on prenait cette teinte particulière des paupières pour du maquillage. L'affection persiste encore chez cette jeune femme.

Le second cas a été observé, par M. Blanchard, chez un médecin des troupes coloniales. Enfin un troisième fait a été signalé par un médecin mexicain sur un jeune homme de vingt ans.

Pseudo-parasitisme. — M. BLANCHARD rapporte la curieuse histoire d'une cuisinière de cinquante-cinq ans qu'il a observée avec M. le docteur Savignac, à Montmorency. Cette malade avait des vomissements de sang dans lesquels on trouvait des petits vers blancs qu'on prit d'abord pour des oxyures. M. Savignac, après les avoir examinés, n'ayant pas trouvé les caractères des oxyures, en envoya à M. Blanchard qui reconnut qu'il s'agissait d'alizochètes d'eau douce ou de terre humide. Les vomissements s'étant reproduits, on y trouva une autre variété se rapportant au genre henlea nasuta. C'était une substitution d'un pseudo-parasite à un autre pseudo-parasite. Après un examen minutieux de ce fait, MM. Blanchard et Savignac conclurent à une supercherie de la part de cette femme. On a supposé qu'elle mélangeait elle-même à du sang ces pseudo-parasites qu'elle avait dû trouver dans le voisinage. En effet, on lui fit changer de résidence et on la fit aller dans son pays où les vomissements ne se sont plus reproduits. Toutefois l'examen du sang a bien montré qu'il s'agissait de sang humain.

Dans ses antécédents, cette femme avait déjà présenté des faits de simulation.

Le lever précoce des laparotomisés. — M. Henry REYNÈS (de Marseille). Innové par Morris, Ries, Boldt, le lever

précoce des grands opérés du ventre, très peu pratiqué e France, a rallié des partisans de plus en plus nombreux en Amérique et en Allemagne.

Les avantages de ce lever sont : amélioration de l'état général, reprise rapide des fonctions de l'intestin et de la vessie, guérison accélérée. Les adversaires redoutent l'éventration, les douleurs, les hémorragies, les phlébites et embolies. Ces craintes semblent injustifiées par la pratique, ou exagérées.

Le lever précoce varie du septième au troisième ou au deuxième jour après l'opération.

Il doit être considéré non comme un heureux hasard d'exception, mais comme une résultante de précautions prises avant, pendant et après l'opération : préparation des malades, bonne technique, asepsie et hémostase exactes, choix et administration limitée des anesthésiques (mélange A. C. E., alcool-chloroforme-éther), suture de la paroi à trois plans, dont deux au catgut, sanglage abdominal et spica avec bandes de toile, ou bandes gommées, prudence dans les manœuvres du lever.

Contre-indications : fièvre, état général mauvais, phlébites, difficultés d'affrontement. Le drainage permet le lever.

M. Reynès a appliqué le lever précoce avec plein succès, guérison rapide et bonnes parois, dans seize cas.

Laparotomies sus-ombilicales : chirurgie d'estomac; gastrostomie; pyloroplastie; deux cas levés au sixième et troisième jour.

Laparotomies latérales : appendicites, deux cas, lever huitième et troisième jour; hernie inguinale, un cas, lever troisième jour.

Laparotomies sous-ombilicales : kyste de l'ovaire, un cas, lever le lendemain; kyste de l'ovaire à pédicule tordu, un cas, lever le lendemain; fibromyome utérin, avec ablation des annexes et hystérectomie, deux cas, lever troisième et sixième jour; castration utéro-annexielle, avec appendicectomie, trois cas, lever troisième et quatrième jour; chirurgie conservatrice des ovaires, un cas, lever quatrième jour; salpingectomie unilatérale, un cas, lever sixième jour.

Voie vaginale : hystérectomie vaginale; hémostase par ligatures, lever troisième jour; laparotomie combinée avec colpotomie pour grossesse extra-utérine; lever quatrième jour.

Plusieurs de ces cas remontent en octobre dernier; aucun ennui; très bonnes cicatrices.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chauffard sur les titres des candidats au titre de membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MAI 1910)

Pleurésie séro-fibrineuse localisée au sommet, avec confirmation radiographique. — M. GOUGET apporte, en son nom et au nom de MM. Agasse-Lafont et Weill, une observation de pleurésie séro-fibrineuse, probablement tuberculeuse, localisée au sommet droit en avant. L'examen clinique, la ponction exploratrice, la radiographie faite par M. Béclère, ont permis d'affirmer ce diagnostic et de reconnaître que la partie moyenne et inférieure de la plèvre ne renfermait pas de liquide.

Les pleurésies du sommet, signalées par Laënnec et par Grisolle, sont peu connues.

Le plus souvent il s'agit de pleurésie purulente, et encore n'en trouve-t-on qu'une vingtaine d'observations publiées (Th. de Pasteau, 1906). Quant aux épanchements séro-fibrineux, les auteurs n'ont pu en trouver que 3 cas, 2 d'Andral et 1 de M. Guinon. Le leur semble être le premier avec confirmation radiographique.

Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire. — MM. Edgard HIRTZ et BEAUFUMÉ décrivent un nouveau type de vomique à côté des vomiques classiques et des vomiques fragmentées de Dieulafoy. Le muco-pus ou le pus est toujours rejeté en minime quantité, avec ou sans toux; il est rendu soit chaque jour, soit d'une façon intermittente avec des périodes plus ou moins longues d'absence totale d'expectoration. Mais dans cette forme de vomique, l'expectoration, indépendamment de sa petite quantité a encore pour grands caractères de se faire uniquement et seulement par crachats isolés, le jour comme la nuit. En raison de leur constitution muco-purulente ou purulente, ces crachats ressemblent totalement de par leur cohérence et de par leur forme aux crachats nummulaires de la tuberculose pulmonaire chronique, cavitaire, d'où le nom de *vomiques nummulaires*. D'ailleurs avec ces vomiques nummulaires dont la durée se compte par mois ou davantage, existent habituellement, comme dans la tuberculose pulmonaire, de la toux, des hémoptysies, de la fièvre, de l'amaigrissement, des doigts hippocratiques. Aussi simulent-elles parfaitement la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic doit donc reposer surtout sur l'examen direct de l'expectoration dans le crachoir, sur la non-existence des signes physiques au niveau des sommets, correspondant à cette expectoration, sur l'absence des bacilles de Koch et surtout sur l'examen radioscopique. Ainsi sera mise en évidence une collection purulente, pleurésie enkystée le plus souvent, exceptionnellement kyste hydatique suppuré du poumon.

Ces vomiques nummulaires ne se produisent pas qu'avec de petites collections purulentes; elles existent aussi avec des collections plus volumineuses, mais alors il faut ou une fissure bronchique minime, ou que cette fissure siège à la limite supérieure de la collection qui ne se vide que par trop-plein, ou enfin que la fissure soit obturée par un clapet membraneux à soulèvement intermittent.

Infarctus, anévrismes, ruptures du cœur. — MM. ROUSSY et AMEUILLE présentent une série de pièces (9 cas) d'infarctus du myocarde, d'anévrismes avec ou sans ruptures; à propos de cette communication, les auteurs croient pouvoir au point de vue pratique en tirer les conclusions suivantes :

1° L'infarctus du myocarde paraît être chez les vieillards une lésion beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Pour le rechercher à l'autopsie d'une façon méthodique, il est préférable de procéder à l'examen du cœur sur coupes transversales étagées de la base à la pointe.

2° La rupture du cœur est également un accident fréquent chez les sujets âgés, et les auteurs la trouvent à peu près une fois sur cent autopsies. En clinique, cette rupture du cœur se traduit par une mort foudroyante, contrairement aux plaies du cœur dans lesquelles, on le sait, la mort ne survient qu'au bout d'un certain temps. Il ne peut s'agir ici d'une différence d'étendue dans la solution de continuité du myocarde, car souvent, dans les ruptures spontanées, celle-ci est extrêmement petite. Pour expliquer ce fait, les auteurs pensent que les plaies du cœur siégeant en plein parenchyme sain sont oblitérées ou rendues difficilement perméables pendant un certain temps par les contractions du myocarde, alors qu'au contraire, dans les ruptures spontanées qui se font dans la région nécrosée, les contractions du muscle qui se font à distance chassent vers elles le contenu ventriculaire et en favorisent l'issue.

3° Dans deux cas, les lésions d'infarctus ou d'anévrisme se sont manifestées en clinique par des signes d'asystolie, analogues au syndrome asystolique attribué d'ordinaire à la myocardite chronique.

Diagnostic des manifestations blennorragiques tardives par la réaction de la fixation. — MM. Ch. FOIX et H. SALIX. Il s'agit d'une application pratique de la réaction de fixation aux cas d'arthrites blennorragiques, de rhumatisme chronique et de périmétrosalpingites, affections où le diagnostic peut être difficile. La technique est celle décrite par l'un d'eux (Foix), l'antigène peut être soit le gonocoque chauffé en émulsions, soit le vaccin de Wright. Les témoins doivent être choisis avec soin.

La réaction a été positive onze fois sur douze cas d'urétrite blennorragique diagnostiquée bactériologiquement et, six fois sur six cas de périmétrosalpingite d'origine probablement gonocciquée.

Dans un deuxième groupe est étudié le rhumatisme blennorragique franc (sept cas positifs, un cas douteux).

Dans un troisième groupe rentrent les mono-arthrites

gonococciques : huit cas positifs sur huit ; cas de tuberculose avéré, cas de tuberculose probable (hydarthroses), arthrites syphilitiques, négatifs.

Tous les cas de rhumatisme déformant chronique, négatifs.

Somme toute, par ce procédé, on peut rattacher à la blennorragie une arthrite ou une salpingite dont le diagnostic était douteux par la clinique.

Il semble qu'on soit en droit d'écarter l'étiologie blennorragique en présence d'un rhumatisme chronique déformant.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PRURIT ET SON TRAITEMENT

L'étude des diverses sortes de prurit, qu'il s'agisse de prurits généralisés ou de prurits localisés, de prurits avec ou sans manifestations cutanées, de prurits liés ou non à une diathèse, impose à l'observateur attentif une même conclusion, c'est que, dans presque tous les cas, le prurit est le produit d'une intoxication et doit être considéré comme un phénomène nerveux d'origine toxique.

Le diabétique, l'arthritique, le vieillard, le nerveux, fait son prurit de telle ou telle façon, plus ou moins étendu, avec ou sans lésions de la peau, mais il le doit surtout attribuer à l'imperfection des échanges, à un défaut d'élimination. Cette conception de la pathogénie du prurit a l'avantage de diriger immédiatement dans une voie sûre la thérapeutique de ce symptôme si désespérant pour le malade et pour le médecin. Elle fait craindre tout de suite que les moyens qui ne sont que des topiques (pommades, poudres, lotions diverses) ne puissent être aussi que des palliatifs et n'amener que très rarement une guérison définitive. Elle donne les indications nettes du traitement qui sont de deux ordres : 1° provoquer une sédation du système nerveux ; 2° favoriser l'élimination des toxines.

Parmi les agents qui répondent à cette double indication, nous n'en connaissons actuellement qu'un : c'est le guaco.

Qu'est-ce que le guaco ? C'est l'aristolochia cymbifera, que Butte a étudiée dans sa magistrale communication à l'Académie de médecine d'avril 1902, puis dans le mémoire qui fut couronné en 1906 par l'Académie des sciences et obtint le prix Martin-Damourette.

Administré à l'intérieur, le guaco a une double action physiologique :

1° Il agit sur les nerfs sensitifs par l'intermédiaire des centres nerveux ;

2° Il agit sur le rein en favorisant la diurèse et l'élimination des toxines.

L'action physiologique du guaco sur le système rénal est des plus intéressantes. Le guaco, avons-nous dit, provoque la diurèse : Weischel Taum et d'autres observateurs ont démontré qu'il augmente, dans une proportion notable, le coefficient uro-toxique ; sous son influence, l'albuminurie même diminue. Et le fait est d'une grande valeur, car bien rares sont les agents thérapeutiques qui stimulent la fonction rénale sans irriter l'épithélium.

A l'extérieur, le guaco a une action sur les terminaisons des nerfs de la sensibilité générale ; il diminue cette sensibilité ; il agit aussi sur les éléments vaso-moteurs de la peau.

Le guaco, médicament interne, est-il toxique ? Non, à condition, évidemment, que les doses administrées ne soient pas trop exagérées, à condition surtout que le produit soit absolument pur. Les accidents peuvent se produire facilement si l'on n'emploie pas un produit bien préparé, chimiquement pur. C'est ainsi que Unna a vu, à la suite d'une ingestion d'extrait de guaco, se produire des vomissements, de la dilatation des pupilles, des hallucinations, de la tendance au collapsus. Après analyse, il constata que l'extrait employé contenait des impuretés dues à une préparation défectueuse.

Tous les prurits sont-ils justiciables du guaco ? D'une façon générale, on peut répondre par l'affirmative. On doit cependant dire que c'est surtout dans les prurits sans lésions ou s'accompagnant de lésions légères de la peau qu'il a le plus d'efficacité. Son action curative est remarquable dans le prurit sénile, le prurit du diabète, le prurigo infantile, le prurigo de Hébra, l'eczéma simple, etc. Dans tous ces cas, la proportion des succès est considérable.

Malgré l'efficacité de ce médicament, il ne faut pas omettre de conseiller au malade une meilleure hygiène alimentaire et générale, et les soins habituels.

Nous avons montré que l'aristolochia cymbifera est la seule à employer, nous avons dit l'intérêt primordial qui s'attache à l'emploi d'un extrait chimiquement pur. C'est pourquoi nous avons recours exclusivement aux produits de Trouette-Perret. Ces produits, connus sous le nom de nisaméline, sont pour l'usage interne : le sirop de nisaméline ; les pilules de nisaméline. Le sirop et les pilules s'emploient à doses croissantes. Pour l'usage externe : la poudre de nisaméline, à employer en solution dans l'eau à 34 ou 36 degrés pour bains, etc. (trois à huit cuillerées à café par litre d'eau pour les bains locaux, en augmentant progressivement ; un demi-flacon pour un grand bain) ; la pommade de nisaméline, à utiliser dans les prurits très localisés (prurit et eczéma du conduit auditif externe, prurit anal, etc.) ; le savon de nisaméline, adjuvant des plus utiles à prescrire pour la toilette des femmes et des enfants et chez tous ceux dont la peau s'irrite facilement.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOIDE[1]

VALEUR SPÉCIFIQUE DE LA SÉRO-RÉACTION — On a dit : 1. que le *sérum typhique pourrait agglutiner divers bacilles autres que le bacille typhique*, mais, convenablement dilué (1/50), il perd son pouvoir agglutinant sur tous les microbes (sauf, parfois, pour les paratyphiques), tandis qu'il le garde sur le bacille d'Eberth (Widal et Sicard) ; 2. que le *sérum de certains ictériques pourrait agglutiner le bacille d'Eberth*, mais, en réalité,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 49, p. 700 ; 54, p. 782.

ces cas d'ictère avec agglutination relèvent d'une infection éberthienne (Gilbert et Lippmann). Donc, convenablement pratiquée, la séro-réaction donne des résultats décisifs lorsqu'elle est positive. Mais : α. elle peut, exceptionnellement, *faire défaut* pendant toute la maladie et même à la convalescence (Widal); β. elle ne s'observe qu'à partir du septième ou huitième jour, parfois même à la convalescence ou au cours d'une rechute; γ. elle peut être *difficile à interpréter* lorsqu'on a des raisons de croire à une infection paratyphique ou à la fièvre de Malte : « En pratique, on ne pourra admettre le diagnostic d'*infection paratyphique,* en se basant sur la seule agglutination, que si, pendant toute la durée de la maladie, l'agglutination se montre franchement positive à un taux élevé pour un bacille paratyphique et franchement négative pour le bacille d'Eberth et les autres types de paratyphiques. » (Hutinel et Darré, loc. cit., p. 713.) Quant à la *fièvre de Malte,* la séro-réaction faite avec une culture de micrococcus melitensis (29 parties) et le sérum des malades (1 partie) [Wright] est nettement positive, tandis qu'elle est négative en cas de fièvre typhoïde. Mais séro-réaction de Wright et séro-réaction de Widal peuvent être positives chez le même malade; il faut alors penser (Roger) : 1. à l'association des deux affections; 2. à l'apparition de la fièvre de Malte chez un sujet qui a eu, jadis, la fièvre typhoïde; 3. à l'apparition de la fièvre typhoïde chez un sujet atteint, antérieurement, de fièvre de Malte.

B. **Diazo-réaction.** — PRINCIPE. — Il s'élimine par les urines, au cours de la fièvre typhoïde, des corps de la série aromatique lesquels, en présence de substances diazoïques, donnent naissance à des substances azoïques, de coloration rose rouge (Ehrlich, 1882).

TECHNIQUE. — 1. Préparer les deux solutions suivantes, *fraîches* : solution A : HCl, 50 centimètres cubes; acide sulfanilique, 5 grammes; eau distillée, 950 grammes; solution B : azotite de soude, 50 centigrammes; eau distillée, 100 grammes. 2. Verser dans un tube à essai, 2 centimètres cubes d'urine fraîche, puis 2 centimètres cubes de la solution A; ajouter II gouttes de la solution B, et enfin, quelques gouttes d'ammoniaque ou de potasse. Si la réaction est *positive,* il se produit une *mousse abondante,* de coloration allant du rouge orange (Rμ) au rouge cerise (R¹), au rouge vermillon (R²), etc.; au bout de vingt-quatre heures, apparaît un dépôt vert. Est-elle négative, il ne se produit pas de mousse, et le mélange prend une coloration jaune brun.

VALEUR DIAGNOSTIQUE. — 1. La diazo-réaction est *remarquablement fréquente dans la fièvre typhoïde,* où elle se montre du cinquième au quinzième jour, pour décroître régulièrement jusqu'à la défervescence. Dans les cas mortels, elle disparaît un ou plusieurs jours avant la mort. Elle est peu intense dans les formes graves, peut réapparaître lors des rechutes, des complications tardives; on l'a vue au cours d'infections éberthiennes non typhoïdiques. 2. Mais on l'a également observée dans toutes sortes de maladies infectieuses. 3. *Conclusion* : son absence constitue un signe négatif de la plus haute importance (Ehrlich), et l'on peut dire qu'au point de vue valeur séméiologique, *son absence est supérieure à sa présence.*

C. **Autres méthodes de laboratoire.** — § I. RECHERCHE DU BACILLE TYPHIQUE : 1. *dans le sang* : méthode délicate et peu pratique, car il est souvent difficile d'isoler et d'identifier les bacilles ainsi trouvés; 2. *dans les taches rosées* : mêmes objections; 3. *dans la rate* : procédé infidèle et dangereux; 4. *dans les matières fécales* : en employant soit le *gélo-diagnostic* de Chantemesse, soit *le milieu de Drigalski et Conradi,* milieu gélosé, contenant de la peptone, de la nutrose, de la lactose, de la teinture de tournesol alcalinisée et du krystal violet; les coli-bacilles, faisant fermenter la lactose, donnent des colonies rouges; les bacilles typhiques, ne la faisant pas fermenter, des colonies bleues. Mais, outre que ces recherches sont délicates, elles n'aboutissent pas toujours à des résultats décisifs; le bacille typhique peut, en effet, être isolé des selles d'individus non atteints, actuellement, de fièvre typhoïde (*porteurs de bacilles*).

§ II. HÉMOLYSO-DIAGNOSTIC. — Cette méthode (Widal-L. Le Sourd) se propose de mettre en évidence la présence, dans le sérum des typhiques, d'une sensibilisatrice, grâce à la réaction dite de *fixation,* ou encore de *déviation du complément.* Elle est excellente, mais d'une technique trop compliquée pour entrer dans la pratique courante.

§ III. EXAMEN DU SANG. — 1. *Fibrin-diagnostic.* — Le réseau fibrineux obtenu par l'examen du sang frais serait très ténu dans la fièvre typhoïde, tandis qu'il est très net dans d'autres affections : grippe, rhumatisme, méningite cérébrospinale (Rosenthal). Malheureusement : α. dans la fièvre typhoïde normale, le réseau fibrineux est quelquefois des plus nets (Mesbrenier); β. le fibrin-diagnostic ne peut servir à différencier la fièvre typhoïde de la granulie. Sa valeur est donc médiocre. 2. *Equilibre leucocytaire.* Au début, il y a hypoleucocytose avec légère polynucléose : après le dixième jour, il y a leucopénie avec légère mononucléose.

§ IV. SYNDROME UROLOGIQUE. (A. Robin). — Il est constitué par les *sept éléments* suivants : 1° coloration bouillon de bœuf de l'urine d'ailleurs peu abondante, avec reflets verdâtres; 2° albuminurie modérée; 3° disparition de l'uro-hématine; 4° présence de l'indican; 5° persistance ou augmentation de l'acide urique; 6° absence d'uro-érythrine; 7° diminution des phosphates terreux. Ce syndrome se trouve souvent en défaut.

DIAGNOSTIC DES FORMES. — Les considérations précédentes serviront à faire, non seulement le diagnostic des formes NORMALES, mais encore celui des formes ANORMALES : 1. *septicémies typhiques sans localisation* (Bezançon et Philibert) pouvant affecter trois types : spléno-typhus, infections puerpérales; septicémies hémorragiques; 2. *localisations anormales* : pleuro, pneumo, arthro-typhus, etc.; 3. *formes anormales proprement dites,* et, surtout : α. la forme *ataxo-adynamique* parfois prise, au début, pour une manie aiguë ; β. la forme *latente* ou *ambulatoire,* d'autant plus importante à reconnaître de bonne heure qu'elle peut aboutir, comme les formes classiques, à l'hémorragie ou à la perforation; γ. la forme *abortive* (typhus levissimus de Griesinger), au sujet de laquelle on peut faire les mêmes remarques; δ. la *fièvre synoque,* souvent confondue avec un embarras gastrique; ε. la *forme galopante* (Roger) qui débute brusquement, évolue avec rapidité et aboutit presque toujours à la mort; ζ. les *formes prolongées,* fréquentes chez les sujets antérieurement atteints de colite (Hutinel).

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS. — Les *trois complications* dont il faut systématiquement rechercher l'apparition sont : 1° les hémorragies; 2° les perforations; 3° les phénomènes rattachés jadis à la myocardite, et, aujourd'hui, à l'insuffisance surrénale.

1. Le diagnostic des *hémorragies* et des *perforations* a déjà été étudié ici (voy. la question d'internat : Perforations intestinales, *Gaz. des hôpit.*, 1906, nos 40, 43 et 48), et la revue générale de Philibert sur les perforations intestinales (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 18).

2. Pour l'*insuffisance surrénale,* voy. la question d'internat récemment parue (*Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 32, 35, 37 et 40).

Diagnostic de la rechute. — On peut prévoir cette complication lorsque : 1. le syndrome de la convalescence (hypothermie, ralentissement du pouls, crise polyurique) manque (Jaccoud); 2. la tuméfaction de la rate persiste chez le convalescent; 3. la diazo-réaction reparaît; 4. on note, pendant la période apyrétique de la convalescence, une fréquence exagérée du pouls par rapport à la température (Vandeputt).

DIAGNOSTIC DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — L'*hydrothérapie* n'est contre-indiquée que dans trois cas : hémorragies, perforations, insuffisance surrénale aiguë (ancienne myocardite).

Contre les *hémorragies* : glace sur le ventre, préparations opiacées, administration, *per os,* de chlorure de calcium (4 grammes par jour), de limonades sulfurique ou nitrique, injections d'ergotine ou de stypticine, repos absolu.

Les injections de solutions gélatinées sont dangereuses, les gélatines du commerce contenant souvent le bacille du tétanos.

Contre les *perforations,* intervention chirurgicale précoce, qui n'est contre-indiquée que si le malade entre en agonie.

Contre les *accidents d'insuffisance surrénale,* opothérapie surrénale, médicaments toni-cardiaques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



CHLOROSE, ANÉMIE, SCROFULOSE, SYPHILIS, etc.

Sirop et Dragées

à base de Protoïodure de Fer

DE

F. GILLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Pureté — Solubilité — Inaltérabilité du Sel de Fer.

DOSAGE : *Dragées*, 0g 05 d'Iodure de Fer par Dragée. — *Sirop*, 0g 10 par cuillerée à bouche.

MODE D'EMPLOI

Dragées : 2 à 8 par jour, au milieu ou à la fin des repas.

Sirop : 1 à 2 cuillerées, par jour, à la fin des repas.



ENTREPÔT GÉNÉRAL : 73, Rue Ste-Anne, PARIS

DÉPOT DANS TOUTES les PHARMACIES IMPORTANTES de FRANCE et de l'ÉTRANGER

HYPOPHOSPHITES CHURCHILL

Sels de Phosphore les plus actifs parce que non oxydés

PHOSPHATURIE, TUBERCULOSE, ASTHÉNIE, RACHITISME, BRONCHITE, GROSSESSE, ALLAITEMENT, DENTITION

AMPOULES DE LIMOL CHURCHILL

A base d'Hypophosphite de Chaux, 0,10 dans 1 c³

INDOLORES — STÉRILES

Efficacité certaine, prompte et durable

PAS D'ÉLÉVATION DE TEMPÉRATURE — PAS D'INDURATION

(Suivant communication à la Société de Thérapeutique, 25 mars 1908).

Prix : 4 fr. 50.

Même médication par la voie gastrique

Sirops d'Hypophosphites de Chaux, Soude, Fer, Composé..... Churchill

0,20 centigr. (0,10 pour le Fer) par cuillerée à potage

Prix : 4 francs

PHARMACIE SWANN, 12, Rue de Castiglione, PARIS.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 mai. — MM. Gernez, 16; Bréchot, 17; Iselin, 14; Marcille, 16.

Prochaine séance (épreuve opératoire), mardi 24 mai, à huit heures et demie, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale théorique de prothèse.* — Séance du 18 mai. — MM. Bozo, 17; Nespoulous, 18; Charézieux, 16; Schæfer, 15.

CONCOURS D'INTERNAT DE LA MAISON DE NANTERRE. — Séance du 13 mai 1910. — *Epreuve d'anatomie pathologique.* — Ont obtenu : MM. Teisset, 15; Breuillet, 14; Butel, 13; Kuhn, 12; Le Coz et Crépin, 16; Casalis, 15; Engel, 12.

Epreuve de médecine opératoire. — Ont obtenu : MM. Teisset, 14; Breuillet, 13; Butel, 18; Kuhn, 13; Le Coz, 16; Crépin, 17; Casalis, 19; Engel, 17.

Question tirée : « Ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. »

A la suite du concours ont été nommés :

Internes titulaires. — MM. Butel, Casalis, Engel, Crépin, Le Coz.

Internes provisoires. — MM. Breuillet, Kuhn, Teisset.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris le 26 mai 1910 pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

SECTION DES MALADIES MENTALES. — Académie de Bordeaux : M. Lande.

Académie de Paris : MM. Camus, Charpentier, Delmas, Juquelier, Kahn, Laignel-Lavastine, Lhermitte, Rogues de Fursac, Roubinowitch.

SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — Académie de Paris : MM. Cantonnet, Poulard, Rochon-Duvigneaud, Terrien.

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 30 mai 1910, pour onze places d'agrégé des Facultés de médecine :

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — Académie d'Aix : M. Fiolle.

Académie de Bordeaux : MM. Charrier, Duvergey, Lacouture, Lefèvre, Puyhaubert, Rabère, Rocher.

Académie de Lille : MM. Colle, Leroy, Vanverts, Verhaeghe.

Académie de Lyon : MM. Chalier, Cotte, Desgouttes, Duroux, Corse, Leriche, Molin, Muller, Tavernier, Thévenot.

Académie de Montpellier : MM. Martin, Massabuau.

Académie de Nancy : MM. Binet, Michel.

Académie de Paris : MM. Alglave, Baldini, Barbarin, Barthélemy, Belgrand, Bellin, Bonhomme, Boudin, Bouquerel, Bréchot, Capette, Carnus, Cauchoix, Chauvelot, Chevassu, Chevrier, Dartigues, Dauriac, David, Desmarest, Gasne, Gazave, Gernez, Guibé, Hallopeau, Heitz, Huguier, Juin, Lardennois, Lemaître, Lévi Bram, Liégard, Loewy, Mallet, Mercadé, Mocquot, Muret, Okinczyc, Papin, Paoli, Péraire, Petit (Louis), Petit (Pierre), Philippeau, Prudhomme, Roger, Schwartz, Wolff.

Académie de Poitiers : M. Latronche.

Académie de Toulouse : MM. Dambrin, Florence, Grimoud, Uteau.

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 6 juin 1910, pour trois places d'agrégé des Facultés de médecine :

SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — Académie de Bordeaux : M. Lafond.

Académie de Montpellier : Mme Gaussel.

Académie de Paris : MM. Baldini, Benichou, Braunberger, Calmels, Chirié, Cibrie, Delestre, Delmas, Devraigne, Dupinet, Dupont, Gauthereau, Grenier, Guéniot, Lacasse, De la Lande de Vallière, Legrand, Le Lorier, Lemeland, Lequeux, Michaut, Mouchotte, Neel, Pouliot, Rudaux, Sauvage, Theuveny.

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 6 juin 1910, pour deux places d'agrégé des Facultés de médecine :

SECTION DE PHYSIOLOGIE. — Académie de Lille : M. Battez.

Académie de Nancy : M. Jeandelize.

Académie de Paris : MM. Ambard, Brocard, Busquet, Camus, Lassablière, Odin, Pozerski.

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 6 juin 1910, pour six places d'agrégé des Facultés de médecine :

SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — Académie de Bordeaux : MM. Aubaret, Lafite-Dupont.

Académie de Lille : MM. Debeyre, Looten.

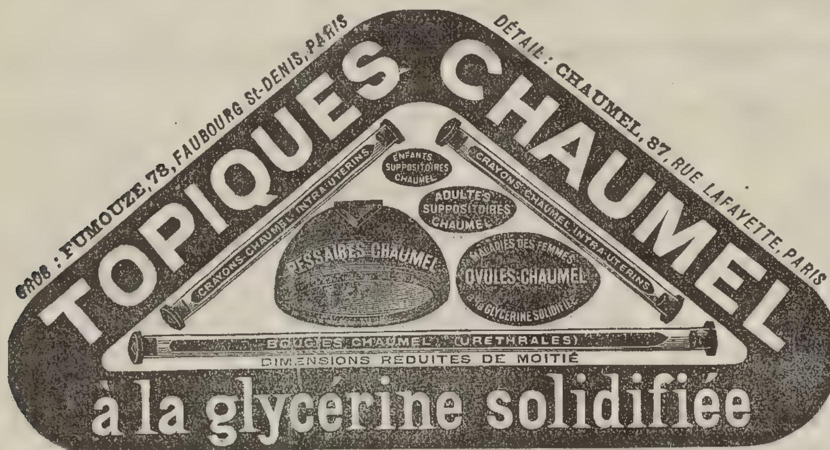
Académie de Lyon : MM. Horand, Latarget.

Académie de Montpellier : M. Rouvière.

Académie de Nancy : MM. Garnier, Lucien, Villemin.

Académie de Paris : MM. Descomps, Grégoire, Marcille, Picqué, Piquand.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont maintenus en


GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
TOPIQUES CHAUMEL
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
PESSAIRES CHAUMEL
OVULES CHAUMEL
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ
à la glycérine solidifiée

exercice pendant une période de trois ans à partir du 1er novembre 1910 les agrégés dont les noms suivent :

MM. Retterer (anatomie), Richaud (pharmacologie), Langlois (physiologie), Desgrez (chimie), André Broca (physique).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont maintenus en exercice, pendant une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1910, les agrégés dont les noms suivent :

Bordeaux : MM. Princeteau (anatomie), Barthe (pharmacie).

Montpellier : M. Galavielle (histoire naturelle).

Nancy : MM. Guilloz (physique), Lambert (physiologie).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. le docteur Raymond est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— MARSEILLE. — M. Gerber, professeur de matière médicale, est chargé, jusqu'au 15 juillet 1910 (durée du congé accordé à M. Heckel), d'un cours d'histoire naturelle.

— POITIERS. — Un congé sans traitement jusqu'au 31 octobre 1910 est accordé à M. Taboury, suppléant des chaires de physique et de chimie.

CONCOURS DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — Le jury pour le concours des médecins inspecteurs des écoles de Paris est ainsi composé :

Président : M. Mosny, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux.

Vice-président : M. H. Méry, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-malades.

Juges : MM. L. Butte, Dufestel, Louis Gourichon et de Pradel, médecins inspecteurs des écoles.

Juges suppléants : MM. H. Gillet et Stackler, médecins inspecteurs des écoles.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Victor Fumouze et J. Prevet.

Au grade de chevalier. — M. Léon Midy.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — PRIX FONDÉ PAR UN ANONYME. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie (1).

Prix : 15 000 francs. — Clôture du concours : 15 octobre 1912.

Des encouragements de 300 à 3 000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 5 000 francs et une de 25 000 francs pourront être données, en outre du prix de 15 000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

HOMMAGE AU PROFESSEUR MONPROFIT. — Un groupe d'élèves et de confrères, amis du professeur Monprofit, a pris l'initiative de fêter son élection comme membre correspondant de l'Académie de médecine.

Une œuvre d'art sera remise au nouvel académicien à la fin d'un banquet-déjeuner fixé au dimanche 5 juin (pendant la semaine d'aviation d'Angers), à une heure de l'après-midi.

Les souscriptions sont reçues par M. le docteur Souvestre, 3, boulevard de Saumur, Angers.

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE L'INCINÉRATION. — L'assemblée générale de la Société aura lieu, sous la présidence de M. Barrier, membre de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 22 mai 1910, à deux heures et demie de l'après-midi, en l'hôtel de la Société des ingénieurs civils, 19, rue Blanche.

Dans un but de propagande, le public sera admis à la séance. Seuls, les membres de la Société seront invités à prendre part aux votes.

(1) Dans la séance de l'Académie du 27 octobre 1906, le président a fait observer, au nom du bureau que, contrairement à une opinion qui semble s'établir, le concours ne porte pas uniquement sur l'épilepsie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Chevillon (d'Allauch, Bouches-du-Rhône).

CROISIÈRE EN MÉDITERRANÉE. — Nous apprenons l'organisation à Marseille d'une croisière du 16 juillet au 3 août, à bord du paquebot-yacht *Etoile*. Placée sous le patronage du Touring-club de France et du Syndicat d'initiative de Provence elle permettra de visiter : Barcelone, Palma, Alger, Tunis, Malte, Taormina, Messine, le Stromboli, Palerme, Capri, Naples, Pompéi, Rome et Ajaccio.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Castueil, 20, cours du Chapitre, à Marseille, directeur.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — CONFÉRENCES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'ESTOMAC. — M. le docteur P. Le Noir fera à partir du lundi 23 mai une série de six conférences sur le traitement des maladies de l'estomac.

Ces conférences auront lieu tous les jours, salle Axenfeld, à dix heures.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 MAI AU 4 JUIN 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 30 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Retterer et Rieffel.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Lœper.

1er (oral) : MM. Nicolas, Hartmann et Branca ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — (2e partie) : MM. Déjerine, Legry et André Jousset ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 31 mai, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Achard, Maillard et Brumpt.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. de Lapersonne, Marion et Auvray ; — (2e série) : MM. Quénu, Morestin et Lenormant ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 1er juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Legry.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Hartmann, Gosset et Proust ; — (2e partie, 1re série) : MM. Roger, Marcel Labbé et Macaigne ; — (2e série) : MM. Pierre Marie, André Jousset et Lœper ; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 2 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Auvray et Morestin.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Brumpt.

Vendredi 3 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Nicolas et Mulon.

2e : MM. Gautier, Roger et Branca ; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Gosset et Proust ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 4 juin, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Maillard, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES

[HÉMOLYSE ICTÉROGÈNE (2)]

Par le docteur J. CHALIER,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine

V

Diagnostic. — Pour l'établir, les données purement cliniques sont insuffisantes. Tout ictère acholurique n'est pas fatalement hémolytique. L'augmentation parfois très considérable de la rate ne constitue pas un signe d'une valeur absolue ; elle peut faire défaut; d'autre part les cirrhoses biliaires prennent parfois le type splénomégalique ou hypersplénomégalique, mais la bilirubinurie est constante, le prurit habituel, l'hypertrophie hépatique marquée et permanente. La notion d'une anémie plus ou moins profonde ne peut intervenir autrement que dans le pronostic ; il n'est pas rare de la rencontrer dans l'ictère par rétention.

Seules les recherches hématologiques permettent d'asseoir solidement le diagnostic. Elles doivent comporter l'étude de la résistance globulaire, du pouvoir hémolytique du sérum (hémolysines), de l'auto-agglutination des hématies, des hématies granuleuses et enfin de la réaction de Donath et Landsteiner. Dès lors l'hémolyse ictérogène sera reconnue et rapportée, soit à une fragilité globulaire spéciale (ictères hémolytiques congénitaux et acquis), soit à une action hémolysante du plasma (ictères hémolysiniques et hémoglobinuriques).

Pratiquement, c'est surtout l'ictère par fragilité globulaire, le plus fréquent des ictères par hémolyse, qu'il faudra mettre en lumière. Tous les procédés utilisés dans ce but ont été suffisamment décrits au début de cette revue. Nous insisterons seulement sur ce fait que l'auto-agglutination des hématies est particulière aux formes acquises de l'affection. En tous les cas, la recherche de la fragilité globulaire est indispensable. Est-ce à dire que les hématies granuleuses n'aient aucune valeur diagnostique? Fiessinger et Abrami, Cade et Chalier les ont spécialement étudiées à ce point de vue. Normalement, il existe une hématie granuleuse pour 400 ou 500 globules rouges. Au cours de la plupart des états pathologiques, on obtient un pourcentage très voisin de celui-là; il convient de faire une exception pour le saturnisme et les hémorragies, qui s'accompagnent fréquemment de l'augmentation notable des hématies granuleuses. En ce qui concerne les ictères, on peut affirmer que les ictères par rétention n'influent guère sur le nombre des hématies granuleuses, qui rarement atteignent 2 p. 100 ; il en va de même des ictères infectieux. Par contre, dans les ictères acholuriques la fréquence des hématies granuleuses est de règle ; elle est particulièrement marquée dans les formes hémolytiques soit congénitales, soit acquises, mais elle existe à un degré suffisant dans les cas de cholémie hypersplénomégalique, voire même de cholémie simple, pour qu'on ne puisse, en présence d'un ictère où l'on décèle des hématies granuleuses affirmer la nature hémolytique. Signe important pour le diagnostic, ce n'est pas un signe de certitude, mais de présomption. On peut cependant avancer qu'un ictère chronique acholurique est très probablement hémolytique, si l'on note l'existence d'au moins 7 à 8 p. 100 d'hématies granuleuses — mais il importe alors de recourir à l'épreuve de la résistance globulaire — n'est pas hémolytique si ces dernières sont au taux normal. Cependant Tixier et Troisier ont récemment publié un cas de leucémie myéloïde avec ictère hémolytique et il n'existait qu'une hématie granuleuse p. 300. Mais il s'agit là d'un fait exceptionnel, qui n'enlève rien de son intérêt à la conclusion précédente. Quoi qu'il en soit, un point reste acquis : *le diagnostic d'ictère hémolytique repose essentiellement sur cette donnée capitale : la fragilité globulaire.*

La recherche de cette fragilité s'impose d'autant plus que les ictères hémolytiques aigus affectent parfois l'allure d'un *ictère catarrhal*, d'un *ictère infectieux*, d'un *ictère grave.*

Pour les formes chroniques, la distinction d'avec les *ictères par rétention* est, cliniquement, le plus souvent facile. Si l'on hésite, l'examen hématologique s'impose ; il pourra préserver d'une opération inutile; n'oublions pas que des sujets atteints d'ictère hémolytique ont subi des interventions chirurgicales sérieuses sur les voies biliaires (obs. de Chauffard, de Widal) ou même mortelles (splénectomie dans un cas de Vaquez et Aubertin).

L'*ictère splénomégalique type Hayem*, basé sur cinq observations, affecte une allure clinique assez semblable à celle des ictères d'origine hémolytique ; il se confond vraisemblablement avec ceux-ci, puisque deux malades revus ultérieurement ont présenté une diminution manifeste de la résistance globulaire.

Le diagnostic comporte l'élimination d'autres faits d'ailleurs intéressants en eux-mêmes malgré leur rareté. Chauffard les a rappelés quand il individualisa l'ictère hémolytique congénital.

Bien des ictères congénitaux, en effet, *ne relèvent pas d'un phénomène hémolytique.* Le processus causal est tout différent dans les observations de Thompson et Rolleston (ictère rapidement mortel, en quelques mois, survenant chez le nouveau-né et lié à l'hérédo-syphilis), d'une part ; celles de Kœrte, Konistzky, Seyffert, Heid et Rostovtzew, Trèves, Cocking (ictère précoce, mais non congénital, de longue durée, cholurique, avec fèces décolorées, hépatomégalie), d'autre part.

Certains ictères congénitaux ou chroniques résultent peut-être d'une hémolyse ictérogène, mais la preuve n'en a pas été fournie par les auteurs. Témoin les faits publiés par Minkowski, Bettmann, Pick, von Krannhals, Claus et Kalberlah, Strauss, Etienne, Benjamin et Sluka.

Par le fait même qu'il est acholurique, un ictère n'est pas nécessairement hémolytique. Un malade

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 55, p. 789.

de Widal et Ravaut, atteint d'ictère chronique acholurique congénital, possédait une résistance normale de ses hématies. Dans trois autres cas analogues Widal n'a pas trouvé non plus de fragilité globulaire. Et de là il conclut que l'on doit distinguer dans les ictères acholuriques deux grandes classes : les uns appartiennent à l'histoire de la cholémie si nettement décrite par Gilbert et ses élèves; les autres ressortissent au groupe de jour en jour croissant des ictères hémolytiques.

Et ceci nous amène à envisager *les rapports de la cholémie et des ictères hémolytiques*.

La cholémie familiale est à proprement parler un ictère chronique habituellement acholurique. Mais il existe, dans l'intensité de l'ictère — parfois si léger qu'il passe inaperçu, parfois au contraire très foncé — et dans le volume de la rate — ici normale, là volumineuse, ailleurs considérablement hypertrophiée — des différences si accusées, que Gilbert et Lereboullet ont attribué à la cholémie trois formes cliniques, répondant au degré même de cette cholémie. Cette cholémie, Gilbert et ses élèves la placent sur le compte « d'une angiocholite infectieuse ascendante minime » et pour expliquer son caractère héréditaire, ils admettent « une prédisposition héréditairement transmissible des canaux biliaires à l'infection ».

A l'occasion de plusieurs cas d'ictères hémolytiques rapportés à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Gilbert soutint qu'il n'y avait rien de commun entre eux et la cholémie. Il s'agissait là de deux manifestations, cliniquement assez voisines l'une de l'autre, mais de pathogénie toute différente. Cette opinion se retrouve d'ailleurs dans l'esprit de Chauffard et de Widal. Chauffard écrit : « La cholémie familiale n'est pas absorbée par la théorie hémolytique; elle conserve toute son autonomie clinique, et, pour ma part, j'ai observé des cas indiscutables de cholémie familiale du type Gilbert, dans lesquels on ne pouvait constater ni fragilité globulaire, ni hématies granuleuses. » Et Widal : « En un mot, malgré la similitude de certains symptômes cliniques, ces ictères, congénitaux ou acquis, et qui relèvent de la cholémie de Gilbert, doivent être séparés des ictères acholuriques et splénomégaliques dus à un processus hémolytique par fragilité globulaire. Seul l'examen du sang permet cette distinction. »

En présence d'opinions émanant de tels maîtres, la question peut sembler définitivement jugée, et l'on devrait admettre des cadres bien distincts et de pathogénie bien différente dans la grande famille des ictères acholuriques. Je ne puis souscrire sans réserve à pareille conception. Avec le docteur Cade j'ai déjà soutenu cette idée que la cholémie familiale, dans sa forme la plus accentuée (type III de la nomenclature Gilbert), présente les relations les plus étroites avec l'ictère hémolytique; *l'ictère hémolytique*, dirais-je volontiers, *n'est que l'exagération de la cholémie familiale*. Il ne s'agit pas ici d'une simple hypothèse. Des faits précis viennent appuyer cette affirmation. Dans une famille, que j'ai observée à la clinique du professeur J. Teissier, trois cas d'ictère hémolytique congénital ont été notés. Or, le père de ces trois malades, ictérique acholurique depuis fort longtemps, déjà jaune avant la naissance d'aucun de ses enfants, présentait une grosse rate, son sang renfermait quelques hématies granuleuses, néanmoins la résistance globulaire, recherchée à plusieurs reprises, se montra toujours normale. Un quatrième enfant offre aussi le tableau clinique d'un ictère acholurique atténué, avec splénomégalie légère, or la résistance minima est à peine au-dessous de la normale (0,48 p. 100). Peut-être plus tard l'ictère hémolytique sera incontestable; actuellement on ne peut poser un tel diagnostic; celui qui s'impose, pour son père comme pour cette enfant, est celui de cholémie familiale splénomégalique.

Rapprochons les faits que je viens de signaler. On conviendra sans peine que le père et ses quatre enfants sont porteurs de la même tare, de la même maladie. Mais trois enfants présentent de la fragilité globulaire; dans les deux autres cas celle-ci fait défaut ou est à peine ébauchée, précisément chez les deux sujets qui offrent le meilleur état général. *Il faut donc conclure qu'il n'y a au fond qu'une question de degré et que, par transitions insensibles, on peut passer d'un état cholémique accentué à l'ictère hémolytique*. D'ailleurs une telle conclusion n'enlève rien de leur valeur aux travaux remarquables de Gilbert et de Chauffard. La cholémie de Gilbert est une notion devenue classique et qui mérite de le rester; l'ictère hémolytique congénital, décrit par Chauffard, en représentera l'expression symptomatique la plus accusée.

En terminant ce chapitre du diagnostic, il y a lieu d'établir un *rapprochement entre l'ictère hémolytique et certaines anémies splénomégaliques*. Une observation d'Armand-Delille et Feuillié est assez nette à ce point de vue. La plus typique a été publiée par Chauffard et Troisier : ces auteurs ont examiné une femme atteinte d'ictère hémolytique; le fils de cette malade présentait une splénomégalie manifeste, un état anémique certain, mais toute trace d'ictère faisait défaut, on notait cependant l'existence d'hématies granuleuses, une diminution notable de la résistance globulaire. Chauffard et Troisier prévoient chez ce jeune homme la survenance ultérieure d'un ictère hémolytique, lorsque l'élimination pléiochromique biliaire ne pourra plus contrebalancer la production énorme des déchets pigmentaires dus à la destruction des hématies.

VI

Anatomie pathologique. — Peu d'autopsies ont été pratiquées. Minkowski insiste plus spécialement sur l'imprégnation pigmentaire des différents organes. Vaquez et Giroux font une étude histologique des plus minutieuses des organes d'un malade atteint d'ictère congénital. L'anatomie pathologique des ictères acquis peut être établie à l'aide des protocoles nécropsiques d'Œttinger, Gandy et Brulé, Roque et Chalier, Mouisset Chalier et Nové-Josserand, Widal et Joltrain. Les lésions sont d'ailleurs superposables dans les deux variétés, congénitale

et acquise, d'hémolyse ictérogène. On peut les schématiser ainsi :

La *rate* est à la fois hypertrophiée et congestionnée. Fait important, cette congestion, à l'encontre des cas habituels de congestion splénique, ne frappe pas les sinus ; elle porte sur les cordons de Billroth, réalisant un type très rare que Ménétrier et Gauckler ont mis en évidence. Dans quelques comptes rendus est notée une congestion portant à la fois sur les vaisseaux, les sinus dilatés et les cordons de Billroth, mais elle prédomine toujours incontestablement au niveau de ces derniers. A signaler aussi quelques signes de macrophagie, plus prononcée dans les sinus que dans la pulpe.

La *surcharge pigmentaire*, fréquente et parfois intense, n'est pas constante. Par le sulfhydrate d'ammoniaque ou le ferrocyanure de potassium, on obtient les réactions du fer. Castaigne a insisté sur l'importance pathogénique de cette sidérose pigmentaire que l'on relève surtout dans le foie, la rate et les reins.

La *reviviscence de la moelle osseuse* se traduit par son aspect fœtal et l'abondance des hématies nucléées et des myélocytes.

Les *voies biliaires sont libres* de tout obstacle au cheminement de la bile. C'est là une constatation — négative — de toute première importance, faite sur le vivant comme sur le cadavre. Parfois cependant on trouve de l'épaississement de la bile, une boue biliaire, ou même des calculs pigmentaires, en rapport avec la pléiochromie biliaire, et susceptibles d'expliquer certaines crises abdominales douloureuses. Le *foie*, dans les cas purs, ne présente aucune trace d'angiocholite ni de cirrhose ; tout au plus reconnaît-on une congestion plus ou moins nette et une surcharge de pigment ocre. Par contre l'hémolyse ictérogène peut venir compliquer des cirrhoses veineuses du foie (Castaigne, Chalier).

La congestion splénique, la surcharge pigmentaire de divers organes, l'état de la moelle, lésions essentielles de la maladie qui nous occupe, paraissent incontestablement liées et secondaires à des phénomènes d'hémolyse ; elles ne conditionnent pas la destruction globulaire, aussi ne donnent-elles pas la clef de la pathogénie de l'affection.

VII

Expérimentation. — Les divers types cliniques d'ictères, du moins dans ce qu'ils ont d'essentiel, peuvent être reproduits expérimentalement.

La ligature du cholédoque provoque un ictère par rétention avec augmentation de la résistance globulaire (Vaquez et Ribierre) ; il ne se produit pas d'anémie, et les hématies granuleuses font défaut. L'injection dans les vaisseaux de bile ou de sels biliaires, particulièrement du taurocholate de soude, accroît aussi la résistance globulaire.

En opposition avec les faits précédents se placent les cas d'ictères hémolytiques expérimentaux. On les réalise de préférence avec la toluylène-diamine. Ce poison a été surtout étudié par Vast au point de vue de la question de l'hématolyse. Widal, Abrami et Brulé ont montré que la toluylène-diamine engendre un ictère souvent très accusé, avec fragilité globulaire intense, surtout marquée pour les hématies déplasmatisées ; un abaissement prononcé du nombre des globules rouges, une leucocytose très appréciable avec réaction médullaire, l'apparition d'hématies granuleuses en grand nombre ; le sérum n'avait pas de propriété hémolysante ; tous ces phénomènes duraient quelques jours, puis rétrocédaient avec la diminution de l'ictère. Ces expériences reprises par Chauffard et Fiessinger, Chalier, n'ont pas avancé beaucoup la solution du problème pathogénique.

VIII

Pathogénie. — Elle est des plus complexes, et incomplètement élucidée à l'heure actuelle. On a surtout étudié à ce point de vue les ictères avec fragilité globulaire.

L'ictère acholurique, l'urobilinurie, la splénomégalie, l'anémie, les hématies granuleuses, la fragilité globulaire, constituent un complexus morbide bien particulier, méritant une individualité propre : rien ne permet, dès l'abord, de la confondre avec les ictères habituellement observés. Mais existe-t-il entre ces diverses manifestations cliniques et sanguines un lien étroit, qui les rende solidaires l'une de l'autre ? De ces manifestations quelle est la première en date ?

Nous avons admis, a priori, dès le début de cette revue critique et documentaire, que l'hémolyse était à la base de tous les phénomènes observés. C'est ce qu'il faudra démontrer. Puis se posera la question du lieu de destruction globulaire et de la cause de cette dernière.

1° L'Hémolyse est la cause de l'ictère. — Tout sépare l'ictère dit hémolytique des ictères communs d'origine hépatique. L'insuffisance hépatique fait défaut ; l'urobilinurie — c'est une notion aujourd'hui courante — ne saurait en constituer un stigmate absolu. Dans les cas purs, les lésions du foie consistent simplement en une surcharge pigmentaire, les voies biliaires conservent leur perméabilité. Les altérations sanguines occupent au contraire le premier plan ; et toutes les observations sont unanimes à signaler la concordance étroite de l'ictère et de l'anémie ; plus la destruction globulaire, l'hypoglobulie est intense, plus la jaunisse est accusée ; la reviviscence de la moelle est l'indice de l'effort réparateur constant de l'organisme, luttant contre la globulolyse incessante. Au surplus, de cette globulolyse témoignent les infiltrations pigmentaires des divers organes, foie, rate, reins.

La valeur de la fragilité globulaire est contestée par Hayem, et selon lui une expérience in vitro n'explique nullement ce qui se passe in vivo. L'argument est sérieux. Brulé lui-même accorde qu'on ne peut « assimiler trop étroitement deux modes d'hémolyse très différents : l'hémolyse par action physique, par osmo-nocivité, que l'on étudie in vitro et l'hémolyse d'ordre chimique ou biologique qui doit se produire in vivo ». Néanmoins le fait expérimental est là, qui montre l'hyporésistance des

hématies, non seulement vis-à-vis de solutions salines, mais encore vis-à-vis d'hémolysines, de sérums hémolytiques, etc., et cette hyporésistance appartient en propre, exclusivement, à une catégorie relativement restreinte d'ictères. Survienne une amélioration de la maladie, et la fragilité globulaire s'atténue; elle s'accroît avec l'accentuation de l'ictère; elle disparaît dans les cas de guérisons nettement constatées. Il est donc légitime d'admettre que cette fragilité globulaire in vitro est certainement en rapport avec une lésion globulaire in vivo. La destruction des hématies entraîne la mise en liberté d'une quantité anormale de pigment sanguin; de là résultent l'hyperproduction des pigments biliaires et l'ictère. Expérimentalement d'ailleurs la preuve est faite de l'existence d'ictères dus à des destructions globulaires intenses.

2° OU SE FAIT CETTE HÉMOLYSE ?— Il est encore difficile de se prononcer sur ce point. Trois grandes opinions sont en présence.

a. *Rôle du foie.* — Il est défendu par Hayem. Le raisonnement de cet auteur constitue un dilemme : la destruction des hématies s'effectue soit dans le plasma sanguin, soit dans les viscères; dans le premier cas on note de l'hémoglobinhémie, mais le sérum ne contient pas de pigments biliaires ; dans le deuxième (anémie pernicieuse, chlorose, etc.), l'hémoglobinhémie fait défaut, de même que l'état cholémique du sérum. Donc tout biliphéisme comporte fatalement l'intervention de la cellule hépatique. Cette théorie est étayée par des faits expérimentaux classiques (Stadelmann, Naunyn, Jonovics). Ainsi le foie, par suite de la destruction globulaire, se trouve en présence de quantités trop considérables d'hémoglobine à transformer en bilirubine. Dans ces conditions il se produit une hyperbiligénie hépatique telle, que la bile ne suffit pas à l'élimination du pigment, et la bilirubine s'évacue à la fois par les deux pôles, biliaire surtout et sanguin aussi, de la cellule hépatique ; le sérum devient ainsi ictérique et les téguments se colorent.

Cette théorie hépatique soulève de graves objections : et tout d'abord le foie peut ne pas être altéré. La pléiochromie biliaire n'est pas la cause de l'ictère, puisque celui-ci persiste malgré les fistules biliaires permettant un facile écoulement de la bile ; le foie, comme nous le verrons ultérieurement, n'est pas indispensable pour la formation des pigments biliaires. Enfin si vraiment la cholémie a pour origine une résorption intrahépatique de la bile, comment se fait-il que le sérum ne contienne pas de sels biliaires ? L'ictère hémolytique, en effet, ressortit essentiellement à une cholémie pigmentaire. Comment, dès lors, admettre que le foie fasse le départ entre les divers éléments de la bile entrant dans la genèse et la symptomatologie des ictères habituels? Comment expliquer qu'ici interviennent les sels biliaires, alors que, pour les ictères hémolytiques, seul le pigment est en cause ?

b. *Rôle de la rate.* — Minkowski, le premier, frappé du volume et des perturbations spléniques, émit l'hypothèse que toute la maladie résidait dans les lésions de la rate. Cette théorie a été reprise et développée surtout par Chauffard qui l'a faite sienne. Tout témoigne de l'intervention active de la rate dans les phénomènes de l'hémolyse, depuis son hypertrophie jusqu'aux altérations si spéciales de sa structure, si bien que « l'hypersplénie permet de supposer la spléno-hémolyse ». A côté des splénomégalies posthémolytiques (hémoglobinurie paroxystique par exemple) d'explication aisée, il y a lieu, comme dans l'ictère congénital de l'adulte, de décrire des *splénomégalies hémolysantes*, puisqu'il est impossible de retrouver dans le sang la cause même de la fragilité globulaire, et que le foie ne saurait être non plus incriminé. D'après cette théorie, le foie, recevant une quantité excessive de pigments d'origine sanguine, formés au niveau de la rate, il en résulterait un état de pléiochromie biliaire aboutissant à une résorption partielle de la bilirubine qui passerait ainsi dans le sérum.

En faveur de la théorie spléno-hémolytique on peut invoquer que la rate jouit physiologiquement de la propriété de détruire les globules rouges usés et d'emmagasiner leur fer. L'exagération de cette fonction normale pourrait aboutir à la production de l'ictère hémolytique.

On objecte que la destruction globulaire peut s'effectuer en un autre lieu que dans la rate; l'hypertrophie splénique serait secondaire et en rapport avec l'exagération des réserves que la rate est tenue de faire. Lesné et Ravaut n'ont-ils pas obtenu constamment, en l'absence de toute lésion antérieure de la rate, une splénomégalie marquée, en injectant de l'eau distillée ou des sérums destructeurs d'érythrocytes ? Les constatations histologiques sont alors d'explication facile : la surcharge pigmentaire est seulement le témoin et le reliquat de l'hématolyse.

c. *Théorie hématogène.* — Elle est soutenue par Widal et ses élèves. Une telle conception suppose la destruction des globules rouges dans le torrent circulatoire et la transformation de leur substance colorante en bilirubine, tout organe étant étranger à ces phénomènes. Jusqu'ici la production du pigment biliaire dans le sang n'est pas démontrée ; elle est possible puisqu'aussi bien des épanchements sanguins peuvent donner naissance à des pigments biliaires (ecchymoses, hématome pleural, hémorragies méningées). Théoriquement rien ne s'oppose donc à la naissance du pigment biliaire directement dans le sang circulant; et l'on conçoit aisément qu'il puisse exister un ictère hématogène.

Le mérite de cette théorie, c'est qu'elle explique l'absence des sels biliaires dans le sérum, et rend compte que tout se passe comme s'il s'agissait d'une cholémie purement pigmentaire. On ne saurait d'autre part appliquer à l'ictère hémolytique la pathogénie de l'ictère pléiochromique, puisque ce dernier, et la maladie de Hanot en comporte le type le plus pur, s'accompagne en quelque sorte fatalement de stigmates d'intoxication biliaire. L'ictère hémolytique n'est pléiochromique qu'en apparence ; c'est lui qui engendre la pléiochromie, il n'en est pas la résultante. En somme, la théorie hématogène suppose une hyperbiligénie d'origine sanguine, et

telle que le foie ne parviendrait pas à éliminer tout le pigment.

Cette conception, pour ingénieuse qu'elle soit, prête à la critique. On peut rappeler que l'ictère n'est pas de constatation courante dans l'hémoglobinurie paroxystique et pourtant la destruction globulaire est ici des plus accusées. D'autre part on ne retrouve pas dans le sang la ou les substances d'origine soit endogène, soit exogène, qui fragilisent les hématies. Pourquoi enfin la destruction globulaire n'entraîne-t-elle pas un certain degré d'hémoglobinhémie?

d. *Théorie mixte.* — Vaquez et Aubertin admettent une lésion sanguine, de cause ignorée, aboutissant à la destruction globulaire. La rate sert en quelque sorte de condensateur, son hypertrophie est donc secondaire. Le pigment ferrique étant produit en excès par la rate, il en résulte une hyperhépatie biliaire par suite de cette hyperabondance de pigment à transformer; l'élimination biliaire empruntant les deux pôles de la cellule, l'ictère s'installe.

3° QUELLE EST LA CAUSE DE L'HÉMOLYSE? — Sur ce point on ne sait rien de précis. Dire que l'ictère congénital dépend d'un vice de formation du sang, c'est émettre une hypothèse, mais rien de plus. L'ictère acquis relèverait d'agents globulicides, mais on ignore tout de leur nature et de leur mode d'action, notamment dans les cas en apparence primitifs. L'hématozoaire, le tréponème dans certains cas, seraient responsables des destructions globulaires intenses; mais alors pourquoi de tels parasites provoquent-ils ici de l'hémolyse et de l'ictère consécutif, tandis que si souvent ces modifications sanguines font défaut. L'origine infectieuse ou toxique de l'hémolyse ictérogène, il faut bien l'avouer, n'est pas encore démontrée.

De ces discussions pathogéniques un seul fait précis se dégage : il existe un ictère dû à la destruction plus ou moins abondante des hématies. Ce qui reste absolument hypothétique, c'est la cause intime de la fragilité globulaire. Le lieu même de la destruction globulaire ne peut être fixé. Sur ce point les théories hématogène et splénogène demeurent en présence. Que l'une ou l'autre soit exacte, il n'en va pas moins que l'on ignore si l'ictère résulte d'une hyperbiligénie soit hématique, soit splénique, ou est dû au contraire à une hyperbiligénie hépatique avec résorption d'une partie de la bile et passage dans le sang. Pourquoi, d'autre part, le pigment biliaire répandu à profusion dans le plasma, au moins dans les formes intenses de l'ictère hémolytique ne s'élimine-t-il pas par les urines? S'agit-il d'une question d'imperméabilité rénale particulière que les épreuves habituelles ne peuvent mettre en évidence? Il semble, en tout cas, qu'on puisse dénier au foie le rôle primordial. Mais rien encore ne permet d'affirmer si l'hématolyse a pour siège le sang circulant ou la rate. En m'appuyant sur les données physiologiques de Laudenbach, les travaux chimiques de Lapicque et surtout sur les expériences assez probantes de Puglièse et Luzzati d'une part, Charrin et Moussu de l'autre, j'aurais tendance à me rallier plus tôt à la théorie splénohémolytique C'est la rate qui normalement détruit les globules rouges; elle serait indispensable, d'après les auteurs précédents, à la richesse de la bile en pigments. Que son rôle normal s'exagère, et l'ictère hémolytique est créé. L'expérimentation établira peut-être si ces idées théoriques ont quelque justesse.

IX

Traitement. — *L'abstention chirurgicale s'impose absolument.* — Des erreurs de diagnostic ont conduit à pratiquer une cholécystostomie, dont le bénéfice reste nul. On a même eu recours à la splénectomie; elle fut mortelle dans le cas de Vaquez et Giroux.

Tant que l'on n'aura pas découvert le lieu de production de la fragilité globulaire, et la cause même de cette fragilité, il sera illusoire de compter sur une médication active. Widal, Abrami et Brulé ont en vain essayé de consolider les hématies de leurs malades par l'administration du chlorure de calcium.

Dans quelques cas, l'ictère hémolytique acquis, épiphénomène compliquant une maladie antécédente, disparaît avec celle-ci sans traitement spécial.

La quinine, jugulant des accès palustres, fait aussi s'éclipser l'ictère hémolytique qui les complique, de même que l'expulsion des ankylostomes entraîne la cessation de l'ictère hémolytique ankylostomiasique.

La médication pathogénique faisant en général défaut, on est confiné dans l'empirisme; *on traite* les symptômes; particulièrement l'*anémie* qui est au premier plan.

L'opothérapie médullaire, les préparations arsenicales ont complètement échoué entre les mains de Chauffard, de Widal, de Castaigne.

Les *préparations ferrugineuses* ont donné des résultats très appréciables. On utilisera de préférence le protoxalate de fer à la dose de 0gr,20 à 0gr,40 par jour. Dans ces conditions l'état général s'améliore, l'anémie regresse, l'ictère diminue. Widal et Brulé signalent même deux cas de guérison complète sous l'influence de ce traitement.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI. Nouveau cas d'ictère hémolytique congénital et familial, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 oct. 1908, t. II, p. 329. — ARMAND-DELILLE et FEUILLIÉ. Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 fév. 1909, p. 266. — ASKANAZY. Ueber die Körnung des roten Blutkörperchen bei anämischen Zuständen, *Zeits. f. klin. Med.*, 1907.

BASILE. Gli itteri emolitici e l'infezione sifilitica, *Il Policlinico*, 1909, p. 1291. — BÉNECH et SABRAZÈS. Ictère hémolytique chronique avec splénomégalie, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 oct. 1909. — BENJAMIN et SLUKA. Ueber eine chronische mit Icterus einhergehende Erkrankung des Blutes, *Berl. klin. Woch.*, 26 août 1907, n° 34, p. 1065. — BERNARD. Origine syphilitique des ictères splénomégaliques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908, n° 4, p. 158. — BERNARD et TROISIER. Un cas d'intoxication saturnine. Accidents cérébro-méningés. Anémie et ictère hémolytique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 mai 1908. — BETTMANN. Ueber eine besondere Form des chronischen Icterus, *Münch. med.*

Woch., 1900, n° 23, p. 791. — BIFFI et GALLI. Recherches sur le sang et sur les urines des nouveau-nés et des nourrissons, *Journ. de physiol. et de path. gén.*, 15 sept. 1907, n° 5, p. 721. — BRULÉ. *Les ictères hémolytiques acquis*, Th. de Paris, 1909.

CADE. Une famille d'ictériques. Cholémie familiale et ictères hémolytiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 oct. 1908, t. II, p. 421. — CADE et J. CHALIER. Ictère hémolytique et cholémie familiale, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 10 nov. 1908; *Lyon méd.*, 29 nov. 1908, n° 48, t. II, p. 930; — Contribution à l'étude des hématies granuleuses, *Province méd.*, 22 janv. 1910. — CAMPANI e FERRARI. Sopra un caso d'ittero cronico infantile, *Clin. med. ital.*, giugno 1908, n° 6, p. 394. — CASTAIGNE. Le foie et le fer. Leurs rapports à l'état pathologique, *Presse méd.*, 5 déc. 1906, p. 786; — Les ictères hémolytiques avec sidérose pigmentaire du foie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 nov. 1907, n° 32, p. 1211; — Les ictères hémolytiques, *Journ. méd. français*, 15 mars 1910, n° 3, p. 101. — CATHALA et DAUNAY. Hématies granuleuses et résistance globulaire à la naissance et pendant les premiers jours, *Bull. de la Soc. de biol.*, 9 mai 1908, p. 801; — De l'hémolyse chez le nouveau-né, *Soc. obst. de France*, 1908; — Recherches sur le sang et l'urine des nouveau-nés pour servir à l'étude de l'ictère simple du nouveau-né, *L'Obstétrique*, déc. 1908, n° 12, p. 561. — J. CHALIER. *Les ictères hémolytiques*, Th. de Lyon, 1909. — CHAUFFARD. Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte, *Sem. méd.*, 16 janv. 1907, n° 3, p. 25; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 nov. 1907, p. 1201, et 24 janv. 1908, n° 3, p. 138; — Les ictères hémolytiques, *Sem. méd.*, 29 janv. 1908, n° 5, p. 49; — Le syndrome spléno-hépatique dans le paludisme aigu, *Sem. méd.*, 20 janv. 1909, n° 3, p. 25. — CHAUFFARD et FIESSINGER. Ictère congénital hémolytique avec lésions globulaires, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 nov. 1907, n° 31, p. 1169; — Recherches expérimentales sur les rapports entre l'hémolyse et les hématies granuleuses, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 nov. 1907, n° 34, p. 1367; — Nouvelles recherches sur la genèse des hématies granuleuses, *Bull. de la Soc. de biol.*, 14 déc. 1907, t. II, p. 672. — CHAUFFARD et TROISIER. Contribution à l'étude des hémolysines dans leurs rapports avec les anémies graves, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 10 juillet 1908, t. II, p. 94; — Deux cas d'ictère hémolytique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 oct. 1908, t. II, p. 411; — Des rapports de certaines anémies splénomégaliques avec l'ictère hémolytique congénital, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 fév. 1909, p. 293. — CHAUFFARD et VINCENT. Hémoglobinurie hémolysinique avec ictère polycholique aigu, *Sem. méd.*, 22 déc. 1909, n° 51, p. 601. — CLAISSE et SOCQUET. Insuffisance mitrale traumatique. Asystolie. Gangrène des membres. Ictère hémolytique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 mai 1908, n° 19, p. 769. — CLAUS et KALBERLAH. Ueber chronischen Icterus, *Berl. klin. Woch.*, 1906, n° 46. — COYNTON et SCOTT. Ictère familial, *Soc. méd. de Londres*, 26 avril 1909.

DARRÉ. Sur un cas d'anémie ankylostomiasique avec fragilité globulaire et ictère hémolytique, *Bull. de la Soc. de path. exot.*, 1909, t. II, p. 97.

FEUILLIÉ. *Leucopathies. Métastases. Albuminuries et ictères leucopathiques*, Th. de Paris, 1909. — FIESSINGER et ABRAMI. Des hématies à granulations. Procédés de coloration. Valeur séméiologique, *Revue de méd.*, 10 janv. 1909, n° 1, p. 1.

GALLOIS. Ictère hémolytique dans un cas d'embolie pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 déc. 1907. — GANDY et BRULÉ. Ictère hémolytique congénital. Autopsie, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 juillet 1909, t. II, p. 369. — GAUCHER et GIROUX. Note préliminaire sur l'ictère hémolytique de la syphilis secondaire, *Ann. des mal. vénér.*, juillet 1909, p. 481. — GAUCKLER. Les modalités histologiques de l'hématolyse et le rôle de la rate dans l'évolution du pigment sanguin, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1908, n° 7, p. 401. — GILBERT, LEREBOULLET et HERSCHER. Les trois cholémies congénitales, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 nov. 1907, n° 32, p. 1203.

HALLION. Les fonctions du foie et de la rate dans leurs rapports avec les ictères hémolytiques, *Presse méd.*, 13 mai 1908, n° 39, p. 305. — HAYEM. Sur une variété particulière d'ictère chronique, ictère infectieux chronique splénomégalique, *Presse méd.*, 9 mars 1898, n° 21, p. 121; — Nouvelle contribution à l'étude de l'ictère infectieux chronique splénomégalique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 janv. 1908, n° 3, p. 122.

JACOB et LÉVY-VALENSI. Un nouveau cas d'ictère hémolytique congénital, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 fév. 1909, p. 219. — JOLLY. Les granulations basophiles des hématies, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1908, p. 288. — JONA. Ittero emolitico da tuberculosi, etc., *Riv. veneta di sc. med.*, 1909, nos 1 et 2.

KRANNHALS. Ueber kongenitalen Icterus mit chronischen Milztumor, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1904, t. I, p. 596.

LAFFORGUE et CHALIER. Ictère paludéen non hémolytique, *Progrès méd.*, 1910. — LAPICQUE et VAST. Action de la toluylène-diamine sur les globules rouges, *Bull. de la Soc. de biol.*, 13 mai 1899, p. 368. — LE GENDRE et BRULÉ. Deux observations d'ictères hémolytiques, l'un congénital, l'autre acquis, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 janv. 1909, p. 112. — LE PLAY. Cirrhose hypertrophique alcoolique avec ictère hémolytique et hémorragies intestinales, *Soc. anat.*, 29 oct. 1909. — LESNÉ et RAVAUT. Des rapports réciproques de l'hémoglobinurie, de la cholurie et de l'urobilinurie, consécutivement à l'hématolyse expérimentale, *Soc. de biol.*, 14 déc. 1901. — LEURET. *Etudes sur quelques cas d'ictère des nouveau-nés*, Th. de Bordeaux, 1904; — Remarques sur la pathogénie de l'ictère des nouveau-nés; phénomènes d'hémolyse, *Folia hœmatologica*, 1906, p. 81; — Etude sur la résistance globulaire du nouveau-né, envisagée spécialement dans ses rapports avec l'ictère idiopathique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 29 mars 1908; — A propos de la pathogénie de l'ictère du nouveau-né, *Obstétrique*, fév. 1909, n° 2. — LORTAT-JACOB et SABARÉANU. Deux observations d'ictère chronique familial, *Revue de méd.*, 1904, p. 810.

MARAGLIANO. Itteri emolitici. *Gaz. d. osped. e d. clin.*, 16 avril 1908, n° 46. — MARCHIAFAVA. Ictère chronique hémolytique, *Accad. d. med. Roma*, 20 déc. 1908. — MASSAGLIA E TARABINI. Contributo alla patogenesi dell' ittero da emolisi, *Gaz. d. osped. e d. clin.*, 24 déc. 1908, n° 154, p. 1655. — MICHELI. Note istologiche su di un caso di splenomegalia con ittero acolurico cronico acquisito, *R. Accad. d. med. d. Torino*, 2 luglio 1909. — Ittero cronico emolitico splenomegalico, *Riv. crit. d. clin. med.*, 11 sept. 1909, n° 37, p. 595. — MINKOWSKI. Ueber eine hereditäre unter dem Bilde eines chronischen Icterus mit Urobilinurie, Splenomegalie und Nierensiderosis verlaufende Affection, *Verhand. d. Cong. f. inn. Med.* (achtzehnter Congress), Wiesbaden 1900, p. 316. — Ikterus und Leberinsufficienz. *Die deut. Klin.*, vol. V. — MÖLLER. Sur l'ictère chronique acholurique avec splénomégalie, *Berl. klin. Woch.*, 7 sept. 1908. — MOUSSOUS. De la pathogénie de l'ictère idiopathique du nouveau-né, érythrodermie ictérogène, *Prov. méd.*, 16 mai 1908, n° 20, p. 305. — MOUISSET, J. CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. Contribution à l'étude des ictères hémolytiques acquis, *Lyon méd.*, 23 janv. 1910, n° 4.

ŒTTINGER. Sur un cas d'ictère d'origine hémolytique non congénital. Etude des lésions anatomiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 oct. 1908, p. 391.

PICK. Ueber hereditären Icterus, *Wien. klin. Woch.*, 1903, n° 17.

QUÉNU et KUSS. Note sur les ictères post-chloroformiques,

Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 4 nov. 1908, p. 1108.

RENAUX. Un cas d'ictère hémolytique congénital, *Bull. de la Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles*, 10 juillet 1909, p. 71. — RIBIERRE. *L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire. Application à l'étude de la résistance des globules rouges dans l'ictère*, Th. de Paris, 1902-1903. — RIST et RIBADEAU-DUMAS. La splénomégalie liée à l'ictère et l'immunité acquise contre l'intoxication biliaire, *Trib. méd.*, 1905. — RIBADEAU-DUMAS. *Ictère et splénomégalie*, Th. de Paris, 1904. — RITTER V. STEJSKAL. Ueber hämolytischen Ikterus und über das Auftreten hämolytischen Vorgänge bei diesem und bei perniziöser Anämie, *Wien. klin. Woch.*, 13 mai 1909, p. 66. — ROQUE, J. CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. Ictère hémolytique acquis, *Prov. méd.*, 4 sept. 1909, n° 36, p. 367. — ROQUE, J. CHALIER et CORDIER. Ictère hémolytique acquis à type ictère grave, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 10 nov. 1909; — *Lyon méd.*, 5 déc. 1909. — ROSENFELD. Ueber famil-Ikterus, *Deuts. med. Woch.*, 1908, n° 35. — ROSSI. Contrib. alla conosc. degli itteri cong. emolitici, *Il Tommasi*, 1909, n° 9.

SABRAZÈS, BOURRET et LÉGER. Les hématies à granulations basophiles dans le saturnisme expérimental et clinique, *Journ. de phys. et de path. gén.*, nov. 1900, p. 941. — SABRAZÈS et LEURET. Hématies granuleuses et polychromatophilie dans l'ictère des nouveau-nés, *Bull. de la Soc. de biol.*, 14 mars 1908, t. I, p. 423; — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 15 mars 1908, p. 123. — SACQUÉPÉE. Ictères hémolytiques d'origine paludéenne, *Bull. méd.*, 1908, n° 85. — Ictère grave streptococcique. Formule sanguine des ictères hémolytiques acquis, avec réaction granuleuse retardée, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 janv. 1909, p. 164. — STARKIEWICZ. Sur la pathogénie de l'ictère acholurique congénital, *Revue de méd.*, 10 janv. 1909, n° 1, p. 61. — STRAUSS. Ueber erworbene Formen des chronischen acholurischen Icterus mit Splenomegalie, *Berl. klin. Woch.*, 1906, n° 50, p. 1590.

TIXIER. Ictère d'origine hémolytique. Résistance des hématies déplasmatisées sensiblement normale, *Bull. de la Soc. de biol.*, 18 janv. 1908, t. I, p. 43. — Réactions de la moelle osseuse dans un cas d'ictère hémolytique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 25 janv. 1908, t. I, p. 108. — TIXIER et TROISIER. Forme ictérique de la leucémie myéloïde, *Gaz., des hôpit.*, 1910, p. 171. — TROISIER. Urobilinhémie d'origine hémolytique, *Soc. de biol.*, 8 mai 1909. — Ictère et urobilinhémie hémolytique au cours de la pneumonie, *Soc. de biol.*, 3 juillet 1909.

VAQUEZ et RIBIERRE. De la résistance du sang au cours de l'ictère, *Bull. de la Soc. de biol.*, 26 juillet 1902, p. 1074. — VAQUEZ et GIROUX. Ictère chronique acholurique avec splénomégalie; ses relations avec l'anémie hémolytique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 nov. 1907, n° 31, p. 1184. — VAQUEZ et AUBERTIN. Sur l'anatomie pathologique de l'ictère hémolytique, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1908, n° 11, p. 609. — VAST. *Action de la toluylènediamine sur les globules rouges. Contribution à l'étude de l'hématolyse*, Th. de Paris, 1899. — VERHOOGEN et RENAUX. Un cas d'ictère hémolytique avec splénomégalie, *Soc. roy. des sc. méd. de Bruxelles*, 5 juillet 1909, p. 114. — VORON et BUÉ. Rapport sur l'ictère du nouveau-né, *Soc. obst. de France*, session 1908.

WIDAL et RAVAUT. Ictère chronique acholurique congénital chez un homme de vingt-neuf ans, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 nov. 1902, p. 984. — WIDAL et PHILIBERT. La fragilité globulaire chez certains ictériques congénitaux, *Gaz. des hôpit.*, 19 sept. 1907, n° 107, p. 1275. — WIDAL et ABRAMI. Types divers d'ictères hémolytiques non congénitaux, avec anémie. Recherches de la résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 nov. 1907, n° 31, p. 1127. — WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. Différenciation de plusieurs types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies déplasmatisées, *Presse méd.*, 9 oct. 1907, n° 81, p. 641. — Hémolyse par fragilité globulaire et hémolyse par action plasmatique, *Bull. de la Soc. de biol.*, 19 oct. 1907, t. II, p. 346. — Pluralité d'origine des ictères hémolytiques. Recherches cliniques et expérimentales, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 nov. 1907, n° 34, p. 1354. — Diversité de types des hématies granuleuses. Procédés de coloration, *Bull. de la Soc. de biol.*, 21 mars 1908, t. I, p. 496. — Les ictères d'origine hémolytique, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, avril 1908, n° 4, p. 193. — Auto-agglutination des hématies dans l'ictère hémolytique acquis, *Bull. de la Soc. de biol.*, 11 avril 1908, t. I, p. 655. — Rétrocession des signes cliniques et des troubles hématiques au cours des ictères hémolytiques acquis, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juillet 1909, t. II, p. 73. — WIDAL et JOLTRAIN. Ictère hémolytique développé au cours d'une anémie post-hémorragique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 nov. 1908, t. II, p. 468.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MAI 1910)

Développement de l'énergie de la voix. — M. MARAGE. L'énergie de la voix étant donnée par le produit VH du volume V d'air qui s'échappe du poumon sous une pression H, il s'agit pour un chanteur ou un orateur d'augmenter ces deux qualités.

Après avoir augmenté V par des exercices respiratoires, il faut augmenter H en fortifiant les muscles de la paroi abdominale et en forçant les cordes vocales à se joindre sur la ligne médiane au moyen d'exercices sur les voyelles E et I.

Bacilles de Koch. Milieux aux glycérophosphates. Doses maxima de fer et de manganèse. — M. G. BAUDRAN.

La caséification du lait cru par les présures du lait bouilli. — M. C. GERBER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MAI 1910)

Traitement des angiomes par l'air chaud. — Une discussion s'élève, à ce propos, entre MM. Quénu et Broca. M. QUÉNU considère l'électrolyse comme un très bon traitement des angiomes. M. BROCA ne semble pas en avoir obtenu d'aussi bons résultats que M. Quénu. Question de technique probablement. M. Broca préfère le bistouri, chaque fois qu'il est applicable. A son défaut, il aurait recours volontiers à l'air chaud.

Urétroplastie veineuse. — M. PONCET apporte deux observations relatives au débat pendant sur ce sujet. Ces deux observations sont dues à M. le docteur Leriche et à un autre de ses élèves.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-trois ans atteint d'un vieux rétrécissement urétral, datant de vingt ans. En mai 1909, M. Leriche, après une urétrostomie périnéale, lui pratiqua une greffe de 7 à 8 centimètres de la saphène dans l'urètre. Le résultat immédiat fut satisfaisant. Il ne restait qu'une fistulette périnéale. M. Poncet et M. Leriche ont examiné récemment ce malade et ils ont constaté une tendance à la récidive du rétrécissement urétral. Après le greffage, ce malade avait éliminé des débris veineux par sa fistule périnéale.

Dans le second cas, il s'agissait d'un rétrécissement très serré consécutif à une chute à califourchon sur un arbre, chez un homme de soixante ans. On lui fit d'abord une urétrostomie périnéale. Mais le malade vint lui-même réclamer

une opération complémentaire. On lui greffa dans l'urètre une portion de sa saphène interne. Le résultat immédiat fut satisfaisant, mais il élimina, par sa fistule, un bouchon sphacélique et le rétrécissement urétral se reproduisit. Tout en trouvant ces tentatives et, en particulier, les expériences de Carrel très intéressantes, M. Poncet estime qu'au point de vue de la pratique chirurgicale les résultats définitifs ne répondent pas aux espérances qu'on avait conçues sur l'utilité de ces greffes veineuses.

Plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver. — M. ROCHARD fait un rapport sur une observation adressée par M. Duval, médecin en chef de la marine : il s'agit d'un soldat de l'armée coloniale, qui, voulant se tuer, se tire successivement trois balles dans la tête. Il tombe dans le coma, présente une hémiplégie flasque du côté gauche et sur le crâne une énorme tuméfaction sanguine On constate sur la région temporale droite trois plaies d'entrée. M. Duval réunit ces trois orifices en un seul, nettoie soigneusement la plaie et trouve une balle à cheval sur le trou osseux; une autre balle avait complètement traversé la substance cérébrale d'une région temporale à l'autre. M. Duval agrandit la trépanation, fait un nettoyage très soigné de la plaie, ne cherche pas la balle et referme en drainant. Dès le lendemain l'hémiplégie avait disparu et le blessé a complètement guéri sans garder le moindre accident de la présence de la balle dans la substance cérébrale.

M. TUFFIER estime que la recherche d'une balle dans le cerveau est parfois très dangereuse. Cependant il est des circonstances dans lesquelles il est indiqué d'aller à la recherche d'une de ces balles; témoin le fait suivant : un homme se tire une balle dans la voûte palatine; il coupe le nerf optique du côté gauche et devient subitement aveugle. Il présente, en même temps, une monoplégie de la jambe et de la cuisse du côté droit. Quelque temps après surviennent des symptômes d'encéphalite qui nécessitent l'intervention. A l'aide de l'appareil Contremoulin, M. Tuffier repère la balle qui était très profondément située; il va la chercher; il a pu la trouver et l'enlever. Les symptômes de paralysie se sont un peu amendés. Ces recherches secondaires des balles dans le cerveau peuvent être parfois utiles. Mais cette recherche ne doit jamais être faite immédiatement après l'accident.

M. POTHERAT communique l'observation d'une femme qui avait reçu, dans le crâne, une balle de revolver tirée par son fils. La balle était entrée du côté gauche et se trouvait logée dans le lobe occipital du côté droit. La balle fut exactement repérée et put être enlevée sans accident. Mais, avant l'ablation de la balle, il y avait une hémiplégie qui a persisté.

Dans un autre cas il s'agissait d'un homme âgé qui, dans une crise, se tire deux balles dans la tête. L'une fut perdue, l'autre pénétra dans le cerveau. On nettoya la plaie d'entrée, sans chercher à retirer le projectile.

Quelques mois après, cet homme se plaignit de la présence de cette balle; il prétendait qu'elle le gênait. Elle se trouvait dans le lobe occipital du côté droit, à un centimètre et demi de profondeur. M. Potherat fit une trépanation, enleva la balle. Immédiatement après, cet homme devint aveugle et succomba six jours après, sans fièvre.

Une discussion s'engage dans laquelle MM. QUÉNU, DEMOULIN et DELBET soutiennent qu'en cas de plaies pénétrantes par arme à feu, il faut s'en tenir au nettoyage de la plaie sans tenter l'extraction immédiate du projectile.

M. CHAPUT est de cet avis. Mais quand les balles deviennent gênantes pour les blessés il estime que grâce aux appareils de précision dont nous disposons aujourd'hui on doit en tenter l'extraction.

M. REYNIER va plus loin, et il estime que non seulement on peut tenter l'extraction secondaire, mais aussi l'extraction immédiate de certaines balles, quand les appareils de Contremoulin ou de Rémy ont montré qu'elles ne sont pas trop profondément situées.

M. GUINARD est d'avis de n'aller à la recherche de la balle que lorsqu'elle donne lieu à de graves accidents. Il en cite un exemple. Un homme reçoit une balle dans la tempe droite : coma, crises épileptiformes. Du côté gauche, on sent une saillie, dont la pression détermine des crises épileptiformes. M. Guinard trépane, trouve la balle en deux fragments qu'il extrait. Guérison. M. Guinard fait observer que les trajets des balles actuelles sont toujours rectilignes.

M. DELBET attache une grande importance au signe de Babinski pour le pronostic des plaies pénétrantes du cerveau par balles de revolver.

M. LEGUEU cite un exemple où des phénomènes d'encéphalite l'ont poussé à tenter l'extraction d'une balle profondément située. Guérison.

M. BROCA est pour l'ablation immédiate. Il redouterait même de déplacer un blessé pour le radiographier.

M. ROUTIER a eu à soigner un prêtre qui avait reçu une balle à bout portant dans la tempe droite. Accidents graves consécutifs. Extraction de la balle. Guérison complète. Mort subite trois ans après.

Suture sous-cutanée de la rotule. — M. CHAPUT présente un malade qui marche très bien, il a été opéré de fracture de la rotule par un procédé sous-cutané.

Au moyen de ponctions étroites faites au bistouri, il a passé des fils en U dans le surtout prérotulien, et un point séparé ordinaire sur les ailerons.

Guérison rapide ; au douzième jour, le malade détachait le talon du lit; au vingtième jour, il marchait et fléchissait le genou à angle droit.

Ce procédé présente les avantages suivants : pas d'incision, pas d'épanchement articulaire provenant du suintement des fragments désencapuchonnés, possibilité d'opérer à l'anesthésie locale, maximum de chances de guérison sans complications.

Luxation de la hanche. — M. RICARD présente un malade qu'il a opéré il y a vingt et un ans, huit mois après une luxation traumatique de la hanche. Il a reséqué un peu de la tête fémorale, a creusé un peu ce qui restait de la cavité cotyloïde et réduit le col dans la cavité cotyloïde. Ce malade marche très bien, il a une articulation solide et mobile, il ne reste qu'un peu de raccourcissement.

M. CHAMPIONNÈRE demande à M. Ricard de faire radiographier ce malade très intéressant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 MAI 1910)

Influence de l'adrénaline sur la réparation osseuse et la consolidation du cal. — MM. P. CARNOT et HAVU ont constaté, expérimentalement, une influence favorisante de l'adrénaline sur la réparation osseuse. En suivant la consolidation de rondelles osseuses détachées par une couronne de trépan, chez des chiens traités par l'adrénaline (6 milligrammes par jour) et chez des animaux témoins, ils ont vu que la consolidation osseuse au dix-huitième jour était complète chez les animaux traités par l'adrénaline, alors que chez les témoins la rondelle osseuse était encore légèrement mobile au vingt-troisième jour.

L'examen histologique a montré des résultats de même ordre : la substance osseuse étant beaucoup plus compacte et plus riche en ostéoblastes, les lacunes médullaires étant au contraire moins volumineuses et plus fournies en ostéoblastes et en vaisseaux chez les animaux adrénalinisés que chez les témoins.

L'influence de l'adrénaline sur la réparation osseuse est à rapprocher des résultats obtenus depuis Bossi dans le traitement de l'ostéomalacie par l'adrénaline. Le fait aura probablement des applications en thérapeutique osseuse et notamment dans le traitement des fractures.

Contribution à l'étude des modifications du sang dans l'intoxication par la toluylène-diamine. — MM. A. GILBERT et E. CHABROL ont observé que les injections intrapéritonéales de toluylène-diamine n'étaient d'abord suivies d'aucune modification du sang. C'est seulement au bout d'un certain nombre d'heures que l'on voit poindre une cholémie qui, d'abord légère, s'accentue en même temps qu'apparaît la fragilité globulaire. Celle-ci n'a qu'une durée éphémère; elle fait place au retour de l'état normal ou à une hyperrésistance elle-même passagère. Cependant la cholémie se poursuit pen-

dant quelques jours encore, puis elle s'atténue, s'efface et disparaît.

La position de la fragilité globulaire dans le complexus hématologique est toujours pareille; elle apparaît au début de la cholémie avec un réel retard sur elle ; le sérum se teinte légèrement tout d'abord, la résistance demeurant normale, puis tandis que la coloration du sérum s'accuse nettement, la fragilité se montre. La fragilité globulaire ne représente donc pas le phénomène hématologique initial de l'intoxication par la toluylène-diamine, cette qualité appartient à la cholémie, à une cholémie légère sans doute et très inférieure à celle qui bientôt accompagne la fragilité globulaire mais suffisante pour marquer l'action primitive exercée par le poison sur la cellule hépatique.

On sait d'ailleurs que la toluylène-diamine ne possède in vitro aucune action globulicide et d'autre part les recherches de Joannevics et de Pick ont montré les propriétés hémolysantes du foie intoxiqué. L'ictère causé par la toluylène-diamine ne serait donc pas un ictère hémolytique, au sens actuel du mot, mais un ictère hépatogène avec hémolyse.

Procédé colorimétrique de dosage de la cholestérine dans l'organisme. — M. A. Grigaut. Au moyen de la réaction du cholestol de Liebermann (anhydride acétique et acide sulfurique), l'auteur dose de petites quantités de cholestérine (à partir de 1/10 de milligramme). L'extrait éthéré d'organes, saponifié par la potasse alcoolique est débarrassé des savons et autres impuretés. Un nouveau traitement par l'éther enlève la cholestérine qui, après lavages à l'eau distillée, est dosée colorimétriquement.

Les chiffres trouvés dans le sérum sanguin de l'homme normal varient entre 0,10 et 0,40 par litre, selon les conditions d'alimentation.

M. Parvu expose une réclamation de priorité au sujet de la méthode qu'il a appliquée au diagnostic des kystes hydatiques.

Intégrité des parathyroïdes dans le myxœdème congénital par aphasie du corps thyroïde. — MM. Roussy et Clunet ont pu étudier le système thyroparathyroïdien de deux adultes myxœdémateux congénitaux. Chez ces deux malades, le corps thyroïde était réduit au volume d'un grain de blé et présentait une structure histologique embryonnaire tout à fait comparable à celle que l'on observe dans les premiers mois de la vie fœtale. Les parathyroïdes au contraire étaient bien développées, le volume de chacune d'elles dépassait de trente à quarante fois celui du corps thyroïde, et leur structure histologique répondait à celle d'une glande normale sans aucun signe d'hyper ou d'hypofonctionnement.

Ces faits paraissent aux auteurs apporter un argument de plus en faveur de la doctrine généralement admise aujourd'hui de l'indépendance embryologique, anatomique et fonctionnelle du corps thyroïde et des glandules parathyroïdes.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LA PÉRIODE D'INVASION DE LA GRIPPE

par le docteur E. Brussol.

Il est difficile de préciser dans l'infection grippale une période d'incubation. Celle-ci, en effet, est si courte qu'elle ne dépasse pas vingt-quatre heures et demeure inaperçue.

L'invasion elle-même n'existe pour ainsi dire pas. Parfois marquée par des prodromes tels que frissonnements, malaises, etc., la grippe a d'habitude un début d'une *brusquerie*, d'une brutalité, telle qu'on l'a appelée *pathognomonique*. Alors même que le malade en temps d'épidémie accuse depuis quelques jours un léger coryza, un malaise insignifiant, il ne s'agit pas nécessairement de la grippe, mais que tout à coup un frisson violent éclate, une défaillance subite, une syncope quelquefois, une courbature généralisée, une rachialgie intense, de la céphalalgie, des douleurs oculaires, thoraciques, des angoisses, du délire, des convulsions, et cette soudaineté bruyante annonce la grippe.

En second lieu, il existe une sensation de *faiblesse profonde*, une sorte de prostration, d'anxiété, en un mot, d'asthénie générale qui va en se développant.

« Une courbature très accentuée, dit Widal, puis une lassitude, une fatigue invincible s'emparent du malade. Même dans les cas légers, l'anéantissement, la dépression physique et intellectuelle, le manque d'énergie, l'impossibilité de réagir sont tout à fait hors de proportion avec le caractère bénin de la grippe. »

Tous les auteurs font de cette asthénie progressive l'une des caractéristiques de la maladie et, avec la soudaineté des accidents, elle suffit à faire diagnostiquer l'influenza.

Ce n'est qu'après ce début rapide qu'on voit la fièvre s'élever et atteindre 39 à 39°5. Mais c'est déjà la période d'état.

Or, dès ce début, on ne peut savoir ce que sera l'infection. On ne peut apprécier si la forme thoracique se développera, ou la forme nerveuse, ou la forme intestinale. Cependant la connaissance des antécédents du malade pourra donner d'utiles indications à ce sujet.

Beaucoup de médecins sont d'avis que l'on peut enrayer l'évolution morbide, ou tout au moins l'empêcher de prendre une allure maligne en employant, dès le début, la quinine et le thiocol. Par la quinine, en effet, ils tempèrent l'infection et tonifient l'organisme; par les comprimés de thiocol ou le sirop Roche, ils exercent sur l'état général une action dyamogénique suffisante et sur l'état broncho-pulmonaire des effets désinfectants et modificateurs puissants.

L'expérience semble prouver qu'il en est bien ainsi, et que la grippe traitée par ces moyens, dès la période d'invasion, a une durée plus courte, et une convalescence sans rechute. Les symptômes bronchitiques restent bénins, la toux et l'expectoration n'ont pas de gravité; on n'observe pas de phénomènes asphyxiques ou broncho-pulmonaires, et l'appareil respiratoire redevient normal sans présenter des séquelles inflammatoires.

On doit donc traiter énergiquement la grippe dès la période d'invasion et en temps d'épidémie, instituer le traitement dès la constatation de ces deux grands signes initiaux ; brusquerie de l'attaque et asthénie intense.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1910.) Klippel et E. Chabrol : Le nanisme mitral myxœdémateux (1 fig.) — E. Job et J. Froment : La poliomyélite aiguë (étude épidémiologique). — Haury : La psychiatrie dans l'armée. — W. Mestrezat : Analyse du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — Salebert et Ch. Tubert : Du syndrome urinaire paradoxal de la méningite cérébro-spinale épidémique. — Lafforgue : Deux cas de syndrome cérébelleux par hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Écho médical du Nord. — (N° 10, 6 mars.) M. Leroy et J. Minet : Ulcère perforé de l'estomac, traité et guéri par le drainage sans suture.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 3, 15 fév. 1910.) Holger-Trautner : Nouvelles recherches sur l'origine de l'acide urique (*fin*). — (N° 4, 28 fév.) J. Bouvier : L'opération précoce dans l'appendicite. — (N° 5, 15 mars.) J. Bouvier : L'opération précoce dans l'appendicite (*suite*). — Lardennois : Sur une sigmoïdite ulcéreuse grave.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 20 mai. — MM. Ribierre et Grenet, 20; Laubry, 18.

Prochaine séance, mardi 24 mai, à quatre heures et demie, à l'hôpital Lariboisière.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux aura lieu le 25 juillet 1910.

— Un concours pour la nomination d'un oto-rhino-laryngologiste aura lieu le 17 octobre 1910.

— Bordeaux. — Le bureau de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Bordeaux (années 1910-1911) est ainsi constitué :

Président : M. le docteur Baudrimont; vice-présidents : MM. les docteurs Lalesque (d'Arcachon) et Arnozan; secrétaire général : M. le docteur René Cruchet; trésorier : M. le docteur E. Micheleau; secrétaire des séances : M. Lacoste, interne des hôpitaux.

M. le docteur Rabère (de Pauillac), président sortant, a été nommé président d'honneur.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Composition des jurys :

Médecine générale. — MM. Landouzy (de Paris), Mossé (de Toulouse), Raymond (de Paris), Mairet (de Montpellier), Pic et Roques (de Lyon), Pierre Marie (de Paris), Lacassagne (de Lyon), Crespin (d'Alger).

Maladies mentales. — MM. Pitres (de Bordeaux), Pierret (de Lyon), Rémond (de Toulouse), Thoinot (de Paris), Ducamp (de Montpellier).

Ophtalmologie. — MM. Truc (de Montpellier), Rohmer (de Nancy), Badal (de Bordeaux), Poncet (de Lyon), Marie (de Toulouse).

Chirurgie générale. — MM. Reclus (de Paris), Jeannel (de Toulouse), Forgues et Estor (de Montpellier), Gaudier (de Lille), Pousson (de Bordeaux), Hartmann (de Paris), Pénières (de Toulouse), Coyne (de Bordeaux).

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 10 juin 1910, pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

Section d'anatomie pathologique. — Académie de Bordeaux : M. Pierre-Nadal.

Académie de Lyon : M. Bériel.

Académie de Paris : MM. Alquier, Ameuille, Aubertin, Bréger, Feuillié, Gély, Géraudel, Gougerot, Lefas, Nattan-Larrier, Rathery, Regnault, Renaud, Ribadeau-Dumas, Roussy, Segall.

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 10 juin 1910, pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

Section de matière médicale et pharmacodymamie. — Académie de Paris : MM. Chevalier, Schmitt, Tiffeneau.

— Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 15 juin 1910, pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse :

Section de physique biologique et médicale. — Académie de Lyon : M. Jaubert de Beaujeu.

Académie de Toulouse : M. Bernardin.

HOPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON. — Concours d'internat. — Le jeudi 7 juillet 1910 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, rue Parmentier, 7, devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical, un concours public pour la nomination de deux élèves internes nécessaires au service de l'hôpital. Ils seront nommés pour deux ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital jusqu'au 5 juillet inclus.

Concours d'externat. — Un concours public pour la nomination d'élèves externes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de cinq à sept, aura lieu le lundi 11 juillet 1910. Les inscriptions seront reçues, 7, rue Parmentier, jusqu'au 9 juillet inclus.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le médecin principal Troché.

Médailles d'argent. — MM. les médecins-majors Coulon, Quillon, Lamandé, Vialle, Renard et Tournade.

Médaille de bronze. — M. le médecin-major Cartron.

PREMIER CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANÇAIS. — Ce congrès s'est tenu, ainsi que nous l'avons annoncé, le 12 mai à l'hôpital Saint-André à Bordeaux. Le bureau était ainsi composé : président, M. Rabère (de Bordeaux); vice-présidents, MM. Thibierge et Maurice de Fleury (de Paris), Le Fort (de Lille); Ménard (de Montpellier) ; Bardier (de Toulouse) ; Lalesque (de Bordeaux); secrétaire général, Cruchet (de Bordeaux) ; secrétaires, Stéfani (de Lyon); Heully (de Nancy); Crouzon et Matton (de Paris).

Le principe de l'internat, le recrutement et le fonctionnement de l'internat, son organisation matérielle, son organisa-

tion scientifique, voire même son organisation sociale ont été successivement étudiés par le congrès.

Le deuxième congrès de l'internat aura lieu l'an prochain à Paris ; le troisième, dans deux ans, à Nancy, à l'occasion du centenaire de l'internat des hôpitaux de Strasbourg et de Nancy; le quatrième, dans trois ans, à Lyon.

Les rapporteurs du Congrès de Paris seront désignés par les soins de chaque internat universitaire. L'internat de Paris choisira quatre rapporteurs; les internats de Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier Nancy, Toulouse, nommeront chacun deux rapporteurs; l'internat d'Alger, un rapporteur. Les questions seront successivement envisagées dans le même ordre général que ci-dessus.

COMMISSION PERMANENTE DES CONGRÈS INTERNATIONAUX DE MÉDECINE. — Les 29 et 30 mars 1910 le bureau de la commission permanente instituée au Congrès de Budapest s'est réuni pour la première fois à la Haye. Etaient présents les membres du bureau : MM. Pavy, président; Blondel, Maragliano, Muller, Posner, vice-présidents; Waldeyer, vice-président démissionnaire; Wenckebach, secrétaire général démissionnaire; Burger, secrétaire général; Van der Haer, secrétaire adjoint; ainsi que M. de Grosz, secrétaire général du Congrès de Budapest, et M. Clive Rivière, secrétaire du comité national de la Grande-Bretagne.

Le ministre de l'intérieur des Pays-Bas, M. Heemskebk, a fait au bureau l'honneur de le recevoir d'une manière des plus cordiales et d'assister au dîner offert aux membres du bureau par le gouvernement néerlandais. M. Wenckebach, élu secrétaire général à Budapest, s'est retiré après avoir fait tout le travail préparatoire; il est remplacé par M. Burger (d'Amsterdam).

Le siège du bureau est à la Haye, Hugo-de-Grootstraat 10.

Le bureau, dans cette séance, s'est occupé de la préparation de l'assemblée plénière de la commission permanente qui, vraisemblablement, aura lieu l'automne prochain. Cette assemblée devra s'occuper de l'organisation générale du prochain Congrès de Londres.

Le bureau prie la presse médicale internationale de bien vouloir lui faire hommage soit de l'abonnement de leurs journaux soit des seuls numéros contenant des articles qui se rapportent à l'organisation des Congrès internationaux. Le bureau adresse également aux confrères de tous les pays la prière de lui communiquer tous leurs vœux, tendant à élever le travail scientifique des Congrès.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la dix-neuvième semaine, 938 décès, au lieu de 986 pendant la semaine précédente et au lieu de 966, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être fréquente. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, au lieu de 2 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 33, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (moyenne 37).

Il n'y a eu aucun décès par méningite cérébro-spinale. Les cas nouveaux signalés sont au nombre de 8.

HOPITAL TROUSSEAU (service du docteur SAVARIAUD). — Consultation générale : Tous les jours, à neuf heures, consultation par M. l'interne; à neuf heures et demie, examen des nouveaux par le chef de service; à dix heures, opérations de petite chirurgie et appareils.

Consultation d'orthopédie : Le jeudi, à dix heures, par le chef de service.

Opérations et appareils : Tous les jours, à dix heures.

Radiographie : Tous les jours, docteur Albert-Weil.

Traitement de la scoliose : Lundi, mercredi, vendredi, docteur R. Mesnard; appareils pour scoliose, le lundi, docteur R. Mesnard.

Leçons de clinique et de thérapeutique infantiles : Le samedi, à dix heures et demie, docteur Savariaud.

PROGRAMME DES LEÇONS. — Du 15 mai au 15 juillet : Leçons de thérapeutique chirurgicale infantile et d'appareils, à l'usage des élèves nouveaux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 30 MAI AU 4 JUIN 1910

THÈSES

Mercredi 1er juin, à une heure. — M. BONVOISIN. Des adéno-phlegmons iliaques. (MM. Reclus, président; Segond, Delbet et Pierre Duval.) — M. RAIS. Les luxations aviennes antéro-internes de l'épaule. (MM. Segond, président; Reclus, Delbet et Pierre Duval.) — M. DESOUTTER. Des récidives précoces de la luxation traumatique de la hanche. (MM. Delbet, président; Reclus, Segond et Pierre Duval.)

Jeudi 2 juin, à une heure. — M. MERLE. Etude sur les épendymites cérébrales. (MM. Raymond, président; Hutinel, Gilb. Ballet et Claude.) — M. BÉCHADE. De la tuberculose pulmonaire pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président; Raymond, Gilb. Ballet et Claude.) — M. CLOQUET. Jules Cloquet, sa vie, son œuvre, 1790-1883. (MM. Gilb. Ballet, président; Raymond, Hutinel et Claude.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1910.) P. DELBET et A. CAUCHOIX : Les paralysies dans les luxations de l'épaule. — E. QUÉNU : Des corps étrangers « projectiles » de l'articulation du genou (2 fig.). — Anselme SCHWARTZ et Louis BORY : Une complication rare des fibromes utérins, artérite et embolie artérielle. — BINET : Quelques notions fondamentales sur la rétraction musculaire ischémique de Volkmann (5 fig.) — G. ROTTENSTEIN et G. HOUZEL : La carie sèche de la hanche et l'arthrite déformante juvénile [2 planches (*fin*)]. — CHEVASSU : Tumeurs de la glande sous-maxillaire [4 fig., 2 pl. (*fin*)]. — G. KÜSS : Les rétrécissements péri-coliques pelviens (péri-recto-sigmoïdiens) principalement chez la femme.

Riforma medica. — (N° 12, 21 mars 1910.) Gaetano RUMMO : La lutte contre la malaria. — G. SEVERINO et R. CIAURI : Compression de la moelle épinière par un néoplasme vertébral; considérations relatives aux voies commissurales médullaires et à la physiopathologie des réflexes. La loi de Bastian et la genèse des réflexes superficiels. — Rocco JEMMA : L'anémie splénique infantile due aux parasites de Leishmann. Est-ce le kala-azar? — (N° 13, 28 mars.) Luigi FERRANNINI : L'action de la quinine administrée de façon lente et prolongée sur l'état anatomique et fonctionnel du rein. — A. CELLI : La quinine doit-elle être donnée de façon préventive ou curative dans la malaria? — Rocco JEMMA : L'anémie splénique infantile due aux parasites de Leishmann. Est-ce le kala-azar? — (N° 14, 4 avril.) Domenico DE SANDRO : Le sérum sanguin chez les animaux soumis à l'influence de la quinine. — Gennaro FUSCO : Démonstration de l'existence de la capsulle du bacille charbonneux dans les cultures. — Enrico MARTINI : L'appendicite sénile. — (N° 15, 11 avril) D. DE SANDRO et P. TRIA : La séro-réaction chez les individus sains, en regard de ce qui se passe avec le colibacille, le bacille typhique, etc. — Antonio FONTANA : Contribution au traitement des plaies pénétrantes du thorax avec lésion du poumon. — Giuseppe SERAFINI : Le sarcome de la langue. — (N° 16, 18 avril.) Federico ZUCCARI : L'hydronéphrose par lithiase rénale, à propos d'un cas d'hydronéphrose bilatérale. — Torindo SILVESTRI : La théorie infectieuse du rachitisme. — Vittorio BRUN : La lévulosurie alimentaire et l'urobilinurie comme méthodes d'exploration clinique de l'état fonctionnel du foie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ACROMÉGALIE INFANTILE

PAR MM.
L. BABONNEIX et G. PAISSEAU
Ancien chef de clinique Chef de clinique
des maladies infantiles à la Faculté de médecine.

L'acromégalie infantile est encore assez mal connue. La plupart des ouvrages de médecine générale se bornent à mentionner son extrême rareté. Quant aux traités spéciaux, ils la passent à peu près tous sous silence (1). Il s'en faut cependant que l'acromégalie soit exceptionnelle chez l'enfant. Nous en connaissons aujourd'hui une vingtaine d'observations authentiques, comme le faisait récemment remarquer M. le professeur Hutinel (2). Aussi voudrions-nous, au sujet d'un cas que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service de notre maître, attirer l'attention sur une maladie curieuse et digne, à tous points de vue, d'une étude approfondie.

*
* *

Observation. — Paul L..., âgé de treize ans et demi, entre le 18 décembre 1909, salle Bouchut. L'enfant est né de parents bien portants, une sœur née à sept mois est actuellement âgée de douze ans et en bonne santé. Le développement pendant la première enfance s'est effectué avec la plus grande régularité ; à deux ans, il a fait une rougeole sans complications, à l'âge de cinq ans, une poussée fébrile ayant duré une dizaine de jours et dont la nature exacte est restée indéterminée.

Le début des accidents reste des plus obscurs : à aucun moment, on ne relève d'accidents du côté du système nerveux; néanmoins le développement intellectuel ne paraît pas s'être poursuivi normalement; l'enfant, apathique, somnolent et doux est un arriéré qui n'a jamais pu apprendre à lire et à



Fig. 1.



Fig. 2.

écrire. C'est seulement il y a deux mois que des accidents oculaires sérieux ont fini par émouvoir les parents qui ont alors conduit leur enfant à la consultation de M. Terrien.

Actuellement, l'aspect extérieur tout particulier du malade attire l'attention (fig. 1).

La tête est volumineuse, l'augmentation des dimensions portant principalement sur le diamètre antéro-postérieur, les crêtes osseuses font saillie le long des sutures, la protubérance occipitale et les apophyses mastoïdes sont très grosses. Mais l'hypertrophie de la face est surtout accentuée : le visage est allongé, avec un front bas, fuyant, des apophyses et des rebords orbitaires en saillie.

Les paupières épaissies, allongées, tombantes, se relèvent difficilement ; le nez est très proéminent, épais et empâté, le menton saillant en bas et en avant et le prognathisme est la conséquence du développement exagéré du maxillaire inférieur qui accroît la hauteur du massif facial.

Les joues sont plates, allongées, tombantes, les pommettes saillantes. De grosses lèvres épaisses complètent ce masque

(1) Exception faite pour le *Handbuch der Kinderheilkunde* où Zappert, dans le fascicule 2 du tome II, lui consacre (p. 708) une description d'une dizaine de lignes, et, surtout, pour les *Maladies des enfants*, où MM. Hutinel et Tixier en font l'objet d'un chapitre spécial (t. II, p. 628-636.)

(2) Hutinel. L'acromégalie chez l'enfant, *Clinique*, 25 fév. 1910.

grossier, l'inférieure est particulièrement empâtée et renversée. Mais la langue surtout est énorme, rouge, vascularisée, elle est peu déformée, mais augmentée dans toutes ses dimensions et plus que doublée de volume (fig. 2).

Les déformations sont bien moins caractéristiques sur le reste du squelette. Les mains ne sont pas sensiblement augmentées dans leurs dimensions, mais cependant épaissies et écourtées ; les pieds, sans acquérir le volume monstrueux qu'on note chez certains acromégaliques, ont des dimensions



Fig. 3.

manifestement exagérées (v. les radiogr. 3 et 4). Il n'y a pas de déformations appréciables de la colonne vertébrale.

Il existe une tendance marquée à une obésité précoce, surtout au niveau du tronc et des cuisses, les téguments des cuisses sont légèrement ichtyosiques.

On peut encore relever un certain degré d'épaississement des tibias.

On constate des troubles moteurs très nets au niveau des membres inférieurs : les réflexes rotuliens sont exagérés, le signe de Babinski positif, on met en évidence facilement un certain degré de trépidation épileptoïde.

On note encore de la cyanose des extrémités, des malformations dentaires assez accusées; il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Les organes abdominaux, le cœur et les poumons sont normaux, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'examen électrique des muscles n'a montré aucune particularité digne d'être notée.

Par contre l'examen oculaire pratiqué par M. Terrien donne des renseignements intéressants : il existe tout d'abord une kératite interstitielle prédominante sur l'œil gauche ; sa nature hérédo-spécifique est démontrée par l'amélioration que le traitement mercuriel a provoquée. Ces lésions n'ont pas permis d'examiner utilement le fond de l'œil, mais la vision était suffisamment conservée du côté droit pour qu'il ait été possible de reconnaître un rétrécissement concentrique considérable du champ visuel, dû sans aucun doute à une compression du chiasma optique (fig. 5).

La diminution de l'acuité visuelle, le facies bestial du malade contribuent à lui donner un aspect très particulier : il paraît hébété, la parole est lente et caverneuse, il est maladroit, se meut pesamment et lourdement, mais cet habitus extérieur est également en rapport avec des troubles intellectuels manifestes : c'est un arriéré, ne sachant ni lire ni écrire auquel il arrive fréquemment de faire ses besoins dans son lit. Il semble néanmoins susceptible de préoccupations génésiques qu'il manifeste sans aucune délicatesse au personnel féminin du service.

Ce malade peut donc être considéré, sinon comme un idiot, tout au moins comme un imbécile.

*
* *

Bien qu'il manque, chez notre malade, quelques-uns des symptômes habituels à l'acromégalie, il nous semble que le diagnostic ne saurait être sérieusement discuté. L'augmentation de volume manifeste des extrémités, la macroglossie, les troubles intellectuels constituent, en effet, des symptômes de tout premier ordre, et ne sauraient guère être rattachés à une autre affection. Au surplus, le rétrécissement concentrique du champ visuel à droite et l'agrandissement de la selle turcique si manifeste sur la radiographie viennent encore plaider éloquemment en faveur de notre diagnostic.

Ce cas présente quelques particularités intéressantes :

1° Tout d'abord, chez le jeune Paul L..., l'*acromégalie est fruste*; il nous a semblé, en dépouillant les observations que nous avons pu étudier, que c'était la règle chez l'enfant. Cependant, contrairement à ce que l'on observe dans notre cas, la glycosurie accompagne fréquemment l'acromégalie. Dans un cas de Schlesinger (*Semaine méd.*, 1902, n° 11, p. 86), un individu fut atteint, à l'âge de six ans, de diabète dont il guérit par le traitement habituel. Plus tard il devint acromégalique et sa glycosurie reparut sans d'ailleurs retentir, en aucune façon, sur l'état général.

2° Notre malade est un *hérédo-syphilitique*. Ce n'est pas là un fait isolé, comme le montre l'observation de Pel (*Berl. klin. Wochens.*, 30 oct. 1905), que l'on peut résumer ainsi. Il s'agit d'une famille composée des parents et de trois enfants. Le père est syphilitique, la mère a avorté cinq fois ; elle a

accouché quatre fois à terme; un de ses enfants avait succombé, en bas âge, à une affection indéterminée. La fille, âgée de vingt et un ans, est myxœdémateuse. Le cadet des fils a grandi normalement jusqu'à treize ans; à partir de cette époque, il a commencé à grandir d'une façon extrêmement rapide. Actuellement, c'est un acromégale typique. Il offre, de plus, des signes évidents d'infantilisme. L'aîné des fils est d'une stature gigantesque, mais paraît très bien portant.

3° Chez notre malade, il existe quelques *symptômes de tumeur cérébrale* : troubles visuels, dus évidemment à la compression du chiasma optique, diminution de l'intelligence, céphalées, etc. Les cas de ce genre ne sont pas plus exceptionnels chez l'enfant que chez l'adulte. En voici un exemple dû à Schultze (*Deuts. med. Woch.*, 1903, p. 1191).

Une jeune fille de quinze ans avait, dès la onzième année, présenté des signes nets d'acromégalie. Plus tard, on constata chez elle les phénomènes suivants : stase papillaire double au stade atrophique, exagération de l'odorat et surdité centrale complète à gauche, dysacousie à droite, céphalées et vomissements.

4° Notre malade présente une *tendance manifeste à l'obésité.* C'est là un fait très intéressant, et que nous nous contentons de mentionner ici, nous proposant, dans un travail ultérieur, d'étudier l'influence que peuvent, chez l'enfant, exercer les altérations, fonctionnelles ou autres, de l'hypophyse sur la production de l'obésité.

5° Chez le jeune Paul L..., l'*examen du sang* ne décèle rien d'anormal. Dans un cas, concernant un garçon de quatorze ans, MM. Sabrazès et Bonne (*C. R. de la Soc. de biol.*, t. LVIII, p. 680) ont trouvé une diminution légère de l'hémoglobine et une lymphocytose modérée.

6° Dans notre observation, il est difficile de dire à quelle date précise ont commencé les accidents. Nous savons toutefois que l'acromégalie peut débuter de très bonne heure. Dans un cas de Field (*Brit. med. Journ.*, 1893, t. II, p. 14), un petit garçon de dix-sept mois a commencé, dès le septième mois, à présenter de l'hypertrophie des extrémités inférieures et, depuis lors, cette hypertrophie n'a fait que s'accentuer. Plus tard, on a constaté que la partie inférieure de la figure se développait anormalement : les lèvres sont grosses et éversées, l'os malaire, proéminent, les oreilles, démesurées. L'incurvation des ongles, la tuméfaction des genoux, complétaient l'histoire clinique de ce cas, qui paraît bien ressortir à l'acromégalie.

7° Nous avons minutieusement recherché si, chez notre malade, il n'existait pas de *maladies associées.* On sait en effet que, chez l'adulte, on a signalé maintes fois l'association à l'acromégalie, d'affections nerveuses diverses : syringomyélie, maladie de Basedow, hystérie, etc. Des faits analogues ont été vus chez l'enfant. Arnaud a publié, en 1899, dans la *Clinica medica italiana*, une observation intitulée : *Acromégalie partielle avec maladie de Little.* Elle concerne un garçon, issu de parents bien portants, né à la suite d'un accouchement normal et qui, dès sa naissance, présenta une quadriplégie spasmodique très nette. Ultérieurement, les troubles moteurs finirent par se localiser aux membres inférieurs; ils étaient alors identiques à ceux de la maladie de Little. Dès la naissance, on avait également noté que les pieds offraient un développement extraordinaire. Les orteils étaient aussi larges à leur extrémité qu'à leur base. La peau des membres inférieurs, foncée, épaissie, comme ichtyosique, était parsemée de placards télangiectasiques. Il n'existait pas de troubles sensitifs. Par contre, l'arriération intellectuelle était évidente. Arnaud admet, dans ce cas, une toxi-infection fœtale ayant exercé son action à la fois sur les zones psycho-motrices et sur les centres trophiques situés dans l'écorce.



Fig. 4.

Une observation d'Auerbach relate l'association d'*acromégalie et de myxœdème* et, peut-être, de

syringomyélie. Sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, les phénomènes d'ordre dysthyroïdien s'amendèrent, mais les altérations osseuses ne subirent aucune modification. La radiographie confirma le diagnostic en montrant : 1° l'augmentation de volume de la selle turcique ; 2° l'accroissement démesuré du squelette des mains.

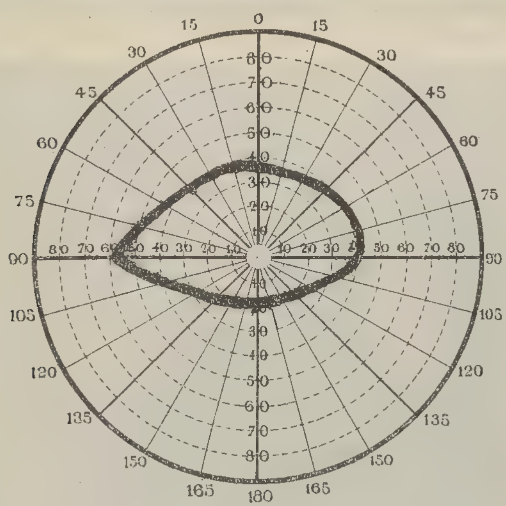


FIG. 5.

Dans le cas d'Hewel, il s'agit d'un jeune homme chez lequel apparurent, à seize ans, des troubles sensitifs divers : paresthésie, douleurs, localisés au membre supérieur droit. Trois ans et demi plus tard, ce même membre était atteint de parésie et s'hypertrophiait en totalité. Les doigts, légèrement recourbés, affectaient la forme de saucissons, ils étaient le siège de cicatrices multiples dues, les unes à des panaris, les autres à des brûlures. La mâchoire inférieure était, du côté droit, plus longue d'un demi-centimètre que de l'autre côté. Les réflexes tendineux étaient exagérés, et même il existait du clonus du pied. La sensibilité, intacte au niveau des membres inférieurs, présentait, au niveau des membres supérieurs droits, le type de la dissociation syringomyélique et, dans ce même territoire, on notait une diminution considérable de l'excitabilité faradique. Ce cas complexe peut être regardé comme un exemple d'*association entre la syringomyélie et l'acromégalie* bien que, d'après Hewel, la plupart des « macrosomies » doivent être rattachées à la syringomyélie.

Pel a rapporté, dans la *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière* (1906, p. 76), un cas d'*acromégalie partielle avec infantilisme.* L'acromégalie était congénitale ; les organes génitaux étaient petits, mal développés. La radiographie ne décelait aucun agrandissement de la selle turcique. Il n'existait, non plus, aucun signe de tumeur cérébrale. Par contre, la constatation de troubles sensitifs spéciaux : anesthésie dissociée, conduisit Pel à se demander si, à l'acromégalie, ne s'associait pas de la syringomyélie. Il s'agit d'ailleurs, dans ce cas, de troubles complexes et que l'on est peut-être en droit de rattacher, avec Pel, à une insuffisance polyglandulaire.

Comme chez l'adulte, nombre de ces associations morbides indiquent vraisemblablement, en effet, l'*atteinte simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne.* C'est ainsi que M. Claude a observé, chez une jeune acromégalique de dix-neuf ans, des symptômes d'ordre thyroïdien : exophtalmie, légère hypertrophie thyroïdienne, tachycardie, nervosité et une hypertension artérielle considérable (23 centimètres au Potain), peut-être attribuable à un fonctionnement anormalement intensif des surrénales. D'autres fois, comme le fait remarquer le même auteur (*Soc. de biol.*, 28 oct. 1905), les phénomènes d'origine surrénale sont encore plus nets ; on sait d'ailleurs (P. Marie) que, chez de tels malades, la reviviscence du thymus est fréquente.

8° Après avoir énuméré les affections auxquelles peut chez l'enfant s'associer l'acromégalie, nous devrions nous efforcer de préciser *ses connexions avec certains vices de développement* qui peuvent lui être comparés : hypertrophie congénitale, gigantisme partiel, leontiasis ossea. Malheureusement, cette question est encore bien obscure.

L'*hypertrophie congénitale* offre, avec l'acromégalie, d'étroites analogies, et, dans certaines observations, on se demande s'il s'agit d'hypertrophie congénitale ou d'acromégalie partielle. C'est ce qui se produit pour les cas de Mazocchi et Antonini, concernant une fillette qui présentait, depuis sa naissance, de l'hypertrophie des mains et des pieds, et chez laquelle il n'existait aucune altération de la colonne vertébrale ni du squelette cranio-facial. D'autres fois, au contraire, comme dans le cas d'Hoffmann (*Beit. z. klin. Chir.*, Bd. XLVIII, h. 2, p. 391) la radiographie de la selle turcique ne révèle aucun agrandissement, et il est possible que l'on ait affaire à un processus d'ordre tératologique indépendant de toute altération hypophysaire.

Au sujet du *gigantisme précoce*, nous pourrions répéter les réflexions que nous avons émises sur le gigantisme partiel, à savoir que la ligne de démarcation est souvent peu nette entre ce syndrome et l'acromégalie. Voici par exemple un cas d'Hudovernig (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, 1905, n° 4, p. 398). Un garçon de cinq ans, très petit jusqu'à dix-huit mois, se met à grandir rapidement à la suite d'une infection aiguë qui a peut-être été une méningite. Actuellement, il a 137 centimètres de taille, et pèse 35k5. L'augmentation de volume porte particulièrement sur les organes génitaux, développés comme ceux d'un adulte, recouverts de poils ; la verge est le siège d'érections fréquentes. L'intelligence est très en retard. La radiographie décèle un élargissement évident de la selle turcique et la substitution, à l'hypophyse, d'une tumeur sanguine ; l'ossification des os des membres correspondait à peu près à celle qui se voit dans la dix-huitième année. S'agissait-il, dans ce cas, d'acromégalie ou de gigantisme précoce? Dans un cas de Ponfick, à l'autopsie d'un enfant de dix-sept ans, mort de néphrite interstitielle, on trouva une hypophyse grosse comme un œuf, et logée dans une selle turcique fortement dilatée. Plus difficile à interpréter est le cas de Curtis Ager (*Arch. of Pediatria*, janv. 1909). Elle concerne un enfant de cinq ans, ayant eu, vers deux ans, une méningite, qui souffre, depuis deux ans, de

diabète insipide et chez lequel, depuis deux ans, est apparue une hypertrophie progressive des os de la face. Malheureusement, l'examen radiographique ne paraît pas déceler un agrandissement de la selle turcique, et l'on ne peut, dans ce cas, que soupçonner une lésion hypophysaire.

9° *Quelles relations établir entre l'acromégalie et le gigantisme?* — Il y a quelques années, à la suite des remarquables travaux de P.-E. Launois et de Brissaud, on était arrivé à cette formule séduisante : le gigantisme est l'acromégalie de l'enfance, l'acromégalie est le gigantisme de l'adulte. Dans le gigantisme, les cartilages épiphyso-diaphysaires n'étant pas encore soudés, l'os s'accroît en long. Dans l'acromégalie, ces mêmes cartilages étant ossifiés, l'accroissement de l'os se fait en large, aux dépens du périoste. L'un et l'autre de ces états semblent d'ailleurs conditionnés par la même cause : une lésion de l'hypophyse.

Ces théories ont malheureusement été l'objet de quelques critiques. Si la première d'entre elles était exacte, on ne devrait, en effet, jamais observer d'acromégalie chez l'enfant. Or, nous avons vu que les cas d'acromégalie infantile sont beaucoup moins rares qu'on ne l'a dit. Quant à la seconde, que l'on a quelquefois exprimée schématiquement de la façon suivante : *Tumeurs de l'hypophyse = acromégalie*, elle est passible de toutes sortes d'objections dont voici les principales :

a. *Les tumeurs de l'hypophyse peuvent parcourir toute leur évolution sans jamais se compliquer d'acromégalie.* — En voici un exemple, dû à M. Soca. Une jeune fille de dix-huit ans, actuellement bien portante, fut prise brusquement de perte de connaissance. Lorsqu'elle revient à elle, on constate qu'elle présentait les symptômes suivants : atrophie optique double, d'où diminution considérable de l'acuité visuelle, immobilité pupillaire, ataxie, vomissements, somnolence. Au bout de sept mois, à ces phénomènes s'ajoutèrent des troubles intellectuels et de l'hyperesthésie cutanée généralisée, mais il n'y eut jamais de signes d'acromégalie. La malade mourut de pneumonie. A l'autopsie on trouva une tumeur de l'hypophyse, comprimant le chiasma, les nerfs optiques, les tubercules mamillaires, le pédoncule cérébral.

Des faits analogues ont été publiés chez l'enfant par Cagnetto, v. Eiselberg, etc.

b. *L'acromégalie ou le gigantisme partiel peuvent être la conséquence de lésions cérébrales respectant l'hypophyse, et, particulièrement, de tumeurs occupant la glande pinéale.* C'est ce que prouvent les observations suivantes.

Dans le premier cas, dû à Holzhauer (*Tumeurs cérébrales chez l'enfant*, Th. de Berlin, 1903), un petit garçon souffre, depuis un an, d'attaques convulsives suivies de perte de connaissance; il est devenu triste et pleure à tout instant; il a même eu, il y a quelques mois, un accès de folie furieuse qui a duré un jour. Depuis trois semaines, il éprouve une grande fatigue dans les jambes. On a remarqué chez lui, depuis le début des troubles nerveux, un développement anormal des organes génitaux, puis un accroissement exagéré de la taille, si bien que lors de son entrée à l'hôpital, il ne mesure pas moins de 1m08. A partir de ce moment, les symptômes de tumeur cérébrale se confirment, et la mort survient rapidement au milieu de convulsions généralisées. A l'autopsie, on trouve une tumeur irrégulière, kystique, du volume d'une petite pomme, provenant de la glande pinéale, occupant la partie postérieure du troisième ventricule, et que l'examen histologique montre être un psammo-sarcome.

Le cas d'Œstreich et Slawyk n'est pas moins intéressant. Il concerne un petit garçon sans antécédents pathologiques et qui, jusqu'à l'âge de trois ans, s'était normalement développé. A partir de cette époque, il devint maussade et taciturne. Puis on ne tarda pas à s'apercevoir que ses seins et sa verge augmentaient considérablement de volume. Vers quatre ans, il survint des symptômes typiques de tumeur cérébrale, si bien qu'on porta le diagnostic de tumeur de l'hypophyse. Ce diagnostic paraissait d'autant plus justifié que, sur la radiographie, on constatait une ombre occupant toute la région qui s'étend de la selle turcique au sommet du crâne. La mort survint dans le coma. A l'autopsie, intégrité absolue du corps pituitaire. Par contre, la glande pinéale était occupée par une tumeur grosse comme une petite pomme et offrait tous les caractères d'un psammo-cysto-sarcome. L'ombre vue à l'examen radiographique était en rapport avec la calcification des os de la voûte, laquelle était plus avancée dans la région sphéno-pariétale que dans la partie occipitale du crâne (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3).

Enfin, à la séance de l'*Académie de médecine* du 15 mars 1910, MM. Raymond et Claude ont rapporté l'observation d'un garçon de dix ans chez lequel, trois ans auparavant, étaient apparus des signes de tumeur cérébrale : céphalée, vomissements, diminution de l'acuité visuelle, et, en outre, des phénomènes généraux : adipose, développement anormal de la taille et du poids, pilosité génitale. Après plusieurs phases d'accalmie et d'aggravation, le volume de la tête augmenta brusquement, la cécité devint absolue, en même temps qu'une paralysie à peu près complète envahissait les quatre membres. Quelque temps après, le petit malade succombait dans le coma. L'autopsie montra l'existence d'une tumeur gliomateuse développée aux dépens de l'épiphyse. Par contre, l'hypophyse, comprimée par la paroi inférieure du troisième ventricule, était réduite des deux tiers de son volume.

c. *Les altérations anatomiques de l'hypophyse peuvent manifester leur existence par des symptômes très différents de l'acromégalie : obésité, polyurie* [Arnould, Byron-Bramwell (1)], *infantilisme sexuel* (Cushing).

De ces considérations, on pourrait conclure que l'acromégalie est presque toujours indépendante d'une lésion hypophysaire. Ce serait là une exagération manifeste. Il y a des cas où l'acromégalie est

(1) Arnould. *Tubercule de l'hypophyse et polyurie*, Th. de Nancy, 1907-1908.

manifestement produite par une tumeur hypophysaire. En voici un exemple, emprunté à Hochenegg (*XXXVIIe Congrès allemand de chirurgie*, Berlin, avril 1908). Une jeune fille de quinze ans est prise, subitement, de violentes céphalées et de vertiges, et, en même temps, on constate une diminution notable de l'acuité visuelle et un amoindrissement appréciable de la mémoire. Ces phénomènes disparaissent au bout de douze mois, pour revenir au bout de quatre ans; il s'y joint alors des signes typiques d'acromégalie, et l'examen radiographique décèle l'existence d'une tumeur hypophysaire. On intervient chirurgicalement par la voie nasale, et on enlève cettte tumeur. Les suites opératoires furent excellentes et, au bout de trois semaines, la malade quittait l'hôpital. Elle remarquait alors que ses dents tendaient à se rapprocher, et que ses extrémités diminuaient de volume au point qu'elle ne voulait plus accepter ses bottines, déclarant qu'on les lui avaient changées.

En somme, si, le plus souvent, l'acromégalie paraît venir compliquer les tumeurs de l'hypophyse, il est évident qu'il n'en est pas toujours ainsi, soit qu'elle se produise indépendamment de toute altération hypophysaire, soit que les altérations manifestent leur existence par des symptômes spéciaux : polyurie, obésité, etc. D'ailleurs, il ne répugne pas d'admettre que l'acromégalie puisse être la conséquence de simples troubles fonctionnels de la sécrétion hypophysaire. Comment expliquer d'autre façon le cas de Parhon et Zalplachta, concernant un individu jeune encore, et offrant tous les signes du gigantisme? Un de ses oncles était atteint d'acromégalie, sa mère était obèse.

10° Fait curieux, *un certain nombre de cas d'acromégalie infantile concernent des sujets de race nègre.* C'est ainsi que dans un cas de Lackey, un jeune nègre fut pris, vers la treizième année, de douleurs si vives dans les membres, qu'il dut garder le lit plusieurs semaines. En même temps, il éprouvait une soif vive. A vingt-huit ans, il avait plus de six pieds. Les viscères, et en particulier le cœur, participaient au processus morbide. Comme autres phénomènes, on notait de la scoliose, mais les troubles psychiques faisaient complètement défaut.

Dans un cas de Beaven Rake (*Brit. med. Journ.*, 1893, t. I, p. 518), un jeune nègre de dix ans présente une augmentation de volume de la tête et de la face; de l'hypertrophie des deuxième et troisième orteils de chaque côté, un élargissement très net aux extrémités inférieures, moins net, mais encore appréciable, aux extrémités supérieures. Il s'agirait, suivant Rake, d'une acromégalie au début.

Citons encore le cas de Valdès (*Presse méd.*, 1897, n° 174) : un garçon de quatorze ans, dont les parents sont très bien portants, et qui jouit lui-même d'une bonne santé habituelle, a éprouvé il y a quelques mois, à la suite d'un refroidissement, une lassitude extrême qui l'a obligé à interrompre son travail. Depuis cette époque, ses pieds ont subi une augmentation de volume progressive, si bien que l'on a dû lui acheter des souliers de pointure de plus en plus grande. Les mains, la mâchoire inférieure, les clavicules, se sont, elles aussi, anormalement développées. Il n'y a pas de macroglossie. Par contre, les organes génitaux sont encore volumineux. Il existe un certain degré de cyphose cervico-dorsale. Le sujet est devenu paresseux et se plaint fréquemment de céphalalgie. On n'a pas procédé, dans ce cas, à l'examen du fond des yeux.

11° *L'acromégalie peut être héréditaire et familiale.* — Tantôt, dans ce cas, il s'agit d'acromégalie typique (Bonardi, de Cyon, Fräntzel, Schwöner, etc.), et tantôt de syndromes plus ou moins voisins de l'acromégalie. Voici, par exemple, une observation due à MM. Danlos, Apert et Lévy-Frænkel (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 mars 1909, p. 653). Elle concerne une famille de cinq membres dont quatre présentaient une cyphose dorsale très prononcée, et que l'on retrouvait aussi chez nombre de leurs ascendants et de leurs collatéraux. Cette cyphose aurait, chez tous, commencé dans la première enfance. En outre, la plupart des membres de cette famille sont porteurs d'anomalies curieuses ; deux sujets possèdent trois mamelons, un troisième en possède quatre. Un sujet porte à la mâchoire supérieure une incisive supplémentaire du côté gauche, laquelle est de dimensions doubles de la normale; une autre incisive supplémentaire, encore en partie incluse dans la mâchoire, se voit du côté opposé. Plusieurs sujets ont tendance au prognatisme maxillaire et à l'allongement des extrémités; chez l'un d'eux, âgé de dix-sept ans, cette conformation est au maximum, et fait tout de suite penser à de l'acromégalo-gigantisme. Un autre sujet, âgé de quatorze ans, comme taille et comme corpulence, est très au-dessus de la moyenne de cet âge. Les auteurs pensent, dans ce cas, à des troubles du fonctionnement hypophysaire, héréditaires et familiaux, susceptibles de donner, chez la plupart des membres d'une famille, quelques symptômes d'hyperpituitarisme et, chez un seul, le syndrome acromégalique complet.

***

Telles sont les considérations que nous a inspirées la lecture des quelques cas que nous avons pu trouver dans la littérature médicale : elles n'ont d'autre prétention que celle de rappeler aux uns et aux autres que l'acromégalie n'est pas exceptionnelle chez l'enfant et qu'elle présente, à cet âge, quelques particularités intéressantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 MAI 1910)

Décomposition du chloroforme dans l'organisme. — M. M. NICLOUX.

Détermination des acides volatils dans les produits de fermentation de quelques microbes d'après la méthode de Duclaux. — M. G. SELIBER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MAI 1910)

Contribution à l'étude de la syphilis familiale (recherches à l'aide de la méthode de Wassermann). — MM. J. BABINSKI et A. BARRÉ. La syphilis familiale (conjugale et héréditaire) n'est pas toujours, tant s'en faut, très apparente. Elle peut être latente et ce sont parfois les symptômes des affections dites parasyphilitiques qui permettent de la découvrir.

M. Babinski, au moyen d'investigations pratiquées systématiquement sur des sujets mariés à des malades atteints de tabes ou de paralysie générale, a montré, il y a déjà longtemps, que la méningite chronique spécifique conjugale est bien plus fréquente qu'on ne le croyait jadis. Il a été possible de déterminer ainsi l'existence de phénomènes tabétiques chez des femmes se croyant absolument saines et affirmant n'avoir jamais eu aucun symptôme suspect; sans les signes du tabes on n'aurait pas su qu'elles avaient été contaminées.

Si l'on considère que, d'une manière générale, la méningite chronique syphilitique est rare relativement à la fréquence de la syphilis, il y a tout lieu de penser que les cas de méningite chronique spécifique conjugale sont exceptionnels par rapport au nombre des cas de syphilis conjugale. Or, puisque, d'une façon absolue, la méningite chronique spécifique conjugale n'est pas une rareté, il est permis de supposer que la syphilis conjugale est chose assez commune. C'est au moins une hypothèse qu'il est légitime d'émettre et qu'on peut aujourd'hui contrôler bien plus aisément qu'autrefois, grâce à la méthode de Wassermann.

Les investigations faites par les auteurs leur ont permis, à l'aide du séro-diagnostic, de déceler dans bien des cas la syphilis chez des femmes et des enfants de malades atteints soit de tabes soit de paralysie générale; ces femmes et ces enfants ne présentaient d'ailleurs aucune manifestation clinique de syphilis; ils n'étaient suspects qu'en raison de leurs liens familiaux.

En principe, lorsque, dans un ménage, un des conjoints reconnaît avoir eu la syphilis ou en présente des stigmates, l'autre conjoint et les enfants issus de leur union devraient être soumis à l'épreuve du séro-diagnostic.

Il serait intéressant aussi dans les cas de syphilis familiale de savoir quel était, au moment du mariage, l'âge exact de la syphilis chez le conjoint qui a apporté la maladie. A leur regret, sauf dans une des observations qu'ils rapportent, MM. Babinski et Barré n'ont pu obtenir de renseignement sur ce point.

Une vaste enquête, pratiquée conformément aux indications qu'ils viennent d'énoncer, donnerait des résultats qui, au point de vue pratique, auraient sans doute de l'importance. Ils permettraient peut-être en particulier de déterminer, d'une manière encore plus rigoureuse qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, le délai au delà duquel la syphilis ne risque plus d'être transmissible.

Scarlatine grave. Mort rapide, lésions des surrénales et du pancréas. — MM. Léon TIXIER et Jean TROISIER ont observé chez une fillette de trois ans un cas de scarlatine grave terminé par la mort à la suite d'accidents cardio-vasculaires. L'autopsie montra une absence totale de lésions de l'endocarde et du myocarde; mais, par contre, ils trouvèrent des hémorragies massives des glandes surrénales. Les régions de glande épargnées par l'hémorragie présentaient les caractères histologiques de l'hypoépinéphrie (absence complète de graisse labile et indélébile). Le pancréas était aussi très altéré, on constatait une infiltration leucocytaire péri et intraacineuse avec réaction hyperplasique des acini et prolifération nucléaire.

Il semble permis de faire intervenir les altérations des glandes vasculaires sanguines dans la pathogénie des troubles cardio-vasculaires et de la mort rapide au cours de certains cas de scarlatine, comme le fait est en partie démontré pour la diphtérie.

Réactions méningées frustes. — MM. G.-E. SCHNEIDER, A. SICRE et E. COMBE présentent les observations de six malades atteints de réactions méningées frustes et appartenant à une collectivité où s'étaient produits des cas de méningite cérébro-spinale authentiques.

L'étude du liquide céphalo-rachidien de ces malades fournit des résultats négatifs ainsi que l'hémoculture; le méningocoque fut trouvé dans le mucus rhino-pharyngé de plusieurs d'entre eux.

Se fondant sur cette constatation et l'existence d'une légère rhino-pharyngite, comme sur les résultats négatifs de l'hémoculture et de l'examen du liquide céphalo-rachidien (cytologie, cultures, précipito-diagnostic), les auteurs interprètent ces faits comme relevant de l'imprégnation du système nerveux par la toxine méningococcique élaborée au niveau du rhino-pharynx.

Ils insistent sur la nécessité d'assimiler, au point de vue prophylactique, de tels malades à des méningites authentiques.

Erythème polymorphe (forme bulleuse) avec complications pleuro-pulmonaires et endocardiaques. — MM. P. TEISSIER et H. SCHAEFFER. Jeune fille sans antécédents personnels, rhumatismaux en particulier, chez laquelle se développe un syndrome infectieux mal défini, évoluant au milieu de symptômes d'embarras gastro-intestinal, de douleurs arthralgiques, de pharyngite et d'angine, d'hyperthermie avec hypotension, d'albuminurie, caractérisé surtout par un érythème généralisé, polymorphe, douloureux, à poussées initiales bulleuses et ensuite maculo-papuleuses.

Au cours de cet érythème à poussées subintrantes, surviennent de la congestion pleuro-pulmonaire bilatérale et une endocardite mitrale se traduisant d'abord par de l'assourdissement du premier bruit, puis par un souffle apexien remplaçant ce bruit et dont la nature organique ne peut être mise en doute.

Cette observation est particulièrement intéressante à cause de sa précision, et parce que, fait contradictoire en apparence, l'endocardite paraît rare dans les formes bulleuses de l'érythème polymorphe, alors que dans les formes maculo-papuleuses moins graves, elle serait plus fréquente.

Sur deux cas de leucémie myéloïde aiguë. — MM. VAQUEZ et FOY rapportent deux cas de leucémie aiguë à évolution très rapide (trois semaines dans le premier cas, onze jours dans le second) : après avoir signalé quelques symptômes cliniques un peu particuliers ils insistent surtout sur l'examen du sang de la leucémie aiguë.

La déglobulisation est excessivement rapide chez les malades de ce genre et l'on voit en l'espace de quelques jours les globules rouges tomber de 2 000 000 à 800 000 et 540 000. Ces globules rouges sont plus fragiles que normalement, comme le montre la mesure de la résistance globulaire. L'hémolyse commençait dans un cas à 59,5 (sol. de NaCl à 7 p. 1000), dans les deux cas enfin les auteurs ont noté une petite quantité d'hématies granuleuses.

Les globules blancs sont en nombre relativement peu élevé (40 000 et 6 000) et même 4 500 dans un examen, c'est-à-dire de la leucopénie. L'équilibre leucocytaire est complètement bouleversé : la majorité (75, 80, 90 p. 100) des éléments blancs est constituée par de gros mononucléaires, non granuleux à protoplasma basophile, alors que les polynucléaires neutrophiles tombent au chiffre de 15 et 10 p. 100. Les auteurs insistent tout particulièrement sur l'existence dans le sang de leurs deux malades, de cellules spéciales, gros mononucléaires à noyau arrondi et à protoplasma bourré de fines granulations neutrophiles facilement mises en évidence par le triacide d'Ehrlich ou par le Nay Grünwald. Ces cellules correspondent à ce que Pappenheim a décrit sous le nom de promyélocytes, c'est-à-dire des cellules intermédiaires aux gros mononucléaires ou cellules primordiales et aux myélocytes proprement dits.

L'existence de ces cellules intermédiaires permet de porter le diagnostic de l'origine myéloïde de la leucémie.

Les auteurs ont également étudié les leucocytes au point de vue de leurs propriétés vitales et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Les polynucléaires seuls phagocytent alors que les gros mononucléaires restent absolument inactifs;

2° L'index opsonique est abaissé;

3° La valeur phagocytaire des leucocytes est augmentée dans la leucémie aiguë.

Recherches et considérations cliniques sur le rythme de la sécrétion urinaire et sur la diurèse provoquée par ingestion d'eau (polyurie expérimentale). — MM. VAQUEZ et COTTET, appliquant à la clinique générale les conclusions des belles recherches du professeur Albarran sur la polyurie expérimentale, exposent une méthode d'exploration de la fonction rénale, basée sur l'étude du rythme urinaire du nycthémère et de la diurèse provoquée par ingestion d'une certaine quantité d'eau. Ils montrent comment, par la comparaison des résultats obtenus dans la position couchée et de ceux obtenus dans la station debout, on peut dissocier dans les modalités de la diurèse la part qui revient aux reins et celle qui revient aux facteurs autres que le rein (tube digestif, foie et cœur), l'oligurie orthostatique étant pour eux un phénomène d'ordre surtout extra-rénal.

Ces faits n'ont pas que l'intérêt d'une contribution à l'étude de la physiologie normale et pathologique de la diurèse. Ils offrent aussi un grand intérêt clinique par la précision et la sûreté qu'apporte au diagnostic et au pronostic des affections rénales et cardio-rénales la connaissance de la valeur fonctionnelle des reins. Enfin, dans la pratique, ils donnent des indications utiles pour régler à la mesure du débit rénal la quantité de liquide, que doivent ingérer, soit dans leur régime habituel, soit au cours des cures de diurèse, les malades, dont la perméabilité rénale est diminuée.

Notes et observations sur 129 cas de diabète. — M. VERDALLE résume et analyse les observations qu'il a faites à la Bourboule dans ces dernières années.

Les causes les plus fréquentes sont : l'hérédité, dans un tiers des cas; le traumatisme physique ou moral, rarement encore; dans ces cas les allégations des malades demandent à être rigoureusement observées.

Il n'a observé qu'un seul cas de diabète conjugal sur 129 malades. Il pense que le plus souvent il y a simple coïncidence, causée par les mêmes conditions sociales et les mêmes mauvaises habitudes d'hygiène.

L'auteur passe en revue les signes les plus fréquents observés au début : les accidents et les complications.

La marche de la maladie est importante à connaître; la glycosurie dite alimentaire n'existe pas; elle ne doit être négligée ni par le malade ni par le médecin, car c'est par ces petites doses, soi-disant négligeables, que débute un grand diabète, lequel accusera dans la suite des chiffres de 200, 300, 500, jusqu'à 1200 grammes.

Il y a des diabètes frustes, qui passent inaperçus quand on n'a pas soin de faire l'analyse fractionnée (Gilbert et Lereboullet) et on observe, M. Verdalle en cite plusieurs cas, de véritables poussées de diabète chez certains malades, poussées comparables aux crises de la goutte ou plutôt de l'arthritisme.

L'albuminurie a été observée par l'auteur dans un cinquième des cas; elle cède en même temps que le diabète et suit sa marche.

Les doses maxima observées par lui ont été de 500 et même 1200 grammes, les doses minima de 2 grammes, mais ces doses minima ne signifient rien; partant de ces chiffres le diabète peut monter aux plus élevés.

L'urée est en général proportionnelle au sucre; les gros chiffres d'urée correspondent aux gros chiffres de sucre; quand il y a disproportion elle s'explique par l'âge, la débilité du malade, quelque complication (tuberculose) ou encore par une forme spéciale (pancréatique).

Le taux de l'urée baisse ou monte proportionnellement à celui du sucre et cela indépendamment de l'alimentation du malade ou de la vie qu'il mène.

Le diabète est toujours très grave chez l'enfant, presque toujours mortel à brève échéance; l'auteur a cependant observé un cas de diabète ayant débuté à l'âge de cinq ans et durant plus de vingt ans sans grand dommage.

Chez les jeunes gens, bien que moins grave que chez l'enfant, le pronostic est toujours très sérieux; l'auteur en cite treize observations.

Le traitement du diabète à la Bourboule amène, en général, une amélioration notable, tant au point de vue clinique qu'au point de vue chimique. Le sucre diminue pour disparaître parfois complètement; l'urée tend à revenir à sa dose normale; en même temps l'état général se relève très notablement.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 MAI 1910)

Hémiplégie gauche avec aphasie. — M. DUFOUR présente une malade qui fut prise d'hémiplégie gauche avec aphasie pendant le travail de l'accouchement. D'abord totale, l'aphasie est actuellement surtout motrice avec cependant un certain degré de surdité verbale. Il s'agit probablement d'une artérite syphilitique rompue sous l'influence des efforts du travail : la malade et son enfant ont la réaction de Wassermann, l'enfant, actuellement âgé d'un an et demi, est rachitique et ne pèse que le poids d'un enfant de cinq mois. L'orateur a constaté chez sa malade les signes d'hyperexcitabilité réflexe sur lesquels M. CLAUDE a insisté, et qu'il a lui-même décrits dans sa séméiologie nerveuse. Les injections de stovaïne atténuent la contracture pendant quelques heures.

Pour ce qui est de l'aphasie, M. Dufour pense que ce trouble est en partie dû à ce que les sujets n'ont conscience que d'un certain nombre de mots, d'autres manquant.

Contracture du médius. — MM. DÉJERINE et FERRY présentent un cas fort curieux de contracture du médius. Il s'agit d'une femme de dix-huit ans qui, à l'âge de trois ans, a eu ce doigt pris dans une porte. L'ongle est tombé voici deux ans, et, actuellement, le doigt est fléchi et contracturé en flexion, on peut le redresser, mais il reprend sa position.

La sensibilité est normale, il s'agit d'une contracture fonctionnelle qui cède pendant le sommeil naturel et artificiel; la cause doit en être cherchée dans l'existence d'une chéloïde douloureuse de la dernière phalange.

Sur un cas de pseudo-myxœdème ou d'infantilisme myxœdémateux. — MM. P. MARIE et FOIX montrent un garçon de huit ans ayant un facies myxœdémateux, sans pachydermie des extrémités, avec cryptorchidie. L'intelligence est intacte. Il s'agit d'insuffisance polyglandulaire, surtout testiculaire, ou d'infantilisme myxœdémateux type Brissaud. — M. ALQUIER soigne depuis dix-huit mois un enfant ayant comme celui-ci le facies myxœdémateux, et la cryptorchidie sans autre signe somatique, mais différant par un retard considérable au point de vue intellectuel, et par l'amélioration des plus nettes, produite par l'opothérapie thyroïdienne, demeurée sans effet dans le cas actuel.

Le liquide céphalo-rachidien au cours des pachyméningites rachidiennes. — MM. SICARD et FOIX. Au cours des pachyméningites rachidiennes (mal de Pott ou cancer), il existe un véritable syndrome biologique du liquide céphalo-rachidien, caractérisé par une très forte réaction albumineuse décelable par la chaleur et l'acide nitrique, et par la rareté ou parfois même l'absence d'exsudat lymphocytique. A ce dysparallélisme clinique et cytologique peuvent se surajouter deux autres éléments : une teinte jaune verdâtre du liquide et la diminution du glycose céphalo-rachidien. Ce syndrome a été vérifié dans neuf cas de mal de Pott avec ou sans signes rachidiens, et trois cas de métastases osseuses rachidiennes.

Sur la possibilité de déterminer la hauteur de la lésion dans les paraplégies d'origine spinale par certaines perturbations des réflexes. — MM. J. BABINSKI et JARKOWSKI. Chez certains animaux, tels que le cobaye, le lapin, une section de la moelle provoque une exagération des mouvements réflexes dans la partie du corps située au-dessous de la lésion et le territoire des réflexes exagérés se confond avec celui de l'anesthésie.

Si, au lieu de pratiquer une simple section, on détruit la moelle sur une certaine longueur, l'anesthésie et l'exagération des réflexes n'atteignent pas la même hauteur; la première est en rapport avec le niveau supérieur de la lésion, la seconde avec son niveau inférieur.

Leurs expériences, outre qu'elles leur ont permis de véri-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de l'urétrite chronique, par le docteur Emile JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, chef du service des maladies des voies urinaires à l'hôpital général. (« Consultations médicales françaises », fasc. XIII). In-16 de 24 pages. — Prix : franco, 0 fr. 50; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Neurasthénie et Névroses. Leur guérison définitive en cure libre, par le docteur Paul-Emile LÉVY, ancien interne des hôpitaux de Paris. Fort in-16, 2e édition. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON, pharmacien de première classe, ex-externe lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du « Répertoire de pharmacie » et des « Annales de chimie analytique ». 17e édition. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

La Tension artérielle en clinique, par GALLAVARDIN. In-8 de 206 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Steinheil.

fier ces faits, leur ont appris qu'une lésion partielle de la moelle, insuffisante pour engendrer une paralysie et une anesthésie complètes, peut donner lieu à une exagération des réflexes identique à celle qui résulte d'une solution totale de continuité.

De plus, des observations anatomo-cliniques leur ont montré que ces notions de pathologie expérimentale peuvent être importées dans le domaine de la pathologie humaine.

Les mouvements réflexes considérés au point de vue dont il vient d'être question peuvent donc servir à déterminer chez l'homme la limite inférieure d'une lésion spinale et la longueur de celle-ci, quand d'autres symptômes en indiquent la limite supérieure.

Mais, dans l'étude de ces réflexes, on est exposé à diverses erreurs d'interprétation qu'il est essentiel d'apprendre à éviter.

Recherche dite butyrique de Noguchi et Moor. — MM. Baudouin et Français. Il suffit de mettre en présence deux parties de liquide céphalo-rachidien et cinq parties d'acide butyrique à 10 p. 100, chauffer, ajouter une partie d'une solution décinormale de soude. La méthode, pas absolument positive, donne cependant des résultats dans presque tous les cas de syphilis du névraxe, et crée une présomption en faveur du diagnostic de syphilis.

Parathyroïdes et maladie de Parkinson. — M. Alquier, à l'autopsie d'une vieille parkinsonienne, trouve dans les parathyroïdes un état intermédiaire entre l'hypertrophie avec substance colloïde abondante, décrites par certains auteurs, et l'aspect plutôt atrophique qu'il avait constaté lui-même chez deux autres malades (voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1615) dont les parathyroïdes, de volume sensiblement normal, étaient très riches en vésicules adipeuses, la glande étant représentée par des boyaux cellulaires, plutôt étroits, formés de petites cellules, sans colloïde. Ici, les parathyroïdes sont constituées par des cordons plus volumineux, le protoplasma des cellules est fortement éosinophile, certaines renferment des amas de substance colloïde très nette, mais toujours peu abondante. Les cellules glandulaires présentent de nombreuses vacuoles. Ces faits démontrent que dans la maladie de Parkinson, l'état des parathyroïdes est variable, comme celui de la thyroïde qui, ici, pesait 14gr50 et était très sclérosée.

Sur la lésion osseuse du mal de Pott. Son rôle dans la genèse de la compression nerveuse, son mode de réparation. — MM. L. Alquier et B. Klarfeld apportent deux autopsies avec grosse déformation rachidienne : coudure à angle droit, dans un cas, tandis que dans l'autre l'effondrement en avant de cinq vertèbres dorsales faisait décrire à la partie correspondante du canal rachidien un demi-cercle allongé dans le sens antéro-postérieur; il n'y avait pas de compression nerveuse du fait de la lésion osseuse, laquelle n'agit dans ce sens que par accident : luxation, pour le mal sous-occipital, et ailleurs, projection vers le canal rachidien d'esquilles ou d'un éperon osseux, dû à la conservation partielle de la partie reculée d'un corps vertébral. Le processus de réparation, dans le premier cas, cliniquement guéri depuis trente-neuf ans, se réduisait à quelques ponts de substance osseuse réunissant les os effondrés, aux points où ils entrent en contact, sans ostéophytes dans les parties molles. Le foyer tuberculeux est représenté par un tissu adipeux et est environné d'une zone d'ostéite condensante, irrégulière, pas plus importante dans ce cas que dans le deuxième, où cependant les lésions tuberculeuses sont en pleine activité, ce qui permet de la considérer comme un phénomène réactionnel, contemporain de la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 MAI 1910)

Traitement préventif de la syphilis (*suite*). — M. Butte, à propos de la communication de M. Gastou sur le traitement préventif et non abortif de la syphilis, demande que la Société soit appelée à donner son avis autorisé sur cette question, soit en priant M. Gastou d'apporter des conclusions motivées, soit en chargeant une commission spéciale de rédiger ces conclusions sur lesquelles la Société pourrait voter.

M. Hallopeau demande à ses collègues d'expérimenter le traitement antisyphilitique qu'il préconise. Ils ne courront aucun risque, car ce traitement comprend tous les moyens usuels du traitement intensif; l'injection locale constitue en outre une arme plus puissante que les autres.

M. Hallopeau a observé 14 cas favorables sur 14.

M. Paul Guillon rappelle la campagne qui a été faite contre l'affichage charlatanesque dans les édicules publics; elle sera certainement reprise, et, en attendant, il est indispensable d'affirmer hautement qu'il n'existe pas encore de traitement abortif de la syphilis.

Présentation de malade. — M. Dabout présente un malade opéré d'ostéome traumatique intramusculaire du vaste externe de la cuisse droite ; il apporte en même temps la production osseuse néoformée et les radiographies relatives à cette affection, consécutive à un coup de pied de cheval.

L'auteur insiste sur l'apparition relativement tardive de cet ostéome, une première radiographie faite six semaines après l'accident ayant été négative, et sur la pathogénie de ces formations osseuses dans les muscles.

M. Coudray. L'origine périostique des ostéomes a cédé le pas à l'origine myopathique qui est aujourd'hui admise par le plus grand nombre des auteurs, à l'exception toutefois des ostéomes nés au voisinage des articulations où le rôle du périoste est incontestable.

M. Bouvet ayant eu l'occasion d'opérer un ostéome recouvert de périoste et faisant corps avec l'os par sa base, pense que l'origine périostique doit être admise pour de tels ostéomes, si elle ne l'est pas pour ceux à siège musculaire.

Traitement opothérapique de l'asthme (présentation de malades et de nombreuses photographies). — MM. Léopold-Lévi et H. de Rothschild ont guéri ou très amélioré par le traitement thyroïdien six cas d'asthme commun neuro-arthritique. Dans le premier cas, la malade qui était en proie à des crises très intenses depuis douze années, est restée vingt-six mois sans crise, depuis le début du traitement.

L'un des six cas concerne un infantile de trente-deux ans. Une autre variété d'asthme remontant à huit ans et s'accompagnant de troubles menstruels, a été très heureusement modifié par le corps jaune.

La thyroïdothérapie est encore applicable à certains asthmes symptomatiques, à certaines dyspnées asthmatiformes, à caractère paroxystique des affections cardiaques, rénales, pulmonaires, gastriques.

L'asthme nasal, y compris l'asthme des foins, bénéficie dans divers cas du traitement thyroïdien.

Discussion : MM. A. Nicolas, Amblard, Guelpa, Butte, D. Courtade.

Nouvelles études sur la peptonisation gastrique. — M. L. Lematte étudie le milieu acide favorable à la peptonisation. Il souligne les chiffres différents qu'on obtient lorsqu'on emploie en titrimétrie soit son réactif (acétone-campêche), soit la phtaléine du phénol. L'auteur démontre que seule la phénol-phtaléine est influencée par les amines acides issues de la désintégration de l'albuminoïde. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie. — La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie.

La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un voyage circulaire au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon, Lyon, Tarascon (ou Clermont-Fer-rand), Cette, Nîmes, Tarascon (ou Cette, Le Cailar, Saint-Gilles), Marseille, Vintimille, San Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

(Ce voyage peut être effectué dans le sens inverse).

Prix : Première classe, 191 fr. 50; deuxième classe : 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

N° 59. — JEUDI 26 MAI 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 26 MAI 1910. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

Paris, le 25 mai 1910.

Comme l'an dernier, le début du concours d'agrégation a été marqué par des manifestations d'une violence extrême.

Certes, nous sommes parfaitement d'accord avec le Comité de vigilance du Congrès des praticiens quand il demande des réformes dans l'organisation actuelle de l'enseignement. Mais nos confrères nous permettront de leur faire observer que les coups et les injures ne sont pas des raisons et que les œufs et les tomates sont de piètres arguments. Les protestations les plus efficaces sont les plus dignes. Le chahut qui vient d'avoir lieu était un spectacle pénible et peu fait pour rehausser la dignité de notre profession.

L'autorité universitaire a fait une seconde fois appel à la force. C'est une décision que nous ne saurions trop regretter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — La première séance du concours d'agrégation consacrée à l'appel des candidats ayant été marquée par des incidents extrêmement violents, la Faculté de médecine a été occupée mardi par des forces de police considérables. La seconde séance (tirage au sort des candidats et ordre de passa) a été interrompue par une véritable bagarre au cours de laquelle MM. les docteurs Lafontaine et Madeuf, MM. Porcher, Quérenette, Jean Lassus et R. Lamotte ont été arrêtés.

Trois d'entre eux ont été envoyés au dépôt sous l'inculpation de « violences et outrages aux agents ».

Le ministère de l'Intérieur communique à ce sujet la note suivante :

« M. Briand, président du conseil, a reçu dans la soirée une délégation de praticiens qui venait solliciter la mise en liberté des étudiants arrêtés au cours des manifestations qui ont eu lieu dans l'après-midi. Elle lui a en outre demandé de refuser de prêter le concours de la force publique aux autorités de la faculté de médecine au cas où elles le requerraient.

M. Briand a répondu qu'il lui paraissait intolérable, étant donnée la gravité des faits, de laisser les étudiants se livrer à des violences contre les membres du jury ; que les tomates, les œufs et les coups de canne ne constituaient pas des arguments.

Le président du conseil a ajouté que si les manifestations conservaient ce caractère de violence, le devoir du gouvernement serait de ne pas refuser le concours de la police pour assurer l'ordre.

En terminant il a dit aux délégués que le meilleur moyen d'obtenir la mise en liberté de leurs camarades était de mettre fin aux violences. Mais il est bien entendu que les manifestants arrêtés pour coups aux agents ne pourront pas bénéficier d'une mesure quelconque de bienveillance. »

Les protestations. — Le comité de l'Association corporative des étudiants communique la note suivante :

« Le comité de l'Association corporative des étudiants en médecine, qui est resté neutre dans le débat sur l'agrégation, et qui avait réprouvé toute violence contre les personnes, a été douloureusement ému de voir envahir la Faculté de médecine par la force armée, et regrette que le doyen, malgré les promesses données l'an dernier, se fût permis, pour la deuxième fois, durant son décanat, de faire appel à des moyens indignes de la corporation médicale. »

— Les candidats réunis dans la soirée ont voté l'ordre du jour suivant :

« Les candidats au concours d'agrégation, regrettant les brutalités de la police dont l'intervention a été provoquée par les violences des manifestants, et déclarant une fois de plus leur volonté de continuer le concours, réclament des pouvoirs publics la possibilité de faire les épreuves et le respect des lois et décrets à l'abri desquels ils sont venus de province et de Paris s'inscrire au concours. »

Carle, Leuret, Petges, médecins des hôpitaux de Bordeaux; Bernard, médecin des hôpitaux ; Buard, chef de laboratoire ; Micheleau ; Bertin, médecin des hôpitaux de Lille; Gellé, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique;

Minet, chef de clinique; Josué, médecin des hôpitaux; Arloing, chef de laboratoire à la Faculté de Lyon; Bériel, médecin des hôpitaux de Lyon.

Bonnamour, chef de laboratoire, Lyon; Milhit, Paisseau, Philibert; Rathery, Ravaut, médecins des hôpitaux; Renaut, Ribierre, Tixier, Trémollières, Villaret, Vitry, Emile-Weil, Alglave, Barthélemy.

Cauchois, Desmarets, Gernez, Guibé, Hallopeau, Lardennois, Mocquot, Okinczye, Brechot, Capette, prosecteurs; Chevassu, Chevrier, Schwartz, chirurgiens des hôpitaux; Grégoire, ancien prosecteur; Rouvière, chef des travaux anatomiques de Montpellier.

Leriche, chef de clinique, Lyon; Latarjet, Dambrin, Massabuau, Devraigne, Delmas, Lequeux, Guéniot, Chirié, Lemeland, Chalier, prosecteurs; Coste, chef de clinique; Desgouttes, Muller, Thévenot, Thavernier, Chalier, Cordier, Dumas, Favre, Mouriquant, Pallasse, Piéry, Savy, Euzière, Gaujoux, Rimbaud, Roger, Salager, Parisot, Perrin, Boudet, Clerc, Crouzon, Darré.

Dreyfus-Rose, Fiessinger, Francoz, Gaultier, Gougerot, Guillain, Israël de Jong, Lœderich, Lemierre, Lereboullet, Léry, Lortat-Jacob, Nattan-Larrier, Cantonnet, Rochon-Duvigneau, Terrien, Ameuille, Lhermitte, Delmas, Loben.

— Deux arrêtés ministériels en date du 21 et du 23 mai 1910 portent de 42 à 44 le nombre des places d'agrégés mises au concours.

Les deux nouvelles places sont réservées à la Faculté de Toulouse (section de chirurgie générale) et la Faculté de Montpellier (section d'obstétrique).

— Par arrêté ministériel du 23 mai 1910, M. le professeur de Lapersonne est désigné pour faire partie du jury d'agrégation d'ophtalmologie en remplacement de M. Badal, non acceptant.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 24 mai. — MM. Sainton et Ribadeau-Dumas, 18; Coyon, 20.

Prochaine séance samedi 28 mai, à quatre heures et demie, à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 24 mai. — MM. Marcille, 28 1/2; Alglave, Chifoliau, Grégoire et Mocquot, 28; Hallopeau, 27; Kendirdjy, 23; Mercadé, 22.

Prochaine séance, jeudi 26 mai, à quatre heures et demie, à la Charité.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Consultation.* — Séance du 23 mai. — MM. Bozo, 26; Nespoulous, 30; Charézieux, 27.

Sont nommés : MM. Bozo et Nespoulos.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — Séance du 23 mai. — Question donnée : « Synoviales articulaires. — Phénomènes mécaniques de la respiration. »

Questions restées dans l'urne : « Ganglions lymphatiques. — Suc pancréatique. — Glandes sudoripares et leur physiologie. »

GUERRE. — Un concours pour l'admission à quatre emplois de médecins aide-majors de 2e classe des troupes coloniales, et de deux emplois de pharmaciens aide-majors de 2e classe s'ouvrira le 28 novembre 1910, à neuf heures du matin à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Le *Journal officiel* du 25 mai publie, p. 4521, le règlement du concours.

LE XXe CONGRÈS DE MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE, sous le haut patronage du gouvernement belge, se tiendra à Bruxelles-Liège, du 1er au 7 août 1910.

BUREAU DU CONGRÈS. — Président belge : M. le docteur Crocq, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, médecin en chef de la maison de santé d'Uccle; président français : M. le docteur Klippel, médecin des hôpitaux de Paris.

Vice-président belge : M. le docteur Glorieux, inspecteur des asiles du royaume; vice-président français : M. le docteur Deny, médecin de la Salpêtrière.

Secrétaire général : M. le docteur Decroly, directeur de l'Institut d'enseignement spécial de Bruxelles.

Secrétaires-adjoints : M. le docteur Geerts, médecin-adjoint à l'asile-dépôt de Saint-Jean; M. le docteur Denis Coulon, assistant à la maison de santé d'Uccle.

I. Rapports sur les questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Nantes :

a. *La maladie du sommeil, les narcolepsies.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Van Campenhout, professeur à l'Ecole de médecine tropicale de Bruxelles, et Lhermitte, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière).

b. *Systématisation des lésions cutanées dans les affections mentales et nerveuses.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Sano, médecin en chef de l'asile-dépôt d'Anvers, et Rose, du laboratoire de la clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

c. *Alcoolisme et criminalité.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Ley, médecin en chef de l'asile du Fort-Jaco, et René Charpentier, chef de clinique des maladies mentales (Sainte-Anne).

II. Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie.

Les membres adhérents peuvent faire des communications concernant un sujet quelconque neuro-psychiatrique.

Prière d'envoyer le titre ainsi que le résumé succinct, avant le 1er juillet, à M. le docteur Decroly, secrétaire général.

EXCURSIONS. — Indépendamment des attractions présentées par la ville de Bruxelles et son exposition internationale, des excursions seront organisées : visite de la célèbre colonie de Gheel, excursion en automobile dans le pays de Liège et les Ardennes, excursion dans les Flandres et sur le littoral. Un voyage en Hollande sera probablement aussi organisé.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents, de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les six rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Des réductions de tarif seront très vraisemblablement accordées par les compagnies de chemins de fer. Les membres du Congrès seront invités ultérieurement à faire connaître l'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Bruxelles.

Les congressistes jouiront, entre autres avantages, de l'entrée gratuite à l'exposition internationale et universelle pendant toute la durée du Congrès.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur Decroly, rue Vossegat, 2, à Uccle-Stalle-lez-Bruxelles.

RENSEIGNEMENTS

A PROPOS DES ICTÈRES HÉMOLYTIQUES [1]

Par MM. A. GILBERT et P. LEREBOULLET.

A côté de la *cholémie simple familiale*, nous avons décrit une seconde modalité d'*ictère acholurique simple*, l'*ictère chronique simple*, auquel nous avons reconnu quatre formes cliniques différentes, les formes *pure*, *hépatomégalique*, *hépatosplénomégalique* et *splénomégalique*.

Dans toutes les publications que nous avons consacrées soit à la cholémie familiale, soit à l'ictère chronique simple, nous avons insisté sur la parenté étroite de ces deux états morbides et nous les avons présentés comme deux degrés d'une même affection.

D'autre part, dès les premières publications de M. Chauffard sur l'ictère hémolytique, nous avons tenu à spécifier que les faits qu'il relatait ressortissaient à notre ictère chronique simple à forme splénomégalique.

Nulle part, jamais, nous n'avons dit ou écrit que les ictères hémolytiques n'avaient « rien de commun » avec « la cholémie » (lisez cholémie simple familiale) « qu'il s'agissait là de deux manifestations, cliniquement assez voisines l'une de l'autre, mais de pathogénie toute différente ». C'est tout le contraire que nous pensons et c'est tout le contraire que dans un grand nombre de travaux étagés sur plus de dix années nous avons exprimé.

Pour nous, les faits qui ont été publiés par M. Chauffard, puis par M. Widal, à partir de 1907, sous les désignations d'*ictère congénital*, puis d'*ictère hémolytique*, sont les mêmes que ceux auxquels nous avons donné en 1902 l'appellation d'*ictère chronique simple à forme splénomégalique* (2) et l'ictère chronique simple n'est qu'une cholémie familiale renforcée.

Loin d'être en désaccord avec M. Chalier, nous sommes donc de son avis ou plutôt nous avons le plaisir de constater qu'il est du nôtre.

(1) Voir J. Chalier. Les ictères hémolytiques (hémolyse ictérogène), Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 55 et 57.

(2) Ou *hépatosplénomégalique*.

LES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE CERTAINES LÉSIONS SPIRILLAIRES

A PROPOS D'UNE LÉSION CHANCRIFORME DE LA LANGUE

Par MM. P. RAVAUT,
Médecin des hôpitaux de Paris,
et M. VERDUN,
Interne des hôpitaux.

La découverte de Schaudinn a singulièrement facilité le diagnostic des périodes initiales de la syphilis : c'est couramment que l'on recherche aujourd'hui le spirochète dans les lésions dont est soupçonnée la nature spécifique. Pourtant, si le diagnostic bactériologique présente de nombreux avantages, il exige parfois beaucoup de prudence et de réserve, du fait des infections secondaires, qui, par leur aspect morphologique, simulent le spirochète pallida.

On peut distinguer à ce sujet trois séries de faits différents. Tout d'abord, le spirochète peut se trouver à l'état de pureté dans les préparations et le diagnostic s'impose sans difficulté : c'est ce qui se passe le plus souvent lorsqu'on examine des lésions cutanées non ulcérées et parfois quelques chancres des organes génitaux. D'autres fois le spirochète est associé à des microbes variés faciles à distinguer de l'agent spécifique de la syphilis : cocci, bacilles et même certains spirilles tels que spirochète refringens; le diagnostic est encore relativement aisé et c'est le cas de la plupart des ulcérations secondaires; infectées des muqueuses génitales. Enfin, dans un dernier groupe, se rangent les faits où l'examen révèle de telles associations spirillaires qu'il devient fort difficile d'identifier le spirochète pallida. C'est ce que l'on observe très fréquemment à l'examen de sérosités prélevées dans des milieux habituellement riches en saprophytes, et notamment dans les cavités naturelles et certaines ulcérations cutanées. Ainsi, le diagnostic bactériologique des ulcérations buccales demandera toujours de grandes réserves.

Un exemple récent nous a permis d'en mesurer toute l'importance.

Le 25 janvier dernier, venait nous consulter à l'hôpital Saint-Louis, un jeune homme, B... Roger, âgé de dix-huit ans, de constitution normale et de bonne santé habituelle, et qui avait vu se développer, dans l'espace de deux mois environ, une petite lésion ulcéreuse et indurée sur le bord droit de la langue. Cette lésion était apparue spontanément, insidieusement, et s'était agrandie peu à peu sans provoquer ni douleur, ni gêne fonctionnelle.

A l'*examen clinique*, elle se présente sur le bord droit de la langue, à égale distance de la pointe et du pilier antérieur sous une forme ovalaire à grand axe antéro-postérieur, mesurant environ 2cm5 sur 4. Les bords en sont assez réguliers, surplombant faiblement les tissus environnants. Le fond montre une surface presque plane et de coloration rosée. Au palper on reconnaît que cette ulcération repose sur une base indurée « en plateau », la partie surélevée seule présentant une consistance réellement dure.

La plupart des caractères de cette ulcération rappellent ceux d'un chancre syphilitique. Pourtant une chose nous frappe; l'absence de grosse adénopathie dans le territoire lymphatique correspondant. Une palpation attentive de la région sus-hyoïdienne révèle en effet la présence d'un petit noyau induré de la grosseur d'un pois au niveau de la grande corne de l'os hyoïde du côté droit, mais une telle adénopathie ne rappelle guère les masses ganglionnaires volumineuses qui accompagnent habituellement les accidents primaires de la cavité buccale.

Quant à l'état général, il paraît peu troublé et l'on peut noter seulement l'aspect fatigué et anémié de ce jeune homme qui pourtant n'a pas voulu interrompre ses occupations.

Cliniquement donc notre diagnostic reste hésitant. Sans doute on peut écarter l'idée d'une ulcération banale d'origine inflammatoire, car il n'y a aucun traumatisme local à invoquer et la dentition est en parfait état, mais on peut discuter, à côté de la syphilis, la tuberculose et le cancer. De ces hypothèses la seconde paraît la moins probable, car on ne trouve ni bords déchiquetés, ni points jaunâtres au pourtour de l'ulcération. Le malade ne présente aucune autre manifestation bacillaire et l'on sait la

rareté des ulcérations tuberculeuses primitives de la langue. La troisième hypothèse cadrerait mieux avec l'aspect objectif des lésions, mais on hésite bien à porter ferme un diagnostic d'épithélioma de la langue chez un jeune homme de dix-huit ans, qui ne présente aucun antécédent spécifique et n'est même pas fumeur.

Pour sortir de cette incertitude, nous pratiquons alors l'*examen bactériologique* de la lésion. Un peu de sérosité prélevée sur la surface de l'ulcération est immédiatement examinée à l'*ultramicroscope*; à côté d'éléments cellulaires nombreux nous trouvons des microorganismes variés : cocci, bacilles et formes spiralées de plusieurs variétés; les unes épaisses et courtes, ne présentant que quelques tours de spires, se déplaçant par saccades dans le champ du microscope, ne sont manifestement pas le spirochète pallida, mais peuvent être identifiées à spirochète buccalis (spirochète refringens de Schaudinn); d'autres, au contraire, sont beaucoup plus ténues et rappellent davantage l'agent de la syphilis ; à un examen plus attentif, on en découvre de plusieurs types : les unes plus ou moins irrégulièrement ondulées, à extrémités obtuses, à spires relativement peu nombreuses et peu profondes, douées d'une grande mobilité, doivent être rapprochées de spirochète dentium ou des formes intermédiaires décrites par Comandon; les dernières enfin, peu nombreuses en vérité, présentent, au contraire, des spires régulières, multiples et profondes avec des extrémités effilées et paraissent pouvoir être identifiées à spirochète pallida. M. Pinoy, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, présent lors de notre examen, penche pour cette interprétation.

Des frottis, colorés les uns par la méthode de Giemsa, les autres à la largine, montrent les mêmes formes microbiennes : des *diplocoques* rassemblés par places en amas importants, des diplocoques en flamme de bougie, des *bacilles* longs et courts, quelques *streptothrix*, quelques *vibrions*, enfin de très nombreux *spirochètes* répondant à plusieurs types : quelques *spirochètes buccalis* (sp. refringens de Schaudinn) relativement peu nombreux, puis des *spirochètes dentium* assez larges, à spires régulières et serrées au nombre de 15 à 20 et à extrémités obtuses, enfin des *formes intermédiaires* : des *types a et c* de Comandon, relativement faciles à identifier, du *type e* également reconnaissable à son double enroulement et au faible nombre des grands tours de spire, du *type d*, plus petits à spires irrégulières et que l'on peut facilement confondre avec spirochète pallida plus ou moins déformé, du *type f*, enfin, dont plusieurs individus ressemblent absolument à spirochète pallida : même longueur, même nombre de spires profondes, même gracilité, même effilement des extrémités, même coloration pâle tant au Giemsa qu'à la largine. Seul un caractère semble manquer pour l'identifier complètement : la régularité absolue des spires.

Le diagnostic bactériologique présente donc ici des difficultés presque insurmontables.

Force nous est donc de recourir à l'*examen histologique* : une première série de coupes est préparée d'après la méthode de Levaditi pour étudier la répartition des microorganismes dans les tissus. Nous observons que tous les éléments microbiens demeurent exclusivement à la surface de l'ulcération, et nous sommes alors conduits à admettre, mais alors seulement, qu'ils ne jouent là aucun rôle pathogène. Dans une lésion syphilitique, en effet, les spirochètes seraient localisés en amas plus ou moins agminés dans la profondeur du derme.

L'examen histologique d'un autre fragment fixé à l'alcool nous révèle d'ailleurs la structure absolument typique d'un épithélioma pavimenteux lobulé spinocellulaire.

Toutes les contre-épreuves sont restées négatives : nous n'avons trouvé aucun bacille de Koch dans les coupes, l'inoculation au cobaye n'a provoqué aucune réaction tuberculeuse.

La réaction de Wassermann, enfin, pratiquée dans deux laboratoires, par M. Levaditi à l'Institut Pasteur et par M. Brin, interne à l'hôpital Saint-Louis, a donné un résultat négatif. Au reste le malade ne présentait pas et ne devait jamais présenter d'accidents secondaires et fut adressé à M. Morestin qui voulut bien confirmer le diagnostic d'épithélioma et se charger du traitement opératoire (1).

*
* *

Il nous a paru intéressant de rapporter ce cas avec quelques détails à plusieurs points de vue, mais surtout pour montrer la réserve qu'il est nécessaire d'apporter à l'interprétation des examens bactériologiques, lorsqu'il s'agit de lésions des cavités naturelles et particulièrement de la cavité buccale. Nos premiers examens à l'ultramicroscope et par la méthode des frottis nous avaient inclinés à conclure à la syphilis malgré l'absence d'adénopathie, et ce n'est que la biopsie qui nous a permis d'écarter sûrement ce diagnostic.

Nous ne saurions donc trop insister, et plus encore que ne l'ont fait jusqu'à présent la plupart des auteurs qui ont vulgarisé l'emploi des examens ultramicroscopiques, sur la prudence que l'on doit mettre à affirmer la présence de spirochète pallida, lorsqu'on étudie une lésion susceptible d'être infectée par d'autres spirilles. En pratique, il faut savoir que la bouche, les organes génitaux, certaines ulcérations cutanées sont très suspects à ce point de vue.

Au lit du malade comme au laboratoire, le médecin doit donc savoir douter et savoir recourir à toutes les épreuves et contre-épreuves nécessaires. Il demandera aux examens histologiques, aux inoculations au cobaye ou mieux au singe, la démonstration d'une d'une lésion typique, lorsque la bactériologie ne peut donner la certitude nécessaire dont dépendra la thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Burnet. Le spirochète de la syphilis, *Ann. de dermat.*, nov. 1905. — Comandon. Diagnostic du tréponème pâle à l'ultramicroscope, *Ann. des mal. vénér.*, fév. 1909, p. 96. — *De l'usage en clinique de l'ultramicroscope, en particulier pour la recherche et l'étude des spirochètes*, Th. de Paris, 1909. — Gastou et Comandon. L'ultramicroscope et son rôle essentiel dans le diagnostic de la syphilis, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 528. — Gastou. Diagnostic de la syphilis par l'ultramicroscope, *Prov. méd.*, 1908, n° 30, p. 237. — Hofmann. Ueber das Vorkommen von Spirochæten in ulcerierten Carcinomen, *Berl. klin. Woch.*, 10 juillet 1905, p. 880. — Levaditi. Les nouveaux moyens de diagnostic microbiologique et sérologique de la syphilis, *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1909, t. X, n° 2, p. 119. — Milian. L'ultra-

(1) M. Morestin vient de présenter ce malade à la Société de chirurgie (séance du 13 avril 1910) après guérison opératoire.

microscope et le diagnostic de la syphilis, *Progrès méd.*, 30 janv. 1909, p. 65. — Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis? *Journ. des prat.*, 6 mars 1909, p. 145. — De l'utilité des examens ultramicroscopiques dans le diagnostic des accidents syphilitiques et particulièrement du chancre, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 636. — Queyrat et Levaditi. Recherche du tréponème dans les coupes de lésions syphilitiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 mars 1906.

ÉTAT DE QUELQUES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

APRÈS

CASTRATION OVARIENNE CHEZ UNE FEMME

Par M. L. ALQUIER.

(Travail de la clinique de M. le professeur Raymond.)

Divers auteurs ont étudié expérimentalement les altérations que détermine, dans les diverses glandes à sécrétion interne, la castration ovarienne. Mais, on a rarement l'occasion de faire pareille étude sur une femme ayant subi l'ablation de ses ovaires, ou, si le cas se présente, on se heurte à de multiples causes d'erreur, représentées par les infections ou intoxications, et les maladies susceptibles de retentir sur l'état des glandes à sécrétion interne.

Le fait que nous rapportons a presque la valeur d'une expérience : douze ans après l'ovariotomie, une femme de trente-six ans meurt avec des symptômes de tumeur cérébrale, sans maladie dans l'intervalle, enfin les principaux viscères sont, anatomiquement, à peu près sains; nous avons donc toutes les chances de pouvoir vérifier si la castration ovarienne est, ou non capable de modifier, d'une manière durable, la structure des principales glandes à sécrétion interne.

Cette femme avait eu un garçon et une fille (la dernière grossesse à vingt-deux ans). A vingt-quatre ans, l'ablation totale de l'utérus et de ses annexes fut pratiquée par M. Segond, l'autopsie montra que cette ablation, faite par hystérectomie vaginale, a bien été totale : il ne reste plus trace de l'utérus, des trompes, ni des ovaires, non plus que des ligaments larges. Près de douze ans plus tard, sans maladie intercurrente, elle commença à présenter des signes de tumeur cérébrale (céphalée, stase papillaire légère, douleurs et parésie dans les membres du côté droit, enfin, deux mois avant la mort, troubles mentaux variables : stupeur et accès de délire). A ces symptômes s'étaient ajoutés des vertiges, de la paralysie intermittente du droit externe droit, enfin une otite moyenne suppurée droite. La ponction lombaire avait donné issue à un liquide clair sans culot, ni éléments figurés : l'analyse du sang avait montré 8 200 leucocytes par millimètre cube, avec 80 p. 100 de polynucléaires. Affaiblissement progressif et mort, sans accidents infectieux, dix à onze mois après l'apparition des troubles nerveux.

A l'autopsie, 2 petits sarcomes aplatis, occupent : l'un, la région pré-protubérantielle, débordant légèrement en haut sur les pédoncules cérébraux, dont le gauche semble un peu moins volumineux que le droit, l'autre, situé sous la tente du cervelet, comprime et déforme la face supérieure du lobe gauche du cervelet. Les autres parties du névraxe semblent saines, en particulier, les ventricules cérébraux ne se sont nullement dilatés; on note seulement un léger degré d'engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital.

Les viscères sont sains, à part un peu de dégénérescence granulo-graisseuse du foie (qui pèse 1 150 grammes et présente de fines granulations graisseuses dans toute l'étendue des lobules). Les reins (du poids de 200 grammes) présentent la même lésion, un peu plus accentuée. La rate (150 grammes), et le cœur (210 grammes), sont normaux.

Les surrénales, du poids total de 25 grammes, ne présentent pas de sclérose, les éléments glandulaires sont normaux, c'est à peine si, par places, la glomérulée est un peu plus contournée et plus développée que d'habitude. Sur les préparations, traitées par l'acide osmique, apparaissent de fines granulations graisseuses nombreuses dans la partie superficielle de la couche spongiocytaire, et surtout dans la partie profonde de la réticulée, et dans les cellules de la médullaire.

Le thyroïde pèse 20 grammes, après ablation des tissus voisins. Non scléreux, il est constitué par des vésicules de 100 à 200 μ, quelques-unes de dimensions inférieures, très peu dépassant ces chiffres. Elles sont distendues par une colloïde homogène, bien colorable, qu'on retrouve en abondance dans le tissu interstitiel. L'épithélium et les vaisseaux sanguins sont normaux. La dissection avait permis d'isoler 5 parathyroïdes bien développées, et semblant macroscopiquement bien authentiques, elles ont malheureusement été égarées.

L'hypophyse pèse 80 centigrammes, ce qui est dû, surtout à la présence d'un kyste colloïde de un demi-centimètre de diamètre. Les cordons cellulaires sont grêles, constitués par des cellules chromophobes et basophiles, avec remarquablement peu d'éosinophiles. Pas de sclérose, les vaisseaux sanguins sont gorgés de sang, et d'une substance amorphe, plus claire que la colloïde des cellules (fig. 1).

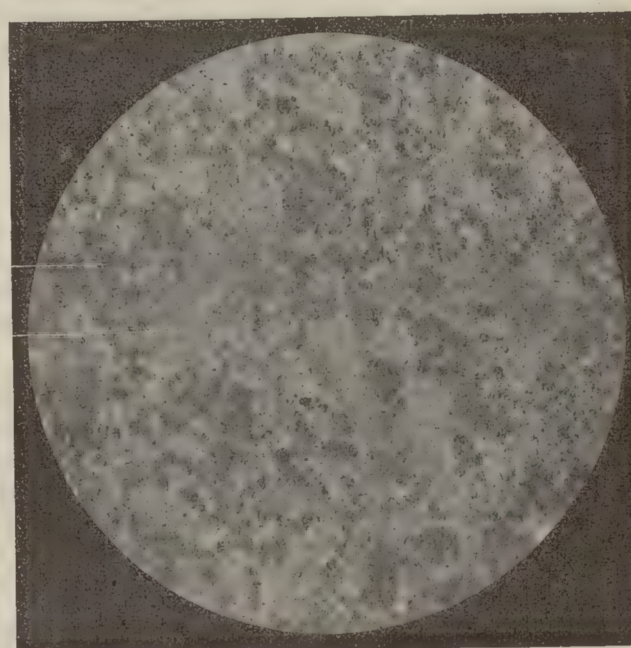


Fig. 1. — *Hypophyse, partie glandulaire.* — 1. Cordons cellulaires presque exclusivement formés de petits éléments basophiles. — 2. Vaisseaux sanguins.

Pancréas. La glande exocrine est sans sclérose : presque toutes les cellules glandulaires contiennent une ou deux granulations graisseuses, dont les plus grosses ont environ le volume du noyau. Les îlots de Langerhans, de nombre sensiblement normal, mesurent de 100 à 250 μ de diamètre : les cellules sont bourrées de granulations graisseuses qui font ressortir en noir les îlots, sur les préparations colorées par l'acide osmique (fig. 2). Vaisseaux sanguins sans lésions.

En somme, les lésions se réduisent à ceci : accumulation de fines gouttelettes graisseuses dans le foie et surtout dans les reins : gouttelettes plus volumineuses dans le pancréas, spécialement abondantes dans les îlots de Langerhans. Malgré l'augmentation de poids de l'hypophyse, son aspect est celui que l'on s'accorde à rapporter à l'hypofonction ou à l'épuisement glandulaire. Je ne crois pas qu'il soit imputable aux

deux petits sarcomes cérébraux, car, en passant en revue l'hypophyse dans un grand nombre de cas de tumeurs céré-

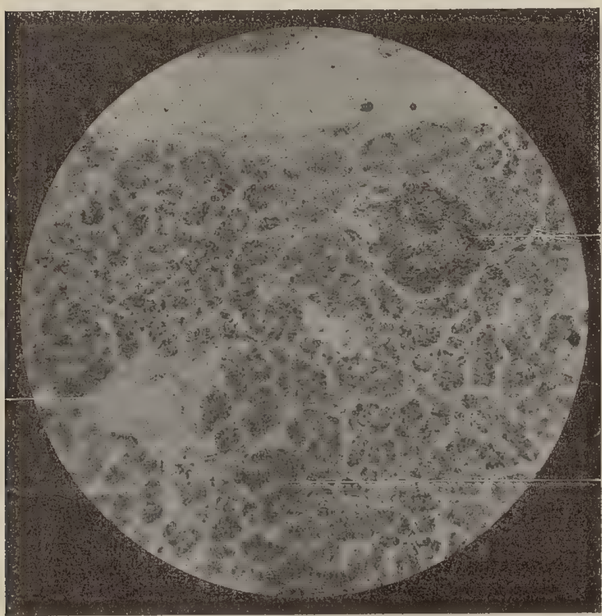


FIG. 2. — *Pancréas. Coloration : acide osmique, van Giesen.* — Les grains noirs des cellules sont, non pas les noyaux, mais bien les granulations graisseuses, particulièrement abondantes dans les îlots de Langerhans (1, 1), en 2, vaisseaux sanguins.

brales, avec ou sans dilatation des ventricules cérébraux, je trouve les aspects les plus divers.

*
* *

Je n'ai trouvé dans la littérature médicale — mes recherches bibliographiques sont d'ailleurs incomplètes — qu'un nombre restreint de renseignements précis sur les relations de l'ovaire avec les autres glandes internes.

En voici le résumé :

1° HYPOPHYSE. — On connaît bien l'hypertrophie de cette glande pendant la grossesse. Carraro (1) a, d'autre part, pu interrompre la grossesse chez une lapine par des injections d'extrait hypophysaire. Mais A. Delille (2) a vu une lapine, traitée depuis un an par des injections intrapéritonéales d'extrait hypophysaire, être fécondée. Hallion et moi (3) n'avons rien remarqué d'anormal dans les ovaires d'une lapine qui, pendant neuf mois consécutifs, avait été soumise à l'ingestion quotidienne de 10 centigrammes de poudre totale d'hypophyse. Parhon et Goldstein (4) sont arrivés au même résultat négatif; l'ingestion d'hypophyse, qu'ils ont vu déterminer l'atrophie des tubes séminifères, ne leur a donné, pour l'ovaire, que des résultats douteux. Inversement, Fichera (5), étudiant les organes génitaux de quatre poulets mâles et femelles auxquels il avait détruit l'hypophyse, n'y trouve pas de changement de volume ni de poids. (Parhon et Goldstein objectent la longue survie de ces animaux, peu compatible, disent-ils, avec la destruction complète de l'hypophyse.)

(1) CARRARO. *Arch. per le scienze med.*, 1908, t. XXXII, p. 42-81.
(2) A. DELILLE. *L'Hypophyse et la médication hypophysaire*, Th. de Paris, 1909.
(3) L. HALLION et L. ALQUIER. Modifications des glandes à sécrétion interne par ingestion prolongée d'extrait hypophysaire, *Soc. de biol.*, 27 juin 1908.
(4) PARHON et GOLDSTEIN. *Les Sécrétions internes*, 1 vol., Paris, Maloine 1909.
(5) FICHERA. Sulla destruzione dell'ipofisi, *Arch. di biol. norm. e patol.*, 1905, p. 784, t. XLII.

Etudiant l'hypophyse un mois après castration chez des petits chiens, Cimoroni (1) avait constaté son augmentation de volume avec accroissement extraordinaire du nombre des cellules éosinophiles, et grosse dilatation des vaisseaux. Fichera (2) répète la même opération sur des animaux femelles et trouve : sur trois cobayes, dix, vingt et trente jours après, que l'hypophyse pesait 1g50, 1g85 et 2 grammes au lieu de 1g50 et 1g35, constatés chez deux témoins de même âge, race et poids, et, sur 3 lapines, 2g2, 2g5, et 3 grammes au lieu de 1g6 et 1g80 chez les témoins. Histologiquement, il constate les mêmes modifications que chez les mâles après castration caractérisées par l'augmentation des cellules éosinophiles « qui se présentent agrandies et remplies du produit de leur sécrétion continuellement et rapidement élaboré, par la présence d'un nombre insolite d'éléments en multiplication, par la dilatation et la réplétion des vaisseaux sanguins ». Parhon et Goldstein (loc. cit.), dans 4 expériences de castration ovarienne, étudient l'apophyse après un temps variable, prolongé jusqu'à deux ans et demi, et n'obtiennent rien de net.

Kon (3) a pu étudier l'hypophyse de 6 femmes châtrées : Obs. I, femme de quarante-quatre ans, morte six ans après l'ovariotomie. Obs. III, femme de cinquante-cinq ans, deux ans après castration totale. Obs. IV, trente-cinq ans, mort quatre jours après castration. Obs. V, femme de cinquante-ans, châtrée un an et demi avant, pour cancer utérin, et morte quinze jours après une néphrectomie pour pyonéphrose. Obs. VI, trente et un ans, castration pour cancer, dont la date est inconnue. Obs. VII, hystérectomie vaginale deux ans avant pour cancer (on ne sait pas quel a été le sort des ovaires). Il ajoute un autre fait : Obs. VIII, femme de cinquante-six ans, ayant subi cinq ans auparavant l'extirpation d'un fibrome utérin, avec conservation des ovaires. Son obs. II concerne un homme de trente-deux ans, mort trois ans après castration double pour tuberculose testiculaire et dont l'hypophyse pesait 0g70. Chez les 7 femmes, l'auteur constate une légère augmentation de poids de l'hypophyse (maximum, obs. III, 1g1, minimum, obs. VI, 0g72). Histologiquement, les capillaires sont remplis, et il y a augmentation des éosinophiles, et des cyanophiles, qui sont, dans deux cas, très développées. Et l'auteur conclut à l'existence d'une véritable hypertrophie consécutive à la castration.

Contrairement aux auteurs précédents, Cecca (4) ne trouve, après castration (mâle ou femelle), aucune modification de l'hypophyse, non plus que des parathyroïdes ni du thymus.

2° THYROÏDE. — Alors que cliniquement, la preuve d'une relation étroite entre la thyroïde et l'ovaire n'est plus à faire, la recherche des modifications de structure pouvant survenir dans l'une de ces glandes après extirpation de l'autre est bien souvent négative. Trois fois, Parhon et Goldstein ont étudié l'ovaire après thyroïdectomie complète (cinq jours après abla-

(1) CIMORONI. *Il policlinico*, 1907, p. 16.
(2) FICHERA. *Bull. de l'Acad. royale de Rome*, 1905.
(3) KON. *Beiträge zur pathol. Anat.*, 1908, t. XLIV, p. 233.
(4) CECCA. *Soc. méd.-chir. de Bologne*, 7 mars 1904.

tion des 2 lobes chez une lapine, et après thyroparathyroïdectomie totale, au bout de cinq jours chez une chienne, de douze chez une chatte). Leur conclusion est négative. Theuveny et moi sommes arrivés au même résultat (1), en enlevant à des chiennes adultes un seul ou les deux lobes de la thyroïde. Parhon et Goldstein objectent à leurs expériences que la survie n'a pas été suffisante, on ne saurait nous adresser le même reproche, puisqu'après thyroïdectomie unilatérale, nous avons attendu sept semaines, cinq et quatorze mois, avant de sacrifier l'animal.

Scalia (2) a étudié comparativement la thyroïde de 8 truies d'environ deux ans, dont 4 châtrées, ces dernières non gravides à la mort. Il constate l'augmentation de l'ensemble des acini glandulaires, les vaisseaux étant peu volumineux. L'épithélium glandulaire est plus bas de moitié environ, au point de prendre par places l'aspect endothelliforme, le protoplasma s'y colore uniformément, sans qu'il soit possible de distinguer les cellules principales et les colloïdes, la formation de la colloïde est intense.

Cecca, en 1904 (loc. cit.), conclut de même que l'ablation de l'ovaire ou du testicule détermine l'hypertrophie de la thyroïde par accumulation de colloïde dans les vésicules. Enfin, Parhon et Goldstein (loc. cit., p. 578), ont étudié la thyroïde après 7 castrations ovariennes (dont une chatte gardée six ans et demi), et concluent : « Les résultats des expériences qui précèdent ne sont pas assez convergents pour nous permettre une conclusion précise, nous ne pouvons pas conclure sur leur base à une plus grande accumulation de colloïde ainsi que le pense Cecca. Cette accumulation existait pourtant dans l'exp. 4. » (Chienne castration unilatérale, examen après trente-cinq jours, l'autre ovaire, laissé en place, avait été séparé de la trompe.) « Il est possible, ajoutent-ils, que les effets de la castration varient dans certaines limites avec l'âge de l'animal, l'état de l'ovaire ou du corps thyroïde lui-même au moment de l'opération, etc. Les expériences de Cecca sont peut-être exactes pour un certain nombre de cas; 2 expériences tendent à prouver que l'ingestion d'ovarine Merck peut entraîner une modification qualitative et quantitative du thyroïde. » Rénon et A. Delille ont observé la congestion thyroïdienne après injection d'extrait ovarien. Parhon et Goldstein (3) rapportent enfin le fait suivant : une femme ayant subi depuis plusieurs mois la castration double, et morte de tuberculose péritonéale, avait un thyroïde de 60 grammes avec, au microscope, légère sclérose, dilatation des follicules, et augmentation de la colloïde, rappelant les expériences de Cecca.

3° Surrénales. — Dans les expériences de Cecca, les surrénales présentent une hypertrophie de la médullaire, avec augmentation du volume des éléments neuro-épithéliaux, la corticale n'offre pas de modifications du nombre ou de l'aspect des cellules, elle est cependant, en apparence, hypertrophiée.

Théodossief (4) cite un cas d'hermaphrodisme, où l'atrophie des ovaires coïncidait avec l'hypertrophie des surrénales. Ayant châtré des chiennes, l'auteur constate, après un temps ne dépassant pas dix mois, au maximum, l'hypertrophie des surrénales, stroma et glande, celle-ci se fait irrégulièrement par régions distinctes, débute par la glomérulée, et s'étend ensuite à la fasciculée, où il trouve de la cariocynèse. La réticulée et la médullaire sont, au contraire, réduites.

Marrassini (1) n'a opéré la castration ovarienne que chez une chatte, cobaye, avec survie de douze heures seulement. Les surrénales présentent une hyperhémie prononcée de la corticale. Chez les mâles, il trouve une augmentation extraordinaire du pigment de la réticulée, occupant presque toutes les cellules, dont le protoplasma présente des granulations sidérophiles ou fuchsinophiles. Dans la fasciculée, diminution considérable du volume des spongiocytes, les cellules ont un protoplasma abondant, à peine vacuolisé. Ces modifications, très nettes dans une première période, s'atténuent ensuite progressivement jusqu'au quinzième et vingtième jour, où il n'est plus possible de distinguer rien de spécial. Ciaccio, l'année précédente, avait observé, sur des grenouilles châtrées, l'hypertrophie des cellules granuleuses qu'il a décrites dans la surrénale. Enfin Parhon et Goldstein ont étudié la surrénale dans quatre expériences, une sur une chienne, trois sur des chattes, ces dernières ont dans les spongiocytes beaucoup de vacuoles graisseuses, mais les auteurs se demandent jusqu'à quel point cet aspect s'écarte de la normale chez la chatte.

Pancréas. — Parhon et Goldstein ne remarquent rien dans le pancréas d'une chienne adulte morte vingt-cinq jours après castration, et d'une chatte châtrée sept mois auparavant, alors qu'elle venait de mettre bas.

*
* *

En résumé, un certain nombre d'expériences semblent bien indiquer l'existence, après castration, de modifications histologiques de l'hypophyse et de la thyroïde, retrouvées chez des femmes ayant subi l'ovariotomie, mais moins accentuées que chez les animaux ; elles sont interprétées par les auteurs qui les ont observées comme indiquant une hyperactivité de ces glandes. Pour la surrénale, les résultats sont encore douteux, il serait téméraire d'en tenter, à l'heure actuelle, une interprétation. Dans notre cas, existe une accumulation de graisse, tout à fait remarquable dans les îlots de Langerhans du pancréas, mais elle nous semble devoir être rapprochée de la stéatose de la partie exocrine de la même glande, des reins et du foie, et avoir la signification d'une lésion banale, plutôt que d'une altération de la glande interne, en rapport avec la castration, à moins que de nouveaux faits viennent démontrer la fréquente répétition de cette lésion, dans les mêmes conditions. Les surrénales et la thyroïde, de poids normaux, ne présentent que des modifications histologiques trop minimes pour qu'on puisse leur accorder une réelle valeur. Reste l'hypophyse, dont l'accroissement de poids (0g80) paraît surtout due au volumineux kyste colloïde qu'elle présente, et dont les cordons cellulaires sont surtout constitués par des chromophobes et des basophiles, avec très peu d'éosinophiles, ce qu'on s'accorde à regarder comme

(1) Alquier et Theuveny. *Soc. de biol.*, 6 fév. 1909.
(2) Scalia. *Arch. ital. di ginecol.*, Naples 1901, an. 4, p. 496-501.
(3) Parhon et Goldstein. *Spitalul*, 1906, p. 487.
(4) Théodossief. *Rousski Wratch*, 1906.

(1) Marrassini. *Lo Sperimentale*, 1906, t. LX, p. 197.

indiquant l'hypofonction, ou l'épuisement de la glande. Ceci diffère de ce qu'ont vu la plupart des auteurs, mais il ne faut pas oublier que douze ans s'étaient écoulés depuis la castration, pendant lesquels, les modifications produites dans les glandes par celle-ci ont pu s'effacer ou se transformer.

Certaines ont pu s'effacer : j'ai montré tout récemment (Soc. de biologie, 30 avril 1910), qu'après thyroïdectomie unilatérale chez le chien adulte, l'hyperactivité de l'autre lobe est caractérisée histologiquement par l'augmentation du nombre des vésicules soit très petites (50 μ), soit supérieures à la moyenne (200 à 400 μ). Ces modifications, à peine perceptibles dans une expérience où la survie avait été de cinq mois, ne l'étaient plus au bout de quinze mois. Quant aux modifications de l'épithélium (surtout l'augmentation de nombre des cellules colloïdes) signalées par Hurthle et Schmid, je n'ai pu les retrouver nettement. On comprend donc qu'après douze ans le thyroïde ait pu retrouver son aspect habituel.

Nous avons dit enfin, que d'autres modifications des glandes internes pourraient, à la longue, se transformer. C'est qu'en effet l'expérimentation m'a mis en présence de faits qui paraissent bien justiciables de cette interprétation : après thyroïdectomie chez le chien, j'ai observé, dans les premiers jours, une augmentation des spongiocytes des surrénales, analogue à celle que déterminent l'ablation d'une seule surrénale, ou les injections de pilocarpine (1). Plus tard, l'aspect était juste l'inverse, si bien qu'à une phase d'hyperfonctionnement semblait avoir succédé une phase d'hypofonction. Ce fait est souvent observé dans les intoxications qui, pour l'hypophyse en particulier, peuvent déterminer d'abord l'augmentation des éosinophiles, puis leur diminution, avec exagération des basophiles et chromophobes. C'est peut-être ainsi qu'il faut interpréter l'aspect de l'hypophyse dans le cas actuel. Si l'autopsie avait suivi de plus près la castration, nous aurions peut-être trouvé, comme Kon, des modifications se rapprochant de celles observées par les expérimentateurs, au lieu d'en être exactement l'opposé.

MÉDECINE PRATIQUE

LE POINT DOULOUREUX RÉTRO-MANDIBULAIRE, SIGNE CONSTANT ET PRÉCOCE DE MÉNINGITE (2).

A. Signorelli assigne au point douloureux rétro-mandibulaire le siège suivant : en dedans de l'extrémité supérieure de la mandibule, au-dessous du lobule de l'oreille, en avant de l'apophyse mastoïde. L'hyperalgésie en ce point est révélée par une pression, même faible, de la pulpe du doigt explorateur.

Or, ce point douloureux se retrouve dans tous les cas de méningite; il apparaît de bonne heure, disparaît tardivement, accompagnant ainsi l'affection durant toute son évolution.

On a pu constater l'existence de ce signe avant qu'apparût la raideur de la nuque ou que fût appréciable le signe de Kernig.

Lorsque le syndrome méningitique est dans toute sa plénitude, particulièrement dans la période irritative, le point rétro-mandibulaire est un des signes dominants. Il en est de même dans la période paralytique ou lorsqu'apparaissent des troubles sensoriels précoces, alors que le malade est hors d'état de manifester des douleurs subjectives; dans ces conditions, la pression au niveau du point en question provoque toujours une réaction de défense, alors que la pression au niveau des points d'émergence des autres troncs nerveux ne suscite aucune réaction.

Il arrive souvent qu'on ait à examiner des malades dans un état grave, inconscients ou presque, souvent délirants et incapables de donner des renseignements précis sur leur affection. Cela se voit fréquemment au cours de maladies aiguës fébriles, telles que les septicémies et notamment l'infection éberthienne, la malaria, etc., et l'idée vient toujours alors d'une localisation méningienne possible. La constatation de la douleur rétro-mandibulaire constitue alors un point de repère des plus importants, et l'apparition de la raideur de la nuque et du signe de Kernig achèvera d'établir la certitude.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MAI 1910)

Méthode chirurgicale en médecine mentale. — Dans un travail présenté à l'Académie, M. Picqué, dont on connaît la grande compétence en ces matières, a exposé très complètement les rapports divers de la chirurgie avec l'aliénation mentale.

M. Schwartz fait un rapport sur ce travail.

Fonction vocale du voile du palais étudiée à l'aide des buées buccales et nasales dans l'émission de la voix. — M. Gariel présente les intéressantes observations recueillies par le docteur Jules Glover au Conservatoire national de musique sur la fonction vocale du palais étudiée à l'aide des buées buccales et nasales enregistrées simultanément durant l'émission de la voix parlée et chantée.

Les buées fournies par l'émission des voyelles et des consonnes démontrent expérimentalement l'action du voile du palais dans le mécanisme de la production du timbre et de la nasalisation d'une voyelle primitivement brève, comme *ien*, *iun*, *ion*, *ian*, etc., caractéristique sonore de certains styles. Elles révèlent aussi l'intervention du voile dans la formation des voyelles isolées qui, durant une bonne émission, produisent toutes une buée buccale uniquement. Elles indiquent enfin le jeu du voile dans les syllabes et les diphtongues.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La liste de présentation portait en première ligne : M. Gaucher; en deuxième ligne, *ex æquo* : MM. Babinski, Ballet, Marfan, Marie et Teissier.

Au premier tour, M. Gaucher a été élu par 61 suffrages sur 68 votants.

A trois heures quarante, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Raymond sur les candidats au titre de correspondant national.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MAI 1910)

Action du sérum sanguin sur le virus de la poliomyélite. — MM. Netter et Levaditi, dans trois nouveaux cas, recherchent l'action du sérum sanguin sur le virus de la poliomyélite. Ce virus mélangé avec la même quantité de sérum d'un enfant normal n'a nullement entravé le développement de la poliomyélite qui a fait son apparition le treizième jour et s'est bientôt généralisée amenant la mort le quinzième jour.

La première observation confirme simplement les quatre expériences de la première série. Elle montre que le sérum d'un sujet dont la paralysie infantile remonte à trois mois

(1) Alquier. Etude histologique de l'hypertrophie compensatrice expérimentale des surrénales, *Gaz. des hôpit.*, mai 1907.

(2) *Riv. crit. di clin. med.*, avril 1910, nº 15.

mélangé au virus de la poliomyélite neutralise ce dernier qui peut alors être inoculé au singe sans déterminer aucun trouble.

La deuxième expérience est faite avec le sérum d'un enfant dont la paralysie a débuté il y a onze ans. Ici la neutralisation n'est pas complète, il y a seulement atténuation car le singe inoculé présente une légère paralysie limitée. Le pouvoir immunisant conféré par une première atteinte n'est donc pas définitif et absolu. Il diminue avec le temps. On connaît d'ailleurs des exemples de poliomyélite aiguë de l'adulte survenant chez des sujets qui ont eu une paralysie de l'enfance.

La dernière expérience établit le pouvoir microbicide du sérum d'un enfant qui n'a jamais eu de paralysie, mais qui a été malade pendant que son frère avait une paralysie infantile. Elle fournit donc la preuve matérielle de la nature des formes abortives ou frustes dont l'existence s'imposait aux épidémiologistes et aux cliniciens.

Recherche et dosage des pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien des ictériques. — MM. Mosny et Javal. On sait que le liquide céphalo-rachidien est fréquemment teinté en jaune chez les malades atteints d'ictère, mais ce qui manque dans toutes les observations de liquides céphalo-rachidiens jaunes, c'est la définition exacte de l'intensité de la teinte observée.

Les auteurs proposent comme point de comparaison une gamme étalon faite avec de la poudre de safran, à un taux de dilution progressif de 1/10 000 à 1/400 000, qui correspond à des dilutions de bile de 1/200 à 1/8 000.

Si on fait la recherche des pigments biliaires par les procédés les plus délicats dans des solutions de bile ainsi titrées, on voit que cette recherche donne un résultat négatif à partir de la dilution de bile à 1/600, pour une prise d'essai de 10 centimètres cubes.

Il est très exceptionnel de ponctionner des liquides céphalo-rachidiens ayant une teinte plus accusée que cette dilution de bile à 1/600. C'est ce qui explique que la plupart des auteurs ont conclu à l'absence de pigments dans les liquides céphalo-rachidiens des ictériques, alors que ces liquides étaient nettement jaunes.

Ce résultat négatif ne démontre pas, à leur avis, l'absence de pigments : il prouve seulement que dans la plupart des cas ces pigments sont trop dilués pour être mis en évidence par les réactifs connus.

A propos des néphrites congestives et dégénératives. — MM. Paisseau et Tixier insistent à nouveau sur la distinction des néphrites en néphrites congestives et dégénératives qui est des plus faciles à établir en clinique grâce à la sensibilité de la réaction de Meyer à base de phénolphtaléine. Cette réaction permet en outre de soupçonner la nature de certaines néphrites latentes (néphrite scarlatineuse).

Cette distinction classique ne saurait être modifiée par la théorie leucocytaire de l'albuminurie qu'il est actuellement impossible de prendre en considération. L'existence de néphrites leucopathiques est en contradiction avec les faits histologiques ; elle repose en outre sur des expériences qui n'ont pu être reproduites.

Education physique et critères fonctionnels. Les variations de la tension artérielle, critère d'entraînement physique. — M. Pachon. L'une des premières recherches de la physiologie appliquée à l'éducation physique doit être l'établissement de critères fonctionnels, permettant de juger à tous instants de l'état actuel d'entraînement d'un sujet à un exercice déterminé.

L'auteur a poursuivi une série d'études systématiques sur les variations concomitantes des pressions artérielles maxima et minima au cours d'exercices physiques très divers. Les résultats, dont témoignent les multiples documents graphiques présentés par M. Pachon, sont très nets. Chez l'individu non entraîné les valeurs des pressions maxima et minima présentent, comparées à celles de l'état de repos, des écarts plus considérables et aussi un champ d'oscillations étendu, pendant les divers temps de l'exercice ; le retour aux valeurs normales peut exiger un temps très long, plusieurs heures après la cessation de l'exercice. Chez l'individu entraîné, au contraire, l'écart des pressions maxima et minima diffère beaucoup moins relativement à celui de l'état de repos ; le champ d'oscillation des deux pressions est faible, leurs valeurs de travail une fois atteintes restent souvent même à un régime fixe pendant le temps de l'exercice ; le retour aux valeurs normales est relativement très rapide, après la cessation de l'exercice. La sphygmomanométrie, pratiquée dans des conditions correctes d'instrumentation, peut constituer ainsi un excellent critère pratique de l'état actuel d'entraînement d'un individu à un exercice déterminé.

Digestion et absorption des graisses en présence de lipaséidine chez les animaux atteints de lésions du pancréas et des voies biliaires. — MM. J. Camus et M. Nicloux, après avoir montré par de précédentes recherches l'influence de la lipaséidine sur la digestion des graisses dans les différents segments du tube digestif, ont étudié l'effet utile de cette substance sur l'ensemble de la digestion et sur l'absorption des matières grasses.

La lipaséidine, donnée plusieurs jours de suite à des animaux qui ont les canaux pancréatiques et biliaires sectionnés, augmente la digestion des graisses et leur absorption. Sous son action on peut voir par l'analyse des matières fécales la digestion des corps gras passer de 44 p. 100 à 72 p. 100 et leur absorption de 35 à 65 p. 100.

Rhumatisme articulaire aigu et pleurésie tuberculeuse. — M. Lafforgue répond à une précédente note de M. le professeur Poncet et démontre, avec textes à l'appui, qu'il n'ignore ni ses travaux, ni ceux de ses élèves.

1° Il ne méconnaît pas l'existence du rhumatisme aigu tuberculeux, puisqu'il s'exprimait textuellement ainsi le 8 mars 1910, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon : « La question se pose de savoir si, dans les deux cas précédents, les déterminations articulaires sont imputables au rhumatisme franc ou au rhumatisme tuberculeux (type articulaire aigu de Poncet). »

2° S'il a opiné pour le rhumatisme franc, c'est en conformité avec une opinion de M. Poncet lui-même, à savoir : que le rhumatisme tuberculeux n'est pas amélioré par le salicylate de soude. Il renvoie pour les détails aux thèses d'Egmann (p. 78), de Péchiné (p. 63), de A. Schneider (p. 12) et au traité de Poncet et Leriche eux-mêmes (p. 121).

3° M. Lafforgue rappelle que le but de sa communication était surtout d'ordre pratique. Il a voulu montrer « qu'il y a des pleurésies séreuses contemporaines du rhumatisme articulaire aigu que l'on serait tenté d'étiqueter « rhumatismales » et qui, en réalité, sont tuberculeuses ; elles se révèlent telles par l'inoculation, malgré les caractères cliniques du rhumatisme concomitant et l'endothéliose du liquide pleural ».

4° M. Lafforgue démontre, avec détails précis, que la thèse de A. Schneider n'a rien à voir dans la question actuelle. Les deux seules observations de cette thèse, dont on pourrait faire état, manquent de toute base bactériologique.

5° L'auteur est sûr de ne pas méconnaître les enseignements de la pathologie générale en se refusant à considérer un rhumatisme comme tuberculeux, pour l'unique raison qu'il apparaît chez un sujet entaché de tuberculose. Il souhaite, pour sa part, d'autres pièces à conviction.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 13 mai 1910 [*fin*])

Technique et indications du traitement électrique des corps fibreux de l'utérus. — M. D. Courtade. Les corps fibreux de l'utérus déterminent fréquemment des troubles très importants qui, comme les hémorragies, les phénomènes douloureux et les phénomènes de compression, sont rapidement améliorés par l'électricité.

L'auteur a surtout employé l'électrisation galvanique vaginale avec des courants faibles et moyens. L'électrisation est surtout indiquée chez les femmes jeunes ayant de petits fibromes et chez les femmes ayant dépassé quarante ans.

M. Cayla demande quels résultats on obtient dans ces cas par l'application des rayons de Röntgen.

M. Desternes a obtenu des résultats très favorables en

traitant par la radiothérapie des malades atteintes soit de fibromes utérins, soit d'hémorragies de la ménopause sans tumeur. Les hémorragies cèdent avec une rapidité surprenante.

M. GUELPA rappelle les excellents résultats obtenus par les méthodes d'Apostoli.

Tuberculose pulmonaire et eaux sulfureuses sodiques. — M. Marcellin CAZAUX. Les eaux sulfurées sodiques, chaudes, agissent au point de vue physiologique comme stimulants du système circulatoire ; au point de vue thérapeutique, elles ne sont pas spécifiques de la tuberculose pulmonaire, mais elles modifient heureusement les congestions, les fluxions et les catarrhes. Les prédisposés à la tuberculose ou les phtisiques confirmés sans fièvre bénéficieront d'un traitement hydrominéral aux Eaux-Bonnes, à Cauterets, Luchon, Aix-les-Thermes, Vernet-les-Bains, Amélie-les-Bains, Saint-Honoré, Challes et Allevard.

M. CAYLA recommande l'adjonction à la thérapie thermale de la cure d'altitude.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LES CONFRÈRES AUTOMOBILISTES. EXCÈS DE VITESSE. FORCE MAJEURE.

Nous avons rapporté (*Gaz. des hôp.*, 1910, n° 54, p. 781) un jugement acquittant un confrère de Montélimar accusé d'excès de vitesse en automobile. Voici un second jugement rendu le 14 avril 1910 par le tribunal de simple police de Marseille, à propos d'un procès-verbal pour excès de vitesse :

« Attendu qu'il est établi aux débats que, le 26 janvier 1910, le docteur C... fut mandé d'urgence à la Pointe-Rouge, auprès d'un enfant très gravement malade ; qu'il y a lieu, en outre, de considérer que, si la vitesse réglementaire a été dépassée, dans cette circonstance spéciale, elle le fut sur la promenade du Prado, voie très spacieuse ; que, dans ces conditions, on peut dire que le docteur C... n'a pas contrevenu à l'esprit de l'arrêté municipal et qu'il se trouvait dans un cas où la force majeure lui commandait d'accélérer son allure ; qu'il peut donc être relaxé sans amende ni dépens. »

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXII, n° 10, 10 mars 1910.) M. J. ROSENAU : Les emplois de la crainte dans la médecine préventive. — E. L. KEYES : Les infections rénales non tuberculeuses (avec 3 fig. et 2 tableaux). — W. C. HANSON : La santé des jeunes ouvriers dans les usines des Massachusetts. — Ph. E. TRUESDALE : Les fibromes sous-muqueux (avec 10 fig.). — Th. J. EASTMAN : Les hémoptysies périodiques. — (N° 11, 17 mars.) Francis Patten EMERSON : La responsabilité du médecin praticien et du spécialiste dans la prévention de la surdité (2 fig.). — L. Vernon BRIGGS : L'incarcération au lieu de médication ; un reliquat du moyen âge dans nos hôpitaux d'aliénés. — J. Dellinger BARNEY : Le varicocèle. Analyse de 403 cas (2 tableaux). — D. Crosby GREENE : La transplantation de cartilage dans la correction des déformations du nez (1 fig.). — E. A. CODMAN : Un cas de thrombose mésentérique ; résection intestinale ; anastomose termino-terminale. Guérison. — W. P. CONES : Péritonite tuberculeuse avec symptômes simulant une perforation intra-abdominale. — (N° 12, 24 mars.) Wilder TILESTON : Etat actuel de la thérapeutique par les vaccins. — J. J. HURLEY : L'anesthésie locale dans la chirurgie de l'oreille. — James Warren SEVER : La tuberculose de l'épaule chez l'enfant. — William F. Boos : Un hôpital de thérapeutique diététique. — John H. CUNNINGHAM : Un cas de mort après une anesthésie rectale chez un malade atteint de dysenterie. — Walter L. BURRAGE : La ménopause. — (N° 13, 31 mars.) H. F. HARTWELL et Edward C. STREETER : Le traitement des infections des voies urinaires avec les vaccines bactériennes. — John C. MUNRO : Quatre cas d'ectopie rénale. — Elizabeth A. WRIGHT : La corrélation de la respiration et des battements du cœur pendant l'exercice. — Lloyd T. BROWN : Les douleurs de croissance. Une explication mécanique possible. — J. G. HENRY : Deux cas de chirurgie du rein : prolapsus rénal à travers le canal inguinal, rupture du rein. — (N° 14, 7 avril.) Harry W. GOODALL : L'invagination chronique primitive de l'intestin chez l'adulte (*à suivre*). — E. E. SOUTHARD et J. G. FITZGERALD : Discussion sur les facteurs psychiques et somatiques dans un cas de délire aigu d'origine septicémique ; note sur l'infection expérimentale du cobaye par le staphylocoque blanc. — J. C. HUBBARD : Les bandes de contracture utérine compliquant le travail. — E. C. THOMPSON : L'action des manipulations contre la douleur. — F. W. JOHNSON : Tétanos d'origine utérine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 22 fév. 1910.) H. CURSCHMANN : Sur une épidémie de typhoïde avec exanthème hémorragique initial. — SCHRIDDE : L'hydropisie congénitale généralisée. — HÖHNE : Sur la possibilité de comprimer les deux ou un seul uretère au moyen d'une ligature élastique de l'abdomen. — HERRENKNECHT : Sur la prophylaxie de la carie dentaire. — ASCOLI et IZAR : Sur la réaction à la méiostagmine dans les tumeurs malignes. — GUDDEN : Les pupilles chez les nouveau-nés et pendant la première année de la vie. — PLESCH : Un nouvel appareil pour l'évolution fonctionnelle de l'hémoglobine. — BORCHERS : Les actions toxiques de l'arsacétine et en particulier l'irritation rénale. — BACHEM : Sur la brûlure par la lessive de soude confondue avec le silicate de soude. — WOLFFBERG : Sur la technique des pansements des yeux et en petite chirurgie. — BECKER : Permanganate de potasse cristallisé comme caustique, en particulier dans le lupus. — MARX : Un nouveau modèle de chaise d'examen pour cabinet de médecin. — KEPPLER : Sur le traitement du furoncle malin du visage.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE

DÉFINITION. — C'est une diminution du calibre de ce conduit due à une altération permanente et progressive de ses parois, produisant des troubles fonctionnels variés, mais susceptible de transformation régressive sous l'influence d'un traitement approprié.

— Il faut donc éliminer de ce cadre : 1° les spasmes œsophagiens ; 2° les compressions périœsophagiennes, fréquentes au niveau du médiastin ; 3° les malformations congénitales ; 4° le cancer de l'œsophage.

— Ce sont en somme des rétrécissements cicatriciels, dus à la disparition de tout ou partie de la muqueuse et son remplacement par du tissu scléreux.

ETIOLOGIE. — I. CAUSES TRAUMATIQUES. — Ce sont les plus fréquentes :

1° L'*ingestion de liquide caustique* (potasse, acide sulfurique) par accident ou par suicide est de beaucoup la cause la plus habituelle.

ANTISEPSIE INTESTINALE

RÉALISÉE PHYSIOLOGIQUEMENT PAR LE **FOIE**

TANNURGYL

du Docteur LE TANNEUR (de Paris)

Le **TANNURGYL, sel organique de Vanadium et de Manganèse**, introduit en thérapeutique en 1904, est un **stimulant de la fonction hépatique dans sa totalité:**

1° Augmentation de la puissance de combustion des toxines alimetaires, d'où *réalisation de l'antisepsie intestinale par un mode physiologique;*

2° Evacuation de bile plus régulière:

3° Oxydation complète des résidus vitaux, formation d'urée au lieu d'acide urique.

Cette antisepsie intestinale se retrouve depuis les **nourrissons**, où le Tannurgyl donne des résultats merveilleux et inespérés dans la diarrhée verte et chez les nourrissons tardifs.

Chez les **enfants** pendant la croissance, lorsqu'ils sont sujets aux embarras gastriques à répétition, l'emploi de ce médicament les délivre de ces petites crises qui, souvent répétées, entravent leur développement.

Enfin chez les **adultes** le Tannurgyl rend d'immenses services toutes les fois que l'**auto-intoxication** et particulièrement l'**insuffisance hépatique** sont en cause. Egalement utile chez les ralentis (nutrition) qui n'arrivent pas au stade ultime des oxydations et ont un excès d'acide urique soit dans le sang, soit dans les urines. Ces affirmations ne sont que le résumé des divers travaux et de la masse considérable des observations cliniques adressées au docteur Le Tanneur par les médecins des hôpitaux de Paris ou professeurs de nos principales Facultés et Ecoles de France qui, au nombre de près de 150, ont étudié et emploient le Tannurgyl du docteur Le Tanneur.

Toutes les analyses d'urine ont démontré :

1° *La disparition constante des urines, de l'indican, scatol, urobiline, pigments biliaires, etc.*

2° *Augmentation de l'urée, 10 à 20 p. 100.*

3° *Diminution de l'acide urique, retour au taux normal.*

Posologie : Adultes, 15 à 20 gouttes par jour dans un peu d'eau à chacun des deux repas; — Enfants, 2 gouttes par jour et par année d'âge; — Nourrissons, 2 à 5 gouttes par jour dans eau ou lait. — *Echantillons sur demande* : Tannurgyl du Dr Le Tanneur, *Laboratoire, 8, rue de Parme,* **PARIS**.

DIAGNOSTIC

Facile et Sûr

DE

TOUS LES

TROUBLES MENSTRUELS (1)

Quelles que soient leur nature, leur intensité, leur fréquence, les troubles menstruels ont pour seules causes, soit l'insuffisance ovarienne, soit l'insuffisance thyroïdienne.

Le diagnostic entre l'une et l'autre insusffiance dépend uniquement de la **fréquence**, *de l'***abondance** *et de la* **durée** *de l'écoulement menstruel.*

*Ils cèdent à l'administration opportune de l'***Ocréine** *ou de la* **Thyrénine**.

TROUBLES MENSTRUELS	CAUSES	TRAITEMENT
Règles rares Règles peu abondantes Règles douloureuses Accès d'oppression, palpitations, bouffées de chaleur, irritabilité nerveuse, insomnie.	Insuffisance ovarienne. Id. Id. Id.	**OCRÉINE GRÉMY** Deux à cinq pilules tous les jours pendant les huit jours qui précèdent les règles et pendant tout le temps que dure l'écoulement sanguin.
Règles fréquentes Règles abondantes Règles de trop longue durée Migraines, œdèmes transitoires, constipation, douleurs rhumatoïdes	Insuffisance thyroïdienne. Id. Id. Id.	**THYRÉNINE GRÉMY** Une pilule par jour pendant deux jours, puis alternativement une et deux, puis deux pilules chaque jour. Le traitement commencera huit jours après la fin des dernières règles et se prolongera jusqu'à la fin de la période mensuelle suivante. Recommencer huit jours après jusqu'à cessation des troubles.
Aménorrhée	Insuffisance ovarienne et insuffisance thyoïdienne associées.	**THYRÉNINE ET OCRÉINE** Une à quatre pilules d'Ocréine et une à deux de Thyrénine pendant vingt jours par mois.

(1) Nous ne comprenons sous cette dénomination que les troubles de la période cataméniale en dehors de tout état pathologique. c'est-à-dire en exceptant tous les cas où une tumeur ou une infection en sont la cause première.

La sténose se constitue en quelques mois, quand la mort n'est pas survenue rapidement (d'où la prédominance dans l'étiologie de la potasse sur le vitriol plus violemment toxique). Il se fait une ulcération de la muqueuse avec infiltration sous-muqueuse, puis rétraction modulaire.

2° L'*ingestion de liquides bouillants* (le thé chez les enfants, l'accident n'est pas rare en Angleterre) agit de même.

3° La présence prolongée d'un *corps étranger* déterminant un ulcère vient en seconde ligne parmi les causes de sténose.

4° Quant aux *plaies chirurgicales ou accidentelles*, elles ne donnent qu'exceptionnellement des rétrécissements.

II. Causes non traumatiques. — Nombreuses, elles donnent beaucoup moins souvent que les précédentes lieu à des sténoses, ce sont des raretés.

1° La *syphilis* peut provoquer une sténose par infiltration diffuse des parois ou par cicatrisation d'une gomme, il faut y penser (on en cite une quinzaine de cas certains. West a vu un cas céder au traitement spécifique).

2° L'*ulcère simple*, analogue à celui de l'estomac, cicatrise comme lui en diminuant le calibre.

Un ulcère du cardia peut s'étendre jusqu'à l'œsophage et produire le même résultat.

3° Encore plus exceptionnels sont les rétrécissements dus à d'autres causes pathologiques :

— La *tuberculose* : trois cas connus. Cependant pour certains elle serait parfois méconnue surajoutée à d'autres lésions bacillaires pulmonaires et digestives.

— L'*œsophagite simple*, soit primitive, soit secondaire à une variole confluente. L'œsophagite a été plus souvent *phlegmoneuse*.

— La *diphtérie œsophagienne*. Les ulcérations typhiques sont exceptionnellement sténosantes.

Anatomie pathologique. — I. Le rétrécissement. — *Siège*. — Il varie avec la cause. Le plus souvent c'est au niveau des rétrécissements normaux, où s'arrêtent les corps étrangers et au cardia où les liquides projetés toujours rapidement s'arrêtent avant d'entrer dans l'estomac. D'où la fréquence des rétrécissements cricordiens et sus-cardiaques, c'est-à-dire des deux extrémités. Dans le reste de l'œsophage les brûlures sont généralement superficielles.

Etendue. —Nombre. — Ils sont variables, les sténoses par brûlures sont souvent étendues et multiples ; les rétrécissements non traumatiques sont plus localisés.

Forme. — Ce peut être une bride volontaire mais plus souvent la sténose est tubulaire pouvant aboutir à l'oblitération presque complète ; parfois elle est excentrique, ce qui gêne le cathétérisme.

Lésions au niveau du rétrécissement. — La surface intérieure est blanche alors que le reste de l'œsophage tapissé de muqueuse est rose ; elle présente parfois des ulcérations ou des fongosités polypiformes.

— La paroi est dure, épaisse ; la musculeuse hypertrophiée indurée.

— Le tissu cellulaire périœsophagien est épaissi, calleux d'où il résulte souvent entre le rétrécissement et le segment susjacent des coudures causes de fausse route.

II. Au-dessus du rétrécissement. — L'œsophage est un peu dilaté moins que dans le cancer, la musculeuse est hypertrophiée. La muqueuse présente des lésions catarrhales chroniques et parfois des ulcérations.

III. Au-dessous du rétrécissement. — Le segment inférieur de l'œsophage est recroquevillé, par défaut d'usage. Souvent l'estomac est petit, réduit aux dimensions du gros intestin caché sous l'hypocondre. La masse intestinale ratatinée est collée sur la colonne vertébrale.

Symptomes. — Le *début* est variable ; rapide après les brûlures ; la dysphagie mécanique fait suite à la dysphagie douloureuse ; plus lent dans les rétrécissements non traumatiques. Progressivement se développent les deux gros symptômes : dysphagie et régurgitations.

Symptômes fonctionnels. — 1° La *dysphagie* est *graduelle* et *progressive* : d'abord quelques difficultés à avaler les solides, le pain sec ; le malade mange avec lenteur en insalivant beaucoup. Puis il en est réduit aux purées, fait des efforts, s'aide de contorsions, de pression sur le cou. Les liquides passent bientôt difficilement.

La dysphagie peut varier, diminuer par moment à cause de l'élément spasmodique qui se surajoute à l'élément mécanique dans la production de la sténose ; mais elle est beaucoup plus *régulière* que dans le cancer.

2° Les *régurgitations* surviennent très vite. Elles se font peu de temps après l'ingestion, sauf dans les cas rares ou il y a une dilatation, marquée sus-stricturale. Le malade ressent une gêne sur le trajet œsophagien, puis en crachant, sans effort, il rend les matières alimentaires ingérées généralement peu modifiées.

Un moment vient où la salive elle-même ne passe plus et le malade crache constamment un mélange de mucosités et de salive.

3° La *douleur* est rare, toujours peu intense, vague, irradiée dans le dos et les épaules. Elle est due aux ulcérations et à sa périœsophagite. L'ingestion d'aliments les réveille.

Symptômes physiques. — Ils sont peu importants et il faut recourir à des manœuvres spéciales pour faire l'exploration objective du rétrécissement.

1° *Inspection.* — Elle montre souvent un affaissement de l'abdomen, même avant la période d'amaigrissement cachectique.

2° *Palpation.* — Rarement elle décèle une dilatation œsophagienne à la base du cou.

3° *Auscultation.* — Hamburger l'a préconisée.

— Si on fait avaler une gorgée d'eau à un sujet normal en auscultant à trois travers de doigt, sous l'angle inférieur de l'omoplate gauche, on perçoit un premier bruit pharyngien et un deuxième cardiaque dû à l'entrée du liquide dans l'estomac. Ce deuxième suit le premier à huit ou douze secondes.

— S'il y a rétrécissement le second bruit est aboli ou très en retard, affaibli et prolongé en cascade ; mais des bruits produits au niveau de la sténose peuvent induire en erreur. La méthode n'a pas grande valeur pratique.

4° *Cathétérisme.* — On y procède à l'aide d'une tige de baleine à l'extrémité de laquelle on visse des olives de calibres progressivement plus faibles. On emploie aussi des sondes graduées qui rendent mal compte de la longueur et du nombre des rétrécissements. Ces instruments seront aseptisés.

— Le malade étant assis en face de l'opérateur, la tête un peu fléchie, un ouvre-bouche maintenu entre les dents par un aide, le chirurgien déprime la langue de l'index gauche et de la main droite, introduit le cathéther que la gauche guide sur la paroi pharyngienne postérieure et fait descendre dans l'œsophage. Il y a souvent une légère résistance au cricorde. La boule descend jusqu'au premier rétrécissement.

Souvent elle en franchit plusieurs dont chacun marque un temps d'arrêt, et arrive sur le plus serré qu'elle ne franchit pas.

On essaie alors des olives plus petites. Si elles ne passent pas on essaiera d'introduire des bougies fines, en baïonnette ; ou bien on amènera au contact du rétrécissement une sonde dans laquelle on enfoncera un faisceau de filiformes qu'on essaiera de faire passer.

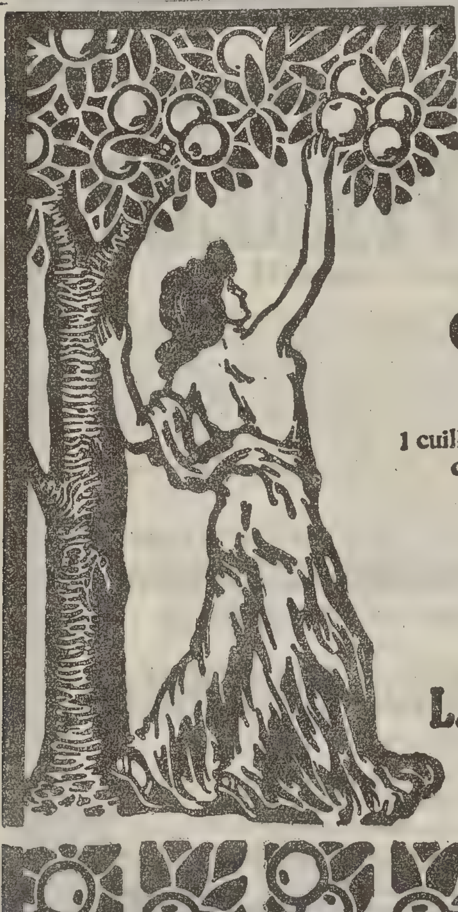
Toutes ces manœuvres devront être très prudentes. Il faudra y renoncer dans un certain nombre de cas : cachexie avancée, affections thoraciques graves, hémorragies récentes de l'œsophage ou de l'estomac ; et surtout si on soupçonne comme cause de dysphagie un anévrisme aortique.

5° La *radiographie* ne donne pas plus que le cathétérisme mais la *radioscopie* peut fournir des renseignements précieux. On fait avaler, devant l'écran fluorescent, une gorgée de lait de bismuth dont on observe la descente. On voit alors le bol s'affiler au niveau de la sténose, couler goutte à goutte ou s'y accumuler en partie.

6° L'*œsophagoscopie* rend service quand on hésite sur la nature cancéreuse de la sténose. On aperçoit dans le cas de rétrécissement cicatriciel des traînées blanchâtres descendant avec le point rétréci, tranchant sur l'aspect rouge de la muqueuse. Le rétrécissement lui-même a la forme d'un entonnoir ou d'une saillie en museau de tanche avec une lumière plus ou moins excentrique. Dans le cas de doute on pourrra encore par ce moyen faire une *biopsie*. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — Ordre de passage des leçons de trois quarts d'heure après trois heures de préparation :

MM. 1. Dumont, 2. Dumas, 3. Lemierre, 4. Gaultier, 5. Salager, 6. Jomier, 7. Demaldent, 8. Darré, 9. François (M.-C.), 10. Thévenot, 11. Giroux, 12. Baudouin, 14. Bérillon, 15. Nattan-Larrier, 16. Grenet, 17. Mouriquand, 18. Lereboullet, 19. Lortat-Jacob, 20. Cordouan, 21. Bousquet (P. J.-C.-G.), 22. Claude, 23. Lippmann, 24. Tixier, 25. Ravaut, 26. Esmein, 27. Chalier, 28. Courtellemont, 29. Merklen, 30. Bousquet (M.-G.-P.-J.-A.), 31. Bertin, 32. Micheleau, 33. Gérard, 34. Patry, 35. Tanon, 37. Weill (Benjamin), 38. Lévy-Franckel, 40. Lévy (Fernand), 41. Clerc, 42. Arloing, 43. Guillain, 44. Lande, 45. Detot, 46. Bériel, 47. Pierra, 48. Paisseau, 49. Bossuet, 50. Pierry, 51. Simon, 52. Fouquet, 53. Faure-Beaulieu, 54. Trémolières, 55. Crouzon, 56. Milhit, 57. Weil (Emile-R.-P.), 58. Roger, 59. Petges, 60. Euzière, 61. Louste, 62. Oppert, 63. Lafontaine, 64. Rimbaud, 65. Griffon, 66. Ribierre, 67. Leuret, 68. Fiessinger, 69. Laubry, 70. Lemaire (J.-L.-D.), 71. Lehmann, 72. Lautier, 73. Babonneix, 74. Savy, 75. Villaret, 77. Le Goff, 78. Tilloy, 79. Léri, 80. Pagniez, 81. Carles, 82. Josué, 83. Gougerot, 85. Bonnamour, 86. Boidin, 87. Gaujoux, 88. Philibert, 89. Cade, 90. Garnier, 91. Le Fur, 92. Minet, 93. Perrin, 94. Camus, 95. Gellé, 96. Rathery, 97. Boudet, 98. Odin, 99. Renaud, 100. Armand-Delille, 101. Delaunay, 102. Ferrand, 103. Malloizel, 104. Nathan, 105. Voisin, 106. Bernard, 107. Milian, 108. Leredde, 109. Pallasse, 110. Rosenthal, 111. Cordier, 114. Régis, 115. Herscher, 116. Pierre-Nadal, 117. Favre, 118. Parisot, 119, Dreyfus-Rose, 120. Buard.

Dans la liste ci-dessus, les numéros manquants sont ceux des candidats qui n'ont pas répondu à l'appel de leur nom.

Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. — Séance du jeudi 26 mai : M. Dumont (Paris) : absent.

M. Dumas (Lyon) : « Méningite cérébro-spinale épidémique. » — Note donnée : 8.

M. Lemierre (Paris) : « Les cholécystites. » — Note donnée, 16.

Première séance du vendredi 27 mai : M. Gaultier (Paris) : « Hémorragie intestinale dans la fièvre typhoïde. » — Note donnée : 15.

M. Salager (Montpellier) : « Cancer pleuro-pulmonaire. » — Note donnée : 13.

— Section de médecine mentale. — *Ordre de passage.* — MM. Kahn, Roubinovitch, Rogues de Fursac, Delmas, Laignel-Lavastine, Lhermitte, Charpentier et Juquelier. Les séances ont lieu à Sainte-Anne.

— Section d'ophtalmologie. — Les séances ont lieu à l'Hôtel-Dieu.

AUTOUR DE L'AGRÉGATION. — Le Syndicat des médecins de la Seine communique la note suivante :

« Le Syndicat des médecins de la Seine, qui a pris une part active à tous les congrès des praticiens, approuve pleinement ceux de ses membres qui, au titre de candidats, ont cherché légalement à protester contre le concours de l'agrégation, condamné à l'unanimité par trois congrès consécutifs, mais il réprouve énergiquement les actes de violence qui, de quelque côté que ce soit, se sont produits à l'Ecole de médecine, et est convaincu qu'aucun de ses membres ne saurait approuver les actes répugnants auxquels se sont livrées, contre les membres du jury, des personnes qui ne sauraient faire partie, à aucun titre, du corps médical. »

— Devant la 9e chambre ont comparu le docteur Lafontaine, un étudiant M. Porché, et un employé de commerce M. Quennet, poursuivis pour outrages aux agents. M. Lafontaine a été condamné à 200 francs d'amende sans sursis. M. Porché à quinze jours de prison, avec sursis, et 100 francs d'amende.

M. Quennet, qui n'avait rien à faire à la Faculté et y était entré en curieux, vingt jours de prison avec sursis et 50 francs d'amende.

MEETING DE PROTESTATION. — Un grand meeting a été tenu jeudi soir sous la présidence de M. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, assisté de MM. les docteurs Noir, Coppens, Leredde, Le Fur, Declercq et Lafontaine.

Les orateurs ont fait de nouveau le procès de l'agrégation, protesté à la fois contre les violences commises envers le jury et contre l'entrée de la police à la Faculté, et enfin acclamé le docteur Lafontaine et ses camarades.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve orale* : Fracture du rocher. — Séance du 26 mai. — MM. Marcille, 17 ; Chifoliau, 19 ; Alglave, 20 ; Mocquot, 18.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Epreuve clinique. — Séance du 26 mai. — MM. Rouyé, 12 + 6 = 18 ; Colibert, 11 + 7 = 18 ; Barbier, 10 + 6 = 16

Prochaine séance samedi 28 mai, à quatre heures et demie à la Charité.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Mlle Barrier, pharmacien de première classe, est instituée pour une période de neuf ans suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

M. G. Dodero, licencié ès sciences physiques, est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de physique et de chimie.

— POITIERS. — Un congé sans traitement jusqu'au 31 juillet 1910, est accordé, sur sa demande, à M. Guitteau, chef des travaux de physique et de chimie.

M. Sauvage, professeur de chimie et toxicologie, est chargé en outre, jusqu'au 31 juillet 1910 (durée du congé accordé à M. Guitteau), des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

CONGRÈS DE L'INTERNAT (1). — Voici les principaux vœux adoptés au cours du Congrès, après des discussions parfois extrêmement animées :

1° SUR LE PRINCIPE DE L'INTERNAT. — Etant donné que l'internat est, d'avis unanime, une école incomparable d'éducation médicale et chirurgicale, et que les médecins étrangers nous l'envient à juste titre, le Congrès prend à l'unanimité la résolution de défendre l'institution de l'internat obtenu au concours, contre toutes les mesures qui tendraient à le supprimer ou en diminuer les prérogatives.

2° SUR LE RECRUTEMENT ET LE FONCTIONNEMENT DE L'INTERNAT. — *a*. Le mode de recrutement par le concours est maintenu;

b. La nécessité de passer par l'externat est maintenue;

c. Les internes des hôpitaux, nommés au concours, des villes qui sont le siège d'une faculté de médecine pourront, après au moins un an d'exercice, et sans repasser par l'externat, se présenter directement à l'internat des autres villes, siège de facultés de médecine;

d. Le nombre des places à mettre au concours sera fixé à l'avance; ce nombre, autant que possible, sera constant d'une année à l'autre;

e. Les concurrents de nationalité étrangère peuvent être admis au concours de l'externat et de l'internat, à la condition qu'ils justifient de tous les diplômes et toutes les autres conditions, en dehors de la nationalité, qui sont requises des étudiants français;

f. Tout interne, muni de douze inscriptions, sera régulièrement autorisé à exercer la médecine dans l'intérieur de l'hôpital;

g. Les internes seront assimilés à des moniteurs de clinique dans les services de cliniques annexes et, aussi, dans les services de médecins et de chirurgiens des hôpitaux.

3° SUR L'ORGANISATION MATÉRIELLE DE L'INTERNAT. — Attendu que le séjour habituel dans le milieu hospitalier implique certains risques de contagion, notamment au point de vue de la tuberculose, le Congrès émet le vœu que les internes en exercice soient logés dans de bonnes conditions hygiéniques, convenablement nourris par l'administration, ou munis d'une indemnité de nourriture largement suffisante.

4° ORGANISATION SCIENTIFIQUE DE L'INTERNAT. — *a*. Les subventions administratives pour les bibliothèques de l'internat devront être augmentées.

b. Des laboratoires seront créés pour les recherches scientifiques des internes.

c. Les internes en exercice pourront être, sur leur demande, mis en disponibilité pendant une année entière pour faire un voyage scientifique dans les villes universitaires de France ou de l'étranger.

Chaque association des anciens internes favorisera la création d'un concours en vue de l'attribution d'une bourse de voyage soit en France, soit à l'étranger, avec l'obligation d'un rapport scientifique sur une question déterminée à l'avance par le bénéficiaire.

d. Chaque hôpital de ville universitaire pourra recevoir un pensionnaire interne venant d'un autre hôpital de ville universitaire, à condition que cet interne ait été nommé au concours, que sa demande ait été agréée par le chef de service auprès duquel il désire être admis, et que cette demande ait été appuyée favorablement par l'administration dont il dépend.

Ce pensionnaire sera soumis aux mêmes règles qui régissent l'hôpital où il sera pensionné; il sera toujours en surnombre dans le service où il aura été admis.

5° ORGANISATION SOCIALE DE L'INTERNAT. — *a*. Les anciens internes des hôpitaux de villes ayant faculté de médecine seront assimilés aux chefs de clinique au point de vue de l'avancement militaire.

b. Le Congrès, fermement convaincu que le meilleur moyen de défendre les intérêts généraux de l'internat — et notamment de poursuivre les usurpateurs du titre d'interne des hôpitaux — consiste à associer la communauté des efforts, décide le principe d'une fédération des associations des internes et anciens internes des hôpitaux universitaires de France, étant entendu que la fédération projetée jouira de la capacité juridique.

Tous les vœux qui précèdent, sauf le dernier (Paris s'étant abstenu) ont été votés à l'unanimité.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 58, p. 833.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE DRAINAGE
ET
L'IRRIGATION CONTINUE DE LA VESSIE

Par MM. JEAN FIOLLE,
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille,
et PAUL FIOLLE,
Interne de la clinique des voies urinaires à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

L'irrigation continue et le drainage de la vessie sont souvent des moyens accessoires de traitement. D'autres fois au contraire ils constituent à eux seuls toute la thérapeutique de diverses lésions. Dans chacun de ces cas les indications et la technique en sont variables.

Le drainage vésical peut être assuré par plusieurs procédés :

1° Drainage par les voies naturelles (sonde à demeure);

2° Drainage par les voies artificielles (voies hypogastrique, périnéale, vaginale).

Chacun de ces procédés comporte une technique et des indications différentes, que nous allons passer en revue.

I

Historique. — Depuis longtemps employée, la sonde à demeure est le plus ancien appareil de drainage vésical. Avant la cystostomie hypogastrique et vaginale c'était le seul moyen de mettre la vessie au repos et d'assurer son évacuation, mais c'est surtout à Guyon que nous devons d'avoir fixé d'une façon définitive la technique, les indications et les avantages de ce procédé.

Mais depuis 1888, date à laquelle deux chirurgiens, l'un Américain Mac Guire, l'autre Lyonnais Poncet publièrent les premiers résultats dus à l'établissement d'un méat hypogastrique, une lutte s'engagea entre les partisans des deux procédés. L'école lyonnaise avec Poncet, Delore, Bonan, etc., s'appuyant sur des observations comme celle de Diday prétendit ériger le méat hypogastrique en méthode universelle à l'exclusion de la sonde à demeure défendue par l'école de Necker avec Guyon, Bazy, Escat, Michon, Berthier, etc. Mais depuis, les résultats obtenus par la prostatectomie sont venus réduire de beaucoup les cas que se disputaient chacune de ces méthodes.

Chez la femme, les moyens de drainage par la voie vaginale sont employés depuis Emmet, qui en 1885 déclarait : « Nos moyens de guérir la cystite sont limités à un seul procédé, celui de la cystostomie vaginale. » Et de fait dans certains cas la thérapeutique n'a pas avancé depuis lui. A sa suite, d'autres chirurgiens préconisèrent ce procédé parmi lesquels Bozemann, Montrose-Pallen, Hartmann, Guyon, Escat, Desnos, etc.

La taille périnéale et l'établissement d'un méat périnéal a eu aussi de nombreux défenseurs. Préconisée à l'étranger par Parker Fergusson, J.-M. Craith et Bichersteth, elle a eu en France de nombreux partisans parmi lesquels Dolbeau, Duplay, Verneuil, Ollier et Tédenat.

Enfin certains chirurgiens comme Euller, Escat et Legueu ont eu l'idée de combiner deux moyens de drainage, soit qu'ils fissent un double drainage par le périnée et l'hypogastre, soit par les voies naturelles et une voie artificielle.

L'irrigation continue, employée pour la première fois par Leclerc Dandoy et par notre maître le professeur Escat, a depuis été adoptée après la prostatectomie transvésicale par de nombreux chirurgiens comme Albarran, Duchastelet, Marion, etc. De nombreuses modifications sont apportées journellement à la technique de l'irrigation par les promoteurs eux-mêmes et nous-mêmes avons publié dernièrement un procédé spécial.

Plusieurs chirurgiens ont attaché leur nom à l'emploi d'un de ces procédés dans des cas particuliers; les énumérer ici serait trop long. Nous les citerons au cours de ce travail en parlant des indications particulières de chacun de ces procédés.

II

Technique. — 1° LE DRAINAGE DE LA VESSIE PAR LES VOIES NATURELLES. — A. **Choix de la sonde.** — L'instrumentation varie chez l'homme et chez la femme et dans différents cas. *Doit-on placer chez l'homme une sonde du type Pezzer ou Malecot ou Pousson?*

Nous ne le croyons pas. La facilité relativement grande d'assurer par des moyens extérieurs la fixité de la sonde, le traumatisme que créent pendant leur passage ces instruments à fixation automatique leur font généralement préférer soit la simple sonde en caoutchouc, soit la béquille. Chez la femme au contraire fixer extérieurement une sonde est assez difficile. D'autre part l'urètre est plus large, moins long, aussi devrons-nous préférer les sondes autofixatrices.

Dans certaines circonstances, lorsque nous voudrons drainer après une urétrotomie interne un cul-de-sac prostatique dilaté rétro-strictural ou une loge prostatique débarrassée par prostatectomie de son contenu, *la sonde de Bazy* semblable à une sonde à béquille mais percée de nombreux orifices sur une longueur de 4 à 5 centimètres devra être choisie. Les sondes en gomme n'étant pas supportées dans certaines cystites douloureuses et celles en caoutchouc se ployant dans le canal, Bazy a fait construire une sonde à bec en caoutchouc et à corps en gomme. Elle est d'ailleurs peu employée.

Le choix de la substance dont est faite la sonde doit aussi retenir notre attention. Les sondes à trame de coton d'un prix de revient bien moindre que celles à texture de soie sont aussi moins aptes à assurer un bon drainage. Les parois en sont plus épaisses, l'ébullition exerce sur elles un effet plus nocif, l'incrustation ammoniacale y est plus rapide, aussi devons-nous préférer les sondes en soie.

Quel doit en être le calibre? Rien n'est fixe à ce sujet. En général sauf après la prostatectomie on ne doit guère dépasser les nos 16 ou 18 de la filière Charrière. En règle générale une sonde doit jouer dans le canal. *Pour quelle soit tolérée par l'urètre, il faut qu'elle soit facilement acceptée par lui.* Les urétrites, les orchiépididymites consécutives à la sonde à demeure n'ont le plus souvent pas d'autre raison que la non observation de cette règle.

La désinfection de la sonde peut être obtenue en pratique courante par la simple ébullition.

B. **Comment placer la sonde?** — L'introduction d'un cathéter évacuateur est une opération de pratique

(1) Reproduction interdite.

trop courante pour que nous ayons à y insister.

Mais il est un point qui domine la question et qu'il est de toute importance de bien connaître. Il faut savoir jusqu'à quel niveau il convient d'enfoncer une sonde dans la vessie. Trop peu enfoncée, elle reste dans la région prostatique et laisse la vessie en tension, devenant pour le malade une gêne au lieu d'un secours. Trop enfoncée elle laisse l'urine s'accumuler dans la vessie n'en drainant que les parties superficielles et risque d'ulcérer les parois vésicales. En général autant les effets d'une sonde à demeure sont excellents lorsqu'elle est bien placée, autant, en cas d'application maladroite, ils peuvent être déplorables. Pour qu'une sonde à demeure fonctionne bien, il faut qu'elle soit au *goutte à goutte*, c'est-à-dire placée de telle façon que l'urine venant des uretères n'ait pas le temps de séjourner dans la vessie. Il faudra donc que la sonde vienne simplement émerger du col vésical pour que les yeux dont elle est percée puissent recueillir le liquide dès qu'il affleure au col. Pour s'assurer que cette condition est remplie, voici ce qu'il convient de faire : après l'introduction du cathéter, l'urine s'écoule ; retirons la sonde doucement. Il viendra un moment où l'œil de la sonde étant caché par les lobes prostatiques l'urine cessera de s'écouler, enfonçons-la alors doucement jusqu'à ce que le liquide s'écoule à nouveau, c'est là la position que doit garder la sonde, c'est à ce niveau seulement que ses bons effets se feront sentir.

Si on emploie une sonde autofixatrice il est évident que ce point n'est pas à discuter. Elle se met au point par elle-même.

C. Comment fixer une sonde? — a. *Chez l'homme.* — On peut employer le procédé classique. Nouer autour de la sonde au-dessus du méat deux fils doubles de coton. Avec ces deux fils faire au-dessous du gland deux anneaux solidaires l'un de l'autre et assurer leur fixation meilleure en réunissant latéralement ces anneaux aux pubis par deux fils qui s'attachent aux poils. Mais si le drainage doit être longtemps continué, ce système est peu pratique, il doit être renouvelé toutes les fois que l'on change la sonde. De plus les fils de coton finissent par ulcérer la peau du gland. Dans ces conditions nous pensons qu'on devra plutôt employer les muselières élastiques comme celles du commerce. Plus pratique encore est la *muselière d'Escat* qu'on peut fabriquer avec une lame de caoutchouc taillée en Y dont le sommet sert à fixer la sonde et dont les deux branches vont se fixer sur une autre lame enserrant la verge au-dessous du gland. Elle est très simple à faire extemporanément. Nous l'employons couramment et elle nous a toujours donné d'excellents résultats.

On ne doit jamais quitter un malade après lui avoir fixé une sonde à demeure sans s'assurer de son bon fonctionnement et pour cela il suffira d'injecter avec une seringue dans la vessie un peu de liquide pour s'en rendre compte.

b. *Chez la femme.* — Nous conseillons d'employer de préférence les sondes autofixatrices. Mais cependant dans certains cas les autres sondes sont indiquées; pour les fixer, on les solidarisera par des fils soit aux poils, soit à un pansement placé dans ce but et faisant le tour de la taille.

D. Choix d'un récipient. — L'urinal ordinaire est peu pratique; de petite capacité, il est de plus facilement renversable et de ce fait pendant le sommeil les malades inondent souvent leur lit, aussi les récipients de Duchastelet et d'Escat se renversant plus difficilement sont-ils préférables.

Les malades ayant tendance à faire tremper l'extrémité de la sonde dans l'urine, il est utile de rendre aseptique ce milieu en maintenant dans l'urinal un antiseptique, sublimé, lusoforme ou autre.

E. Soins à donner aux malades pendant qu'ils ont la sonde à demeure. — Une sonde à demeure doit être surveillée par le médecin. Les cas où elle est placée pour assurer l'évacuation de détritus purulents ou sanguins doivent surtout être surveillés. La sonde se bouche alors très facilement. Un lavage ou une aspiration avec la seringue suffit à la déboucher ordinairement. Si l'on n'y réussit pas, ne pas hésiter à la changer, ou même à l'enlever définitivement si dans ces cas l'on ne peut la surveiller. Nous ne saurions en effet trop répéter combien peut être nuisible une sonde qui ne fonctionne pas.

En général, il sera utile de faire chaque jour un lavage de vessie avec une solution boriquée, aux malades à la sonde à demeure.

F. Combien de jours peut-on laisser la même sonde? — Cela est extrêmement variable, suivant la facilité avec laquelle le malade incruste sa sonde, suivant la qualité de cette sonde, suivant la réaction de l'urètre, etc. Chez certains on devra changer la sonde tous les deux jours. Chez d'autres au contraire on pourra la laisser pendant plus longtemps. Mais en thèse générale ne dépassez pas six à huit jours, surtout pour les instruments en gomme.

G. Peut-on permettre la déambulation? — Escat a publié de nombreux cas de malades porteurs de sonde à demeure qui se levaient et pouvaient même accomplir un léger travail. A l'aide d'un fosset, ils arrêtaient le cours de l'urine dans la sonde pendant la marche. On pourra donc quelquefois employer la sonde à demeure et permettre la déambulation. Mais la plupart des malades susceptibles de bénéficier de ce traitement sont des prostatiques et la prostatectomie sera préférable à ce moyen qui n'est qu'un moyen de fortune.

H. L'irrigation continue par les voies naturelles. — Guyon a fait construire une sonde à double courant pour permettre l'irrigation continue de la vessie. Mais cette sonde, de son avis même, n'a pas eu de résultats heureux.

I. Création d'une incontinence artificielle chez la femme. — Certains chirurgiens, pensant pouvoir supprimer tout appareil de drainage, tout en assurant l'évacuation permanente de la vessie, déterminent une incontinence artificielle. Cette incontinence s'obtient par la dilatation du col vésical soit avec le doigt, soit avec des bougies d'Hégard. Nous pensons qu'on doit rejeter cette méthode. Cette intervention nécessite le sommeil chloroformique comme la taille vaginale qui donne d'aussi bons résultats et tandis qu'il est facile après guérison des lésions qu'on traite, de fermer une fistule vésico-vaginale qu'on a créée, il est au contraire difficile d'arrêter une incontinence d'urine due à une dilatation sphinctérienne.

2° LE DRAINAGE PAR LA VOIE HYPOGASTRIQUE. — **A. Trocart à demeure.** — Dans certains cas d'urgence absolue lorsqu'il s'agit de vider immédiatement une

vessie distendue, lorsque les conditions matérielles ne permettent pas une intervention, il peut être utile de faire un drainage extemporané de la vessie en introduisant un trocart par la voie hypogastrique et en le laissant à demeure. Toutefois nous pensons que ces cas sont excessivement restreints. Il vaudrait mieux, croyons-nous, faire des ponctions répétées de cet organe que de laisser un trocart. La technique en est simple. La ponction se fera avec un trocart de l'appareil de Potain. Il sera introduit un doigt et demi environ au-dessus du pubis et poussé perpendiculairement à la peau sur une longueur de 4 à 5 centimètres. L'urine s'écoulera par là. Pour protéger le malade il sera utile de joindre au trocart un tube de caoutchouc faisant syphon et conduisant l'urine vers un urinal. En s'aidant du trocart on peut aussi introduire par l'hypogastre une sonde dans la vessie (Lejars).

Les soins postopératoires sont restreints. Faire une asepsie rigoureuse de la région pour éviter les infections pariétales et surtout laisser peu de temps cet appareil qui n'est qu'un mauvais appareil susceptible seulement de rendre service dans de rarissimes cas d'urgence et recourir secondairement aux autres moyens de drainage.

B. **Cystostomie sus-pubienne.** — La technique opératoire de cette intervention nous arrêtera peu. C'est en effet à peu de chose près celle de la taille vésicale qui se pratique pour grand nombre d'opérations sur la vessie. L'incision cutanée sera petite : 5 à 6 centimètres. Incision de même longueur sur la ligne blanche. Refoulement en haut du péritoine vésical. Incision de la paroi antérieure de la vessie (préalablement lavée et remplie d'air si possible). Fixation à la peau de cette paroi.

L'acte opératoire, comme on le voit, est extrêmement simple, d'une exécution facile et rapide. On pourra, comme le conseille Jaboulay, faire l'incision sur le côté, au niveau du muscle droit dont les fibres forment autour de l'orifice une sorte de sphincter. Mais c'est là, croyons-nous, un procédé illusoire et de plus on a vu des vessies continentes, malgré l'ouverture médiane.

Mais le plus souvent, d'ailleurs, le drainage hypogastrique de la vessie ne sera que le complément d'interventions portant sur cet organe, qu'il s'agisse du curettage d'une vessie ulcéreuse, de l'ablation d'une volumineuse prostate, etc. Le drainage aura alors non seulement pour but de mettre l'organe au repos, mais encore de permettre la sortie de la vessie aux matériaux liquides ou solides (pus, caillots, débris tissulaires, etc.). Aussi dans ce but divers appareils doivent être employés.

I. *Systèmes de drainage hypogastrique après cystostomie.* — Poncet après cystostomie recommande de n'introduire aucun appareil dans la vessie. Son opinion combattue par Mac Guire nous semble devoir n'être acceptée qu'avec réserves. Nous pensons en effet qu'après ouverture de la vessie on doit s'efforcer de recueillir les urines à l'intérieur de l'organe, faciliter leur sortie et empêcher le malade d'être continuellement souillé par elles. Plus tard, lorsque la fistule hypogastrique proprement dite sera constituée, alors nous pourrons retirer de la vessie tout appareil et recueillir les urines à la sortie à l'aide d'un urinal spécial. On devra alors faire de fréquents lavages de vessie, car cet organe est le plus souvent secondairement infecté et contient même quelquefois, comme on s'en aperçut à l'autopsie de Diday, des calculs.

Quels sont les appareils destinés à recueillir l'urine et à drainer la vessie ?

Le plus simple est constitué par un gros tube de caoutchouc long de 10 centimètres environ plongeant dans la vessie et déversant les urines à l'hypogastre, *c'est le tube de Freyer* que l'on emploie surtout après les prostatectomies. Son gros calibre a l'avantage de laisser passer de gros caillots et de permettre une observation directe de la cavité prostatique. Son principal inconvénient est de déverser les urines à l'hypogastre et de souiller ainsi continuellement le malade, c'est ce qui a poussé plusieurs auteurs à proposer des appareils qui se greffent sur lui et complètent son action. Le meilleur est celui d'Escat qui se compose d'un entonnoir à deux tubulures inférieures, l'une rattachée à l'extrémité supérieure du tube de Freyer et l'autre, conduisant à l'aide d'un gros drain jusqu'à un urinal les urines qui montent dans l'entonnoir.

Mais à tous ces appareils peut être fait un même reproche, c'est qu'ils ne drainent que les parties superficielles de l'urine, c'est-à-dire les plus légères. Les débris pesants, caillots, pus, etc., ne pourront être extraits du bas-fond dans lequel ils stagnent que par des lavages répétés. Aussi a-t-on pensé pouvoir assurer une évacuation intermittente, mais complète de la vessie, à l'aide de siphons qui, une fois amorcés, videraient complètement l'organe. Le type de ces appareils est le double siphon de Guyon Perier, composé de deux tubes accolés l'un à l'autre plongeant d'un côté dans la vessie, de l'autre dans un urinal placé sur un plan inférieur. Toutefois les systèmes de siphonage, malgré les avantages réels qu'ils semblent présenter, sont peu employés. Pour la plupart, les chirurgiens préfèrent les autres modes de drainage. Les siphons en effet ne fonctionnent pas comme il conviendrait, ils n'ont pas d'autres avantages que les appareils comme celui d'Escat et, de plus, ils nécessitent une fermeture hermétique de la vessie, ce qui est une condition défectueuse, cet organe, par suite du mauvais fonctionnement de l'appareil, pouvant se mettre en tension. A quoi est dû ce manque de régularité des systèmes de siphonage ? C'est, d'après nous, la conséquence de la non observation d'un principe de physique. En mettant un siphon dans une vessie et en resserrant autour de lui les parois vésicales, on empêche la communication de la cavité de l'organe avec l'air extérieur. La pression atmosphérique ne peut s'exercer à l'intérieur du réservoir urinaire et même. si le siphon est amorcé, la chasse de liquide ne se produit pas. Aussi conseillons-nous d'adjoindre au siphon un mince tube rectiligne de verre ouvert à l'extérieur, plongeant dans la vessie, et surmontant de 2 à 3 centimètres le niveau de la coudure du siphon. La vessie se remplissant, le liquide montera dans le siphon et dans le tube rectiligne. Lorsqu'il affleurera à la coudure du siphon, celui-ci s'amorcera et le liquide s'écoulera pendant que l'air rentrera par l'autre tube dans la vessie. Cet organe se videra ainsi complètement et les détritus purulents, sanguins, ou organiques seront emportés par la chasse de liquide qui se produira à ce moment. Nous avons pu expérimenter ce procédé qui nous a donné d'excellents résultats (que nous avons relatés dans un récent article des *Annales des maladies génito-urinaires*) et nous pensons qu'après adjonction de cette partie accessoire

(le tube rectiligne) le siphon peut être un excellent moyen de drainage hypogastrique.

II. *Soins consécutifs.* — Ces difficultés pour maintenir un bon drainage hypogastrique montrent bien le peu d'efficacité qu'aurait ce moyen de traitement, s'il n'était l'objet d'une surveillance de tous les instants.

Lorsqu'on met en place un tube de Freyer seul, il est indispensable de changer le pansement deux fois par jour, de veiller à la plaie hypogastrique constamment souillée par une urine le plus souvent septique, et enfin de faire de fréquents lavages vésicaux. Pour faire cette dernière manœuvre, il ne convient pas d'injecter par le gros tube de Freyer du liquide antiseptique dans la vessie. Seules, quelques parties du liquide d'irrigation parviendraient jusqu'à l'organe. Il faut faire une sorte de lavage de bas en haut. Pour cela il faut introduire dans la cavité du tube une sonde en caoutchouc stérilisée dont l'extrémité pénètre jusqu'au bas-fond vésical. Par elle, on injecte alors un liquide antiseptique faible qui remonte de haut en bas par le tube de Freyer, entraînant avec lui tous les détritus.

Les appareils greffés comme celui d'Escat sur le tube de Freyer doivent aussi être l'objet de soins constants. Le pansement toutefois est mieux protégé et peut n'être changé qu'une fois par jour. Mais les lavages doivent être faits souvent et faits de la même façon.

Avec le double tube-siphon de Guyon Perier, le lavage se fera en injectant par un tube du liquide qui ressortira par l'autre. Mais alors, le liquide injecté s'infectera lui-même en passant par le tube qui trempe dans un urinal forcément septique. Si nous adaptons le tube de verre dont nous avons recommandé plus haut l'emploi, il nous sera facile de faire par là, dans d'excellentes conditions, un lavage rigoureusement aseptique.

On doit faire ces lavages au moins deux fois par jour et même plus souvent si possible. Pendant les jours qui suivent une prostatectomie transvésicale, il faut faire trois à quatre lavages par jour, surtout si la température vient à monter. D'ailleurs dans ce cas ce n'est souvent plus seulement aux irrigations intermittentes, mais à l'irrigation continue de la cavité vésicale que nous devrons avoir recours.

III. *Irrigation continue.* — Depuis Leclerc Dandoy et Escat qui ont les premiers employé cette méthode de traitement, nombreux sont les appareils qui sont destinés à laver la vessie d'une façon continue. Très bien décrits dans leurs détails dans l'excellente thèse de Sause, leur nombre est trop vaste pour pouvoir les énumérer tous, nous nous contenterons donc d'indiquer les procédés que nous croyons être les meilleurs. La vessie peut être irriguée de deux façons, par voie ascendante ou descendante. Pour la voie descendante on fait l'aspiration par un des tubes de Guyon, l'autre tube aspirant à son tour du liquide qui passe dans la vessie et lave sa cavité. Employée pour la première fois par Leclerc Dandoy ce système est à peu près délaissé aujourd'hui. Les difficultés de technique, les irrégularités de la marche lui font préférer la voie ascendante. Pour celle-ci on fait arriver au niveau du bas-fond vésical du liquide qui ressort par les tubes de drainage. Le moyen d'adduction du liquide peut être une sonde à demeure passant par l'urètre (Leclerc Dandoy) soit mieux encore une sonde passant par la plaie hypogastrique et pénétrant de là jusqu'au bas-fond (Escat).

De toute façon il importe que le point où pénètre le liquide soit très proche des parties déclives de la vessie, de façon à bien les débarrasser des produits lourds de décantation des urines.

Comment organiser un système pratique d'irrigation continue? — L'appareil d'Escat se prête admirablement à cette méthode. L'entonnoir à deux tubulures étant placé sur le tube de Freyer, on introduit dans celui-ci une sonde qui pénètre jusqu'au point le plus déclive de la vessie. On fixe cette sonde dans cette position.

« A cette sonde (1) vient s'adapter par un index de verre le tube d'échappement d'un filtre, j'emploie le petit filtre Maignen au charbon et à l'amiante plongé dans un réservoir quelconque contenant le sérum artificiel. Il fonctionne automatiquement dès qu'on l'a amorcé par aspiration. Le fonctionnement se fait goutte à goutte par instillation continue. Aucun robinet de réglage n'est nécessaire. Il est possible ainsi de faire passer dans la vessie plus de 20 litres de liquide par jour. L'eau filtrée bouillie et salée est de nouveau filtrée, ce qui n'est pas sans avantage si on laisse plusieurs heures l'eau dans le réservoir.

Le filtre peut être bouilli tous les jours.

Le réservoir quelconque, grosse marmite par exemple, placé à 15 ou 20 centimètres au-dessus du lit, peut être élevé s'il y a quelque arrêt de fonctionnement. La pression augmente et l'écoulement se rétablit. »

Pour recueillir au moment de leur écoulement les liquides de lavage, on pourra se servir du grand urinal inversable qu'Escat a fait construire dans ce but.

Le liquide de lavage sera du sérum salé à 8 p. 1000.

3° Drainage par la voie vaginale. — Employée depuis longtemps déjà dans les cas de cystites rebelles, la taille vésico-vaginale et l'établissement d'une fistule restent un des plus simples et des meilleurs moyens de traitement de cette affection.

Après désinfection soigneuse du vagin et lavage de la vessie, la femme est mise en position dorsale, les cuisses écartées et relevées. La ligne médiane est bien repérée. Une sonde introduite dans la vessie fait saillir la paroi de cet organe qui est incisée sur la ligne médiane. L'hémostase est pratiquée s'il y a lieu et un drain est placé dans la vessie. Il y restera quelques jours.

Mais diverses difficultés se présentent au cours de l'opération et pendant les suites opératoires.

Tout d'abord quelquefois l'hémostase est difficile à faire. Le meilleur moyen que recommande Imbert sera alors d'accoler les muqueuses vésicale et vaginale en revêtant ainsi la ligne d'incision d'une surface muqueuse au-dessous de laquelle les hémorragies pourraient difficilement se produire.

La blessure des uretères est un accident qui a pu se produire, mais qui sera aisément évité si l'on reste bien sur la ligne médiane.

Un inconvénient beaucoup plus grave est l'oblitération trop rapide de la fistule. Il est surprenant, en effet, lorsqu'on songe à la difficulté que l'on a à fermer une fistule vésico-vaginale survenant après un accouchement, de voir la grande facilité avec laquelle se ferment d'elles-mêmes les fistules établies dans

(1) Nous empruntons à Escat la description de son appareil à instillation continue.

un but thérapeutique. Nous avons eu l'occasion d'observer une femme à qui l'on avait pratiqué pour une leucoplasie vésicale une fistule vésico-vaginale en enlevant une portion de la paroi commune à la vessie et au vagin, avec accolement des deux muqueuses. Un mois et demi après, sa fistule s'était complètement fermée.

Aussi malgré l'ablation d'un segment de paroi (Bozeman), malgré l'accolement des muqueuses (Imbert), on verra souvent se fermer trop tôt les fistules. Aussi d'après nous faut-il : faire de longues incisions se prolongeant sur le col vésical, mettre un drain et le laisser assez longtemps, dilater ensuite la fistule avec le doigt. A ces conditions et à ces conditions seulement, on arrivera à maintenir le temps voulu l'ouverture vaginale de la vessie.

4° Drainage par la voie périnéale. — Drainer par le point déclive semble être dans tous les cas le procédé de choix. Il paraîtrait donc au premier abord que la voie périnéale qui donne accès sur le bas-fond vésical doive être le procédé le plus fréquemment employé. Mais les difficultés de la technique, les dangers de l'opération, les suites opératoires lui font souvent préférer le drainage par la voie haute, et d'ailleurs souvent lorsqu'on aura à pratiquer cette sorte de drainage c'est que déjà une voie aura été ouverte par là et c'est ainsi qu'après une prostatectomie périnéale on aura à drainer la vessie. Lorsque le drainage par la voie périnéale constitue à lui seul toute la thérapeutique, lorsqu'en somme on veut pratiquer une cystostomie inférieure, voici quel est d'après nous le procédé de choix dont Rochet et Durand ont réglé la technique. Malade en position dorsale, cuisses élevées et écartées ; le scrotum est relevé de façon à découvrir largement le périnée.

Trois incisions, l'une transversale prérectale, deux autres latérales longitudinales. L'ensemble de ces incisions forme un H. Deux lambeaux antérieur et postérieur sont ainsi formés. Décollement du rectum.

On arrive sur la prostate qui est séparée du rectum, le temps terminé on tombe sur le bas-fond vésical qui est bien isolé et incisé *sur la ligne médiane*, de façon à éviter les organes latéralement placés (vésicules séminales).

Les lèvres de la plaie vésicale sont saisies et suturées aux lambeaux cutanés. Il en résulte la formation d'une sorte d'entonnoir périnéal recouvert par la peau et la muqueuse vésicale. Un drain est ensuite placé.

I. *Soins consécutifs.* — Lorsqu'on a pratiqué une cystostomie ou une prostatectomie périnéales, malgré le fonctionnement plus aisément régulier des appareils de drainage il convient d'observer certaines précautions. Tout d'abord enfoncer peu le drain de façon à ce qu'il recueille les urines au point le plus déclive. On peut aussi, pour qu'il soit possible de l'enfoncer davantage, le percer sur une longueur de 3 à 4 centimètres de nombreuses fenêtres. De plus, pour pouvoir faire les lavages qui sont nécessaires aussi dans ce cas, il sera utile d'adjoindre au drain principal un petit tube de caoutchouc qui servira à faire pénétrer dans la vessie les liquides d'irrigation, liquides qui pourront ressortir par le drain principal. Escat a fait construire dans ce but un double tube qu'il sera utile d'avoir dans ces cas. Les lavages doivent être faits fréquemment. Mais dans certains cas ils doivent être remplacés par l'irrigation continue.

II. *Irrigation continue.* — Le dispositif est le même que pour la voie hypogastrique. Pour assurer une bonne circulation des liquides dans la vessie il suffira de mettre un double tube comme celui d'Escat. Le liquide pénétrera par le petit tube et ressortira par le gros.

III

Indications. Physiologie du drainage, et de l'irrigation. — 1° Indications générales du drainage et de l'irrigation. — Que la vessie soit irritée et douloureuse, qu'elle soit infectée ou qu'elle saigne, un traitement par le drainage sera toujours efficace et amènera toujours la disparition ou la diminution des douleurs, de la pyurie, de l'hématurie. Il importe en général peu que le drainage s'effectue par les voies naturelles ou par n'importe quelle autre voie. Le tout est que le drainage s'effectue bien et pour qu'il se fasse dans de bonnes conditions il faut que le rôle de réservoir qu'a normalement la vessie soit supprimé, que cet organe soit réduit à l'état d'un simple conduit où les urines passent sans séjourner. Il faut par conséquent que toutes les parties de la vessie soient bien drainées qu'aucun résidu même minime ne séjourne à l'intérieur de la cavité vésicale. Dans ce cas nous pourrons obtenir de bons résultats dans diverses affections.

A. En mettant la vessie au repos on évitera les contractions de l'organe. Ces contractions sont souvent douloureuses, donnent au malade des sensations de ténesme vésical et quelquefois rectal. Ces douleurs seront calmées par un bon drainage.

Un utérus après l'accouchement a tendance de saigner tant qu'il n'est pas vide, il en est de même de la vessie. Une hématurie vésicale quelconque, qu'elle soit due à un polype ou à une prostate saignante, sera diminuée toujours et le plus souvent supprimée par un bon drainage. Les hémorragies des organes pelviens seront souvent elles-mêmes diminuées par une évacuation vésicale constante. La réplétion de la vessie produit en effet normalement une congestion de tout le petit bassin. Les urétrorragies principalement seront souvent taries par un drainage vésical.

B. Le drainage agit aussi sur la vessie comme il agit sur les autres organes, en éliminant les produits septiques, en les déversant à l'extérieur et, de même que dans le cas de cholécystite on se trouvera bien de drainer la vésicule biliaire, de même dans le cas d'infection vésicale on obtiendra de bons effets d'un drainage méthodique et bien appliqué. Sous son influence on verra la pyurie (si elle est d'origine vésicale) diminuer. Les lésions s'amélioreront et quelquefois guériront. Mais dans ce cas il importera de continuer très longtemps le drainage. Ce moyen de traitement vraiment merveilleux dans le cas de cystite même rebelle échouera après une amélioration momentanée si le chirurgien ne le maintient pas assez longtemps.

Le drainage constitue aussi dans le cas d'infection urinaire le principal et presque unique moyen de traitement et combien de fois ne voit-on pas entrer à l'hôpital des malades en pleine infection urinaire, avec température élevée, langue sèche dépouillée et rôtie, symptômes d'intoxication profonde, qu'une simple sonde à demeure parvient à guérir. Sous son influence on voit la température s'abaisser, la langue devenir humide : l'état général s'améliore. Mais méfions-nous aussi dans ce cas de

croire à un trop rapide succès. Drainons longtemps sinon nous verrions le tableau clinique s'assombrir à nouveau.

C. Drainer la vessie d'un malade en rétention, que cette rétention soit aiguë ou surtout qu'elle soit chronique, constitue le premier moyen de traitement qui vient à l'esprit. Et en effet que cette rétention soit due à une cause centrale, à une myélite, qu'elle soit sous l'influence d'une paralysie vésicale ou d'un obstacle au cours de l'urine, c'est à elle que nous aurons à recourir. Cela ne sera qu'un traitement palliatif, mais un traitement curatif pourra être institué parallèlement, et même le drainage pourra avoir certains effets tels que : décongestion d'une prostate hypertrophique et rétablissement du cours normal de l'urine.

D. Une plaie urétrale, surtout lorsque les urines sont infectées, doit être protégée du contact de ces urines. On évitera ainsi la formation de tumeurs urineuses, les accès de fièvre urineuse, en somme l'infection générale comme dans le second cas, ou locale comme dans le premier. La tumeur urineuse peut manquer sans le drainage mais souvent alors l'infection locale sera atténuée, et ce n'est que plus tard que l'on verra apparaître des anneaux de sclérose dus à une inflammation légère ancienne des tissus urétraux ou périurétraux. On devra donc dans le cas de plaie soit chirurgicale soit accidentelle de l'urètre drainer la vessie et empêcher le contact de l'urine avec l'urètre, et c'est ainsi qu'après une urétrotomie interne on mettra une sonde à demeure et qu'après une intervention sur l'urètre le drainage hypogastrique pourra être pratiqué (Jonnesco).

E. Certaines lésions d'organes autres que la vessie et l'urètre sont aussi susceptibles d'être traitées avec succès par le drainage vésical.

Les grands distendus ayant fait de la distension mécanique de l'uretère et du rein pourraient en bénéficier. La sonde à demeure sera le plus souvent le traitement immédiat de ces affections et ce n'est qu'après, lorsqu'on aura pu améliorer les lésions à l'aide de ce drainage que l'on pourra songer à un traitement curatif supprimant la cause de la distension. Mais dans ces cas d'ailleurs toujours très graves on court un grand danger c'est celui de l'hématurie ex vacuo. Le rein se met à saigner, une hématurie se produit, quelquefois non appréciable à l'œil nu, ordinairement peu abondante, l'état général s'altère et le malade meurt. Mais le plus souvent, lorsque les premiers jours sont passés, l'état général s'améliore au contraire et le drainage a alors joué le rôle d'un excellent adjuvant préparant un bon terrain pour une intervention curatrice secondaire.

La tuberculose rénale ne sera guère modifiée par un drainage vésical ; mais celui-ci empêchera l'apparition de phénomènes de cystite et de cystalgie qui l'accompagnent souvent. Il en sera de même de toutes les suppurations rénales ou autres se déversant dans la vessie. De même, dans le cas de communication de la vessie avec un autre organe, fistule vésico-rectale, périnéale, vaginale, etc., un drainage favorisera l'oblitération de la fistule. Il pourra être le seul mode de traitement, ou ne sera que l'adjuvant d'une intervention pratique dans le but de fermer la fistule.

F. L'irrigation continue comporte des indications générales plus restreintes. C'est surtout après une prostatectomie hypogastrique que nous aurons à l'employer. Nous avons déjà indiqué plus haut quelles en étaient les raisons immédiates, stagnation purulente, etc. De plus comme le dit Escat, « en diminuant le temps de séjour de l'urine dans la vessie malade, quelle que soit sa septicité originelle, on peut empêcher la fertilisation secondaire du milieu vésical. En faisant passer un courant continu de liquide aseptique sur la muqueuse vésicale on entretient un pansement idéal non irritant continuellement aseptique. L'infection vésicale et prévésicale est neutralisée. » En somme l'on pourrait dire qu'en plus de son action de lavage constant, l'irrigation continue constitue un véritable *pansement humide.* Comme tel il agira dans les cas d'infection vésicale, que ce soit pour une cystite (cas de cystite rebelle d'Escat), que ce soit pour une infection générale d'origine vésicale, comme après la prostatectomie. C'est ainsi que dans certains cas, après la prostatectomie, si nous voyons la température s'élever, l'état général devenir mauvais, n'hésitons pas, pratiquons l'irrigation continue, nous verrons la température s'abaisser et les phénomènes infectieux diminuer d'intensité. La plaie viscérale elle-même guérira plus facilement. Si nous avons opéré un malade infecté antérieurement, il ne faut pas non plus hésiter à lui appliquer ce traitement qui constitue le plus sûr moyen thérapeutique contre l'infection.

2° INDICATIONS PARTICULIÈRES AU DRAINAGE PAR LES VOIES NATURELLES. — *A.* La sonde à demeure est un excellent moyen de traitement de la *cystite*, qu'elle soit aiguë ou chronique. Cependant quelques auteurs déclarent n'avoir pu la faire supporter à certains malades. Toutefois nous n'avons, pour nous, jamais rencontré de malade dans le cas et nous partageons l'opinion de Guyon qui pense qu'on peut toujours arriver à la faire supporter. Cependant, dans certains cas de cystite rebelle, il vaudra mieux lui préférer les autres modes de drainage.

B. Dans les *rétentions d'urine* de cause centrale ou périphérique, c'est presque toujours à la sonde à demeure que nous aurons recours, sauf dans les cas où l'urètre est infranchissable pour elle.

C. Dans l'*infection urinaire*, c'est le plus souvent avec la sonde à demeure que nous devrons drainer la vessie. Le drainage sera dans ce cas particulier préférable aux autres à cause de la facilité et du peu de manœuvres qu'il comporte.

D. Les *hématuries* vésicales prostatiques ou urétrales seront traitées avec succès par la sonde à demeure. Même dans le cas d'hémorragie abondante, si l'on peut mettre une sonde de calibre assez volumineux pour laisser passer les caillots, on verra l'hématurie disparaître en quelques jours. Nous avons eu l'occasion de voir dernièrement un malade atteint d'un polype de la vessie et qui saignait depuis plusieurs mois : huit jours de sonde à demeure ont arrêté l'hématurie. Toutefois, dans le cas d'hémorragies trop abondantes, menaçant à brève échéance la vie, on ne doit pas hésiter, malgré les avantages du drainage par les voies naturelles, à l'abandonner et à lui préférer une voie artificielle plus large et donnant un plus large accès sur la lésion.

E. Lorsque l'on veut fermer une *plaie vésicale*, lorsque l'on oblitère une *fistule* de cet organe, la sonde à demeure constitue un moyen indispensable de drainage vésical. Et c'est ainsi que le drainage par les voies naturelles devient le complément obligé des autres drainages. Voulons-nous fermer un méat hypogastrique ? Voulons-nous tarir une fistule vésico-

vaginale ? La sonde à demeure devient indispensable. Il en sera de même lorsqu'après la prostatectomie on supprimera le drainage par la plaie.

F. Les *plaies urétrales* accidentelles ou chirurgicales sont susceptibles dans certains cas d'être traitées avec succès par la sonde à demeure. C'est ainsi que si nous sommes en présence d'une fausse route urétrale ou que nous ayons pratiqué une urétrotomie interne ou externe, nous devrons mettre une sonde à demeure. Elle protégera la plaie du contact de l'urine et même pourra par compression légère empêcher l'urétrorragie. Mais dans certains cas d'opérations urétrales délicates et demandant une grande asepsie, il vaudra mieux, comme le recommande Jonnesco, lui préférer la voie hypogastrique.

G. La sonde à demeure joue de plus un rôle *modificateur sur l'urètre*, elle détermine une sorte de ramollissement des tissus urétraux et devient ainsi un adjuvant précieux pour les dilatations, les lithotrities, etc.

3° Indications particulières au drainage hypogastrique. — Si nous mettons à part les cas où le drainage hypogastrique n'est que le complément d'une intervention pratiquée par cette voie sur la vessie (et c'est alors le plus souvent une prostatectomie), les indications particulières à ce drainage ne sont que les contre-indications de la sonde à demeure. C'est alors ou bien que le cathétérisme est impossible, ou bien que le drainage par les voies naturelles est insuffisant. Le méat hypogastrique permanent a des indications particulières que nous examinerons ensuite.

A. Lorsque le cathétérisme est impossible et qu'il faut absolument rétablir le cours de l'urine, on peut être amené à pratiquer une cystostomie. Mais les indications en sont extrêmement restreintes ; si la cause de l'impossibilité du cathétérisme est un rétrécissement, il sera préférable de pratiquer une urétrotomie interne ou externe suivant les cas. Très rares sont les cas d'hypertrophie prostatique ne permettant pas d'introduire dans la vessie une sonde à béquille, surtout si celle-ci est montée sur mandrin Beniqué. En somme, les indications fondées sur la difficulté du cathétérisme sont extrêmement restreintes.

B. Il n'en est pas de même si c'est à une hématurie abondante que nous avons affaire. Souvent dans ce cas, malgré l'aspiration des caillots, malgré la sonde à demeure, nous serons obligés d'avoir recours à la taille hypogastrique qui aura l'avantage de permettre un large accès sur le point qui saigne. Le drainage par cette voie sera de plus très large, permettra une évacuation suffisante des caillots et de l'urine et déterminera ainsi une décongestion vésicale.

C. Lorsque la sonde à demeure est mal supportée dans les cas de cystite douloureuse, lorsqu'elle a eu un effet insuffisant, ayons recours au drainage hypogastrique chez l'homme. C'est avec lui que nous obtiendrons les meilleurs résultats. Mais alors nous devrons le continuer longtemps.

D. L'infection vésicale et l'infection générale d'origine vésicale constitue la meilleure indication de drainage par cette voie. Lorsque malgré une sonde à demeure bien appliquée la fièvre persiste, lorsque l'état général reste mauvais, le drain hypogastrique est chez l'homme le meilleur moyen thérapeutique.

E. Lorsque nous voulons détourner le cours de l'urine des voies normales inférieures, il y a indication de drainage hypogastrique. Une plaie urétrale chirurgicale ou accidentelle devant être protégée du cours de l'urine, détournons le contenu de la vessie par un drainage hypogastrique, comme le conseille Jonnesco. La plaie urétrale pourra guérir dans des conditions d'asepsie impossibles à réaliser avec la sonde à demeure.

F. Le méat hypogastrique permanent n'a plus, depuis la prostatectomie, d'autres indications que les cystites rebelles où le drainage doit être continué très longtemps.

4° Indications particulières au drainage par la voie vaginale. — Les indications de cette voie sont les mêmes chez la femme que celles du drainage hypogastrique chez l'homme. Elles sont surtout commandées par les *hématuries graves* et par l'*infection.* Mais la principale indication en est fournie par les *cystites rebelles.* Les douleurs violentes de celles-ci font souvent préférer aux malades une infirmité permanente. Du reste le plus grand nombre des malades se refusent à laisser fermer leurs fistules, le souvenir des douleurs quelquefois intolérables qu'elles ont subies leur faisant préférer l'incontinence d'urine aux dangers d'une récidive, et de fait ces malades ont raison, car pour faire durer *assez longtemps une fistule vésico-vaginale, dans le cas de cystite rebelle, il est indiqué de la faire durer trop longtemps.* Sans cela les récidives en sont fréquentes.

5° Indications particulières au drainage par la voie périnéale. — A part les cas où ce drainage est commandé par une brèche pratiquée à ce niveau pendant une intervention antérieure (prostatectomie périnéale), les indications de cette voie sont très restreintes. Tout au plus certains cas, où ce drainage sert en même temps à évacuer les produits septiques élaborés dans le bas-fond vésical, la prostate et les organes voisins, présentent-ils des indications qui font préférer cette voie, mais ces indications sont très restreintes.

6° Indications de l'irrigation continue. — Que cette irrigation s'effectue par l'hypogastre ou le périnée, les indications en sont les mêmes. Nous les avons déjà indiquées plus haut. Ce sont surtout : 1° l'infection d'une plaie vésicale; 2° les cystites rebelles.

IV

Résultats. — Sans énumérer les résultats dus aux différents moyens de drainage, résultats que nous avons laissés entrevoir au cours de l'étude des indications de chacun d'eux nous nous bornerons à montrer les résultats de l'ensemble de la méthode du drainage vésical.

Le drainage dans les interventions sur la vessie, la prostate et l'urètre donne des résultats vraiment merveilleux; suppression des hémorragies, de la fièvre, de l'infection urineuse, etc.

Contre l'infection urineuse le drainage constitue le seul traitement, mais souvent alors les résultats seront déplorables et les statistiques montrent la grande mortalité de cette affection, malgré ce moyen thérapeutique. Il n'en reste pas moins le seul avec lequel on puisse obtenir de bons résultats et assez souvent en somme une simple sonde à demeure sauvera la malade.

Les hématuries sont le plus souvent arrêtées par un bon drainage vésical. Là où la sonde à demeure a pu échouer, le drain hypogastrique ou vaginal suffit pour tarir l'écoulement sanguin.

Par la sonde à demeure on évite le plus souvent l'infection de la vessie dans laquelle passent les produits septiques qu'y déversent un rein suppuré, une fistule recto-vésicale, etc.

Les douleurs vésicales sont le plus souvent supprimées et presque toujours diminuées par un drainage de la vessie. C'est ainsi que l'on voit le plus grand nombre de cystites rebelles devenir supportables. Souvent même la cystite guérit si le drainage est prolongé assez longtemps.

Mais les résultats sont variables suivant la cause de l'affection. Si c'est une cystite rebelle simple ils sont excellents. Les ulcères de la vessie sont aussi susceptibles de guérison si un très long drainage est le complément d'un curettage ou de l'ablation de l'ulcère. Dans les cystites leucoplasiques les résultats en sont moins bons et ce n'est que par la cautérisation profonde des lésions, par une très longue évacuation constante du contenu vésical que l'on pourra arriver à améliorer ou guérir le malade.

En somme, si nous résumons ce que nous venons de dire plus haut, le drainage et l'irrigation continue de la vessie tirent leurs indications principales de trois grands symptômes : l'infection, la douleur et l'hémorragie.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. *Les tumeurs de la vessie*; — Cystites douloureuses, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1898; — Indications et manuel opératoire de la taille hypogastrique, *Ann.*, 1893. — AUDRI. De la prostatectomie secondaire à la cystostomie, *Ann. des org. gén.-ur.*

BAZY. Une indication de taille hypogastrique, *Gaz. des hôpit.*, mars 1889; — Du méat hypogastrique, *Soc. de chir.*, 1894. — BERNAY. Cystostomie sus-pubienne, *Soc. de méd. de Lyon*, 1897. — BICKERSTETH. *Liverpool med. and surg. reports*, 1867. — BERTRAND. Danger des injections intravésicales des solutions boriquées, *Arch. gén. de méd.* — BUKSTON-BROWNE. *Brit. med. Journ.*, mars-mai 1890. — BLASUCCI. *Accad. med.-chir.*, Napoli 1887; — *Ann. des org. gén.-ur.*, mai 1898; — *Med. Record*, mars 1904; — *Intern. Journ. of surg.*, New-York 1907. — BLOODGOOD. *John Hopskin's hosp. Bull.*, 1896. — BOZEMAN. *Amer. Journ. of obst.*, 1871; — *Amer. gyn. a. obst.*, New-York 1897. — BROWNE. *Maryland med. Journ.*, Baltimore 1896-1897, p. 163. — BUM. Taille vaginale et néphrectomie pour cystite douloureuse, *Soc. de chir.*, mars 1890. — BERTHIER. *Drainage vésical par les voies naturelles*, Th. de Paris, 1902.

CAPOULADE. Th. de Montpellier, 1885. — CRAIGHT (J. M.). *Med. Times and gaz.*, 1867. — CLADO et NOURRI. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1887. — CASTEL. Th. de Lille, 1908. — CARTIER. Th. de Paris; — *Echo méd. du Nord*, Lille 1903.

DUCHASTELET. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1884. — DUGAN. Drainage affer supra pubic cystost., *Journ. of cut and gen. ur. dis.*, 1895. — DUPLAY. *Arch. de méd.*, août 1882. — DOLBEAU. In LAFOREST. Th. de Paris, 1878. — DESNOS. *Ann. des org. gén.-ur.*, nov. 1893; — Note sur une application de drain pour les fistules hypogastriques, *Assoc. franç. d'urol.*, 1903. — DELORE. Th. de Lyon, 1897. — DAVIS. *Journ. of the med. am. assoc.*, fév.-mai 1890.

EMMET. *Traité pratique des maladies des femmes*; — *Am. prat.*, Louisville, 1872; — Artif. vesic. vag. fist. in the treat. of the cystitis, *Am. Journ. of obst.*, 1872. — ENGELBACH et ROLLIN. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1887. — ESCAT. Cystites rebelles chez la femme, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1897; — *Congrès d'urologie*, 1900 et 1901; — Valeur de la cystostomie vaginale dans le traitement des cystites rebelles, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1897; — Drainage de la vessie et loge prostatique après prostatectomie transvésicale, *Bull. de l'Assoc. franç. d'urol.*, 1906; — Des cystites rebelles, *Assoc. franç. d'urol.*, 1904; — Muselière élastique, *Assoc. franç. d'urol.*, 1899; — Note sur l'irrigation de la vessie au moyen de l'irrigation continue, *Assoc. franç. d'urol.*, 1901; — Extrait du *Bull. de l'Assoc. franç. d'urol.*, 1906; — Fixation d'une sonde à demeure, *Presse méd.*, juin 1902; — Cystite pseudo-membraneuse. Taille hypogastrique, *Assoc. franç. d'urol.*, 1901; — Urinal inversable, *Assoc. franç. d'urol.*, juin 1901; — Note sur le drainage prolongé vésical par les voies naturelles, *Ann. des org. gén.-ur.*, juin 1897.

FOMESTIE. *Drainage périnéal de la vessie dans les états douloureux de cet organe*, Th. de Bordeaux, 1898. — FERGUSSON. *Lancet*, 1853. — FREYER. *Brit. med. Journ.* (public. de 1901 à 1907). — FIOLLE (J.-P.). Modifications aux procédés actuels de drainage de la vessie, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1910.

GUYON. *Leçons cliniques*, 1897, p. 371. — GUYON et MICHON. La sonde à demeure, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1895, p. 386. — GUYON. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1890. — GANGOLPHE. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1893. — GUILLEMOT. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1893.

HALLÉ. *Ann. des org. gén.-ur.*, 1885. — HARTMANN. Drainage et évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites, *Gaz. des hôpit.*, 1887.

IMBERT. Drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles, *Gaz. hebd.*, 1895; — Ulcères de la vessie, *Montpellier méd.*, 1903; — Les cystites rebelles, rapport à l'*Assoc. franç. d'urol.*, 1903. — ISRAEL. *XXXIVe Congrès de chir. all.*, Berlin 1905.

JACOMET. *Soc. de chir.*, juin 1904.

LEAKE. *Texas cons. rec. med.*, 1896. — LE DENTU. Taille vésico-vaginale dans la cystalgie, *Soc. de chir.*, 1887. — LECLERC-DANDOY. Drainage de la vessie par irrigation continue, *Congrès d'urol.*, 1900. — LEGUEU. Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1895. — LOBINGIER. Irrigation de la vessie chez la femme dans les cystites chroniques, *Med. news*, 1892. — LOUMEAU. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1894; — *Ann. policl.*, Bordeaux 1897; — *Congrès de Rome*, 1894. — LEBRETON. Nouvelle sonde à demeure, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1905. — LAGOUTTE. *Gaz. hebd.*, 1894. — LAMBROSCHINI. Th. de Lyon, 1897. — LEJARS. *Leçons chir.*, p. 445.

MICHON. *Valeur thérapeutique de l'incision de la vessie*, Th. de Paris, 1895. — MIRANDA. Th. de Paris, 1895. — MARION. *Presse méd.*, 1909. — MAC GUIRE. Vingt et un cas de taille sus-pubienne, *Med. news*, mai 1890; — *Univ. med. mag.*, déc. 1889.

OLLIER. In BOYMOND. *Traitement des cystites rebelles par dilatation sphinctérienne*, Th. de Lyon, 1882. — ORCEL. Th. de Lyon, 1894.

PRICE. Suprapubic cystost. for chronic cystitis, *Med. news*, 1894. — PAUCHET. *La Clinique*, 1908; — *Soc. méd. et chir.*, Liège 1905. — PROUST. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris 1905; — *Monographie clinique*, Masson 1906. — PACKARD. *Journ. of the amer. assoc.*, 1887. — PARKER. In SMITH. *N.-Y. med. Journ.*, 1851. — PONCET. *Lyon méd.*, fév. 1889; — In Th. BOUTAN, Paris 1893; — In Th. BONAN, Lyon 1892; — In Th. LAGOUTTE, Lyon 1895; — *Gaz. des hôpit.*, juillet 1893; — *Gaz. hebd. méd.*, mars 1895; — *Sem. méd.*, 1894. — PASTEAU. Rapport à l'*Assoc. franç. d'urol.*, 1903; — *Ann. des org. gén.-ur.*, 1897. — PONCET et DELORE. *Traité des cystostomies sus-pubiennes*, 1899.

REUSS. *Texas med. news*, 1901. — ROCHET et DURAND. Cystostomie périnéale, *Arch. prov. chir.*, 1896. — ROLLET. *Arch. prov. chir.*, nov. 1893; — *Lyon méd.*, janv. 1894.

SAUZE. Th. de Montpellier, 1910. — SECOND. *Sem. méd.*, 1887. — SENN. *Med. news*, 1894. — SCHLAGINHWEITT. *Verbessenung der Technik des verveil Katheters.* — SÉDILLOT et LEGOUEST. *Traité de médecine opératoire*, t. II.

TÉDENAT. In CAPOULADE, Th. de Montpellier, 1885; — *Clin. chir.*, Montpellier 1900. — THOMPSON. Cystostomie sus-pubienne (analysé in *Ann. des org. gén.-ur.*, 1886; — *The Lancet*, 1875. — TILLIER. *Gaz. hebd. méd.*, mars 1895.

VALLON. Th. de Montpellier, 1906. — VIGNE. Th. de Lyon, 1895. — VILLENEUVE. *Revue de chir.*, 1883.

WASSILIEF. *Gaz. des hôpit.*, 1893. — WILLY-MEYER. *Soc. méd.-chir.*, mai 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1910)

Greffes veineuses. — A propos de la communication de M. Poncet, dans la dernière séance, M. TUFFIER communique l'observation d'une malade chez laquelle il a pratiqué une hystérectomie abdominale totale pour épithélioma de l'utérus étendu au ligament large gauche. Il a coupé l'uretère. Il en est résulté une fistule urétérale par la plaie. La teinture d'iode appliquée sur le ventre de cette malade avait déterminé un tel vésicatoire qu'il n'a pas été possible de faire une nouvelle laparotomie. Il a fallu attendre. M. Tuffier a été alors à la recherche de l'uretère qui était adhérent. A l'aide d'une veine enlevée récemment, il a établi une greffe réunissant cet uretère à l'intestin. La malade est morte le quatrième jour de péritonite. Au cours de sa seconde intervention, M. Tuffier avait lésé le péritoine.

M. KIRMISSON retient de ce fait la fâcheuse influence de la teinture d'iode. Il en rapproche un fait dans lequel, à la suite d'une opération pour maladie de Little, la teinture d'iode a été le point de départ d'une infection mortelle.

M. DELBET rappelle que la teinture d'iode du nouveau Codex contient deux fois plus d'iode que l'ancienne. De là des inconvénients sérieux.

Rupture de la rate. Splénectomie. — M. POTHERAT fait un rapport sur une observation adressée par M. Wiart. Il s'agit d'un cas de rupture traumatique de la rate; splénectomie; guérison.

Un jeune maçon de dix-neuf ans tombe de 2 mètres sur une pierre, sur le côté gauche. Il a une défaillance et ne peut se relever. On le transporte à l'hôpital dans le service de M. Potherat qui le voit deux heures après l'accident. Le malade est très pâle, il a une respiration précipitée, le pouls petit à 110, des sueurs profuses. Pas de contracture de la paroi, mais défense à la pression; rien du côté de la peau.

M. Potherat pense à une hémorragie interne. Le cathétérisme vésical amène une urine normale. Le toucher rectal ne donne rien. C'est donc une hémorragie interne, non par viscère creux, mais par viscère plein. On conclut donc à une rupture de la rate. Le blessé refuse toute opération. On fait des injections sous-cutanées reconstituantes. Le soir, douze heures après l'accident, il était encore vivant et consent à être opéré. On appelle le chirurgien de garde, M. Wiart. On ne sentait plus le pouls. M. Wiart, cependant, fait immédiatement une laparotomie médiane, trouve du sang dans le ventre, se porte vers la rate, trouve une large fissure à sa face antérieure qui saignait encore, enlève la rate, draine et fait une suture en un seul plan. Le lendemain le pouls est à 130. Il y a de la suppuration. Le malade se remet. Vers le vingtième jour, sous l'influence d'une quinte de toux, il se fait une désunion de la plaie et une hernie épiploïque.

M. Potherat nettoie la plaie, réduit l'épiploon et refait une suture. Le blessé a fini par guérir.

A ce propos, M. Potherat passe en revue les différents cas de splénectomie pour rupture traumatique qui ont été publiés. Il rappelle que, dans certains cas où on n'est intervenu que quinze et même trente heures après l'accident, on a pu encore sauver des malades. Il estime que le diagnostic de rupture de la rate une fois posé, il faut intervenir le plus tôt possible, aller à la recherche de la rate par le plus court chemin, c'est-à-dire par la laparotomie latérale et recourir d'emblée à la splénectomie, de beaucoup préférable à la splénorraphie.

Certains chirurgiens, M. Auvray entre autres, ont proposé la voie thoracique et pratiqué la thoracotomie. M. Potherat préfère la laparotomie.

M. AUVRAY n'a eu recours qu'exceptionnellement à la thoracotomie. Il cite un cas de rupture directe de la rate chez un gymnasiarque qui faisait à bicyclette le « chemin de la mort ». Il est tombé de telle façon que sa rate s'est trouvée prise entre la colonne vertébrale et le guidon de la bicyclette. La mort a été très rapide.

M. MAUCLAIRE est chargé d'un rapport sur un cas analogue rapporté par M. Sancère (de Nancy). Il s'agit d'un homme pris entre un mur et une automobile. Opération : rupture de la rate, splénectomie, mort par hémorragie et septicémie.

M. SAVARIAUD a proposé, pour certains cas, une nouvelle voie d'accès à laquelle il a donné le nom de laparotomie transchondrocostale.

M. MOTY a fait d'intéressantes observations, en Algérie, sur les ruptures de rates paludiques. Il cite un cas de rupture par choc direct, par coup de pied de cheval. Il cite aussi le cas d'une femme arabe qui, au cours d'une discussion avec son mari, reçoit de lui un coup de baguette qui a suffi pour rompre cette rate très tuméfiée. Ces grosses rates algériennes se rompent avec la plus grande facilité.

M. POTHERAT résume la discussion et maintient ses conclusions.

Le cancer du col après l'hystérectomie abdominale subtotale. Moyen d'y remédier par la stérilisation du col. — M. CHAPUT, sur 123 hystérectomies subtotales, a observé 5 cas de cancer certain et 2 cas de cancer probable du col.

L'hystérectomie subtotale paraît hâter l'apparition du cancer du col chez les malades qui y sont prédisposées. Il est possible de supprimer la dégénérescence cancéreuse du col après la subtotale en excisant tous les revêtements muqueux du canal cervical et du museau de tanche (stérilisation du col). On enfouit ensuite le col dans le vagin.

M. FAURE pense que M. Chaput a eu affaire à une série malheureuse, car sur un grand nombre d'hystérectomies abdominales subtotales qu'il a pratiquées il n'a jamais vu cette dégénérescence cancéreuse du col. Aussi les conclusions tirées par M. Chaput ne lui semblent-elles pas légitimes, et M. Faure n'aura pas recours au procédé que propose son collègue.

M. RICARD dit que l'hystérectomie abdominale subtotale est devenue une opération courante, banale, et que c'est, conséquemment, par centaines que devraient être relevés les cas signalés par M. Chaput. Or, pour sa part, M. Ricard n'a jamais vu la dégénérescence cancéreuse du col après l'hystérectomie subtotale.

M. DELBET a renoncé à la subtotale pour la totale, non par crainte du cancer du col. Or, il a vu un cancer généralisé du vagin survenir à la suite d'une hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Il s'agissait d'une femme âgée qui avait de graves hémorragies. Elle a expulsé elle-même trois fibromes. A la suite de l'expulsion du dernier fibrome elle a présenté des phénomènes de septicémie pseudo-puerpérale. M. Delbet pratique alors l'ablation totale de l'utérus par laparotomie. Quatre ans après, nouvelle hémorragie due, cette fois, à un cancer étendu du vagin inopérable et auquel elle n'a pas tardé à succomber. Ce n'est pas ici le col utérin qui a été le point de départ du cancer vaginal.

M. QUÉNU a vu deux ou trois cancers du col après l'hystérectomie subtotale, mais ces cancers se développent plutôt sur le tissu cicatriciel que sur la muqueuse du col. La conservation de celui-ci n'a donc pas d'importance au point de vue de la genèse de ces cancers.

Angiome. — M. KIRMISSON présente un garçon de quatorze ans atteint d'un état variqueux congénital du membre supérieur droit très prononcé.

M. CHAMPIONNIÈRE estime qu'il s'agit là d'un véritable angiome qu'il faut opérer. Dans un cas analogue d'angiome de la cuisse, il a dû pratiquer la désarticulation de la hanche.

M. SCHWARTZ croit également à un angiome et emploierait l'électrolyse.

M. PONCET, dans un cas analogue, s'est bien trouvé des cautérisations profondes au fer rouge.

M. ARROU, chez une jeune fille qui présentait la même affection au bras, a d'abord eu recours à la thermocautérisation, puis à l'électrolyse et à l'électropuncture. Il a pu constater une amélioration notable, incontestable après un mois de traitement par l'électrolyse et l'électropuncture.

M. Routier croit que, dans ces cas, l'électrolyse est le meilleur traitement.

M. Delbet conseille l'emploi du radium.

Ostéosarcome de la paroi thoracique antérieure. — M. Tuffier présente un jeune homme de vingt ans qui était atteint d'un ostéosarcome de la paroi thoracique antérieure; il a enlevé le plastron sterno-costal, la clavicule; il a décollé toute la plèvre. Guérison complète depuis dix mois.

Opération complémentaire de la staphylorraphie. — M. Morestin présente une jeune fille chez laquelle M. Perier a pratiqué il y a une quinzaine d'années une palatoplastie. Le langage était resté incompréhensible. M. Morestin a fait une opération complémentaire consistant à allonger les piliers postérieurs du voile du palais. Il a obtenu ainsi un allongement considérable du voile. Cette opération a eu pour effet une amélioration considérable de la phonation. Cette jeune fille s'exprime très nettement. C'est là un résultat vraiment très beau. L'opération ne date que d'un mois et cette jeune personne n'a été soumise à aucune rééducation particulière.

Calcul stercoral pris pour un cancer. Opération. Guérison. — M. Marion rapporte l'observation d'un malade qui fut pris d'obstruction intestinale au cours d'une affection du cæcum qui avait été considérée comme un cancer. Après cinq lavements électriques, on obtint une débâcle considérable. Ultérieurement, M. Marion fit une opération consistant à extérioriser le cæcum, siège de la tumeur, en le fixant à la paroi, à l'ouvrir, à en extraire, non un cancer, mais un énorme calcul stercoral, fermeture, guérison.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JUIN 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 7 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion; — (2e partie) : MM. Achard, Gouget et Jeanselme; — M. Carnot, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Quénu, Retterer et Auvray; — (2e série) : MM. Faure, Morestin et Lenormant; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 8 juin, à une heure. — 1er (oral) : MM. Nicolas, Gosset et Branca.

2e : MM. Pouchet, Desgrez et Mulon.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Kirmisson, Retterer et Couvelaire; — (2e série) : MM. Delbet, Wallich et Rieffel; — M. Zimmern, suppléant.

5e (2e partie). *Laënnec* (1re série) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé; — (2e série) : MM. Teissier, André Jousset et Lœper; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Macaigne, suppléant.

Jeudi 9 juin, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Pouchet, Retterer et André Broca; — (2e série) : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Demelin; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marion et Morestin; — (3e série) : MM. Remy, Faure et Brindeau.

4e : MM. Méry, Richaud et Balthazard; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 10 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Gosset et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Pierre Duval et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

Samedi 11 juin, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Maygrier, Brindeau et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 10, 10 mars 1910.) Baümler : Le traitement de l'urémie. — Bychowsky : La symptomatologie et la thérapeutique générale des tumeurs cérébrales. — Jaquet : Sur la méningite tuberculeuse chez les individus âgés. — Nordmann : Occlusion intestinale hystérique et spastique. — Vogel : Contribution au diagnostic fonctionnel du rein. — Renner : Un cas de syphilis insontium; contribution à la durée de la vie du spirochète. — Schmidt : Traitement des nœvi par les rayons. — Bendix : Exanthèmes médicamenteux. — Schall : Nouveautés techniques dans le domaine de la médecine et de la thérapeutique. — (No 11, 17 mars.) V. Czerny : Sur les opérations avec l'arc lumineux électrique et la diathermie. — Hellpach : La grippe à rechute. — Engels : Contribution à l'étude du diagnostic du segment médullaire. — Herxheimer : Le pityriasis capitis et son importance pour la chute des cheveux. — Kiralyfi : Fièvre typhoïde avec infection associée à colibacille. — Sommerfield : Simplification du procédé de coloration des bacilles diphtériques de Neisser. — Wolfsohn : L'action de Wassermann et narcose. — König : Modifications du procédé de Wassermann de Hecht. — Faust : Accident pendant la narcose à la scopolamine-morphine. — Scheffzeck : Les réformes dans le traitement de l'étroitesse du bassin en pratique.

Policlinico. — *Section médicale.* (Mars 1910, fasc. 3.) Pietro Rondoni : Contribution à l'étude des azotémies. — Francesco Fulci : Les modifications des vaisseaux artériels dans les néphrites chroniques. — Corrado Canestro : Contribution au traitement de la tétanie parathyréoprive au moyen de l'hypodermoclyse et des sels de magnésium. — Prof. Arnaldo Cantani : Inoculations mixtes avec le bacille de la fièvre de Malte. — (Avril, fasc. 4.) Prof. Uberto Arcangeli : Observations relatives à la thérapeutique des néphrites infectieuses. — Publio Ciuffini : Le métabolisme du calcium, du magnésium et de l'acide phosphorique chez l'homme sain et chez le goutteux. — Cesare Pezzi : Le mécanisme du bruit de galop. — *Section chirurgicale* (Fasc. 3). Oreste Cignozzi : Kystes du plancher buccal d'origine thyréoglossique. — Valentino Barnabo : Contribution a l'étude des tumeurs malignes des glandes thyroïdes accessoires. — Vincenzo Nicoletti : La ligature de l'artère hépatique et de ses branches. — Gino Pieri : Sarcomes du pylore avec adénite tuberculeuse.

Riforma medica. — (No 17, 25 avril 1910.) R. Ciauri et G. Severino : La genèse du pouvoir opsonique. — Girolamo Carere : L'hémostase par la méthode de Momburg. — Roussy et Ameuille : La recherche et l'examen anatomique du faisceau de His. Faisceau atrioventriculaire. — Urban Sorrentino : La réaction de Cammidge dans les urines normales.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



Cession de Clientèles. Maisons de Santé

Encaissemts des honores par un person1 spécial, Récouvremts à forfaits. Procès. Consultts juridiqes. H. LOTTIN, avoc., doct. en droit, 8, rue St-Quentin. Paris. Tous les jrs non fériés de 3 à 6 h. Tél. 430-78.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide médical du praticien pour les maladies journalières. Prophylaxie, traitement proprement dit, convalescence, par le docteur Ed. LAVAL, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. Préface de M. le professeur agrégé ACHARD, médecin de l'hôpital Necker. Gr. in-18 jésus, cartonné toile, de 530 pages, avec 24 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris, par le docteur J. GÉNÉVRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris. Formulaire. Conseils pour formuler. Médications usuelles. Régimes. Formulaire des médicaments nouveaux. Posologie du Codex 1908. — Prix : relié en peau. 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Notre collaborateur et ami André Lemierre vient d'être cruellement atteint par la catastrophe du *Pluviôse* qui était commandé par son beau-frère le lieutenant de vaisseau Callot. La rédaction de la *Gazette des hôpitaux* s'associe de tout cœur à sa douleur et lui adresse l'expression de sa très profonde sympathie.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 27 mai. — Les candidats appelés, MM. Jomier, Darré et Demaldent, ne se sont pas présentés.

— Première séance du 30 mai. — M. François [M.-L.] (Paris) : « Variole hémorragique »; — M. Thévenot (Lyon) : « Symptômes et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. »

Notes obtenues : MM. François, 13; Thévenot, 15.

— Par décision ministérielle, M. le docteur Lafontaine (section de médecine générale) a été rayé de la liste des candidats.

— SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 27 mai. — MM. Cantonnet (Paris) : « Asthénopathie accommodative; » — M. Rochon-Duvignaud (Paris) : « Tuberculose conjonctivale. »

Notes obtenues : MM. Cantonnet et Rochon-Duvignaud, 16.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 28 mai. — MM. Crouzon et Bigart, 18; Leri, 16.

Prochaine séance, mercredi 1er juin, à quatre heures et demie, à l'hôpital Lariboisière.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 27 mai. — MM. Mocquot, 18; Alglave, 20; Marcille et Chifoliau, 19.

La séance de classement aura lieu le mardi 31 mai, à midi, à la salle des Saints-Pères.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — Ordre de lecture : MM. Wolfromm, Coryllos, Mock, d'Halluin, Lorin, Sorrel, Luzoir et Brocq.

Lecture. — Séance du 28 mai. — MM. Wolfromm, 22; Coryllos, 23; Mock, 24; d'Halluin, 17.

Prochaine séance, mardi 31 mai, à six heures, à la Charité.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — EPREUVE CLINIQUE. — Séance du 28 mai. — M. Doury, $15 + 9 = 24$.

Prochaine séance, mardi 31 mai, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux s'ouvrira le lundi 21 novembre 1910, à neuf heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Denicker et Küss.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — MM. les docteurs Badal, professeur de clinique ophtalmologique et Layet, professeur d'hygiène, prennent leur retraite et sont nommés professeurs honoraires. Dans sa séance du 24 mai, le conseil de la Faculté à l'unanimité, a décidé de maintenir les chaires d'hygiène et d'ophtalmologie et de demander au ministre de les déclarer vacantes le plus tôt possible.

AUTOUR DE L'AGRÉGATION. — L'AGRÉGATION ET LA DÉSAGRÉGATION A LA SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La Société de l'internat a voté, dans sa dernière séance, le retrait de son ordre du jour de la question de l'agrégation. Il en était temps, ajoute le *Bulletin médical* en commentant cette nouvelle. Peut-être même était-ce déjà un peu tard. En effet, on avait déjà enregistré successivement la démission du vice-président, M. Maurice de Fleury; d'un des adhérents du début, le professeur de Lapersonne; d'un secrétaire des séances, M. Trémollières; du doyen Landouzy; des professeurs Segond et Chauffard. Enfin, le professeur Courmont (de Lyon) avait retiré une conférence qu'il devait faire.

Comme l'a dit spirituellement le président actuel, M. Triboulet, la question de l'agrégation est devenue un sujet de désagrégation pour la Société de l'internat.

— L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX s'est réunie en assemblée générale et a voté l'ordre du jour suivant, relatif au conflit actuel de l'agrégation :

« L'Association estime qu'il est de son devoir de prendre position dans le conflit sur l'agrégation ; elle affirme son désir de voir maintenu le principe du concours pour le recrutement du personnel enseignant des facultés de médecine. Elle

souhaite cependant que des modifications assurant l'impartialité absolue et l'amélioration du concours actuel (commission de réforme) soient apportées à bref délai. »

— QUESTION D'UN « PRIVAT-DOCENT ». — Il y a quelques années, un privat-docent de Munich, aujourd'hui professeur extraordinaire, faisait un stage d'études à Paris. Un concours d'agrégation étant sur le point d'avoir lieu, il demanda à un médecin de nos amis, dans le service duquel il travaillait, si, pour arriver à l'agrégation en France, il fallait, comme pour arriver privat-docent en Allemagne, « des protections et des connexions ».

Textuel. (*Bull. méd.*)

LES PÉRIODES D'INSTRUCTION DES ÉTUDIANTS. — En raison du préjudice causé à des étudiants par l'obligation de répondre à une convocation pour une période d'instruction au moment d'un examen, d'un concours ou de l'ouverture d'un registre d'inscription, le ministre de la guerre a signalé aux généraux commandant les corps d'armée l'intérêt qu'il y aurait à accueillir avec la plus grande bienveillance toutes les demandes de sursis formulées dans ces conditions, lorsque les étudiants justifieront de l'impossibilité de s'absenter, sans dommage grave pour leurs études, à l'époque primitivement fixée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS. — SÉANCE DU VENDREDI 20 MAI 1910. — M. le docteur TARRIUS relate l'observation d'un cas d'infection purulente, à la suite d'une chute, qui avait provoqué des lésions traumatiques du côté des organes génito-urinaires internes.

M. le docteur LE FILLIATRE étudie la méthode de rachianesthésie de M. le docteur Jonnesco, en montre la difficulté d'application et énumère les craintes que lui suggère cette méthode.

M. le docteur AUBRY parle du fonctionnement des services de chirurgie des hôpitaux d'Ecosse et d'Irlande, qu'il a eu l'occasion de visiter récemment.

M. le docteur LE FILLIATRE présente une pièce de grossesse tubaire, remontant à deux semaines, ayant occasionné une hémorragie des plus graves. L'intervention opératoire rapide a permis d'obtenir la guérison.

M. le docteur LE FILLIATRE présente également plusieurs pièces anatomiques de perforation appendiculaire, à la suite d'abcès, dus à des corps étrangers stercoraux; ceux-ci, d'ailleurs, causent la plupart des appendicites.

STATISTIQUE. — **Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingtième semaine, 1033 décès, au lieu de 938 pendant la semaine précédente et au lieu de 966, moyenne ordinaire de la saison.** C'est surtout la mortalité de 0 à 1 an qui a augmenté (50 décès) depuis la semaine précédente. Le nombre des décès de plus de 60 ans s'est accru de 30 décès.

La rougeole continue à être fréquente. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté.

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an, au lieu de 15 pendant la semaine précédente (moyenne 21).

En outre, 35 enfants sont morts de débilité congénitale, au lieu de 24 pendant la semaine précédente.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 165 décès, au lieu de 129 pendant la semaine précédente et au lieu de 151, moyenne ordinaire de la saison. Parmi ces décès, 19 concernent des enfants de 0 à 1 an, au lieu de 9 pendant la semaine précédente.

Autres maladies de l'appareil respiratoire 107 (moyenne 91), dont 57 sont dus à la broncho-pneumonie et 38 à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 203 décès (moyenne 214).

La méningite tuberculeuse a causé 32 décès (moyenne 24).

La méningite simple a causé 22 décès (moyenne 23); parmi eux nous comptons 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (aucun cas nouveau n'est signalé par les médecins).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Géraud, directeur de l'asile de Saint-Yon; Léon Petit (de Paris); Scherb, chargé des fonctions d'agrégé de médecine à la Faculté d'Alger, décédé le 25 mai aux suites du typhus qu'il avait contracté dans l'exercice de ses fonctions.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JUIN 1910

THÈSES

Mercredi 8 juin, à une heure. — M. TOURET. De l'hérédo-syphilis de la langue. (MM. Gaucher, président; Reclus, Segond et Pierre Duval.) — M. LEMARCHAL. Plaies par section du conduit laryngo-trachéal (plaies non chirurgicales). (MM. Reclus, président; Gaucher, Segond et Pierre Duval.) — M. GARASSE. De la grossesse et de l'accouchement après l'hystéropexie. (MM. Segond, président; Gaucher, Reclus et Pierre Duval.)

Jeudi 9 juin, à une heure. — M. GARDEY. Des paralysies alcooliques frustes. (MM. Raymond, président; Gilbert, Gilb. Ballet et Claude.) — M. AURÉGAN. Rétrécissement pur et nanisme. (MM. Gilbert, président; Raymond, Gilb. Ballet et Claude.) — M. DANOUY. Contribution à l'étude des applications de l'anthropologie à la psychiatrie. (MM. Gilb. Ballet, président; Raymond, Gilbert et Claude.) — M. MARCORELLES. Anémie et cancer de l'estomac. (MM. Thoinot, président; Chauffard, Jeanselme et Carnot.) — M. LOPPÉ. Des manifestations viscérales dans le rhumatisme aigu sans lésions articulaires. (MM. Thoinot, président; Chauffard, Jeanselme et Carnot.) — M. MALUS. Cancer primitif du corps du pancréas. (MM. Chauffard, président; Thoinot, Jeanselme et Carnot.) — M. SOKOLOFF. De la déchirure centrale du périnée. (MM. Bar, président; Quénu, Auvray et Jeannin.) — M. BRUEL. Les sténoses concomitantes de l'œsophage et du pylore par ingestion de liquides caustiques. (MM. Quénu, président; Bar, Auvray et Jeannin.)

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de radiographie chirurgicale, par le professeur GRASHEY et le docteur NOGIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-4 avec 80 planches comprenant 240 figures et 64 schémas. — Prix : cartonné, 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Aide-Mémoire de thérapeutique, par MM. G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine, G. POUCHET, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et A. SALLARD, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée, conforme au Codex de 1908. In-8 de VIII-911 pages, imprimé sur 2 colonnes, relié toile. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Fonction du sommeil, physiologie, psychologie, pathologie, par le docteur Albert SALMON (de Florence). In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

SUR

QUELQUES MOYENS PROPRES A ÉVITER LES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX

Après ligature de la carotide primitive ou de la carotide interne,

Par Georges LARDENNOIS,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Les résultats opératoires des ligatures de la carotide primitive ou de la carotide interne se sont améliorés du fait de l'asepsie et des progrès de la technique chirurgicale, mais ils sont encore loin d'être satisfaisants.

Après ligature de la carotide primitive, Pils (1868) trouvait sur l'examen de 609 cas une mortalité globale de 43,2 p. 100; et Wieth (1881) sur 789 cas une mortalité de 40,9 p. 100. Siegrist (1900) en ne tenant compte que des opérations faites selon les méthodes modernes constate 20,3 p. 100 sur 172 cas (1), et de Fourmestraux (2) sur 71 cas nouveaux publiés de 1900 à 1907 compte 21 p. 100 d'accidents mortels. De Fourmestraux indique comme chiffre de mortalité :

Ligatures pour expohtalmos 7 p. 100;
Ligatures pour anévrismes 13,5 p. 100;
Ligatures pour extirpation de tumeur 46 p. 100;
Ligatures pour hémorragies 54 p. 100.

Les chiffres donnés par Siegrist (3) sont très comparables.

Ainsi les ligatures de la carotide primitive pour hémorragies et pour tumeur restent extrêmement graves; et en dehors des complications mortelles il faudrait signaler aussi la possibilité d'hémiplégies, de paralysies diverses, de troubles oculaires (amauroses, amblyopies, troubles paralytiques) et même de troubles auditifs.

Les accidents sont de trois ordres, les premiers, *immédiats*, survenant au moment où on serre le fil.

Les seconds, *accidents rapides*, surviennent dans les six premières heures.

Les autres, beaucoup plus fréquents, sont des *accidents tardifs* qui se manifestent dans les quinze jours qui suivent l'opération, en grande majorité du deuxième au quatrième jour.

Les deux premiers groupes d'accidents relèvent de l'*anémie* suraiguë ou aiguë du cerveau, les derniers sont dus au ramollissement cérébral consécutif à la *thrombose artérielle*.

L'*anémie cérébrale* peut être sous la dépendance de deux causes principales.

Elle peut être entraînée par un abaissement de la pression sanguine générale. « On peut dire qu'une tension cérébrale, déjà affaiblie par les hémorragies, subit, du fait de la ligature, une diminution telle qu'elle fut suffisante pour déterminer une anémie brusque et grave. » [Quénu (1)].

Souvent elle découle de l'*insuffisance des voies anastomotiques.*

Dans les cas heureux de ligature de la carotide primitive la circulation se rétablit par trois voies. Ce sont par ordre croissant d'importance :

1° Les anastomoses périphériques des vaisseaux cérébraux;

2° L'hexagone de Willis;

3° Les anastomoses inter-carotidiennes, extracraniennes.

1° Les anastomoses entre les artères d'un même hémisphère cérébral sont faciles à mettre en évidence. Une injection dans le bout périphérique de la cérébrale postérieure issue de la vertébrale passe toujours dans le territoire des artères cérébrales antérieures et moyennes nées de la carotide interne. Bien plus il y a souvent anastomose d'un côté à l'autre : une injection dans le bout périphérique d'une artère sylvienne, après ligature de la communicante antérieure et des deux communicantes postérieures, passe souvent après s'être répandue dans l'hémisphère correspondant, jusque dans l'hémisphère du côté opposé. Le passage est assuré par les artérioles de la base et des commissures. Looten (2), élève de Debierre, attribue le principal rôle à l'artère médiane du corps calleux, très inconstante et qui paraît s'atrophier chez les sujets âgés.

2° L'hexagone de Willis est une voie de suppléance plus importante. Il semblerait a priori qu'à ce réservoir de sûreté de la base du cerveau un ou deux affluents puissent manquer sans que le débit périphérique en souffre, et c'est souvent ainsi. Mais on a signalé des anomalies. Ehrmann (3), Charpy (4), les ont rassemblées, elles portent soit sur les communicantes antérieures c'est-à-dire sur l'anastomose inter-hémisphérique, soit sur les communicantes postérieures, c'est-à-dire sur l'anastomose vertébro-carotidienne.

3° Les anastomoses inter-carotidiennes, extracraniennes sont les plus importantes. Elles se font d'un côté à l'autre par les branches cervicales et faciales des carotides externes. On peut considérer les deux carotides externes comme des voies de sûreté jetées entre les carotides principales. Guinard (5) a bien montré dans une série de communications et d'articles que la ligature de la carotide primitive est très aggravée par la ligature simultanée de la carotide externe; elle devient aussi grave que la ligature de la carotide interne. Aussi faut-il faire un groupe spécial des « ligatures pour extirpations de tumeurs, par conséquent avec ligatures supplémentaires à la sortie de la tumeur portant souvent

(1) In Lejars. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1904, t. XXX, p. 688.

(2) De Fourmestraux. *Les accidents cérébraux et oculaires consécutifs à la ligature de la carotide primitive.*

(3) Siegrist. Albrecht von Grafes, *Arch. f. ophtalmol.*, 1900, L, p. 511.

(1) Quénu. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 20 nov. 1907, t. XXXIII, p. 1153.

(2) Looten. Th. de Lille, 1906.

(3) Ehrmann. *Gaz. méd. de l'Algérie*, janv. 1860, n° 1.

(4) Charpy. *Traité d'anatomie humaine* de Poirier, 1re édition, t. III, p. 691.

(5) A. Guinard. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1904, t. XXX, p. 678 et 692; 1907, t. XXXIII, p. 1149 et 1170; 1910, t. XXXVI, p. 381.

sur les carotides externe et interne; or, dans ce groupe ainsi défini, les accidents cérébraux, rapides à la suite de la ligature de la carotide primitive, sont loin d'être exceptionnels ». [Quénu (1)].

Connaissant les causes de l'anémie cérébrale aiguë après ligature du tronc carotidien, que peut le chirurgien pour s'assurer contre elles ?

1° Ménager autant que possible la carotide externe et ses branches, lier autant que possible de préférence la carotide primitive plutôt que l'interne. Guinard conseille de s'assurer avant l'opération de la perméabilité de la carotide externe du côté opposé en tâtant le pouls à l'artère temporale superficielle. Cette recherche peut donner les plus précieuses indications pour le pronostic, mais elle ne peut guère faire reculer le chirurgien devant la ligature de la carotide primitive, car celle-ci se présente généralement avec un caractère d'indispensabilité.

2° Créer, lorsqu'on est obligé d'intervenir pour une tumeur siégeant à l'angle de bifurcation carotidienne et de lier les deux carotides secondaires, une anastomose artérielle entre la carotide interne et la carotide externe. Quénu (2) l'a proposé à la Société de chirurgie.

3° Faire une ligature lente, progressive pour provoquer le développement de la circulation collatérale avant la ligature définitive. Jordan (3) ainsi a fait une striction progressive en quarante-huit heures jusqu'à suspendre le pouls temporal. Doberauer (4) va jusqu'à lier en deux à quatre jours.

Sans mettre aussi longtemps à serrer le fil, ce qui n'est pas possible dans les cas urgents, et ce qui en outre expose à l'infection, on peut lier sans brusquerie pour éviter la *surprise* des capillaires cérébraux. Diel (5) conseille de mettre huit à dix minutes à la manœuvre.

Il est un fait qui n'a peut-être pas assez attiré l'attention des chirurgiens jusqu'à présent, c'est que la ligature produit un *spasme* dans les branches périphériques. A. Richet, Terrier l'ont signalé, ils l'attribuaient à l'étreinte de filets sympathiques et à leur excitation par le fil de ligature. On sait depuis longtemps que les excitations mécaniques produisent une véritable *crampe* des vaisseaux.

Les artères réagissent à l'anémie suite de ligature, comme elles réagissent à l'anémie suite d'hémorragie, par une contraction. Et ce phénomène de défense naturelle devient défavorable puisqu'il diminue l'apport des anastomoses. Combien de temps dure ce spasme? Sans doute quelque temps, si l'arrêt de circulation n'est pas absolu. En somme l'anémie agit comme un poison excitant, elle provoque la contracture, puis à dose excessive ou prolongée, elle provoque la paralysie, c'est-à-dire la vaso-dilatation.

En tout cas le spasme peut durer assez longtemps pour laisser de graves lésions se produire. La substance cérébrale est fragile. Tous les expérimentateurs, et ils sont nombreux, qui ont étudié la question admettent que l'*interruption totale de la circulation cérébrale, par ligatures multiples, chez les animaux de laboratoire, amène fatalement la mort du cerveau si elle est prolongée plus de deux minutes.*

Y A-T-IL MOYEN DE S'ASSURER CONTRE CE SPASME? — Peut-être, et à ce sujet les belles expériences de Giltray, rapportées par L. Frédéricq dans l'article CIRCULATION du *Dictionnaire de physiologie de Richet*, sont très intéressantes.

Sur un lapin à artères vertébrales liées, si on lie les carotides, l'animal meurt. Si, les artères vertébrales étant liées, on interrompt quelques secondes la circulation dans les deux carotides, puis qu'on les rouvre pendant trois minutes, on peut alors pratiquer sans danger la ligature des deux carotides. Ce n'est pas mécaniquement, bien entendu, que l'occlusion de quelques secondes a pu développer les anastomoses, et ce qui le prouve, c'est que dans les trois minutes qui suivent on ne peut sans provoquer la mort opérer les ligatures. Il y a eu une sorte de *réglage des vaso-moteurs du cerveau qui assure l'immunité par vaso-dilatation*, après le stade de vaso-constriction.

Il est entendu qu'on ne peut conclure absolument de l'animal à l'homme surtout dans la physiologie du cerveau. Les mêmes phénomènes se produisent-ils? Quel est le laps de temps nécessaire entre les deux occlusions, l'immunisante et la définitive? Si l'on n'attend pas assez, l'effet vaso-dilatateur n'est peut-être pas produit; si l'on attend trop, il peut avoir disparu.

L'expérience de Giltray nous donne donc des indications très intéressantes, mais forcément un peu imprécises.

Mais ne pourrait-on pas agir plus sûrement sur les artères anastomotiques pour les rendre béantes au moment de la ligature, et prêtes à leur rôle de suppléance.

La *nicotine* est, de tous les excitants, celui dont l'effet de congestion sur le cerveau est le plus marqué (Wertheimer). A l'influence vaso-motrice vient se joindre une accélération considérable du cœur; l'augmentation de volume du cerveau débute avec l'élévation de pression, bien que le cœur soit encore ralenti à ce moment; mais elle arrive à son maximum quand la paralysie du pneumogastrique a succédé à son excitation initiale.

La *strychnine*, d'après Roy et Sherrington et Wertheimer, produit une énorme congestion du cerveau qui est en rapport sans doute avec l'élévation énorme de la pression artérielle, et qui commence en même temps qu'elle, soit une minute environ après l'injection de la dose tétanisante. Gartner et Wagner ont vu le sang du sinus latéral s'écouler alors, non plus en bavant, et goutte à goutte, mais par un jet continu, comme si le sang passait librement des artères dans les veines.

Ces substances élèvent la tension générale; le cerveau se laisse alors congestionner énormément. Mais il s'agit là de toxiques qui n'agissent comme

(1) QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 27 nov. 1907, t. XXXIII, p. 1169.
(2) QUÉNU. *Ibid.*
(3) V. JORDAN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1907, t. LXXXIII, n° 23.
(4) DOBERAUER. *Zentralbl. f. Chir.*, 1908, t. XXXV, p. 44.
(5) H. DIEL. *Arch. gén. de méd.*, 1903, t. II, p. 3272.

vaso-dilatateurs qu'à forte dose et dont on se défiera.

Il existe d'autre part un médicament couramment employé comme *vaso-dilatateur* et qui, entre les mains de Hürtle, de A. Mosso, a fait ses preuves expérimentales sur les vaisseaux cérébraux : c'est le *nitrite d'amyle*. Il semble bien qu'*il n'y aurait qu'avantage à faire respirer au patient quelques bouffées de vapeur de nitrite d'amyle ou d'un de ses dérivés, immédiatement avant de faire la ligature*, ligature lente ou en deux temps du tronc carotidien. Bien entendu l'effet serait transitoire comme l'inhalation elle-même, mais peut-être suffirait-elle à *parer au premier choc*, et donnerait-il le temps à la circulation de renfort de s'organiser.

Dans le cas de ligature pronostiquée grave, avec suppression de la carotide externe ou de ses branches, dans le cas de ligature de la carotide interne, surtout s'il s'agit d'un sujet anémié, on peut envisager l'utilité d'un acte opératoire spécial.

On sait depuis Claude Bernard que la *section du sympathique cervical* est suivie d'élévation de température du cerveau. Il s'agit d'une élévation notable, 1 ou 2 degrés. La durée des phénomènes est de vingt-quatre heures seulement après section du grand sympathique, de quinze à dix-huit jours après l'arrachement du ganglion supérieur. Il se passe un double phénomène de dilatation vasculaire et augmentation de pression (Waller, Brown-Séquard). Quelques expérimentateurs hésitèrent d'abord à admettre l'existence de vaso-moteurs cérébraux, mais aujourd'hui le doute n'est plus permis, et l'expérience de Claude Bernard est devenue une expérience de démonstration de laboratoire. L'effet vaso-dilatateur n'est pas constaté seulement pour les parties superficielles, on l'a constaté aussi pour les parties profondes, dans les artères cérébrales et les artères de la base (Donders, Callenfels, Nothnagel et Goujon, Kusmaul et Tenner).

François Franck a repris ces questions et ses expériences ont confirmé celles de Claude Bernard et complété nos connaissances sur l'anatomie et la physyologie du sympathique cervical. Cavazzani (1) a étudié les effets mécaniques, électriques, anémiques sur le sympathique vaso-moteur des vaisseaux du cerveau. Quelques-unes de ses conclusions ne sont pas admises par F. Franck mais ces deux physiologistes sont d'accord sur les effets de la section du sympathique cervical.

Récemment Müller (2) a confirmé à nouveau les expériences de Claude Bernard en mesurant le débit de la jugulaire correspondante, à l'état normal, et, après section du sympathique cervical. On a constaté les effets accommodateurs du sympathique pouvant devenir vaso-dilatateur dans certaines circonstances. Mais le fait principal reste absolument établi, la *section du sympathique cervical entre le ganglion supérieur et le ganglion moyen produit une vaso-dilatation énorme suffisante pour élever de 1 à 2 degrés la température centrale de l'hémisphère cérébral du côté correspondant*. Cette action locale vaso-dilatatrice, créant une circulation intense, dure vingt-quatre heures au minimum.

Ne pourrait on mettre à profit cette vaso-dilatation durable très opportune en cas d'interruption d'un gros affluent de l'hexagone de Willis? J'ai émis cette opinion devant les physiologistes les plus autorisés, MM. François Franck, Gley, Langlois et ils ont tous approuvé ma manière de voir. J'ai entrepris avec mon ami Garrelon, dans le laboratoire de M. Langlois et sous son aimable et savante direction, une série de recherches, nous les publierons quand elles seront suffisamment nombreuses et concluantes.

Nul dommage ne peut résulter de la section du sympathique cervical, l'opération a été faite nombre de fois chez l'homme pour goitre exophtalmique, épilepsie, glaucome, névralgie faciale. Mais il semble qu'elle doive être beaucoup plus utile, avant la ligature de la carotide interne, car elle est indiquée ici non point par une pathogénie discutable, mais par les constatations les plus formelles et le raisonnement le plus élémentaire.

Il nous reste à envisager les *accidents tardifs* consécutifs à la *thrombose*.

Le plus souvent il s'agit d'une *thrombose ascendante* partant du point de la ligature pour remonter jusque dans les branches terminales, cérébrale antérieure et moyenne, et communicante postérieure, avec prédominance marquée dans l'artère sylvienne, le prolongement le plus direct de la carotide. Suivant Guinard, pour que le caillot remonte au-dessus du niveau de la carotide externe, il faut qu'il y ait stagnation du sang, c'est-à-dire que *l'anastomose inter-carotidienne externe* ne fonctionne pas.

Pour Delbet, cette opinion est trop absolue. Delbet admet d'ailleurs que dans certains cas il n'y a pas thrombose ascendante, mais embolies parties du caillot siégeant au niveau de la ligature.

Peut-on empêcher l'apparition du caillot? Quelles sont les conditions de sa formation?

Forgue et Bothezat (1), Delbet (2), comme Ballance et Edmunds, ont montré que la septicité est là cause ordinaire des thromboses.

Les expériences de Duplay et Lamy (3) paraissaient devoir comporter cette conclusion rigoureuse que, dans la ligature aseptique, le caillot n'existe pas macroscopiquement.

Et pourtant on observe encore des accidents de thrombose, entre les mains de chirurgiens éprouvés, au cours d'opérations conduites méthodiquement, avec la plus grande asepsie possible. La thrombose survient lentement en deux, quatre, huit jours et

(1) Cavazzani. Influence vasculo-motrice du sympathique cervical dans la circulation cérébrale, *Arch. ital. de biol.*, 1888, p. 88; — *Ibid.*, 1893, p. 214; — *Centralbl. f. Physiol.*, 1894, t. VIII, p. 75, etc.

(2) Muller (de Tubingue). *XXIIIe Congrès de méd. interne*, Munich, 23 avril 1906.

(1) Forgue et Bothezat. Contribution expérimentale à l'étude de la chirurgie des artères, *Arch. de méd. expér.*, 1894, p. 473.

(2) Delbet. *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, 1re édit., t. IV, p. 284.

(3) Duplay et Lamy. Cicatrisation des artères à la suite de ligature dans la continuité, *Arch. gén. de méd.*, 1897, p. 513.

l'hémiplégie apparaît sans que la plaie présente la moindre trace d'infection (1).

Ou bien il faut admettre qu'il s'agit d'infections très atténuées, impondérables et qui échapperont de longtemps encore au chirurgien, ou bien il faut admettre qu'il y a autre chose que l'infection. Je crois qu'il y a autre chose.

En avril 1906, Lecène (2) m'ayant parlé du cas malheureux publié par lui dans le *Bulletin de la Société anatomique* et rappelé par Hartmann à la Société de chirurgie en 1907, j'entrepris à ce sujet, dans le laboratoire de M. le professeur Reclus à la Clinique chirurgicale de la Charité, une série d'expériences sur le chien, le lapin et le chat. Elles nous montrèrent l'*influence considérable du traumatisme*. Je pus, tout en prenant des précautions d'asepsie excessives, beaucoup plus minutieuses que celles de la chirurgie journalière, provoquer des thromboses en comprimant brutalement l'artère sous un écarteur ou la dénudant sans ménagement, en la tiraillant, etc. On sait d'ailleurs la fragilité de l'endartère; lorsqu'elle est lésée en un point, le caillot se forme très facilement si le sang ne circule plus que lentement. A ce point de vue mes expériences m'ont confirmé dans l'opinion émise par Guinard sur l'importance de la voie anastomotique intercarotidienne externe.

Une observation de Morestin (3) me paraît très caractéristique. Elle montre l'effet thrombosique d'un traumatisme léger, sans ligature, sur une artère sans collatérale. Il s'agissait, il est vrai, d'une artère athéromateuse. Voici ce qu'il dit :

> J'avais décidé de pratiquer la ligature de la carotide externe chez un homme atteint d'un cancer inopérable de la langue et qu'affaiblissaient des hémorragies répétées. En cherchant la carotide externe, je soulevai sur la sonde cannelée la carotide interne. N'ayant pas aperçu les collatérales, j'abandonnai l'artère, et un instant après je découvris la carotide externe et je plaçai mon fil. L'opération avait duré quelques minutes; elle avait été très simple et semblait devoir être d'une bénignité absolue. Mais dans la journée survint une hémiplégie; le lendemain, je trouvai le malade dans le coma, et il succomba moins de quarante-huit heures après l'intervention. A l'autopsie, on put constater ceci : la carotide interne était très athéromateuse; la sonde cannelée en la soulevant avait brisé des plaques d'athérome qui s'étaient inclinées vers la lumière du vaisseau et avaient déterminé la coagulation du sang et l'oblitération du vaisseau.

En résumé des précautions aseptiques très rigoureuses sont indispensables, mais il faut de plus opérer avec la plus grande douceur, et traiter les carotides, surtout des gens âgés, avec le plus grand ménagement, avec le plus grand respect.

CONCLUSIONS. — Pour diminuer la fréquence des accidents graves, consécutifs à la ligature de la carotide primitive, fréquence qui reste stationnaire depuis quinze ans, et *qui reste redoutable*, *surtout quand on opère pour hémorragies ou pour tumeur*, diverses précautions sont recommandables :

1° N'opérer un sujet affaibli par les hémorragies qu'après avoir remonté sa tension générale par des injections de sérum physiologique;

2° Placer le malade en position déclive;

3° Endormir le malade à fond, les physiologistes montrent que les anesthésiques à doses légères ont une action de vaso-constriction et à fortes doses de vaso-dilatation;

4° Au cours de l'opération manier l'artère et pratiquer la dénudation avec la plus grande douceur;

5° Avant de lier, faire respirer au patient quelques bouffées de nitrite d'amyle ou d'un succédané;

6° Pratiquer la ligature progressivement, en serrant, puis desserrant, pour annihiler le spasme vasculaire.

Enfin *dans les cas de pronostic défavorable*, et lorsqu'il faudra lier soit la carotide primitive et l'externe, soit la carotide interne, je crois que *la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen, deux ou trois minutes avant la ligature artérielle, constituerait une sérieuse assurance contre les accidents.*

(1) Cf. Discussions de la *Soc. de chir.* des 20 et 27 nov. 1907; *Bull. et mém.*, p. 1149 et 1167.

(2) P. LECÈNE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1905, p. 746.

(3) MORESTIN. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 27 nov. 1907, t. XXXIII, p. 1168.

MESURE CLINIQUE

DE LA

TENSION ARTÉRIELLE DES ARYTHMIQUES

Par M. LOUIS-ALBERT AMBLARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vittel.

Les tracés sphygmographiques montrent que, chez les arythmiques, le pouls peut être modifié dans sa forme, dans sa fréquence, dans son amplitude. C'est sur cette dernière variété d'arythmie, l'arythmie de force, que porte cette étude.

L'inégalité d'énergie des contractions ventriculaires détermine dans le système artériel des troubles de la pression : alors que, chez un sujet normal, celle-ci reste relativement stable au cours d'un examen, chez l'arythmique elle présente une instabilité qui en avait rendu la mesure impossible, avec les appareils dont on disposait jusqu'à ce jour.

Le plus souvent on n'apprécie, en clinique, la valeur de la tension artérielle qu'à l'aide d'un seul chiffre, généralement celui de la tension maxima. Or c'est se contenter d'une représentation bien incomplète de la circulation. La tension artérielle, en effet, résulte de l'antagonisme du cœur, qui sert de moteur central, et des petits vaisseaux périphériques dont l'état de contraction variable règle l'écoulement du sang. Elle ne peut s'exprimer par un seul chiffre et varie constamment entre deux points extrêmes qu'elle ne dépasse pas en plus, ni en moins, au cours de la révolution cardiaque et sous son influence. Chaque fois que l'ondée ventriculaire pénètre dans l'aorte, il se produit une augmentation de pression, dans le système artériel, et la tension se trouve ainsi portée, du point qu'elle occupait précédemment, au moment de la diastole

ventriculaire (tension minima), à un autre point, plus élevé, qui est celui de la tension maxima. L'écart entre les tensions minima et maxima représente l'amplitude ou l'écart du pouls. On conçoit que les diverses valeurs de la tension vasculaire soient liées à ces deux facteurs, énergie ventriculaire et écoulement périphérique; malgré l'influence que les variations de l'un peuvent avoir sur l'autre, la tension minima est surtout fonction de l'écoulement périphérique, et la tension maxima, de l'énergie de la contraction ventriculaire.

Or, chez un arythmique, l'écoulement périphérique ne se modifiant pas momentanément de façon appréciable, la tension minima reste sensiblement la même, tandis que la maxima varie, dans des proportions parfois considérables, à chaque révolution cardiaque, selon que la contraction ventriculaire a été, ou non, assez énergique, que l'ondée sanguine qu'elle a lancée dans le système artériel a été plus ou moins importante.

Les anciens sphygmomètres mesuraient la seule tension maxima et reposaient, quel que soit leur mode d'application (pelote, brassard ou patin), sur ce principe : se rendre compte, par l'étude du pouls, des modifications que provoquent des compressions variables exercées en amont sur l'artère, et mesurées par un manomètre.

On comprime le vaisseau jusqu'à ce que le doigt, ou un témoin quelconque, ne perçoive plus de pulsations. A ce point correspondrait la tension maxima.

Mais, outre qu'ils ne permettent la mesure que de la seule tension maxima, ces appareils ne peuvent servir pour la mesure de la tension artérielle chez un arythmique. Préciser, en effet, le moment de l'arrêt des oscillations de la paroi, par la palpation digitale, est déjà difficile chez un sujet normal, où toutes les contractions ventriculaires amènent la tension vasculaire à un point très sensiblement identique. Mais, chez l'arythmique où il peut y avoir des différences de 20 à 30 millimètres de Hg, entre les valeurs de deux pulsations consécutives, la comparaison entre les diverses pulsations, sur laquelle le doigt se basait pour apprécier leur arrêt total, n'est plus possible. Il peut se faire que sur 40 pulsations, 2 ou 3 seulement atteignent un chiffre maximum. Mais, en admettant même que l'on surmonte cette première difficulté, qui n'est pas mince, quelle conclusion sera-t-on en droit de tirer, pour l'étude de la circulation, de la connaissance de ce point maximum, 25 centimètres par exemple, auquel seules ne parviennent que quelques très rares pulsations? Absolument aucune, puisque la plupart des autres pulsations peuvent s'échelonner de 16 à 18 ou 20 centimètres de Hg, par exemple.

Nous proposons une technique nouvelle, qui permet de mesurer, avec notre appareil, le « sphygmométroscope », la tension minima, et la tension maxima des arythmiques. Nous rappelons brièvement ce qu'est notre appareil et le principe sur lequel il repose.

Lorsqu'on entoure un membre d'un brassard inextensible doublé intérieurement d'un manchon de caoutchouc, et qu'après avoir mis ce manchon en communication avec un manomètre métallique on exerce dans le système clos une compression croissante, on voit l'aiguille du manomètre se déplacer et présenter des oscillations d'abord légères. Ces oscillations vont en croissant jusqu'à un point où elles présentent une amplitude maxima ; au delà de ce point, elles diminuent et disparaissent enfin complètement.

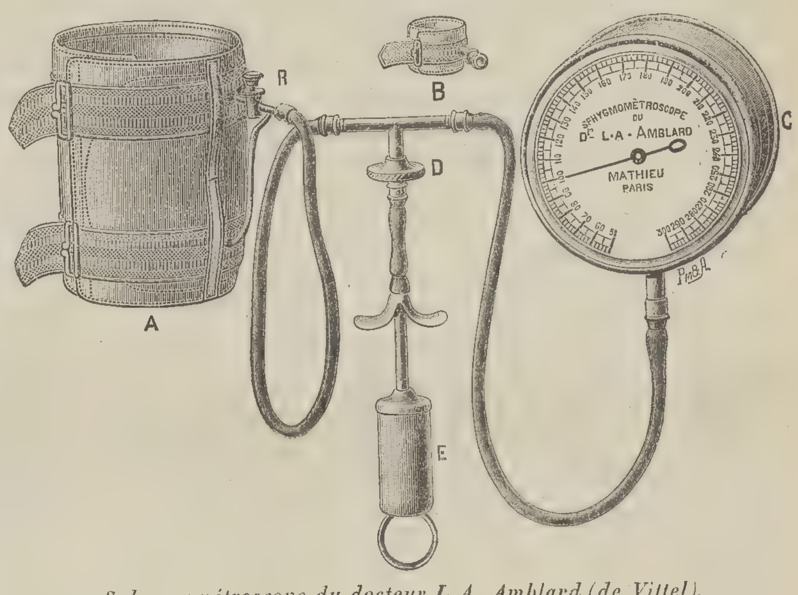
Le chiffre indiqué par l'aiguille, au point où les oscillations sont maximales, est celui de la tension artérielle minima. Le point où les oscillations s'arrêtent est celui de la tension artérielle maxima.

Dans notre « sphygmométroscope », basé sur ce principe, un dispositif spécial permet de préciser très exactement et automatiquement le moment de l'arrêt complet des oscillations.

La technique de la mesure des diverses tensions chez l'homme sain est très simple.

Recherche de la tension artérielle maxima. — Monter l'appareil comme le représente la figure ci-dessous : appliquer très exactement le brassard autour du bras, s'assurer de la fermeture complète de la valve (en vissant la molette de gauche à droite), puis gonfler le brassard en quelques coups de pompe. L'aiguille du manomètre se déplace dès que la contre-pression dépasse 50 millimètres de mercure, et présente des oscillations rythmiques. Elevant progressivement la contre-pression on amène l'aiguille en un point tel, variable suivant les cas, que toute oscillation cesse.

Ouvrir alors légèrement la valve (en tournant de



Sphygmométroscope du docteur L.A. Amblard (de Vittel).

droite à gauche la molette D) et laisser l'aiguille redescendre très lentement. Bientôt, quelques oscillations apparaissent. On referme aussitôt la valve pour arrêter la décompression et on recherche si les oscillations sont bien dues au rétablissement de la circulation artérielle, à la perception d'une ondée sanguine si légère soit-elle, par le coussin inférieur. Pour le faire, on appuie sur la poucette du sépara-

teur R, ce qui isole du reste de l'appareil le coussin supérieur du brassard. Si malgré cette manœuvre du séparateur les oscillations de l'aiguille persistent, c'est que les ondées sanguines qui les provoquent sont perçues par le coussin inférieur, et, dans ce cas, le chiffre lu sur le cadran est celui de la tension artérielle maxima. — Mais si les oscillations cessent lorsque s'exerce la pression du doigt sur la poucette du séparateur R, c'est que la compression exercée est encore trop élevée pour permettre à l'ondée sanguine de se manifester, et les petites oscillations que l'on observait avant la manœuvre du séparateur doivent être négligées.

Dans ce dernier cas, laisser, en cessant toute pression sur la poucette du séparateur R, se rétablir automatiquement la communication entre les deux coussins; diminuer légèrement la contre-pression en entr'ouvrant la valve D et chercher par tâtonnement *le point le plus élevé où la manœuvre du séparateur n'entraîne plus l'arrêt des oscillations de l'aiguille.* — Le chiffre lu à ce moment sur le cadran du manomètre indique la valeur de la tension artérielle maxima.

Recherche de la tension artérielle minima. — Au cours de la décompression que l'on poursuit après avoir noté ainsi la tension maxima on voit les oscillations de l'aiguille augmenter d'amplitude et, en un certain point, atteindre un maximum au delà duquel elles décroissent progressivement. C'est à ce point où l'aiguille présente ses oscillations de la plus grande amplitude que correspond le chiffre de la tension minima du sang dans l'artère.

Recherche de la tension artériolaire. — 1° Substituer le manchon B au brassard A. Entourer l'index du sujet de ce manchon qu'on ajuste exactement autour de la deuxième phalange.

2° Ischémier l'extrémité du doigt en l'entourant d'une bandelette élastique que l'on enroule en exerçant une légère traction. Gonfler alors le manchon avec la pompe (un seul coup suffit) et amener l'aiguille du manomètre à un point élevé, 250 millimètres par exemple.

3° Dérouler la bande élastique. La compression exercée sur le doigt par le manchon fait obstacle au retour du sang et la pâleur de la dernière phalange indique la persistance de l'ischémie.

4° Ouvrir alors la valve, et laisser redescendre lentement l'aiguille. En un certain point, 130 millimètres, par exemple, une coloration rouge lue au retour du sang se substitue assez brusquement à la pâleur du doigt. Le chiffre lu sur le cadran, au point où a lieu le retour du sang, indique la valeur de la tension artériolaire.

Chez un sujet normal et jeune, la tension artérielle maxima est de 135 à 150 millimètres de mercure. La tension artérielle minima est de 75 à 80 millimètres et la tension artériolaire est de 130 à 140 millimètres.

Mesure de la tension minima chez les arythmiques. — La mesure de la tension minima de l'arythmique est aisée; on cherche le point des oscillations maxima. Supposons-la, par exemple, égale à 120 millimètres de Hg.

Mesure de la tension maxima chez les arythmiques. — La mesure de la tension maxima en ce cas est bien plus délicate que chez un sujet normal :

1° Porter la compression à un point tel que toute oscillation de l'aiguille soit arrêtée, puis laisser décroître cette compression jusqu'en un point, 180 millimètres par exemple, où l'on commence à noter quelques oscillations.

2° Par la palpation digitale du pouls du membre opposé, observer combien de fois, sur 20 pulsations, se produisent les oscillations de l'aiguille, soit, par exemple 2, ce nombre.

3° Diminuer la compression d'un demi-degré, à 175 millimètres. Et noter, également, combien de fois, au cours d'une série de 20 pulsations comptées sur le membre opposé, apparaissent des oscillations de l'aiguille à ce chiffre, 175 millimètres. Soit par exemple 6 ce nombre.

4° Agir ainsi, en baissant de demi en demi-degré, jusqu'en un point, 140 millimètres par exemple, où toutes les 20 pulsations se traduiront par 20 oscillations.

On voit que, par cette technique, nous pouvons connaître la tension minima, qui au cours de l'opération demeure sensiblement la même, 120 dans ce cas, et les tensions maxima qui ont régné dans l'artère pendant l'observation des 9 séries de 20 pulsations qui ont nécessité cette mesure.

Sur ces 180 contractions ventriculaires, deux seulement ont été assez vigoureuses pour élever la pression de 120 à 180 millimètres de Hg.

Quatre nouvelles pulsations ont pu l'élever de 120 à 175 millimètres, etc. L'écart du pouls, normalement de 60 millimètres environ, a donc varié de 20 millimètres, point le plus bas (entre 120 et 140), à 60 millimètres, point le plus élevé (entre 120 et 180).

Et alors que la mesure avec un appareil ne fournissant que la tension maxima pouvait faire croire que cette dernière était élevée, et que l'énergie des contractions du cœur étaient très suffisantes, la mesure avec notre appareil et notre technique montre que, si la circulation minima du malade est élevée (120 millimètres), sa tension maxima au contraire est plutôt abaissée.

En effet, quelques rares pulsations seulement atteignent le point (170 à 180), qu'une telle élévation de la tension minima (120) exige, pour que la circulation se fasse dans des conditions à peu près normales, pour que l'écart du pouls soit constamment d'environ 60 millimètres, et non de 20 à 30 millimètres, ce qui se trouve être, ici, le cas.

Une telle technique pour mesure de la tension chez les arythmiques nécessite évidemment une certaine habitude de notre « sphygmométroscope », et ne présente pas chez eux la même facilité que chez les autres sujets, mais elle a cet avantage d'être fertile en renseignements cliniques, et d'être la seule qui ait été présentée jusqu'à ce jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MAI 1910)

Anatomie chirurgicale. Résection des veines affluentes de la crosse de la veine saphène interne. — M. R. ROBINSON, en s'appuyant sur ses expériences d'injections veineuses chez le cadavre, et sur trois cas de chirurgie expérimentale chez l'homme vivant variqueux, est arrivé aux résultats suivants :

La circulation veineuse des membres inférieurs est agencée par la *vis a tergo*, par la contraction des muscles environnants, par la disposition des valvules, etc. Ces différents agents ne sont pas toujours à même d'assurer la circulation ; la preuve en est que la station debout prolongée rend pénible le mouvement du sang dans les veines et donne naissance aux varices ainsi que l'on voit souvent dans certaines professions. Tout cela est très connu depuis bien longtemps, et Poiseuille a établi, il y a quatre-vingts ans, les lois générales de la circulation veineuse dans un mémoire couronné par l'Institut. Mais aucun auteur n'a insisté suffisamment sur ce fait. La circulation de la saphène est favorisée par les facteurs connus et énumérés ci-dessus, elle est contrariée, empêchée par les veines affluentes qui viennent se jeter sur la crosse. Elles sont nombreuses ces dernières, de quatre à huit, et sont constituées par les veines superficielles de la paroi abdominale et des enveloppes des organes génitaux externes. Leurs valvules sont disposées en sens contraire de celle de la saphène et on comprend aisément pour quelle raison. En établissant une circulation artificielle, l'auteur a observé que selon la distension ou la rétraction de la paroi abdominale, la pression dans les veines pouvait varier entre quatre et seize de mercure, et le liquide injecté jaillissait comme d'une artère. Dans les opérations chez l'homme vivant il a constaté le même phénomène. Ce qui l'a amené à formuler la théorie suivante : le sang n'ayant dans la saphène qu'une pression variable entre 0 et 3 à 4 degrés, au contraire une pression variable de 4 à 16 degrés dans ses affluentes ne pourra circuler que grâce à la parfaite suffisance des valvules ; dès que celles-ci deviennent insuffisantes, la circulation ne pourra plus s'effectuer physiologiquement.

En se basant sur cette théorie, M. Robinson a prié MM. Kendirdjy et Jacoulet d'exécuter chez les grands variqueux la simple opération suivante : ouverture de la crosse de la saphène, séparation de toutes ses affluentes, la section de ces dernières entre deux fils, fermeture de la plaie ; anesthésie locale. Trois malades gravement atteints et dont l'un était déjà opéré par un procédé classique mais sans succès virent leurs grosses veines variqueuses s'affaisser pendant l'intervention même et disparaître complètement malgré la station debout prolongée permise au bout d'une semaine. Quand on pense qu'une grande infirmité, telles les varices, peut céder à une intervention si simple, il paraît légitime d'attendre de la part des chirurgiens l'extension de ce procédé qui est basé sur les notions exactes de l'anatomie et de l'expérimentation.

Considérations générales sur l'évolution du tréponème pâle. — M. HALLOPEAU montre que, contrairement à l'opinion admise, cette évolution dans la période primaire est presque exclusivement localisée à la région infectée, à ses lymphatiques et à ses ganglions.

L'infection générale par le tréponème pâle au début de la période secondaire de son évolution est de courte durée.

C'est à tort qu'on admet l'existence d'une diathèse syphilitique.

Le tréponème se multiplie par auto-inoculation. M. Hallopeau pense donc qu'il est indiqué par la localisation prolongée du tréponème pâle dans la période primaire de son évolution, de l'y attaquer par un traitement intensif local, sans préjudice du traitement général.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 MAI 1910)

Scarlatine maligne, mort par insuffisance surrénale aiguë. — M. COMBY. Un garçon de six ans et demi entre à l'hôpital des Enfants au deuxième jour d'une scarlatine ayant débuté par le mal de tête, les vomissements, l'angine habituels. Outre ces symptômes qu'il fut aisé de constater, l'enfant présentait une éruption scarlatineuse assez nette. Ce qui frappa tout d'abord, c'est l'asthénie profonde, avec faiblesse et fréquence du pouls, hypotension artérielle, douleurs de ventre, algidité périphérique. Fièvre modérée (autour de 39 degrés) ; pas d'agitation, pas de délire.

Pensant à une insuffisance surrénale, on prescrit XX gouttes de chlorhydrate d'adrénaline à 1/1000.

Les vomissements continuent avec la diarrhée, la faiblesse augmente et le malade succombe tout à coup, dans une syncope, après trois jours de maladie.

A l'autopsie, faite trente-six heures après la mort, on trouve une congestion générale de tous les viscères, avec augmentation de volume du foie, de la rate, des reins, des ganglions lymphatiques. On cherche les capsules surrénales pour les disséquer et étudier leurs lésions. Impossible de les isoler dans un magma sanguin qui les a englobées et dilacérées. Il y avait en somme une hémorragie totale des deux capsules surrénales. Voilà donc un exemple de scarlatine maligne, mortelle dans les premiers jours de son évolution, par suite d'une lésion destructive des deux capsules surrénales.

Néoformation adénomateuse par compression extrinsèque de la portion terminale du cholédoque. Ictère par rétention. — MM. H. CLAUDE et M. SOURDEL rapportent l'observation d'une malade qui, sans aucun antécédent pathologique, présenta tous les signes d'un ictère chronique par rétention.

L'ictère a été progressif et s'est accompagné au bout de deux mois d'amaigrissement notable et de cachexie ; en même temps, les signes d'une insuffisance pancréatique presque totale étaient mis en évidence.

L'opération démontra l'absence de calculs et une dilatation du canal cholédoque. La malade a succombé quarante-huit heures après, avec les signes d'insuffisance hépatique.

A l'autopsie, on ne trouve d'abord qu'une tumeur du rein droit ; elle fait saillie à la face antérieure ; elle est grosse comme une noisette environ. Malgré ses rapports avec l'ampoule de Vater, la compression qu'elle peut déterminer est insuffisante pour expliquer un ictère aussi intense. Mais, histologiquement, la portion terminale du cholédoque est le siège de formations adénomateuses qui dissocient les lames conjonctivo-musculaires de la paroi du canal. D'autre part, les plis de la muqueuse sont très hypertrophiés. En certains points, l'épithélium cylindrique est disposé sur plusieurs assises. On retrouve des noyaux adénomateux dans le tissu conjonctif qui sépare le cholédoque du pancréas et sur le bord opposé du canal de Wirsung. Telles sont, jointes peut-être à un spasme du sphincter orificiel, les causes de l'ictère et des signes d'insuffisance pancréatique. La tumeur du rein est formée de cellules volumineuses, claires, à protoplasma dégénéré, entourées de petites cellules sombres, à protoplasma homogène, fortement colorées.

Il est intéressant de voir l'irritation provoquée par une tumeur du rein droit déterminer l'inflammation de la muqueuse et l'adénome de la portion watérienne du cholédoque.

Cholécystite aiguë abortive à bacille d'Eberth chez un typhique convalescent. — M. E. SACQUÉPÉE (du Val-de-Grâce). Au vingt-cinquième jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde normale survint un syndrome de cholécystite aiguë : douleur vive, spontanée et provoquée, au niveau de la vésicule, zone de matité sous-hépatique en demi-lune dans la même région ; contracture du grand droit ; fièvre élevée avec tachycardie; vomissements bilieux. Ces divers symptômes, apparus très rapidement, disparurent au bout de quelques jours; l'élévation thermique fut assez brève pour ne déterminer sur la courbe qu'un simple clocher, clocher biliaire.

Pendant l'évolution de cette cholécystite, l'examen des selles mit en évidence un nombre considérable de bacilles typhiques; le fait est d'ailleurs assez naturel, les bacilles, après leur végétation dans la vésicule, étant déversés dans l'intestin avec la bile. Dans les cas douteux, la constatation d'une décharge massive de bacilles typhiques dans l'intestin pourrait apporter un appoint sérieux au diagnostic.

Les infections vésiculaires des convalescents débutent souvent par des phénomènes analogues à ceux qui viennent d'être relatés, mais leur évolution est généralement plus grave ; elles aboutissent tantôt à une rechute, tantôt à la cholécystite sévère, suppurée ou non. La comparaison des observations permet de penser que la préexistence d'une lithiase biliaire est la condition primordiale qui aggrave ces infections; il est vraisemblable que cette lithiase préalable oriente les inflammations vésiculaires vers la rechute ou vers la suppuration, alors que ces mêmes inflammations peuvent guérir rapidement quand il n'existe pas de calcul.

Diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de déviation du complément. — MM. B. WEILL-HALLÉ et BLOCH-MICHEL, dans le but d'obtenir en trois heures le diagnostic certain de la diphtérie, ont imaginé d'utiliser la méthode générale de fixation du complément. L'antigène est fourni par l'émulsion dans l'eau physiologique d'un frottis de la gorge; la sensibilisatrice est le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur. Le mélange fixe-t-il le complément contenu dans une goutte de sérum de cobaye, un système hémolytique surajouté ne sera pas hémolysé et il s'agira bien de diphtérie. Si l'hémolyse se produit, l'hypothèse de diphtérie peut être écartée. Les auteurs apportent à l'appui de leurs recherches 25 cas positifs de diphtérie, 10 cas d'angine non diphtérique, 9 cas de rougeole et 3 de scarlatine, tous négatifs.

Un travail ultérieur indiquera l'intérêt de la méthode pour l identification des bacilles diphtériques.

Gonohémie à déterminations viscérales multiples chez une fillette de dix ans et demi. — MM. MARFAN et R. DEBRÉ font une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 MAI 1910)

Action du métaphosphate de soude sur les globulins. — M. AYNAUD. Le métaphosphate de soude a une action conservatrice remarquable sur les globulins aux doses de 1 à 20 p. 100; il permet leur observation prolongée, leur coloration vitale ; il a un rôle protecteur sur leur agglutination par les tissus, la peptone, etc. Le métaphosphate de soude se rapproche donc des citrates et oxalates alcalins qui sont des anticoagulants conservateurs des globulins.

In vivo, en injection intra-veineuse, le métaphosphate de soude est très tonique.

Etude expérimentale du sérum sanguin humain normal. — M. CAWADIAS étudie l'action de l'injection de sérum humain normal dans le péritoine du cobaye. Cette injection s'accompagne de troubles immédiats (troubles nerveux, troubles respiratoires) pouvant amener la mort de l'animal lorsque la dose de sérum injecté est à 70 centimètres cubes. A l'autopsie on trouve des lésions rénales et hépatiques. Le sérum provoque en plus une réaction locale au lieu injecté. Le sérum humain normal modifie la nutrition du cobaye, à dose moyenne il détermine une cachexie progressive et mortelle. Il modifie les réactions humorales de l'animal et l'anaphylactise d'une façon très nette. Le sérum humain normal est donc pour l'animal d'expérience un poison faible, mais réel, agissant sur différents tissus et organes, modifiant la nutrition et les réactions humorales de l'animal. Ce sont là des notions importantes pour nous repérer dans l'étude de la toxicité du sérum sanguin dans les états pathologiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 19 MAI 1910)

Simulation et diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — M. G.-H. LEMOINE, à propos des cas de simulation de tuberculose pulmonaire rapportés par M. Batier, lit un fort intéressant mémoire sur la simulation et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. Le problème doit être posé et résolu avec prudence et méthode, car il est un des plus délicats de ceux qui se présentent aux cliniciens même avertis. Pour établir ce diagnostic précoce il est sage de ne pas se contenter, malgré leur valeur, des signes objectifs qui depuis Grancher ont caractérisé la prétuberculose (expiration prolongée, diminution du murmure vésiculaire à droite, etc.). L'auteur dans plusieurs travaux antérieurs a déjà montré que, sur un millier d'observations, il avait trouvé normalement le murmure vésiculaire augmenté 50 fois à droite et 5 fois à gauche; dans 45 p. 100 des cas, il y avait une intensité égale des deux côtés. Si donc la diminution du murmure vésiculaire à droite est un signe de haute importance, ce signe n'est cependant suffisant pour porter le diagnostic ferme de tuberculose au début. Cette recherche doit être faite au stéthoscope et le sujet doit être mis en équilibre respiratoire pour éviter les erreurs chez les malades particulièrement émotifs. Aux signes d'anomalies respiratoires il faut joindre l'examen des antécédents familiaux et personnels, l'étude de l'état général et de la température. L'épreuve de la « fièvre provoquée » a une grande valeur. L'auteur conclut que chez un sujet indemne de toute autre tare pathologique et porteur d'autre part d'anomalies inspiratoires d'origine pulmonaire, localisées et persistantes au sommet, l'élévation de la température après exercice est un signe d'une valeur telle que dans le milieu militaire elle doit entraîner une légitime suspicion de tuberculose. S'il se joint à ce signe l'amaigrissement, l'asthénie, la tachycardie d'effort, les troubles dyspeptiques, etc., le malade doit être éliminé temporairement ou définitivement des rangs de l'armée.

M. SACQUÉPÉE ne pense pas que la simulation ou même que l'exagération des signes de la « bronchite suspecte » soit chose facile même pour des malades instruits, s'ils sont attentivement surveillés par un médecin averti. L'auteur passe une revue claire et précise des symptômes locaux et généraux (fonctionnels ou organiques) de la tuberculose au début. Quand ils sont associés, ainsi qu'il arrive le plus souvent, la difficulté du diagnostic est moindre; dissociés ils peuvent quelquefois mettre le médecin dans l'embarras. En face de signes pulmonaires isolés, une question se pose au clinicien. S'agit-il d'une lésion ancienne, d'une cicatrice ou bien d'une altération initiale? La radioscopie, les procédés de laboratoire ne résolvent pas le problème. C'est à l'expertise clinique qu'il faudra s'adresser. C'est sur l'exagération des troubles fonctionnels qui accompagnent l'évolution de la maladie (asthénie, tachycardie d'effort, troubles dyspepti-

ques) que se porteront les efforts des simulateurs renseignés et encore combien de fois réussiront-ils? C'est dans ces limites que l'auteur croit à la possibilité de la simulation. Le symptôme complet de la tuberculose pulmonaire est impossible à simuler parce qu'il manque alors les lésions anatomiques, base fondamentale du diagnostic.

Discussion sur les adéno-phlegmons iliaques. — MM. DEJOUANY et VIGUIER lisent deux observations d'adéno-phlegmons iliaques consécutifs à des plaies du pied ; ils montrent de nouveau que ces phlegmons peuvent se développer sans que les relais ganglionnaires du membre pelvien soient touchés et sans que les lymphatiques superficiels ou profonds présentent d'inflammation cliniquement appréciable.

Communications. — M. IZAAC présente une étude critique documentée de sphygmomanométrie envisagée au point de vue médico-militaire, il rapporte quelques résultats intéressants physiologiques et pathologiques recueillis à l'aide du nouveau « oscillomètre du docteur Pachon », qui a paru à l'auteur un excellent appareil, précis, sensible et commode à manier.

Présentations de malades. — M. TOUSSAINT présente un malade opéré il y a quatorze ans d'un empyème du médiastin antérieur pour tuberculose du sternum. Excellent résultat.

M. BOURGUIGNON présente un malade non encore traité, atteint de parotidite suppurée par infection canaliculaire (carie dentaire).

NÉCROLOGIE

ROBERT KOCH

Le professeur Koch a succombé vendredi à Baden-Baden, où il séjournait depuis deux mois.

Robert Koch était né le 11 décembre 1843 à Clausthal (Allemagne). Il avait fait ses études médicales à l'Université de Gœttingue de 1862 à 1866. D'abord installé à Hambourg, puis à Rackwitz près de Posen, il se fixa en 1872 à Wolstein. C'est là qu'il se livra à des recherches bactériologiques sur la septicémie et le charbon qui commencèrent à le faire connaître et le firent nommer membre de la commission royale d'hygiène.

En 1882, il publie ses travaux sur la tuberculose et montre que la maladie est due à un microbe qui portera désormais son nom.

En 1883, l'empereur l'envoie étudier le choléra en Egypte, et aux Indes. En 1884 il découvre le bacille du choléra, « bacille virgule »; on se rappelle que cette découverte fut vivement contestée, notamment par Pettenkofer (de Münich).

A son retour en Allemagne, Koch qui n'était alors âgé que de quarante ans reçut de l'empire une dotation de 100 000 marks et fut nommé professeur ordinaire à la faculté de médecine de Berlin et directeur du nouvel institut hygiénique annexé à l'université de Berlin (1885). Puis il fut envoyé à Toulon pour étudier le choléra lors de l'épidémie qui eut lieu à cette époque.

En 1890, on annonça que Koch avait découvert, après le bacille de la tuberculose, un agent spécifique qui guérissait la tuberculose. A ce moment les malades du monde entier affluèrent à Berlin pour se soumettre au traitement par la lymphe de Koch. Il est inutile de rappeler les déceptions lamentables causées par cette publication prématurée dont on ne doit cependant pas rendre Koch responsable, car à diverses reprises il eut la main forcée, en haut lieu, pour publier des recherches qui demandaient à être revisées.

On sait tout le parti que l'on a tiré au point de vue du diagnostic des travaux de Koch sur la tuberculine, et c'est là une des choses dont on doit garder reconnaissance au savant allemand.

Sans abandonner ses recherches sur la tuberculose, le professeur Koch a consacré encore de longues études aux maladies exotiques telles que la malaria, la maladie du sommeil, la peste, etc. L'académie Nobel lui avait accordé en 1905 le prix de médecine.

Parmi les publications de Koch, rappelons : *Etiologie de la pustule maligne; Recherches sur l'étiologie des maladies traumatiques infectieuses; Recherches bactériologiques (Gaz. des hôpit., 1890, n° 137); Contribution à l'étiologie de la tuberculose; Sur la vaccination contre la pustule maligne*, etc.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉOBROMINE

Dans sa très remarquable série d'articles sur « la thérapeutique en vingt médicaments » (1), M. Huchard insiste à nouveau sur les bienfaits de la théobromine, dont il a vulgarisé les applications voilà quatorze ans, et qu'il considère toujours comme « le plus fidèle, le plus constant, le plus inoffensif des diurétiques ».

Pour produire cette diurèse, la théobromine agit directement sur l'épithélium rénal, sans augmentation notable de la tension artérielle, sans l'intervention du système nerveux. La diurèse théobromique est rapide : elle se produit dès le premier jour de son administration et persiste pendant plusieurs jours après la dernière dose prescrite.

Au rebours de la digitale, qui est un tonique cardiaque fort et un diurétique faible, la théobromine n'exerce qu'une action cardiaque faible et une action diurétique forte. Il en résulte que si la digitale est le médicament spécifique de la défaillance cardiaque, la théobromine est le remède de l'imperméabilité rénale. Son action curative est particulièrement manifeste quand l'organisme est encombré de chlorures.

Néphrites aiguës et chroniques, affections valvulaires du cœur à la période d'hyposystolie, myocardites, surcharge graisseuse du cœur en particulier, cardiopathies artérielles, composent la gamme des affections où la théobromine rend chaque jour les plus signalés services.

La théobromine a été associée à de nombreux remèdes. Comme elle est insoluble, on a cherché tout d'abord à la solubiliser à l'aide de l'adjonction d'un sel sodique : benzoate, acétate, salicylate de soude. Mais M. Huchard fait toutes ses réserves pour cette dernière combinaison : le salicylate de soude est un irritant rénal dangereux. Il estime d'ailleurs qu'on a absolument tort de chercher trop souvent à solubiliser les médicaments, car leur insolubilité est presque toujours pour eux un moyen de renforcement et de prolongation de leur action thérapeutique.

La théobromine entraîne parfois des accidents toxiques, mais, comme l'a démontré M. Huchard, ces accidents sont imputables aux impuretés et aux adultérations trop fréquentes du médicament. Aussi conseille-t-il de ne prescrire qu'un produit irréprochablement pur comme la *santhéose*. « La bonne préparation du remède, déclare-t-il, éloigne les risques d'intolérance. »

Rappelons à ce propos que la santhéose se présente en cachets en forme de cœur, dosés à 50 centigrammes. La dose est de 1 à 3 par jour. Chaque boîte renferme 24 cachets.

(1) HUCHARD et FIESSINGER, *J. des Praticiens*, n° 40.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 24 mars 1910.) ZANGEMEISTER : Sur la nature et le traitement des hémorragies du post-partum. — BONHOF : Sur l'étiologie de la maladie de Heine Medin. — GIEMSA : Sur la coloration des coupes par l'azur éosine. — RAUTENBERG : Provocation de néphrites chroniques avec élévation consécutive de la tension artérielle et artério-sclérose. — FABIAN : Sur le diagnostic différentiel du carcinome et de l'ulcus gastriques au moyen de la recherche de substances hémolytiques dans le contenu gastrique d'après Grafe et Röhmer. — HELLPACH : La grippe à rechutes. — ESCH : Sur le diagnostic bactériologique du choléra au moyen des milieux au Jany-potassium. — SUGAR : Sur les sensations anormales de température. — BRANDENBERG : Scarlatine et réaction de von Pirquet. — BUIDER : Un cas d'hémorragies cutanées chroniques dans l'hystérie. — GYERGYAI : Un nouveau procédé d'examen direct du pharynx nasal, de la trompe d'Eustache, et de la partie postérieure des fosses nasales. — OPPENHEIMER : Sur le traitement local de l'iritis. — HERBST : Sur le signe de Chvostek et l'état spasmophile des grands enfants. — (N° 13, 31 mars.) TILMANN : Diagnostic et traitement des blessures du cerveau. — KÖNIG : Sur l'histoire clinique de la névralgie du talon. — SONNENBURG : Suture heureuse de l'artère fémorale sectionnée transversalement. — RIEDEL : Le drainage de l'incision articulaire pratiquée en arrière des condyles dans l'arthrite purulente du genou. — WILMS : Réalisation expérimentale et cause du goitre. — KÜTTNER : La méthode d'intervention sacrée dans le carcinome rectal haut situé. — DIETRICH : Les carcinomes de l'appendice vermiforme. — GULECKE : Sur les hémorragies consécutives aux opérations d'appendicite. — VON DEN VELDEN : Sur la clinique de la statique et de la mécanique pathologiques de la cage thoracique. — REICHER : Sur la réaction de Wassermann et la narcose. — ELBE : Le traitement des fistules par les injections de pâte de bismuth. — DONATI : Sur la désinfection de la peau du champ opératoire par l'alcool et l'iode.

Medizinische Blætter. — (N° 11, 12 mars 1910.) SEMERAD : Principes de la médecine scolaire. — (N° 12, 19 mars.) SEMERAD : Base de la médecine scolaire.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 1er mars 1910.) LEITENSTORFER : Histoire du cours d'opérations pour médecins militaires. — VOGL : Sur les hésitations et l'état actuel du traitement de la fièvre typhoïde. — SEYDEL : Sur l'opérabilité des tumeurs pulmonaires et pleurales. — DIEUDONNÉ : Sur l'éducation des désinfecteurs dans l'armée. — MANDEL : Sur l'œsophagotomie externe. — HAUENSCHILD : Gliome du corps calleux et du ventricule droit. — SCHÖNWERTH : Sur les blessures de l'estomac par coup de feu. — BLANK : Sur un angiome du cerveau ; — Sur la cholécystite. — GLAS : Contributions aux troubles mentaux d'origine épileptique avec impulsions au vagabondage. — HASSLAUER : L'emploi de la méthode de Schwabach au diagnostic des modifications intracraniennes. — AMMON : Iodure et biiodure d'hydrargyre dans le traitement des affections oculaires. — NEUNER : Influence de la perte des dents sur l'aptitude au service militaire. — MAYER et WALDMANN : Sur la méningite cérébro-spinale à Münich. — MAY : Sur les injections diagnostiques de tuberculine. — (N° 10, 8 mars.) LEXER et BAUS : Les hernies musculaires. — V. DUNGERN : Comment le médecin peut entreprendre la réaction de Wassermann sans connaissances préalables. — SAATHOFF : Maladies cardiaques et psychoses. — MAYER : Image clinique de l'infantilisme et de l'hypoplasie. — GRAEFENBERG : Dysménorrhée et tuberculose. — DELORME : Contribution à la connaissance de la fracture de la cinquième vertèbre lombaire. — RÖMER et JOSEPH : Immunisation et immunité contre le virus de la paralysie infantile. — EBSTEIN : Contribution à l'étude de l'absence de péricarde. — SENATOR : Les médicaments succédanés de la cocaïne ont-ils été conservés en rhino-laryngologie. — BOCK : Appareil enregistreur universel modèle Bock-Thoma. — LÉOPOLD : Le séminaire obstétrical et ses environs. — EYSELL : Contribution au traitement de l'étroitesse du nez. — KAUNGIESSER : Un cas de chorée avec absence de réflexe patellaire. — STRAUSS : L'étiologie du spasmus nutaus.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 11, 13 mars 1910.) BOSANGI et LENART : Sur le rhumatisme articulaire et ses rapports avec les modifications du pharynx. — SCHULHOF : Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie du pied plat. — REJTO : Cas guéri de paralysie des nerfs du visage causée par un cathétérisme de la trompe d'Eustache. — (N° 12, 20 mars.) CUKOR : Sur le traitement des affections annexielles. — WEISS : Une affection articulaire particulière guérie par la sajodine. — (N° 13, 27 mars.) L. ADAM : Quelques mots sur les opérations sur les voies biliaires à propos de 112 cas. — CUKOR : Sur le traitement des affections annexielles. — (N° 14, 3 avril.) SZENTGYÖRGY : Le spasme de l'anse sigmoïde comme symptôme d'une névrose fonctionnelle. — ADAM : Sur les opérations sur les voies biliaires à propos de 112 cas. — (N° 15, 10 avril.) SZENTGYÖRGY : Le spasme de l'anse sigmoïde comme symptôme d'une névrose fonctionnelle. — ERDÖS : Le traitement de la gonorrhée par les médicaments internes. — (N° 16, 17 avril.) IMREDY : Les inflammations des voies biliaires et leur traitement. — POLYA : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — (N° 17, 24 avril.) IMREDY : Les inflammations des voies biliaires et leur traitement. — POLYA : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 10 mars 1910.) FRANKE : Sur l'importance de la fonction des vaisseaux sanguins périphériques dans l'insuffisance circulatoire et la compensation périphérique. — PINELES : Sur la sensibilité du goitre pour l'iode. — KREIBICH : Sur la concentration du sang pathologique en ions hydroxyliques. — POLAK : Néphrite a frigore. — PASCHKIS : Tumeur primitive de l'uretère. — SCHWARZ : Un cas de sténose cicatricielle du pylore. — (N° 11, 17 mars.) BIEDL et KRAUS : Études expérimentales sur l'anaphylaxie. — WAGNER : Sur le traitement de l'adiposité. — BACHRACH et TITTINGER : Temps de coagulation et fonction rénale. — HERTZ et KINO : Un cas de leucémie à lymphocytes de Rieder. — SCHWARTZ : Sur la connaissance plus exacte de la radiosensibilité. — BIERNACKI : Sur le traitement de l'épilepsie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 30 mai. — M. Giroux, absent; — M. Baudouin (Paris) : « Symptômes et diagnostic de la rage chez l'homme; » — M. Bérillon (Paris) : « Rhumatisme noueux. »

Note donnée : M. Baudouin, 16.

La parole ayant été retirée à M. Bérillon qui a fait le procès de la Faculté et de l'agrégation, il ne lui a pas été attribué de note.

Première séance du 31 mai. — M. Nattan-Larrier (Paris) : « Névralgie faciale; » — M. Grenet (Paris) : « Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

Notes obtenues : MM. Nattan-Larrier, 17 ; Grenet, 17.

Deuxième séance du 31 mai. — MM. Mouriquand [Georges] (Lyon) : « Période préataxique du tabes ; » — Lereboullet (Paris) : Pneumococcie pulmonaire du vieillard; » — Lortat-Jacob (Paris) : « Emphysème pulmonaire. »

Notes obtenues : MM. Mouriquand et Lereboullet, 17; Lortat-Jacob, 15.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — Ordre de passage de l'épreuve orale de trois quarts d'heure :

MM. 2. Dambrin, 3. Uteau, 4. Desgouttes, 5. Leroy, 6. Grimoud, 8. Heitz, 9. Charrier, 10. Muret, 12. Florence, 13. Duvergey, 15. Duroux, 17. Barthélemy, 18. Cauchoix, 19. Schwartz, 20. Chalier, 21. Liégard, 22. Puyhaubert, 23. Mocquot, 24. Hallopeau, 25. Okinczyc, 27. Desmarets, 28. Guibé, 29. Tavernier, 30. Binet, 31. Cotte, 32. Lardennois, 33. Péraire, 34. Gorse, 35. Bréchot, 36. Thévenot (Albert-F.-L.), 37. Martin, 38. Colle, 39. Capette, 40. Vanverts, 41. Rabère, 42. Gernez, 43. Mercadé, 44. Michel, 45. Chevassu, 46. Massabuau, 47. Muller, 48. Lacouture, 49. Leriche, 50. Petit (Pierre-A.), 52. Chevrier, 53. Alglave, 54. Rocher, 55. Lefèvre, 56. Verhaeghe.

— Par suite de l'augmentation du nombre des places vacantes à la Faculté mixte de Toulouse, tout candidat régulièrement inscrit pour le concours d'agrégation a toute liberté de modifier son inscription ou s'inscrire subsidiairement en vue des places réservées à la Faculté de Toulouse. (Lettre ministérielle du 24 mai 1910.)

Ceux des candidats qui désirent modifier leur inscription doivent en informer par lettre M. le président du jury.

Epreuve de trois quarts d'heure. — Première séance du 31 mai. — MM. Dambrin (Toulouse) : « Anévrismes artérioveineux; » — Uteau (Toulouse) : « Plaies de la paume de la main. »

Notes obtenues : MM. Dambrin, 15; Uteau, 6.

Deuxième séance du 31 mai. — MM. Desgouttes (Lyon) : « Corps étrangers des voies aériennes; » — Leroy (Lille) : « Complications des rétrécissements de l'urètre. »

Notes obtenues : MM. Desgouttes, 14 ; Leroy, 5.

Première séance du 1er juin. — M. Charrier (Bordeaux) : « Diagnostic et traitement des fractures de la voûte cranienne. »

Note obtenue : M. Charrier, 11.

— SECTION DE MÉDECINE MENTALE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 17 mai. — MM. Kahn : « Tuberculose méningée; » — Roubinovitch : « Alcoolisme aigu ; » — Rogues de Fursac : « Morphinomanie. »

Séance du 28 mai. — MM. Delmas : « Les délires toxiques moins l'alcoolisme; » — Laignel-Lavastine : « Symptômes du début et diagnostic précoce de la paralysie générale ; » — Lhermitte : « Epilepsie jacksonienne; » — Charpentier : « Délire infectieux ; » — Juquelier : « Pathogénie et diagnostic des épilepsies non convulsives. »

Notes obtenues : MM. Kahn, 14 ; Roubinovitch, 16 ; Rogues de Fursac, 17; Delmas, 15; Laignel-Lavastine, 18; Lhermitte, 14; Charpentier, 19 1/2; Juquelier, 16.

— SECTION D'OPHTALMOLOGIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 27 mai. — MM. Terrien : « Myopie traumatique; » — Poulard : « Blépharospasme. »

Notes obtenues : MM. Terrien, 16 1/2 ; Poulard, 15.

Epreuve de titres (note de 0 à 20, coefficient 2). — Séance du 28 mai. — Ont obtenu : MM. Terrien, $19 \times 2 = 38$; Rochon-Duvigneaud, $19 \times 2 = 38$; Cantonnet, $18 \times 2 = 36$.

Admissibilité : MM. Rochon-Duvigneaud et Terrien sont déclarés admissibles. — M. Rochon-Duvigneaud se retire, M. Terrien reste seul admissible.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 905.*)

L'ANAPHYLAXIE

DANS LA

FIÈVRE DES FOINS, L'URTICAIRE ET L'ASTHME

Par G. BILLARD,
Professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Dans un mémoire publié avec L. Maltet, dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* (1), j'avais exposé, en la développant, une supposition très ingénieuse du professeur Langlois. « La fièvre des foins est un bel exemple de l'anaphylaxie si bien étudiée par Ch. Richet : une première atteinte, loin de conférer l'immunité, rend les sujets d'une sensibilité extrême. » Ainsi pendant plusieurs années un individu est atteint d'une série de coryzas auxquels il n'attache pas une grande importance; l'anaphylaxie fait son œuvre et, un beau jour, le malade placé, dans une atmosphère de poussières toxiques, fait une crise d'asthme.

Je désire insister particulièrement sur cette idée que tous les gens atteints de la fièvre des foins sont des gens anaphylactisés. Je vais tout d'abord reproduire l'observation de mon collaborateur Maltet. Cette observation montre, d'une manière très nette, les étapes successives qui ont amené mon malade depuis le coryza banal jusqu'à la grande crise d'asthme :

M... est asthmatique, asthmatique apériodique. D'abord stagiaire en pharmacie, de 1894 à 1897, il constate l'apparition de coryzas assez fréquents lorsqu'il manipule les poudres végétales; mais il n'y prête pas d'attention et n'a jamais de dyspnée. Pendant son année de service militaire (1897) les rhumes de cerveau ont complètement disparu, bien que plusieurs fois il couche dans le foin, mais dans des espaces très aérés. M... passe alors quatre années à la Faculté de Lyon et le coryza n'a fait que de rares apparitions, malgré son assiduité d'abord dans le laboratoire du professeur Crolas, puis dans celui du professeur Lépine.

Jeune docteur en pharmacie, il s'installe, en 1902, à Clermont-Ferrand, dans une officine contigue à l'herboristerie. Au bout de quelque temps, de fréquents coryzas se produisent, puis, un beau jour, la dyspnée survient : M... est devenu asthmatique.

Il se traite d'abord par les drogues classiques à la portée de sa main. Les accès reviennent plus fréquents, plus intenses. Son médecin lui conseille une saison au Mont-Dore et, durant la saison, pas de crises; mais le retour à la pharmacie ramène la maladie.

S'adressant alors au rhinologiste qui cautérise, resèque, détruit certaines parties de sa muqueuse nasale, il n'éprouve aucun soulagement; le mal le guette à l'entrée de sa maison, les accès deviennent terribles, effrayants. Le malade est obligé de fuir sa demeure s'il veut éprouver un soulagement et revenir à l'état normal; il n'ose plus rentrer chez lui. Il voit alors le docteur Garel qui lui conseille d'abandonner la pharmacie.

M... commence alors ses études médicales. Depuis lors il n'a plus de crises d'asthme que volontairement, pourrions-nous dire. Il est toujours très sensible à un grand nombre de pollens et de poussières végétales, lorsqu'il se trouve en présence de ceux-ci dans un espace clos où ils sont en suspension.

Cette observation est donc des plus instructives et montre d'une manière merveilleuse la marche progressive de l'anaphylaxie. Je pourrais, depuis plus de six années que j'ai observé et que j'ai étudié ce genre de maladie, signaler un nombre plus grand d'observations analogues et tous ceux que cette question intéresse peuvent retrouver des faits identiques dans leur clientèle ou dans leur mémoire de médecin traitant

A l'heure actuelle, il me paraît irréfutable que tous les asthmatiques de la fièvre des foins ou plutôt que tous ceux, qui ont débuté par le coryza des foins et qui sont arrivés progressivement à faire des crises d'asthme, ont ainsi évolué par une anaphylaxie spéciale aux pollens et poussières végétales.

Dans le mémoire déjà cité, j'ai dit que, pour expliquer cette sensibilité particulière de certains sujets aux pollens et poussières végétales, j'avais adopté la théorie de Withehill Hinkel, de Buffalo, qui reconnaît trois conditions essentielles pour la production du coryza des foins :

1° Existence d'un tempérament nerveux, héréditaire ou acquis;

2° Une susceptibilité ou hyperexcitabilité particulière de la muqueuse ou bien une maladie nasale;

3° Une cause irritante extérieure.

Toutefois, j'étendais à l'asthme des foins et à l'asthme essentiel ces trois conditions.

Or aujourd'hui, après des observations très attentives de mes malades, je suis arrivé à cette conclusion que la plupart des sujets atteints de fièvre des foins ou d'asthme sont des gens anaphylactisés héréditairement et que les autres ont de l'anaphylaxie acquise. Je dis même plus : je suis convaincu que les *neuro-arthritiques* sont des gens anaphylactisés héréditairement ou qui, au cours de leur existence, font de l'anaphylaxie acquise. Depuis le jour où le professeur Richet a fait une des plus belles découvertes qui illustrent son nom; depuis le jour où il a montré que certains poisons, injectés à des animaux, sont capables de bouleverser l'organisme de ceux-ci au point qu'ils deviennent de plus en plus sensibles à ces poisons, on s'est aperçu, et actuellement on s'aperçoit tous les jours, que toute une série d'affections inexplicables trouvent une interprétation facile si on fait intervenir l'anaphylaxie.

Dans une clinique récente dont j'ai pu retrouver l'écho dans un journal extrêmement répandu parmi les praticiens (1), le professeur Hutinel dit « qu'on peut considérer le vomissement acétonimique comme une sorte d'asthme digestif. La migraine représente, d'autre part, une façon d'asthme nerveux; l'eczéma, un asthme cutané et la goutte, un asthme articulaire. Le terrain commun de l'arthritisme relie ces diverses maladies. Aussi est-il fréquent de trouver parmi les ascendants des petits asthmatiques des troubles nerveux, ou goutte, diabète, obésité ».

(1) Essais de sérothérapie contre le rhume des foins et contre l'asthme, par G. Billard et Maltet. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars 1907.

(1) *Le Correspondant médical*, janvier 1910.

A mon avis, toutes ces manifestations relèvent de l'anaphylaxie et il est une manifestation de l'anaphylaxie qui, à mes yeux, prend une importance considérable chez les neuro-arthritiques, je veux parler de l'urticaire. Celle-ci s'observe en effet presque toujours au cours d'accidents anaphylactiques provoqués par l'intoxication sérique, par l'intoxication par les crustacés, poissons de mer, par certains végétaux comme les fraises et certains produits médicamenteux comme l'antipyrine. Or, depuis quelques années j'ai été frappé de ce fait qu'il est bien rare qu'un neuro-arthritique, au cours de son existence, n'ait pas eu d'urticaire avec un produit toxique, variable selon l'individu. Non seulement on retrouve cette urticaire chez les individus étudiés, mais presque toujours dans leurs antécédents héréditaires familiaux. Ce fait est si remarquable qu'il m'avait paru possible de songer à donner comme caractéristique du neuro-arthritisme la réaction urticarienne par divers produits toxiques; l'antipyrine notamment me paraissait devoir être le réactif de choix. J'ai en effet pu provoquer de l'urticaire chez un grand nombre de mes asthmatiques avec l'antipyrine. Aussi ma surprise a-t-elle été grande lorsque j'ai vu le docteur Moncorgé proposer l'antipyrine comme sédatif dans certaines manifestations de l'asthme (1). M'inclinant devant la longue expérience clinique de mon confrère et devant ce fait que certains de mes malades n'ont pas réagi à l'antipyrine, je n'ose d'une manière ferme proposer celle-ci comme réactif. Néanmoins, il ne me paraît pas douteux que l'urticaire peut conduire à l'asthme, comme la fièvre des foins peut également conduire à l'asthme, asthme spécial, peut-être, mais qui ne diffère en rien de l'asthme essentiel au point de vue des réactions de l'organisme.

A l'appui de ce fait je signale l'observation suivante :

Le docteur I. N..., de souche arthritique très accentuée, mais seul de la famille ayant eu de l'urticaire toxique.

Toute son enfance, a mangé journellement, et en quantités notables, tous les poissons de mer et crustacés comestibles sans aucun dommage, sans aucun changement apparent dans sa santé excellente jusque-là.

A dix-huit ans paraissent les accidents. 1° A dix-huit ans, au repas du soir, mange de la raie; dès la fin du repas, seul des convives, est pris de gêne respiratoire, d'urticaire généralisé et enfin d'asphyxie : ipéca. Guérison totale dans la nuit. 2° Quelques mois plus tard, au repas du soir, mange des moules. Seul des convives, à la fin du repas, mêmes accidents, aussi intenses; même guérison rapide par un vomitif. 3° A dix-neuf ans, mange de la langouste au repas du soir. Vers onze heures, urticaire cutané avec quelques sifflements dans les bronches. Il va sans dire qu'après chaque accident, il renonçait à l'aliment incriminé. 4° A vingt-cinq ans, un soir, se laisse tenter par des moules superbes. Il en mange une seule. Dans la nuit, urticaire bénigne. 5° A cinquante ans, huîtres le soir. Dans la nuit, urticaire et sifflements bronchiques. 6° A cinquante-six ans, petit rouget des lacs méditerranéens. Dans la nuit, légère crise d'asthme et démangeaisons à la poitrine.

Voilà donc un malade qui, par des étapes de réactions urticariennes successives a été conduit à l'asthme.

Ce tableau ressemble, à s'y méprendre, à l'observation de M... que nous avons reproduite ci-dessus, si bien que nous croyons pouvoir dire que le coryza ou rhume des foins, avec les démangeaisons vives, intenses qu'il détermine au niveau des muqueuses de l'œil et des premières voies respiratoires, peut être considéré comme une sorte d'urticaire de ces muqueuses.

Si réellement l'urticaire est bien une manifestation anaphylactique, nous devons la retrouver chez les asthmatiques essentiels ou apériodiques et également chez les asthmatiques périodiques. Il ne me paraît pas douteux que l'urticaire est une manifestation de l'anaphylaxie, ainsi qu'en témoignent les travaux de Bruck (1) :

On sait que Wolf, Eisner ont émis l'hypothèse que l'urticaire est un phénomène anaphylactique à l'égard d'albumines étrangères à l'organisme. Pour prouver cette théorie, l'auteur a fait des recherches pour voir si les substances qui, justement, provoquaient l'urticaire chez l'homme, sont capables de faire naître l'anaphylaxie chez les animaux, tels que les lapins et les cobayes qui avaient été soignés précédemment avec du sérum de cochon ou de l'extrait de muscle d'écrevisse. Or, ces animaux présentèrent après des injections renouvelées de ces substances des phénomènes typiques d'anaphylaxie; de plus l'injection du sérum de ces animaux anaphylactisés à des animaux frais pouvait les rendre hypersensibles.

L'auteur a pu, de plus, constater que, chez l'homme, l'urticaire alimentaire était une réaction anaphylactique. Un jeune homme ne pouvait plus, depuis deux ans, époque à laquelle il avait présenté des accidents après avoir mangé une saucisse de porc, prendre de la viande de cochon sans présenter, aussitôt après, une éruption d'urticaire très étendue. Or, l'injection du sérum de cet homme à un cobaye provoqua aussitôt une anaphylaxie extrêmement nette à l'égard du sérum de porc.

Nul n'ignore aujourd'hui qu'à la suite de l'initiative prise par le docteur Rowland (d'East-Corinthe) qui avait préconisé l'injection de sérum antidiphtérique contre la fièvre des foins et obtenu d'abord d'excellents résultats, on a dû renoncer à cette méthode par suite des accidents très graves et parfois mortels d'anaphylaxie chez ces prédisposés. J'ai pour ma part observé une urticaire et des accidents anaphylactiques graves chez un jeune enfant prédisposé (asthme) à la suite d'une injection de sérum de Roux, au cours d'une diphtérie.

Quelles sont les substances qui peuvent déterminer l'anaphylaxie? Je ne puis mieux faire que de renvoyer au travail d'Armand-Deville (*L'Anaphylaxie*, Masson et Cie, Paris 1910), duquel j'extrais la loi suivante : « Il existe un certain nombre de substances organiques qui, introduites pour la première fois dans l'organisme, à des doses non nocives, ont la propriété de produire dans l'organisme, après une période d'incubation déterminée, de l'anaphylaxie, c'est-à-dire une sensibilité extrême vis-à-vis de doses

(1) R. Moncorgé. *L'Asthme*. Paris 1909, Vigot frères, édit.

(1) Contribution expérimentale à l'étiologie et à la pathologie de l'urticaire. *Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, XCVI, p. 41. Analysé in *Biol. méd.*

minimes de la même substance, ne produisant aucun trouble dans un organisme neuf. Cet état anaphylactique paraît être lié au développement de l'organisme du corps ou à une propriété spéciale qui existe entre autres dans le sérum sanguin, puisque par introduction de ce sérum chez un autre individu de même espèce, on met immédiatement cet individu en état d'anaphylaxie. »

Ces substances, d'origine organique, proviennent ou du règne animal ou du règne végétal. Elles sont introduites, la plupart par la voie digestive ; d'autres pénètrent au contraire par la voie respiratoire et par les muqueuses de l'œil (1). Ce sont précisément ces dernières qui nous intéressent ici. Les toxalbumines, des pollens et poussières végétales, qui arrivent au niveau des muqueuses oculaires ou dans les premières voies respiratoires déterminent là ce que j'ai appelé tout à l'heure l'urticaire des premières voies respiratoires. Et cela est si vrai qu'il suffit de précipiter ces toxalbumines avec quelques gouttes de notre sérum (2) pour obtenir aussitôt un arrêt des crises. Cette épreuve du sérum constitue, à mon avis, une preuve irréfutable que la fièvre des foins, que l'asthme des foins est dû à des pollens, à des poussières végétales.

Dans les mémoires publiés avec Maltet, d'abord dans le *Journal de physiologie et de pathologie générale*, puis dans la *Gazette des hôpitaux* (3), j'avais dit que l'asthme essentiel, apériodique lui-même, peut être provoqué par les toxalbumines, des pollens et poussières végétales. Je suis obligé de reconnaître aujourd'hui que ces dernières substances toxiques ne sont pas les seules à provoquer les crises et chez certains de mes malades j'ai vu apparaître celles-ci à la suite d'ingestion de viande faisandée, de viande d'animaux non saignés et contenant par suite le sang et le sérum toxique, à la suite d'ingestion de poisson de mer, de crustacés, de coquillages, etc. Et, ainsi que l'indique l'observation que je publiais tout à l'heure, des proportions très faibles de substances ingérées sont capables de déterminer les crises. Je suis convaincu que c'est pour cette raison qu'on est arrivé empiriquement à établir, dans les stations thermales où sont soignés les neuro-arthritiques, des tables de régime. Ces tables de régime ont, en effet, pour but de supprimer le plus possible les substances anaphylactisantes. Or, il n'est pas tenu compte, même là, des susceptibilités individuelles : tel malade qui n'aura jamais de crise en mangeant du boudin en présentera lorsqu'il aura avalé une huître. Il est, je crois, peu de personnes qui n'aient fait sur elles-mêmes l'observation que certains aliments, certaines substances ne « passent pas », déterminent chez elles des indigestions considérées comme banales qui, en réalité, ne sont autre chose que des manifestations anaphylactiques de l'organisme.

Du reste, cette conception, je la retrouve presque entièrement développée dans l'article « l'anaphylaxie » du *Journal de médecine* du 10 mars 1910 :

> D'autre part, certaines intoxications alimentaires, et en particulier les intoxications par certains poissons, par les crustacés ou les mollusques, ou même l'urticaire produite par les fraises, qui se manifeste parfois sous forme d'idiosyncrasie chez certains sujets, semblent pouvoir être assez légitimement assimilées à des phénomènes d'anaphylaxie, bien qu'on n'ait pas pu, expérimentalement, réaliser l'anaphylaxie sérique par la voie digestive. C'est cependant en admettant la possibilité de ce processus que Hutinel a été amené à envisager l'intolérance, que certains nourrissons présentent soit pour le lait maternel, soit pour le lait de vache, comme une manifestation véritable d'anaphylaxie au lait. Enfin on est certainement autorisé à faire rentrer dans la catégorie des réactions anaphylactiques, bien que le mécanisme intime en soit un peu différent, les phénomènes que produit l'inoculation de tuberculine chez un sujet tuberculeux ou l'inoculation de malléine chez les animaux atteints de morve.

Tout le monde sait aujourd'hui que dans l'hérédité neuro-arthritique les états individuels se transmettent presque toujours avec des localisations et des manifestations différentes du neuro-arthritisme. On sait, par exemple, qu'un obèse aura un fils goutteux ; que ce fils goutteux peut avoir un fils asthmatique, ou diabétique, ou graveleux, etc. Dans une famille que j'ai soignée pendant quatre années, dans le Midi, j'ai pu constater les faits suivants : grand-père artério-scléreux et rhumatisant chronique ; grand'mère faisant du véritable empoisonnement chaque fois qu'elle absorbait du poisson de mer ou des crustacés, ayant de plus de l'eczéma des mains, dont la cause fut longtemps méconnue, chaque fois qu'elle touchait des primevères ; fille cholélithiasique ; petits-fils : le premier asthmatique, le second prétuberculeux, le troisième est déjà atteint de phénomènes d'intoxication à la suite d'ingestion de boudin et d'huîtres. Dans toute la famille j'ai pu retrouver la réaction urticarienne à l'antipyrine.

De l'ensemble des faits que je viens d'exposer, je crois pouvoir conclure que les neuro-arthritiques, et en particulier les asthmatiques et les prédisposés de la fièvre des foins, sont des gens anaphylactisés d'une manière acquise ou héréditaire. Aussi ne saurais-je accepter les conclusions qui ont été proposées, le 26 juin 1909, par M. Pierre Bonnier, à l'Académie des sciences, d'après lesquelles dans le traitement du rhume des foins, ce qu'il faut avant tout c'est émousser l'exaspération périphérique du trijumeau, et je crois que le déséquilibre bulbaire s'explique très facilement par l'action sur le système nerveux des neuro-toxines anaphylactisantes. Contrairement à lui, je crois qu'il faut d'abord chercher à écarter de l'organisme anaphylactisé les substances toxiques et que, si nous possédons un sérum qui neutralise celles-ci lorsqu'elles pénètrent par les voies naturelles, il ne faut pas hésiter à l'employer.

Je terminerai en rappelant cette phrase de Brissaud (*Traité de médecine*, t. IV, p. 226) : « Il faut en rabattre déjà et l'on voit bon nombre de ces asthmatiques — guéris — revenir à leur médecin ordinaire, qu'ils avaient abandonné momentanément pour se confier au rhinologiste... »

(1) J'ajouterai même que certaines pénètrent par la peau. Certains neuro-arthritiques font de l'eczéma au contact des primevères, des chrysanthèmes, etc.

(2) Cf. Billard et Maltet. Loc. cit.

(3) Billard et Maltet. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 52, p. 651.

NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

I

Nous disions dans les précédentes notes (1) que la Société de médecine légale s'occupait actuellement du relèvement des honoraires des médecins experts, surtout en matière d'expertises criminelles. L'aventure suivante, arrivée récemment à un de nos médecins légistes les plus notoires, et relatée dans tous les journaux, ne vient-elle pas donner raison à ceux qui pensent que les médecins légistes sont vraiment mal payés!

Il y a peu de temps, le docteur Socquet, qui, depuis près de trente ans, témoigne plusieurs fois par semaine à la cour d'assises, avec une fidélité et une exactitude rares, arrive à une audience quelques minutes en retard. De suite, M. l'avocat général se lève et réclame qu'on applique au médecin légiste, si grandement coupable, une amende en rapport avec la gravité de sa faute.

La cour « après en avoir délibéré conformément à la loi » colle au malheureux docteur Socquet une jolie petite amende de 100 francs.

Ainsi donc, quand un médecin légiste perd aux assises, pour une seule cause, *une journée entière*, ou *deux*, on lui offre généreusement comme honoraires la somme de 5 francs, et quand il est par hasard en retard de cinq minutes, on lui octroye non moins généreusement une amende de 100 francs!

II

Les docteurs Poujol et Salage, de la Faculté de Montpellier, dans le laboratoire et sous la direction du professeur Mairet, ont tenté l'*étude expérimentale de la suffocation provoquée par la compression de l'épigastre*. Ils ont voulu rechercher :

1° Si, chez des animaux à paroi abdominale dépressible, il est aisé de produire la mort par une forte compression de l'épigastre aidée ou non d'une légère striction du cou;

2° Dans l'affirmative, quel est en pareil cas le mécanisme de la mort;

3° Par quelles lésions une telle agression peut se trahir sur le cadavre.

Ils ont expérimenté sur des animaux de diverses espèces, lapins, cobayes, chiens, et sont arrivés aux conclusions suivantes :

A. Il est aisé, chez les animaux à paroi abdominale dépressible, de produire la mort par la compression de l'épigastre, même exercée avec une énergie moyenne. La mort peut parfois se produire dans ce cas aussi rapidement que dans un cas quelconque d'asphyxie aiguë.

B. La compression épigastrique provoque la mort à la fois par compression du cœur et par asphyxie.

C. Les lésions constatées du côté de l'appareil respiratoire sont identiques, lorsqu'elles existent, à celles qu'on rencontre dans les autres modes d'asphyxie. Si ces lésions sont constatées en l'absence de toutes traces de violences du côté du cœur, on pourra être mis sur la voie du diagnostic de la mort par compression épigastrique. Mais ces lésions caractéristiques font souvent défaut dans ce genre de mort, et leur absence, coïncidant avec celle de toute trace de la violence commise, peut rendre la cause de la mort impossible à déterminer.

D. Malgré le nombre considérable des expériences faites par les auteurs, ceux-ci n'ont jamais trouvé d'épanchement sanguin dans le péricarde.

III

On sait depuis longtemps que les actes délictueux ou criminels des aliénés présentent souvent des caractères particuliers en rapport avec la maladie mentale dont ils sont atteints. Dans les traités consacrés aux psychopathies, ces caractères se trouvent décrits dans chaque variété morbide. Le docteur Roubinovitch a repris cette étude pensant qu'il pouvait être utile, pour la connaissance plus approfondie du problème de *la criminalité dans les maladies mentales*, de faire une enquête personnelle sur 770 observations médico-légales psychiatriques recueillies par lui depuis une dizaine d'années. Il s'est borné dans une première partie de ce long travail à l'examen des crimes ou délits commis par des malades atteints, au moment de son expertise, de paralysie générale progressive et est arrivé sur ce point limité aux conclusions suivantes :

1° La proportion des paralytiques généraux progressifs parmi les 770 inculpés soumis à son expertise psychiatrique n'a été que de 4 p. 100, proportion faible que l'auteur explique par la rareté relative, dans ce milieu spécial de délinquants miséreux, d'un des facteurs de la paralysie générale, le « surmenage cérébral ».

2° Si dans l'ordre de fréquence des délits le vol à l'étalage occupe dans les observations de paralysie générale de l'auteur la première place (63 p. 100), la seconde y appartient au vagabondage (18 p. 100); la troisième, à l'outrage avec rébellion (9 p. 100); la quatrième seulement, à l'outrage public à la pudeur, délit qui s'y trouve sur le même rang que l'escroquerie, la filouterie d'aliments, l'homicide par imprudence.

3° Toutes les périodes de la paralysie générale progressive peuvent s'accompagner d'actes délictueux délirants et, contrairement à la formule de Legrand du Saule, la période d'état a été dans les observations de M. Roubinovitch bien plus médico-légale que la période prodromique.

Il résulte de ces constatations que la *paralysie générale progressive est médico-légale dans sa phase pré ou non hospitalière*.

4° L'intervention des excès alcooliques chez les paralytiques généraux, soumis à l'examen de M. Roubinovitch, s'est fait sentir principalement à la troisième période (50 p. 100), et bien moins à la période d'état (12 p. 100).

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 45, p. 638.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 MAI 1910)

Apparition sous forme épidémique de la poliomyélite à Paris et dans sa banlieue en 1909. Notions fournies par l'étude des épidémies des autres pays et par la pathologie expérimentale. — M. Netter a signalé, au début de novembre dernier, la fréquence insolite des paralysies infantiles à Paris et dans la banlieue, et rapproché cette fréquence du développement d'épidémies de la même maladie relevées depuis 1905 sur les points les plus divers du globe, et cette année même en Allemagne.

Il a pu relever une centaine de cas.

Chez la plupart des malades il n'a pas été possible de trouver une filiation avec d'autres cas, et il n'y a pas eu d'exemples de contagions familiales.

A Créteil, il a été possible d'établir l'influence de l'école.

Au point de vue clinique quelques cas ont présenté au début les signes de méningite et il a été pratiqué des injections intra-rachidiennes du sérum antiméningococcique.

Parmi les épidémies antérieures, M. Netter signale celles de Suède en 1905, avec 1036 cas, de Norwège 1905, avec 956 cas, de la ville de New-York 1907, plus de 2500 malades, d'Autriche 1908-1909, plus de 1500, d'Allemagne 1909, plus

de 2000. Dans la plupart de ces épidémies la mortalité a dépassé 10 p. 100. Les grandes épidémies sont habituellement précédées et suivies d'épidémies de moindre importance. Les poussées épidémiques dans les divers pays du monde coexistent ou se suivent de près. La même épidémie qui a sévi en 1905 dans les pays scandinaves a poursuivi ses ravages depuis 1907 en Amérique, 1908 en Autriche et en Australie, 1909 en Allemagne, affectant dans de moindres proportions la Hollande, la France, et moins encore l'Angleterre.

La contagion intervient sans aucun doute dans la dissémination du mal. Difficile à dépister dans les villes et les populations denses, elle est beaucoup plus manifeste à la campagne. Elle s'opère par les malades, par les sujets atteints de formes abortives, par les sujets sains ayant approché les malades, par les objets.

La diffusion de la maladie est, du reste, sujette à des différences énormes.

Ainsi, la poliomyélite, suivant les épidémies, apparaît comme très contagieuse ou comme infiniment peu contagieuse. Elle se rapproche à ce point de vue de la méningite cérébro-spinale.

Depuis que Landsteiner et Popper (décembre 1908) ont montré la transmissibilité de la maladie au singe après inoculation de la moelle d'un enfant ayant succombé à la paralysie infantile, l'étude de la poliomyélite expérimentale a marché très rapidement et fait connaître quantité de notions qui concordent avec l'épidémiologie.

Le virus de la poliomyélite appartient à la catégorie des virus filtrants, et traverse les bougies de porcelaine. Il résiste au froid et à la dessiccation, ce qui explique la possibilité de transport par les objets. Il a été trouvé dans la salive, le contenu des fosses nasales, et sa présence dans les ganglions mésentériques fait supposer qu'il peut s'éliminer par les déjections. L'introduction peut se faire par les voies aériennes et le tube digestif.

M. Netter a pu, avec M. Levaditi, mettre en évidence l'apparition des propriétés neutralisantes dans le sérum des hommes qui ont présenté une paralysie. Ces propriétés peuvent être décelées dans le sang des sujets qui ont une paralysie infantile en dehors de toute épidémie et fournissent la preuve de l'identité des paralysies infantiles, épidémiques et sporadiques. Elles se retrouvent dans le sang des sujets qui ont eu des formes graves.

Flexner et Lewis viennent de publier des expériences qui font espérer que l'on pourra guérir la poliomyélite en utilisant le sérum des singes qui ont été immunisés par injections sous-cutanées de doses progressivement croissantes de virus.

Balle de revolver dans le canal rachidien. — M. Lucas-Championnière fait un rapport sur une observation présentée par M. Tuffier, observation qui a été également présentée à la Société de chirurgie (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1909, nº 125, p. 1559). M. Lucas-Championnière rapproche de ce cas trois cas analogues dans lesquels la balle a été trouvée également libre dans le canal rachidien.

Sur un traitement abortif de la syphilis en trente jours. — M. Hallopeau. Un traitement local intensif, mis en œuvre à partir des vingt premiers jours d'une syphilis à sa période primaire, et combiné avec un traitement général également très actif, en enraye complètement et, selon toute vraisemblance, définitivement l'évolution; 141 observations en font foi, sans aucun fait négatif.

On peut employer à cet effet, soit l'hectine à la dose quotidienne de 20 centigrammes, soit le cyanure de mercure à celle de 25 à 50 décimilligrammes, soit l'hectargyre qui est une combinaison des deux composés précédents; il y aura lieu de comparer ces trois produits au point de vue de la tolérance. Les injections d'hectine ne sont plus que modérément douloureuses depuis que l'on fait usage d'une préparation neutralisée.

Ce traitement doit être institué dès que le diagnostic a pu être formulé après examen à l'ultra-microscope; il est encore efficace quand on ne le commence qu'au vingtième jour.

Il y a lieu de lui associer un traitement général par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure et l'iodure de potassium dans le but de compléter l'action sur les rares tréponèmes qui ont pu émigrer loin du foyer initial et qui sont déjà attaqués par les produits résorbés des injections locales.

L'auteur a continué le plus souvent, par prudence, ce traitement pendant trente jours; cependant, dans un de ses cas, vingt jours ont suffi et deux fois M. Fouquet a obtenu des résultats favorables avec des doses moitié moindres et beaucoup moins fréquentes; il y aura de nouvelles recherches à faire dans cette direction; on peut espérer qu'un traitement de quinze jours sera suffisant.

Un cas de salpingite amibienne. — M. Ménétrier a examiné histologiquement une salpingite enlevée chirurgicalement. Il y a trouvé des cellules volumineuses, globuleuses, à noyau fortement coloré, excentrique, ne se rattachant à aucun élément normal de la région et ayant l'apparence d'éléments parasitaires. Il s'agit là d'une infection analogue à celle qui est déterminée par des protozoaires pathogènes tels que les amibes de la dysenterie. C'est pourquoi M. Ménétrier qualifie cette affection de salpingite amibienne.

Cancer du rein. — M. Legry communique une observation de cancer du rein.

Election. — MM. Régis (de Bordeaux) et Collignon (de Cherbourg) sont élus membres correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 MAI 1910)

A propos des ostéomes. — M. Albert Mouchet, à propos d'une communication de M. Dabout, insiste sur le peu de visibilité aux rayons X de certains ostéomes musculaires, sur la pathogénie variée des ostéomes suivant les cas, sur la prudence extrême qu'on doit apporter au massage et à la mobilisation lorsqu'il s'agit d'ostéomes du coude chez les enfants.

Ozène et gymnastique respiratoire. — M. Marcel Nattier. Un enfant de huit ans, atteint d'ozène, avait subi dans son développement général un retard dont il paraissait juste d'attribuer le début à une dysenterie grave survenue à l'âge de six mois. Il fut entièrement transformé par la pratique d'exercices respiratoires. En effet, à la fin d'une cure de quatre mois, le poids avait augmenté de 5k210, le périmètre thoracique de 8 à 10 centimètres et la taille de 0m021. Parallèlement, s'atténuèrent l'odeur repoussante de la punaisie et les autres symptômes caractéristiques de cette infirmité contre lesquels avait été, à vrai dire, uniquement institué le traitement. Ce fait minutieusement étudié, dans ses détails, deux autres qu'il résume, joints à une série qu'il lui a été donné de suivre, engagent l'auteur à déclarer qu'on peut toujours rattacher originellement à un trouble grave de la santé générale l'ozène dit essentiel. Son apparition au cours de l'enfance s'explique aisément. A cette époque de l'existence, et par suite de circonstances diverses, l'organisme est parfois rendu très sensible à l'action nocive de certaines influences externes ou internes; de là les différentes directions imprimées à la constitution de l'être en formation. Même après une persistance de longue durée, l'ozène est susceptible de guérir en apparence spontanément, mais dans la réalité, à la suite de modifications profondes de l'organisme. Toutefois, ce sont là

des cas exceptionnels; ils ne sauraient dans la pratique entrer sérieusement en ligne de compte. Les moyens palliatifs sont d'une insuffisance notoire. La gymnastique respiratoire au contraire donne des résultats surprenants et incontestables. Ils sont dus au rétablissement de l'harmonie dans la symphonie glandulaire, avec régularisation consécutive des sécrétions internes et externes.

M. Gustave WEIL. Il ne paraît pas toujours possible d'affirmer un ozène idiopathique et d'éliminer la spécificité, car il y a l'hérédo-syphilis à laquelle il faut toujours penser, même en l'absence de tout symptôme spécifique et malgré même l'affirmation des ascendants. Il faut donc toujours commencer par un traitement spécifique d'épreuve qui, chacun le sait, ne présente aucun inconvénient.

M. Marcel NATTIER se garde d'employer systématiquement un traitement spécifique pour tout malade atteint d'ozène.

M. Georges ROSENTHAL trouve l'observation de M. Marcel Nattier très importante parce qu'elle montre le retentissement indirect de la gymnastique respiratoire sur les processus morbides les plus variés. Mais il ne comprend pas pourquoi M. Marcel Nattier chaque fois qu'il utilise la gymnastique respiratoire a toujours tendance à supprimer les traitements locaux. Il doute que dans tous les cas d'ozène cette suppression du traitement local soit sans inconvénient.

M. Marcel NATTIER a écarté tout autre traitement intentionnellement afin qu'on ne puisse pas invoquer plusieurs causes aux résultats obtenus.

M. CAYLA fait observer que l'ozène qui avait été jusqu'ici l'opprobre de la thérapeutique semble au point de vue pathogénique avoir fait un grand pas, et si tous les ozènes ne peuvent être rapportés à l'origine reconnue par M. Nattier, il faut admettre que, dans les cas cités, les résultats obtenus par notre collègue ont été remarquables.

ANALYSES

MÉDECINE

Le pronostic de l'aérophagie chez les dyspeptiques. (ENRIQUEZ et BINET. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, oct. 1908, p. 573.) — L'aérophagie ayant des formes cliniques multiples et étant associée à des troubles gastriques d'intensité et de nature très différentes, son pronostic varie pour ainsi dire selon chaque malade. On peut cependant avoir quelques indications générales, en se servant de certains éléments faciles à dégager d'un examen attentif; ce sont ces indications générales que MM. Enriquez et Binet étudient dans cet article avec une très grande précision.

Il faut d'abord distinguer l'aérophagie par déglutition et l'aérophagie par aspiration. La première est habituellement réduite à des proportions modérées; son pronostic reste toujours relativement bénin. L'aérophagie par aspiration présente une allure clinique toute différente; elle est toujours plus intense et plus persistante.

Un autre élément de pronostic est fourni par l'état de tonicité de la paroi gastrique et même des parois abdominales. D'une façon générale, la tolérance de l'aérophagie est en raison inverse de la capacité de l'estomac; plus l'estomac est grand et mieux elle sera tolérée. Les malades à paroi abdominale forte se plaignent davantage de leur aérophagie.

On tiendra compte encore de l'heure d'apparition de l'aérophagie; quand elle survient le matin, c'est une simple habitude sans grande importance clinique. Les aérophagies les plus graves sont celles du repas ou du cours de la digestion. Si le malade est un asthmatique, un emphysémateux ou un cardiaque la distension gazeuse de la cavité stomacale aura des conséquences particulières sur le fonctionnement des poumons ou du cœur.

Mais le pronostic du syndrome aérophagique est lié avant tout au pronostic de l'affection gastrique primordiale, dont l'aérophagie est un élément surajouté. Cet élément n'ajoute pas beaucoup de gravité aux dyspepsies, tandis qu'il apporte une réelle aggravation aux affections organiques de l'estomac, en particulier aux affections sténosantes.

Enfin, l'état nerveux du malade est aussi très important à considérer et à ce point de vue il existe deux catégories de malades : les aérophages curables et ceux que l'on n'arrive pas à guérir. Car certains névropathes ont un véritable tic aérophagique dont il est très difficile de les débarrasser; on obtient par contre la guérison de l'aérophagie chez les malades qui se rendent bien compte du mécanisme de leur mal et de son rôle dans l'aggravation des troubles dyspeptiques; ils peuvent lutter avec succès contre cette habitude, pourvu qu'ils soient doués d'une réelle puissance de volonté.

L. BABONNEIX.

Sur un cas de tache bleue congénitale mongolique. (Communication à la Société nationale de médecine de Lyon. Séance du lundi 18 avril 1910; *Lyon médical*, 1910.) — MM. PLANCHU et Robert RENDU présentent un prématuré de la Nourricerie Remond, porteur depuis sa naissance d'une « tache bleue mongolique ». Cette tache, grande comme la paume de la main, siège dans les régions lombaire et fessière, a la forme d'un fer à cheval à concavité dirigée en bas, ne s'efface pas par la pression et ne présente à sa surface ni poils, ni vaisseaux. Elle est de couleur gris bleuâtre ardoisé, et ses contours sont flous, estompés. Elle est semblable à celle que l'on observe, d'une façon constante chez les nouveau-nés des races colorées (japonais, chinois, annamites, malais, polynésiens, nègres, etc). On peut, exceptionnellement, l'observer dans la race blanche en dehors de toute immixtion de sang jaune; le premier cas publié en France est celui d'Apert (juillet 1909) : celui-ci serait le quatrième. Longtemps regardée, à tort, comme un caractère de la race jaune ou mongole, la tache en question semble plutôt devoir être considérée comme une anomalie réversive, comme un stigmate d'atavisme, tendant à prouver l'origine commune de toutes les races humaines.

L. GAYARD.

Tubercule de l'hypophyse et diabète sucré. MM. LUCIEN et PARISOT. *Revue neurol.*, 1909, p. 970-975, avec une microphotographie.)— Une femme de soixante-cinq ans, toussant depuis deux à trois ans, présenta, plus d'un an avant sa mort, les principaux signes du diabète. A l'autopsie, hémorragie sous-arachnoïdienne, cause de la mort, lésions tuberculeuses anciennes et récentes. Enfin, l'hypophyse, du poids de 73 centigrammes, et mesurant 1cm5 sur 1cm8 de diamètre, présente plusieurs tubercules, avec cellules géantes dans le lobe glandulaire, qui présente des lésions de sclérose, les cellules glandulaires offrant leur aspect habituel, avec seulement peu de colloïde.

Les auteurs croient pouvoir nier l'origine hépatique de ce diabète, et mettre en doute son origine pancréatique, divers faits publiés semblent, au contraire, montrer que les lésions hypophysaires peuvent entraîner l'apparition, non seulement de glycosurie, mais encore d'un véritable diabète, dont on ne saurait préciser le mécanisme, exagération ou diminution, ou perversion de la fonction glandulaire, ou phénomène nerveux né dans la glande ou les parties voisines du cerveau, par exemple, le plancher du troisième ventricule.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Trois cents cas traités avec des cultures de bacille lactique. (C. E. NORTH. *Med. rec.*, 27 mars 1909.) — L'idée de combattre les « mauvais » microbes avec les « bons » semble avoir séduit le monde médical américain; il n'est question ici que de lait sûr dans le traitement de toutes les affections gastro-intestinales. Rogers a injecté des cultures de bacilles

lactiques dans le péritoine, après laparotomie pour péritonite, dans plusieurs cas, qui ont tous guéri; mais il ne veut pas conclure de là que ce sont les bacilles lactiques qui ont guéri la péritonite; il s'arrête en affirmant l'innocuité de l'infection.

Le bacille employé par North est le bacille bulgare cultivé dans du bouillon additionné de carbonate de calcium. La surface malade est d'abord détergée, puis une seringue de pure culture est injectée ou pulvérisée. La méthode est bonne dans la rhinite atrophique, la rhinite aiguë, l'ethmoïdite, les suppurations de l'antre, la rhinite chronique, la cystite et certaines suppurations dentaires ou autres. Dans les fistules tuberculeuses, les résultats ne sont que temporaires, et dans la cystite et la leucorrhée, ils sont incertains : ils sont bons dans l'ophtalmie gonococcique et dans les conjonctivites à pneumocoques et à diplobacille. En général, la culture de bacille lactique diminue la suppuration des muqueuses et des cavités pathologiques, et l'odeur des microbes de la putréfaction. Employée au début des inflammations aiguës, elle les jugule apparemment souvent. Le procédé n'est ni dangereux, ni irritant. F. GARDNER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cancer de l'intestin fulguré. (M. LETULLE. *Bull. soc. anat.*, juin 1909, p. 347.) — Quinze jours après l'opération, le malade mourut d'occlusion intestinale. Il s'agissait d'un épithélioma d'une exubérance et d'une vitalité extrêmes, la fulguration ne semble avoir produit qu'une cicatrisation de surface. M. Bender apporte, comme confirmation, les examens qu'il a faits de cancers avant et après la fulguration, les éléments fulgurés ont été détruits dans la zone d'action du caustique, mais les cellules de la profondeur ne sont pas influencées. L. ALQUIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

— SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — Le président de cette section a l'honneur de porter à la connaissance des candidats que, par arrêté ministériel du 23 mai 1910, le nombre des places mises au concours a été porté de 3 à 4, la nouvelle place étant réservée à l'Université de Montpellier, et qu'ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour la place dont il s'agit.

— TIRAGE AU SORT DES MEMBRES DES JURYS. — La commission chargée d'établir la liste de tirage au sort des juges aux concours des sections de pharmacie (désignation d'un professeur de matière médicale) et de chimie biologique et médicale, de l'agrégation des Facultés de médecine, s'est réunie le vendredi 27 mai 1910, à huit heures et demie, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, assisté de MM. Combemale, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille; Hugounenq, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon; Dieulafoy, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris; Rénon, agrégé en exercice de la Faculté de médecine de l'Université de Paris; Destouches, secrétaire de la Faculté de mécine de l'Université de Paris, faisant fonctions de secrétaire de la Commission.

Le tirage au sort, auquel il a été procédé immédiatement, a donné les résultats suivants :

Section de pharmacie. — Professeur de matière médicale (1 juge) : MM. Brœmer, Fockeu, Schmitt, Beauvisage, Hamelin, Beille, Pouchet et Hérail.

Section de chimie biologique et médicale. — Concours du 17 octobre 1910. — Cinq juges titulaires : 3 professeurs de chimie, 1 professeur de physique, 1 professeur de pharmacologie. Cinq juges suppléants : 3 agrégés de chimie, 1 agrégé de physique, 1 agrégé de pharmacie-pharmacologie.

Le sort a désigné dans l'ordre suivant :

I. Professeurs de chimie (3 juges) : MM. Morel, Lecœur, Hugounenq, Blarez, Malosse, Ville, Garnier, Frébault, Gautier, Denigès, Lambling.

II. Professeur de physique (1 juge) : MM. Cluzet, Guillemin, Imbert, Marie, Doumer, Bergonié, Charpentier, Gariel.

III. Professeur de pharmacologie (1 juge) : MM. Dupouy, Pouchet, Florence, Battandier, Gérard.

Suppléants : MM. les professeurs agrégés en exercice.

Chimie : MM. Aloy, Benech, Nicloux, Maillard, Robert, Derrien, Desgrez, Sambuc.

Physique : MM. Nogier, Guilloz, Broca, Gagnière, Zimmern, Dufour.

Pharmacie-pharmacologie : MM. Labat, Vallée, Laborde, Richaud, Barthe.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Alglave et Chifoliau.

— Le jury du deuxième concours est provisoirement composé de MM. Nélaton, Thiéry, Walther, Faure, Monod, Ricard et Teissier.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 31 mai. — MM. Lorin, 23; Sorrel et Luzoir, 22; Brocq, 21.

Prochaine séance, vendredi 3 juin, à cinq heures, à la Charité.

— INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est provisoirement composé de MM. Delépine, Guinochet, Bougault, Bourquelot et Dufau.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — ÉPREUVE CLINIQUE. — Séance du 31 mai. — MM. Béliard, $13 + 6 = 19$; Guillaume, $20 + 7 = 27$; Carret, $12 + 6 = 18$.

Prochaine séance, samedi 4 juin, à quatre heures et demie.

FACULTÉS DE MÉDECINE — LILLE. — M. Oui, professeur d'accouchements et d'hygiène de la première enfance, est nommé sur sa demande, à partir du 1er juin 1910, professeur de clinique obstétricale.

— LYON. — M. Roque, professeur de pathologie interne, est nommé sur sa demande, à partir du 1er novembre 1910, professeur de clinique médicale.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON MÉDITERRANÉE. — *Billets directs simples de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide pour se rendre de Paris à Royat est la voie « Nevers-Clermont-Ferrand ».

De Paris à Royat : 1re classe, 47 fr. 70; 2e classe, 32 fr. 20; 3e classe, 21 francs.

De Paris à Vichy : 1re classe, 40 fr. 90; 2e classe, 27 fr. 60; 3e classe, 18 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE (1)

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — *Evolution.* — Les rétrécissements n'ont aucune tendance spontanée à la régression. Certains ont une marche lente et sont tolérés grâce à quelques séances de dilatation renouvelées périodiquement.

Le plus souvent les sténoses cicatricielles amènent rapide-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 59, p. 860.

ment des troubles généraux graves. Le malade souffre de la faim et de la soif et maigrit rapidement, il s'anémie, s'affaiblit considérablement et finit par mourir d'inanition dans un délai d'un an environ, si des complications ne l'enlèvent pas plus tôt.

A la période terminale on peut voir survenir certains symptômes de compression dus à la médiastinite péri-œsophagienne : dysphonie ou aphonie, hoquet survenant par accès, mais beaucoup moins souvent que dans le cancer.

Complications. — 1° C'est la *tuberculose pulmonaire* qui s'installe souvent sur cet excellent terrain.

2° Ce sont des inflammations de voisinage : *phlegmon du médiastin*, à la suite d'une érosion de la muqueuse.

3° C'est une *perforation de l'œsophage* et des organes voisins par suite d'un cathétérisme brutal ; d'où phlegmon, *pleurésie purulente*, *gangrène pulmonaire*, ouverture d'un gros vaisseau et *hémorragie mortelle*.

Le *pronostic* est donc toujours grave, toujours le rétrécissement entrave ou abolit la fonction; dans plus de la moitié des cas il menace la vie à brève échéance.

DIAGNOSTIC. — *A.* DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Le malade se présente avec de la dysphagie ; il suffit d'en déterminer la cause.

Le diagnostic ne sera guère difficile à poser qu'en l'absence de commémoratifs.

1. Les *corps étrangers* ont pour eux les commémoratifs, les régurgitations sanglantes, les sensations fournies par le cathéter.

2. La *compression de l'œsophage* par une tumeur du médiastin, adénopathie trachéo-bronchique, anévrisme de l'aorte, cancer médiastinal, trompera rarement après un examen sérieux. On recherchera les autres signes de compression médiastinale.

3. L'*œsophagite simple* ou *phlegmoneuse* évolue d'une façon aiguë et fébrile.

4. Le *spasme de l'œsophage* apparaît brusquement chez un sujet jeune, névropathe; il évolue par crises avec déglutition normale dans l'intervalle. Le passage d'une grosse sonde est toujours suivi de succès, après un contact prolongé, généralement à l'orifice supérieur.

5. Les *diverticules de l'œsophage* donnent de la dysphagie aussi, la poche distendue comprimant l'œsophage, le cathéter pénètre dans la poche, s'y arrête, mais y est libre et non pas enserré comme dans le rétrécissement. Souvent on peut palper la poche à la base du cou.

6. Le *cancer œsophagien* est la grosse difficulté, car il est préférable, si on doute, de s'abstenir de cathétérisme, et l'œsophagoscopie elle-même devra être très prudente.

On recherchera les symptômes propres au cancer; l'absence de commémoratifs de brûlure, l'âge, les variations de la dysphagie où le spasme joue un grand rôle, les hémorragies œsophagiennes, la fétidité de l'haleine et des matières rejetées, les signes de compressions multiples des organes du médiastin, enfin assez souvent la présence de ganglions indurés dans le creux sus-claviculaire.

B. DIAGNOSTIC DU SIÈGE. — On pourra le faire en retranchant de la longueur du cathéter introduite au niveau des arcades dentaires, les 15 centimètres qui séparent ces arcades de l'œsophage.

Le *degré de sténose* sera donné par le calibre de la plus grosse olive pouvant franchir l'obstacle.

La *longueur* sera mesurée en dépassant l'obstacle puis en ramenant l'olive au-dessus de lui. On note la distance des deux points correspondants sur la tige au niveau des arcades.

C. DIAGNOSTIC DE LA NATURE. — En l'absence de commémoratifs de brûlure, la cause la plus ordinaire, on pensera à l'ulcère simple et on recherchera les stigmates de la syphilis ou l'existence d'une tuberculose.

TRAITEMENT. — I. TRAITEMENT PALLIATIF. — Chez les malades inanitiés, il faut aller au plus pressé et rétablir l'alimentation en faisant une *gastrostomie*.

Ce sera une gastrostomie temporaire ; car on devra essayer, aussitôt l'état général remonté, de rétablir la perméabilité œsophagienne.

II. TRAITEMENT CURATIF. — 1° Dans les cas rares où on soupçonne la vérole on instituera le *traitement antisyphilitique*.

2° On a essayé les injections sous-cutanées de *thiosinamine* (Teleky, 2 succès sur 3 cas).

3° *Dilatation progressive.* — Il faut rejeter la dilatation brusque dangereuse et la canule à demeure, cause d'irritation et d'ulcérations.

On dilate avec des bougies calibrées cylindroconiques, des sondes ou même des tiges à olives. Les bougies sont préférables.

On commence par des séances quotidiennes, qu'on espace plus tard. Il est toujours nécessaire de refaire quelques séances de temps à autre, une fois la cure terminée.

A chaque séance on commence par une bougie fine qu'on laisse cinq à dix minutes, puis on passe de même les trois ou quatre numéros immédiatement supérieurs. Dans les séances ultérieures on commence par le numéro inférieur au plus élevé de la séance précédente.

Jamais on ne doit provoquer de douleur, d'hémorragie ni de fièvre.

On cesse la dilatation quand on est arrivé à 22 millimètres pour l'adulte, 18 pour l'enfant.

Cas difficiles. — 1° Le *cathétérisme est impossible* avec les bougies ordinaires. On peut :

1. Essayer des *bougies filiformes* ordinaires ou en baïonnette ou en faisceau comme ci-dessus. Une fois la filiforme passée, on la laissera à demeure pendant un ou deux jours.

2. Essayer de passer une *filiforme sous le contrôle de l'œsophagoscopie*. Les séances suivantes pourront généralement se faire par cathétérisme simple.

2° La *dilatation est irrégulière, douloureuse*, fait saigner. On peut s'aider de la gastrostomie pour faciliter le cathétérisme.

1. On peut quelquefois faire le *cathétérisme rétrograde* par le cardia.

2. *Cathétérisme sans fin.* — On fait avaler au malade une ficelle garnie de petits plombs, qui souvent arrive à passer et qu'on repêche dans l'estomac par la brèche stomacale. Sur ce fil conducteur on peut alors faire passer des sondes sans crainte de faire fausse route; la dilatation peut ainsi être menée plus rondement.

3. L'*œsophagotomie à la ficelle*, consistant à scier le rétrécissement par des mouvements de va-et-vient de la ficelle est dangereuse, car il peut provoquer des accidents infectieux graves.

4. Parfois enfin la simple gastrostomie mettant au repos l'œsophage permet de faire le cathétérisme qui semblait impossible auparavant.

4° *Incision et résection du rétrécissement.* — 1. L'*œsophagotomie interne* est complètement abandonnée, sauf dans certains cas, sous le contrôle de l'œsophagoscopie par petites sections multiples suivies de dilatation (Guisez).

2. L'*œsophagotomie externe* n'a donné que des déboires.

3. La *résection* n'est possible qu'au cou et dans certains cas à lésion très limitée.

5° *Création d'un œsophage artificiel antithoracique.* — On a essayé sans succès de faire un canal à revêtement cutané aux dépens de la peau présternale.

Ces dernières années plusieurs tentatives ont été faites pour transplanter sous la peau thoracique une anse intestinale munie de ses vaisseaux et de l'aboucher en haut à l'œsophage, en bas à l'estomac.

Une seule fois le succès a été complet.

ERRATUM. — Dans le premier article de cette question, sur une partie du tirage seulement, lire, p. 862, 1re col., 5e ligne : *inodulaire* au lieu de modulaire; 44e ligne : *valvulaire* au lieu de volontaire; — 2e col., fin de la 15e ligne : *la* au lieu de sa; fin de la 45e ligne : *cricoïde* au lieu de cricorde; 5e ligne du 5° : *s'effiler* au lieu de s'affiler; 4e ligne du 6° : *vers* et non avec.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de radiographie chirurgicale, par le professeur GRASHEY et le docteur NOGIER, profeesseur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. In-4 avec 80 pl. comprenant 240 figures et 64 schémas. — Prix : cartonné, 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Traitement mercuriel de la syphilis (« Consultations médicales françaises », fasc. XVI), par le docteur Joseph NICOLAS, professeur de clinique des maladies cutanées et vénériennes à l'Université de Lyon, médecin de l'Antiquaille. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

La Fonction du sommeil, physiologie, psychologie, pathologie, par le docteur Albert SALMON (de Florence). In-8. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

N° 63. — SAMEDI 4 JUIN 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 4 JUIN 1910. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Première séance du 1er juin. — MM. Gourdouan (Paris et Lyon) et Bousquet (Bordeaux) se sont retirés.

Deuxième séance du 1er juin. — MM. Claude, Lippmann et Tixier (Paris) se sont retirés.

Première séance du 2 juin. — MM. Ravaut (Paris) : « Tachycardie paroxystique; » note 16; — Esmein (Paris) : « Vaccine Jennerienne; » note 17.

Deuxième séance du 2 juin. — MM. Chalier [F.-S.-J.] (Lyon) : « Paralysie pseudo-hypertrophique; » note 16; — Courtellemont (Lille), absent; — Merklen (Paris et toutes facultés) : « Hydronéphrose; » note 18.

Première séance du 3 juin. — MM. Bousquet (Montpellier) : « Formes cliniques de la syringomyélie; » note 16; — Bertin (Lille) : « Spasmes fonctionnels. » Souffrant, s'est retiré.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 1er juin. — MM. Muret (Paris) : « Phlegmons aigus du cou; » note 15; — Florence (Lille et toutes facultés, Lyon excepté) : « Hématocèle rétro-utérine ; » note 7; — Duvergey (Bordeaux) : « Tumeurs malignes du rein chez l'adulte; » note 12.

Première séance du 2 juin. — MM. Duroux (Lyon) : « Ectopie testiculaire; » note 13; — Barthélemy (Nancy) : « Tuberculose rénale (symptômes, diagnostic et indications opératoires); » note 15.

Deuxième séance du 2 juin. — MM. Cauchoix (Paris) : « Prostatites aiguës; » note 16; — Schwartz (Paris) : « Les complications des hémorroïdes et leur traitement; » note 18; — A.-A.-A. Chalier (Lyon) : « Pied bot congénital varus équin; » note 11.

Première séance du 3 juin. — MM. Puyhaubert (Bordeaux) : « Accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse; » note 5. — Liégard (Paris) : absent.

— Section de médecine mentale. — *Epreuve de titres.* — Séance du 1er juin. — MM. Juquelier, $14 \times 2 = 28$; Laignel-Lavastine, $19\ 1/2 \times 2 = 39$; Lhermitte, $15 \times 2 = 30$; Charpentier, $15 \times 2 = 30$.

Séance du 4 juin. — *Epreuve orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — MM. Laignel-Lavastine : « Séméiologie des règles. »

— Section d'ophtalmologie. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Terrien.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 1er juin 1910. — MM. Comte, 17; Clerc, 20; Villaret, 15.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury du deuxième concours est provisoirement composé de MM. Bazy, Walther, Faure, Monod, Ricard et Teissier, qui acceptent, et M. Thiéry, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — A la dernière séance du conseil de la Faculté de médecine, le professeur Dieulafoy, doyen des professeurs titulaires, a donné lecture d'un ordre du jour destiné au procès-verbal sur lequel il a demandé un vote du conseil :

« Messieurs et chers collègues,

Des faits graves et profondément regrettables viennent de se passer à la Faculté, à l'occasion du concours de l'agrégation en médecine. Suivant le vœu émis ici même, en plein conseil, le jury légalement constitué avait été tiré au sort.

Or, dès la première séance, sans respect aucun pour les mandataires de la loi, et sans respect pour le droit sacré au travail, un certain nombre de protestataires se sont livrés à des actes inqualifiables. Pendant plus d'une heure, au milieu d'un tumulte indescriptible, ces protestataires ont accablé le jury d'injures, d'outrages et de grossièretés; ils se sont livrés à des voies de faits; des œufs et des tomates ont été lancés sur les professeurs au risque de les blesser; bref, on ne trouverait pas de mot pour stigmatiser un aussi lamentable spectacle.

En face de ce débordement, le jury, conscient de son rôle et de son devoir, a fait preuve d'un sang-froid, d'un calme et d'une attitude qui sont tout à son honneur.

Dans tout ceci, messieurs, ne l'oublions pas, nous sommes solidaires, et je vous propose de féliciter et de remercier le président du jury, professeur doyen L. Landouzy et ses collègues, qui, dans ces pénibles circonstances, ont si dignement représenté le bon renom et la respectabilité de notre corps professoral. »

Cette proposition a été votée à l'unanimité des membres présents :

MM. Achard, G. Ballet, Bar, Blanchard, Chauffard, Debove, Dejerine, Delbet, Gariel, Reclus, Gaucher, Gilbert, Hutinel, Kirmisson, de Lapersonne, P. Marie, Nicolas, Pi-


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes
4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour
la préparation des médicaments organiques

nard, Pouchet, Prenant, Quenu, Raymond, Ribemont-Dessaignes, Richet, Roger, Segond, Thoinot, Albert Robin.

— M. le professeur Dieulafoy est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er mai 1910. Il cessera ses fonctions le 12 novembre 1910 et sera nommé professeur honoraire à cette date.

— ÉCOLES DE MÉDECINE.— MARSEILLE.— M. Guérin Valmale, agrégé près la Faculté de Montpellier, est nommé à partir du 1er juin 1910, professeur de clinique obstétricale en remplacement de M. Queviel décédé.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Médailles décernées pour services rendus à l'Assistance publique :

Médailles d'argent. — M. le docteur Brocq et M. le professeur Gaucher (de Paris).

Médaille de bronze. — M. le docteur Gastou (de Paris).

EXPOSITION UNIVERSELLE ET INTERNATIONALE DE BRUXELLES 1910. — CONFÉRENCES SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE, (avec projections) organisées par le Comité de la classe IIIB, sous le patronage de M. le commissaire général du gouvernement français et de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Samedi 11 juin*, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Huchard, membre de l'Académie de médecine de Paris, membre honoraire de l'Académie de médecine de Belgique, médecin des hôpitaux de Paris : « Les maladies du cœur et les eaux minérales. »

Mercredi 22 juin, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Gallard (de Biarritz), membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Les eaux chlorurées sodiques françaises. »

Mercredi 29 juin, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Lalesque (d'Arcachon), membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris : « La cure marine des affections pulmonaires. »

Lundi 11 juillet, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Dubois (de Saujon), membre de la Société d'hydrologie médicale et de la Société de thérapeutique de Paris : « Villégiatures médicales. »

Jeudi 21 juillet, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Moureu, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine : « Les récents progrès de l'hydrologie. »

Mercredi 27 juillet, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Carron de la Carrière, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « De l'emploi des eaux minérales françaises dans les maladies des voies respiratoires chez les enfants. »

Lundi 8 août, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine : « La richesse thermale, climatique et marine de France, étudiée au point de vue de la thérapeutique, de l'hygiène thérapeutique, et de la puériculture (crénothérapie). »

Jeudi 18 août, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Jouaust, secrétaire des voyages d'études médicales aux stations thermales et climatiques de France : « Traitement hydrominéral des affections gastro-intestinales. »

Lundi 29 août, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle E). — M. le docteur Zuccarelli (de Bastia) : « Stations climatiques et eaux minérales de la Corse. »

Lundi 5 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Ferras (de Luchon), vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Aperçu général des sources sulfurées des Pyrénées. »

Lundi 12 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Bories (du Cannet), président de la Société de médecine de Cannes : « La Côte d'Azur. Caractères et indications de son climat. »

Samedi 17 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Léon Blanc (d'Aix-les-Bains), ancien médecin inspecteur, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Aix-les-Bains. Station thermale et climatique. »

Lundi 26 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Dedet (de Martigny), vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Traitement de la goutte et de la gravelle par les eaux sulfatées calciques des Vosges. »

Samedi 1er octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Robin, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine : « Influence du climat marin sur le traitement des tuberculoses. »

Lundi 3 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Durand-Fardel (de Vichy) secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Vichy et sa clinique. »

Samedi 8 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Schlemmer (du Mont-Dore), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « L'asthme et son traitement hydrominéral. »

Lundi 10 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Sénac-Lagrange (de Cauterets), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Problèmes biologiques soulevés et résolus par l'application des eaux sulfureuses de Cauterets. »

Mercredi 12 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle C). — M. le docteur Marcellin Cazaux (des Eaux-Bonnes), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « La Source-Vieille des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). Composition, indications thérapeutiques. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt et unième semaine, 868 décès, au lieu de 1033 pendant la semaine précédente et au lieu de 966, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être répandue.

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont beaucoup diminué.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUIN 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Segond, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 14 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Auvray ; — (2e série) : MM. Quénu, Faure et Morestin ; — (3e série) : MM. Retterer, Marion et Lenormant; — M. Nobécourt, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Chauffard, Jeanselme et Carnot ; — (2e série) : MM. Achard, Claude et Balthazard ; — M. Castaigne, suppléant.

Mercredi 15 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Blanchard, Mauclaire et Macaigne ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Retterer et Branca; — (3e série) : MM. Nicolas, Aug. Broca et Mulon.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lejars, Lepage et Rieffel; — (2e partie, 1re série) : MM. Déjerine, Letulle et Sicard ; — (2e série) : MM. Gaucher, Teissier et Lœper; — M. Proust, suppléant.

5e (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Monod, Legueu et Gosset ; — (2e série) : MM. Campenon, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e partie) : MM. Roger, Marcel Labbé et André Jousset; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Desgrez, suppléant.

Jeudi 16 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. de Lapersonne, Retterer et Morestin ; — (2e série) : MM. Prenant, Remy et Marion.

3e (oral, 1re partie) : MM. Faure, Thiéry et Jeannin; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Rénon et Fernand Bezançon; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Balthazard; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Nobécourt et Brumpt; — M. Nicloux, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES

MÉTHODES NOUVELLES D'EXAMEN DES CRACHATS

EN DEHORS DE LA BACTÉRIOLOGIE

Par MM. Fernand BEZANÇON,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon,

et S. I. DE JONG,
Chef de clinique médicale à la Faculté.

Bien que, dans la séméiologie, l'examen des crachats ait une importance capitale, cette excrétion avait été relativement peu étudiée, jusqu'à ces dernières années, à un point de vue autre que le point de vue bactériologique. En effet, les auteurs qui ont essayé d'en faire l'étude chimique se sont heurtés à des difficultés considérables dues à la complexité des substances albuminoïdes contenues dans cet exsudat. C'est encore aux mêmes difficultés que nous nous sommes heurtés quand nous avons commencé à étudier les crachats au point de vue histochimique et cytologique, avec les méthodes usitées en hématologie : absence d'une sécrétion normale qui peut servir de comparaison — présence de cellules extrêmement altérées et dont la filiation était difficile à établir — difficulté à étudier le fond même des préparations formé par un exsudat aqueux, muqueux, ou albuminoïde, exsudat dont les réactions colorantes étaient particulièrement complexes à fixer. Après quatre années consacrées à ces recherches, nous croyons utile d'en présenter un exposé d'ensemble, mais nous rappellerons auparavant les quelques données que nous possédons sur la chimie proprement dite des crachats, données qui sont encore très peu connues des médecins.

I

Etude chimique des crachats. — L'étude chimique des crachats a porté sur toutes leurs parties constituantes, mais certains points ont particulièrement attiré l'attention des auteurs. Les crachats se composent en effet essentiellement d'eau, de sels, de mucine et de substances albuminoïdes en quantité variable. Ces dernières peuvent être de l'albumine vraie, qui apparaît dans certaines circonstances que nous étudierons plus loin, et des produits de désintégration de cette albumine, albumoses, peptones, etc. De toutes ces substances l'eau est de beaucoup la principale. Nous rappellerons seulement que Renk par exemple a trouvé dans le crachat pneumonique de 89 à 92 p. 100 d'eau, dans le crachat de bronchite chronique de 97 à 98,5 p. 100. Nous insisterons surtout sur trois substances dont l'intérêt est considérable, la mucine, l'albumine, les chlorures (2).

(1) Reproduction interdite.

(2) Ceux qui désireraient avoir des renseignements détaillés sur ces recherches chimiques trouveront tout l'historique soit dans le travail ancien de Biermer (1855), soit dans la thèse de Wanner (Bâle 1903).

Mucine. — L'étude chimique de la mucine des crachats a suscité relativement peu de recherches, par suite des causes d'erreur auxquelles on est exposé et qui rendent cette recherche extrêmement minutieuse. On sait que les mucines sont des glycoprotéïdes, c'est-à-dire des substances colloïdes renfermant à la fois une substance albuminoïde, et un hydrate de carbone qui serait dans l'espèce la glycosamine. Cette glycosamine peut être séparée de la substance renfermant de la mucine par ébullition avec un acide minéral dilué, et peut être caractérisée et dosée grâce à sa réaction vis-à-vis de la liqueur de Fehling. Mais il y a des causes d'erreur dues aux débris d'aliments amylacés transformés par la salive, au glycogène du pus, aux pentoses dérivées des nucléines cellulaires, et même, paraît-il, à la sérum-albumine qui contiendrait de la glycosamine (Langstein). Ces causes d'erreur ne seraient néanmoins pas très considérables avec la méthode due à Fr. Muller, qui a été employée par Wanner. Mais la méthode est délicate. Elle amène aux résultats suivants : contrairement à ce qu'avait prétendu Renk, dont la technique était défectueuse, il y a peu de mucine dans le crachat des phtisiques, 0,7 p. 100 en moyenne. Dans la pneumonie le chiffre de la mucine atteint 1 p. 100, dans la bronchite chronique 1,5 à 3,5 p. 100; dans les crachats purulents de la bronchectasie on ne trouve pas de mucine. Ces résultats correspondent à ce fait que la mucine est d'autant plus abondante que la muqueuse bronchique est moins altérée, et que son abondance est en quelque sorte en raison inverse de la purulence du crachat. Nous noterons également que Wanner, à qui nous devons ces résultats chimiques, insiste sur l'importance relative de la mucine dans le crachat pneumonique et met en doute les résultats de Kossel qui attribuait à la nucléine l'adhérence de ce crachat pneumonique. Nous n'insisterons pas sur ce point, la recherche de la mucine étant trop délicate pour la pratique.

Albumine. — La présence de l'albumine chimiquement décelable dans les crachats est connue depuis longtemps. Déjà Biermer, dans son remarquable travail que l'on doit toujours citer en première ligne parmi les ouvrages concernant l'étude des crachats, a étudié chimiquement l'albumine des crachats. Il se servait (p. 66) de la méthode suivante : les crachats, mélangés à l'eau, étaient décantés ou filtrés et dans le filtrat il précipitait l'albumine par la chaleur après acidification. Quand il obtenait la réaction de l'albumine, il la vérifiait par l'acide sulfurique et par le ferrocyanure de potassium. Il affirme d'ailleurs dans le chapitre consacré aux substances protéiques que l'on trouve de l'albumine dans toutes les espèces de crachats. Il avait avancé également ce fait erroné, que la quantité d'albumine est en rapport avec la richesse en cellules, mais remarqué en revanche ce fait exact que dans les crachats d'œdème pulmonaire il y avait beaucoup d'eau, beaucoup d'albumine, presque pas de mucine.

Renk étudie la quantité d'albumine en poids que

l'on retrouve dans les crachats, et signale son absence dans les bronchites chroniques.

Wanner reprend complètement la question, et nous insisterons un peu plus sur sa technique parce qu'elle est fort exacte : il faut, dit-il, séparer autant que possible du liquide qui renferme l'albumine en solution, d'une part les débris alimentaires, les cellules, d'autre part la mucine. La simple filtration est insuffisante, car la mucine filtre encore plus difficilement que les substances albuminoïdes. Il faut donc précipiter la mucine : l'alcool précipite en même temps l'albumine et doit être écarté ; l'acide acétique à 3 p. 100, c'est-à-dire en solution faible est, d'après les chimistes, la solution la meilleure parce qu'elle ne modifie pas l'albumine, et précipite suffisamment la mucine. On mélange donc une certaine quantité de crachats avec une certaine quantité de solution acétique, on agite, on filtre jusqu'au lendemain. Le filtrat est clair ou à peine troublé par des traces de mucine, et sa réaction est très acide. Aussi Wanner dit-il expressément qu'avant de rechercher l'albumine, en chauffant le filtrat, il faut ajouter de la lessive de soude étendue jusqu'à réaction acide faible, et ajouter un peu de chlorure de sodium. « Dans beaucoup de crachats, en effet, on n'a pas de coagulation par la chaleur, si on n'ajoute pas un peu de chlorure de sodium. » Après cette technique rigoureuse Wanner a fait des dosages par pesée de l'albumine, coagulée par la chaleur dans le filtrat. Il est arrivé aux résultats suivants : il y a beaucoup d'albumine dans les crachats d'œdème pulmonaire aigu. De même dans la pneumomie au début. Dans la bronchite chronique, il a trouvé des traces d'albumine dans presque tous les cas. Ces cas sont d'ailleurs extrêmement disparates, comme le sont forcément les cas de bronchite chronique. Il a observé très nettement l'augmentation de l'albumine chez ces malades quand ils étaient polyscléreux et qu'un peu d'œdème pulmonaire compliquait leur bronchite chronique, ou quand des accidents aigus surviennent (broncho-pneumonie dans un cas). Il a trouvé de l'albumine en petite quantité, mais en quantité dosable dans les cas de dilatation des bronches. Dans la tuberculose pulmonaire il a toujours trouvé de l'albumine en quantité dosable dans les crachats, mais il faut noter que les deux cas où il en a constaté le plus étaient des cas à marche aiguë et qu'il reconnaît n'avoir pas eu à examiner de cas de tuberculose au début. Les chiffres trouvés sont d'ailleurs peu élevés et très inférieurs à ceux qu'il a obtenus à l'analyse des crachats pneumoniques au début. Il conclut de ses recherches sur ce point qu'une légère opalescence en chauffant le filtrat doit être considérée comme normale, mais qu'un coagulum net est le signe certain d'une inflammation.

Depuis cette époque Roger et Lévy-Valensi ont apporté des faits analogues. Ils ont recherché, sans la doser, l'albumine par un procédé identique à celui de Wanner, mais sans réalcaliniser par la lessive de soude. Ils délayent dans l'eau une petite quantité de crachats, ajoutent quelques gouttes d'acide acétique pour coaguler le mucus ; ils jettent sur un filtre, et chauffent le filtrat après avoir ajouté un peu de chlorure de sodium. Ils se sont aussi servis du ferrocyanure de potassium. Ils auraient obtenu ainsi des résultats négatifs dans les bronchites aiguës, les bronchites chroniques banales, et des résultats positifs dans tous les cas de tuberculose. Bien entendu ils ont eu également des résultats positifs dans la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire aiguë, les accidents bronchitiques des néphritiques et des cardiaques asystoliques. De leurs recherches ils concluent à la grande valeur de l'albumino-réaction des crachats pour le diagnostic entre la tuberculose et les bronchites chroniques banales.

Au cours de nos recherches sur les bronchites albuminuriques et les catarrhes pituiteux, nos examens chimiques nous ont permis, en nous servant et du procédé de Wanner pour la recherche, et du réactif d'Esbach, réactif grossier, mais suffisant pour les comparaisons quotidiennes, de constater que les variations de la quantité d'albumine dans les crachats étaient bien en rapport avec l'œdème pulmonaire. Dans l'expectoration du catarrhe pituiteux vrai, au contraire, malgré l'aspect mousseux et l'abondance des crachats rappelant l'expectoration de l'œdème pulmonaire, nous n'avions trouvé que très peu de mucus et pas du tout d'albumine.

Nous aurons, dans la suite de cet article, l'occasion de revenir sur ces faits, lorsque nous étudierons les résultats d'ensemble de nos examens histo-chimiques. Rappelons, enfin, que l'on a encore étudié d'autres substances albuminoïdes dans les crachats. Les *albumoses*, produits de désintégration des albumines, s'y trouvent toujours en quantité appréciable. Cette quantité est liée au degré de l'autolyse des crachats et à son degré de purulence. La question a également été bien étudiée par Wanner, qui a montré les relations qui existent entre les albumoses et l'autolyse. On trouve dans des crachats qui ont stagné dans les bronches ou séjourné dans le crachoir des substances dérivées de l'albumine à des degrés de désintégration plus ou moins marqués : albumose, nucléo-albumines, acidamines.

On ne trouverait jamais de peptone vraie, la peptone trouvée par Kossel étant non pas de la peptone dans le sens de Kühne, mais de l'albumose. Dans un travail tout récent, Prorok a en partie confirmé les résultats de Wanner en ce qui concerne les albumoses et attribué également une certaine valeur à la constatation de l'albumine pour le diagnostic de la tuberculose.

Chlorures. — Dès 1853, Beal, étudiant le crachat pneumonique, avait affirmé que les chlorures augmentent dans les crachats pneumoniques quand ils disparaissent des urines, et dans les articles de Zuber et de Martineau, dans les Dictionnaires, on trouve signalé l'intérêt qu'il y aurait à étudier les variations de ce sel dans les crachats. C'est seulement dans les thèses récentes des élèves d'Achard, Lœper, Laubry, qu'on retrouve quelques dosages de chlorures des crachats pneumoniques. En 1901

Sabrazès et Mathis ont étudié le point cryoscopique des expectorations et ont trouvé une concentration plus forte pour le crachat pneumonique. Baylac en 1903 ne trouve pas une teneur des crachats en chlorures plus élevée au cours de la pneumonie; pourtant à lire ses chiffres on constate que ce chiffre varie entre 4 et 5 p. 1000, alors qu'il serait de 2,25 p. 1000 dans la salive de l'individu bien portant. Il faut noter qu'il a trouvé un chiffre plus élevé, 7,6 p. 1000 dans des crachats de tuberculeux. Mais ce travail a un défaut; il n'est pas fait en série chez un même pneumonique, du début de l'affection à sa terminaison, et avec comparaison du chiffre de NaCl trouvé dans les urines.

Nous avons étudié très soigneusement les chlorures des crachats comparés aux chlorures urinaires chez un malade atteint de catarrhe pituiteux qui présentait des signes de néphrite chronique et mourut d'accidents cardio-rénaux. Nous avons observé qu'il existait toujours chez lui un parallélisme assez net entre la quantité d'urine émise (1500-2500) et la quantité de crachats (100 à 400 centimètres cubes). Le régime déchloruré diminuait la quantité de ces deux excrétions, mais diminuait la quantité des chlorures urinaires (de 7 à 2,5 p. 1000) plus nettement que celle des crachats (4 p. 1000) qui se maintenait au taux des chlorures des tissus. En revanche, quand on soumettait le malade à l'épreuve de la chloruration alimentaire (10 grammes de NaCl pendant deux jours), le pourcentage des chlorures augmentait brusquement dans les crachats plus vite que dans les urines, et une notable quantité des chlorures en excès était éliminée ainsi par la voie bronchique. Celle-ci est donc une voie d'élimination pour les chlorures quand il y a rétention chlorurée, et d'ailleurs Falk et Tedesko ont montré que le salicylate de soude s'éliminait également par les crachats.

Pour être complets sur le chapitre chimique, nous devons encore rappeler que Moscati a affirmé que les tuberculeux excrètent dans les crachats plus de glycogène que les individus atteints de simples lésions bronchiques. D'autre part, Labbé et Vitry, étudiant les échanges azotés chez les tuberculeux, ont constaté que ces malades perdaient une quantité d'azote appréciable par leurs crachats. Enfin Lesieur a confirmé pour l'urée les résultats que nous avions observé en partie pour les chlorures, sur le parallélisme des variations dans les urines, les crachats et le sérum sanguin.

II

Etude histo-chimique et cytologique. — Nous avons insisté dès nos premières communications sur l'erreur qui consiste communément à considérer le crachat comme un amas de détritus inexaminable. Nous avons pu nous assurer, au contraire, que les crachats représentaient un décalque relativement fidèle des réactions histologiques alvéolaires et bronchiques que l'anatomie pathologique nous enseigne. Mais pour cette étude une bonne technique est nécessaire. C'est par son exposé que nous commencerons.

Technique. — Les crachats seront examinés aussi rapidement que possible après leur émission.

Il seront étalés avec un gros fil de platine aplati à l'extrémité, d'une façon aussi uniforme que possible.

La *fixation* sera faite comme pour les lames de sang. Nous nous sommes servis de préférence de l'acide chromique à 1 p. 100 (deux secondes puis lavage à grande eau).

Coloration. — La coloration fondamentale est celle par le bleu polychrome de Unna (de Grübler) pur, pendant trois minutes, après fixation à l'acide chromique. Différenciation à l'alcool à 90 degrés. Unna, dans une série de travaux, avait en effet étudié la coloration métachromatique violet rougeâtre que donne avec son bleu polychrome la mucine (un des constituants fondamentaux des crachats). Nous avons pu vérifier la valeur de ce colorant à ce point de vue et nous avons pu constater d'autre part, qu'il était le seul qui nous permît de mettre en évidence, à côté du mucus, la présence d'un exsudat séro-albumineux analogue au liquide pleural.

Deux autres colorations sont presque indispensables. L'une, l'*éosine-bleu de méthylène* colore les granulations des polynucléaires (éosine à 0,50 p. 100, trois minutes, lavage à l'eau ; bleu de méthylène en solution aqueuse saturée, cinquante secondes. Lavage à l'eau. Il ne faut pas dépasser ce temps de cinquante secondes pour éviter la surcoloration par le bleu).

L'*hématéine-éosine* est une coloration indispensable, si l'on veut s'assurer de la présence d'éosinophiles. Parmi les procédés de coloration spéciaux, nous devons citer encore la Farblösung für Elastische Fasern de Weigert (Grübler). Elle nous a permis de colorer électivement les *fibres élastiques* dans les crachats, sans aucun artifice spécial. (Fixation à l'alcool absolu. Coloration par la solution ci-dessus, vingt minutes. Décoloration faite à l'alcool absolu. Les fibres élastiques restent seuls colorées). Ce colorant, utilisé avec succès par les histologistes dans ces dernières années, et qui tend à remplacer l'orcéine, nous a donné d'excellents résultats.

Enfin l'examen microscopique à l'immersion sera fait *de préférence à la lumière artificielle.* Celle-ci est indispensable pour avoir avec netteté les réactions métachromatiques. Cet examen microscopique nous montrera un fond sur lequel trancheront des éléments cellulaires et des aspects réticulés.

I. Etude analytique des éléments des crachats. — Dans une préparation microscopique on doit envisager les fonds de la préparation et les éléments qui tranchent sur ce fond.

1° LES FONDS. — *Eau.* — Tout crachat renferme une certaine quantité d'eau. Dans quelques cas l'eau est l'élément principal; ainsi pour les expectorations abondantes de certains bronchitiques chroniques (catarrhes pituiteux), qui renferment très peu relativement de mucine. A l'examen microscopique l'absence de ce fond de ces crachats est typique. D'autre part, suivant qu'il y a plus ou moins d'eau

mêlée au mucus ou à l'exsudat séro-albumineux, le fond paraîtra plus ou moins clair.

Mucus. — L'élément fondamental banal, qui traduit toute irritation de l'appareil respiratoire, est le mucus hyalin. Il se révèle à nous, au microscope, par des nappes mal limitées anhystes, sans striation, ayant une réaction colorante basique, et avec le bleu polychrome de Unna une réaction métachromatique violet rougeâtre des plus nettes. La présence de ce mucus hyalin n'a aucune signification diagnostique. Cependant sa prédominance, se traduisant par des nappes assez épaisses sur le crachat étalé, et examiné au microscope avec une technique convenable indique que l'on est au début d'un processus aigu. Ainsi ce mucus hyalin forme le fond du crachat adhérent de la bronchite aiguë au début. Ainsi chez un emphysémateux ayant de la bronchite chronique, l'apparition de nappes épaisses de mucus hyalin, traduit le réveil du processus de bronchite, réveil auquel correspondaient déjà la rareté et l'adhérence plus grandes des crachats.

Mais la valeur séméiologique de l'examen microscopique du crachat est due surtout à la combinaison de ce mucus avec d'autres éléments.

Exsudat séro-albumineux. — Un des faits les plus intéressants à étudier est l'addition à ce mucus hyalin d'un exsudat, que nous avons appelé *exsudat séro-albumineux*, qui forme par exemple avec ce mucus le fond des préparations de crachat pneumonique, au début de l'affection, et qui se traduit au microscope par des aspects en gouttelettes, plaquées sur ce mucus et tout à fait typiques. Ces gouttelettes sont d'aspect anhyste, sans rien qui rappelle une structure d'élément cellulaire. Leurs bords sont plus ou moins bien limités, parfois assez baveux. Leur épaisseur semble variable ainsi que leur forme ; tantôt on a des aspects de gouttes nettement rondes ayant un diamètre triple d'un globule rouge, tantôt elles sont très volumineuses, gardant soit l'aspect d'une grosse masse ronde, soit de masses allongées ; parfois des gouttes de grosseur moyenne peuvent s'accoler, donnant l'illusion d'une levure bourgeonnante. Vis-à-vis du bleu polychrome, cette substance a une réaction colorante violet bleu ; quand elles sont très épaisses, le centre le plus foncé peut paraître violet noir, réaction tout à fait distincte du violet rouge du mucus. Tantôt le mucus hyalin domine, tantôt ce sont les gouttes de cet exsudat qui l'emportent et sont agglomérées. Dans quelques cas de pneumonie, elles confluent, formant une véritable nappe bleu violet, encore plus bleue que violette.

En ce qui concerne sa nature séro-albumineuse, nous avons pu l'établir par des recherches cliniques et expérimentales. Supposant que ces gouttelettes qui faisaient le fond du crachat d'œdème pulmonaire étaient de nature albumineuse, nous avons comparé leurs aspects avec ceux de diverses substances albumineuses étalées sur lames, fixées et colorées par nos procédés habituels. Le sérum de lapin, le sérum humain, l'exsudat pleural, le liquide d'ascite examinés sans être trop étalés, donnent des aspects identiques à nos gouttelettes. Le lactosérum, l'eau albumineuse assez concentrée donnent les mêmes aspects. L'eau albumineuse très concentrée nous a même fourni une réaction intéressante. Elle nous montrait par places, en dehors de la nappe violet bleu, des régions violet rougeâtre avec le bleu de Unna. Or dans les travaux récents sur la constitution chimique du blanc d'œuf, on a montré qu'après l'ovalbumine, c'est l'ovomucoïde de Mörner, qui est la substance la plus importante. Ainsi se trouve indirectement confirmée la valeur des réactions métachromatiques.

En résumé, la constatation dans un crachat de cet exsudat séro-albumineux a une réelle valeur diagnostique. Elle permet d'affirmer l'existence d'un trouble dans l'équilibre vasculaire de l'alvéole, au cours de processus inflammatoires ou non.

2° Les aspects réticulés ayant les réactions colorantes du mucus n'ont, pas plus que le mucus hyalin, de valeur pathognomonique. On les trouve, d'une façon banale et en grande abondance, dans les crachats, quand la période de début des états inflammatoires est passée, ou quand il s'agit d'affections chroniques. Ils marchent de pair, en quelque sorte, avec l'apparition des leucocytes polynucléaires. Ces aspects réticulés revêtent trois formes principales.

a. Tantôt de longs écheveaux de fibrilles presque parallèles plus ou moins entremêlés par places, comme les nœuds d'un écheveau embrouillé ; c'est cet aspect que prennent après étalement les spirales de Curschmann.

b. Tantôt on a une formation réticulée donnant l'illusion d'une fine fausse membrane, formée de mailles onduleuses, enserrant des polynucléaires.

c. Tantôt enfin on voit des petits réticulums bien limités, bien isolés, arrondis ou allongés ou en calebasse ayant l'étendue d'une grande cellule.

Ces trois aspects de réticulums ont la même réaction métachromatique violet rougeâtre avec le bleu polychrome, mais ils sont probablement de nature différente.

L'aspect en longs écheveaux de fibrilles parallèles correspond à un aspect strié du mucus glandulaire, rappelant l'aspect du mucus auquel on a ajouté une goutte d'acide acétique.

Les deux autres aspects ont probablement la même origine, le grand réseau enserrant les polynucléaires étant formé, croyons-nous, par l'agglomération des petits réticulums limités et ceux-ci étant soit d'origine leucocytaire, soit d'origine cellulaire bronchique, et plus exactement d'origine nucléaire (1).

Agglomérées ces dégénérescences cellulaires réticulées donnent l'aspect en fausse membrane, en grand réseau. Ce sont ces grands réseaux que l'on avait pris pour des réseaux fibrineux dans le crachat pneumonique, erreur qui avait déjà été faite pour les fausses membranes de l'entérite muco-membraneuse ou de la bronchite pseudo-membraneuse, et dont les auteurs récents ont fait justice.

Or les réactions colorantes, basiques, nettes et

(1) Nous croyons pouvoir soutenir cette opinion d'après différentes recherches comparatives (frottis de bronches chez des lapins, etc.) exposées en détail dans la thèse de l'un de nous.

faciles de ces réseaux, violet rougeâtre avec le bleu de Unna, violet avec l'hématéine-éosine, bleu avec le bleu de méthylène-éosine, les séparent des réseaux fibrineux, qui prennent beaucoup moins fortement les colorants, d'une part, et qui ont des réactions colorantes différentes : bleu vert ou bleu gris très pâle, avec le bleu de Unna, rose avec le bleu-éosine ou l'hématéine-éosine. Nous rappellerons également leurs différences morphologiques; le réticulum fibrineux étant aussi raide, formé de mailles petites, anastomosées à angles droits ou aigus, que le réticulum mucineux est souple et onduleux.

Enfin nous insisterons sur ce fait que ces réticulums mucineux sont particulièrement abondants, et d'étendue considérable, dans les crachats muco-purulents de la bronchite des emphysémateux, de la coqueluche ou des vieilles bronchites avec stase. La prédominance de ces aspects dans les circonstances cliniques que nous venons d'énumérer élimine forcément l'idée de la nature fibrineuse de ces réticulums.

3° Les éléments cellulaires. Les éléments que nous venons d'étudier constituent le fond de préparation. Sur ce fond on aperçoit des cellules, globules du sang, éléments cellulaires de l'arbre respiratoire nouveaux ou altérés :

Les globules rouges. Leur présence dans les crachats non sanglants n'est pas banale. Ils se voient surtout au début des alvéolites, congestion pulmonaire aiguë, pneumonie, et leur apparition signifie une menace de complication alvéolaire, au cours d'une bronchite par exemple.

Les polynucléaires neutrophiles se montrent alors à nous intacts, isolés, ou enserrés dans les mailles des formations réticulées. Ils se montrent également présentant les altérations pycnotiques signalées par les hématologistes; leurs granulations peuvent être intactes et très nettes ou altérées, et même disparues. C'est une notion importante comme nous le verrons pour l'étude des crachats tuberculeux. A un degré d'altération de plus on observe un aspect en filament onduleux, ressemblant à un gros spirillum refringens, aspect qui est dû à l'étirement du noyau; l'agglomération de ces filaments contribue à la formation des aspects réticulés.

Si la présence des polynucléaires neutrophiles est un phénomène banal à la période de « coction » des affections broncho-pulmonaires, ils sont rares ou absents au début des processus aigus, bien que les auteurs aient signalé leur présence, par exemple, dans les crachats de début de la pneumonie.

Cette dernière notion, bien que classique, est absolument inexacte. La présence des polynucléaires en abondance indique, au contraire, la période d'état des affections aiguës. Ils coïncident en général avec une substitution des réticulums mucineux au mucus hyalin. Dans les affections chroniques des voies respiratoires, dont le type est la bronchite chronique qui accompagne l'emphysème, alors qu'ils sont un des éléments principaux du crachat muco-purulent banal qui caractérise cette affection, ils diminuent d'importance, quand quelque complication survient.

Les *cellules éosinophiles*, dont certains auteurs considèrent la présence comme banale, ne sont considérés comme tels qu'à la suite de recherches faites avec une technique défectueuse (1). En réalité elles sont rares, et ne se voient que dans les états dyspnéiques, qui rentrent dans le cadre de l'asthme vrai. De même que les éosinophiles sont rares dans le sang au cours des maladies infectieuses aiguës, de même elles sont rares dans les crachats; on les rencontre en grande quantité dans le crachat vitreux si souvent unique, crachat « perlé » que rend le malade à la fin de sa crise d'asthme, dit essentiel, ou dans le crachat mousseux, abondant, le catarrhe « pituiteux » de certains emphysémateux. Leur présence dans les crachats acquiert une valeur séméiologique considérable dans les états dyspnéiques.

Dans un travail récent, nous avons repris en détail l'étude de ces cellules éosinophiles du crachat des asthmatiques. Nous avons montré qu'elles se présentaient sous différents aspects : tantôt polynucléaires éosinophiles du sang, à noyau clair, tantôt polynucléaires à noyaux pycnotiques, plus souvent encore cellules mononucléées, ayant l'aspect d'un myélocyte, d'un lymphocyte à granulations éosinophiles, ou même d'une cellule conjonctive allongée. Les cellules éosinophiles des crachats des asthmatiques rappellent donc absolument les cellules éosinophiles trouvées dans les pleurésies à éosinophiles ou les kystes hydatiques et leurs caractères sont ceux des cellules trouvées dans les processus éosinophiliques d'origine locale.

Cellules bronchiques. — Sous *sa forme adulte et typique* les cellules bronchiques n'apparaissent qu'exceptionnellement dans les crachats. Elles s'altèrent en effet rapidement et n'apparaissent guère que sous leurs aspects de dégénérescence. Néanmoins dans certains cas, la muqueuse des voies respiratoires semble desquamée en quelque sorte en bloc, aussi dans les crachats expulsés avec difficulté, laryngite ou trachéite au début, et surtout dans les crachats d'asthmatiques il se produit une sorte d'arrachement de quelques cellules épithéliales. Mais le plus souvent elles apparaissent à divers stades de dégénérescence, aboutissant à la dégénérescence réticulée que nous avons étudiée plus haut, dégénérescence dont l'agglomération donne l'aspect en grands réseaux.

Les cellules des alvéoles pulmonaires. — L'épithélium de l'alvéole pulmonaire se présente à nous dans les crachats sous trois aspects :

1° *La petite cellule alvéolaire*. Ce sont des cellules bien limitées du volume d'un mononucléaire moyen le plus souvent. Leur noyau est rond, parfois ovalaire, occupant exactement le centre de la cellule, et assez volumineux pour en occuper les deux tiers. Sa

(1) Nous avons discuté longuement ailleurs la question de la bronchite éosinophilique de Teichmüller qui repose sur une erreur de technique. Il ne faut pas oublier que l'éosine-bleu de méthylène colore les granulations dites neutrophiles comme le triacide, et il ne faudra pas confondre ces granulations avec les vraies éosinophiles. Une préparation à l'hématéine-éosine est indispensable dans les cas douteux.

réaction colorante est nettement basique. Il prend fortement le Unna en violet noir, l'hématéine en violet, le bleu de méthylène en bleu noir; le cytoplasma qui l'entoure est le plus souvent nullement granuleux et franchement violet par le Unna qui le teinte plus ou moins fortement.

On les trouve en grand nombre dans les processus intéressant l'alvéole et inversement elles ne manquent jamais au cours de ces processus (congestions pulmonaires, aiguës et chroniques, pneumonie, broncho-pneumonie, au moment où à la bronchite du début succèdent les foyers de condensation). Elles existent en grand nombre dans les crachats des tuberculeux au moment où se forme le foyer de ramollissement. On en trouve peu dans les crachats des emphysémateux qui ont surtout de la bronchite mais leur présence en quantité notable permettra par exemple de dire que, sous les signes de bronchite, se cache un foyer de congestion pulmonaire ou de pneumonie comme dans une de nos observations de broncho-pneumonie.

2° *Le macrophage endothélial* (cellules à poussière ou à pigment).

Ce sont de grandes cellules nucléées, à protoplasma prenant mal les colorants et parfois vacuolaire. Entre la petite cellule à type de mononucléaire moyen et la grande cellule vacuolaire on trouve tous les intermédiaires, et notamment de grandes cellules ovales à protoplasma clair, à noyau en calotte, périphérique, fortement basique. Souvent sur le cytoplasma clair sont disséminés quelques grains noirâtres (poussière ou pigment). On connaît d'ailleurs depuis longtemps ces cellules dénommées cellules à poussière, ou cellules cardiaques suivant la nature du pigment qui les surcharge et si nous rapprochons ces divers aspects cellulaires, c'est qu'il nous paraît extrêmement difficile de les séparer autrement que par la nature de leur pigmentation.

Le pigment de la cellule dite cellule à poussière est le pigment charbonneux classique, nous n'y insisterons pas. Cette cellule à poussière se rencontre assez souvent dans les crachats, notamment chez les individus atteints de laryngite. Les cellules à pigment se voient surtout au moment de la résolution des foyers alvéolaires; ainsi au décours de la pneumonie.

Les cellules à pigment sanguin, *dites cellules cardiaques*, présentent différents aspects. Le plus souvent elles ont un noyau excentrique, un cytoplasma clair, plus ou moins abondant, plus ou moins vacuolaire, plus ou moins chargé d'une pigmentation tantôt diffuse, tantôt limitée et granuleuse. Elles se voient surtout en abondance dans les crachats, plus ou moins sanglants, des malades cardio-rénaux, présentant des signes de congestion passive des bases du poumon. Les Allemands ont d'ailleurs appelé ces cellules « herzfehlerzellen », cellules du cœur défaillant. On en voit non seulement dans les crachats hémoptoïques, mais même dans les crachats muqueux, un peu ambrés, ou dans les crachats « jus de pruneaux » de ces malades. D'autre part, on en trouve encore, mais bien moins abondantes et isolées, à la période de résolution des pneumonies et des congestions pulmonaires aiguës au moment où les crachats cessent d'être rouillés. C'est avant tout la cellule de résorption d'un épanchement sanguin.

(*A suivre.*)

LA PATE BISMUTHÉE DE BECK

QUELQUES RÉSULTATS PRATIQUES

Par M. Emile GIROU,

Interne des hôpitaux de Paris.

Nous n'avons nullement l'intention de retracer ici l'historique de la nouvelle méthode thérapeutique à laquelle Beck (de Chicago) a donné son nom (1), nous ne voulons pas faire une revue générale sur la pâte bismuthée, nous voudrions seulement au moment où, de toutes parts en France, l'on essaie ce nouveau mode de traitement, dire quels résultats il nous a donnés. Nous croyons pouvoir rendre ainsi quelques services en mettant en garde contre un danger qui n'a pas encore été signalé.

Comme beaucoup de nos maîtres et de nos collègues des hôpitaux, nous n'avons pas voulu condamner ni vanter cette méthode sans l'avoir mise à l'essai. Cinq malades ont été ainsi traités par nous dans le service de notre maître M. le docteur Reynier, à l'hôpital Lariboisière. Voici leur histoire résumée brièvement.

Nous n'insisterons pas sur la première, car elle ne saurait rien prouver ni pour ni contre la méthode : c'est celle d'un jeune malade de la salle Ambroise Paré, qui s'était fait une fracture intracapsulaire du col fémoral gauche le 17 octobre 1908. On l'avait enchevillée le 16 février 1909, la cheville s'était cassée et bien qu'on en ait retiré les fragments au début de mai, il persistait depuis cette époque une suppuration abondante de la région trochantérienne. Nous avons par une des fistules de cette région, en obturant momentanément les autres avec des tampons de coton, fait une première injection de la pâte bismuthée de Beck contenant 5 p. 100 de paraffine à 49 degrés et 5 p. 100 de cire blanche. La suppuration a persisté : deuxième injection dix jours plus tard qui ne modifie pas non plus la suppuration; pour des raisons qui nous sont étrangères nous avons dû chez ce malade abandonner le traitement.

La deuxième malade avait une fistule bacillaire de la fosse ischio-rectale droite datant de plusieurs mois; elle suppurait peu. Nous avons pratiqué trois injections de la pâte bismuthée n° 2 et nous avons pu voir cesser la suppuration et la fistule se refermer.

La troisième malade avait eu il y a trois ans une pleurésie purulente opérée le 4 janvier 1907 chez elle en banlieue. Il en était résulté une fistule pleurale qui depuis n'avait pas cessé de suppurer abondamment. Le 7 juin dernier, M. Chifoliau opère la malade de nouveau : la résection costale portant sur trois côtes et ouvrant une énorme collection, on nettoie et l'on draine, il persiste ensuite un écoulement assez abondant. Du 1er novembre au 1er février, M. Chifoliau lui fait dans sa fistule six injec-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 28, p. 336.

tions de pâte bismuthée n° 1 qui achèvent de cicatriser la plaie opératoire ; actuellement il ne persiste plus qu'une fistulette suintant à peine.

Notre quatrième malade avait eu en octobre 1908 une ostéomyélite aiguë lamellaire assez bénigne du tibia gauche que l'on opéra à l'hôpital Lariboisière. Une amélioration notable de l'état local et de l'état général s'ensuivit, mais depuis il persistait un écoulement ininterrompu, puis au début de novembre 1909 il s'ouvrit à la partie supérieure du tibia gauche une grosse collection suppurée, ce qui motiva le retour de la malade dans le service. La radiographie me montra alors deux foyers dans le tibia gauche, l'un à la partie supérieure, du volume d'une noix contenant un séquestre, un autre plus petit à sa partie inférieure. Je fis un curettage de ses deux cavités osseuses, puis j'injectai dans les deux de la pâte bismuthée n° 2. La cavité supérieure se ferma en huit jours et depuis il n'y persiste plus qu'un très léger suintement (une compresse laissée huit jours présente une tache d'une dimension d'une pièce de vingt centimes et ne traversant pas trois épaisseurs de gaze). Pour la partie inférieure, la lésion osseuse a été guérie en une quinzaine de jours, mais il s'est développé *superficiellement* sous les téguments quelques jours après l'injection une collection suppurée qui a guéri rapidement après un large débridement.

Notre dernier malade est malheureusement de beaucoup le plus intéressant. C'est un coxalgique de vingt-deux ans, multifistuleux depuis trois ans; son état général était médiocre mais non cependant cachectique : il suppurait abondamment, avait une température oscillant entre 37°5 et 39°5. Par l'une de ses fistules située sur la face externe du grand trochanter, je lui injectai le 2 décembre 10 centimètres cubes de la pâte bismuthée n° 2. Dix jours plus tard, je regardai le pansement, pas de modification de la suppuration ; même état local et général; nouvelle injection de pâte bismuthée. Le surlendemain, il me fit remarquer un œdème encore peu considérable de tout le membre inférieur droit commençant brusquement au niveau où j'avais pratiqué l'injection. Je mis le membre inférieur dans l'immobilisation absolue, les jours suivants l'œdème augmenta sans s'étendre au delà de la limite supérieure du premier jour : œdème dur blanc puis rosé et même un peu violacé. En même temps la température est montée, ses oscillations devenaient plus grandes : de 38 à 40 degrés. Quelques jours plus tard, le 26 décembre, le malade mourait *brusquement* sans aucun prodrome en buvant du lait.

Il nous a été malheureusement impossible de faire l'autopsie qui nous aurait beaucoup intéressés.

Cette observation, bien que par conséquent incomplète, nous a paru devoir être publiée. Nous avons connaissance en effet de nombreux cas d'intoxication aiguë ou chronique due à la pâte bismuthée, mais aucun cas comparable au nôtre n'a été signalé. Il semble bien que l'histoire clinique de notre malade, malgré l'absence d'autopsie, permette de lier la mort à l'inflammation d'une grosse embolie sous l'influence de notre injection de pâte bismuthée. Comment a-t-elle agi ? Nous n'en savons rien. L'embolie était-elle constituée au moins originellement par la pâte ? Nous sommes peu portés à le croire, nous penserions plus tôt qu'en comprimant un gros tronc veineux, la pâte bismuthée a pu y ralentir le cours de la circulation, permettre ainsi aux microorganismes qui devaient s'y trouver par suite des lésions de voisinage (la température nous le laisse supposer) d'y produire une endophlébite ayant abouti à la formation d'une embolie.

Nous savons d'autre part que des cas analogues d'embolie mortelle ont été signalés à la suite d'injections de paraffine dans des oto ou rhinoplasties.

Nous conseillerions donc volontiers de se servir de préférence de la pâte bismuthée n° 1 de Beck qui ne contient ni cire blanche ni paraffine et de ne jamais l'employer chez des malades dont la température dépasse la normale. En faisant ces deux réserves formelles, nous croyons qu'il serait inutile de se priver d'une nouvelle thérapeutique qui, dans certains cas (ostéomyélite, fistule pleurale et fistule anale), a paru nous donner des résultats appréciables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er JUIN 1910)

La teinture d'iode. — Une nouvelle discussion s'élève sur l'emploi chirurgical de la nouvelle teinture d'iode du Codex, qui, comme on sait, contient le double d'iode de l'ancienne formule et qui déjà, dans plusieurs cas, a déterminé des accidents de vésication et même d'infection secondaire. MM. QUÉNU, DELBET, KIRMISSON, ROCHARD, BROCA sont tous d'accord pour déclarer qu'il vaut mieux recourir à l'ancienne formule qu'à la nouvelle. MM. Delbet et Kirmisson demandent même que la Société de chirurgie émette un vœu pour qu'on rende aux services de chirurgie l'ancienne teinture d'iode. Mais MM. Quénu, Broca et Rochard font observer que le règlement s'y oppose et que, d'ailleurs, il n'y a pas à revenir sur le Codex. La seule ressource qui nous reste c'est, comme l'a dit M. Broca, que nous formulions dorénavant « teinture d'iode dédoublée ».

L'avis est bon à retenir.

Action du chloroforme sur les viscères. — M. QUÉNU revient sur cette question. De nombreuses expérimentations, d'un nombre considérable de travaux, il résulte que le chloroforme exerce une action nocive sur les viscères, détermine une imprégnation de tous les tissus et détermine, en un mot, une véritable intoxication. Il en est de même d'ailleurs de tous les anesthésiques généraux. M. Quénu a cru devoir appeler l'attention de ses collègues sur les dangers du chloroforme chez les ictériques. M. Gosset avait déjà signalé ce danger et conseillé de n'employer que l'éther chez les ictériques.

M. Quénu répond aux diverses objections qui ont été soulevées par M. Reynier. A cette supposition formulée par M. Reynier que des accidents d'ictère attribués au chloroforme devraient l'être peut-être à l'infection, M. Quénu répond que les recherches histologiques ont démontré que le chloroforme déterminait une hypertrophie des cellules hépatiques. Enfin, il faut, dit M. Quénu, attacher une grande importance au syndrome hémorragique qui indique généralement une lésion hépatique. M. Quénu maintient donc ses

premières conclusions sur les dangers particuliers du chloroforme chez les ictériques.

M. SEGOND, tout en félicitant M. Quénu de ses recherches, craint que cette nouvelle communication ne donne encore des armes à ceux qui combattent l'usage du chloroforme. Etant donnée l'importance qui s'attache à tous les travaux de M. Quénu, il est à craindre que les faits qu'il vient de signaler ne détournent les chirurgiens du plus précieux de tous les anesthésiques.

M. QUÉNU répond à M. Segond qu'il n'est pas responsable des exagérations qu'on a pu donner à ses conclusions. Il n'a voulu attirer l'attention de ses collègues que sur ce seul fait que le chloroforme peut être dangereux chez les ictériques.

Les lavements électriques dans l'obstruction intestinale. — M. SOULIGOUX, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Marion sur un cas d'obstruction intestinale par calcul biliaire dans lequel un cinquième lavement électrique aurait donné un résultat, s'élève contre l'emploi de ces lavements dans ces cas. Dans l'hypothèse d'un néoplasme chez une femme âgée, hypothèse qui avait été faite dans le cas de M. Marion, M. Souligoux aurait préféré établir une fistule stercorale à droite. Dans ces cas, au-dessus du rétrécissement intestinal les parois de l'intestin sont épaissies. Que peut un lavement électrique dans ce cas? Provoquer de violentes contractions et risquer de rompre l'intestin. Le lavement électrique est donc inutile et dangereux. Malgré le bon résultat obtenu par M. Marion, M. Souligoux combat nettement cette manière de faire et pense qu'il vaut mieux, en pareille circonstance, recourir à une fistule stercorale à droite.

Le radium dans le cancer. — Après les rayons X, la fulguration, après la fulguration le radium! Nous serons sans doute bientôt fixés, car voilà une discussion engagée, sur ce sujet, à la Société de chirurgie, à propos d'un rapport de M. MONOD sur un travail de MM. Wickham et Degrais relatif au rôle du radium dans le traitement du cancer. Quelles sont les indications de la cure du radium? Dans les cas où l'exérèse complète par le bistouri, qui reste le procédé le plus rapide et le plus sûr, est impossible, le radium peut atténuer la douleur et faire assez rétrocéder la tumeur pour qu'elle devienne opérable. Dans d'autres cas on peut commencer par faire une ablation partielle du néoplasme et faire ensuite intervenir le radium. Enfin, dans certaines récidives on peut recourir d'emblée au radium.

M. Monod apporte plusieurs exemples, avec moules et dessins à l'appui, dans lesquels le radium semble bien avoir eu le double résultat, de faire cesser la douleur et de déterminer une certaine régression de la tumeur permettant de la rendre plus accessible à l'exérèse par le bistouri.

La conclusion de M. Monod est donc que le radium est une ressource utile contre le cancer à condition qu'il soit soumis au contrôle de la chirurgie.

M. SEGOND fait connaître les résultats de sa pratique. Il a employé le radium contre le cancer par le procédé de Dominici, c'est-à-dire par la méthode de pénétration du tissu néoplasique. Il n'a pas vu un seul cas de guérison radicale, mais il s'associe aux conclusions de M. Monod relatives aux quelques avantages qu'on peut tirer de l'emploi du radium dans le traitement du cancer. En voici quelques exemples. Dans un cas de cancer inopérable et horriblement douloureux de la face, une application de radium fait cesser les douleurs et diminue la tumeur au point que M. Segond a pu l'opérer. Malheureusement le cancer continue à fuser dans les régions voisines. Un cancer de la langue opéré par transfixion a été très amélioré. Trois malades atteints de cancers de la langue ont été soulagés, améliorés, mais non guéris. Un horrible cancer de la langue et du plancher de la bouche a été très diminué et très amélioré par le radium. Le malade maintenant mange, boit et dort. En résumé dans les cas où le bistouri est contre-indiqué par le fait même de l'extension de la tumeur, le radium peut rendre des services.

Arrivant au cancer de l'utérus, M. Segond cite un cas, que connaît également M. Nélaton, et dans lequel il s'agit d'une jeune femme qui semble actuellement guérie d'un cancer du col de l'utérus. Un cancer du vagin inopérable a été amélioré dans des proportions considérables.

Enfin, M. Segond signale deux résultats assez favorables de l'emploi du radium dans deux cas de récidive ganglionnaire d'épithéliomas du sein. Il conclut que le radium peut être avantageusement employé dans le traitement de certains cancers.

M. DELBET a recours depuis longtemps au radium dans le traitement des cancers. Il emploie des tubes portant du bromure de radium pur. Il a fait des expériences sur des chiens. Il a toujours fait la biopsie des tumeurs sur lesquelles il a agi avec le radium. M. Delbet reproche aux auteurs de la communication que vient d'analyser M. Monod de n'avoir pas donné les examens histologiques avant comme après l'application du radium.

M. Delbet entre ici dans une série d'explications sur les rayons alpha, bêta et gamma du radium, d'où il résulte que c'est par filtration et non par ultra-pénétration qu'auraient agi les rayons employés par M. Segond.

Retenons de la savante argumentation de M. Delbet ce fait que quand il s'agit de néoplasmes superficiels le radium n'agit pas mieux que les rayons X. Au point de vue histologique c'est tout un. Et même avec les rayons X on peut agir sur une portion de tumeur plus étendue. Ajoutons que parmi les diverses variétés de cancers, les uns seraient plus sensibles au radium, les autres aux rayons X. Pour les cancers de l'utérus, du rectum, c'est au radium que M. Delbet donne la préférence. Il se sert d'un trocart qu'il introduit dans la tumeur, il retire le trocart et par sa canule introduit le tube de radium qu'il pousse ainsi au centre de la tumeur, puis il retire la canule du trocart. Il n'y a aucun danger avec cette manière de procéder.

L'action du radium diffuse très peu et ne dépasse pas 5 à 6 centimètres. C'est pourquoi il faut larder certaines tumeurs comme on le faisait autrefois avec les flèches de Canquoin. En somme le radium agit comme les caustiques, avec cette différence toutefois qu'il détruit le tissu néoplasique et respecte le tissu conjonctif. C'est dans le cancer de l'utérus que M. Delbet croit en avoir obtenu les meilleurs résultats.

M. SEGOND ne saurait suivre M. Delbet sur le terrain purement scientifique où il s'est placé. Il a voulu seulement apporter des faits cliniques. Toutefois les tumeurs dont il a parlé ont eu la sanction du microscope.

M. DELBET a surtout porté ses critiques sur les faits de MM. Wickham et Degrais.

M. TUFFIER a eu recours au radium dès le début, ce qui l'a surtout frappé c'est que le radium semble avoir une action élective sur la cellule cancéreuse et respecte le tissu conjonctif. Il l'a employé avant, pendant et après les opérations; avant, dans le but de diminuer les cas de néoplasmes inopérables et de les rendre opérables; pendant, comme une sorte de drain destiné à détruire ce qui pourrait rester; après, dans des récidives inopérables.

M. Tuffier apporte plusieurs faits à l'appui de ces considérations, faits dans lesquels, soit qu'il s'agisse de cancers primitifs, soit qu'il s'agisse de récidives, le radium a presque toujours donné ces deux résultats : sédation de la douleur, atténuation de la tumeur.

Les conclusions de M. Tuffier concordent donc avec celles de M. Segond.

Greffe adipeuse. — M. CHAPUT présente un malade chez lequel il a pratiqué un évidement osseux pour ostéomyélite, évidement qu'il a comblé par une greffe adipeuse.

Trépan. — M. DELBET présente un nouveau trépan.

PRATIQUE MÉDICALE

L'IODE COLLOIDAL

Il est permis de dire à cette heure que l'état colloïdal des métaux a révolutionné la médecine, et que l'introduction dans la pratique journalière de ces substances, douées de vertus nouvelles et complexes, a pourvu la thérapeutique d'armes merveilleusement trempées et de portée incalculable.

Il suffit, pour appuyer cette assertion sur des faits irréfutables, de rappeler les succès réellement miraculeux enregistrés à la suite de l'emploi de l'argent colloïdal dans le traitement de l'érysipèle, de la grippe, de la pneumonie, de la fièvre puerpérale, de toutes infections en un mot.

Pour préparer les colloïdes métalliques, on a recours à la méthode physique, qui consiste à faire jaillir l'arc électrique entre deux électrodes constituées par le métal que l'on veut solubiliser. Or, ce procédé n'est applicable qu'aux métaux, et la thérapeutique eût risqué de rester longtemps privée des admirables ressources que promettaient *a priori* de lui fournir les métalloïdes sous cette forme moléculaire, si des préparateurs avisés n'avaient trouvé un moyen chimique de réaliser l'état colloïdal de ces corps, dont certains tiennent, dans l'art de guérir, un rôle de premier plan.

Parmi ces corps, l'Iode, ce grand modificateur de la nutrition, est incontestablement le plus important. Aussi devons-nous savoir gré à M. Dubois d'avoir réussi le premier et le seul à mettre à la portée des malades et des médecins, sous le nom suggestif de *Collo-Iode*, une combinaison organo-métalloïdique dans laquelle l'iode, associé à une albumine végétale soigneusement sélectionnée, se trouve réduit à un état d'extrême divisibilité tel que son action curative dépasse et de beaucoup non seulement celle des solutions salines utilisées jusqu'alors (iodure de potassium, de sodium), mais encore les préparations organiques qui s'adressent aux graisses, aux huiles, à la peptone, au tannin, et qui, toutes, sont instables, inactives et irritantes.

Les caractères du *Collo-Iode* énumérés ci-après suffisent à expliquer sa supériorité sur tous les autres composés iodés :

1° Il s'agit d'*une préparation médicamenteuse très riche en iode.* Elle contient, en effet, à l'état sec 45 p. 100 d'iode actif, et XX gouttes de sa solution correspondent à 6 centigrammes d'iode, ce qui permet de produire *le maximum d'effet avec le minimum de volume.*

2° *Le Collo-Iode est remarquablement assimilable. Sa toxicité est nulle*, et il peut être absorbé sans le moindre inconvénient.

3° Le produit se décompose très lentement dans l'intestin, et l'iode mis ainsi en liberté en petite quantité à la fois, mais d'une façon constante et régulière, ne risque pas de s'accumuler dans l'organisme et de déterminer des accidents d'intoxication ou seulement d'intolérance.

Pour ces raisons, le *Collo-Iode* trouve des indications formelles toutes les fois que la médication iodée est de rigueur ; toutes les fois, par exemple, qu'il est nécessaire de dépurer l'organisme en provoquant une abondante mononucléose, d'exalter la vitalité des organes lymphoïdes, d'améliorer la circulation cardio-pulmonaire, de soulager le travail du cœur, etc.

Ajoutons que la posologie du médicament est de fixation aisée, XX gouttes de la solution correspondant exactement à 1 gramme d'iodure. On se rappellera qu'on a tendance à employer le Collo-Iode à doses trop élevées, alors qu'au contraire des doses très minimes suffisent en bien des cas. Celles-ci pourront varier de une goutte (enfants), à cent gouttes (adultes), prises en trois ou quatre fois, de préférence à jeun, une demi-heure avant les repas.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de l'art de formuler (1), par B. LYONNET, médecin des hôpitaux de Lyon, et R. BOULUD, pharmacien des hôpitaux de Lyon. Conforme au nouveau codex de 1908, avec préface de M. le professeur R. LÉPINE.

L'éloge de la collection Testut n'est plus à faire, et le présent ouvrage y figurera en bonne et digne place. Dû à la collaboration d'un thérapeute et d'un pharmacien, il est merveilleusement adapté au but qu'il se propose, c'est-à-dire d'enseigner à formuler correctement et en connaissance de cause. Dans ses grandes lignes l'ouvrage est divisé en trois parties : la première comprend des conseils généraux sur l'art de formuler; la seconde, vraiment très complète, très pratique et que l'on étudiera avec grand profit, est consacrée aux différentes formes pharmaceutiques; la troisième, enfin, donne une étude précise des principaux médicaments. Ils sont disposés par ordre alphabétique; ceux qui ne figurent plus ou ne figurent pas encore au Codex sont marqués d'une astérisque, et en quelques lignes sont exposées leur action thérapeutique et leur posologie moyenne.

On n'analyse pas une œuvre de ce genre, on la lit, et quand on la trouve claire et vraiment capable de rendre des services on recommande aux autres de la consulter aussi. C'est ce que je fais ici en toute sincérité. A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 26 mars 1910.) Lucien BECO : Recherches expérimentales sur l'immunité antipneumococcique. — Ch. WILLEMS : Contribution au traitement des formes graves de la tuberculose vésicale. — (30 avril.) R. HERMAN : Un cas de gangrène symétrique des deux jambes, suite de traumatisme. — P. LERAT : Contribution chirurgicale à l'étude du pancréas annulaire. — ZUNZ : Recherches sur la digestion de la viande crue et de la viande cuite chez le chat. — G. CORIN : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique (discussion).

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1910.) J. DARIER et J. HALLÉ : Sur un cas de granulome favique. — Ch. AUDRY : Sur une maladie noueuse et symétrique de la face. — P. RAVAUT : L'air chaud en thérapeutique dermatologique. — L. BROCQ : Quelques réflexions sur l'étiologie du psoriasis à propos des récentes publications américaines. — L.-M. BONNET : Mal perforant plantaire par lésion des racines sacrées postérieures. Considérations sur le rôle trophique des racines postérieures. — (N° 4, avril.) Ch. LENORMANT : Sur la prétendue botryomycose humaine. — A. BRANCA : Notes sur la structure du

(1) Un vol. de 397 pages. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

follicule pileux. — DUBOIS : Recherche du demodex folliculorum hominis dans la peau saine. — PELLIER : Sur une lymphodermite végétante à saccharomyces (S. granulatus de Vuillemin et Legrain).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1910.) M. JACOD : Sur un cas de psychose liée à une affection subaiguë de l'oreille moyenne. — F. LEMAITRE et M. SIMONIN : Pronostic des hémiplégies palato-laryngées. — LANNOIS et CURTIL : Pemphigus chronique des muqueuses (conjonctives, pharynx, larynx, nez). — (N° 4, avril.) GAUDIER : Note sur l'emploi du rouge écarlate dans le pansement des évidés. — ROY : Le pansement humide dans l'évidement pétro-mastoïdien. Mise au point de la question. — LERMOYEZ et HAULANT : De la valeur du nystagmus vestibulaire comme preuve indirecte de la fonction cochléaire en médecine légale. — KHALIL-SANTOUR : Contribution à l'étude du traitement opératoire des amygdales palatines. — ARPAD DE GIERGYAL : Nouveau mode d'examen du naso-pharynx, de la trompe d'Eustache et des régions postérieures des fosses nasales.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1910.) J.-Ch. ROUX : Le régime alimentaire des écoliers au point de vue pratique. — MARTEL : La disparition progressive de la rage à Paris et dans le département de la Seine. — AUBERT : Les grandes inondations dans le département de la Seine et les mesures de police prises pour combattre leurs effets. — FROIS : Le rôle des poussières dans l'industrie. — DORANGE : Porteurs de bacilles et endémicité diphtérique observés chez les cavaliers. — POUJOL et SALAGER : Contribution à l'étude de la suffocation provoquée par la compression de l'épigastre. — (Mai.) GINESTOUS : Hygiène des accidents oculaires du travail. — BALTHAZARD, OGIER et DUMONT : Asphyxie par l'oxyde de carbone. — PARTURIER : Hygiène privée et publique dans les villes d'eaux Vichy et Karlsbad.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, mai-juin 1910.) Roger DUPOUY : Charles Baudelaire toxicomane et opiomane. — Victor PARANT père : De la manie simple non récidivante et de la psychose périodique. — ARISMOLES et HALBERSTADT : La paralysie générale juvénile (premier article). — Calixte ROUGÉ : Consultation médico-légale sur le cas d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans inculpé d'assassinat. Psychoses de la vieillesse. Observations. — Lucien LAGRIFFE : Les fugues et le vagabondage (premier article).

Bulletin de laryngologie, oto et rhinologie. — (1er avril 1910.) F. MASSEI : La syphilis et les tumeurs de mauvaise nature de la gorge. — GUISEZ : Forme de rétrécissements cicatriciels à types anormaux. — THOST : Le traitement mécanique des rétrécissements du larynx. — TAPTAS : De la thrombophlébite du sinus latéral. — DE PARREL : Les complications de l'adénectomie de quelques accidents rares ou rarement décrits. — ABOULKER : Deux cas de papillomes du larynx. Guérison par les voies naturelles. — MALHERBE : Sarcome de l'antre d'Highmore. Evidement osseux par voie interne. — MARTIN : Traitement des déviations de la cloison nasale. — BRŒCKAERT : A propos d'un cas de rhino-pharyngocèle. — BARTHAS : Catarrhe naso-pharyngien chronique.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 3, mars 1910.) M. LETULLE et NATTAN-LARRIER : Contribution à l'histopathologie des pleurésies chroniques avec épanchement (pachy-pleurites). Le collapsus pulmonaire et les plicatures de la plèvre viscérale. — GARNIER et VILLEMIN : Cloisonnement partiel et réduction de l'arrière-cavité des épiploons au cours de l'évolution normale du péritoine chez le fœtus humain. — G. PIQUAND : Le hile du foie.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 avril 1910.) A. ROBIN : Causes et traitement de la dyspnée chez les phtisiques. — (15 avril.) M. JOURDAN : De l'emploi thérapeutique de l'allosan. — (23 avril.) HALLOPEAU : Sur un nouveau traitement abortif de la syphilis. — BARDET : Impressions d'un voyage d'études aux eaux minérales d'Allemagne et de Bohême. — (30 avril.) G. SARDOU : Opothérapie de l'insomnie. — G. BARDET : Encore et toujours le chloroforme. — (8 mai.) Maurice MICHEL : Traitement des myocardites aiguës.

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 2, mars 1910.) F. BEZANÇON et S. I. DE JONG : Valeur de l'instabilité thermique comme signe révélateur de la tuberculose pulmonaire au début. — NOBÉCOURT et MERKLEN : Variations de la température du corps chez l'enfant à l'état sain et au début de la tuberculose.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 11, 12 mars 1910.) ZICKGRAF : Sur l'excrétion phosphorée chez les tuberculeux et les chlorotiques. — (N° 12, 19 mars.) ZICKGRAF : Remarques critiques sur le choix des malades de sanatorium. — (N° 13, 26 mars.) RICHARTZ : Sur l'étiologie des glycosuries transitoires. — (N° 14, 2 avril.) STÜHMER : Sur l'emploi de foies autolysés comme extraits d'organes pour la réaction de Wassermann.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 12, 24 mars 1910.) KELLING : Recherches anaphylactiques dans le carcinome de l'homme. — CHIARI et JANNSCHKE : Empêchement de la formation des exsudats et des transsudats par les sels de potassium. — ECONOMO : Contribution à la compréhension de la chorée post-hémiplégique. — NOGUEIRA : Sur la prostatectomie sus-pubienne partielle. — WEISS : Le contrôle légal et volontaire du lait pour enfants. — (N° 13, 31 mars.) TANDLER : Influence de la sécrétion interne des glandes génitales sur l'aspect extérieur de l'homme. — SILBERMARK : L'extirpation intracranienne de l'hypophyse. — THALER : Procédé pour la différenciation bactériologique de la streptomycose puerpérale. — WAGNER : Formation de métastases dans les follicules lymphatiques de l'appendice dans le carcinome mammaire. — LIPSCHÜTZ : Examen microscopique des dermatoses bulleuses. — SCHWEINBURG : Un porte-cathéters stérilisable. — (N° 14, 7 avril.) BARTEL : Sur l'anatomie pathologique du suicide. — EHRLICH : Sur l'exclusion de la musculature comme source de chaleur, comme conséquence du procédé de Momburg. — CHODOUNSKI : Contribution à l'étude de médicaments. — LIPSCHÜTZ : Recherches microscopiques sur les dermatoses bulleuses. — (N° 15, 14 avril.) BAER et KRAUS : Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — BRUCK et STERN : Action du mercure et réaction de la syphilis. — KLECKI : Recherches cliniques sur les émanations du radium. — KÖNIGSTEIN : Recherches sur la sécrétion des glandes génitales mâles à l'ultra-microscope. — GRÜNFELD : Rapport sur le premier semestre de la station spéciale pour le traitement des ulcères de jambe. — ZUMBUSCH : Un cas de lupus érythémateux disséminé avec Wassermann positif. — REUSS et SPERK : Influence de la suppression du sucre sur les symptômes d'irritation intestinale chez les enfants. — (N° 16, 21 avril.) JOANNOVICS et PICK : Recherches expérimentales sur le rôle du foie dans la résorption des graisses dans les conditions normales et pathologiques. — MULLER et SUES : Recherches sérologiques comparatives dans la tuberculose et la syphilis. — FEDERN : Maladie de Basedow. — ULMANN : Sur les rapports entre le myome utérin et le goitre. — SELZER et WILENKO : Sur l'adrénalinémie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 3 juin. — MM. Micheleau (Bordeaux) : « Symptômes et diagnostic de l'intoxication hydrargyrique aiguë » ; note : 15 ; — Gérard (Paris) : « Epilepsie larvée » ; note : 6 ; — Patry (Paris) : La question était ainsi libellée : « *Forme clinique* des cirrhoses alcooliques » ; le candidat, estimant la question mal posée, s'est retiré en adressant une réclamation au ministre.

Séance du 6 juin. — MM. Tanon (Paris) : « Bronchopneumonie rubéolique » ; note : 13 ; — Benjamin Weill (Paris) : « Les paralysies faciales » ; note : 14.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 3 juin. — MM. Mocquot (Paris) : « Diagnostic et traitement de l'occlusion intestinale » ; note : 18 ; — Paul Hallopeau (Paris) : « Luxations traumatiques récentes de la hanche » ; note : 18 ; — Okinczyc (Paris) : « Plaies des nerfs ; » note 18.

Prochaine séance lundi 6 juin, à cinq heures.

— Section de médecine mentale. — Séance du 4 juin. — *Epreuve orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Nous répétons le sujet de la leçon de M. Laignel-Lavastine écorché de la façon la plus plaisante par les typographes dans notre dernier numéro : *Séméiologie des rêves.* M. Laignel-Lavastine a obtenu la note : 17.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 3 juin 1910. — MM. Babonneix, 18 ; Pagniez, 17 ; Merklen, 18 ; Weil (Emile), 17.

Prochaine séance, mercredi 8 juin, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury du deuxième concours est définitivement composé de MM. Bazy, Walther, Faure, Monod, Ricard, Teissier et Thiéry.

— Concours de l'adjuvat des hôpitaux. — *Oral.* — Séance du 3 juin. — MM. Luzoir et Brocq, 14 ; Lorin, 15 ; Sorrel, 18 ; Coryllos et Wolfromm, 12 ; Mock, 15.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Epreuve clinique. — Séance du 4 juin. — MM. Cartier, 13 + 6 = 19 ; Déséglise, 12 + 7 = 19 ; Journée, 13 + 6 = 19.

Dernière séance, mardi 7 juin, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bloch (Michel) est nommé, du 1er mai au 31 octobre 1910, chef du laboratoire de la diphtérie (hôpital des Enfants-malades), en remplacement de M. Weill, démissionnaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. le professeur Gaulard est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire à partir du 1er mai 1910.

— Lyon. — M. le professeur Lépine est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 6 juillet, il sera nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1910.

— Nancy. — M. le professeur Bernheim est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1910.

— Toulouse. — M. le professeur Pénières est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1910.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Legludic, directeur de l'École, est admis à faire valoir ses droits à la retraite et est nommé professeur et directeur honoraire à partir du 1er novembre.

— M. Allanic, suppléant des chaires de physique et de chimie est prorogé dans ses fonctions du 21 novembre 1910 au 31 mai 1911.

— Dijon. — M. Leclerc, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale est chargé, en outre, à partir du 10 mai 1910, des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 933.*)

LES MYOCLONIES ÉPILEPTIQUES

(A PROPOS D'UNE OBSERVATION DE SYNDROME D'UNVERRICHT)

Par MM. J. EUZIÈRE et F. MAILLET (de Montpellier).

Chez les épileptiques on peut voir survenir diverses manifestations motrices qui peuvent acquérir parfois la valeur d'un paroxysme ordinaire (1), qui dans d'autres cas surviennent sans caractères équivalentaires à titre de phénomènes surajoutés. Parmi ces troubles moteurs figurent les mouvements myocloniques. Herpin, en 1853, dans son *Traité des accès incomplets*, paraît avoir été le premier à parler de phénomènes analogues. Il cite en effet des crampes, des convulsions survenant dans l'intervalle des crises et coïncidant avec l'intégrité de la conscience. Depuis, à plusieurs reprises, divers auteurs ont spécifié le caractère myoclonique des phénomènes constatés et ils ont employé pour les désigner les termes de *myoclonie épileptique*, d'*épilepsie myoclonique* ou même *choréiforme*, d'*épilepsie partielle continue* auxquels suivant les cas ils ajoutaient les qualificatifs d'*intermittentes* ou de *familiales*, créant ainsi une terminologie extrêmement riche.

Malgré la grande parenté existant entre les différents cas décrits, la nécessité d'une classification se fait sentir et il semble que le plus simple est de répartir les diverses éventualités en trois groupes :

1° Myoclonie épileptique intermittente;

2° Syndrome de Kojewnikoff ou épilepsie partielle continue;

3° Syndrome d'Unverricht que l'on peut appeler aussi myoclonie épileptique tout court, ou myoclonie épileptique familiale comme le veut Unverricht lui-même, ou encore myoclonie épileptique progressive comme le fait Lundberg (2).

I. *Myoclonie épileptique intermittente.* — Ce terme employé par Lundberg désigne les cas dans lesquels les secousses myocloniques n'apparaissent que par accès. Souvent il s'agit d'un très petit nombre de convulsions, d'autres fois, au contraire, l'accès se prolonge pendant près d'une heure. Ces mouvements anormaux figurent parfois une aura motrice, d'autres fois des équivalents ou des attaques rudimentaires [Binswanger (3), Féré (4)]. Parfois ce sont des phénomènes surajoutés qui n'ont que des rapports lointains avec la crise. Ce sont ces derniers cas qui ont été étudiés par Dide (5) et par Rabot (6). Ce dernier auteur les a vus revêtir des caractères qui montrent bien les relations qui existent entre la myoclonie épileptique intermittente et l'épilepsie partielle continue que nous décrirons tout à l'heure.

(1) Ardin Delteil. Les équivalents physiques de l'épilepsie, *Nouv. Montpellier méd.*, 1900. t. X.

(2) Lundberg. La myoclonie-épilepsie progressive (myoclonie d'Unverricht), Upsala, analysé dans la *Revue neurol.*, 1904, p. 603.

(3) Binswanger. Die Epilepsie, *Nothnagels spec. Path. und Ther.*, Bd. XII, t. I, Wien 1899.

(4) Féré. *Les Epilepsies et les épileptiques*, Paris 1890.

(5) Dide. La myoclonie dans l'épilepsie, *Ann. méd. psych.*, 1899.

(6) Rabot. *La myoclonie épileptique*, Th. de Paris, 1899, n° 667.

Les secousses myocloniques apparaissaient plus marquées le jour de la crise épileptique, elles commençaient par un endroit limité du corps pour s'étendre ensuite à tous les muscles. Ce sont là des particularités que nous allons trouver très nettes dans le syndrome de Kojewnikoff, mais les cas de Rabot se distinguent par ce fait que les secousses myocloniques ne sont pas continues, mais seulement intermittentes. Les observations de myoclonie épileptique intermittente ne sont pas très rares ; en dehors de celles que rapportent les auteurs cités plus haut on en trouve encore dans la thèse de Grondone (1) et dans une communication de Ballet et Bloch (2).

II. *Syndrome de Kojewnikoff ou épilepsie partielle continue.* — Ses caractères ont été récemment résumés par Schmiergeld (3). Les sujets qui en sont atteints ont des crises absolument classiques d'*épilepsie jacksonienne*. En dehors de ces crises ils présentent des mouvements myocloniques d'amplitude différente allant de simples contractions fibrillaires à des secousses très étendues. Ces mouvements pour chaque individu ont toujours lieu dans la même région, ils sont continus, mais « l'intensité des convulsions varie d'un jour à l'autre et même plusieurs fois au courant d'une même journée. Avant les crises d'épilepsie généralisée les convulsions deviennent plus violentes; après les crises elles sont plus faibles pendant un jour ou deux. Les contractions musculaires deviennent plus fortes sous l'influence de l'émotion; la volonté est sans action sur elles. Pendant le sommeil les mouvements diminuent; dans certains cas, ils disparaissent complètement » (Schmiergeld).

III. *Syndrome d'Unverricht.* — C'est une forme rare qui a été décrite pour la première fois par Unverricht en 1891. Lundberg, en 1904, dans l'étude que nous avons citée plus haut, n'en a pu réunir que 51 cas. Depuis, quelques observations en ont été publiées, mais peu nombreuses, notamment par Burr (4). C'est surtout cette forme que vise sous le nom de myoclonie épileptique Fischer (5) dans sa Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*. Il y analyse une observation de Bruns (6) qui est typique et rappelle que Henoch a signalé l'épilepsie chez quelques malades atteints de paramyoclonus. Il est bien probable que ces faits appartiennent au syndrome d'Unverricht. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas que nous donnons ici. Nous résumerons ensuite les caractéristiques de la maladie.

(1) Grondone. *De l'épilepsie choréiforme*, Th. de Lyon, 1905, n° 118.

(2) Ballet et Bloch. Les secousses musculaires, manifestations larvées de l'épilepsie, *Soc. de neurol.*, 1903.

(3) Schmiergeld. L'épilepsie partielle continue, *Presse méd.*, 26 sept. 1908, p. 617.

(4) Burr. *New-York med. Journ.*, 1906, n° 1452, p. 625, analysé in *Revue neurol.*, 1907, p. 231.

(5) Fischer. Les chorées électriques, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 52, p. 513.

(6) Bruns. Sur la chorée électrique, *Berl. klin. Wochens.*, 1902.

Observation (1). — L. A... a aujourd'hui onze ans, c'est un enfant qui paraît s'être correctement développé; ses antécédents personnels ou héréditaires ne sont pas particulièrement intéressants; il est du reste assez difficile de les élucider de façon bien nette.

Jusqu'à il y a deux ans il n'avait pas présenté d'accidents pathologiques dignes d'être notés; il n'avait pas eu de convulsions dans le jeune âge. A cette époque il eut la rougeole, elle fut d'intensité moyenne et guérit. Quelque temps après il eut dans la nuit une première crise convulsive semblable en tous points à celles qui se sont répétées bien souvent dans la suite et qui ont la plupart les caractères des crises épileptiques. Il poussa un cri qui réveilla ses parents. Ils se levèrent et trouvèrent l'enfant sans connaissance, agité de mouvements convulsifs étendus à tout le corps. Après l'attaque il s'endormit profondément. Depuis, au cours de crises semblables, il lui est arrivé de perdre ses urines, de se mordre les lèvres et d'écumer. L'enfant sait qu'il a eu quelque chose d'anormal, car il a conscience d'une aura motrice au cours de laquelle il sent ses membres se raidir douloureusement; mais de toutes les autres phases de l'accident il n'a aucune souvenance. Il y avait quelques semaines que les crises épileptiformes avaient apparu, quand un automobiliste que l'enfant avait gêné dans sa course le gourmanda un peu rudement, L... en fut très émotionné et revint chez lui plein de trouble. Il se coucha et la nuit eut une crise très violente. Bientôt après, ces crises nocturnes passèrent au second plan, car l'enfant commença à présenter des mouvements anormaux qui furent qualifiés « danse de Saint-Guy » et qui, au dire des parents, présentent à l'intensité près les mêmes caractères qu'aujourd'hui.

Au point de vue physique, L... est, comme nous l'avons dit, tout à fait normal, il présente cependant quelques signes de dégénérescence : le nez est épaté, le front très bombé, les oreilles mal conformées. Au point de vue intellectuel la famille s'accorde pour le reconnaître aussi intelligent que les autres enfants; il est cependant remarquable qu'à onze ans il ne sait pas écrire et à peine lire, peut-être faut-il en accuser l'incurie des parents et son origine aveyronnaise. Lors de notre premier examen l'enfant répondait convenablement aux questions qu'on lui posait et paraissait avoir une bonne mémoire.

En somme, c'est dans les troubles de la motricité que se concentre l'intérêt de son histoire. Les mouvements anormaux qu'il présente n'ont pas toujours la même intensité. Aux moments de calme, quand l'enfant est isolé de toute cause excitatrice il reste dans une immobilité relative, les orteils ou les doigts présentent seuls quelques secousses, mais ce répit n'est jamais de longue durée, car, au bout de quelques secondes, qu'une excitation extérieure se soit ou non produite, brusquement de véritables décharges musculaires apparaissent dans divers points du corps. Le plus souvent ce sont les mains et les avant-bras qui en sont le siège, mais aussi les muscles du tronc, de la nuque, des membres inférieurs y participent; la tête est alors portée en arrière, tout le corps attiré comme par un soudain mouvement de rétropulsion : si l'enfant est assis, les jambes sont jetées en avant. Toutes ces convulsions sont brusques, très rapides, absolument désordonnées, dominent aux extrémités et ont bien un caractère anguleux pour parler comme Gilles de la Tourette. Les muscles de la face sont le plus souvent immobiles, cependant à plusieurs reprises nous avons pu voir quelques secousses fibrillaires se produire dans le domaine de l'orbiculaire, et à certains moments l'enfant n'est plus maître de sortir sa langue par suite des secousses dont elle est le siège.

(1) Nous adressons nos remerciements à notre maître M. le professeur Gilis qui a bien voulu nous fournir l'occasion d'examiner ce malade, nous donner sur lui les renseignements qu'il possédait et nous autoriser à publier son observation.

Il n'y a pas de nystagmus. Les convulsions diminuent pendant le sommeil, mais pendant la veille toute cause d'excitation tend à les exagérer; s'approche-t-on de lui, lui parle-t-on, s'appuie-t-on sur son lit, voilà que les troubles moteurs s'accentuent, augmentent d'amplitude, deviennent plus désordonnés et se généralisent. Quand on ordonne au malade un mouvement, l'excitation ainsi produite amène une exagération des secousses, mais ce n'est pas là un tremblement intentionnel analogue à celui de la sclérose en plaques. Les oscillations d'abord très amples diminuent rapidement quand le malade approche du but et malgré leur intensité primitive il exécute assez correctement des actes assez précis comme celui de se toucher le bout du nez avec le doigt ou de porter des aliments à la bouche.

L'hyperexcitabilité musculaire que nous venons de signaler coexiste avec une hyperexcitabilité tendineuse aussi vive, et en quelque part du membre que porte l'excitation la secousse obtenue est aussi violente. La recherche du signe de Babinski est rendue difficile par l'exagération des mouvements qu'elle entraîne, cependant à certains moments de calme ce signe a été trouvé positif. La démarche de l'enfant est maladroite, incoordonnée, au moment de grandes agitations elle est même tout à fait impossible. La sensibilité est normale. Les réflexes cornéens et pharyngiens sont abolis (mais l'enfant prend du bromure depuis quelque temps).

Une ponction lombaire a donné issue à un liquide normal sans réaction cytologique mais légèrement hypertendu. M. Mestrezat qui a bien voulu en faire l'analyse chimique l'a trouvé de composition normale.

Depuis la date des premiers examens l'état de l'enfant s'est aggravé, l'intelligence a considérablement diminué, le malade est d'abord devenu paresseux pour répondre et parler, il faut répéter plusieurs fois les questions avant d'en obtenir une réponse. A l'heure actuelle il est même difficile de le tirer de sa somnolence. Les mouvements persistent avec les mêmes caractères.

Cette observation répond dans son ensemble à la description du syndrome d'Unverricht donnée par Lundberg, elles s'en distinguent cependant par quelques particularités.

1° *Dans l'étiologie.* — En général la myoclonie, épilepsie progressive, est plus fréquente chez les filles et présente les caractères de maladie familiale. Généralement on ne trouve aucune cause à invoquer. Ici, il s'agit d'un garçon, à notre connaissance il est le seul malade de sa famille. La rougeole et une émotion sont invoquées par ses parents pour expliquer la genèse de son affection; il n'y a peut-être entre ces divers éléments que des relations chronologiques.

2° *Dans l'évolution.* — La myoclonie d'Unverricht passe par trois stades. Le premier d'une durée variable est surtout caractérisé par les crises épileptiformes. Le second par la combinaison de ces crises à des mouvements myocloniques généralisés et continus. Le troisième par l'épuisement et la cachexie. Chez notre malade ces trois stades se retrouvent, mais assez écourtés; le premier n'a duré que quelques semaines, et le second deux ans, alors que dans la majorité des cas il dure une dizaine d'années.

Au point de vue pathogénique on est encore dans le domaine des hypothèses. Certains auteurs rapprochent la myoclonie d'Unverricht des accidents observés chez les animaux après la parathyroïdectomie. D'autres, se basant sur quelques autopsies, en

font une maladie organique. Pour notre part l'existence du signe de Babinski, l'affaiblissement intellectuel, l'hyperexcitabilité musculo-tendineuse si marquée nous font pencher vers l'organicité; et l'existence de lésions corticales nous paraît probable. Raymond (1) du reste a soutenu la fréquence de l'altération du cortex dans les myoclonies ordinaires; les quelques résultats nécropsiques positifs nous autorisent à penser que dans bien des cas de myoclonie d'Unverricht il en est ainsi.

ACTION DU SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

DANS LES ANGINES A PSEUDO-MEMBRANES NON DIPHTÉRIQUES

Par M. GEORGES MOURIQUAND (de Lyon).

Nous avons eu récemment l'occasion de traiter un certain nombre d'angines pseudo-membraneuses dont la séméiologie clinique se superposait à peu près exactement à celle de l'angine diphtérique.

Nous avons dans ces cas injecté systématiquement du sérum antidiphtérique avant de connaître le résultat des cultures.

Dans tous ces cas, le sérum paraît avoir eu une action manifestement efficace sur l'élimination et la guérison du processus pseudo-membraneux.

Nous rapportons cinq observations à titre de documents.

OBSERVATION I. — Femme, âgée de soixante-cinq ans, présente depuis deux jours des phénomènes d'angine grave, gonflement, rougeur des amygdales.

Au deuxième jour, apparition sur l'amygdale droite d'un exsudat solide sur lequel gargarisme et lavages ont peu de prise.

Au troisième jour, extension des fausses membranes à gauche, léger engorgement ganglionnaire.

La température évolue aux environs de 38°5. L'état général est atteint, cœur arythmique (cœur gras). Pas d'albuminurie.

Nous la voyons le troisième jour. Les phénomènes observés rappelant de trop près ceux de la diphtérie, nous faisons une culture; vu le retard apporté dans le traitement nous pensons qu'il serait imprudent d'attendre le résultat de celle-ci. Nous faisons une injection de sérum antidiphtérique de 20 centimètres cubes au niveau de la cuisse droite, le soir à huit heures.

Le lendemain, à huit heures, nous constatons que les fausses membranes ont à peu près complètement disparu. Il ne persiste plus dans les cryptes amygdaliennes qu'un peu d'exsudat blanchâtre vite emporté par les gargarismes et les lavages.

Nous pensons qu'il s'est agi là d'une diphtérie absolument légitime en raison de la remarquable efficacité du traitement sérothérapique.

L'examen de la culture pratiqué peu après nous donne un démenti formel; il n'existe aucun bacille de Löffler même court, il s'agit de staphylocoques et de quelques chaînettes de streptocoques.

Pas d'accidents sériques.

OBS. II. — Fillette de quatre ans. Phénomènes d'angine depuis deux jours. Température 38°5 à 39 degrés. Les amygdales sont tapissées bilatéralement de fausses membranes blanches opalines que les lavages n'enlèvent pas.

Léger engorgement ganglionnaire bilatéral non douloureux.

Immédiatement injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Le lendemain, les fausses membranes se sont en partie détachées.

Nous renouvelons l'injection en l'absence du résultat de la culture. Celui-ci, connu quelques heures après, montre des streptocoques, des staphylocoques, sans bacilles de Löffler.

Eruption urticarienne passagère dix jours après la première injection.

OBS. III. — Enfant de treize ans (Leb...), (service de M. le professeur Weill), entre pour angine avec fausses membranes bilatérales très nettement localisées au centre des amygdales.

Céphalée depuis le 30 avril.

Déglutition un peu douloureuse.

Pas d'adénopathie.

Injection de sérum antidiphtérique : 10 centimètres cubes.

Le lendemain, il ne reste plus trace des fausses membranes.

La culture est négative.

OBS. IV. — Jeune homme de vingt-cinq ans. Angine sérieuse avec fausses membranes à marche extensive, enlevées par les lavages. Reproduction très rapide, descendant bas dans le pharynx. Température : 38°5-39 degrés.

Culture sur sérum gélosé.

Injection, au quatrième jour, en pleine angine pseudomembraneuse, de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Le malade, revu seize heures après, a la gorge à peu près complètement nettoyée, les fausses membranes n'ont aucune tendance à la reproduction et sont facilement balayées par le lavage.

Culture négative : cocci, pas de Löffler.

OBS. V. — Garçon de dix ans, récemment opéré (deux jours auparavant) des végétations adénoïdes.

La température évolue au-dessus de 38°5. Les amygdales sont un peu grosses, recouvertes des deux côtés de fausses membranes opalines, légèrement translucides. Petits ganglions sous-maxillaires douloureux.

Injection immédiate (en raison de l'épidémie de diphtérie actuelle) de 10 centimètres cubes de sérum de Roux.

Gargarisme.

L'injection a été pratiquée à cinq heures du soir. Le malade est revu le lendemain à huit heures du matin.

Il ne reste plus trace de fausses membranes, mais seulement un petit dépôt blanchâtre, en voie de liquéfaction sur quelques cryptes.

La température est à 38 degrés.

Le lendemain, tout est rentré dans l'ordre.

Pas d'éruption sérique.

En résumé, ces cinq cas sont absolument superposables.

Dans tous les cas, et à des âges très divers, il s'agissait cliniquement d'angine à fausses membranes nettes à tendance extensive, cédant peu ou pas aux grands lavages et aux gargarismes et se reproduisant avec rapidité.

Les ganglions sous-maxillaires étaient généralement hypertrophiés, l'état général touché.

Cliniquement, et à des nuances près, le diagnostic d'angine diphtérique s'imposait pratiquement.

La notion d'une épidémie de diphtérie à ce moment nous a fait immédiatement pencher vers la sérothérapie.

(1) RAYMOND. Les myoclonies, *Progrès méd.*, 1895.

Dans tous les cas, son action sur les fausses membranes et même sur l'état général fut très nette.

Quatre malades, revus au bout de douze à seize heures, avaient craché leurs fausses membranes et ne présentaient plus au niveau des amygdales qu'un peu d'enduit pultacé rapidement enlevé par les gargarismes ou les lavages qui, avant l'injection, s'étaient montrés dans la plupart des cas à peu près inefficaces. Dans un cas, les fausses membranes ayant résisté en partie à une première injection cédèrent à une deuxième.

Tel fut dans nos cas le résultat très net de la sérothérapie.

Des cas superposables aux nôtres ont été antérieurement signalés notamment par Mongour, Cruchet.

Avec ces auteurs il faut sans doute penser que le sérum antidiphtérique est spécifique pour plusieurs espèces microbiennes et non exclusivement pour le bacille de Löffler. Charrin n'a-t-il pas d'ailleurs soutenu que le sérum de Roux agit comme un antitoxique général et non spécial.

Quoi qu'il en soit de son action dans les angines à fausses membranes non diphtériques, elle a paru très nette dans les cas que nous avons rapporté, et peut-être pourra-t-on s'appuyer sur ce résultat pour employer la sérothérapie au cours de certaines angines banales à processus pseudo-membraneux tenaces et récidivants.

SUR UN CAS
D'ULCÉRATION SUBLINGUALE DES NOURRISSONS
OU MALADIE DE RIGA

Par M. PIRONNEAU,
Interne à l'hôpital Bretonneau.

René P..., neuf mois, est présenté à la consultation de chirurgie de l'hôpital Bretonneau pour une ulcération de la face inférieure de la langue.

Cette ulcération, arrondie, de la dimension d'une pièce de deux francs, détruit le frein et gagnant la pointe l'entame largement; les bords nettement dessinés circonscrivent un fond à peu près plat recouvert d'une sanie jaunâtre ; les tissus voisins sont épaissis et tuméfiés. En regard de l'ulcération pointent les deux incisives médianes apparues à l'âge de deux mois et demi.

Le début remonte à huit jours, mais l'enfant a souffert il y un mois d'une bronchopneumonie consécutive à la rougeole.

Jusqu'à cette époque, l'enfant s'est toujours bien porté : nourri au sein pendant le premier mois, au biberon ensuite, il a grandi normalement. Il est le dernier d'une famille de quatre enfants dont deux sont morts, l'un à trois mois de diarrhée verte, l'autre à trois ans de diphtérie.

Il s'agit d'un cas de maladie de Riga, affection bien connue surtout dans le sud de l'Italie, rare en France où les principales observations ont été rapportées par Brun, par Audard, par Mouchet, etc. Il nous montre à nouveau, comme l'ont spécifié ces auteurs, que cette ulcération est susceptible de se développer non seulement au cours d'états graves comme la gastro-entérite, mais chez des enfants dont la santé est par ailleurs très satisfaisante, et que l'on ne peut incriminer la richesse de la flore buccale pathogène comme unique cause de la maladie de Riga.

Nous n'avons pu demander à la biopsie de trancher en faveur de la nature papillomateuse constatée par Brun, Fede et Israël ou de la structure fibreuse décrite par Collari, Cozzolino et Pandolfi, mais nous aurons plusieurs raisons de nous ranger à l'opinion d'Abetti (1) qui, d'après deux observations personnelles, conclut à l'origine traumatique et à la nature inflammatoire du processus.

En effet notre petit malade présente deux incisives médianes inférieures et nous ne pouvons nous défendre au premier examen d'attribuer à ce petit butoir tranchant l'ulcération développée à la face inférieure de la langue. Les mouvements de va-et-vient ont pu être exagérés sous l'influence des accès de toux chez cet enfant atteint de bronchopneumonie consécutive à la rougeole. Abetti a dû incriminer comme facteur étiologique analogue les violents efforts de succion par des mamelons rétractés. Il rappelle également la brièveté du frein de la langue à cet âge.

Nous devons remarquer que chez cet enfant, comme chez celui présenté par Mouchet et d'autres auteurs, l'éclosion des incisives médianes inférieures a été très précoce. Il semble donc que la blessure d'un frein très court sur des dents apparues avant l'époque normale chez un enfant sujet à des accès de toux explique l'apparition d'une ulcération et que cette ulcération une fois apparue offre un terrain favorable à l'action des microbes pathogènes comme le tétragène et le staphylocoque décelés par Abetti et comme ceux que pouvait contenir la bouche de notre petit malade à la suite d'une rougeole compliquée de bronchopneumonie.

L'importance du rôle mécanique joué par les incisives médianes inférieures devait, du reste, être confirmé par le traitement que nous avons institué sur les indications de notre maître M. Mouchet.

Des cautérisations à la teinture d'iode puis au nitrate d'argent pratiquées deux jours de suite n'apportèrent aucune modification à l'aspect de l'ulcération.

Dès que la mère du petit malade nous eût autorisé à pratiquer l'ablation des deux incisives médianes inférieures, nous constatâmes au bout de vingt-quatre heures une amélioration extraordinaire et en trois jours, cette ulcération très étendue qui datait de plus de deux semaines était complètement cicatrisée.

Telles sont les raisons qui nous font admettre le rôle mécanique des dents comme facteur principal de la maladie de Riga et nous poussent à considérer cette ulcération comme faisant partie du groupe déjà bien connu des ulcérations d'origine dentaire.

---

(1) Abetti. *Jahrb. f. Kind.*, 5 fév. 1909, p. 203.

MÉDECINE PRATIQUE

LES PSEUDO-DYSPEPSIES

Les affections qui provoquent des symptômes revêtant le caractère de troubles dyspeptiques sont des plus nombreuses; sir Robert Hutchinson les a récemment passées en revue dans une clinique du « London Hospital » dont le *British Medical Journal* du 26 février dernier a donné le texte. Nous allons en résumer les points principaux.

On a pris parfois pour une affection gastrique les *vomissements de la grossesse*, celle-ci étant méconnue. Hutchinson en cite deux cas, dont celui d'une jeune fille anémique présentant des douleurs gastriques, des vomissements et quelques hématémèses. L'état était si grave que l'on appela un chirurgien, lequel diagnostiqua une grossesse de trois mois.

L'*urémie* provoque certainement dans quelques cas un catarrhe gastrique secondaire occupant le premier plan dans le tableau clinique. Les vomissements peuvent apparaître de façon précoce et simuler le carcinome. En cas de néphrite interstitielle l'analyse de l'urine ne révèle pas constamment la présence de l'albumine; par contre la densité est basse.

La *phtisie* au début peut se manifester par des troubles d'apparence dyspeptique, lesquels attirent l'attention du médecin alors que les phénomènes pulmonaires passent inaperçus.

Il existe des cas où des symptômes gastriques secondaires à des maladies de la vessie et de l'urètre peuvent faire croire à une affection primitive de l'estomac. Rosenberg les a décrits sous le nom de *dyspepsie uro-cinétique*, et Herschell a publié des faits analogues. Il s'agit d'individus à prostate hypertrophiée et présentant de l'anorexie, des nausées, des vomissements, etc.

Diverses *affections du système nerveux* peuvent s'accompagner de vomissements, et donnent ainsi le change. C'est ainsi que très souvent les tumeurs cérébrales en imposent pour des affections gastriques, surtout chez les enfants. Il est bon de se rappeler dans ces cas, que les états gastriques entraînent très difficilement des vomissements chroniques chez l'enfant. D'ailleurs on verra apparaître des paralysies, des névrites optiques, qui éclaireront le diagnostic.

Les crises gastriques du tabes sont fréquemment trompeuses, surtout lorsqu'elles apparaissent de façon précoce et précèdent les signes pupillaires et la perte des réflexes patellaires. Les vomissements sont très fréquents dans ces cas, et la ressemblance avec des affections primitives de l'estomac est telle, qu'Hutchinson cite quatre faits où l'on pratiqua la gastro-entérostomie. Les cas de vomissements nerveux ou dus à l'*hystérie* s'observent aussi très souvent.

Dans la *lithiase biliaire* on attribue très communément à l'estomac la douleur provoquée par les calculs que renferme la vésicule, et les signes de calculose biliaire peuvent d'ailleurs pendant longtemps demeurer purement gastriques. L'absence d'ictère ne doit pas, dans de pareils cas, combattre l'hypothèse de lithiase biliaire. La douleur produite par cette dernière est en effet très semblable à celle des affections gastriques et peut s'exacerber, elle aussi, par suite de l'ingestion d'aliments. De plus, la flatulence, commune dans la cholélithiase, contribue à faire croire à l'origine gastrique de l'affection. En fait, dans les cas de dyspepsie flatulente avec douleurs considérables, et principalement chez les femmes d'âge moyen, il faut songer aux calculs plutôt qu'à une affection gastrique.

L'*angine de poitrine* est très souvent confondue avec la dyspepsie. Hutchinson en cite deux cas intéressants. Un homme se plaignait d'éructations après les repas, et il eut une crise aiguë de flatulence avec un peu de douleurs dans la poitrine. Il présentait de l'hypertension artérielle et dans son hérédité ancestrale figuraient plusieurs cas d'angine de poitrine. Il mourut subitement par suite de cette dernière affection. La seconde observation est identique à celle-ci, et Hutchinson estime qu'il est bon de se souvenir que la flatulence peut être l'expression d'une crise d'angor pectoris.

Il est une autre affection, moins connue que l'angine de poitrine, et qui simule encore mieux la dyspepsie; c'est l'*angine abdominale*, due à la sclérose des vaisseaux de l'abdomen. Les signes en peuvent être entièrement gastriques, et les malades ont des accès après les efforts, et surtout après les repas copieux; il y a de la flatulence, mais l'expulsion des gaz ne soulage que médiocrement les douleurs. Ces phénomènes s'accompagnent aussi parfois d'hématémèse. Dans l'angine abdominale la douleur est plus violente que dans la flatulence gastrique ordinaire, et tend à s'irradier à la poitrine et dans les bras. La pression artérielle est élevée, et le malade est amélioré par un traitement vasculaire.

La *côlite* peut simuler parfaitement la dyspepsie, et surtout la côlite muco-membraneuse avec tendance au spasme de l'intestin. On rapporte facilement à l'estomac une douleur spasmodique du côlon, surtout si elle s'exaspère par l'absorption des aliments, lesquels en pénétrant dans l'estomac stimulent par action de voisinage le péristaltisme du côlon. La pression soulage la douleur en pareil cas, alors qu'elle augmente la douleur gastrique.

L'*appendicite chronique* peut revêtir l'apparence de troubles gastriques, car la douleur n'est pas perçue dans la fosse iliaque mais à l'épigastre; elle se manifeste lorsque l'estomac se vide, et elle est de la même nature que la sensation douloureuse de la faim.

Parmi les *douleurs à siège extra-abdominal simulant la dyspepsie*, il suffit de mentionner la carie vertébrale et la pleurésie, de préférence chez les jeunes sujets. La douleur peut être, dans ces cas, faussement rapportée à l'estomac par le malade, mais un examen attentif lèvera les doutes.

L'*aérophagie*, enfin, peut induire en erreur. Il faut se rappeler que la flatulence des aérophages est plus accentuée quand l'estomac est vide, alors que la véritable flatulence gastrique tend à se produire après les repas.

Une thérapeutique excellente de l'accès d'aérophagie consiste à faire comprendre au malade le mécanisme du phénomène, et à lui conseiller de tenir la bouche ouverte pour prévenir la déglutition ultérieure de l'air, au lieu de s'efforcer d'en expulser.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 JUIN 1910)

Oosporose pulmonaire et dilatation bronchique. — MM. ROGER et BORY. En se développant dans l'appareil respiratoire, les oosporoses sont capables de susciter les troubles les plus variés et les lésions les plus diverses. Tantôt l'affection simule la bronchite simple, tantôt la tuberculose; tantôt elle évolue comme une broncho-pneumonie, tantôt elle provoque des dilatations bronchiques. Dans un des cas que les auteurs ont déjà rapportés à la Société, l'autopsie révéla des dilatations bronchiques; les parois des bronches étaient tapissées de grains blancs, renfermant une oospora nouvelle, l'oospora pulmonalis. Les auteurs viennent de retrouver le même végétal dans les expectorations de deux malades. L'un était atteint d'une bronchectasie consécutive à une pleurésie séreuse; l'auscultation révélait un souffle intense au sommet droit et un souffle léger au sommet gauche; on n'entendait pas de râles, même après avoir fait tousser le malade. Malgré l'étendue des lésions l'état général était bon; les crachats ne

renfermaient pas de bacilles de Koch et l'albumino-réaction était négative. On a donc pu éliminer la tuberculose. L'examen bactériologique permit d'isoler très rapidement une oospora analogue à l'oospora pulmonalis, mais moins vivace. Le deuxième cas est moins intéressant. Il s'agissait d'un malade dont les crachats contenaient à la fois le bacille tuberculeux et l'oospora. Il s'agissait sans doute d'une infection mixte. D'après les faits que les auteurs ont observés et ceux qu'ils ont trouvé dans la littérature médicale, ils sont portés à croire que les oosporas peuvent jouer un grand rôle dans le développement des dilatations bronchiques.

Hémiplégie transitoire chez une cardiaque. Guérison par ponction d'ascite. Pathogénie. — MM. Ed. Hirtz et Beaufumé rapportent un nouveau cas de paralysie transitoire chez une cardiaque, très intéressant en raison de sa rareté, de son mode de terminaison et de la question de pathogénie qu'il soulève.

Une mitro-aortique en asystolie à prédominance hépatique est prise la nuit d'hémiplégie gauche avec dysarthrie très marquée. Le lendemain on évacue l'ascite qui existait. Pendant cette paracentèse on assiste à un changement à vue : la parole revient et les mouvements reparaissent au fur et à mesure de l'évacuation du liquide abdominal, et tout est redevenu normal une demi-heure après.

Ces paralysies transitoires des cardiaques ont été expliquées successivement par de l'anémie cérébrale, de la congestion cérébrale, de la fatigue, une intoxication des centres nerveux, un œdème cérébral, une hydropisie ventriculaire. Or, la terminaison rapide si spéciale du présent cas d'hémiplégie montre que sa cause résidait certainement dans un trouble passager des fonctions circulatoires du tissu cérébral avec prédominance au niveau des zones motrices, soit phénomènes de congestion cérébrale, soit bien plutôt œdème cérébral comprimant et imprégnant sans les altérer les éléments nerveux et ayant disparu au fur et à mesure que, sous l'évacuation de l'ascite, la circulation générale a pu reprendre le liquide infiltré au niveau de l'encéphale.

Aux paralysies transitoires des cardiaques correspond donc bien un phénomène lésionnel causal également transitoire et curable, l'œdème cérébral.

Enfin ce fait de guérison d'une hémiplégie à la suite d'une ponction d'ascite est à opposer aux cas inverses où la disparition trop rapide d'hydropisie a été suivie d'accidents cérébraux graves de diverses formes, comme l'un des auteurs en a rapporté un exemple. (Hirtz et Lemaire, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 3 juin 1904, p. 609.)

Artérite syphilitique unilatérale. — MM. Hirtz et Gendron présentent un homme de quarante et un ans, qui passa quinze ans passés dans les colonies françaises, Algérie, Tunisie, Sud-Oranais, Tonkin et Madagascar. Il y prit les fièvres paludéennes dont le dernier accès date de novembre 1909. Il nie la syphilis et n'en présente pas de stigmates. Il exerce le métier de serrurier et travaille à la forge.

En mars 1910, il eut des phénomènes de claudication intermittents dans le membre inférieur gauche, caractérisés par une douleur brusque survenant à l'occasion de la marche, le forçant à s'arrêter. Cette douleur durait quelques secondes, disparaissait, puis le reprenait à plusieurs reprises surtout si la marche était rapide. En avril il est soumis dans un service hospitalier à l'électrothérapie qui ne le soulage pas. La douleur dans le pied gauche augmente et apparaît un point de nécrose sur le gros orteil.

Il entre en mai dans le service du docteur Hirtz à l'hôpital Necker, le gros orteil gauche est atteint de nécrose, le pied est augmenté de volume et douloureux spontanément et à la pression. Le mollet et la cuisse sont amaigris. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. Pas de signes de Babinski. Les battements de la pédieuse ne sont perceptibles ni à droite ni à gauche. Les battements de la fémorale à l'anneau sont abolis à gauche et très nets à droite. Il s'agit donc vraisemblablement d'artérite ayant déterminé la nécrose de l'orteil. Mais tout le système artériel du côté gauche est frappé. Les battements carotidiens et huméraux du côté gauche sont bien moins nets qu'à droite. Seul le pouls radial est à peu près égal des deux côtés.

La pression artérielle prise aux bras avec l'appareil Amblard montre une diminution notable de la tension maxima à gauche. A droite 16, à gauche 13.

Le cœur est normal, on sent un peu l'aorte à la fourchette sternale. Rien dans les autres organes. Pas d'Argyll. Pas de troubles de maladies organiques du système nerveux. On pourrait penser à une variété d'angiospasme à type hémiplégique opposable au type paraplégique de la maladie de Raynaud.

Mais les auteurs croient plutôt à des artérites multiples d'origine vraisemblablement syphilitique.

Le Wassermann fait par M. Weinberg a été positif.

Ce malade leur a paru digne d'être présenté, étant donnée la localisation très exceptionnelle de l'artérite spécifique à un seul côté du corps.

Le malade va être soumis aux injections intraveineuses de Hg.

Oligurie orthostatique et altérations rénales. — MM. G. Linossier et G.-H. Lemoine ont considéré une accentuation anormale du phénomène qu'ils ont appelé l'oligurie orthostatique, comme un signe très délicat d'altération légère du rein.

MM. Vaquez et Collet croient qu'il ne subit l'influence que des modifications pathologiques extra-rénales.

Sans doute les causes qui créent l'oligurie orthostatique sont extra-rénales : la structure du rein ne saurait être modifiée par le passage de la position couchée à la position debout, et seule est changée la circulation sanguine dans l'organe par l'association de divers mécanismes qu'ils ont étudiés.

Les causes qui exagèrent chez certains sujets l'oligurie orthostatique sont au contraire de deux espèces : ou bien le trouble orthostatique de la circulation rénale est, pour une raison ou une autre, exagéré, ou bien le rein réagit d'une manière exagérée à ce trouble, par suite d'une altération pathologique.

C'est ce dernier point que MM. Vaquez et Cottet n'admettent pas. Or dans leur premier mémoire, MM. Linossier et Lemoine ont constaté que la diminution de la quantité d'urine par l'orthostatisme était en moyenne de 18 p. 100 chez les sujets sains, de 36 p. 100 chez les sujets à reins cliniquement altérés.

Dans une seconde communication ayant modifié leur technique, ils ont trouvé que l'orthostatisme diminuait de 9 p. 100 l'urine des sujets sains et de 56 p. 100 celle des sujets à reins altérés, soit six fois plus. M. Cottet ayant pensé que la cause principale de l'oligurie orthostatique doit être cherchée dans un retard de l'absorption gastro-intestinale pendant la station debout, les auteurs firent une troisième série d'expériences dans le but d'éliminer tout à fait l'influence de cette absorption et ils obtinrent des résultats analogues.

Ce sont là des faits d'observation dont il semble difficile de ne pas tenir compte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1910)

Connexion et développement de l'appareil hyoïdien du chien. — MM. Retterer et Lelièvre. Chez le chien adulte, les divers segments de l'appareil hyoïdien sont unis entre eux

par darthrose, sauf l'articulation du stylhyal avec le temporal qui est une syndesmose. Sur les chiens à la naissance, les segments hyoïdiens, en partie cartilagineux, en partie osseux, sont reliés par des segments intercartilagineux de tissu conjonctif plein. Ce dernier évolue ensuite de façon : 1° que sa portion centrale se liquéfie et produit la cavité articulaire ; 2° que la portion qui limite la cavité se transforme en cartilage hyalin ou d'encroûtement ; 3° que la portion périphérique évolue en tissu fibreux (capsule articulaire).

Modifications histologiques du corps thyroïde et des surrénales par ingestion prolongée d'extrait surrénal. — MM. Hallion et Alquier. Chez les lapins soumis à l'ingestion d'extrait surrénal durant une année, nous avons constaté des modifications du corps thyroïde et des capsules surrénales ; les autres organes n'étaient pas sensiblement modifiés. On notait, entre autres choses, une diminution de la sécrétion colloïde du thyroïde et une moindre abondance des spongiocytes des glandes surrénales.

Valeur de la réaction de fixation pour le diagnostic de la syphilis héréditaire. — MM. R. Demanche et G. Détré ont recherché la réaction de fixation du complément avec le sérum de 76 enfants. Dans la syphilis héréditaire précoce en évolution, la proportion des résultats positifs atteint 87,5 p. 100 et est comparable à celle que l'on obtient dans la syphilis acquise floride. La réaction peut être influencée dans le sens négatif par le traitement mercuriel ; son intensité n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de l'infection. Dans la syphilis héréditaire tardive ou restée depuis longtemps latente, le séro-diagnostic est au contraire fréquemment négatif (80 p. 100) de même que dans les syphilis torpides anciennes de l'adulte. Un résultat négatif ne permet donc pas d'éliminer la syphilis surtout chez un enfant âgé. Chez les sujets indemnes la réaction a été constamment négative, même chez ceux qui étaient atteints ou convalescents de scarlatine. Chez les enfants présentant des manifestations suspectes ou simplement dystrophiques, le séro-diagnostic a permis de reconnaître dans nombre de cas l'origine syphilitique des accidents. La réaction de fixation du complément peut donc être utilisée avec profit pour le diagnostic de la syphilis héréditaire.

Etude expérimentale du sérum sanguin au cours de l'urémie. — M. Cawadias. Sur dix-huit sérums d'urémiques étudiés par l'injection intrapéritonéale au cobaye, quinze se sont montrés plus toxiques que le sérum humain normal. Cette hypertoxicité est très nette, on ne tue pas un cobaye avec 65 centimètres cubes de sérum humain normal alors que 20 à 30 centimètres cubes de sérum d'urémique sont susceptibles de déterminer la mort. A part cette différence de degré, l'auteur ne peut pas constater une autre différence dans l'action expérimentale du sérum d'urémique. Il s'agit ici, comme pour le sérum normal, d'un poison agissant sur le système nerveux, sur le rein et le foie, pouvant déterminer des troubles à distance et produisant l'anaphylaxie chez certains cobayes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 JUIN 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 17 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Gosset et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. André Jousset, suppléant.

Samedi 18 juin, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Maygrier, Demelin et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Jeudi 16 juin, à une heure. — M. Mathias. De la syphilide pigmentaire. (MM. Debove, président ; Hutinel, Achard et Castaigne.) — M. Dousset. Saint-Germain-en-Laye, station climatérique. (MM. Debove, président ; Hutinel, Achard et Castaigne.) — M. Duvernoy. Hôpital de Besançon. Morbidité et mortalité tuberculeuses de 1886 à 1907. Causes de leur accroissement. (MM. Hutinel, président ; Debove, Achard et Castaigne.) — Mlle Koch. Contribution à l'étude des angiomes des muscles striés. (MM. Achard, président ; Debove, Hutinel et Castaigne.) — M. Hubert. Importance de la toise en hygiène infantile. (MM. Bar, président ; Ribemont-Dessaignes, Demelin et Brindeau.) — M. Hattat. De l'expulsion de l'œuf fermé. Etude clinique et d'anatomie macroscopique. (MM. Ribemont-Dessaignes, président ; Bar, Demelin et Brindeau.) — M. Bliqué. Contribution à l'étude de la spondylon rhizomélique. (MM. Gilbert Ballet, président ; Chauffard, Jeanselme et Claude.) — M. Mé[illegible]. De l'albuminurie dans les hémorragies cérébrales et méningées. (MM. Gilbert Ballet, président ; Chauffard, Jeanselme et Claude.) — M. Courtadon. Les derniers des Valois ont-ils été empoisonnés ? (MM. Chauffard, président ; Gilbert Ballet, Jeanselme et Claude.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont promus dans les corps de sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur de la Croix (de Lisieux).

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Caplet (de Chauny), Carette (de Lapugney).

AUTOUR DE L'AGRÉGATION. — Un nouveau meeting de protestation contre l'agrégation a eu lieu samedi, à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Coppens (de Lille).

UN MONUMENT A PASTEUR. — Le ministre de l'Instruction publique a inauguré hier, à l'École normale, un monument élevé à la mémoire de Pasteur.

Des discours ont été prononcés par MM. Lavisse et Tannery.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de *La France médico-thermale et climatique*, organe scientifique et en même temps organe de défense des stations françaises, qui paraît sous la direction de M. le docteur Cauvy (de La Malou).

Nous adressons à notre jeune confrère nos souhaits de confraternelle bienvenue et tous nos vœux de succès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Just Talpain, médecin aide-major de première classe, mort victime du devoir professionnel à Laghouat, et de M. Joseph Balata, officier de santé à Marseille.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 283, 10 avril 1910.) Robert KIENBÖCK : La radiothérapie des lymphomes tuberculeux. — Gottwald SCHWARTZ : La radiothérapie de la maladie de Basedow. — (N° 284, 25 avril.) BORDIER et HORAND : Action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les bactéries examinées à l'ultra-microscope. — VAQUEZ et BORDET : L'examen orthodiagraphique des modifications pathologiques du volume du cœur. — BARJON : Le traitement radiothérapique des angiomes. — MORIN : Electrode de haute fréquence. — (N° 285, 10 mai.) LASSUEUR : La radiothérapie de l'acné pustuleuse. — H. BORDIER : Quantitométrie des rayons ultra-violets. Unité de quantité.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1910.) V. BRUN et G. BONGIOANNINI : Les altérations fonctionnelles et anatomiques du foie des enfants. — BINET, TRÉNEL et WORMS : Les incurvations des os de l'avant-bras, consécutives à l'ostéomyélite de leur extrémité inférieure. — CLAEYS : Statistique des enfants traités dans le service du docteur Broca pour tuberculose chirurgicale. — J. COMBY : Traitement thyroïdien de l'incontinence d'urine.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, avril 1910.) VENNIN : Sur la mécanothérapie. — JENNY : Deux cas de luxation isolée du cubitus en arrière. — ESPRIT : Fracture du premier métacarpien. — LE BIHAN : Epidémie de fièvre typhoïde de Saint-Brieuc. Rôle du cidre. — THÉRAULT, LAMANDÉ et LUTROT : Epidémie de fièvre typhoïde de Saint-Brieuc. Aperçu clinique. — BILLET, LE BIHAN et LOUIS : Epidémie de fièvre typhoïde de Saint-Brieuc. Etude des cas frustes. — (N° 5, mai.) MONZIOLS : Deux cas de méningococcémie observés à Laval. — BOURGEOIS : Infection suppurée du foie, foie appendiculaire. — LÉON : Déchirure du bord antérieur du foie. — AUGIAS : Plaie profonde du creux de l'aisselle gauche. — FRIANT : Périarthrite chronique et symétrique du coude. — DEFONG : Epidémie de fièvre typhoïde au 11e d'inf. — JUDE : Les expertises mentales dans l'armée.

Archives de médecine navale. — (N° 4, avril 1910.) MATHIEU : La baie de Cam-Ranh. — MIRGUET : La *Manche* en Indo-Chine. — FOURNIER : Une complication rare de cure radicale de hernie.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 4, avril 1910.) GUISEZ : Corps étrangers de l'œsophage. — M. LŒPER : Troubles digestifs et névralgies intercostales. — LINOSSIER et G.-H. LEMOINE : La toxicité normale des aliments.

Archives générales de médecine. — (Avril 1910.) ROUSSEAU-LANGWELT : La fièvre ondulante (fièvre de Malte ou fièvre méditerranéenne).

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 4, 15 avril 1910.) J. DE FOURMESTRAUX et G. DAMIOT : Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia. — CARLOTTI : Les hémorragies rétiniennes. Leur signification en clinique générale. — Guillaume LOUIS : La tumeur blanche du coude chez l'enfant (*fin*). — ORILLARD : Des interventions chirurgicales dans la tuberculose pulmonaire. Opération de Freund. Pneumothorax artificiel. Thoracoplastie extra-pleurale. — BOUREAU et GANDEAU : Pyonéphrose calculeuse chez une enfant de dix ans. — (N° 5, 15 mai.) GALLET : De l'influence de l'émotion maternelle sur le fœtus.

Archives internationales de neurologie. — (Avril 1910.) Robert R. RENTOUL : Dégénérescence et stérilisation. — H. DAMAYE et A. MEZIE : Délire systématisé aigu; état chronique suivi de démence. Autopsie. — CZARNICKI : Démence précoce et syphilis. — A. MARIE et GOTTSCHALK : Chimisme de la substance cérébrale. — G.-C. DE CLÉRAMBAULT : Notes sur l'éthérisme ; syndrome épileptique avec mort. Délire hallucinatoire aigu. Excitations diverses.

Bulletin médical. — (N° 28, 6 avril 1910.) W. HIS : Rhumatisme chronique et goutte. — L. BARD : Du rôle des contractions latentes dans la séméiologie cardiaque. — (N° 29, 9 avril.) E. JOSSERAND : Contribution à l'étude des fausses maladies bleues. — (N° 30, 13 avril.) P. SÉBILEAU : Les mastoïdites provoquées. — (N° 31, 16 avril.) A. CHASSEVANT : Comment prescrire la pepsine dans le traitement des dyspepsies. — J. ROUBINOVITCH : La criminalité dans la paralysie générale d'après 770 expertises médico-légales. — (N° 32, 20 avril.) J. BABINSKI : De la craniectomie décompressive. — (N° 33, 23 avril.) CHAUFFARD : Un précurseur de la lutte antituberculeuse moderne. — (N° 34, 27 avril.) Gilbert BALLET : Les actes délictueux commis par les paralytiques généraux sous l'influence de l'affaiblissement du sens moral, antérieurement à l'apparition de symptômes avérés de la maladie. — (N° 35, 30 avril.) LÉNEZ : La réfrigération systématique de l'abdomen dans le traitement de la fièvre typhoïde. — (N° 36, 4 mai.) L. HUGOUNENQ : La dyscrasie urique et l'origine de la goutte. — G. BALLET : A propos du recrutement des médecins d'asile. — (N° 37, 7 mai.) BAR : L'évolution des idées sur le traitement de la dystocie pelvienne du XVIIIe siècle jusqu'en 1909. — (N° 38, 11 mai.) André LÉRI : Le réflexe des orteils en extension chez les rhumatisants chroniques. — (N° 39, 14 mai.) CHEVRIER : Chevauchement avec imbrication anatomique dans la cure des éventrations sous-ombilicales. — M. BOIGEY : Laboratoire et clinique. Simple fait. — LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD : Traitement opothérapique de l'asthme essentiel ou neuro-arthritique. — (N° 40, 18 mai.) HIRTZ et BEAUFUMÉ : Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire. — JOUSSET (A.) : Rapports de l'hydrocèle simple et de la tuberculose. — BARBIER et VAUCHER : Dilatation des bronches et tuberculose.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 14, 3 avril 1910.) L. VERDELET : Notes sur une petite épidémie de kystes hydatiques dans la commune de Barp (Gironde). — L. ROCHER : La thermothérapie localisée (bains d'air chaud) dans les affections des membres, particulièrement en chirurgie. — (N° 15, 10 avril.) BUSQUET : Contribution à l'étude de l'auto-sérothérapie. — R. CRUCHET : Sur les difficultés du diagnostic chez l'enfant entre les crises épileptiques frustes et les petits accès hystériques. — (N° 16, 17 avril.) SABRAZÈS : Technique de l'examen des leucocytes neutrophiles envisagés d'après la classification d'Arneth. — MATIGNON : De l'abus des lavages intestinaux chez les entérités. — (N° 17, 24 avril.) LAFOND-GRELLETY : Des quantités électriques en électrothérapie (galvanisme). — (N° 18, 1er mai.) BITOT et PETGES : Méningisme d'origine diphtérique, nasale et buccale, sans fausses membranes. Injection du sérum de Roux. — DARAIGNEZ : De l'échinococcose dans la région landaise. — (N° 19, 8 mai.) CODET-BOISSE : Le diagnostic des trajets fistuleux par la radiographie après injection du mélange bismuthé de Beck ou d'un mélange iodoformé. — (N° 20, 15 mai.) G. BOUTIN : A propos de deux cas de névralgies faciales chroniques à crises paroxystiques, guéries par les injections d'alcool.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 6 juin. — MM. Lévy-Franckel (Lille et Nancy) : « Séméiologie et valeur pronostique des hémoptysies »; note : 12; — Fernand Lévy (Paris) : « Syndrome cérébelleux »; note : 15; — Clerc (Paris) : « Maladie de Parkinson »; note : 18.

Première séance du 7 juin. — MM. Arloing (Lyon) : « Diagnostic de l'hémiplégie »; note : 18; — Guillain (Paris) : « Hématomyélie »; note : 20.

Deuxième séance du 7 juin. — MM. Pierre Lande (Bordeaux) : « Symptômes et diagnostic de l'intoxication par l'acide arsénieux »; note : 13; — Detot (Paris) : « Pneumothorax »; note : 12; — Bériel (Lyon) : « Syphilis du poumon »; note : 18.

Première séance du 8 juin. — MM. Pierrat (toutes facultés), Paisseau (Paris), Bossuet (Bordeaux) se sont retirés; — Pierry (Lyon) : « Signes et diagnostic des anévrismes de l'aorte thoracique »; note : 16.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 6 juin. — MM. Desmarets (Paris) : « Fistule pyo-stercorale »; note : 15; — Guibé (Paris) : « Symptômes, diagnostic et traitement des néoplasmes vésicaux »; note : 14; — Tavernier (Lyon et facultés de province) : « Lésions traumatiques des tendons; » note : 14,5.

Première séance du 7 juin. — MM. Binet (Nancy) : « Les obstructions pyloriques. Diagnostic et traitement »; note : 12; — Cotte (Lyon): « Spina bifida »; note : 10.

Deuxième séance du 7 juin. — MM. Lardennois (Paris) : « Hernie ombilicale chez l'adulte »; note : 14; — Péraire (Paris) s'est retiré; — Corse (Lille et toutes facultés) : « Varices des membres inférieurs »; note : 13.

Première séance du 8 juin. — MM. Thévenot (Lyon) : « Rein mobile »; note : 16; — Martin (Montpellier) : « Synovites tendineuses tuberculeuses »; note : 15.

— Section de médecine mentale. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Laignel-Lavastine.

M. Rogues de Fursac, qui était admissible, s'est retiré du concours.

— Section de physiologie. — Le jury est ainsi composé : MM. Cluzet, Meyer, Jolyet, Richet, Gautier.

Ordre de passage : MM. Jeandelize, Brocard, Lassablière, Pozerski, Busquet, Ambard, Battez, Camus (Jean), Odin.

Première séance du 7 juin. — M. Jeandelize, 10 1/2; — M. Brocard s'est retiré.

Première séance du 8 juin. — MM. Lassablière (Paris) : « De la sécrétion urinaire »; note : 6; — Pozerski (Paris) : « Fonction uréopoiétique »; note : 10.

— Section d'obstétrique. — Le jury est ainsi composé : MM. Tédenat, Hergott, Bernheim, Fabre et Bar.

Ordre de passage : MM. de la Lande de Vallière, Chirié, Theuveny, Rudaux, Delestre, Guéniot, Baldini, Sauvage, Devraigne, Lequeux, Delmas, Lafond, Mme Gaussel, MM. Pouliot, Le Lorier et Dupont.

Première séance du 7 juin. — MM. Chirié, 13; Rudaux, 16.

MM. de la Lande de Vallière et Theuveny se sont retirés.

— Section d'anatomie et embryologie. — Le jury est ainsi composé : MM. Testut, Charpy, Debierre, Gentès et Prenant.

Ordre de passage : MM. Descomps, Looten, Garnier, Rouvière, Grégoire, Debeyre, Lafite-Dupont, Aubaret, Latarjet, Picquand, Horand, Lucien, Villemin, Marcille, Picqué (R.).

Première séance du mardi 7 juin. — MM. Descomps (Paris) : « Ligaments de l'utérus »; note : 15; — Looten (Lille) : « Membrane choroïdienne (y compris le muscle ciliaire) »; note : 10.

Deuxième séance du mardi 7 juin. — MM. Garnier (Nancy) : « Couches optiques et corps strié »; note : 10; — Rouvière (Montpellier) : « Nerf grand hypoglosse »; note : 13.

Première séance du 8 juin. — MM. Grégoire (Paris) : « Oreillettes du cœur »; note : 16; — Debeyre (Lille) : « Corps thyroïde »; note 12.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury, qui était considéré comme définitif, a encore subi une modification : M. Segond remplace M. Bazy.

— Concours de l'adjuvat des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 6 juin. — Question donnée : « Les deux muscles supinateurs. Les deux muscles radiaux et leurs nerfs. »

MM. Sorrel, 17; Mock et Lorin, 19; Wolfromm, 16; Brocq, 17; Luzoir, 15.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Epreuve clinique. — Séance du 7 juin. — MM. Bourrouillou, 18 + 9 = 27; Rousseau-Langwelt, 13 + 6 = 19; Baldini, 20 + 9 = 29.

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

DE L'APPAREIL UTÉRO-ANNEXIEL

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

Lorsqu'on ouvre les anciens traités de gynécologie du milieu du siècle dernier, on est un peu surpris de voir quelle place énorme s'y trouve réservée aux congestions arthritiques de l'appareil génital de la femme et aux vices scrofuleux métro-salpingiens.

On est surpris car, semble-t-il, de tout cela plus rien ne reste actuellement; en pratique, on ne voit que salpingite banale et tuberculose annexielle franche ; la notion des infections microbiennes paraît avoir réduit à néant les patientes observations des cliniciens d'autrefois; les constatations opératoires et les résultats thérapeutiques démontrent surabondamment combien légitime fut cette évolution nosographique.

Et cependant, quand on va aux faits, on voit, qu'aujourd'hui comme autrefois, les arthritiques souffrent d'avoir un gros utérus, lourd, très dur et saignant, tandis que les scrofuleuses se plaignent de douleurs pelviennes et de troubles menstruels. Seulement leurs malaises, aux unes et aux autres, sont de ceux avec lesquels on s'efforce de vivre et de composer. Ils ne nécessitent aucune intervention chirurgicale et la gravité de la maladie causale finit par les faire oublier. Tolérées par les malades, les congestions arthritiques et les scléroses scrofuleuses sont méprisées des médecins qui n'ont cure de les étudier.

Pourtant, certaines données récentes de physiologie et de pathologie permettent de les envisager d'une façon très compréhensible et d'en préciser les évolutions.

Tout d'abord on doit aujourd'hui rapprocher dans un même groupe ces termes qui semblent s'exclure : arthritisme et scrofule ; la maladie de pléthore et la maladie de misère sont toutes deux des syndromes d'infection atténuée et toutes deux en liaison avec l'intoxication tuberculeuse.

D'autre part, la physiologie normale de l'appareil utéro-annexiel ayant été singulièrement modifiée en sa compréhension depuis les études de Frænkel, d'Ancel et Bouin, de Villemin, de Regaud, sur la glande à sécrétion interne de l'ovaire, il y a lieu d'étudier sa pathologie au travers des conceptions nouvelles.

C'est ce que nous avons essayé de faire, unissant arthritisme et scrofule, et recherchant la façon dont l'utérus et ses annexes étaient influencées par la tuberculose inflammatoire.

Pour cela, la première chose à faire était de rechercher quelles lésions banales et quels troubles on rencontre habituellement chez les tuberculeux.

Voyons séparément les uns et les autres.

* * *

Chez les tuberculeux, on peut trouver des lésions isolées de l'utérus, des trompes ou des ovaires, mais, le plus souvent, il s'agit d'une sclérose utéro-annexielle totale.

Certaines femmes, généralement fortes, souvent obèses, hautes en couleur, ayant l'aspect classique des arthritiques, des neuro-arthritiques, présentent, vers la quarantaine, des douleurs pelviennes, surtout localisées dans les reins, des pesanteurs, des irradiations pénibles, lancinantes, dans les cuisses, au périnée; depuis longtemps, apprend-on, les règles étaient douloureuses et se prolongeaient anormalement, elles étaient suivies parfois de véritables crises leucorrhéiques. Toutes les médications locales n'ont jamais influencé cet état pénible qui, par contre, à certains moments, semblait devoir disparaître complètement, de par son propre mouvement.

Si l'on scrute, avec soin, le passé de telles malades, il n'est pas rare d'y rencontrer, plus ou moins oubliée parce que déjà lointaine, la marque d'une atteinte tuberculeuse ancienne. Autrefois, cette femme, aujourd'hui d'aspect floride, eut des hémoptysies et dut s'aliter pendant des mois; puis tout disparut, elle guérit complètement et, depuis lors, semble avoir changé de diathèse; cette autre a perdu deux frères de tuberculose, elle-même fut soignée, dans l'enfance, pour des ganglions du cou. Elle se souvient que, pour cela, elle fut gavée d'huile de foie de morue. Vers quinze ans, elle parut avoir triomphé de son mal et désormais son développement fut normal; à vingt ans, c'était une robuste fille, forte et puissante, d'embonpoint déjà considérable; l'une et l'autre ont des métrorragies abondantes et des douleurs pelviennes. Le toucher montre un gros utérus, lourd, pesant, ballottant lourdement, d'arrière en avant, sous la pression des doigts. Le col hypertrophié est dur, congestionné : on parle d'utérus fibromateux et l'on sait bien qu'il ne s'agit pas de fibrome. Effectivement, l'utérus est uniformément augmenté de volume ; à la coupe il est mou et congestionné, ou bien dur et scléreux; histologiquement, l'examen n'y révèle que de la prolifération fibreuse étouffant les fibres musculaires auxquelles elle se substitue. Les trompes sont saines, les ovaires fibreux et kystiques.

Bref, le tableau est identique à celui de ces scléroses neuro-arthritiques que Doléris (1), A. Siredey (2) ont décrites, que Richelot (3) a si parfaitement isolées, et que, depuis leurs recherches, il est devenu banal de rencontrer.

A vrai dire, le tableau est identique parce que la maladie est la même. Bien souvent, en effet, ces arthritiques ne sont que des tuberculeuses latentes, dont les lésions anciennes et cachées ont produit lentement, après des flux congestifs répétés, une sclérose diffuse caractéristique qui s'est manifestée plus bruyamment à l'utérus qu'ailleurs.

Les modalités réactionnelles de l'utérus, en pareil cas, ne sont pas toujours semblables. On les trouvera parfaitement indiquées dans le travail très intéressant que Roux de Brignolles (4) a, tout dernièrement, consacré à la sclérose utéro-annexielle en dehors de la ménopause. Comme il l'a montré, elles varient avec l'âge du processus causal. Leur nature n'en est point changée.

Parmi ces différents types, le type de métrite banale avec gros col, que G. Cotte (5) a signalé en 1907, ne semble pas très rare.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 juin.

(1) Doléris. *Nouv. Arch. de gyn.*, 1893.
(2) Siredey. *La Gynécologie*. 1900, n° 1, p. 1.
(3) Richelot. *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, 6 juillet 1900, et in *Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve*, 1902, Paris, Doin, éditeur.
(4) Roux de Brignolles. *La Gynécologie*, 1909, nos 5 et 6.
(5) G. Cotte. *Gaz. des hôpit.*, 10 sept. 1907, p. 1227.

Certes, nous n'apportons pas la preuve formelle de l'origine tuberculeuse de toutes ces lésions, mais la constance de leur coïncidence avec la tuberculose n'est-elle pas significative ?

Et, d'autre part, quand on parle d'arthritisme, quelle preuve donne-t-on de son existence ? Sous ce nom, on groupe des lésions habituellement associées, dont la cause mystérieuse demeure cachée ; croit-on avoir donné une personnalité civile à cette prétendue entité parce qu'on a dissimulé l'ignorance de son origine derrière de grands mots, à l'abri de postulats chimiques? Etre arthritique, c'est surtout avoir des tendances à la congestion et aux scléroses. *Or, nul n'est plus arthritique que les tuberculeux.* Les deux maladies se rencontrent si souvent qu'on doit les unir étiologiquement. On nous dira, peut-être, que coïncidence n'est pas preuve, mais aujourd'hui où, sur la foi d'une simple réaction de Wassermann, on rattache à la syphilis toutes sortes de lésions disparates, n'est-il pas légitime de rapporter à une infection tuberculeuse certaine les manifestations étiologiquement indéterminées qui l'ont suivie?

Ces lésions n'ont, dit-on, rien de tuberculeux : un bâtard peut n'avoir pas toutes les lettres patentes de ses frères légitimes, il n'en a pas moins la même origine qu'eux. Ainsi en est-il de l'arthritisme et de la tuberculose.

Au reste, le plus souvent, chez les tuberculeux, ce n'est point l'aspect placide de l'arthritique que l'on retrouve, et, au rebours de ce que nous venons de dire, l'utérus des tuberculeuses est habituellement petit, atrophié, scléreux; on dirait un utérus sénile; les trompes, non enflammées, sont grêles, allongées, minces, parfois hypertrophiées et noueuses, rarement kystiques et remplies du liquide citrin, caractéristique de l'hydrosalpinx. Les ovaires douloureux depuis longtemps, souvent prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, sont criblés de petits kystes.

En somme, sclérose utéro-annexielle diffuse, ovarite micro-polykystique, salpingite fibreuse ou hydrosalpinx, telles sont les lésions qu'il est banal de rencontrer à l'autopsie des phtisiques.

Elles ne ressemblent, en rien, à celles que réalisent les infections habituelles extrinsèques de l'appareil génital de la femme. Il faut donc conclure de la coïncidence habituelle à une relation de causalité; ce sont des manifestations de tuberculose inflammatoire, au même titre que les névrites, les cardiopathies, que les rhumatismes des tuberculeux, etc.

Et ceci conduit actuellement à se demander si chacune de ces lésions, quand elle apparaît isolément, avec l'habitus des maladies essentielles, n'est pas alors aussi la simple manifestation d'une tuberculose très atténuée, d'une *tuberculose inflammatoire.*

Ici, comme partout en pathologie, le terme d'essentiel doit disparaître : il n'est qu'un voile d'ignorance. Une maladie dont l'origine est habituellement toxi-infectieuse ne peut pas être essentielle, c'est-à-dire être en soi, parce qu'elle est, dans les cas où la toxi-infection manque à l'appel. La cause existe toujours, elle est dissimulée, elle se cache, mais elle existe ; avec ce que l'on sait aujourd'hui des infections atténuées, on peut aisément comprendre qu'il en soit ainsi. Et parmi les infections capables de pareilles actions, c'est à coup sûr la tuberculose et la syphilis que leur fréquence, leur polymorphisme doivent avant tout faire suspecter. Aussi, tout exagéré que cela puisse paraître, nous pensons que tuberculose et syphilis doivent expliquer la majeure partie des dystrophies viscérales essentielles, et que, dans un avenir prochain, elles seront rendues responsables de toutes sortes de méfaits que l'on n'eût point osé autrefois leur imputer.

Ainsi en est-il, croyons-nous, de l'*ovarite micro-kystique.*

On sait aujourd'hui qu'elle est l'aboutissant d'infections variées, à seule condition qu'elles soient peu virulentes.

D'ordinaire, l'infection causale est ascendante ; l'ovaire scléro-kystique accompagne fréquemment la salpingite ancienne. Mais, bien des fois il existe, alors que les trompes sont saines. L'infection, dans ces cas, a été générale : elle est venue par le sang. Ce peut être une infection aiguë; on a cité des ovarites post-rubéoliques, ourliennes ; habituellement, il s'agit d'une infection chronique, de la syphilis ou de la tuberculose.

Le rôle de la tuberculose a été particulièrement mis en évidence par Kahlden. Il a signalé la fréquence de la dégénérescence micro-polykystique à l'autopsie des tuberculeuses pulmonaires avancées; il l'a vu coïncider avec de la tuberculose de l'ovaire et des trompes. Nous avons, nous-mêmes, fait de pareilles constatations. Depuis quatre ans que notre attention est attirée sur ce point, nous avons cherché l'état des ovaires chez toutes les tuberculeuses dont nous avons fait l'autopsie : nous les avons trouvés scléro-kystiques dans presque tous les cas où la maladie avait été lente. De même, opératoirement, nous avons vu une trompe caséeuse au voisinage d'un ovaire scléreux à petits kystes chez une jeune femme. D'autres que nous (Delore) ont vu des faits de ce genre. Il est donc certain que l'ovarite scléro-kystique est souvent satellite d'une tuberculose en évolution, proche ou distante; c'est une lésion paratuberculeuse, une lésion de tuberculose inflammatoire.

Aussi toutes les fois que l'on constate la dégénérescence polykystique des ovaires, ne doit-on pas se contenter de ce diagnostic anatomique ; il faut chercher la cause, mettre tout en œuvre pour la révéler. Cette recherche conduira peut-être à saisir, à l'aube de son développement clinique, une tuberculose latente, assistant inaperçue aux effets lointains de son évolution rapide.

C'est ainsi que chez une jeune femme opérée ailleurs pour une maladie de Reclus typique (mastite micro-kystique bilatérale) laparotomisée dans notre service pour des ovaires scléro-kystiques, le séro-diagnostic tuberculeux nous a donné l'indication utile d'une intoxication tuberculeuse, impossible à démasquer cliniquement.

Depuis longtemps, nous attendons l'occasion de faire une recherche identique dans l'*hydrosalpinx.*

Nous visons ici cliniquement ces grosses trompes kystiques, en cornemuse, remplissant le petit bassin, ne présentant aucun stigmate d'infection péritonéale ancienne ou récente. Ces hydrosalpinx essentiels se voient surtout chez des jeunes femmes ou des jeunes filles. Ils se développent lentement, insidieusement, dans un silence péritonéal absolu. Nulle cause apparente ne les produit. Il y aurait lieu, à l'avenir, de voir si le liquide salpingien agglutine ou s'il tuberculise le cobaye, et surtout de rechercher les conditions cliniques latentes de sa formation. Nous sommes d'autant plus portés à lui supposer une origine

tuberculeuse possible, que nous avons vu l'hydrosalpinx banal, à liquide clair, à parois histologiquement aspécifiques, au contact d'une tuberculose caséeuse des annexes opposées.

Au reste, pareille coïncidence a déjà été relevée, et quelques auteurs ont fait la même hypothèse que nous. Lea (1), Albertin (2) ont parlé de l'origine tuberculeuse probable de certains hydrosalpinx, qu'ils considèrent comme le résultat d'une infection atténuée ; pour eux, comme pour nous, il s'agit, avant tout, d'une impression clinique. D'ailleurs, probablement seuls, les considérants cliniques seront positifs en pareil cas : l'expérience nous a montré que les recherches de laboratoire étaient rarement démonstratives dans ces syndromes d'intoxication tuberculeuse fruste.

On ne manquera point d'objecter que si l'inoculation est négative, alors que manquent les autres critériums scientifiques (examens bactériologique et histologique), on ne doit point parler de tuberculose. On nous redira que la tuberculose vraie est une maladie à étiquette qui porte toujours sa signature avec elle, que notre tuberculose à nous ne saurait exister puisqu'elle n'en a pas, et que l'hydrosalpinx par tuberculose inflammatoire est une simple vue de l'esprit, si rien localement n'y avère le passage du bacille.

Mais nous pensons que l'on n'a plus le droit aujourd'hui de faire montre d'un tel absolutisme. Les cadres étroits, dans lesquels on croyait avoir, malgré la clinique, enfermé la tuberculose, ont éclaté depuis longtemps et la critique des critériums spécifiques, toujours nécessaires, a depuis des années fait faillite. Les syndromes d'intoxication tuberculeuse, les processus d'irritation chronique échappent jusqu'à présent au rigorisme de la méthode expérimentale. Est-ce une raison pour les nier, comme on niait, il y a quelques années, l'origine tuberculeuse des lésions non folliculaires et la réalité de la tuberculose inflammatoire ?

Demande-t-on aux lésions parasyphilitiques un autre critérium que le critérium clinique ? Quel est l'élément de certitude du diagnostic des lésions tertiaires ? On sait qu'elles sont rarement inoculables, qu'elles n'ont aucune spécificité histologique. A la fin d'une revue critique sur les nouveaux moyens de diagnostic pratique de la syphilis, Nicolas et Moutot (3) concluent que pour les lésions d'allure tertiaire, pour les syphilis conceptionnelles, seule la réaction de Wassermann vaut quelque chose. Pourquoi en matière de tuberculose en serait-il autrement ? Evidemment on a pu dire que rien ne permettait d'assimiler syphilis et tuberculose. Et pourtant Castaigne écrivait récemment : « Il y a des points de rapprochement entre l'infection syphilitique et l'infection tuberculeuse, qui ont, d'une part, des lésions communes, qui ont, d'autre part, des réactions morbides identiques, et qui enfin, paraissent être améliorées, dans certains cas, par la même thérapeutique (4). »

Aussi doit-on conclure que les lésions d'étiologie indéterminée que l'on voit dans la tuberculose manifeste ou latente doivent être tenues pour tuberculeuses. Ainsi en est-il, vraisemblablement, de certains hydrosalpinx essentiels.

En vertu des mêmes considérants, on doit rapporter à la tuberculose inflammatoire un grand nombre de cas *d'infantilisme, total ou partiel, des organes génitaux.*

Pour la majorité des auteurs contemporains, ce n'est point une lésion véritable. Il s'agit là d'une dystrophie congénitale d'essence inconnue, et qui, conformément à une remarque déjà ancienne de Voit et d'Hegar, prédispose à la tuberculisation locale. Il n'est pas absolument rare, en effet, de relever une certaine hypoplasie utéro-annexielle chez les malades atteints de tuberculose génitale. Le fait existe, mais pourquoi conclure que ceci a favorisé l'éclosion de cela ? N'y aurait-il pas lieu de poser autrement le problème, et de rechercher si la tuberculose ne favorise pas l'arrêt de développement constaté ?

Or il semble bien qu'il en soit ainsi : les hypoplasies complètes ou simplement esquissées sont fréquentes chez les tuberculeux (1). Sur 19 malades atteintes d'arrêt de développement utéro-annexiel, Hegar en compte 9 ayant des antécédents tuberculeux, et 2 avec des lésions de tuberculose acquise. Meayer sur 60 hypoplasiques, en trouve 23 dont l'hérédité tuberculeuse est patente, et 19 qui se sont tuberculisés. Merletti sur 500 tuberculeuses relève à l'autopsie 80 cas d'arrêt de développement utérin.

Il nous est arrivé de rechercher cliniquement l'infantilisme utérin chez de jeunes tuberculeuses. Nous l'avons noté bien des fois, notamment chez une jeune fille atteinte de tumeur blanche du genou depuis deux ans et demi, qui n'était plus réglée depuis dix-huit mois.

Il semble donc que la tuberculose ait un rôle dystrophique et qu'elle gêne le développement normal de l'utérus et de ses annexes. Il en résulte que la prédisposition des hypoplasiées à la tuberculisation générale ne doit pas être rattachée à la chétivité de leur appareil génital ; elle vient de ce qu'elles sont déjà tuberculeuses en quelque point : l'hypoplasie est elle-même fonction de leur infection.

*
* *

Aux désordres anatomiques si divers que l'on trouve chez les tuberculeuses, il est difficile de rapporter très exactement les malaises si nombreux dont elles se plaignent et les troubles fonctionnels qu'elles accusent.

Chez elles, les névralgies pelviennes sont banales ; douleurs localisées ou irradiées, coïncidant avec les règles ou survenant en dehors d'elles. Quand l'examen local ne révèle aucune inflammation suppurative, aucun vice de position, on est tenté de les considérer comme le résultat d'une imprégnation toxique du sympathique pelvien, mais on ne saurait préciser.

En dehors de ces phénomènes douloureux, on peut voir dans le cours de l'intoxication tuberculeuse des métrorragies, de la leucorrhée et des troubles menstruels.

Les *métrorragies* sont, depuis longtemps, connues. En 1901, Vincent (2) montrait qu'elles peuvent sur-

(1) Lea. Tuberculose des trompes, *North. of Engl. Obst. and Gyn. Soc.*, 17 mars 1905. — Comptes rendus in *Revue de gyn.*, 1905, p. 767.
(2) Albertin. Les abcès froids tubaires, *Lyon chir.*, t. I, 1er nov. 1908, p. 1.
(3) Nicolas et Moutot. Revue critique des nouveaux moyens de diagnostic pratique de la syphilis, *Le Journ. méd. franç.*, 15 avril 1910, p. 145.
(4) Castaigne, *Ibid.*, p. 144.

(1) On trouvera des détails intéressants sur ce sujet dans une revue de Bovis, in *Semaine méd.* du 23 sept. 1908, p. 568.
(2) Vincent. Métrorragies symptomatiques, *Lyon med.*, 1900.

venir comme un stigmate précoce de tuberculisation aiguë, avant-coureur d'une localisation pulmonaire, révélateur de lésions spécifiques de la muqueuse utérine. Ces « hémoptysies internes » peuvent exister en dehors de toutes lésions virulentes, et avoir le caractère purement congestif, mais la preuve en est difficile à faire.

La *leucorrhée* est d'observation banale chez les tuberculeuses. On l'interprète comme une manifestation secondaire de l'anémie et de la déchéance organique. Conformément à l'opinion populaire, on en fait généralement « un signe de faiblesse ». Il serait plus en harmonie avec les idées régnantes de la rattacher à une irritation toxique de la muqueuse utérine du col, et de la regarder comme la conséquence directe d'une localisation génitale de la tuberculose inflammatoire, et ce qui semblerait bien le prouver, c'est que souvent le flux leucorrhéique subit toutes les variations d'évolution des lésions pulmonaires, ou bien est en alternance avec telle ou telle autre localisation tuberculeuse.

On doit comprendre, de même façon, la *dysménorrhée* si banale chez les phtisiques. Jusqu'ici on n'a guère pensé que l'irrégularité ou l'absence des règles puisse dépendre du bacille de Koch. La déchéance organique suffit, pense-t-on, à l'expliquer. A plus forte raison est-on loin de rattacher, à une tuberculose ignorée, les troubles menstruels que n'explique point une cause locale bien déterminée.

Les quelques auteurs (1) qui se sont occupés des rapports de la tuberculose et de la menstruation, se sont surtout attachés à l'étude de l'aggravation des lésions pulmonaires au moment du flux menstruel; d'autres ont noté la facilité avec laquelle la tuberculose se développe au moment de la puberté. On n'a jamais songé à rechercher le rôle étiologique possible du bacille de Koch dans les troubles de la menstruation, mais on a remarqué, depuis longtemps, leur fréquence chez les arthritiques nerveuses, à tendances congestives et névralgiques [de Sinety, Richelot, Pierra (2)].

Au cours de recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les vaccins de Spengler, J. Hollos et K. Eisenstein (de Szeged) viennent de faire une série de constatations qui sont la meilleure démonstration du rôle que peuvent jouer le bacille de Koch ou ses toxines dans les désordres menstruels.

G. Cotte (3) a fait connaître, en France, leurs observations; nous lui empruntons les détails qui suivent :

Sur 118 malades, traités pour bacillose pulmonaire, quelques-unes seulement avaient des règles régulières, non douloureuses; les autres présentaient des troubles plus ou moins marqués; 14 avaient de l'aménorrhée et 70 souffraient au moment de leurs règles. Dans la plupart de ces cas, en outre, les règles étaient plus ou moins irrégulières dans leur date d'apparition, leur durée, ou la perte de sang dont elles s'accompagnaient.

Sur les 70 malades atteints de dysménorrhée, 53 ont été soumis à la tuberculinothérapie, les autres ont refusé le traitement ou l'ont cessé avant le retour des règles. Les résultats obtenus sont les suivants :

8 n'ont été améliorées ni pendant ni après le traitement;
5 accusent des douleurs moins violentes;
40 peuvent être considérées comme complètement guéries,

car les règles reviennent actuellement sans douleur. Plusieurs de ces malades ont été revues au bout de deux à cinq mois; cinq ont eu, depuis leur guérison, huit ou onze fois leurs règles sans présenter aucun trouble.

Sur six malades qui souffraient en dehors de leurs règles, deux sont complètement guéries.

Chez la plupart des malades, la dysménorrhée, de date plus ou moins ancienne, avait fait son apparition en même temps que la tuberculose; chez 27 seulement les troubles menstruels dataient de la puberté et s'étaient produits avant toute infection génitale; 13 malades n'avaient pas leurs vingt ans, 9 n'étaient pas encore à dix-sept ans. Dans un cas, les trois sœurs présentaient les mêmes symptômes.

Dans le premier groupe de faits, l'examen gynécologique n'a pu être pratiqué que dans un nombre assez restreint de cas; il a permis de constater quelquefois des signes d'annexite, d'endo ou de périmétrite.

Dans le deuxième groupe, le toucher vaginal, chez trois malades qui avaient accouché, montra une annexite dans deux cas, et de la métrite dans le troisième. Dans les autres observations, il s'agissait de jeunes filles et l'examen ne put être fait qu'une seule fois : l'utérus avait des marques d'infantilisme. Sur ces 27 malades enfin, 23 avaient des signes de bacillose pulmonaire; chez les quatre dernières, il s'agissait de tuberculose latente (séro-réaction positive).

Au point de vue thérapeutique, les résultats obtenus dans ces dysménorrhées datant de la puberté sont analogues à ceux que nous avons donnés plus haut. Sur 22 malades de cette catégorie, traités à la tuberculine :

3 n'ont obtenu aucune amélioration;
3 ont eu leurs douleurs atténuées;
16 sont complètement guéries; la moitié depuis plus de cinq mois.

De pareils faits, pour Hollos et Eisenstein, semblent bien indiquer que les troubles de la menstruation ne sont souvent qu'un signe de l'intoxication douloureuse. L'anémie, les palpitations, les vertiges, les douleurs d'estomac, l'anorexie, etc., qu'on observe parfois en même temps, sont autant de manifestations qui se retrouvent chez un grand nombre de tuberculeux latents. Il faut, chez les dysménorrhéiques aussi, les rattacher à la tuberculose.

Toutes ces prétendues anémiques, hystériques ou neurasthéniques, à menstruation difficile, ne sont donc que des tuberculeuses à un degré plus ou moins avancé.

L'efficacité de la thérapeutique spécifique semble bien en être la démonstration. Mais il y a plus. Un fait, rapporté par Hollos dans son livre récent sur les *Intoxications tuberculeuses*, a la valeur d'une expérience. Chez une malade de trente-huit ans, tuberculeuse depuis longtemps, et qui, depuis le début

(1) Daremberg. Fonction menstruelle et phtisie, *Arch. gén. de méd.*, 1880; — Moucher. Influence de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire, *Revue de Paris*, 1906-1907, n° 108.

(2) Pierra. La menstruation des arthritiques. *Revue des mal. de la nutrit.*, oct. 1905.

(3) G. Cotte. Tuberculose inflammatoire : dysménorrhée d'origine tuberculeuse, *Gaz. des hôpit.*, 12 oct. 1909, p. 1147.

de ses lésions, présentait des troubles menstruels, des injections d'allotoxines firent reparaître la menstruation; des isotoxines ramenèrent la dysménorrhée en même temps que se montrait toute une série de phénomènes généraux d'intoxication que la première médication fit disparaître rapidement.

Il est, enfin, un dernier argument qui plaide en faveur des idées défendues par Hollos et qui sont les nôtres : l'aménorrhée est fréquente chez les malades atteintes de tuberculose locale. Chez elles, l'état général est habituellement parfaitement conservé; on ne saurait parler d'anémie et de déchéance organique. Seule l'hypothèse d'une intoxication peut se défendre.

L'étude des localisations de la tuberculose inflammatoire sur la glande à sécrétion interne de l'ovaire va nous en montrer le mécanisme précis.

Il peut paraître, au premier abord, un peu osé de soulever cette question. Pour quelques-uns, le rôle est encore bien hypothétique de ce que Segond, à un tout autre point de vue, appelait la « pharmacie ovarienne ». Pourtant, les travaux si remarquables d'Ancel et Bouin ne peuvent laisser place aux doutes et il nous semble que leurs dernières recherches (1) complètent, avec une admirable rigueur, la démonstration, déjà si poussée, qu'ils avaient entreprise avec Villemin (2).

On sait ce qu'il en est de la glande endocrine de l'ovaire. Tandis que chez nombre d'animaux elle est constante, pareille à l'interstitielle du mâle, chez la femme elle est intermittente et périodique. Elle est représentée, comme l'avait pensé Prenant en 1898, par le corps jaune qui se forme aux dépens du follicule de de Graff rompu. Arrivée à sa période d'état, une dizaine de jours après la rupture du follicule, cette glande sécrète en plein rendement pendant cinq à six jours, puis régresse lentement. La grossesse rompt l'harmonie de ce rythme : s'il y a fécondation, le corps jaune persiste au delà de la période conceptionnelle et n'entre en régression qu'au bout de trois à quatre mois.

La sécrétion, versée dans le sang par le corps jaune périodique et par le corps jaune gestatif, a des effets multiples dont les mieux isolés sont, en quelque sorte, des effets locaux; c'est elle qui régit le développement normal de l'appareil génital de la femme, elle qui règle l'apparition des caractères sexuels secondaires et de l'instinct sexuel; elle est, d'autre part, la cause déterminante de la menstruation dont elle maintient la périodicité; enfin, elle prépare l'utérus à la greffe de l'œuf fécondé et rend facile sa fixation.

En effet, la destruction du corps jaune périodique (3) est suivie d'une atrophie surprenante du tractus génital; son apparition semble déterminer la puberté, sa cautérisation ou l'arrêt provoqué de son développement entraîne la suppression de la menstruation suivante (4); enfin, en cas de fécondation, sa destruction complète la fixation de l'œuf ou le fait régresser (5).

(1) P. Ancel et P. Bouin. Recherche sur les fonctions du corps jaune gestatif, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 janvier 1910.

(2) F. Villemin. *Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire*, Th. de Lyon 1908.

(3) Fraenkel. Die Funktion des corpus luteum, *Arch. f. Gyn.*, 1903, Bd LXVIII, p. 430.

(4) Ancel et Villemin. Sur l'ectopie expérimentale de l'ovaire et son retentissement sur le tractus génital, *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 27 juillet 1907.

(5) P. Ancel et F. Villemin. Sur la cause de la menstruation. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 20 juillet 1907.

Puisqu'il en est ainsi expérimentalement, on conviendra aisément que tout ce qui, pathologiquement, viendra troubler, de façon continue, l'évolution normale du corps jaune, apportera une perturbation considérable dans la vie féminine.

Pour la troubler de façon durable, il faut une atteinte bilatérale, dévitalisant, pour ainsi dire, les follicules de de Graff. Cette action stérilisatrice pourra s'exercer sur un plus ou moins grand nombre de follicules; suivant les cas, l'ovogenèse sera définitivement ou passagèrement arrêtée.

Qu'une inflammation vienne étouffer quelques follicules, entraver ou simplement retarder la maturation de l'ovule, la déchirure du sac folliculaire ne se fera pas ou, si elle se fait, les débris cellulaires restant dans la paroi seront improductifs; le corps jaune formé sera, en quelque sorte, mort-né; sa sécrétion insuffisante ou absente ne pourra pas avoir les actions nécessaires.

S'il s'agit d'une jeune fille à l'éveil de sa puberté, la menstruation ne s'établira pas ou s'arrêtera vite; les caractères sexuels n'apparaîtront pas ou ne feront que s'ébaucher; l'enfant restera physiquement et psychiquement impubère, l'utérus sera voué à l'infantilisme et tout espoir de maternité future devra être perdu.

S'il s'agit d'une femme, la menstruation sera languissante ou manquera; l'utérus et ses annexes ne recevant plus l'impulsion nutritive nécessaire s'atrophieront; si une fécondation survient, le corps jaune sera impuissant à remplir sa fonction fixative indispensable, et la grossesse s'arrêtera avant l'heure marquée.

Mais la richesse de l'ovaire en ovules primordiaux est telle que, si l'infection sclérosante cesse d'agir, de jeunes ovules pourront peut-être arriver encore à maturité et faire oublier, dans une certaine mesure, les désordres passés.

En somme, *la sclérose ovarienne ou l'imprégnation toxique du follicule de de Graff peut entraîner l'infantilisme, l'hypoplasie génitale, l'aménorrhée, la dysménorrhée et la tendance aux avortements répétés.*

Or de toutes les causes de sclérose ovarienne, une des plus fréquentes est, sans conteste, la tuberculose. Nous avons cité plus haut quelques chiffres montrant combien elle est habituelle chez les tuberculeux. On la voit, soit sous la forme de sclérose simple, soit avec l'aspect de la sclérose à petits kystes. Dans l'ovaire à petits kystes, les follicules subissent une évolution atrésique et le corps jaune est abortif.

Il en résulte que, chez les tuberculeux avérés ou latents, l'infection, sous des dehors banaux, avec le masque habituel de la tuberculose inflammatoire, réalise lentement une véritable « castration sous-albuginée ».

Et ceci nous explique pourquoi les tuberculeuses sont souvent des infantiles et des hypoplasiées, pourquoi chez elles l'aménorrhée et la dysménorrhée sont fréquentes, pourquoi enfin en cas de grossesse, l'avortement est toujours menaçant.

Mais on peut tirer de ces considérations une autre conclusion : chez les jeunes filles dont le développement est insuffisant, chez les femmes qui présentent, sans raison locale décelable cliniquement, des troubles de la menstruation, chez celles dont l'instinct maternel est perpétuellement déçu, en l'absence de syphilis, il faut songer à une tuberculose latente et la chercher par tous les moyens possibles.

On arrivera quelquefois, en y songeant toujours, à

démasquer l'infection originelle dont tous ces troubles ne sont que des symptômes anormaux. On évitera de s'attarder à une thérapeutique locale insuffisante et vaine. L'hygiène générale du tuberculeux, l'orientation résolument différente de la vie permettront, peut-être, d'arrêter des lésions non encore irrémédiables.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MAI 1910)

L'eau stérilisée par les rayons ultra-violets contient-elle de l'eau oxygénée? Pouvoir stérilisant de l'eau oxygénée. — MM. Jules COURMONT, Th. NOGIER et ROCHAIX. Les expériences de ces auteurs montrent que l'action microbicide des rayons ultra-violets est directe. Elle n'est due ni à la production d'ozone, ni à la production d'eau oxygénée. L'eau potable ainsi stérilisée ne contient aucune trace d'eau oxygénée.

Sur le traitement curatif du charbon par la pyocyanase. — M. FORTINEAU, reprenant les expériences de Bouchard et Chassin, et de Woodhead et Wood, a pu mettre en valeur l'action nettement favorable de la pyocyanase contre la pustule maligne.

Moyen d'éviter des accidents anaphylactiques. — M. A. BESREDKA. La fréquence des accidents sériques chez l'homme, d'une part, le doute que certains savants ont formulé sur la réalité de l'antianaphylaxie d'autre part, décident l'auteur à revenir sur le procédé de préventions par petites doses (*C. r. de la Soc. de biol.* t. LXVI, p. 125) et à en préciser la technique.

Ce procédé permet de réaliser toute une série de *vaccinations subintrantes* conférant une immunité à toute épreuve. Voici en quoi il consiste : au lieu d'une seule injection vaccinante, on en fait deux, trois ou quatre; à chaque nouvelle injection qui suit de quelques minutes (trois à cinq) la précédente, la dose de sérum augmente, et, comme chaque nouvelle injection renforce davantage l'immunité de l'animal, on arrive très rapidement à créer un état antianaphylactique d'une solidité remarquable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1910)

Un nouveau fil résorbable aseptique. — M. KIRMISSON fait un rapport sur un travail de M. Chastenet de Gery. Il s'agit de la constitution d'un nouveau fil résorbable emprunté à la peau de poisson. On a reproché, à tort ou à raison, au catgut de pouvoir donner le tétanos. C'est pourquoi M. Chastenet de Gery a eu l'idée d'emprunter la peau de poisson qui ne contient jamais le bacille tétanigène. Ce fil est tout aussi aseptique et résorbable. M. Kirmisson a commencé par répéter les expériences de l'auteur sur les animaux. Puis il a employé ce fil chez l'homme dans 15 cas : 10 cures radicales de hernie, l'extirpation d'un kyste du canal Nuck, 4 cas d'appendicite. Dans tous ces cas, la résorption a été parfaite et l'asepsie n'a rien laissé à désirer. Ces fils sont d'une grande résistance, mais ils ont moins de souplesse que le catgut et ils sont toujours du même volume. Il y a donc encore à apporter des améliorations dans la très intéressante découverte de M. Chastenet de Gery.

Pleurésies purulentes chroniques. — M. DIEULAFOY rappelle d'abord une observation de Gros dans laquelle il s'agissait d'un malade atteint de pleurésie qui dut être ponctionnée un grand nombre de fois, le liquide se reproduisant sans cesse, sans que la santé générale fût jamais altérée. Voici, ensuite, l'histoire de Blanchet. Blanchet est un marchand de vins, très robuste, très actif, qui se présenta un jour à l'Hôtel-Dieu, se plaignant d'une légère dyspnée. Brissaud l'ausculte, trouve une pleurésie et conseille une ponction. On ponctionne, on tire un litre de liquide. Très occupé, Blanchet retourne à ses affaires. Il revient huit jours après avec un nouvel épanchement; nouvelle ponction, deux litres et demi de liquide. Blanchet revient ainsi environ toutes les trois semaines se faire ponctionner, sans jamais avoir de fièvre, ni le moindre malaise. En 1901, il subit ainsi 12 ponctions qui donnèrent 32 litres de liquide séro fibrineux. En 1902, 1903, même situation. En 1904, 12 ponctions donnent un liquide plus louche, qui finit par devenir franchement purulent. En 1905, 12 ponctions donnent 30 litres de liquide d'une odeur nauséabonde. Blanchet reste toujours sans fièvre, bien portant, robuste et de bonne humeur. Il vient à l'hôpital, se met à cheval sur une chaise, se fait ponctionner et s'en retourne à ses affaires comme si de rien n'était. Il n'a pas de déformation du thorax. En 1907, il n'y a plus que 9 ponctions donnant seulement 11 litres de liquide. Blanchet vient maintenant plus rarement. Cette année 1910, il n'est plus venu que tous les trois mois se faire ponctionner. En somme, Blanchet, en moins de dix ans, a subi 103 ponctions qui ont donné 231 litres de liquide. Sa santé générale ne laisse toujours rien à désirer.

Que peut être cette pleurésie purulente qui date de dix ans? Est-elle infectieuse? Oui certes, c'est une pleurésie virulente, dont le liquide contient deux variétés de microbes, le streptocoque et le pneumobacille. C'est donc une pleurésie virulente, évoluant chez un homme robuste, conservant toutes ses forces et nullement malade. Toutefois, les inoculations faites aux animaux sont restées négatives. C'est donc une pleurésie purulente à virulence très atténuée.

M. Dieulafoy rapporte une seconde observation analogue, mais dans ce cas l'examen du liquide a montré qu'il était stérile. Chez ces deux malades la plèvre est extrêmement épaissie. M. Dieulafoy montre, à ce propos, une pièce anatomique apportée par M. Letulle; il s'agit d'une plèvre singulièrement épaissie.

Quel traitement faut-il opposer à ces pleurésies purulentes interminables? Ici, M. Dieulafoy rappelle l'importante communication faite, à l'Académie, en 1894, par M. Delorme, sur la décortication du poumon, et le cas de M. Picqué présenté en 1905. Mais il faudrait, pour recourir à cette intervention, savoir exactement dans quel état se trouve le poumon. Or, c'est très difficile. La radioscopie et la radiographie ne donnent que de vagues renseignements. Toutefois, on peut, dans ces cas, songer à la belle opération proposée par M. Delorme.

En 1880, Potain appelle M. Dieulafoy auprès d'un malade envoyé de Nice par Thaon et qui était atteint d'une pleurésie des plus graves. M. Dieulafoy, sur le conseil de Potain, pratique immédiatement la thoracentèse. Rien ne sort. La pleurésie était du côté gauche. M. Dieulafoy enfonce prudemment son aiguille, se rend compte qu'il traverse une paroi épaisse, crétacée, pénètre enfin dans une cavité d'où il sort 2 litres d'un liquide purulent. Ce malade subit ainsi vingt et une ponctions en six ans, puis il guérit et est resté guéri. Mais M. Dieulafoy ne connaît que cette seule observation suivie de guérison. Pour les cas analogues, il reviendrait donc volontiers à l'idée de l'opération de Delorme, et il fait appel à son collègue pour qu'il fasse connaître à son tour son opinion.

M. DELORME remercie M. Dieulafoy et répondra à son appel dans une prochaine séance.

Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel. — MM. Antonin PONCET et René LERICHE. (Voir plus haut, p. 939.)

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1910)

Méningite cérébro-spinale avec séquelles de paralysie poliomyélitique pure. — MM. SICARD et FOIX. Un homme de quarante ans eut une méningite cérébro-spinale, avec liquide d'abord trouble, contenant de nombreux méningocoques. Huit à dix jours après le début, survinrent des douleurs des membres inférieurs, puis, une paraplégie à type de poliomyélite des groupes musculaires lombo-sacrés à gauche,

avec réaction complète de dégénérescence. Cet état persiste actuellement neuf mois après les accidents initiaux. En 1902, l'auteur avait présenté, avec M. Raymond, un cas analogue, où il reste actuellement les signes d'une poliomyélite. Les formes pures sont rares, d'habitude on a affaire à un mélange de spasmodicité et d'atrophie. — Sur une question de M. Déjerine, M. Sicard dit qu'il s'agit d'association radiculo-myélitique, et qu'on ne peut affirmer la poliomyélite pure.

Contracture du médius. — M. Déjerine présente de nouveau la malade qu'il avait montrée à la dernière séance : l'ablation de la petite chéloïde douloureuse qu'elle avait au doigt, a fait disparaître en quelques jours la contracture de celui-ci.

Névrite ascendante d'un membre supérieur propagée au membre symétrique. — M. Souques présente un malade atteint de névrite ascendante consécutive à un panaris du pouce gauche La douleur gagna successivement les divers segments du membre supérieur gauche, avant-bras, bras, épaule, et ensuite l'épaule du côté droit. Cette névrite, tout à fait classique au point de vue sensitif, moteur et trophique, offre un phénomène singulier, c'est la propagation de douleurs au membre symétrique qui offre un grand intérêt doctrinal. On admet, en effet, que la névrite ascendante se cantonne à l'étage périphérique et ne gagne pas à l'étape radiculo-médullaire. Or, l'observation de ce malade montre qu'elle est capable de dépasser le domaine périphérique et d'envahir les racines et la moelle. — M. Sicard pense que la simple irradiation des douleurs au plexus brachial ne suffit pas pour caractériser la névrite ascendante : elle peut être due à une névrite banale. — M. Alquier apporte un exemple frappant : à la suite d'injections de cocaïne à la base d'un doigt, pour extraire une aiguille qui s'était brisée dans la pulpe de la troisième phalange, plusieurs années auparavant, survinrent des douleurs irradiées dans le domaine du plexus brachial supérieur, avec hyperesthésie en bande remontant jusqu'à l'épaule. — M. Déjerine a vu dans un cas semblable l'atrophie de l'éminence thénar survenir au bout d'un an de l'autre côté.

Vomissements incoercibles de la grossesse dépendant d'une tuberculose infiltrante d'un lobe cérébelleux. Accouchement provoqué. Craniectomie décompressive. Mort par méningite tuberculeuse. — M. Dufour. Une femme de vingt-deux ans souffrant de maux de tête depuis plusieurs mois, eut, pendant la grossesse, des vomissements incoercibles qui nécessitèrent l'accouchement provoqué. Ils disparurent alors en quelques jours. Mais la céphalée augmenta, en même temps qu'apparaissaient la diminution de l'acuité visuelle, du nystagmus, des troubles laryngés, de l'hémiparésie droite avec stase papillaire. Craniectomie décompressive, mort de méningite tuberculeuse. A l'autopsie, tuberculose caséeuse ancienne et récente du lobe droit du cervelet. C'est là un bel exemple de l'influence des lésions du système nerveux sur la genèse des vomissements incoercibles de la grossesse.

Maladie de Parkinson et localisation nerveuse. — MM. Babinski et Barré insistent sur la prédominance des troubles d'un côté, et la possibilité de titubation et de diplopie. — D'après M. Meige, ce dernier trouble pourrait dépendre de la rigidité musculaire. — M. Déjerine dit qu'il n'a jamais vu dans cette affection le signe de l'orteil, sauf en cas de complication nerveuse.

VARIÉTÉS

CONFESSION D'UN AGRÉGÉ

« Je dois vous faire ma confession.

Je suis agrégé.

Hélas, oui! je suis agrégé, et j'ai même eu la naïveté de travailler pour acquérir ce titre dont je sens aujourd'hui toute l'abjection! Je n'étais fils d'aucun archevêque et je fréquentais les hôpitaux matin et soir; mais hélas! je n'y recherchais que l'application d'une science *livresque*. C'est qu'en effet — je fais ici ma confession complète — j'ouvrais des livres le soir, ma journée finie, et je les parcourais avec attention — et je tâchais même d'y exercer ma mémoire. Et quels livres! des traités de médecine et de chirurgie! Comment voulez-vous que toute lueur d'intelligence ne s'éteigne pas chez un homme qui a eu des lectures aussi malsaines. Croiriez-vous que j'ai poussé l'aberration jusqu'à quitter parfois l'hôpital pour aller à l'Institut Pasteur voir des microbes. Voir des microbes! On m'a fait depuis toucher du doigt l'étendue de mon insanité. Voir des microbes! Je dois cependant faire remarquer à ma décharge que Pasteur n'était pas agrégé — agrégé de médecine tout au moins; mais des esprits chagrins ajoutent qu'il ne fut pas même médecin et qu'il serait actuellement rejeté par tous les syndicats — ce qui ne l'a pas empêché d'avoir sa petite influence sur la clinique.

Voilà à quelles inutiles et obscures besognes j'ai consacré les belles années de ma jeunesse. Aujourd'hui je comprends ma sottise, et, comme la Lisette de Béranger, je regrette le temps perdu.

Combien nos fils seront plus heureux! Il n'y aura plus pour eux d'agrégation; le privat-docentisme les dispensera d'ouvrir des livres; ils n'auront cure des connaissances théoriques bonnes pour les esprits bornés. La clinique, la saine clinique les couvrira de son aile et les portera aux honneurs. Plus de concours, car tout concours est vicié et l'agrégation n'est visée que comme le type d'une institution gênante. Les privat-docents seront nommés au choix, et ce progrès entraînera fatalement la même sélection pour désigner les médecins des hôpitaux, les internes, les externes, etc. Donc plus de favoritisme; rien que le choix éclairé et conscient. Encore un effort, et le suffrage universel viendra mettre ici son nivellement démocratique. Députés, sénateurs, conseillers généraux, d'arrondissement, municipaux, préfets et sous-préfets mettront au service de l'enseignement médical leur sereine impartialité. Nous serons — pour une fois — en avant des Allemands, et leur privat-docentisme ne sera que petite bière à côté du nôtre.

J'ai connu un professeur d'une Université allemande qui me disait, en me présentant son fils, âgé de quatorze ans : « Ce qui me plaît chez nous, c'est l'absence des concours. Aussi puis-je déjà vous annoncer que cet enfant sera mon privat-docent, et qu'il aura de grandes chances de me succéder dans ma chaire. » Il faut avoir vraiment l'esprit mal fait pour nier les avantages du système. L'agrégation a fait son temps, et je regrette de n'avoir pu joindre ma tomate aux denrées alimentaires qui ont victorieusement prouvé ces jours derniers la supériorité du privat-docentisme! »

L'AGRÉGÉ REPENTANT.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE. — La réunion de l'Association française de pédiatrie aura lieu à la fin de juillet 1910. La session durera deux jours, les 29 et 30 juillet.

Les membres de l'Association sont priés de se réunir le vendredi 29 juillet, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine. Il sera statué dès l'ouverture de la séance sur l'admission des candidats présentés qui pourront ainsi prendre part à la réunion.

D'après le règlement de l'Association, les médecins qui ne font pas partie de la Société de pédiatrie de Paris à titre de membre titulaire ou de membre correspondant et qui désirent faire partie de l'Association doivent en faire la demande appuyée par trois membres titulaires au moins.

Rapports. — Deux questions confiées à trois rapporteurs différents sont à l'ordre du jour. Ce sont :

1. La *pathologie du thymus*. (Rapporteurs : MM. Weil, Marfan, Veau.)
2. Les *méningites cérébro-spinales de l'enfance*. (Rapporteurs : MM. Richardière, Moussous, Nattier.)

Il est rappelé à MM. les rapporteurs que les manuscrits doivent être envoyés, 5, rue de Monceau, avant le 1er juillet.

Communications. — Les membres qui désirent faire des communications sont priés d'en avertir le bureau avant le 1er juillet et d'envoyer en même temps un résumé de leurs communications.

Sont déjà inscrits :

M. d'Œlnitz (de Nice): Signes cliniques de l'hypertrophie du thymus.

M. Ausset (de Lille) : *a.* Maladie de Barlow chez un enfant nourri au babeurre frais;

b. Septicémie tuberculeuse chez l'enfant;

c. Emploi des bouillies de malt dans les dyspepsies de l'enfance.

N.-B. — Envoyer toutes les communications concernant le Congrès au docteur Barbier, 5, rue de Monceau.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE (1)

Définition. Historique. — Sous le nom de *rhumatisme blennorragique*, on décrit un ensemble d'accidents articulaires survenant au cours de l'infection gonococcique, et qui, par leurs symptômes, leur évolution, leurs complications, rappellent le rhumatisme articulaire aigu dont ils ne diffèrent que par la cause : le rhumatisme blennorragique est le type des *pseudo-rhumatismes infectieux* décrits par Bouchard, Bourcy, de Lapersonne.

Étiologie. Pathogénie. — Causes prédisposantes. — L'*âge adulte* est surtout atteint, parce que c'est à cette période de la vie que la blennorragie est la plus fréquente, mais le rhumatisme blennorragique peut aussi frapper des vieillards, des enfants, et même des nourrissons.

Relativement à l'influence du *sexe*, deux opinions : 1° pour les uns, le rhumatisme blennorragique ne s'observe presque jamais chez la femme parce que, chez elle, l'urétrite (cause présumée des accidents articulaires) est exceptionnelle (Ricord) ; 2° pour les autres dont l'opinion semble plus exacte, cette immunité du sexe féminin n'est qu'apparente (Cullerier), et l'on rencontrera toujours une proportion à peu près semblable d'individus des deux sexes, si l'on examine avec soin les organes génitaux de tous les rhumatisants (Lagrange).

Certains auteurs incriminent : 1° une *prédisposition familiale* ou *rhumatismale*, dont le rôle, prépondérant pour Peter, nul pour Fournier, en réalité incontestable (on a observé plusieurs fois le rhumatisme blennorragique chez deux frères et chez deux sœurs) : 2° l'influence du *froid et de l'humidité*, causes négligeables (Fournier), ou au contraire facteurs d'importance capitale, particulièrement dans la forme aiguë (Duplay et Brun) ; 3° des *écarts de régime et de traitement* (fatigues, efforts, bains, abus des balsamiques) [Fournier]. Aucune de ces causes n'a d'action évidente.

Cause déterminante. — Il n'y en a qu'une, c'est la blennorragie.

C'est ce que prouvent : 1° *La fréquence des affections articulaires coexistant avec la blennorragie, fréquence telle qu'elle ne peut s'expliquer par une simple coïncidence* (Fournier).

2° La récidive du rhumatisme dans le cours de *blennorragies successives, récidive établissant entre ces deux affections un rapport évident, une connexité réelle qui ne peut s'expliquer par une simple coïncidence* (Fournier).

3° *Les résultats des examens bactériologiques.*

Le rhumatisme peut succéder :

1. **A une urétrite blennorragique.** — C'est le cas le plus fréquent, le seul qu'admettait Ricord. Pour Rollet, « l'*abondance de l'écoulement* serait la condition la plus générale dont dépend plus ou moins directement la complication rhumatismale ». Plus l'écoulement est abondant, plus le rhumatisme est à redouter, théorie inexacte (Fournier, Duplay et Brun). Le rhumatisme blennorragique appartient surtout aux *urétrites aiguës*, au cours desquelles il apparaît du sixième au quinzième jour environ (Fournier), lorsque l'urètre postérieur se prend (Balzer). Chez certains individus, il réapparaît à chaque récidive de l'urétrite. Mais il peut aussi venir compliquer unr *urétrite chronique*. On admettait jadis que l'écoulement urétral diminuait lors de l'apparition des accidents articulaires, d'où la théorie de la métastase. En réalité (Fournier), dans la moitié et peut-être même dans les deux tiers des cas, il reste ce qu'il était.

Pour Fournier, la nature de l'urétrite exercerait une influence sur la modalité des accidents articulaires : à une urétrite aiguë succéderait un rhumatisme aigu, à une urétrite chronique, un rhumatisme subaigu. Cette distinction est contestée : sur 20 cas d'arthrites aiguës, dans plus de la moitié l'urétrite était si insignifiante qu'elle avait dû être soigneusement recherchée (Brun). Macaigne et Finet ont publié un cas de rhumatisme consécutif à une *balanite blennorragique*, sans urétrite.

2. **A une vulvo-vaginite blennorragique.** — A. On sait que, chez la *femme adulte*, la blennorragie se localise à la vulve et au vagin. Cette *vulvo-vaginite* blennorragique seule, ou compliquée de *bartholinite*, peut se compliquer d'accidents articulaires dans deux conditions : α. au début, à la phase aiguë ; β. plus tard, au moment des épisodes aigus qui surviennent au cours des *métrites* blennorragiques chroniques. C'est probablement dans cette dernière catégorie qu'il faut faire rentrer un certain nombre de *rhumatismes puerpéraux*, qui ne seraient autres que des rhumatismes blennorragiques (Bar, Bégouin, Fruhinsholz, Mosny et Beaufumé).

B. Chez les *petites filles*, la vulvo-vaginite peut, dans un certain nombre de cas, provoquer des arthrites blennorragiques (v. Vignaudon, Th. de Paris, 1893, Vanuxhem, Th. de Paris, 1895, et Epstein, *Traité Grancher-Comby*, 2e éd., t. II).

3. **A une ophtalmie blennorragique.** — Cette origine du rhumatisme blennorragique ne s'observe guère que chez le nouveau-né (Clément Lucas, Nobécourt et Vitry, etc.; v. aussi Hutan, Th. de Paris, 1905).

En résumé, le rhumatisme gonococcique succède presque toujours : chez l'homme adulte, à une urétrite; chez la femme adulte, à une vulvo-vaginite ou à une urétrite ; chez la petite fille, à une vulvite (1); chez le nouveau-né, à une ophtalmie; il est dû au passage du gonocoque dans la circulation sanguine.

Le rôle du gonocoque, dans la production des accidents articulaires, a été définitivement établi : 1. par les recherches de Pétrone, Kammerer, Bousquet, etc., trouvant le gonocoque, seul ou associé à d'autres germes (strepto, staphylocoques), dans le liquide extrait des articulations malades; 2. par le développement d'arthrites chez des malades atteints de pannus granuleux et ayant subi l'inoculation blennorragique curative (cas de Poncet).

Lorsqu'on ne trouve pas le gonocoque dans l'épanchement articulaire, on peut supposer : α. qu'il est cantonné dans les franges de la synoviale (Burci, Vaquez et Laubry); β. qu'il agit non par lui-même, mais par ses toxines (Guyon et Janet), théorie vieillie; γ. qu'il favorise le développement, dans les jointures, d'infections secondaires (Bockart, Gerheim, Patris de Broé) ; δ. que sa recherche a été trop tardive.

En résumé, la cause essentielle du rhumatisme blennorragique, c'est la *blennorragie* (Fournier). Mais toute blennorragie n'est pas suivie d'accidents articulaires (2). C'est que, pour faire du rhumatisme gonococcique, il faut y être prédisposé par une des causes étudiées plus haut. (*A suivre.*)

(1) Bibliographie. — Balzer. *Traité Brouardel-Gilbert*, 2e édit., fasc. 7, p. 87-97; — Fournier. *Dict. Jaccoud*, art. blennorragie ; — Mauclaire. *Traité Le Dentu-Delbet*, 1903.

(1) On ne connaît qu'un cas de rhumatisme survenu chez un petit garçon, à la suite d'une urétrite blennorragique (Vanuxhem).

(2) Ceux-ci ne s'observent que dans 2 à 3 p. 100 des cas.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 8 juin. — MM. Simon (Paris) : « Vertige auriculaire » ; note : 14 ; — Fouquet (Paris) : « Kystes hydatiques du poumon » ; note : 13 ; — Faure-Beaulieu (Paris) : « La mort chez les aortiques » ; note : 13.

Première séance du 9 juin. — MM. Trémolières (Paris) s'est retiré ; — Crouzon (Paris) : « Des anémies pernicieuses » ; note : 17 ; — Milhit (Paris) : « Les polyuries » ; note : 18.

Deuxième séance du 9 juin. — MM. Weil (Emile) [Paris] s'est retiré ; — Roger (Montpellier) : « Epilepsie jacksonienne » ; note : 15 ; — Petges (Bordeaux) : « Cancer du foie » ; note : 16 ; — Euzière (Montpellier) : « Dilatation du cœur droit dans les cardiopathies » ; note : 19.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 8 juin. — MM. Colle (Lille) : « Fistule congénitale du cou » ; note : 15 ; — Capette (Paris) : « Complications intra-craniennes des otites » ; note : 16 ; — Vanverts (Lille) : « Les angiomes » ; note : 15.

Première séance du 9 juin. — MM. Rabère (Bordeaux) : « Ulcères de jambe » ; note : 13 ; — Gernez (Paris) : « Syphilis du testicule » ; note : 14.

Deuxième séance du 9 juin. — MM. Mercadé (Paris) : « Le varicocèle » ; note : 12 ; — Michel (Nancy) : « L'hémothorax traumatique » ; note : 9 ; — Chevassu (Paris) : « Des abcès du sein » : note : 19.

Première séance du 10 juin. — MM. Massabuau (Montpellier) : « Exostoses de croissance » ; note 20 ; — Müller (Lyon : « La hernie crurale » ; note 15.

— Section de physiologie. — Première séance du 7 juin. — M. Jeandelize (Nancy) : « Physiologie des centres nerveux de la respiration » ; note : 10 1/2.

Première séance du 9 juin. — MM. Busquet (Paris) : « Physiologie des centres psycho-moteurs » ; note : 16,5 ; — Ambard (Paris) : « Régularisation de la pression artérielle » ; note : 7,5.

— Section d'obstétrique. — Première séance du 7 juin. — MM. Chirié (Paris) : « Causes, conséquences et traitement de la contracture utérine pendant l'accouchement (non compris la délivrance) » ; note : 13 ; — Rudaux (Paris) : « Des coliques hépatiques pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et l'allaitement » ; note : 16.

Deuxième séance du 7 juin. — MM. Delestre (Paris) : « Pronostic et traitement dans le cas de grossesse et d'accouchement, compliqués de cancer du col utérin » ; note : 12 ; — Guéniot (Paris) : « De l'accouchement dans le cas de grossesse gémellaire avec jumeaux non adhérents » ; note : 16 ; — Baldini s'est retiré ; — Sauvage (Paris) : « De l'appendicite dans les cas de grossesse, l'accouchement et le post-partum » ; note : 19.

Première séance du 8 juin. — MM. Devraigne (Paris) : « Pronostic et traitement dans le cas de grossesse et d'accouchement compliqués de fibro-myome du col ou du segment inférieur » ; note : 17 ; — Lequeux (Paris) : « Des déchirures obstétricales du col et du segment inférieur. Causes, signes, pronostic et traitement » ; note : 19.

Deuxième séance du 8 juin. — MM. Delmas (Bordeaux) : « De l'infection gonococcique pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches » ; note : 18 ; — Lafond (Bordeaux) : « Les anomalies de forme de l'utérus gravide » ; note : 7 ; — Mme Gaussel (Montpellier) : « L'hémorragie rétro-placentaire pendant la grossesse et l'accouchement (non compris la période de délivrance) » ; note : 16.

Première séance du 9 juin. — MM. Pouliot (Paris et Bordeaux) : « Causes de l'asymétrie pelvienne du détroit supérieur. Les conséquences obstétricales » ; note : 10 ; — Le Lorier (Paris) : « Des infections d'origine ombilicale chez le nouveau-né » ; note : 15 ; — Dupont (Paris) : « Signes, pronostic et traitement de la rupture complète de l'utérus pendant l'accouchement » ; note : 9.

— Section d'anatomie et embryologie. — Deuxième séance du 8 juin. — MM. Lafite-Dupont (Bordeaux) : « Urètre masculin » ; note : 4 ; — Aubaret (Bordeaux) : « Capsules surrénales » ; note : 12.

Première séance du 9 juin. — MM. Latarget (Lyon) : « Testicule » ; note : 16 ; — Picquand (Paris) : « Canal déférent et vésicules séminales » ; note : 12.

Deuxième séance du 9 juin. — MM. Horand (Lyon) : « Portion anale du rectum » ; note : 4 ; — Lucien (Nancy) : « Quatrième ventricule ou ventricule bulbo-cérébelleux » ; note : 15.

Première séance du 10 juin. — M. Villemin (Nancy) : « Les formations amygdaliennes. Anneau lymphatique de Waldeyer » ; note : 4.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 958.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES MÉTHODES NOUVELLES D'EXAMEN DES CRACHATS

EN DEHORS DE LA BACTÉRIOLOGIE (2)

Par MM. Fernand BEZANÇON,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon,

et S. I. DE JONG,
Chef de clinique médicale à la Faculté.

II. **Etude synthétique des aspects microscopiques des crachats dans les différentes affections des voies respiratoires.** — Pneumonie franche aigue. — Si l'on examine avec notre technique au Unna un crachat rouillé chez un malade au deuxième ou troisième jour de sa pneumonie, crachat vitreux extrêmement adhérent au vase, très peu aéré à la surface, deux choses fondamentales frappent l'observateur : l'aspect spécial du fond de la préparation, et la rareté des formes cellulaires.

Le *fond* comprend deux éléments : le mucus hyalin épais et les gouttes d'exsudat séro-albumineux. Ces deux éléments sont superposés et d'importance variable, suivant les points que l'on examine : tantôt il existe une nappe rougeâtre plus ou moins épaisse de mucus, renfermant quelques bulles d'air, et sur cette nappe sont distribuées irrégulièrement de grosses gouttes baveuses violet bleu, plus ou moins épaisses au centre, parfois en forme de masses allongées, correspondant à notre exsudat séro-albumineux. Entre les zones de mucus épais, il existe des régions où l'on distingue à peine un vague fond rosé, et où au contraire, les masses d'exsudat albumineux ont leurs réactions colorantes, leur forme et leurs aspects typiques.

Tantôt au contraire, l'exsudat albumineux domine et est tellement congloméré qu'on a une vraie nappe bleue où l'on ne distingue plus rien; ce sont ces aspects que l'on a avec quelques crachats particulièrement difficiles à étaler, très adhérents.

Sur ce fond, apparaissent, par places, quelques aspects cellulaires, mais d'une rareté sur laquelle nous devons encore insister. Au début de la pneumonie *il n'y a en tous cas dans les crachats que de très rares polynucléaires*. Ce qu'on voit par endroit, ce sont quelques globules rouges, verdâtres par le Unna, de petites cellules alvéolaires et des dégénérescences réticulées endothéliales à réaction colorante muqueuse. Les petites cellules alvéolaires ont absolument l'aspect de mononucléaires moyens et même presque de lymphocytes; on ne voit que très rarement des formes de macrophages à cette période. Les réticulums de dégénérescence endothéliale au contraire sont bien reconnaissables ici, parce que bien isolées. Comme dans les cyto-diagnostics de pleurésie (Widal et Ravaut), on voit quelques-uns de ces petits placards à moitié réticulés, à moitié formés de protoplasma compact mais ayant déjà la réaction du mucus (squelettes de cellules endothéliales altérées). Parfois dans ce réticulum un pneumocoque est encapsulé. Il y a d'ailleurs peu de microbes dans les crachats à cette période. Ce qu'il faut noter encore c'est qu'il n'y a nulle part dans ces crachats de traces de fibrine, nous reviendrons sur cette question plus loin.

Quelques jours plus tard, dans les cas classiques, l'aspect s'est un peu modifié.

Le fond est formé par place de mucus hyalin épais mais en beaucoup d'endroits il est moins épais, et d'un violet rougeâtre moins sombre; l'exsudat séro-albumineux se révèle par des aspects violets ou gris bleuté, souvent en petites gouttes bien nettes.

Tranchant par leur limitation, les aspects réticulés à réaction métachromatique sont bien plus nombreux. On voit quelques réseaux de grandeur moyenne renfermant dans leurs mailles soit des polynucléaires, soit des petites cellules alvéolaires à type de mononucléaire. D'autres réseaux sont nettement formés par l'agglomération de cellules endothéliales en dégénérescence réticulée plus ou moins prononcée, renfermant un ou deux pneumocoques; souvent ces réseaux ont l'air de grands triangles effilochés avec une partie encore compacte.

Enfin deux ou trois jours plus tard dans le crachat muqueux ou muco-purulent du pneumonique en convalescence, on ne trouve presque plus de mucus hyalin, plus du tout d'exsudat albumineux, beaucoup de formations réticulées, notamment bronchiques, d'assez nombreuses cellules alvéolaires, souvent tuméfiées et pigmentées, et relativement beaucoup plus de polynucléaires; beaucoup de formes microbiennes diverses. Nous n'avons pas observé d'éosinophiles.

La description du crachat pneumonique que nous venons de donner correspond dans ses grandes lignes à la description anatomo-pathologique classique de l'engouement pulmonaire.

Mais dans la sérosité alvéolaire dès la période d'engouement les anatomo-pathologistes signalent l'apparition de la fibrine. Pour la période d'hépatisation, c'est cette fibrine qui la caractérise. Et cette dernière notion est tellement indiscutable que les auteurs qui n'ont vu dans les crachats pneumoniques ni l'exsudat séro-albumineux, ni le mucus hyalin, ni les très rares cellules alvéolaires intactes ou réticulées qui pourtant composent essentiellement ce crachat, y ont décrit, en quelque sorte de confiance, un réseau « fibrino-leucocytique » qui n'existe pas. Certains auteurs même semblent croire que cette fibrine joue un rôle dans l'adhérence du crachat. Or, en réalité le crachat pneumonique ne renferme que très peu de fibrine, celle-ci restant dans l'alvéole pulmonaire. *Ce qu'on a décrit et figuré sous ce nom dans les traités de pathologie et de séméiologie, comme nous l'avons dit plus haut, ce sont des aspects de mucus fibrillaire ou des dégénérescences cellulaires à réaction muqueuse, limitées ou agglomérées en grands réseaux.*

D'ailleurs nous avons pu voir, côte à côte, sur des frottis de moule bronchique pris à l'autopsie de

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 63, p. 913.

pneumoniques, des débris de réticulums fibrineux et des débris de réticulums mucineux, et comparer ainsi leurs réactions colorantes et leur morphologie. Enfin, dans certains cas, on trouve quelques rares aspects de fibrilles, très pâles, bleues, grises ou bleu verdâtre par le Unna, et qui sont probablement des traces de fibrine.

Enfin notre description concorde avec les recherches des chimistes que nous avons rapportées au début de cette revue, et des auteurs qui se sont occupés de la physiologie pathologique de la pneumonie.

En effet, la constatation d'une sérositéalbumineuse si importante dans les crachats du début de la pneumonie, est à rapprocher de cette notion récemment acquise de l'importance de la rétention chlorurée locale dans la pneumonie. De même, au moment où les chlorures repassent dans les urines la gouttelette d'exsudat séro-albumineux disparaît progressivement du crachat. C'est là, croyons-nous, une intéressante confirmation des travaux sur le métabolisme des chlorures.

D'autre part, au point de vue chimique rappelons que Wanner est également d'opinion, que c'est à la teneur en mucus hyalin qu'est due l'adhérence du crachat pneumonique. Le même auteur a montré que les crachats de pneumonie au début sont les plus riches en albumine après ceux d'œdème pulmonaire, jusqu'à 3 p. 100 de la masse totale. Bien plus, il a pu montrer par des examens en série que l'albumine, abondante dans les premiers jours, diminue avec la marche de la maladie, pour passer à l'état de traces. Ainsi la recherche chimique de l'albumine donne des résultats absolument superposables à nos examens histo-chimiques portant sur l'exsudat séro-albumineux des crachats.

Congestion pulmonaire aigue. — Le *crachat de congestion pulmonaire aiguë* donne, à l'intensité près, des aspects identiques à celui du crachat pneumonique, révélant ainsi l'intime parenté de la maladie de Woillez avec la pneumonie.

Crachat pharyngé. — Le crachat pharyngé est caractérisé à l'examen microscopique par un fond de mucus hyalin, épais, concrété, formant un fond tantôt uni, tantôt grumeleux, dont se détachent assez souvent des particules qu'il ne faudrait pas prendre pour des gouttelettes d'exsudat séro-albumineux. Cet aspect grumeleux assez spécial se voit surtout quand le crachat examiné a l'aspect macroscopique de sperme ou de frai de grenouille. Sur ce fond de mucus hyalin, la première chose qui frappe c'est l'abondance des microbes. Il n'y a pas de crachat plus riche en microbes que le crachat pharyngé. Ces microbes sont groupés en larges bandes à même le mucus ou plaqués sur les cellules pavimenteuses de la bouche, cellules très volumineuses, avec un protoplasma clair, et un noyau souvent central. Ces cellules sont le troisième élément constant et fondamental du crachat pharyngé. Elles sont parfois en dégénérescence oxyphile, sont brillantes, prennent vivement l'éosine. Elles correspondent alors probablement aux formes myéliniques des auteurs allemands; ces aspects de corps brillants ne prennent pas l'acide osmique et ne nous paraissent pas très intéressants. L'intérêt de l'étude du crachat, malgré son apparente banalité, est pourtant considérable. Beaucoup d'individus disent qu'ils crachent le matin, que ce crachat vient de « la poitrine », qui ne rendent en réalité que des crachats pharyngés, et quand il s'agit de malades suspects de tuberculose pulmonaire au début on voit l'importance qu'il y a à pouvoir affirmer, d'après l'aspect histo-cytologique du crachat, qu'il vient du pharynx.

On observe parfois, des crachats formés de mucus hyalin, chez lequel apparaissent en grand nombre des cellules à poussières, cellules volumineuses, avec un noyau excentrique, des vacuoles et du pigment. Ce type de crachat nous a paru être lié le plus souvent à une *affection laryngée.*

Bronchite aigue. — On peut distinguer dans la bronchite aiguë deux types cliniques. Dans l'un il y a avant tout trachéo-bronchite ; c'est la petite affection banale, ne forçant pas le malade à s'aliter, donnant une toux rauque et pourtant pénible pour aboutir à quelques crachats muqueux, blancs, peu adhérents, puis muco-purulents. On trouve des dégénérescences bronchiques bien limitées, mélangées à quelques polynucléaires et à un fond rosé ou rougeâtre de mucus hyalin.

Dans un deuxième type clinique il s'agit d'un de ces malades pour lesquels on porte si facilement le diagnostic de grippe, à cause de l'intensité des phénomènes généraux. Ces malades ont une toux extrêmement pénible et rendent de très rares crachats, blancs, aérés, très adhérents, à l'examen desquels on trouve : un fond de mucus hyalin épais, violet rougeâtre, aéré par places; très peu d'éléments cellulaires, quelques polynucléaires; par place une ou deux cellules pulmonaires jeunes. Souvent on voit quelques globules rouges accompagner les cellules pulmonaires et quelques gouttes d'exsudat albumineux douteuses. C'est qu'en réalité ce type est extrêmement voisin de la congestion pulmonaire aiguë. C'est de la broncho-alvéolite.

Coqueluche. — Au début les malades toussent et ne crachent pas, puis, dans les cas hospitalisés, la bronchite se déclare très rapidement, et les petits malades après chaque quinte expectorent des crachats muco-purulents, souvent très purulents, souvent assez adhérents. Dans ce dernier cas on y constate pas mal de mucus hyalin en nappe épaisse. Mais ce qui fait presque la caractéristique du crachat coquelucheux, c'est l'extraordinaire abondance et l'extraordinaire intrication des formations réticulées, dans les mailles desquelles on trouve des polynucléaires très abondants. Ce réticulum est formé de fibrilles très longues et enchevêtrées en tous sens. On y voit relativement peu de dégénérescences réticulées limitées provenant des cellules bronchiques, mais d'énormes réseaux. Suivant l'extension plus ou moins grande de la bronchite à l'alvéole, extension si fréquente au cours de la coqueluche, on trouve plus ou moins de cellules pulmonaires, intactes ou dégénérées. L'importance de ce feutrage de dégé-

nérescences réticulées cadre avec les dernières recherches expérimentales de Bordet et Gengou sur l'intensité des altérations de la muqueuse trachéo-bronchique obtenues expérimentalement avec la toxine de leur microbe de la coqueluche.

BRONCHO-PNEUMONIE. — Au début un crachat de bronchite aiguë profonde avec alvéolite commençante (mucus hyalin, quelques gouttelettes, quelques cellules pulmonaires, des hématies, quelques réticulums d'origine bronchique ou endothéliale). Suivant les cas on a au début soit des éléments plus nombreux d'origine alvéolaire, soit des éléments plus nombreux d'origine bronchique. Puis assez rapidement apparaissent dans les crachats de nombreux éléments d'origine bronchique : polynucléaires et dégénérescences réticulées bronchiqnes, qui persistent longtemps.

ŒDÈME AIGU DU POUMON. — Le crachat d'œdème pulmonaire aigu dont il s'agit est le crachat abondant, saumoné, de l'œdème suraigu des brightiques ou des aortiques. Toute sa description tient dans l'étude de l'exsudat séro-albumineux. C'est, en effet, cet exsudat qui forme le fond, ou plutôt l'élément fondamental de ce crachat. Aussi lorsqu'on l'examine à l'état frais, car ces aspects se modifient assez rapidement, on voit tout d'abord disséminées sur tout le champ microscopique les gouttes ou les masses hyalines de cet exsudat, généralement bien limitées, car l'exsudat albumineux est mélangé dans ce crachat à une grande quantité de liquide, extrêmement fluide. C'est ce dernier liquide, aéré, spumeux, qui forme mousse avec notre exsudat albumineux et contribue à lui donner son aspect macroscopique. En dehors de ces grosses gouttes, tantôt très colorées, tantôt gris bleuté, on aperçoit d'assez nombreux globules rouges.

Par places également se voient une cellule endothéliale en dégénérescence réticulée ou une cellule bronchique également intacte, cellule bronchique qui a été entraînée par la violence de l'inondation liquide venue des alvéoles. Ce crachat ressemble beaucoup, sauf l'absence de mucus hyalin épais, au crachat pneumonique. Son aspect est aussi un de ceux où la concordance est la plus nette entre l'étude microscopique et les données chimiques et anatomo-pathologiques.

Au point de vue chimique, en effet, nous avons déjà rappelé que Kossel a montré que sa densité était la plus élevée de celles qu'il avait trouvées pour les crachats de différents types et qu'il renferme une quantité importante d'albumine.

Enfin la comparaison des aspects du crachat d'œdème pulmonaire aigu et du crachat de la pneumonie, est encore intéressante, à un point de vue. Elle nous montre combien est justifiée notre opinion qui attribue au mucus hyalin, l'adhérence du crachat pneumonique. Le crachat d'œdème n'est pas adhérent. Or il renferme le même exsudat séro-albumineux que le crachat pneumonique. Mais dans ce dernier cet exsudat est mélangé à une quantité importante de mucus hyalin. C'est donc bien ce mucus qui rend le crachat pneumonique si adhérent.

Nous verrons à propos des crachats de bronchite chronique que le crachat d'œdème pulmonaire est caractérisé plus nettement par ses aspects histo-chimiques que par son aspect macroscopique, et qu'il est à séparer absolument de ces expectorations très abondantes et très spumeuses, qui semblent être dues à l'œdème pulmonaire mais qui viennent uniquement des bronches.

CONGESTION PULMONAIRE PASSIVE. — Le crachat varie comme aspect histo-cytologique suivant le degré de la lésion de la zone du poumon d'où provient ce crachat.

Tel individu cardiaque, ayant des crises de pseudo-asthme, des signes de bronchite chronique banale, avec quelques râles crépitants passagers, cet individu, à l'examen de ses crachats plus ou moins muco-purulents et quelconques d'aspect, à côté des polynucléaires, des dégénérescences bronchiques diverses, d'un peu de mucus réticulé, présentera des aspects de mucus hyalin, quelques cellules pulmonaires jeunes et surtout des gouttelettes d'exsudat séro-albumineux, plus ou moins abondantes, traduisant la congestion œdémateuse.

Tel autre, myocarditique, avec emphysème, aura les mêmes sous-crépitants aux bases, les mêmes signes de bronchite généralisée, la même dyspnée nocturne, et des crachats banaux muco-purulents, par moment un peu plus collants, un peu ambrés. A l'examen microscopique on trouvera du mucus hyalin, des éléments bronchiques, quelques gouttelettes d'exsudat albumineux, discrètes, mais surtout des cellules pulmonaires jeunes et des cellules endothéliales devenues macrophagiques, parfois déjà pigmentées, venues de son foyer de splénisation.

Dans un troisième type nous trouvons un individu ayant une longue histoire antérieure de troubles asystoliques, avec des foyers permanents de sous-crépitants aux bases, et des crachats un jour muco-purulents un peu brunâtres, un jour « jus de pruneaux », un jour franchement hémoptoïques. Nous trouverons chez lui, à l'examen, ces macrophages endothéliaux pigmentés que nous avons décrits longuement sous le nom de *cellules cardiaques* et dont la présence est d'ailleurs bien connue ; nous rappellerons seulement que ces cellules sont purement d'origine alvéolaire. En dehors de ces éléments pigmentés très peu de chose, des globules rouges plus ou moins nombreux suivant les moments, à peine de mucus fibrillaire, quelques polynucléaires, quelques dégénérescences réticulées endothéliales, mais avant tout du pigment noir ou jaune, paraissant même en petits amas dans le champ microscopique, en dehors de cellules endothéliales. Ce crachat traduit exactement la description histologique classique de l'induration brune.

CRACHAT DES ASTHMATIQUES. — Il présente deux types à étudier.

1° *Le petit crachat vitreux*, collant, rare, blanc, que l'asthmatique expectore difficilement quand la crise va se terminer ; ce crachat est caractérisé par l'abondance du mucus hyalin, la rareté des éléments cellulaires, et des aspects réticulés, l'*existence d'éo-*

sinophiles, élément prédominant, éosinophiles surtout mononucléées, enfin cellules bronchiques intactes et desquamées, présentant encore leur plateau et leurs cils vibratiles. On trouve aussi beaucoup de granulations libres, bien limitées, très réfringentes, provenant indiscutablement d'éosinophiles éclatées. Les cristaux losangiques de Charcot-Leyden, ne se voient guère que dans des crachats altérés, examinés assez longtemps après leur émission.

2° Le deuxième type de crachat pouvant se rattacher aux états asthmatiques est le crachat du catarrhe pituiteux. Nous en reparlerons au paragraphe suivant.

Nous n'avons pas mentionné jusqu'ici les spirales de Curschmann. Rappelons qu'elles échappent sur les lames finement étalées car ce sont des formations considérables visibles à l'œil nu et qu'on peut étudier à un faible grossissement à l'état frais entre lame et lamelle. Ainsi que nous l'avons déjà dit, on n'attache plus grand intérêt à ces formations qui existent dans tous les crachats où il y a du mucus hyalin épais susceptible, en stagnant dans les bronches, de s'agglomérer.

En résumé, *abondance des éosinophiles, excrétion de mucus hyalin adhérent, présence de cellules bronchiques intactes*, tels sont les caractéristiques des crachats dans les états qui se rattachent au syndrome asthmatique.

Emphysème avec bronchite chronique. — La définition même de l'emphysème explique qu'il n'y ait pas de crachats, dont l'aspect tienne à l'emphysème en lui-même. C'est de la variabilité des lésions associées qui frapperont plus ou moins la muqueuse bronchique, la muqueuse alvéolaire, ou le capillaire pulmonaire que dépendront les caractères de l'expectoration. Chez les bronchitiques chroniques on voit deux types principaux d'expectoration.

1° Une expectoration muco-purulente, surtout purulente. C'est un type fréquent. L'examen microscopique montre surtout de beaux aspects réticulés muqueux, enserrant des polynucléaires plus ou moins intacts. De plus il y a des aspects nombreux de cellules bronchiques dégénérées, et de filaments onduleux, débris des noyaux des polynucléaires altérés.

2° Une expectoration abondante, spumeuse, plus muqueuse que purulente, rappelant le crachat d'œdème pulmonaire, et ressemblant à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau. Ces expectorations appelées soit catarrhes pituiteux, soit bronchorrées, ont été rapprochées systématiquement des expectorations abondantes de l'œdème pulmonaire et considérées comme des expectorations de bronchites albuminuriques.

Dans un travail récent, dont nous avons parlé à propos des chlorures, nous avons pu montrer que ces expectorations à allure albumineuse, qui font penser volontiers à l'œdème pulmonaire, comprennent en réalité trois types, séparables par l'examen histo-chimique et chimique.

a. *L'expectoration séro-albumineuse.* — Elle se voit dans les cas où le malade présente du véritable œdème pulmonaire, et présente les caractères chimiques et histo-chimiques décrits plus haut. La présence d'exsudat séro-albumineux en grande quantité le caractérise.

b. *L'expectoration hydro-muqueuse.* — Ce sont les crachats d'une forme de bronchite chronique spéciale, le vrai catarrhe pituiteux. Les malades expectorent 400 à 500 centimètres cubes de crachats d'aspect œdémateux, mais ne renfermant pas d'albumine, à peine de mucine. L'eau en est l'élément dominant. On n'y trouve pas de parties purulentes. Cette même expectoration s'observe à un degré moindre chez beaucoup d'emphysémateux qui remplissent deux crachoirs dans les vingt-quatre heures d'un liquide mousseux, blanchâtre, avec très peu de crachats purulents. On donne parfois le nom d'asthme humide à ce type de bronchite chronique avec emphysème. A première vue on croirait que c'est du liquide d'œdème qui est surajouté aux petites portions purulentes. En réalité il s'agit d'un liquide hydro-muqueux.

c. *L'expectoration mixte à prédominance hydro-muqueuse* se voit chez les individus emphysémateux et bronchitiques du type précédent quand des accidents cardio-rénaux surviennent. Comme ils sont cardio-rénaux on penserait, à regarder leur crachoirs, qu'ils ont de l'œdème pulmonaire. En réalité s'ils ont par moment un peu d'œdème pulmonaire se traduisant par l'apparition d'un peu d'exsudat séro-albumineux dans les crachats, leur expectoration abondante est tout de même avant tout hydro-muqueuse. Mais la quantité de crachats, ou plus exactement la quantité d'eau rendue est pourtant en relation assez nette avec l'état de leurs reins. Ce sont ces malades chez qui nous avons vu le régime déchloruré améliorer la dyspnée et diminuer l'expectoration. Ce sont de vraies bronchites albuminuriques, en ce sens que leurs crachats ne sont pas des crachats d'œdème pulmonaire, mais que leur hypersécrétion bronchique est bien en relation avec l'état de leurs reins.

Tuberculose pulmonaire. — L'étude des crachats des tuberculeux peut renseigner surtout sur le degré et la nature des lésions tuberculeuses d'où il provient.

Ainsi cet examen histo-chimique et cytologique prend un intérêt pronostique, puisqu'il nous donnera des résultats différents, suivant les formes évolutives que revêt la tuberculose pulmonaire.

1° *Pneumonie caséeuse.* — On sait déjà combien est spécial en clinique l'aspect macroscopique du crachat de pneumonie caséeuse, et combien parfois, tout au début, il ressemble au crachat pneumonique vrai. L'examen histo-chimique confirme cette impression, et il est intéressant, étant données les discussions anciennes sur la part attribuable au processus pneumonique dans la pneumonie caséeuse, de voir combien se ressemblent microscopiquement leurs crachats, au début surtout.

Le crachat de pneumonie caséeuse présente, au début, des gouttes d'exsudat séro-albumineux en quantité considérable plaquées sur le mucus hyalin,

avec de très rares cellules, que leur morphologie permet de considérer comme des cellules endothéliales venues de l'alvéole.

Les jours suivants, comme dans la pneumonie, les gouttes d'exsudat séro-albumineux diminuent, et les différents types cellulaires dont nous avons parlé apparaissent en grand nombre. Mais, à ce moment, la similitude cesse entre les crachats de pneumonie franche et de pneumonie caséeuse. Tandis que le crachat de pneumonie franche ressemble assez vers le huitième ou dixième jour à un crachat de bronchite ordinaire, dans le crachat de pneumonie caséeuse, les divers éléments présentent certains caractères de dégénérescence communs à tous les crachats tuberculeux, même fraîchement recueillis, et que nous étudions plus loin.

Enfin, notons que la goutte d'exsudat séro-albumineux persiste avec plus ou moins d'importance, traduisant l'activité du processus d'infiltration.

2° *Phtisie galopante.* — L'aspect microscopique des crachats varie suivant les périodes, ayant tantôt les caractères du crachat de pneumonie caséeuse, tantôt ceux du crachat de ramollissement tuberculeux banal. Dans le crachat vert foncé, rare, adhérent, purulent de certaines phtisies galopantes avec de gros foyers soufflants, on n'est pas peu surpris de ne trouver que de rares polynucléaires.

Ici, ce qui frappe, ce sont encore les gouttelettes d'exsudat séro-albumineux, comme dans le crachat de pneumonie franche ou d'œdème aigu du poumon. De plus, on trouve beaucoup de cellules alvéolaires. Mais les aspects de dégénérescence dont nous avons parlé au paragraphe précédent sont très accentués. A d'autres moments, quand les signes physiques de ramollissement banal dominent, la gouttelette d'exsudat séro-albumineux perd en importance, et le crachat ressemble à celui des malades atteints de tuberculose banale ramollie, dont nous parlerons. C'est seulement dans ces cas où la fonte du parenchyme est rapide que nous avons pu constater facilement la présence de *fibres élastiques*. Nous n'avons pas eu besoin d'avoir recours aux procédés compliqués de dissolution et de centrifugation du crachat, avec examen du culot. Le simple examen des lames colorées par la fuchséline de Weigert, et décolorées par l'alcool absolu, suivant le procédé utilisé en histologie pour la coloration des fibres élastiques, a suffi à nous montrer la présence de ces éléments dans la plupart des cas de phtisie galopante.

3° *Forme fibro-caséeuse commune.* — Il est extrêmement difficile aujourd'hui avec les idées régnantes, de préciser ce qu'on appelle le début de la tuberculose pulmonaire. Au moment du début véritable les malades ne crachent pas, et pour les malades qui sont seulement suspects, qui crachent, et qui n'ont pas de bacilles, il est bien difficile d'affirmer qu'il s'agit de crachats venant de la lésion tuberculeuse supposée. Quand nous avons des crachats à examiner, ils présentent déjà le plus souvent un petit point de ramollissement limité.

Dans ces cas de ramollissement tout à fait au début de lésions tout à fait limitées nous avons trouvé sur un fond de mucus des polynucléaires présentant déjà un certain degré de pycnose et des tendances à la fragmentation, des cellules mononucléées que nous considérons comme des cellules alvéolaires pulmonaires et beaucoup de cellules endothéliales macrophagiques, grandes cellules à protoplasma basophile vacuolaire, avec un noyau excentrique, renfermant souvent du pigment. Mais il y a là sujet à discussion. Cette discussion nous ne pouvons d'ailleurs ici que l'indiquer. Dans ces derniers temps, des auteurs allemands, et notamment Wolf-Eissner, ont signalé dans les crachats tuberculeux la prédominance des lymphocytes. Pour nous, ce que l'auteur allemand considère comme des lymphocytes, comprend en réalité des cellules alvéolaires jeunes, des cellules bronchiques de remplacement, des fragments de noyaux pycnotiques de polynucléaires.

Si nous examinons maintenant les crachats de malades présentant des signes de ramollissement avancé allant jusqu'à la caverne, nous trouvons un fond vague et granuleux de mucus altéré; sur ce fond, à cause de la bronchite concomitante souvent si marquée, une grande quantité de réticulums à réaction muqueuse, produits de dégénérescence de la cellule bronchique, et des leucocytes polynucléaires; mais cette dégénérescence est bien plus marquée que dans les bronchites ordinaires. Les réseaux sont fragmentés et se colorent mal, d'autant plus mal que les signes cavitaires sont plus marqués. Au milieu de ces réseaux altérés, des cellules de tout ordre : cellules alvéolaires, polynucléaires neutrophiles avec des noyaux pycnotiques, et avec un protoplasma qui se colore mal et qui est mal limité. Avec les colorants appropriés, on ne trouve que des traces de granulations leucocytaires.

4° *Emphysémato-tuberculeux.* — Ce groupe comprend deux types de malades. Les uns ne sont tuberculeux que d'étiologie. Leur tuberculose semble cicatrisée en grande partie, et leur type clinique est celui des bronchitiques chroniques avec emphysème. Ici on trouve des aspects directement opposés à ceux du type précédent. Leurs crachats ont l'aspect microscopique du crachat de bronchite aiguë. Les polynucléaires bien conservés, à granulations neutrophiles nettement mises en évidence par les colorants appropriés, sont encerclés par des réseaux muqueux bien colorés, élégants et plus ou moins continus. Par place, ils présentent du mucus hyalin et quelques cellules alvéolaires intactes. D'autres malades sont bien bronchitiques et emphysémateux, mais leur tuberculose est en évolution et se traduit par un foyer de ramollissement plus ou moins étendu. Leurs crachats qui, macroscopiquement, ont le même aspect muco-purulent que ceux du groupe précédent, sont microscopiquement très différents, de par l'altération des cellules et des réseaux que nous avons décrite : altération dans la forme des éléments pycnotiques, fragmentation des noyaux et des réseaux, dislocation et effritement des granulations leucocytaires parfois totalement disparues.

HÉMOPTYSIES. — Nous avons été frappés, à côté des globules rouges, de la gouttelette d'exsudat séro-albumineux, due au sérum, et des débris de fibrine

(dont la nature a été vérifiée par les colorants appropriés), par l'importance de la réaction de polynucléose que présentent ces crachats. Les polynucléaires intacts, avec des noyaux et des granulations en parfait état, se présentent en trop grande abondance pour qu'il s'agisse seulement de polynucléaires appartenant au sang épanché. Vers la fin de l'hémoptysie, au milieu des réseaux à réaction muqueuse presque aussi serrés que dans les crachats de coqueluche, on trouve de très abondantes cellules endothéliales macrophagiques chargées de pigment.

Dans ce qui précède, nous n'avons pas parlé d'éosinophiles. Contrairement à ce qu'ont avancé certains auteurs, et notamment Carrière, on ne trouve pas de leucocytes éosinophiles en quantité appréciable dans les crachats des tuberculeux en évolution. Comme nous l'avons déjà dit ailleurs, la présence d'éosinophiles vrais dans les crachats est la signature de l'asthme vrai et des crises asthmatiformes des emphysémateux et des emphysémato-tuberculeux.

Gangrène pulmonaire. — Nous avons eu l'occasion d'étudier deux cas de gangrène pulmonaire. Au milieu des débris méconnaissables de réseaux bronchiques ou leucocytaires et d'une quantité énorme de microbes de toutes formes (anaérobies), nous n'avons trouvé comme caractéristiques que des cristaux gras. Nous avons par le Sudan pu noter sur lames l'importance de la graisse dans ces crachats.

Dilatation des bronches et pleusésie interlobaire. — Nous avons pu examiner quelques cas vérifiés en ce qui concerne les pleurésies interlobaires par l'intervention. Il nous a semblé, ce qui était d'ailleurs à prévoir, que les crachats de dilatation bronchique différaient assez nettement de ceux de la pleurésie interlobaire, si voisins macroscopiquement. Dans les cas de dilatation, les réticulums bronchiques sont très nombreux, dégénérés il est vrai et ne formant pas de gros réseaux, souvent un peu poussiéreux d'aspect, mais avec des polynucléaires moins pycnotiques que dans les crachats des tuberculeux. Dans les cas de pleurésie interlobaire, où il ne s'agit plus de sécrétion bronchique mais du pus d'un abcès, il n'y a presque pas d'aspects réticulés, il n'y a que des polynucléaires plus ou moins altérés sur un fond plus ou moins granuleux.

Cancer du poumon. — Nous avons pu observer récemment un cas de cancer du poumon. Les crachats présentèrent quelques cellules à plusieurs noyaux et beaucoup de cellules rappelant d'énormes cellules bronchiques de remplacement, cellules polyédiques avec un gros noyau, ayant l'aspect si bien décrit sur les coupes histologiques (Ménétrier, Claisse).

BIBLIOGRAPHIE

Achard. *Le sel en pathologie.*

Aronson et Philip. De la préparation des crachats et de la mise en vedette des éosinophiles, *Deut. med. Woch.*, n° 3, 21 janv. 1892, p. 48.

Arthus (M.). *Eléments de chimie physiologique.*

Aufrecht. Die Lungenentzündungen, in *Spez. path.* de Nothnagel, 1899.

Baylac. De la teneur en chlorure des tissus dans la pneumonie, *Compte rendu du Congrès de Toulouse*, 1902, p. 235.

Berkart. *On bronchial Asthma, its Pathology and Treatment*, London 1889, 2e édition.

Bezançon (F.) et Marcel Labbé. *Traité d'hématologie*, Paris 1904.

Bezançon (F.) et Israëls de Jong (S.) Etude histo-chimique et cytologique du crachat pneumonique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juillet 1907, p. 750; — L'exsudat séro-albumineux, le mucus et les aspects réticulés muqueux des crachats, *Ibid.*, 12 juillet 1907, p. 805; — Etude histo-chimique et cytologique des crachats tuberculeux, *Ibid.*, 27 nov. 1908, p. 696; — Bronchites albuminuriques et catarrhes pituiteux, *Ibid.*, 8 oct. 1909, n° 30, p. 415; — L'éosinophilie locale dans l'asthme, *Ibid.*, 6 mai 1910, n° 13, p. 506.

Biermer. *Die Lehre vom Auswurf*, Wurzburg 1855.

Bonne. Sur la structure des glandes bronchiques, *Bibliographie anatomique*, 1901, t. IX, p. 97.

Carrière. Congestion idiopathique pulmonaire (maladie de Woillez), *Revue de méd.*, 1898, nos 10 et 12; 1899, n° 1.

Carrière et Bournoville. Des cellules éosinophiles dans les crachats des tuberculeux, *Soc. de biol.*, 19 nov. 1898; — *Echo méd. du Nord*, nov. 1898.

Curschmann. La bronchiolite exsudative et ses rapports avec l'asthme nerveux, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1883, vol. XXXII, p. 1; — Nouvelles remarques sur les spirales dans les sécrétions bronchiques, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XXXVI, p. 578.

Czaplewski. Die bakteriologische Untersuchung des Sputums, in *Lehrb. d. klin. Unters.* d'Eulenburg, Kolle et Weintraud, p. 375.

Ducellier. *Etude anatomo-pathologique sur les lésions pulmonaires d'origine cardiaque*, Th. de Paris, 15 déc. 1892.

Eichhorst. *Traité de diagnostic médical*, 2e édition française, Paris 1902.

Falk et Tedesko. Nouvelles recherches sur le diagnostic des crachats, *Wien. klin. Woch.*, 1909, n° 27, p. 954.

Fink. *Beitrage zur Kenntniss des Eiters und des Sputums*, Th. de Bonn, 1890.

Frænkel (Albert). *Spezielle Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten.* Vol. I : Diagnostik und allgemeine Symptomatologie, 1890; vol. II : Spezielle pathologie, etc., 1904.

Fuchs (Em.). Contribution à l'étude... des cellules éosinophiles, notamment dans les crachats, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1899, vol. LXIII, p. 427.

Gabritschewsky. Klinisch-Hæmatologischen Notizen, in *Arch. f. experim. Pathol.*, Bd. XXVIII, p. 83.

Hansemann (von). Examen microscopique des crachats, *Lehrb. d. klin. Unters.* d'Eulenburg, Kolle et Weintraud, 1904, vol. I, p. 246.

Hildebrandt. Ueber Eosinophile zellen in Sputum, *Münch. med. Woch.*, 19 janv. 1904, p. 100.

Hoffmann. La signification des cellules cardiaques, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1899, vol. LX, p. 252; — Die Krankheiten der Bronchien, *Spez. pathol.* de Nothnagel, 1896.

Hoyer. Art. Schleimfärbung. *Encyk. d. mikrosk. Tech.*, vol. II, p. 1197.

Huisman. Méthodes de coloration des diverses granulations des éléments figurés du sang, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1906.

Israëls de Jong (S.). *Etude histo-chimique et cytologique des crachats*, Th. de Paris, 1907; — *Id.*, voir Bezançon.

Jouvenel. *Recherches sur quelques détails de structure des glandes salivaires*, Th. de Lille, 26 juillet 1902.

Kossel. Beitrage zur Chemie des Sputums, *Zeit. f. klin. Med.*, 1888, Bd. XIII, p. 149.

Kuss et Lobstein. L'anthracose pulmonaire et les poussières atmosphériques, *Bull. méd.*, 1906, p. 1019.

LABBÉ (Henri). *Analyse chimique du sang.* (Encyclop. Léauté.)
LABBÉ (Henri) et VITRY (G.). *Revue de méd.*, 10 fév. 1906, p. 113.
LAGUESSE. *Trois leçons sur la structure du poumon*, 1904.
LANDEL. *Recherches sur les caractères micro-chimiques du mucus*, Th. de Paris, 1897.
LANDOUZY. Art. PNEUMONIE, in *Traité de méd.* de Brouardel et Gilbert.
LAUBRY, *Etude sur quelques phénomènes critiques morbides*, Th. de Paris, 1903.
LESIEUR. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 nov. 1909, p. 568.
LEYDEN (VON). *Deut. med. Woch.*, 1891, p. 1058.
LŒPER. *Mécanisme régulateur de la composition du sang*, Th. de Paris, 1903.
MANDYBUR. *Wien. med. Woch.*, 1892, nos 7 et 9.
MARTINEAU. Art. CRACHATS, in *Dict. Jaccoud.*
MÉNÉTRIER. Cancer du poumon. in *Traité de méd.* de Brouardel et Gilbert.
MICHÆLIS. Art. MÉTACHROMASIE. *Encyk. d. mikrosk. Tech.* d'Ehrlich, vol I, p. 792.
MOSCATI. Le glycogène dans les crachats, *Riforma med.*, 29 juin 1907.
MULLER (Fr.). Beitrage zur Kentniss des Mucins, *Zeit. f. Biol.*, 1901, Bd. XLII.
NEUMANN. Das Pigment des braunen Lungeninduration, *Arch. f. Path. anat. u. Phys.*, 1900, Bd. CLXI, p. 422.
PROROK. Chimie du crachat des tuberculeux, *Münch. med. Woch.*, 1909, no 40, p. 2053.
RENK. *Zeit. f. Biol.*, 1875.
ROGER et LÉVY-VALENSI. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1909, p. 321; — *Ibid.*, 15 oct. 1909, p. 827.
SABRAZÈS et MATHIS. Cryoscopie des crachats, *Soc. de biol.*, 15 juin 1901.
SCHMIDT (A.). Ueber Färbenreactionen des Sputums, *Berl. klin. Woch.*, 6 mars 1893, no 10; — Contribution à l'étude des crachats et notamment du crachat asthmatique; pathogénie de l'asthme, *Zeit. f. klin. Med.*, 1892, Bd. XX, p. 476; — La sécrétion du mucus et sa signification dans les inflammations des muqueuses, *Volkmann's Samml. klin. Vort.* (Medicin, no 202), (Innere medicin, no 60), janv. 1898; — De l'origine et de la nature chimique des formes myéliniques des crachats, *Berl. klin. Woch.*, 24 janv. 1898, no 4, p. 73.
SENATOR. Origine et nature des Herzfehlerzellen, *Berl. klin. Woch.*, 25 nov. 1889, no 47, p. 1025.
SOTNISCHEWSKY. La composition du tissu pulmonaire dans la pneumonie, *Zeit. f. Phys. Chem.*, 1880, vol. IV, H. 3, p. 217.
TEICHMÜLLER. La présence et la signification des cellules éosinophiles dans les crachats, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1897, vol. LX, p. 576; — La bronchite éosinophilique, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1899, vol. LXIII, p. 444.
UNNA. Le mûrissement de nos colorants, *Zeit. f. Wissens. Mikrosk.*, 1891, vol. VIII; — Nouveau procédé de coloration de la fibrine, *Monat. f. prat. Dermat.*, 1893, vol. XVI, p. 353; — Sur des parties ressemblant à la mucine dans le neuro-fibrome et le système nerveux central, *Ibid.*, 15 janv. 1894, vol. XIII, p. 67; — La coloration spécifique de la mucine, *Ibid.*, 1895, vol. XX, no 7, p. 365.
WANNER. *Contribution à la chimie du crachat*, Th. de Bâle, 1903.
WEISS. Présence et signification des éosinophiles, *Wien. med. Presse*, 1891, no 41.
WIDAL et JAVAL. *La cure de déchloruration* (Actualités médicales, 1901).
WIDAL, RAVAUT et DOPTER. Sur l'évolution et le rôle phagocytaire de la cellule endothéliale dans les épanchements des séreuses, *Gaz. des hôpit.*, 29 juillet 1902, no 84.
ZUBER. Art. CRACHATS. *Dict. Dechambre.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1910)

Sur le typhus exanthématique. — M. DAUTHUILE émet quelques réflexions qui sont le résultat de l'observation d'un nombre important de cas de cette affection.

Au point de vue de la symptomatologie, il met en garde contre la diversité des phénomènes morbides observés, en raison de la multiplicité des formes anomales de la maladie qui sont capables, souvent, de dérouter le praticien non averti.

Le traitement qui a lui donné les meilleurs résultats peut se résumer ainsi : soins incessants de la bouche; boissons abondantes, acidulées; alcool, café; toniques cardiaques; et surtout, systématiquement, la balnéation froide à 20 degrés.

Au point de vue anatomo-pathologique, le typhus exanthématique est une toxhémie essentiellement hémorragipare. On peut observer des hémorragies à tous les degrés et dans tous les viscères. Les plus fréquentes sont les hémorragies sous-dermiques, ordinairement superficielles, mais susceptibles de dégénérer en de véritables ulcérations gangréneuses; les muqueuses et la plupart des organes : cerveau, plèvre, estomac, intestin peuvent être le siège de suffusions sanguines.

M. Dauthuile décrit avec beaucoup de détails deux sortes de lésions qui paraissent peu connues. Ce sont des altérations du pancréas, consistant dans de la pancréatite hyperplasique hypertrophiante, véritable cirrhose pancréatique; puis des lésions méningées qu'il a presque toujours rencontrées chez les sujets ayant succombé à cette affection : ce sont des lésions de méningite séreuse, externe et interne, caractérisées par de l'épaississement des méninges, de l'hydropisie sous-arachnoïdienne et ventriculaire (arachnitis séreuse avec transsudation œdémateuse) sans réaction inflammatoire.

Kyste radiculo-dentaire ouvert dans le sinus maxillaire. — M. ROUFFIANDIS. Il s'agit d'un jeune soldat porteur d'anomalies dentaires multiples. Par contre, toutes ses dents sont parfaitement saines et dépourvues de carie. Or, ce sujet présenta soudainement des phénomènes infectieux; d'abord, formation d'une collection suppurée au fond du sillon gingivo-labial, vers l'extrémité de la racine de la première prémolaire gauche ; puis des signes indiscutables de sinusite maxillaire. Ces phénomènes évoluèrent d'une façon bénigne et cédèrent en douze jours au traitement institué.

L'auteur pense qu'il s'agit ici d'un de ces kystes radiculaires ou appendiculaires décrits par Malassez, kystes d'origine épithéliale (Albarran). Il est curieux de voir que de pareils kystes puissent s'enflammer et provoquer des complications infectieuses, sans qu'il y ait d'altération dentaire qui ouvre la porte aux agents septiques.

MM. MOTY et TOUSSAINT ont observé des cas semblables et ont noté les différences essentielles entre les suppurations du sinus maxillaire provoquées par des dents cariées et celles où les dents sont saines. Les premières sont beaucoup plus graves, plus tenaces, sujettes à des récidives plus fréquentes; elles se caractérisent surtout par l'odeur fétide du pus sécrété.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — M. BERGASSE rapporte l'observation suivante. Un cavalier reçoit un coup de pied de cheval dans la région hypogastrique à gauche de la ligne médiane. Quatorze heures après l'accident, comme il présente des signes de probabilité de lésion viscérale — ballonnement ayant envahi presque entièrement la matité hépatique, défense de la paroi, nausées puis

vomissements, température 38°8, pouls petit à 130 — une laparotomie médiane sus-ombilicale est pratiquée.

Après examen de tous les viscères abdominaux et dévidement complet de l'intestin, le chirurgien ne trouve, pour toute lésion, qu'une petite ecchymose de la face postérieure de l'estomac, près de la grande courbure, sans amincissement de la paroi, ne nécessitant aucune intervention. Guérison.

Cette observation ressemble, presque trait pour trait, à celle publiée récemment à la Société par M. Dubujadoux, où l'intervention, provoquée par un ensemble de symptômes alarmants, fit reconnaître une intégrité absolue des viscères abdominaux. Elle confirme à nouveau cette opinion que les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval, quand le choc a porté sur un point de la paroi qui ne correspond pas à un plan postérieur résistant, s'accompagnent rarement de lésions viscérales : les anses intestinales fuient sous le choc et ne sont pas lésées.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 8 juin 1910. — MM. Lortat-Jacob, 20; Balthazard, 18; Camus, 19.

Séance du 9 juin. — MM. Clerc, 20; Camus, 18.

Prochaine séance, mercredi 15 juin, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

— CONCOURS DE L'ADJUVAT DES HÔPITAUX. — *Epreuve supplémentaire orale.* — Séance du 8 juin. — MM. Lorin, 19; Sorrel, 20.

A la suite de ce concours, sont nommés : MM. Mock et Sorrel.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un poste d'interne en médecine est actuellement vacant à l'asile départemental d'aliénés du Mans.

Conditions exigées : 10 inscriptions de doctorat au minimum.

Traitement annuel 800 francs et les avantages en nature d'usage (table, logement, chauffage, éclairage, blanchissage).

Les demandes devront être adressées avec pièces à l'appui (certificat de scolarité, casier judiciaire, acte de naissance), à M. le directeur de l'asile d'aliénés au Mans.

A PROPOS DE L'AGRÉGATION. — « L'Association syndicale des étudiants civils en médecine de Lyon, réunie en assemblée générale, le 6 juin 1910, déclare être partisan du principe du concours de l'agrégation en médecine ;

Demander que les réformes déjà apportées au dernier concours soient complétées de façon à assurer la neutralité du jury et l'impartialité absolue du concours ;

S'associer à la campagne de protestation contre le concours actuel, et regretter que le doyen de la Faculté de Paris ait pour la deuxième fois fait pénétrer la police à l'intérieur de l'Université.

Déclare en outre ne pas adhérer à la protestation en faveur du concours actuel, à elle adressée par l'Union générale des étudiants de Montpellier, et se solidariser complètement avec l'Association corporative de Paris, estimant qu'à l'heure actuelle il importe avant tout de rester unis sur le terrain des revendications corporatives et professionnelles. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-deuxième semaine, 859 décès, au lieu de 868 pendant la semaine précédente et au lieu de 849, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole conserve à peu près la même fréquence que précédemment. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On signale 3 cas de méningite cérébro-spinale dont 1 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Neumann (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE un confrère qui accepterait prendre pensionnaire pour vacances. Préférence environs de Paris, pays boisé. — Ecrire *C. L.*, bureaux du Journal.

MÉDECIN cherche poste 10 à 12000 francs. — Ecrire *N.*, bureaux du Journal.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 JUIN 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Campenon et Tuffier; — (2e série) : MM. Segond, Aug. Broca et Legueu; — M. André Jousset, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Delbet, Mauclaire et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Monod, Lejars et Gosset; — (2e partie) : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

Mardi 21 juin, à neuf heures. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Morestin; — M. Carnot, suppléant.

— A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. de Lapersonne, Thiéry et Marion; — (2e série) : MM. Quénu, Auvray et Morestin; — M. Jeanselme, suppléant.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1e partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 22 juin, à neuf heures. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Monod, Pierre Duval et Gosset; — (2e série) : MM. Campenon, Ombrédanne et Proust; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Wallich et Couvelaire; — M. Zimmern, suppléant.

— A une heure. — 1er (oral, 1re série) : MM. Nicolas, Tuffier et Branca; — (2e série) : MM. Retterer, Rieffel et Macaigne; — M. Mulon, suppléant.

5e (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delbet, Aug. Broca et Legueu; — (2e partie, 1re série) : MM. Letulle, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Teissier, André Jousset et Lœper; — M. Legry, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 23 juin, à une heure. — 2e : MM. Prenant, Langlois et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Auvray.

4e (1re série) : MM. Alb. Robin, Méry et Balthazard; — (2e série) : MM. Thoinot, Fernand Bezançon et Richaud; — M. Nicloux, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 10 juin (soir). — MM. Rimbaud (Montpellier) : « Les coryzas » ; note : 17 ; — Ribierre (Paris) : « Erysipèle de la face » ; note : 19.

MM. Louste, Oppert et Griffon se sont retirés du concours.

Première séance du 13 juin. — MM. Leuret (Bordeaux) : « Œdème aigu du poumon » ; note : 16 ; — Fiessinger (Paris) : « Formes cliniques du ramollissement cérébral » ; note : 15.

— Section de chirurgie générale. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 10 juin. — MM. Lacouture (Bordeaux) : « Prolapsus du rectum » ; note : 9 ; — Leriche (Lyon) : « Symptômes et traitement des calculs du rein » ; note : 16 ; — P.-A. Petit (Paris et toutes facultés) : « Les étranglements herniaires » ; note : 8.

— Section de physiologie. — Séance du 11 juin. — MM. Battez (Lille) : « De l'action réflexe médullaire (physiologie générale) » ; note : 6 ; — Jean Camus (Paris) : « Physiologie du cervelet » ; note : 16 ; — M. Odin s'est retiré.

— Section d'obstétrique. — *Epreuve de titres.* — Séance du 10 juin (matin). — MM. Lequeux, $14 \times 2 = 28$; Chirié, $15\ 1/2 \times 2 = 31$; Rudaux, $12 \times 2 = 24$.

Séance du 10 juin (soir). — MM. Devraigne, $14 \times 2 = 28$; Delmas, $14 \times 2 = 28$; Guéniot, $15\ 1/2 \times 2 = 31$.

Séance du 11 juin (matin). — M. Sauvage, $13 \times 2 = 26$; Mme Gaussel, $12 \times 2 = 24$.

Séance du 11 juin (soir). — MM. Pouliot, $7 \times 2 = 14$; Lafond, $8\ 1/2 \times 2 = 17$.

— Section d'anatomie pathologique. — *Leçon de trois quarts d'heure.* — Jury : M. P. Marie, président ; MM. Paviot, Jaboulay, Combemale, Curtis.

Ordre de passage : MM. Aubertin, Alquier, Feuillé, Roussy, Lefas, Géraudel, Renaud, Gougerot, Pierre-Nadal, Segall, Ameuille.

Première séance du 11 juin. — MM. Aubertin (Paris) : « Anatomie pathologique des tumeurs malignes des os et du périoste » ; note : 17 ; — Alquier (Paris) : « Formes anatomiques et histologie du cancer de l'estomac » ; note : 15.

— Section de matière médicale et pharmacodynamie. — Jury : M. Pouchet, président ; MM. Saint-Ange, Garnier, E. Gérard, Dupouy.

Ordre de passage : MM. Schmitt, 13 ; Tiffeneau, 17 ; Chevallier (s'est retiré).

Question écrite. — « Rein et urine. Anatomie. Physiologie. »

— Section de pharmacie. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 30 juin 1910, pour une place d'agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon :

MM. Bretin (Lyon), Florence (Montpellier), Bondouy (Paris), Maurin (Toulouse).

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Ligaments larges. Formes cliniques et traitement de la tuberculose iléo-cœcale. »

Questions restées dans l'urne : « Creux poplité. Anévrisme artériel du creux poplité ; » — « Appareil ligamenteux de l'articulation du genou ; » — Formes cliniques et traitement de la tuberculose du genou. »

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE. — Classement. — MM. Doury, Guillaume, Baldini, Adam de Beaumais, Lazard, Déséglise, Morlet, Journée, Bourroullon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Concours de l'internat.* — Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 13 juin est composé de MM. Bonnet, Courmont, Devic, Lyonnet, Delore, Vignard et Commandeur.

Les candidats sont au nombre de 99.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Un congé, du 27 avril au 30 juin 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guillemin, professeur de physique.

— Toulouse. — M. Cestan, professeur de clinique chirurgicale, et M. Desforges-Mériel, chargé d'un cours de médecine opératoire, sont autorisés à faire échange d'enseignements, du 1er avril au 31 octobre 1910.

M. Caubet, agrégé, est chargé, en outre, du 1er avril au 31 octobre 1910 (durée du congé de M. Cestan), d'un cours de médecine opératoire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Sauné, pharmacien de première classe, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé pour trois ans, à dater du 7 mai 1910, dans lesdites fonctions.

— Reims. — M. Téchoueyres, docteur en médecine, li-

cencié ès sciences, chargé du cours d'histologie, est nommé, à partir du 1er juin 1910, professeur d'histologie.

— ROUEN. — M. Guerbet, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ces fonctions, pour trois ans, à partir du 26 juin 1910.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Petit (de Château-Thierry), Goett, médecin de deuxième classe de la marine; Pelon (de Montpellier).

Médaille de bronze. — M. le docteur Coutin (de Montmédy), M. Galup, interne à l'hôpital Bichat.

AUTOUR DE L'AGRÉGATION. — La Faculté de médecine de Lyon communique la note suivante :

« Le conseil de la Faculté de médecine de Lyon, réuni le 10 juin 1910, profondément ému des incidents qui ont marqué le début du concours d'agrégation de médecine, envoie ses plus vives félicitations au doyen Landouzy et aux autres membres du jury pour leur attitude si ferme et si digne, ainsi que pour l'énergie avec laquelle ils ont su réprimer ces troubles.

Le conseil émet pour la seconde fois l'avis que seul le concours peut assurer le bon recrutement du corps professoral. »

— Le conseil d'administration du syndicat des médecins de la Seine a adopté un ordre du jour dans lequel :

« Il rappelle que pendant plusieurs semaines, en 1908, un professeur de la Faculté de médecine a été victime de violences identiques à celles qui se sont produites pendant un jour contre les membres du jury de l'agrégation, cela sans que la police ait été convoquée ;

Proteste de la manière la plus énergique auprès du président du conseil et du ministre de l'Instruction publique contre l'introduction et le maintien de la force armée à l'Ecole de médecine ;

Signale qu'au concours de chirurgie la salle était occupée d'une manière préventive et avant toute manifestation par la force publique. »

— Le *Bulletin administratif* du ministère de l'Instruction publique publie l'arrêté suivant :

« Considérant que M. Bérillon, né à Saint-Fargeau (Yonne), le 23 mai 1859, docteur en médecine de la Faculté de Paris, admis à prendre part au concours, s'est, malgré rappel à la question et avertissement du président du jury, livré à des digressions inconvenantes, prenant à partie le jury tout entier et nommément M. le président du jury;

Considérant que le président du jury a dû, dans ces conditions, lui retirer la parole et prononcer ainsi son exclusion du concours.

Arrête :

M. Bérillon est rayé de la liste des candidats admis à concourir. »

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — M. le docteur Doyen a commencé aujourd'hui une deuxième série de leçons. Ces leçons au nombre de 6 auront lieu du 13 au 18 juin, à six heures du soir, dans la grande salle des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Droit d'inscription : 10 francs. — « Application des découvertes récentes sur l'immunité à la thérapeutique des maladies infectieuses. »

SANATORIUM DE ZUYDCOOTE (NORD). — CRÉATION D'UN POSTE DE MÉDECIN EN CHEF. — Une place de médecin en chef est créée au sanatorium marin de Zuydcoote (Nord). Tout médecin de nationalité française, âgé d'au moins trente ans, peut être admis à poser sa candidature.

En plus du logement dans un pavillon indépendant, il sera alloué au médecin en chef des appointements de 10000 francs par an, susceptibles d'augmentation selon les travaux qu'il produira et en tenant compte de la charge, qui lui sera imposée, par le nombre d'enfants hospitalisés.

Le Conseil d'administration du sanatorium fait remarquer que le poste de médecin chef de service conviendra tout spécialement à un médecin déjà très spécialisé dans les maladies infantiles et que, d'autre part, le futur titulaire trouvera à Zuydcoote tous les éléments nécessaires et les facilités désirables pour les études cliniques et les recherches expérimentales les plus complètes.

Il sera donc tenu compte, en plus des antécédents et de l'orientation scientifique des candidats, des garanties qu'ils pourront présenter en vue de mettre à profit les moyens de travail qui leur sont ainsi offerts.

Adresser, avant le 1er juillet, les demandes accompagnées de l'exposé des titres, à M. Georges Vancauwenberghe, président-fondateur du sanatorium, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, maire de Saint-Pol-sur-Mer (Nord).

CORRESPONDANCE

Paris, le 8 juin 1910.

Mon cher confrère,

Après le dernier Congrès des praticiens et à la suite d'une conversation que je viens d'avoir avec une personne rentrée d'Angleterre, une réflexion m'est venue à l'esprit, et, en raison de son caractère pratique, je me permets de vous la communiquer.

Elle a trait à la défense de nos intérêts médicaux, et spécialement à ce fait bien connu de tous nos confrères que les profanes sont aujourd'hui trop éduqués en médecine et qu'ils se soignent eux-mêmes : ce sont autant de clients qui nous sont enlevés.

Or, parmi les facteurs de cette instruction se place la vulgarisation de l'ordonnance médicale. En France, le malade conserve l'ordonnance, peut en étudier soigneusement tous les éléments et la range comme papier de famille, dont il se servira dans la suite et même dont il fera profiter ses voisins s'ils manifestent un jour quelque malaise analogue à celui dont il a souffert lui-même. De sorte que, grâce à cette publicité, les profanes savent maintenant manier (maladroitement il est vrai) les médicaments et font eux-mêmes leurs petits médecins.

Aussi nous arrive-t-il souvent de nous voir interroger par le client sur la valeur thérapeutique de chaque médicament, sur ses indications, ses doses, quand le malade ou son entourage ne dictent pas eux-mêmes la thérapeutique. D'ailleurs celle-ci a souvent été essayée avant l'arrivée du médecin; le client n'appelle celui-ci qu'après avoir épuisé son bagage thérapeutique : pyramidon, salicylate de soude, morphine, etc. Et la liste se complétera par la suite si l'on n'enraye cette instruction inconsciente des profanes par les moyens que je vais vous exposer.

Sans rappeler la répression des abus que l'on discute aujourd'hui dans toutes les sociétés médicales et dont ma proposition est le corollaire (exercice illégal, publicité extra-médicale par les livres, les journaux, conférences publiques, etc.), je vous signale ce qui se pratique en Angleterre et qui n'a jamais attiré l'attention, à ma connaissance, de mes confrères : à Londres donc, le médecin ne rédige pas sa formule par écrit et ne mentionne que la posologie et le mode d'emploi de tel médicament, qu'il délivre lui-même, de sorte que le client ignore ce qu'il absorbe et par suite ne s'instruit pas dans l'art médical. Le privilège de soigner reste au médecin. Le praticien ne pourrait-il, en France comme en Angleterre, délivrer lui-même ses médicaments ou tout au moins n'en remettre la formule écrite qu'au pharmacien de son client. Bien entendu, cette ordonnance serait matière à secret professionnel pour le médecin et pour le pharmacien. Il agirait ainsi à son profit personnel, en ne gaspillant pas sa science et en gagnant bien des visites perdues sans cela, et au profit des malades qui ne prendraient plus à tort et à travers des drogues plus ou moins indiquées et salutaires.

Voilà la question de haut intérêt professionnel exposée grosso modo. Je vous prierai, mon cher confrère, de vouloir bien lui faire bon accueil dans la *Gazette des hôpitaux* ; heureux si je pouvais voir d'ici peu ce sujet discuté dans nos syndicats et nos congrès médicaux.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes plus sincères sentiments.

Dr. M. MAGNIN.

LE PSEUDO-RHUMATISME MÉDITERRANÉEN

RHUMATISME CHRONIQUE ET FIÈVRE DE MALTE

PAR MM.

LAGRIFFOUL et ROGER

Professeur agrégé Chef de clinique

à la Faculté de médecine de Montpellier.

La fièvre de Malte, maladie presque inconnue en France il y a quelques mois, prend une place de plus en plus importante dans la nosographie de notre pays. Une enquête bactériologique et clinique, dont nous avons annoncé ici même les premiers résultats (1), nous montre qu'elle est endémique dans la région méridionale (2) déjà depuis longtemps (3), qu'elle est loin d'y revêtir toujours la marche classique.

Véritable protée, elle se manifeste dans les milieux épidémiques ou endémiques sous des aspects très divers, y détermine des complications multiples. Le plus souvent ondulante, elle présente parfois, comme nous l'avons observé, le type de la fièvre intermittente. Ordinairement bénigne, elle peut déterminer la mort en quelques semaines et même en quelques jours, comme nous l'avons constaté plusieurs fois (4). Elle revêt dans quelques cas le masque d'une affection pulmonaire, bronchite, pneumonie, bronchopneumonie, ou celui d'une affection hépatique, cirrhose hypertrophique ou angiocholécystite (5). Elle évolue seule ou associée à la fièvre typhoïde (6), à la tuberculose, au paludisme. Elle offre un type ambulatoire. Elle se complique de troubles nerveux (7), paraplégie, polynévrite, de troubles cardiaques (8), d'érythèmes scarlatiniformes noueux (9).

(1) ROGER. La fièvre de Malte (Revue générale), *Gaz. des hôpit.*, 22 et 29 janv. 1910.

(2) LAGRIFFOUL, ARNAL et ROGER. La fièvre de Malte dans l'Hérault, *Soc. de biol.*, 8 janv. 1910. — LAGRIFFOUL et ROGER. De l'endémicité de la fièvre de Malte dans la région méridionale; quelques cas diagnostiqués par la séro-réaction de Wright plusieurs annés après la guérison, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 3 mars 1910, et *Montpellier méd.*, 15 mai 1910; — La fièvre de Malte en France, *Acad. des sc.*, 21 mars 1910.

(3) LAGRIFFOUL et ROGER. Sur la persistance de réaction agglutinante dans la fièvre de Malte, *Soc. de biol.*, 15 janv. 1910; — Diagnostic rétrospectif de la fièvre de Malte, *Progrès méd.*, 14 mai 1910.

(4) CARRIEU, LAGRIFFOUL et BOUSQUET. Les lésions anatomo-pathologiques dans la fièvre de Malte, *Soc. de biol.*, mars 1910. — LAGRIFFOUL et ROGER. A propos du pronostic de la fièvre de Malte, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 15 avril 1910.

(5) LAGRIFFOUL et ROGER. Un cas de fièvre de Malte à symptômes hépatiques prédominants, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 11 fév. 1910; — Forme hépatique de la fièvre de Malte (va paraître in *Bulletin médical*).

(6) LAGRIFFOUL, ARNAL et ROGER. Fièvre de Malte et dothiénentérie, *Soc. de biol.*, 5 fév. 1910. — RAUZIER et ROGER. Un cas de fièvre de Malte d'une durée de plus de six mois, association avec la dothiénentérie, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 28 janv. 1910, et *Montpellier méd.*, 3 avril 1910.

(7) LAGRIFFOUL, MESTREZAT et ROGER. Le liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte, *Soc. de biol.*, 18 fév. 1910.

(8) LAGRIFFOUL, ROGER et SARRADON. Endocardite mitrale au cours d'une fièvre de Malte, hyposystolie pendant la convalescence, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 22 avril 1910. — LAGRIFFOUL et ROGER. Fièvre de Malte et troubles cardiaques, *Province méd.*, 18 juin 1910.

(9) LAGRIFFOUL, ROGER et RABÉJAC. Fièvre de Malte avec érythème noueux, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 20 mai 1910.

* * *

Le système articulaire est un des appareils les plus fréquemment atteints. Les arthralgies ou arthrites sont considérées par la plupart des auteurs, non comme des complications, mais comme des symptômes souvent précieux pour le diagnostic de l'infection méditerranéenne. D'après Eyre, on les rencontre dans un cinquième des cas. Elles faisaient partie, à des degrés divers, du tableau de la plupart des cas que nous avons observés nous-mêmes dans les hôpitaux de Montpellier ou, avec le docteur Arnal, dans l'épidémie de Saint-Bauzille-de-Montmel, ainsi que de la plupart des observations qui nous ont été adressées par nos confrères de la région (1). Ce rhumatisme, ou plutôt ce pseudo-rhumatisme méditerranéen revêt en clinique divers types : on peut lui distinguer des formes aiguës et des formes chroniques.

A. RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — Cette forme aiguë est presque toujours *oligo-articulaire*. Ce sont les grandes articulations qui sont prises. Quelques petites articulations sont parfois touchées; ce sont alors surtout les articulations chondro-sternales, plus rarement les articulations des mains ou des pieds, les articulations vertébrales. Exceptionnellement sera réalisé le tableau du rhumatisme *poly-articulaire* (2).

L'intensité de l'arthrite est variable :

1° C'est le plus souvent de l'*arthralgie*, plutôt qu'une arthrite vraie. Certains auteurs se sont même demandé si les douleurs articulaires tenaient bien à une lésion de la jointure, si elles n'étaient pas d'origine nerveuse. Il y a ici, comme dans tous les rhumatismes infectieux, tous les degrés : parfois ce ne sont que des douleurs très passagères, que le malade ne signale que s'il est minutieusement interrogé sur ce point; souvent ce sont des douleurs vives, immobilisant l'article, et déterminant un état de contracture difficile à vaincre. Mais, alors qu'un pareil état donne des inquiétudes pour la mobilité ultérieure, tous ces symptômes rétrocèdent au bout de quatre à cinq jours et ne laissent plus de traces.

2° A côté de l'arthralgie doit prendre place l'arthrite avec épanchement plus ou moins abondant. Cette *hydarthrose* ne s'accompagne pas de changement de couleur de la peau. Cependant nous avons vu, au niveau des articulations chondro-sternales, un gonflement très douloureux avec rougeur localisée intense, quasi-érysipélateuse; la suppuration paraissait imminente, mais au bout de quelques jours la

(1) Le docteur Cantaloube a lui aussi particulièrement insisté sur les phénomènes articulaires que ses malades ont présenté dans l'épidémie de Saint-Martial, *Montpellier méd.*, 20 fév. 1910.

(2) Il est fort possible que certains rhumatismes articulaires aigus paraissant francs puissent être rangés désormais dans le pseudo-rhumatisme méditerranéen. Cependant, depuis que notre attention a été attirée sur la fièvre de Malte, nous avons eu l'occasion de faire la séro-réaction de Wright chez plusieurs rhumatisants aigus : cette séro-réaction a toujours été négative. Nous l'avons faite aussi dans des cas de rhumatisme ayant évolué, il y a, il est vrai, trois et quatre ans, en plein centre endémo-épidémique : les résultats ont été également négatifs.

douleur, la rougeur et le gonflement avaient très rapidement disparu.

3° Très exceptionnellement on voit évoluer une *arthrite à tendance ankylosante* (comme dans un cas de Cantaloube).

4° Enfin certaines arthrites, notamment les arthrites chondro-sternales peuvent passer *à la suppuration*, comme nous l'avons observé avec le docteur Narik.

B. Rhumatisme chronique. — On n'a guère décrit jusqu'ici qu'une forme *mono-articulaire*. Gillot (d'Alger) a rapporté l'histoire d'une petite malade qui, à la fin d'une infection fébrile d'assez courte durée, souffre de sa hanche et boite. On constate de l'atrophie musculaire des muscles de la cuisse. On immobilise la malade dans un appareil plâtré pendant quatre mois. Le séro de Wright est alors fait et est positif. On fait marcher l'enfant, la boiterie persiste encore quelque temps, mais la guérison ne tarde pas à survenir. Il s'agit d'une *pseudo-coxalgie méditerranéenne* (1).

Nous ne croyons pas qu'on ait encore parlé de la fièvre de Malte comme cause de rhumatisme chronique poly-articulaire. Bien des infections, se localisant ou pouvant se localiser sur les séreuses articulaires, rhumatisme articulaire franc, tuberculose, blennorragie, peuvent faire du rhumatisme chronique : pourquoi la fièvre de Malte, qui a une prédilection aussi marquée pour les articulations, ferait-elle exception à cette règle? Voici un cas qui, s'il n'apporte pas la preuve irréfutable de l'existence du rhumatisme chronique méditerranéen, permet d'envisager tout au moins la fièvre de Malte, comme capable de jouer un rôle adjuvant dans l'éclosion d'un rhumatisme chronique.

J... (Marie), âgée de quarante ans, entre à l'hôpital suburbain, salle Espéronier, n° 7, le 19 avril 1910, dans le service de notre maître M. le professeur Rauzier.

La malade a fait, il y a trois ans, à Saint-Martin-de-Londres (Hérault), une infection fébrile aiguë, avec céphalée, inappétence, vomissements glaireux, constipation, douleurs épigastriques, sueurs profuses la nuit, douleurs articulaires. Les sueurs ont persisté un an environ. Les douleurs durent depuis. Elles ont débuté au membre supérieur droit, ont envahi successivement le membre inférieur droit, les membres supérieur et inférieur gauches. Dans chaque membre, elles ont commencé par l'extrémité pour se porter ensuite vers la racine. Elles sont surtout articulaires, mais il y a en outre quelques douleurs dans la continuité du membre.

Pendant deux ans, la malade a pu marcher avec des béquilles; depuis un an, elle ne peut plus marcher.

Etat actuel. — Sont atteintes les petites articulations des mains, les poignets, les coudes, l'épaule gauche, les deux genoux et un peu la hanche droite et le pied droit; le pied gauche et l'épaule gauche sont indemnes. C'est surtout aux genoux que prédominent les douleurs.

Quelques douleurs lombaires. Pas d'arthrite vertébrale, cervicale, temporo-maxillaire.

La malade mange seule, mais avec peine, peut tenir un verre dans la main; l'impotence tient à la douleur plus qu'à la faiblesse.

(1) Gillot. Pseudo-coxalgie méditerranéenne, *Assoc. pour l'avanc. des sc.*, 1908.

La malade tousse un peu et crache, elle a bon appétit, digère bien, pas de constipation.

Elle urine bien, se lève une fois la nuit, pas d'albuminurie.

Quelques crampes au mollet droit. Pas de céphalée, ouïe normale.

La malade a beaucoup maigri. Elle n'est plus réglée depuis le début des accidents.

Température normale.

Antécédents personnels. — Une fièvre typhoïde à l'âge de quinze ans. Il y a sept ans, la malade a eu une bronchite qui a duré huit mois; une autre bronchite il y a six ans. Pas de migraine, pas de coliques hépatiques ni néphrétiques, pas d'eczéma ni d'éruption d'aucune sorte.

Antécédents héréditaires. — Huit frères ou sœurs en bonne santé. Pas de rhumatisants chroniques dans la famille. Le père, âgé de quatre-vingts ans, a eu quelques douleurs dans les membres inférieurs, mais qui ont rapidement guéri. Cinq enfants.

Examen. — La malade est très amaigrie; elle a de nombreux cheveux blancs. Son facies souffreteux et ses traits ridés lui donnent un aspect beaucoup plus vieux que ne le comporte son âge.

Appareil arthro-musculaire. — La main présente des déformations très marquées. Les doigts sont déjetés en dehors et sont gonflés au niveau des articulations, ce qui leur donne un aspect noueux. Les nodosités sont plus volumineuses aux articulations de la première et de la deuxième phalanges entre elles. Il y a des craquements articulaires, mais il n'y a pas d'ankylose osseuse ni fibreuse. La première phalange est en extension sur le métacarpe, les phalangines et les phalangettes sont fléchies. Le médius droit offre des troubles trophiques au niveau de l'ongle, qui est incurvé. Les espaces intermétacarpiens sont déprimés. Tous les muscles, aussi bien à la face dorsale qu'à la face palmaire, à l'éminence thénar qu'à l'hypothénar, sont atrophiés. La force est très diminuée, surtout à gauche; les mouvements d'opposition du pouce sont peu énergiques. Pendant l'interrogatoire et surtout pendant l'examen, quand on explore la motilité, apparaissent quelques tremblements de peu d'amplitude, qui disparaissent quand la malade met sa main dans une position de repos. Parfois il y a, au repos, quelques mouvements isolés, assez lents, d'un doigt, de plusieurs doigts, de toute la main droite, mais ces mouvements sont très inconstants.

Le poignet est augmenté de volume : il est le siège de craquements articulaires nombreux. Les mouvements sont limités, non par une véritable ankylose ou une rétraction tendineuse, mais par l'accroissement de volume des os. L'avant-bras est amaigri. Le coude est gros, douloureux, et a des craquements articulaires. A gauche, la flexion est à peu près normale, mais l'extension est incomplète, la pronation et la supination sont gênées; à droite, la flexion est très bridée et l'extension ne dépasse pas 45 degrés; le long supinateur forme une corde très rétractée.

Aux membres inférieurs, les genoux sont à demi fléchis, et l'extension du membre est impossible : tous les mouvements sont très limités, surtout à gauche. Les tendons sont particulièrement rétractés, les surfaces osseuses sont volumineuses : ce sont elles qui donnent au genou une augmentation de volume considérable. A la hanche droite, la flexion et l'extension sont peu étendues; l'adduction et l'abduction à peu près impossibles. Les pieds présentent moins de déformation que les mains. Au membre inférieur l'atrophie musculaire est bien moindre qu'au membre supérieur; elle y prédomine à la cuisse droite.

Les articulations de la nuque, de la colonne vertébrale sont peu ou pas atteintes.

Système nerveux. — Sensibilité normale au tact, à la douleur, à la chaleur. Réflexe rotulien : la recherche de ce

réflexe est particulièrement douloureuse; la percussion du tendon ne peut déterminer de mouvement de la jambe, à cause de l'état d'ankylose fibreuse de l'articulation, et le tendon quadricipital rétracté ne se contracte pas. Pas de clonus du pied. Réflexe des orteils en extension. Pupilles contractiles, égales, régulières.

Appareil circulatoire. — Tachycardie légère, pouls à 96 pendant l'examen. Pas de signes physiques cardiaques. Tension artérielle au sphygmomanomètre Potain, 12 à droite et à gauche.

Appareil respiratoire. — Thorax grêle. En avant, rudesse respiratoire du sommet gauche sans modification de la percussion; en arrière, au sommet droit, expiration rude et prolongée.

Diagnostic. — Voilà donc une malade, qui, depuis trois ans, présente des douleurs articulaires : actuellement douleurs, déformation des jointures et limitation des mouvements permettent de porter le diagnostic de *rhumatisme chronique généralisé à prédominance osseuse avec atrophie musculaire.*

Reste à en discuter l'*étiologie*. On connaît les causes très nombreuses du rhumatisme chronique. MM. Teissier et Roques, dans leur si intéressant rapport au Congrès de Liége et leur article du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique*, les divisent en trois groupes : rhumatisme déformant, ou par froid humide, d'origine trophonévrotique; — rhumatisme chronique infectieux, consécutif au rhumatisme articulaire aigu, à la blennorragie, à la tuberculose; — rhumatisme goutteux, toxique ou dyscrasique. Auquel de ces rhumatismes avons-nous affaire?

Nous pouvons éliminer tout d'abord le *rhumatisme déformant*, tel que le comprennent MM. Teissier et Roques : nous ne trouvons point ici l'étiologie principale de ce rhumatisme, l'habitat dans un lieu humide.

On pourrait discuter l'hypothèse du rhumatisme d'origine nerveuse, d'*origine myélopathique* : la malade a présenté quelques mouvements anormaux de la main (athétose?), quelques douleurs dans la continuité des membres et une atrophie musculaire assez marquée. Mais le rhumatisme myélopathique atteint rarement toutes les articulations : mais, dans notre cas, les douleurs musculaires sont peu marquées, n'ont pas le caractère fulgurant des douleurs nerveuses; l'atrophie n'a pas de type spécial, paraît plutôt secondaire; les mouvements des doigts sont plutôt des mouvements d'impatience musculaire que de l'athétose vraie.

Nous éliminons le rhumatisme d'origine humorale, le *rhumatisme goutteux* : il n'y a, ni chez cette malade ni chez ses ascendants, ces troubles de la nutrition qui prédisposent à cette sorte de rhumatisme.

Nous avons encore, dans ce groupe des rhumatismes toxiques, à envisager une série de rhumatismes sur lesquels l'attention a été particulièrement attirée ces derniers temps : les rhumatismes par insuffisance d'une ou de plusieurs des glandes à sécrétion interne. Chez cette malade, il ne semble pas que la thyroïde soit en cause : le corps thyroïde a un volume normal et le tableau ne correspond que par certains côtés à l'hypothyroïdie si bien étudiée par Lévi et Rothschild. En est-il de même de l'ovaire? Il est un fait très important que l'interrogatoire nous a permis de fixer : cette malade, quoique à peine âgée de quarante ans, n'a plus ses règles depuis trois ans, depuis que le rhumatisme a commencé.

Cette ménopause anticipée et la sénilité précoce de la malade traduisent, sans nul doute, une insuffisance ovarienne, à laquelle les cinq grossesses, survenues à des dates assez rapprochées, l'ont prédisposée. Faut-il voir dans ce rhumatisme chronique une *manifestation de cette insuffisance ovarienne?* Peut-être le traitement opothérapique pourrait nous renseigner sur ce point.

Reste l'hypothèse de l'*origine infectieuse*. Ce n'est pas du *rhumatisme chronique d'origine rhumatismale* : antérieurement à ces trois ans, la malade n'a jamais souffert de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu. Ce n'est pas du *rhumatisme blennorragique* : il n'y avait pas, quand le rhumatisme s'est installé, de manifestation blennorragique en évolution, et nous n'avons pas, chez notre malade, les doigts en fuseau, en radis, si bien décrits par Fournier; le pied ne présente pas le type du pied plat douloureux blennorragique. Est-ce du *rhumatisme tuberculeux*, dont l'école lyonnaise nous a montré toute l'importance? Notre malade est amaigrie, tousse un peu; elle a bien quelques signes aux sommets, mais ces signes sont peu nets. Cette hypothèse n'est cependant pas à éliminer.

On pouvait donc discuter surtout entre le diagnostic de rhumatisme ovarien ou de rhumatisme tuberculeux, quand nos recherches nous ont permis d'envisager une troisième hypothèse étiologique, la *fièvre de Malte*. Notre malade vient d'une région, où il y a actuellement beaucoup de fièvres de Malte, et où, très probablement, la maladie est endémique depuis plusieurs années. Le début, il y a trois ans, s'est fait par une infection fébrile, atténuée sans doute, mais dont la constipation, la douleur gastrique, les sueurs ont été, avec les douleurs articulaires, les principaux caractères : ces sueurs, véritablement profuses au début, ont même persisté pendant un an. N'était-ce pas une fièvre méditerranéenne? Le séro-diagnostic de Wright devait nous éclairer sur ce point : or il a été très nettement positif; au bout de deux heures, l'agglutination était déjà très intense avec la dilution au 1/30. Comme cette malade n'a pas fait, depuis ces trois ans, d'infection nouvelle, nous devons admettre qu'elle a eu alors une fièvre de Malte, et peut-être même que cette fièvre s'est prolongée jusqu'à maintenant. Il n'est pas téméraire de présumer que son rhumatisme chronique est sous la dépendance de cette infection méditerranéenne.

En clinique souvent l'étiologie est complexe; on pourrait admettre à ce rhumatisme une origine mixte, infectieuse et toxique : fièvre de Malte et insuffisance ovarienne. Peut-être même, la fièvre de Malte a-t-elle contribué à déclancher cette insuffisance ovarienne; les troubles ovariens ont en effet été signalés au cours de cette infection.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de ne pas faire jouer un rôle important à la fièvre de Malte dans ce rhumatisme chronique.

Mais il n'en reste pas moins établi que, si les arthralgies ou arthrites méditerranéennes aiguës sont très fréquentes, la forme chronique est tout à fait l'exception.

*
* *

Le rhumatisme méditerranéen évolue le plus souvent vers la fin de la fièvre de Malte, souvent même au début de la convalescence, lorsque la fièvre paraissait complètement tombée, lorsque le malade commençait à se lever et se croyait définitivement guéri. Son apparition peut déterminer une nouvelle onde fébrile. Fort heureusement il est, comme nous l'avons déjà dit, assez fugace, ne dure que quelques jours et ne laisse après lui aucune trace.

Les arthrites peuvent être parfois plus tardives : nous en avons vu survenir quand le malade avait repris ses occupations depuis plusieurs semaines. Elles ne s'accompagnent pas alors toujours d'élévation thermique, mais elles traînent plus longtemps et rendent le patient plus ou moins impotent, pendant des semaines et des mois.

Le rhumatisme méditerranéen se voit exception-

nellement au début de l'infection. On comprend combien, dans ces cas, il est difficile de différencier ces arthrites infectieuses d'avec le rhumatisme articulaire aigu franc, qui s'accompagne lui aussi de fièvre et de sueurs.

Dans quelques formes frustes, les douleurs articulaires, accompagnées d'une légère fébricule, sont les seuls symptômes de la fièvre de Malte : elles sont souvent accompagnées d'autres phénomènes douloureux, sciatiques, myalgies, et même de douleurs en ceinture, simulant le tabes (Bensis).

La coexistence ou la survenue de ces autres algies est d'ailleurs un des caractères du rhumatisme méditerranéen.

Sa *cause* réside, très probablement, dans la localisation du micrococcus melitensis sur l'articulation : ce microbe a été retrouvé dans l'épanchement et le pus articulaire (Zilmour, Kennedy). Quelques auteurs lui attribuent une origine nerveuse. Dans bien des cas où l'on pense tout d'abord au rhumatisme méditerranéen, il n'y a pas, en réalité, de localisation nettement articulaire; ce sont des douleurs mal limitées, tantôt musculaires et tendineuses, tantôt névralgiques, tantôt osseuses, ou bien ce sont des douleurs frappant à la fois ces divers éléments, jusques et y compris les articulations elles-mêmes : toutes ces douleurs ne seraient-elles pas des pseudonévralgies par lésion méningée ou méningo-médullaire ? Nos analyses cytologiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte (avec Mestrezat) nous ont montré que, même dans les cas les plus banaux, il y a souvent une réaction assez particulière du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose et hyperglycosie, hypochlorurie.

Le *diagnostic* est facile : on reporte sans difficulté à leur cause les arthrites ou arthralgies qui évoluent au cours ou à la fin d'une fièvre de Malte nettement caractérisée. Il y a deux erreurs à éviter : ne pas prendre pour un rhumatisme les ostéralgies, les myalgies, les névralgies de la fièvre de Malte ; — ne pas confondre la fièvre de Malte à début articulaire avec un rhumatisme articulaire aigu franc : l'évolution ultérieure et l'épreuve du salicylate de soude permettront de résoudre ce problème.

Le *pronostic* est généralement bénin; ces arthrites sont mobiles et fugaces. Mais il faut savoir qu'elles peuvent passer exceptionnellement à l'état chronique : ankylose, pseudo-coxalgie méditerranéenne et rhumatisme chronique méditerranéen.

En l'absence de traitement sérothérapique spécifique de la fièvre de Malte, le *traitement* de ces arthrites sera purement symptomatique : à l'extérieur, enveloppements salicylés, frictions au baume tranquille, cataplasmes laudanisés; à l'intérieur, analgésiques divers, pyramidon à haute dose (Gillot), aspirine, antipyrine, phénacétine, exalgine, teinture d'opium ou extrait thébaïque, aconit, jusquiame. La présence d'ankylose ou de suppurations, comme celle que nous avons constatée avec Narik, nécessitera parfois une intervention chirurgicale.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DES ENTÉRITES

par imprégnation de l'intestin avec un milieu électif de sa flore microbienne normale,

Par MM. René LAUFER et R. BOURGEOIS.

Notre méthode, dont nous apportons ici l'idée directrice (1), a eu pour point de départ l'étude de la flore intestinale, telle qu'elle a été inaugurée par M. Metchnikoff et ses élèves. Cette étude a bien mis en relief le rôle des ferments lactiques dans la lutte contre les germes morbides de l'intestin.

Mais, si l'on examine de près les conditions de vitalité des lactiques dans l'intestin malade, on constate qu'elles présentent d'un individu à l'autre des variations de grande amplitude, même lorsqu'il s'agit d'entérites cliniquement semblables. Non seulement le rapport quantitatif des lactiques vis-à-vis des germes morbides est différent, mais encore les réactions ambiantes, les troubles des diverses sécrétions ne sont jamais les mêmes. Ici encore intervient l'influence du terrain.

Après avoir vérifié ces faits, nous avons donc été amenés à rechercher s'il était possible de fournir aux ferments utiles qui existent toujours dans l'intestin et qui sont adaptés aux conditions individuelles, un milieu autant que possible électif favorisant leur prolifération in situ et y assurant leur prédominance.

Dans ce but, nous avons étudié tout d'abord la sensibilité comparative des milieux de cultures classiques vis-à-vis de lactiques tirés de l'intestin humain.

Nous avons écarté, malgré leur grand rendement, les milieux peptonés usuels trop riches en matières azotées, dont l'ingestion pouvait devenir génératrice des putréfactions que l'on désire précisément combattre. Par contre, l'eau lactosée seule n'était d'aucune fertilité. Quant aux divers bouillons (de légumes, glucosés, maltés, lactosés, etc.), ils ne présentaient aucun caractère d'électivité.

Un milieu de culture, pour devenir électif d'une espèce bactérienne déterminée, devra, semble-t-il, contenir tous les éléments indispensables à la vie de ce microbe. Si d'une part nous nous reportons à la composition chimique du ferment lactique et à celle de ses cendres, et d'autre part à la composition des cendres du lait, nous voyons l'étroite similitude qui existe entre elles, fait logique si l'on songe que le lait représente le milieu naturel par excellence des lactiques. Mais le lait renferme, outre ses éléments minéraux utiles, une forte dose, 30 à 40 p. 100 de caséine, très favorable, comme nous le savons, au développement des putréfiants.

Nous avons donc cherché à composer artificiellement un milieu analogue au lait, mais privé de ca-

(1) Notre travail *in extenso* a été présenté à l'Académie de médecine (séance du 8 mars) par notre maître, M. le professeur Gilbert, et a fait l'objet d'une discussion à la *Soc. de thérap.* (séance du 9 mars).

séine. Ce liquide présentait déjà une fertilité remarquable pour les lactiques, toutefois un peu inférieure à celle du bouillon lacto-peptoné. En variant notre formule dans une certaine limite, nous avons observé que la partie minéralisée se prêtait facilement à des modifications assez grandes sans changements appréciables dans le rendement, mais qu'il n'en allait plus du tout de même si on changeait la proportion de l'élément azoté. La difficulté d'obtenir des albuminoïdes du commerce de titres comparables, la destruction partielle de ces matières à la stérilisation nous firent rejeter les recherches dans ce sens, et nous avons travaillé le milieu naturel en vue d'améliorer autant que possible son électivité. Après nombre d'essais, nous avons pu obtenir (1), sans introduction d'éléments étrangers, un liquide stérilisé, limpide, de couleur jaune pâle, marquant 1026 au densimètre et renfermant, par litre, en moyenne :

Matières dissoutes totales...	60 grammes
Caséine	néant
Lactose.....................	55 grammes
Sels minéraux..............	4gr5

enfin un minimum (0,5 à 1,5) de matières azotées naturelles, dose largement suffisante pour la prolifération du ferment lactique.

Comparativement, ce liquide nous a fourni un rendement bien supérieur à tous les milieux précédemment étudiés, et il permet en outre d'isoler facilement, par quelques passages rapides, les lactiques des selles humaines.

L'électivité de ce liquide une fois reconnue, et reprenant notre idée de cure de l'entérite par imprégnation de l'intestin avec un milieu très favorable au développement des germes de défense, nous l'avons donné en boisson et lavements à de jeunes chiens atteints de cette maladie. Voici, très brièvement rapportés, les résultats d'une série d'expériences, celle-ci résumant d'ailleurs elle-même les résultats observés dans les autres séries.

Un lot de 6 chiens d'une même portée, présentant de la diarrhée verte avec évacuations alvines parfois légèrement striées de sang et de réaction alcaline, est divisé en 3 groupes de 2 :

Le 1er groupe est mis à diète hydrique pendant quarante-huit heures, puis régime hydrocarboné (soupes maigres aux légumes et pain) ;

Le 2e groupe ne reçoit comme aliment que du milieu électif et de plus on leur donne chaque jour un lavement avec ce même liquide ;

Le 3e groupe, témoin non traité.

PREMIER LOT	DEUXIÈME LOT	TROISIÈME LOT
Diète hydrique. Amaigrissement. Réalimentation avec régime hydrocarboné. Guérison en 15 jours, 1 sujet laissé alors en liberté a une rechute, l'autre maintenu au régime reste en bon état.	Reçoivent milieu électif. Faible perte de poids et amélioration de l'état général en 4 ou 5 jours. Alimentation mixte en continuant milieu et lavements : guérison en 8 jours. Ces deux chiens libérés après ce temps n'ont pas eu de rechute.	Cachexie intense malgré alimentation libre. Un mort après 6 jours. L'autre sacrifié *in extremis* pour explorer l'état du contenu intestinal.

Tous ces chiens ont été sacrifiés et la nécropsie a été faite aussitôt. On constate tout d'abord dans le 3e lot que les lésions anatomo-pathologiques sont, contrairement à ce qu'on aurait pu préjuger, relativement peu prononcées : congestion en piqueté de la muqueuse, très légère turgescence des plaques de Peyer, glandes mésentériques normales. Etant donné ces faibles désordres, il est logique de penser que la maladie, au moins dans un certain nombre de cas, est surtout produite par la toxicité du milieu intestinal, alors que les désordres anatomiques sont des plus minimes, même lorsque la mort en a été la conséquence.

Mais ce qui nous intéressait en particulier, c'était l'examen bactériologique. Le chien sacrifié *in extremis* dans le 3e lot, nous a donné une majorité de putréfiants et de nombreuses espèces sporulées.

Dans le 1er lot, on observait pour le sujet guéri, une flore mixte sans prédominance bien nette; la réaction des selles était acide.

Enfin dans le 2e lot, on trouvait nettement une prédominance de lactiques. La réaction des matières était franchement acide.

Employé d'abord chez les enfants, puis chez l'adulte, le milieu électif nous a donné dès le début des résultats des plus remarquables :

1° Nous étions en présence d'un liquide aseptique, pratiquement neutre, ne pouvant par conséquent produire d'effet fâcheux sur le chimisme gastrique. L'état de l'estomac est, en matière d'entérites, un élément préalable qu'il ne faut jamais perdre de vue. Si les dyspepsies exercent en effet sur les fonctions intestinales une action bien connue, nous n'avons pas vu en revanche un seul cas d'entérite sans que, sous son influence, le chimisme soit plus ou moins altéré.

2° Non seulement notre liquide n'était pas nocif à cet égard, mais dans un travail que nous préparons, nous montrerons son action aussi remarquable dans les dyspepsies proprement dites, dans celles en particulier qui sont justiciables du régime lacté ou lacto-végétarien.

3° Il réalise en outre un milieu *hydrocarboné et minéralisé*, et déjà toutes les recherches cliniques et expérimentales chez l'adulte comme chez l'enfant et même chez le jeune nourrisson, ont bien établi l'action modificatrice puissante du simple régime hydrocarboné sur les putréfactions azotées de l'intestin. En tant que milieu hydrocarboné, il représente d'ailleurs, au point de vue de la tolérance du tube digestif vis-à-vis des sucres, la meilleure préparation. Il résulte en effet des recherches de Schmidt que,

(1) Le mode de préparation a été publié récemment dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1910, nos 20 et 21).

Le voici d'une façon sommaire. Prenant un lait recueilli aseptiquement et écrémé par centrifugation, on le porte à 37 degrés et on l'additionne de présure liquide. Dès que la coagulation se produit, on élève la température jusqu'à 50 degrés, afin de séparer facilement le coagulum. On porte alors le liquide à l'autoclave à 120 degrés, où il se débarrasse de la presque totalité des albuminoïdes qu'il renfermait encore et on peut ainsi faire subir au filtrat une nouvelle stérilisation sans que celui-ci perde sa limpidité. Notons que notre liquide n'est pas comparable aux divers sérums de lait, qui, tels qu'on peut se les procurer, sont bien loin d'être chimiquement aussi purs ; au lieu d'être transparents comme notre liquide, ils sont d'aspect plus ou moins louche. D'ailleurs, ils sont loin d'avoir la sensibilité de milieu électif.

comme facilité d'assimilation, le sucre de lait tient, avec le sucre de canne et les dérivés du sucre, gelée, confitures, etc., la première place. Enfin, on saisit facilement l'importance de la minéralisation dans des affections aussi déminéralisantes que les entérites et quand on sait quelle quantité de substances minérales la simple diarrhée soustrait à l'organisme.

Les observations déjà nombreuses recueillies depuis plus de deux ans montrent bien l'influence de notre liquide non seulement sur la flore microbienne, mais sur l'ensemble du « milieu » intestinal. Les examens des fèces permettent en effet de constater une transformation, souvent très rapide, du microbisme ; la recherche des rapports urinaires, et même le dosage des déchets alimentaires par l'intestin que nous avons pratiqués méthodiquement dans plusieurs cas, témoignent des modifications de l'utilisation des aliments et de la nutrition. Quant aux sulfo-éthers, à l'indican, ils diminuent progressivement.

Les cas que nous avons observés se divisent en deux groupes : 1° cas aigus, récents, de gastro-entérite infantile en particulier, mais aussi des adultes; 2° cas plus anciens tendant vers la chronicité, ou chroniques, d'entérite ou d'entéro-colite avec constipation intermittente ou rebelle. Dans tous ces cas, on obtient des résultats remarquablement rapides, les courbes de poids reprennent leur marche ascendante, l'état général s'améliore dès les premiers jours. La durée du traitement varie évidemment selon les malades, mais déjà au bout d'une quinzaine de jours au maximum dans les cas chroniques, on obtient une modification sensible des symptômes. Pour que la guérison se maintienne, il peut être parfois nécessaire de prolonger le traitement jusqu'à un mois et demi ou deux mois en moyenne.

Le milieu électif peut être employé seul, par exemple à la place de la simple diète hydrique. Nous l'avons également utilisé en lavements que les malades gardaient en même temps qu'ils en prenaient par ingestion, de manière à réaliser une saturation plus large de l'intestin. Ajoutons que notre méthode n'est nullement incompatible avec les moyens employés ordinairement (injections sous-cutanées, traitement médicamenteux de l'estomac, etc.).

Bien que, dans notre expérimentation clinique, nous n'ayons pas employé de régime bien spécial, il vaut mieux, pour obtenir le maximum d'action chez l'adulte, suivre, au moins au début du traitement, le régime végétarien, à l'exclusion des œufs, du lait et des dérivés du lait. Chez le nourrisson cependant où le régime lacté est le régime normal, on peut remplacer une ou plusieurs tétées, ou biberons, par un volume égal de milieu électif en alternant les prises de lait et de milieu électif. Il y aura lieu d'ailleurs, d'une façon générale, de restreindre la quantité de lait ou d'aliments quand on administre le milieu, celui-ci étant déjà par lui-même nutritif, puisqu'un litre représente 230 calories environ. Il peut servir avec avantage à la confection des bouillies de farines.

Il n'y a pour ainsi dire pas de posologie à établir pour notre liquide, celui-ci n'étant pas toxique. Chez l'enfant, nous en avons donné 200, 300 et jusqu'à 500 grammes par jour; chez l'adulte, le double, afin de réaliser une suffisante imprégnation de l'intestin. Les malades prennent le liquide aux repas comme boisson *exclusive*.

Sans doute, nous ne nous flattons pas d'avoir définitivement vaincu toutes les entérites et les constipations, mais, ainsi employée, nous espérons que notre méthode pourra rendre de grands services, en particulier dans un certain nombre de cas où d'autres moyens se seront montrés insuffisants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUIN 1910)

Contemporanéité de la formation et de l'élimination des déchets azotés chez les sujets en état de jeûne. — MM. A. CHAUVEAU et feu CONTEJEAN. Tous les faits de l'expérience s'accordent pour démontrer nettement que, dans le cas de jeûne, la formation des déchets azotés dus à l'accroissement de la désintégration des albuminoïdes de l'organisme ne précède que de très peu leur élimination.

Ces faits prouvent aussi que l'apparition de ces déchets dans l'urine suit de très près l'intervention de la cause qui en a déterminé l'accroissement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JUIN 1910)

Embolie de la fémorale. Massage immédiat. Disparition des accidents. — M. CLAISSE relate une observation d'embolie de la fémorale chez une cardiaque (rétrécissement mitral). Un massage énergique sur le trajet de l'artère obstruée eut pour effet en quelques minutes le rétablissement de la circulation.

On pourrait être tenté, en raison de certaines analogies symptomatiques, de traiter une obstruction artérielle de la même façon qu'une obstruction veineuse.

Or il est de toute évidence que si l'immobilisation est indispensable au cas de phlébite, par crainte d'embolie pulmonaire, elle est au contraire illogique au cas d'obstruction artérielle. La fragmentation du caillot, parfois spontanée, sera favorisée par une intervention hâtive et le massage aura d'autant plus de chances de succès que le caillot sera plus récent.

Un nouveau cas d'oosporose pulmonaire avec quelques recherches sur la déviation du complément. — MM. ROGER et BORY. L'étude systématique entreprise et poursuivie par les auteurs sur l'oosporose pulmonaire tend à en démontrer l'extrême fréquence. Le fait nouveau qu'ils viennent de recueillir constitue un argument des plus intéressants en faveur du rôle pathogène des oosporas; celles-ci ne sont pas de simples parasites inoffensifs, végétant à la faveur de lésions anciennes; ce sont des parasites actifs, déterminant dans l'organisme des réactions spécifiques.

Le malade dont il s'agit avait été à plusieurs reprises considéré comme un tuberculeux et, comme tel, hospitalisé deux fois pendant plusieurs mois à Brévannes. Cependant la per-

sistance d'un bon état général, le peu d'intensité des troubles fonctionnels, l'évolution torpide de la maladie et même la localisation un peu spéciale des lésions — toutes manifestations qu'on aurait pu rattacher à la tendance fibreuse du processus — engagèrent les auteurs à examiner soigneusement les expectorations.

Elles ne renfermaient pas d'albumine, constatation suffisante pour qu'il fût permis de rejeter le diagnostic de tuberculose. La recherche des bacilles de Koch pratiquées à plusieurs reprises fut également négative. L'intra-dermo-réaction ne donna lieu qu'à un érythème léger dont il est difficile de tenir compte. Par contre l'ensemencement de milieux maltosés liquides avec des parcelles de crachats permit d'obtenir rapidement des cultures pures et abondantes d'une oospora analogue à l'oospora pulmonalis.

Restait à démontrer que le parasite isolé était bien la cause de la maladie. La réaction agglutinante en pareil cas ne donne pas de résultats; la méthode de la déviation du complément était seule capable de provoquer la démonstration attendue, ce qu'elle fit avec une netteté, mise à l'abri de diverses causes d'erreur.

Crises d'entéralgie chez un tabétique provoquées par un ascaride. — M. G.-H. Lemoine (du Val-de-Grâce) rapporte l'observation d'un tabétique qui pendant deux mois fut en proie à des crises douloureuses d'abord gastriques, puis intestinales, que les hypnotiques, morphine, chloral, etc., ou le nitrite de soude ne parvenaient pas à calmer.

Les accidents s'accompagnaient de vomissements et mettaient obstacle à toute alimentation.

L'état général du malade allait en s'aggravant tous les jours lorsqu'on utilisa la santonine. Un premier essai pratiqué pendant six jours ne détermina qu'une amélioration passagère.

La santonine avait été donnée à jeun tous les matins à la dose de 0g20. On cessa à cause de la xanthoptie survenue le sixième jour. Les douleurs reparurent après avec la même intensité qu'antérieurement. Aussi cinq jours après on recommença à 0g25 tous les matins à jeun. Au bout de trois jours le malade rendit dans la journée en même temps que les matières fécales un ascaride long de 0m20. A partir de ce moment les douleurs disparurent complètement.

La guérison s'est maintenue depuis le 19 janvier 1909.

Il paraît donc vraisemblable que la présence du parasite dans l'intestin a été la cause provocatrice des crises douloureuses observées.

Le signe des spinaux dans la pleurésie. — M. F. Ramond décrit sous ce nom l'élargissement et la tension élastique plus grande du côté de la pleurésie, au-dessous de la douzième côte, de la masse musculaire lombaire, aboutissant des deux muscles iléo-lombaire et long dorsal. Parfois le symptôme peut s'objectiver davantage, si l'on percute avec un marteau les insertions supérieures du long dorsal, à deux ou trois travers de doigt en dehors des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales. Dans ces conditions peuvent apparaître dans la masse musculaire lombo-dorsale des contractions visibles à l'œil nu, ou appréciables au doigt. Ce symptôme est à peu près constant dans les pleurésies séro-fibrineuses aiguës ou subaiguës, mais beaucoup moins dans les hydrothorax et surtout dans les épanchements purulents. Il manque le plus souvent dans la pneumonie et la spléno-pneumonie, et devient ainsi un signe diagnostique utile. Il persiste plusieurs semaines après la résorption du liquide, et peut servir à l'établissement d'un diagnostic rétrospectif.

Chancre syphilitique à reviviscences. — M. Lucien Jacquet. Sous le nom de chancre *redux*, M. Alfred Fournier a décrit la récidive sur place, du chancre infectant cicatrisé, *guéri*, mais à induration persistante.

M. Jacquet a observé récemment dans trois chancres de la face en voie de régression, mais non cicatrisés, non guéris, une série de reviviscences et de régressions alternatives, tant en érosion exsudative qu'en induration, et portant dans l'un de ces cas, à plus de quatre mois, la durée totale du même syphilome primaire.

Nulle irritation extérieure, nulle influence thérapeutique.

Mais il y eut, dans ces trois cas, évolution parallèle d'une angine banale, et dans l'un d'eux, à deux reprises, d'un adéno-phlegmon aigu de la région cervicale du même côté.

Ainsi, dans ces faits, le chancre a présenté un rythme de régressions et de reviviscences alternatives indépendant de toute variation dans la virulence du germe pathogène et dû à l'exaltation à distance, sous une influence *banale*, de l'irritabilité du tissu *spécifiquement* infecté.

Une étude ultérieure montrera l'intérêt de ces faits pour l'interprétation des lésions secondaires et tertiaires.

Pour ces dernières, l'auteur peut formuler dès maintenant les conclusions générales d'une longue étude : les syphilomes tertiaires sont presque toujours localisés et entretenus par un ensemble d'irritations fonctionnelles ou inflammatoires d'ordre banal; ils disparaissent presque complètement, sans traitement médicamentaux, si l'on supprime ces irritations.

Classification des diabètes sucrés. — M. Labbé. La division qu'il a établie avec M. Henri Labbé, en diabétiques avec dénutrition et diabétiques sans dénutrition, a été critiquée par M. Lépine qui, d'ailleurs, n'a pas apporté d'arguments à l'appui de sa critique. A le lire, on voit même qu'il ne connaît point les faits qu'il a publiés. Il croit au contraire que la distinction qu'il a établie rend de grands services pour le pronostic et la thérapeutique du diabète. Les diabétiques sans dénutrition font de la glycosurie aux dépens des hydrocarbones ingérés seulement et ils ont une tolérance plus ou moins élevée pour les amidons et les sucres et leur glycosurie peut toujours cesser par le régime. Au contraire les diabétiques avec dénutrition font de la glycosurie aux dépens des aliments de trois sortes (hydrocarbonés, albumineux et graisseux) et aux dépens des albumines et graisses de leurs tissus qui se détruisent; ils n'ont point de tolérance, et leur glycosurie est persistante. Le clinicien peut établir ainsi, d'une façon assez précise, le degré de gravité de chaque diabète.

Les intoxications tuberculeuses. — M. Antonin Poncet offre à la Société médicale des hôpitaux un ouvrage qui vient de paraître et qui a pour titre *Les Intoxications tuberculeuses*, du docteur Jozséf Hollo's, prosecteur à l'hôpital général de Szeged [Hongrie] (1).

Dans cette étude des plus intéressantes, l'auteur établit, par l'emploi judicieux de la tuberculine, des vaccins tuberculeux et surtout des corps immunisants, le diagnostic étiologique d'une foule de maux, de nature indéterminée, qu'il combat ensuite, avec succès, par un traitement spécifique, c'est-à-dire, dans la circonstance, par les corps immunisants.

Ces recherches confirment, à leur façon, la doctrine récente d'une tuberculose *aspécifique*, tuberculose à double modalité : tuberculose *septicémique*, c'est-à-dire, sans lésions apparentes, et tuberculose *inflammatoire*, c'est-à-dire avec des lésions sans spécificité, sans signature anatomique, qui ne présentent que les caractères réactionnels d'une inflammation banale.

Le type de cette dernière tuberculose est précisément, dans sa modalité articulaire, le *rhumatisme tuberculeux* heureusement influencé par la médication spécifique.

Méningite tuberculeuse chez l'adulte à forme tétanique. — M. Thiroloix rapporte une observation sur ce sujet et

(1) Ce livre a été traduit du hongrois avec l'initiative et sous la direction du docteur G. Cotte, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon (Masson et Cie édit.).

montre des pièces anatomiques intéressantes. Il s'agit de gommes syphilitiques multiples des deux oreillettes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1910)

Le radium dans le traitement du cancer. — M. MONOD fait un rapport sur les faits communiqués, à ce sujet, par MM. Wickham et Degrais. Il passe en revue les différentes observations suivies par ces auteurs, observations dont la rigueur ne laisse rien à désirer, quoi qu'en dise M. Delbet, puisque toutes les tumeurs qui ont été traitées par le radium ont été l'objet d'un examen histologique ne laissant aucun doute sur la nature cancéreuse de ces tumeurs. La conclusion de M. Monod est que l'action favorable du radium sur la marche de certains cancers est indéniable, tant au point de vue de la cessation des douleurs que de la régression de la tumeur. Toutefois il n'y a pas encore eu de cas de guérison confirmée.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE estime qu'il ne faut pas juger trop vite l'action du radium dans le cancer. Il se produit, sous son action, des phénomènes que nous ne connaissons pas, que nous n'avons jamais vus. La marche du cancer semble arrêtée. En voici un exemple. Une jeune femme, atteinte d'un cancer de la paroi recto-vaginale à marche rapide, a des pertes fétides et abondantes, se cachectise en peu de temps. M. Lucas-Championnière la considère comme inopérable ; c'est aussi l'avis de M. Segond qui est appelé auprès de la malade. En désespoir de cause, celui-ci conseille quelques applications de radium. Six applications sont faites par M. Dominici. La masse fongueuse de la paroi recto-vaginale disparaît complètement, les écoulements s'arrêtent, les règles sont supprimées. Pendant sept mois cette malade reste dans un état de santé parfaite. Puis elle recommence à souffrir. Le cancer reparaît, reprend une marche rapide et, après quelques mois, cette jeune femme succombe dans des douleurs atroces.

Sous l'influence du radium tous les accidents avaient cessé; il y a eu sept mois de guérison apparente. Il y a une régression absolue, suivie d'une cicatrisation complète. Ces phénomènes sont difficiles à expliquer et ces faits sont à retenir

M. SCHWARTZ, depuis deux ans, a recours au radium, suivant la méthode de M. Dominici, dans le traitement du cancer. Il constate, comme M. Lucas-Championnière, qu'il y a là quelque chose de nouveau, d'inconnu. On croit tenir la guérison. Voici quelques exemples de la pratique de M. Schwartz.

Cancer diffus de la parotide, inopérable, douleurs atroces. Après six ou sept applications de radium faites par M. Dominici, cette tumeur a complètement fondu, complètement disparu en quatre à cinq mois. Elle n'a pas reparu. Mais ce malade fut pris de crises épileptiformes indiquant que le cancer s'était propagé à la base du crâne et avait envahi le cerveau. Le malade a succombé très rapidement. Il n'y a malheureusement pas eu d'autopsie. Mais il n'en reste pas moins ce fait acquis qu'un cancer superficiel de la parotide a été guéri en quelques mois par des applications de radium. Autre cas : cancer de la fosse iliaque, application de radium, diminution notable de la tumeur et des douleurs, fistule stercorale, cachexie, mort. Ici, l'amélioration n'a été que passagère. Troisième cas : cancer du sein en plaque, opéré, récidivé ; applications de radium ; la tumeur rétrocède, mais la malade succombe à une pleurésie cancéreuse. Quatrième cas: carcinome du sein opéré deux fois depuis neuf ans ; troisième récidive dans l'aisselle, radium, disparition complète de la tumeur axillaire. Enfin, deux cas de myxo-sarcomes des muscles inopérables, traités par le radium, devenus mobilisables et opérables. De ces faits, il résulte que le radium est au moins un excellent palliatif contre le cancer.

M. RICARD a vu une jeune femme de trente ans atteinte d'un épithélioma du col utérin inopérable. M. Rubens Duval fait une première application de radium qui est suivie d'une poussée de salpingite formidable. Mais, en même temps, on constatait une grande diminution des pertes fétides que présentait cette malade. Une seconde application de radium est faite, cette fois sans réaction péritonéale, et M. Ricard fut très surpris de trouver, quelque temps après, un col complètement cicatrisé. Le résultat est indéniable. Mais à un toucher profond, on sentait que l'utérus restait fixé. Cette grande amélioration du côté du col n'est-elle qu'un cache-misère? M. Ricard ne veut tirer, de ce fait, que cette conclusion que le radium est un bon palliatif pour le cancer.

M. NÉLATON rapporte l'histoire d'une femme de trente-deux ans, atteinte d'un cancer du col, avec des pertes épouvantables. Le cul-de-sac antérieur est pris. M. Segond fait un curettage complet du col et applique 5 centigrammes de radium. Le résultat fut heureux. Quatre mois après, la guérison semblait se maintenir. Cette femme présente encore aujourd'hui toutes les apparences d'une parfaite guérison.

M. LEJARS ne fut pas aussi heureux. Huit fois sur douze cas le radium lui donna un résultat nul. Quatre fois seulement, il y eut une amélioration passagère.

M. MORESTIN fait très justement observer que, dans tous ces cas, le radium n'a été qu'un traitement palliatif, un adjuvant. Mais il s'élève avec force contre l'emploi du radium, au début des cancers, alors qu'ils sont encore opérables. Il ne faudrait pas, s'autorisant des résultats obtenus par le radium, faire perdre aux malades le bénéfice d'une opération opportune. M. Morestin cite quelques exemples ; un malade a un petit épithélioma de la région sous-orbitaire. On applique le radium. La tumeur diminue, semble en voie de guérison, puis quelques jours après survient un empâtement considérable qui a nécessité la résection du maxillaire supérieur et de la moitié du nez. Ce sacrifice aurait été épargné si on avait commencé, dans ce cas, par le traitement chirurgical. M. Morestin cite plusieurs exemples de ce genre et conclut que, dans les cas de cancers encore opérables, il faut bien se garder de commencer par le radium et que, dans ces cas, le traitement chirurgical classique ne perd rien de ses droits. Le radium pourra intervenir ensuite en cas de récidive. Il doit être un traitement complémentaire et non primitif.

M. SIEUR communique deux faits, l'un d'épithélioma de la face, l'autre un épithélioma de la voûte palatine qui n'ont été qu'améliorés par le radium. Il y a de grandes réserves à faire à ce sujet.

M. TUFFIER reconnaît que le radium a une action locale indiscutable. Mais il se demande si le radium ne favorise pas une généralisation ultérieure rapide. Témoin, le cas de M. Schwartz. M. Tuffier rapporte trois cas analogues dans lesquels, après une amélioration locale, la généralisation semble s'être accomplie plus rapidement.

M. WALTHER rapporte un cas de petite tumeur du sein ulcérée, avec un ganglion axillaire. Il conseille l'opération. Elle est refusée. On applique le radium, résultat immédiat surprenant, guérison complète, cicatrisation parfaite. Peu de temps après, développement rapide d'une masse axillaire d'un volume inusité. Ablation large, permettant de constater une prolifération intense. Ces tumeurs, qui présentent généralement une marche lente, semblent se développer secondairement d'une façon exagérée, sous l'influence du radium.

M. ROUTIER cite deux cas, l'un d'épithélioma du maxillaire supérieur traité par le radium. Le malade s'étant pendu, on n'a pu constater de résultats. Une tumeur paramammaire avec ganglions axillaires est enlevée par le bistouri. Récidives traitées par le radium. Amélioration apparente. Cancer généralisé aux deux poumons. Mort rapide.

M. Guinard rapproche de ces faits un cas de tumeur du sein traitée d'abord sans succès par la fulguration, puis par le radium. Amélioration permettant secondairement une ablation large et complète. Récidives poursuivies par le radium. Thorax pris en masse, mort après dix mois.

M. Guinard est de l'avis de M. Morestin. Il faut toujours commencer par l'opération chirurgicale et recourir au radium, non avant, mais après.

Suture latérale de la veine porte. — M. Delbet fait un rapport sur un cas de M. Hallopeau : une femme se tire un coup de revolver dans la région épigastrique. Signes d'hémorragie interne. M. Hallopeau intervient deux heures après. Il cherche la cause de l'hémorragie. C'est une plaie latérale de la veine porte. M. Hallopeau fait une suture au fil de lin. Guérison en quinze jours.

Constipation incurable. Opération. — M. Morestin présente une jeune femme qui était atteinte d'une constipation extraordinaire et rebelle à tous les moyens médicaux. Laparotomie. Aucune bride, aucune lésion organique, mais tout le gros intestin est dans le petit bassin et présente une diminution considérable et une insuffisance absolue de la musculature. M. Morestin en pratique l'extériorisation et fait une iléo-sigmoïdostomie. La vie de cette femme a complètement changé.

PRATIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR LE QUINOL

De recherches de laboratoire faites par M. le docteur Hallion sur le pouvoir antiseptique et la toxicité du Quinol, fabriqué par M. Victor Steiner, à Vernon (Eure), il appert les résultats suivants dont l'importance considérable, au point de vue hygiène et médico-chirurgical, ne peut échapper à MM. les membres du corps médical.

Comparaison entre le quinol et d'autres antiseptiques. — *Expériences faites en prenant des solutions à titre semblable des antiseptiques comparés.* — Dans chaque tube de bouillon de peptone (20 grammes pour 1,000), on a ajouté une dose déterminée des antiseptiques à comparer, de manière à obtenir une série graduée des concentrations échelonnées entre 5 p. 1000 et 1 p. 10000000. On a stérilisé à l'autoclave chacun des tubes puis on les a ensemencés avec des cultures microbiennes différentes dont la souche a été obligeamment fournie par M. Legroux, de l'Institut Pasteur. Les tubes, ensemencés, ont été mis simultanément à l'étuve à 37 degrés, pendant dix jours.

Voici les résultats obtenus :

PUISSANCE BACTÉRICIDE

Comparaison entre le Quinol, l'acide phénique et le bichlorure de mercure ou sublimé.

QUINOL	ACIDE PHÉNIQUE	SUBLIMÉ
1° Bacille typhique et colibacille :		
entre 50.000 et 100.000	entre 500 et 1.000	entre 20.000 et 50.000
2° Bacille subtilis :		
entre 1.000.000 et 2.000.000	entre 500 et 1.000	entre 20.000 et 50.000
3° Bacille du charbon :		
entre 1.000.000 et 2.000.000	entre 2.000 et 5.000	entre 20.000 et 50.000
4° Staphylocoque pyogène :		
entre 2.000.000 et 5.000.000	entre 2.000 et 5.000	entre 20.000 et 50.000

Ainsi qu'on peut le voir, l'action bactéricide du Quinol est considérablement supérieure à celle de l'acide phénique et du sublimé, le plus puissant des antiseptiques.

Des expériences supplémentaires répétées pour les pouvoirs antiseptiques du Quinol, de l'acide phénique et du sublimé, ont donné des résultats identiques. Recherchant, en outre, l'influence exercée par la petite dose de Quinol sur le développement des odeurs putrides, le docteur Hallion a été amené, après avoir ajouté des faibles quantités de Quinol dans des dilutions de matières fécales dans du bouillon, à constater que l'odeur fétide ne se développait pas même à 37 degrés, tandis qu'elle s'accentuait progressivement en l'absence du Quinol.

Causticité. — Toxicité. — Le Quinol ne coagule pas d'une manière appréciable des matières albuminoïdes du sang, ni des sérosités pathogènes : l'absence de causticité du Quinol en fait un des antiseptiques les plus précieux.

D'expériences faites sur des cobayes et des lapins, l'injection d'une solution d'une quantité de Quinol au centième, correspondant à un dix-millième du poids du corps de l'animal, est supportée sans trouble apparent.

Le Quinol n'étant pas toxique, on peut aller jusqu'à entrevoir ses propriétés comme antiseptique modificateur des fermentations intestinales.

Conclusion générale. — Le Quinol s'est montré à la fois :

1° Par rapport aux cultures microbiennes *in vitro*, extrêmement antiseptique à doses faibles.

2° Par rapport aux animaux, même à doses relativement fortes, non toxique, non caustique, et dénué de l'action coagulante qui limite la diffusibilité et le pouvoir de pénétration des autres antiseptiques qui coagulent l'albumine.

Le Quinol est, au point de vue chimique, le sulfate neutre d'ortho-oxyquinoléine chimiquement pur. Il joint, par un accouplement heureux, les propriétés des phénols à celles des alcaloïdes du quinquina, dont la quinoléine est un des principaux noyaux chimiques actifs.

Le Quinol se présente sous forme d'une poudre cristalline jaune soufre, facilement soluble dans l'eau; sa solution ne laisse pas de taches. Il est inaltérable et d'une conservation parfaite sous tous les climats.

De beaucoup supérieur comme bactéricide au sublimé corrosif, dépourvu de toxicité et de causticité, désodorisant, inodore et bon marché, le Quinol est l'antiseptique idéal de l'hygiène privée et générale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 JUIN 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 24 juin, à neuf heures. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Monod, Aug. Broca et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Campenon, Gosset et Proust; — M. Pierre Duval, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Wallich et Couvelaire; — M. Branca, suppléant.

— A une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Lejars; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Mauclaire; — M. André Jousset, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Lepage et Potocki; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 25 juin, à neuf heures. — 5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Nicloux, suppléant.

— A une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. Gilbert, Gouget et Claude; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Fernand Bezançon et Castaigne.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 22 juin, à une heure. — M. Lebas. Etude critique des stigmates anatomiques de la criminalité et des théo-

ries criminalistes actuelles. (MM. Blanchard, président; Reclus, Segond et Gley.) — M. Le Bras. Tuberculose appendiculaire et appendicite. (MM. Reclus, président; Blanchard, Segond et Gley.) — M. Guichard. Contribution à l'étude des fractures spontanées du tabes. Traitement prétabétique. Fractures révélatrices d'un tabes latent. (MM. Segond, président; Blanchard, Reclus et Gley.) — M. Chevallier. Les aphasies traumatiques. (MM. Segond, président; Blanchard, Reclus et Gley.) — M. Barrio. Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinée. (MM. Segond, président; Blanchard, Reclus et Gley.)

Jeudi 23 juin, à une heure. — M. Gras. Contribution à l'étude de la paracentèse du péricarde. (MM. Gilbert, président; Gilbert Ballet, Carnot et Claude.) — M. Florenville. Le mutisme en aliénation mentale. (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Carnot et Claude.) — M. Lauze. De l'achondroplasie spécialement étudiée au point de vue mental. (MM. Gilbert Ballet, président; Gilbert, Carnot et Claude.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (No 14, 8 avril 1910.) J. Labouré : Indications et technique de l'ablation des exostoses du conduit auditif externe. — Lesné et Dreyfus : Epidémiologie de la diphtérie. — Nobécourt : Les pleurésies séro-fibrineuses chez l'enfant. — Rudaux : Eclampsie du travail. — V. Pauchet : Ténotomie du tendon d'Achille. — C. Badin : Traitement des exsudats inflammatoires et de la tuberculose osseuse par l'insolation. — (No 15, 15 avril.) Le Moine : D'un procédé simple et facile pour le passage de la sonde dans les deux bouts de l'urètre au cours des ruptures traumatiques. — R. Dupont : Traitement médical des annexites chroniques. — G. Laurens : Les pyolabyrinthites. — H. Abrand : Diverticules de l'œsophage. — Laurent : Hyperpituitarisme et hypopituitarisme. — Mauclaire : Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du rectum. — (No 16, 22 avril.) Rothéa : Purification chimique et rapide de l'eau de boisson. — Rudaux : Des interventions abdominales portant sur l'utérus pendant la grossesse. — Bodin : Traitement des ulcères de la jambe. — Labouré : De la laryngostomie. — Emery : De la conduite à tenir en présence d'un syphilitique albuminurique. — Wickham et Degrais : Le radium. Son action curative sur les chéloïdes. — Thooris : Méthode d'adaptation respiratoire rapide des jeunes soldats. — (No 17, 29 avril.) Lebon : Traitement de la paralysie infantile. — Ameuille : Les procédés de l'autopsie médico-légale doivent-ils différer essentiellement de ceux de l'autopsie clinique? — Sersiron : Des injections sous-cutanées d'eaux minérales en clinique et en pratique. — Mauclaire : Diagnostic et traitements chirurgicaux de l'ascite. — (No 18, 6 mai.) Jean Minet et Jules Leclercq : De la rupture spontanée du cœur. — Desmoulière et L. Lefay : Comment on peut sans addition d'anesthésique augmenter la tolérance des injections mercurielles solubles. — (No 19, 13 mai.) Sabouraud : Microbisme spontané de la peau humaine : ses quatre hôtes et parasites les plus fréquents. — Leven : Les destinées du chimisme gastrique. — M. Gouget : Les complications cardio-aortiques de la diphtérie. — Dacheux : Sondes brisées dans l'urètre de l'homme. Conduite à tenir. — (No 20, 20 mai.) Wickham et Degrais : Le rôle du radium en chirurgie dans le traitement du cancer grave (méthode de chirurgie radiumthérapeutique). — Claisse : Typhobacillose. Diagnostic, pronostic, indications thérapeutiques. — Sabouraud : Le pityriasis simplex capitis et son traitement. — Rudaux : Pathogénie et traitement du prurit vulvaire chez la femme enceinte. — Terrien : Le traitement prophylactique de la cataracte. Prophylaxie et médication curative. — Carle : A propos d'une formule de crème adoucissante. — Pauchet : Traitement des varices superficielles.

Journal des praticiens. — (No 16, 16 avril 1910.) Baumet : Un cas de chorée électrique observé chez un garçon de onze ans. — Jaboulay : Sur un cas de péritonite tuberculeuse enkystée. — Mauté : Deux cas de pseudo-lupus syphilitique. — (No 17, 23 avril.) Debove : Insuffisance aortique. Syphilis latente. — Nobécourt : Bronchite et broncho-pneumonie. — Raymond : Confusion mentale simple. — Gillet : Pseudo-albuminurie des sujets âgés. — (No 18, 30 avril.) Bar : Les embolies pulmonaires pendant les suites de couches. — Hutinel : L'urticaire dans l'enfance, — Dieulafoy : Le traitement du tétanos. — Raymond : Névrites traumatiques et hémiplégie cérébrale associées. — Bergouignan : Le rythme urinaire et ses altérations. — (No 19, 7 mai.) P. Reclus : Des modifications apportées aux méthodes américaines dans l'ablation des cancers du sein. — Horand : Traitement des cancers ulcérés inopérables par l'alcool amylique. — Taillens : Quelques indications de la cure de fruits. — E. Poulain : Les exercices physiques chez les variqueux. — (No 20, 14 mai.) Vires : Traitement des dyspepsies hypersthéniques aiguës. — Pierre Delbet : Tumeur stercorale. — Guisez et Abrand : Ulcère simple de l'œsophage. Etude œsophagoscopique et clinique.

Journal médical français. — (No 4, 15 avril 1910.) J. Nicolas et Moutot : Revue critique des nouveaux moyens de diagnostic pratique de la syphilis. — Debove et Trémolières : Aortite chronique et syphilis. — Ch. Audry : Les processus histopathologiques de la syphilis. — P. Gaspou : Le tréponème de la syphilis. — Milian : Les nouvelles médications antisyphilitiques. — (No 5, 15 mai.) Castaigne et Chiray : Les albuminuries digestives. — Castaigne et Rathery : L'albuminurie provoquée par l'absorption de blanc d'œuf. — Castaigne et Parisot : Les médications opothérapiques applicables au traitement des affections rénales.

Journal médical de Bruxelles. — (No 13, 31 mars 1910.) Heineck : Le traitement opératoire moderne des fractures de la rotule (*suite*). — Gaudy : Déchirure interne spontanée de l'urètre. — (No 14, 7 avril.) Maurice Bertrand : De l'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose. — E. Renaux : Contribution à l'étude de la physiologie et de la pathologie des glandes parathyroïdes. — (No 15, 14 avril.) Mayer : Appareil portatif pour la baronarcose. — A. Marique : La désinfection de la peau par l'iode en chirurgie infantile. — (No 16, 21 avril.) J. Verhoogen et de Graeuwe : L'extirpation totale de la vessie. — (No 17, 28 avril.) Van de Pœl : Diagnostic et traitement de la gangrène pulpaire. — Verhoogen et de Graeuwe : L'extirpation totale de la vessie (*fin*). — (No 18, 5 mai.) Verhoogen et Nœver : Les accidents de la gastro-entérostomie. — Libotte : Un puissant diurétique nouveau dans la faradisation cutanée ; — La haute fréquence et la haute tension dans les alvéolites dentaires. — (No 19, 12 mai.) Gunzburg : Rééducation de la respiration.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 68. — JEUDI 16 JUIN 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 16 JUIN 1910. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 13 juin (soir). — M. Lautier (Bordeaux) : « Valeur séméiologique des exanthèmes » ; note : 10.

Séance du 14 juin (matin). — MM. Babonneix (Paris) : « Colique hépatique » ; note : 18 ; — Savy (Lyon) : « Le rein chez les cardiopathes » ; note : 16.

Séance du 14 juin (soir). — MM. Villaret (Paris) : « Symptômes et diagnostic de l'intoxication par l'oxyde de carbone » ; note : 16 ; — Tilloy (Paris) : « Accidents médullaires du mal de Pott » ; note : 0 ; — Léri (Paris) : « Ictère chronique d'origine lithiasique » ; note : 19.

Séance du 15 juin (matin). — MM. Pagniez (Paris) : « Diagnostic et traitement des péricardites aiguës avec épanchement » ; note : 16 ; — Carles (Bordeaux) : « Tétanie » ; note : 19.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 13 juin. — MM. Chevrier (Paris) : « Tumeurs de la parotide » ; note : 15 ; — Alglave (Paris) : « Diagnostic et traitement de la luxation congénitale de la hanche » ; note : 17 1/2 ; — Rocher (Bordeaux) : « Rétrécissements non cancéreux de l'œsophage » ; note : 11.

Séance du 14 juin (matin). — MM. Lefèvre (Bordeaux) : « Les goitres. Anatomie pathologique et diagnostic » ; note : 14 ; — Bréchot (Paris) : « Diagnostic et traitement des rétentions biliaires » ; note : 15.

Epreuve de titres. — Ordre de passage : MM. les docteurs Duvergey, Chalier, Thévenot, Okynzyc, Gauchois, Rabère, Barthélemy, Dambrin, Duroux, Chevrier, Lardennois, Charrier, Desgouttes, Mocquot, Martin, Rocher, Cotte, Vanverts, Leriche, Lefèvre, Michel, Tavernier, Muller, Colle, Uteau, Chevassu, Binet, Florence, Petit, Alglave, Gorse, Massabuau, Schwartz.

Première séance du 15 juin. — MM. Duvergey, 15 × 2 = 30 ; Chalier, 14 × 2 = 28 ; Thévenot, 16 × 2 = 32 ; Okynzyc, 19 1/2 × 2 = 39 ; Cauchois, 13 × 2 = 26.

— SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Epreuve de titres.* — Séance du 13 juin (matin). — MM. Jeandelize, 14 × 2 = 28 ; Pozerski, 7 1/2 × 2 = 15.

Séance du 14 juin (matin). — MM. Busquet, 14 1/2 × 2 = 29 ; Jean Camus, 16 1/2 × 2 = 33.

— SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Deuxième séance du 11 juin. — MM. Roussy (Paris) : « Anatomie pathologique des tumeurs malignes du corps thyroïde » ; note : 19 ; — Lefas (Paris) : « Histologie pathologique de l'inflammation aiguë du tissu conjonctif » ; note : 15 ; — Géraudel (Paris) : « Anatomie pathologique des infarctus du sommet » ; note : 16.

Séance du 13 juin (soir). — MM. Gougerot (Paris) : « Anatomie pathologique des épithéliomas malpighiens » ; note : 18 ; — Pierre Nadal (Bordeaux) : « Anatomie pathologique des tumeurs des maxillaires » ; note : 12.

— SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — *Epreuve de titres.* — Première séance du 13 juin. — MM. Lucien, 9 × 2 = 18 ; Aubaret, 14 × 2 = 28 ; Looten, 12 × 2 = 24.

Deuxième séance du 13 juin. — MM. Latarget, 16 × 2 = 32 ; Rouvière, 17 × 2 = 34 ; Descomps, 13 × 2 = 26 ; Garnier, 13 × 2 = 26.

Première séance du 14 juin. — MM. Picqué, 11 × 2 = 22 ; Villemin, 9 × 2 = 18 ; Debeyre, 12 × 2 = 24 ; Grégoire, 12 × 2 = 24.

Deuxième séance du 14 juin. — M. Horand, 7 × 2 = 14.

— SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 14 juin. — MM. Lequeux, 18 1/2 ; Guéniot, 18.

Séance du 15 juin. — MM. Delmas, 16 ; Sauvage, 18 1/2.

Mme Gaussel s'est retirée du concours.

— SECTION DE MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACODYNAMIE. — *Epreuve de trois quarts d'heure :* Les caféiques. — Séance du 13 juin. — MM. Schmitt et Tiffeneau, 10.

Epreuve de titres. — Séance du 14 juin. — MM. Schmitt, 16 × 2 = 32 ; Tiffeneau, 18 × 2 = 36.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Ordre de lecture des copies.* — MM. Marcille, Lardennois, Martin, Gasne, Muret, Bréchot, Kendirdjy, Desmarais, Français, Cauchoix, Mercadé, Rottenstein, Gernez, Hallopeau, Mathieu, Mocquot, Capette, Okynzyc, Picquand, Grégoire, Descomps.

Lecture des copies. — Séance du 13 juin. — MM. Marcille, 24 ; Lardennois, 28 ; Martin, 26.

— MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du dernier concours, sont prévenus qu'il sera procédé le lundi 27 juin, à deux heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49, à leur répartition dans les divers établissements hospitaliers, pour l'année 1910-1911.

MM. les élèves devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Par arrêté en date du 13 juin 1910, les professeurs, les agrégés en exercice et les chargés de cours de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy sont convoqués, le jeudi 30 juin 1910, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Nancy, en remplacement de M. le docteur Weiss, démissionnaire.

AUTOUR DE L'AGRÉGATION. — Dans son dernier comité secret, la Société médicale des hôpitaux a voté la protestation suivante :

« Réunie pour la première fois en comité secret depuis les graves désordres qui ont troublé le concours d'agrégation de médecine, la Société des médecins des hôpitaux réprouve hautement ces scènes de violence dirigées contre des collègues estimés. Elle adresse à M. le doyen Landouzy, président du jury, ainsi qu'à ses collègues, l'expression de sa sympathie, et à l'unanimité des membres présents, elle s'associe à la protestation qui a été votée par MM. les professeurs de la Faculté de Médecine ».

— *Syndicat médical de Paris.* — Le conseil du S. M. P. déclare :

1° Qu'il n'a délégué aucun de ses membres au comité d'action contre l'agrégation.

2° Qu'il estime que la question de la réforme de l'enseignement ne doit pas se résoudre par la violence.

3° Qu'il rejette et blâme les violences qui ont marqué l'ouverture du concours de l'agrégation, et que, désireux de voir aboutir, le plus rapidement possible, dans le calme et la discussion courtoise, la question capitale de la réforme de l'enseignement médical réclamée depuis trois ans par les médecins praticiens dans leurs Congrès successifs,

4° Il émet le vœu : que cette question soit sérieusement étudiée par le Ministre de l'Instruction publique et reçoive, au plus tôt, sa solution par la nomination d'une commission de réforme des études médicales composée, par moitié, de professeurs et de médecins praticiens.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (3-8 octobre 1910). — Le XXIIIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 3 octobre 1910, sous la présidence de M. le docteur Henri Delagenière, correspondant national de l'Académie de médecine, chirurgien des hospices du Mans.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Traitement chirurgical du goitre exophtalmique;* — Rapporteurs : MM. Delore (de Lyon), Lenormant (de Paris).

2° *Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum;* — Rapporteurs : MM. Pauchet (d'Amiens), Ricard (de Paris).

3° *Résultats immédiats et éloignés des méthodes sanglantes de traitement des varices des membres inférieurs;* — Rapporteurs : MM. Jeannel (de Toulouse), Mauclaire (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, les titres et les conclusions de leurs communications, à M. le docteur Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (VIIe).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, schéma, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

CONGRÈS DE L'ALLIANCE D'HYGIÈNE SOCIALE A MARSEILLE (octobre 1910.) — Le prochain Congrès de l'alliance d'hygiène sociale tiendra en octobre prochain ses assises à Marseille. Ce résultat est dû aux démarches du président Livon, du secrétaire général, M. le professeur Imbert, et du conseil d'administration de notre comité régional.

L'alliance veut que le Congrès de Marseille ait une haute portée et qu'il établisse d'une façon définitive, quel sera le rôle de la prochaine Chambre vis-à-vis des questions d'hygiène sociale. Il constituera une manifestation imposante par le grand nombre des congressistes éminents qui prendront part à ses travaux, par les questions d'intérêt pratique qui seront étudiées et soumises à la bienveillance des pouvoirs publics. L'hygiène spéciale des grands ports de commerce fera l'objet d'une étude très approfondie.

Tout ce qui porte un grand nom dans l'hygiène sociale, des savants, des hommes politiques viendront à Marseille. M. Léon Bourgeois, ancien président du conseil des ministres, président de l'alliance d'hygiène sociale, présidera effectivement le Congrès.

A ses côtés se trouveront MM. Mirman, directeur de l'assistance publique; Mabilleau, du musée social; Roux, directeur de l'Institut Pasteur; Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Reinach et Siegrefried, députés, et Mosny, de l'Académie de médecine.

En plus des séances de travail qui se tiendront au Pharo, le comité régional organisera une série de visites dans la région marseillaise.

Un comité de dames s'occupera spécialement des dames congressistes et s'efforcera de leur procurer le plus grand nombre de distractions possibles.

A l'issue du Congrès, le comité organisera une excursion en Corse, en passant par Ajaccio et Bastia, retour par Nice et la Côte d'Azur.

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE se réunira à Paris du 2 au 7 août prochain, au grand Palais des Champs-Elysées. Il sera accompagné d'une exposition internationale de tout ce qui concerne l'hygiène de l'école et de l'écolier, qui durera un mois. La séance d'ouverture qui aura lieu le mardi 2 août, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sera présidée par M. le ministre de l'Instruction publique. Tous les pays civilisés y seront officiellement représentés.

De nombreuses excursions sont organisées. Toutes les compagnies de chemins de fer accordent aux membres du Congrès une réduction de 50 p. 100.

Les médecins, les professeurs, les instituteurs, les pères de famille et en général tous ceux qui s'intéressent à l'avenir des enfants, peuvent adhérer au Congrès.

Pour obtenir les renseignements complémentaires, s'adresser au Secrétariat général, 10, boulevard Magenta, Paris, Xe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guillouet (de Brionne) et Jouet (de Luneray).

RENSEIGNEMENTS

Traitement des anémies (Consultations médicales françaises, fascicule 15), par le docteur Maurice PERRIN, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Traitement manuel des maladies de la nutrition. Les névralgies, par le docteur F. WETTERWALD, préface du docteur STAPFER. In-8. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

TRAITEMENT

DES

GRANDS ÉCRASEMENTS DES MEMBRES

Par M. C. DAMBRIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux de Toulouse.

Une première question doit se poser : que faut-il entendre par grands écrasements des membres?

Par grand écrasement de membre nous entendons : « Une fracture comminutive ouverte, avec lésions larges de la peau, *attrition profonde et décollement des parties molles, le tout causé par une compression directe et violente* » [Imbert (1)].

Avant de montrer quel doit être le traitement de ces grands écrasements, voyons ce que faisaient les anciens chirurgiens.

Dans l'antiquité et au moyen âge, on embaumait les membres écrasés et on abandonnait la guérison aux efforts de la nature.

Lorsqu'Ambroise Paré eut découvert la ligature des vaisseaux, on se mit à amputer tous les écrasements, mais les résultats furent pitoyables. Aussi une réaction se fit, et on redevint conservateur. Dans la première moitié du XIXe siècle, Dupuytren, Malgaigne conseillaient l'abstention opératoire. Quelques-uns des chirurgiens qui suivirent se déclarèrent avec Chassaignac nettement interventionnistes, mais c'était l'époque où l'infection purulente régnait en maîtresse dans les hôpitaux, et l'on ne tarda pas à revenir aux idées conservatrices. Ces idées furent mises en pratique par les chirurgiens de la guerre de 1870, et Verneuil qui avait été dans sa jeunesse un fougueux interventionniste se déclara conservateur à outrance et conseilla « de laisser à la nature le soin de sauver tout ce qu'elle peut ».

La découverte de l'antisepsie sembla appuyer la méthode conservatrice, mais les règles antiseptiques étaient encore mal suivies, et en 1882, Thomas (de Tours) préconisa de nouveau les interventions immédiates. Trelat se montrait également interventionniste.

En 1895, au IXe Congrès de chirurgie, notre excellent maître M. le professeur Reclus défendit avec beaucoup d'éloquence et de persuasion la conservation à outrance dans les écrasements des membres. « Plus d'amputations traumatiques ! au lieu d'amputer le membre écrasé, j'embaume le foyer dans des substances aromatiques, et j'attends que la nature sépare elle-même le mort du vif; c'est elle qui fait tous les frais de l'intervention chirurgicale, à part un trait de scie sur les os, à hauteur convenable. »

En 1905, au XVIIIe Congrès de chirurgie, la question de *la conservation, dans le traitement des traumatismes des membres*, fit l'objet d'un savant rapport de Nimier qui défendait la méthode conservatrice. Presque tous ceux qui prirent la parole (Le Dentu, Kirmisson, Boekel, Lapeyre, Reboul) se rallièrent à cette opinion.

Aujourd'hui, la doctrine de M. Reclus a été acceptée par la plupart des chirurgiens, aussi allons-nous l'étudier avec soin.

MÉTHODE CONSERVATRICE DE M. RECLUS. — Elle ne consiste pas dans l'expectation pure et simple, elle nécessite au contraire « plus d'activité chirurgicale que l'amputation. Pansements, interventions opératoires fort variées, soins orthopédiques et aussi médicaux, voilà tout ce que doit éveiller l'idée de conservation » (Nimier).

Quelle conduite faut-il tenir lorsqu'on est appelé auprès d'un blessé qui présente un écrasement de membre, datant de quelques minutes ou de quelques heures ?

L'*hémorragie* est la première chose dont il faille se préoccuper.

Quelquefois, elle est peu abondante, la contusion violente a déterminé l'attrition des tuniques artérielles et l'hémostase naturelle. Il n'en est pas toujours ainsi; l'hémorragie peut être considérable et compromettre à bref délai la vie du blessé. Dans ces cas, il n'y a pas une minute à perdre : après avoir placé un tube d'Esmarch à la racine du membre on assure l'hémostase provisoire et on pince dans la plaie tous les vaisseaux qui donnent. Il est très regrettable que les premiers soins ne puissent toujours être donnés par un chirurgien à proximité du lieu de l'accident. De fait, lorsque ces malheureux blessés arrivent à l'hôpital ils ont perdu une quantité énorme de sang, et cette perte sanguine aggrave terriblement l'état de choc traumatique.

L'hémorragie primitive arrêtée, le chirurgien devra s'occuper tout d'abord de *combattre le choc* par les moyens habituels (injection d'éther, de caféine, d'huile camphrée, lit très chaud). On fera des injections de sérum artificiel, proportionnelles à la quantité de sang perdu. L'influence bienfaisante de ces injections de sérum n'a plus besoin d'être démontrée. Dans les cas très graves, chez les blessés exsangues, on pourra recourir à la méthode intraveineuse. Poucel (de Marseille) et Kocher (1) auraient obtenu les meilleurs résultats en associant au sérum tiède une cuillerée à soupe de cognac par litre.

Lorsque le choc sera à peu près dissipé il faudra procéder à la *désinfection de la plaie*. Après avoir savonné, rasé et nettoyé soigneusement la peau avoisinant la plaie avec de l'éther et de l'alcool, on recouvre la région de champs stérilisés et on désinfecte la plaie. Jusqu'à ces temps derniers c'était là le procédé habituel. Il nous semble préférable de remplacer le savonnage et le nettoyage de la peau par de larges badigeonnages avec la teinture d'iode sans lavage préalable. Les *parties superficielles* de la perte de substance des tissus peuvent également être touchées avec la teinture d'iode.

Cette méthode est simple, rapide et assure une asepsie plus parfaite.

On s'occupe ensuite de la *désinfection profonde* de

(1) IMBERT. *Revue de chir.*, fév. 1907, p. 261.

(1) D'après MASINI. Th. de Paris, 1906-1907, p. 26.

la plaie. Un jet d'eau chaude (à 55 ou à 60 degrés), comme le veut M. Reclus, pénétrera dans la profondeur de la plaie, en fouillera les moindres recoins et la débarrassera des débris de terre, des corps étrangers, des esquilles *libres* et des caillots qu'elle peut contenir. L'eau chaude est en même temps antiseptique, hémostatique, analgésique et s'oppose au refroidissement du membre écrasé. Ce lavage sera pratiqué à l'aide d'un bock que l'on tiendra aussi haut que possible pour augmenter la force du jet. La plaie sera ensuite lavée avec de l'eau oxygénée au 1/3.

On applique enfin un *pansement antiseptique.* M. Reclus conseille sa pommade polyantiseptique dont on enduit des bandes de gaze; cette gaze est mollement tassée dans chacun des recoins de la plaie. La région est recouverte d'épaisses couches d'ouate et assez énergiquement comprimée par de nombreux tours de bande qui ramassent les chairs et suppriment les espaces « morts ». Le membre est enfin placé dans une gouttière amovible (gouttière de Boeckel ou gouttière en fil de fer). Ce pansement peut être laissé en place pendant plusieurs jours. Néanmoins, si le lendemain ou les jours suivants le blessé présente de la fièvre, de la douleur, le pansement sera renouvelé.

On n'oubliera pas de faire toujours une injection de sérum antitétanique de 20 centimètres cubes. Cette injection sera renouvelée deux ou trois fois à sept ou huit jours d'intervalle. Malgré des discussions encore récentes, l'on admet que le sérum antitétanique a une action préventive réelle.

Masini (1), à l'exemple de ses maîtres de Marseille (Louge, Pluyette, Combalat, Villeneuve), vante les bons effets des pansements au baume du commandeur.

D'autres chirurgiens font des pansements humides à l'eau oxygénée dont l'action microbicide aurait pour effet de détruire les vibrions *anaérobies* de la gangrène gazeuse.

On pourra utiliser encore les pulvérisations à l'eau phéniquée ou les pansements secs à l'ektogan.

Un premier point est bien établi, c'est que l'on ne *fera jamais d'amputation d'urgence*, *immédiate*, pour deux raisons :

1° Les opérations pratiquées pendant que le blessé est en état de choc s'accompagnent presque *toujours* de mort, quelquefois de mort sur la table d'opération.

2° A amputer d'urgence, on ampute toujours trop (Lejars).

Bien entendu nous n'appelons pas amputation le fait qui consiste à sectionner, d'un coup de ciseaux, les quelques lambeaux de téguments qui réunissent encore les deux segments de membre lorsque l'écrasement est complet.

Si des accidents infectieux menaçants ne viennent pas *forcer la main* dans les jours qui suivent le traumatisme, le chirurgien attendra que les phénomènes généraux se soient amendés, que les parties sphacélées se soient séparées elles-mêmes des parties vives, et que le sillon d'élimination soit apparu. On pourra alors faire une amputation secondaire qui ne sera en réalité qu'une régularisation du moignon.

(1) Masini, Th. de Paris, 1906-1907.

Lorsque le traitement bien conduit a permis de conserver le membre écrasé, des interventions réparatrices doivent parfois être pratiquées; des autoplasties, des greffes combleront les pertes de substance. Les soins consécutifs, la balnéation chaude, l'électrisation, la mécanothérapie auront une heureuse influence sur les suites de ces grands traumatismes.

Nous venons de décrire l'évolution heureuse des grands écrasements traités par la méthode conservatrice.

Malheureusement dans un certain nombre de cas, malgré les efforts du chirurgien, des complications infectieuses redoutables se produisent qui menacent l'existence même du blessé si on n'intervient pas. Alors se pose la question de l'amputation du membre?

Indications des amputations primitives et secondaires. — D'après Imbert, l'évolution des écrasements des membres comprend quatre périodes :

Une période *immédiate* qui comprend les premières heures après l'accident.

Une période *primitive* qui succède à la précédente et se poursuit jusqu'au quinzième jour environ.

Une période *secondaire* qui aboutit à la cicatrisation.

Une période *tardive*, caractérisée par la constitution d'un cal vicieux ou d'une pseudarthrose.

Les amputations immédiates, nous l'avons vu, doivent être formellement repoussées. *Mais dans quel cas doit-on pratiquer les amputations primitives ou secondaires?*

L'*amputation primitive* doit être pratiquée lorsqu'on se trouve en présence d'un blessé amené à l'hôpital le deuxième ou le troisième jour en pleine septicémie chirurgicale grave ou en pleine gangrène.

Elle sera encore nécessaire, lorsque, malgré les soins donnés, malgré une désinfection soigneuse de la plaie, malgré le désir du chirurgien de suivre la méthode conservatrice, il se déclarera de la *gangrène gazeuse*. Les conservateurs à outrance, dans ce cas comme dans le cas précédent, tentent, il est vrai, la conservation quand même. Ils font de très larges débridements au thermocautère, des contre-ouvertures des clapiers, de grands lavages à l'eau oxygénée, ils luttent contre l'infection générale par le sérum artificiel, l'alcool, les toniques, et quelquefois, il faut l'avouer, leurs efforts sont couronnés de succès. Malheureusement ces succès sont exceptionnels. Aussi en présence d'une gangrène gazeuse *au début* nous conseillerions de mettre en œuvre *tous* ces moyens de conservation, nous conseillerions surtout de faire des injections d'oxygène, circonférentiellement, dans la portion saine du membre suivant la méthode de Thiriar (1), de manière à essayer d'opposer une barrière à l'in-

(1) Pluyette, d'après Imbert, fait une injection circulaire sous-cutanée d'eau oxygénée dans le segment de membre sus-jacent à la portion écrasée.

fection gangréneuse. Nous avons vu de bons résultats fournis par cette méthode dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Jeannel. Mais nous *surveillerions le malade de très près*. Si malgré nos efforts la gangrène *progressait* vers la racine du membre, nous n'hésiterions plus une minute à opérer. Nous pratiquerions une *amputation haute* loin du foyer infecté, et nous laisserions le moignon béant pour permettre les pulvérisations antiseptiques et le large drainage.

Les amputations *secondaires* sont très rarement indiquées. Comme le dit Imbert « elles seraient justifiées surtout par la persistance très prolongée des accidents infectieux et le désir formellement exprimé par les malades d'obtenir une guérison aussi rapide que possible ».

Les *amputations tardives* peuvent être indiquées dans certaines circonstances particulières, par exemple chez des ouvriers ayant besoin de gagner leur vie, et demandant à être débarrassés de leur portion de membre mutilée, déformée, ballante et inutilisable. Ces indications se présentent surtout au membre inférieur qui nécessite la *solidité*. Un bon pilon ou une jambe artificielle serait parfois préférable à un membre impotent et douloureux.

Nous terminerons cette étude du traitement des grands écrasements des membres en disant avec Masini « que la méthode conservatrice à outrance de Reclus est certainement celle qui procure le plus de peine, mais aussi le plus de satisfaction au chirurgien et de bien-être au malade ». En proclamant qu'il ne fallait plus d'*amputations traumatiques* M. Reclus a rendu un service immense à la chirurgie.

MÉDECINE PRATIQUE

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS

Il a paru dans ces dernières années en Allemagne sous l'impulsion de Winter, puis en Angleterre et en Amérique de nombreuses publications sur ce sujet. C'est en 1902 que G. Winter commença une véritable campagne en faveur de ce diagnostic précoce par l'envoi de brochures à tous les médecins de l'Est de la Prusse, d'avis imprimés aux sages-femmes et d'articles de journaux pour le grand public. En vulgarisant ainsi la symptomatologie du cancer de l'utérus au début, et en montrant l'importance d'une exérèse très rapide, il a réussi, dans le cours d'une année, à augmenter l'opérabilité des cas qui se sont présentés aux gynécologistes de la région, de 62 à 74 p. 100.

Encouragé par ce succès remarquable, Lewers en Angleterre proposa une action analogue ; la *British medical Association* s'occupa de la question, nomma un comité qui rédigea un appel aux médecins et un appel aux nurses (voir Cuthbert Lockyer, *The Practitionner*, n° 449, vol. LXXXIV, n° 1, janvier 1910, p. 74). De son côté la Société centrale des sages-femmes élabora en 1908 un avis tiré à 25 000 exemplaires.

En Amérique, une campagne analogue est entreprise, et en Italie, Soli, de la clinique gynécologique de Turin, s'efforce de vulgariser ces notions.

Le cancer de l'utérus est extrêmement fréquent et sa fréquence augmenterait de façon formidable (pour Roger Williams, il serait 4 fois plus fréquent en Angleterre aujourd'hui qu'il y a cinquante ans). Welch (cité par Cullen), réunissant 31 000 cas de cancers primitifs, constate que l'utérus vient en première ligne avec un tiers de tous les cancers primitifs. Weyenberg (*Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 21 avril 1909) constate que sur 6236 femmes se présentant à la clinique, le premier examen a montré 66 cancers de l'utérus. Il meurt en Allemagne chaque année plus de 26000 femmes de cancer de l'utérus (Dürrhsen).

Or, opéré au début, le cancer de l'utérus est l'un des plus curables ; c'est l'un des plus chirurgicaux. Il faut bien savoir que le cancer utérin est au début et reste très longtemps une maladie locale.

Tous les cancers progressent de trois manières : par infiltration de proche en proche de la cellule cancéreuse, par perméation de la cellule cancéreuse dans les voies lymphatiques selon un trajet défini, par métastase.

Dans le cancer du col (qui forme les 14/15 des cancers de l'utérus) la métastase, condition d'inopérabilité absolue, est très rare.

V. Bonney (*The Practitionner*, juin 1909, n° 492, vol. LXXXII, n° 6, p. 737), étudiant près de 1 000 autopsies de cancer d'utérus, montre que 55 p. 100 d'entre eux ne présentent ni ganglions, ni métastases dans les organes et que la mort est purement le résultat de la maladie locale ; tandis que dans le cancer du sein seulement 6,5 p. 100 des malades mortes de l'affection sont exemptes de métastases.

La propagation aux organes voisins (vessie, vagin, rectum) qui constitue surtout ici l'inopérabilité est un phénomène relativement tardif. La perméation par les voies lymphatiques, plus précoce, se fait lentement dans le tissu cellulaire du paramètre vers les ganglions des parois latérales du pelvis et de l'angle de bifurcation des vaisseaux hypogastriques, voies relativement simples et accessibles. Les opérations montrent qu'on ne trouve ces adénopathies que dans 1/4 des cas environ (42/163, Polosson. Hystérectomie pour cancer, *Lyon chir.*, fév.-mars 1909) et ces hypertrophies ganglionnaires ne seraient néoplasiques que dans 1/3 des cas.

L'extension du cancer du corps est d'ordinaire encore plus lente que celle du col.

Ces conditions nous expliquent que dans les cas pris à temps l'ablation large de l'utérus entier avec le tissu cellulaire qui l'entoure et la recherche des ganglions donnent des résultats encourageants. Wertheim, le promoteur de cette méthode anatomique, a obtenu sur 204 cas, 19,3 p. 100 de guérisons maintenues après cinq ans, Polosson, 35 p. 100 après quatre ans, Schauta sur 268 cas, 13,4 p. 100 après cinq ans (mais par la voie vaginale).

Ces progrès de la technique ont amené un élargissement notable de l'opérabilité. Polosson qui n'opérait que 12 à 14 p. 100 des cancers utérins par la voie vaginale, a pu en opérer 78 p. 100 par la méthode de Wertheim. Schauta a pu opérer 50 p. 100 des malades qui se présentent à sa clinique; Wertheim, 53 p. 100.

Il reste cependant entre les mains des plus hardis près de la moitié des femmes qui ne peuvent profiter des chances d'une opération. Et de plus, toutes les malades opérées sont loin de l'être dans des conditions favorables, et le pourcentage s'élèverait considérablement si le cancer utérin était dépisté beaucoup plus tôt.

D'où vient donc que ce diagnostic est si rarement fait au début? — De causes multiples que nous allons analyser.

Voyons d'abord comment se présente au début le cancer de l'utérus; nous verrons ensuite pourquoi il passe inaperçu ou est méconnu si fréquemment.

E. Boyen Young et J. T. Williams (*Boston med. and surg. Journ.*, 25 fév. 1909, vol. CLX, n° 8) ont recherché sur 224 malades quel était le premier symptôme en date dans le cancer du col. Voici ce qu'ils ont constaté :

Perte de sang en dehors des règles....	129 sur 224...	57,5 %
Pertes blanches. Ecoulement vaginal varié	59 —	26 %
Douleurs abdominale ou sacrée	16 —	7 %
Augmentation de quantité des règles...	14 —	6 %
Anémie, perte des forces.............	2 —	0,9 %

chiffres correspondant à ceux déjà donnés par Waldstein :

Perte de sang en dehors des règles....	120 sur 219...	54,8 %
Pertes blanches. Ecoulement vaginal varié	75 —	34 %
Augmentation des règles	16 —	7 %
Douleurs abdominale ou sacrée	7 —	3 %

Les chiffres obtenus par D. A. Craig (*New-York med. Journ.*, 8 juillet 1905, vol. LXXXII, n° 2, p. 65) et résultant de l'examen de 78 malades sont un peu différents. Le premier symptôme a été :

De la leucorrhée de caractère variable..	45 sur 78....	57,7 %
Une perte de sang..................	21 —	27 %
De la douleur........................	12 —	15 %

Pour le cancer du corps, sur 17 cas de Boyen Young, 16 fois le premier symptôme est une hémorragie d'ordinaire abondante. Les pertes non hémorragiques sont d'ordinaire plus tardives.

Les notions d'âge, de rapport avec la menstruation et la grossesse méritent aussi d'attirer l'attention. Sur 215 cas de cancer du col, E. Boyen Young note les âges suivants :

35 à 50 ans........	60 %
Avant 35 ans.............	32 %
Après 50 ans.............	18 %

Et, pour les 17 cancers du corps, l'âge est en général plus élevé, cinquante-deux ans en moyenne.

Chez les mêmes malades, on note les rapports suivants avec la menstruation.

Cancer du col (215 cas) :

Avant la ménopause...	65 %		
Après la ménopause...	35 %	au cours de la 1re année.	9 %
		de la 2e à la 5e année....	18 %
		après 5 ans...........	8 %

Cancer du corps (17 cas) :

Avant la ménopause...	38 %
Après la ménopause...	62 %

Une autre donnée importante à se rappeler c'est la rareté du cancer utérin chez les femmes stériles. Toutes les statistiques concordent sur ce point.

H. Kelly (*Oper. gyn.*, 1906, vol. II, p. 380) ne trouve que 3 p. 100 de nullipares. E. Boyen Young et J. T. Williams, sur 213 cas, n'en trouvent que 18 sans grossesse (8,4 p. 100). V. Bonney, sur 1 876 cancers du col, trouve 1 790 femmes mariées et seulement 9 p. 100 stériles. Weyenberg, dans ses 66 cas personnels, n'en relève que 4 n'ayant pas eu d'enfants.

Cette influence de la grossesse s'expliquerait par les lacérations du col si fréquentes pendant l'accouchement, laissant après elles des ulcérations chroniques souvent méconnues et négligées, dont la transformation maligne serait fréquente (D. A. Craig, *Amer. Journ. med. Assoc.*, 31 octobre 1903). Victor Bonney (*The Practitionner*, juin 1909, n° 492, vol. LXXXII, n° 6, p. 737) a pu à plusieurs reprises prouver par l'examen histologique cette transformation maligne des petits ulcères chroniques du col dont aucun signe extérieur ne pouvait déceler la nature.

Si nous passons à l'examen de la malade, nous pouvons rencontrer au début des lésions très disparates que l'on peut diviser, pour le cancer du col, en trois groupes :

1° La lésion siège sur la portion vaginale du col.

Tantôt c'est une infiltration du museau de tanche ou d'une de ses lèvres, donnant une hypertrophie dure du col. Une ulcération s'y forme de bonne heure de la superficie à la profondeur, ou une sorte d'ulcération nécrotique de la profondeur à la superficie aboutit à une ulcération profonde à bords rongés en dessous, à fond friable et saignant au moindre contact. Dureté et friabilité, voilà les deux caractères principaux du néoplasme. Tantôt une portion plus ou moins étendue du museau de tanche porte une tumeur saillante, aplatie ou légèrement pédiculée, de surface papillomateuse, de couleur gris rosé et très friable.

Dans d'autres cas, sans qu'il y ait de tumeur saillante et d'induration profonde, on trouve sur le bord de l'orifice externe ou dans une des commissures, sur une cicatrice de déchirure ancienne du col, une petite ulcération arrondie ou fissuraire, de bords indurés un peu saillants, de fond dur rugueux, friable, saignant.

2° La lésion siège dans la cavité cervicale. Elle y affecte les mêmes aspects : infiltré, papillomateux, ulcéreux. Mais ici la lésion est plus difficile à voir et risquera de passer inaperçue si l'on se sert du speculum tubulaire de Fergusson qui tend à refermer les lèvres du col, au lieu d'un speculum à valve qui en tirant sur les culs-de-sac tend à entr'ouvrir l'orifice cervical.

3° Le col peut être pris en masse selon deux formes dont le diagnostic est des plus difficiles et qui heureusement sont rares.

Dans l'infiltration diffuse en masse, le col est très hypertrophié, la muqueuse est intacte ou légèrement exulcérée, le col est dur au toucher, mais non friable et l'histologie seule peut révéler un cancer souvent très malin (Pierre Delbet et Herrenschmidt, *Ass. française pour l'étude du cancer*, 15 novembre 1909). Dans la forme insidieuse et atrophique des vieillards, le fond du vagin est plissé, ratatiné, le museau de tanche a disparu, et un petit orifice cervical au sommet de la dépression donne issue à l'écoulement sanguin.

Si l'examen du col n'a pas montré de lésion, c'est le corps utérin qui peut être l'origine des troubles. Dans le cancer du corps, l'utérus est ordinairement augmenté de volume, mais cette augmentation n'est considérable qu'à une période avancée, et au début peut être très minime.

Voici en général ce qu'on observe au début du cancer de l'utérus. Voyons pourquoi ce diagnostic est rarement fait de façon précoce.

— Tout d'abord, dans certains cas, pendant longtemps il n'y a pas de symptômes fonctionnels et la lésion méconnue jusqu'à une époque avancée de son évolution, si on ne la découvre pas à l'occasion d'un examen pratiqué pour une autre cause. (Voir l'observation, citée par E. Boyen Young, et J. T. Williams, de néoplasme sur un prolapsus où le néoplasme exista pendant sept mois sans aucun trouble.) Sur les 254 de Boyen Young, dix malades qui étaient venus à l'hôpital dans le mois même d'apparition du premier symptôme portaient une lésion datant de loin et déjà inopérable. Cette première catégorie, dont le nombre semble heureusement peu élevé, mise de côté, voyons ce qui se passe pour les autres malades après l'apparition du premier symptôme.

Sur 234 cas observés de 1898 à 1902, Winter a montré que le temps écoulé entre l'apparition du premier symptôme de la première consultation a été de :

1 mois.....	dans	14 %	des cas
1 à 3 mois.....	—	18 %	—
3 à 6 mois.....	—	26 %	—
6 à 9 mois.....	—	12 %	—
9 à 12 mois.....	—	18 %	—
1 an et plus.....	—	12 %	—

Et, si l'on analyse la cause de ce retard, on trouve chez la malade :

30 fois l'ignorance de l'importance des symptômes observés,
19 fois l'indolence,
4 fois la pudeur,
14 fois la crainte du médecin,
2 fois le manque d'argent.

Fred J. Taussig (*Int. med. Journ.*, fév. 1909, p. 109) a constaté que sur 32 malades qu'il a observées, il s'est écoulé en moyenne sept mois entre le premier symptôme et la première consultation médicale : la malade est allée au médecin seulement trois fois la première semaine, et une fois le médecin ne l'examine pas, une fois il se trompe de diagnostic, le troisième fait une biopsie immédiate : la malade opérée quelques jours après est guérie. Sur ces 32 malades, 10 d'après Taussig peuvent en partie attribuer l'inopérabilité de la lésion à la négligence ou l'ignorance du médecin :

5 cas non examinés,
2 cas subissent un curettage avec amputation du col,
1 cas le médecin hésite pendant trois mois,
1 cas traité comme un ulcère (?),
1 cas tombe aux mains d'un charlatan.

Winter nous montre ensuite dans 122 cas le temps écoulé entre le moment où l'opération a été décidée et la date de son exécution. Ce temps a été de :

1 à 8 jours.....	dans	63 %	des cas
8 à 15 jours... .	—	15 %	—
15 jours à 2 mois...	—	10 %	—
2 à 6 mois.....	—	8 %	—
6 mois à 1 an.....	—	2 %	—
Plus d'un an.....	—	3 %	—

Ces chiffres nous montrent la série des écueils et des pertes de temps que la malade a à éviter entre l'apparition du premier symptôme et l'opération.

Le premier est l'ignorance du public pour l'importance que présente les ménorragies ou métrorragies, et la croyance populaire que la période qui précède la ménopause, l'âge critique, est d'ordinaire accompagnée d'hémorragies, d'irrégularités des règles et de pertes de toute nature sans importance. C'est une erreur, et toute femme, surtout après trente-cinq ans, qui présente des pertes de quelque nature qu'elles soient (irrégularité, augmentation des règles, pertes de sang en dehors des règles, pendant le coït, écoulement sanguin ou aqueux même non fétide, car la fétidité est un symptôme de lésion déjà avancée) doit connaître l'importance possible de ce symptôme et se faire examiner avec soin. Il n'y a pas normalement d'écoulement leucorrhéique ou sanguin après la ménopause. On observe souvent normalement une leucorrhée temporaire avant et après les règles. Mais toute leucorrhée persistante est pathologique.

Les sages-femmes, qui sont bien souvent consultées à ce sujet, doivent être pénétrées de l'importance de ces signes et ne pas se contenter, sans examen, d'ordonner des injections astringentes. Si l'examen montre une lésion, la sage-femme doit en signaler l'importance possible et engager la malade à aller voir un médecin au plus tôt.

Dans les mêmes conditions, le médecin doit procéder à un examen complet de la malade (en 1902, 14,2 p. 100 des médecins consultés par les malades de Winter ne les avaient pas examinées ; en 1903, après sa campagne, ce chiffre tombe à 11 p. 100). Il doit non seulement examiner la portion vaginale du col, mais, en écartant les lèvres, explorer la cavité cervicale. La majorité des cancers du col méconnus à l'examen sont des cancers intracervicaux.

Dans le cas de col infiltré, dur, où cet examen intracervical ne peut se faire, il est un moyen excellent dont nous avons pu vérifier à plusieurs reprises la justesse : placez une laminaire dans le col. Au bout de quarante-huit heures, si le col est dilaté, l'examen intracervical est facile, au contraire, si, bien que la laminaire soit restée en place, le col ne s'est pas dilaté, l'infiltration cancéreuse du col est certaine.

Si l'examen montre une ulcération qui présente des caractères néoplasiques, le diagnostic s'impose. Mais il faut se rappeler qu'il est ordinairement impossible de distinguer par la vue et le toucher un cancer au début d'une ulcération ancienne en tissu cicatriciel, surtout si elle a subi un traitement (caustiques, modificateurs, etc.). Toute ulcération qui ne sera pas entièrement souple, surtout si elle saigne facilement, devra être considérée comme suspecte.

On ne devra pas perdre de temps à « observer » la malade, mais immédiatement pratiquer une biopsie de la lésion. Après une injection d'eau bouillie ou de sublimé faible (1/10000), (éviter l'acide phénique, le formol, le lysol, etc. qui peuvent nuire à la préparation), découvrir le col en plaçant une valve dans le cul-de-sac postérieur ; le col est saisi en tissu sain avec une pince de Museux et abaissé, on enlève au bistouri un morceau en forme de coin près du bord de l'ulcération, en ayant soin de comprendre une partie du tissu sain. Le fragment enlevé, de la grosseur d'un pois, est mis immédiatement dans l'alcool à 50 p. 100. Un tamponnement suffit d'ordinaire à arrêter le saignement de la plaie, s'il est nécessaire un ou deux points de suture en viendront à bout.

L'examen de la pièce sera confié à un histologiste et pratiqué sans délai. Selon la remarque de V. Bonney il est nécessaire de pratiquer des séries de coupes en plusieurs points : le diagnostic posé sur l'examen d'une seule série de coupes est suffisant s'il est positif, insuffisant s'il est négatif, car la prolifération maligne peut ne se faire que par places.

Quand les hémorragies, l'augmentation du volume de l'utérus font penser à un cancer du corps, il est fréquemment possible d'obtenir sans endormir la malade, avec une curette mousse, assez de fragments de tumeur pour qu'un examen histologique soit possible. Si on n'y parvient pas, on ne doit pas hésiter à faire endormir la malade, et, après dilatation, d'examiner avec soin toute la cavité utérine ; on sera d'une prudence extrême avec la curette aux points qui sembleront atteints, car l'utérus cancéreux est facilement perforable. Les produits du curettage seront recueillis avec soin pour l'examen histologique.

Lorsque le diagnostic sera posé, il restera à vaincre la répugnance de la malade pour l'opération. Les chiffres que nous avons donnés montrent la difficulté qu'il y aura à la faire accepter et le médecin n'aura pas trop de toute son autorité pour faire comprendre l'importance d'une décision immédiate.

Voici dans leurs grandes lignes, les notions qui ont servi de base à la campagne que nous signalions au début. C'est en les répandant que Winter est arrivé dans sa province à augmenter de 12 p. 100, d'une année à l'autre, l'opérabilité des cancers utérins, et à sauver ainsi un certain nombre de vies humaines. Il nous a semblé utile de rapporter ici cette lutte entreprise contre le cancer de l'utérus. M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1910)

Après les présentations d'ouvrages faites par MM. CAPITAN, GALIPPE, PONCET et MOUREU, un rapport de M. Meillère sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales et l'élection de MM. Guilloz (de Nancy) et Florence (de Lyon) comme membres correspondants nationaux, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Parmi les présentations, signalons celle de M. CAPITAN de l'étude qu'il a faite des **travaux souterrains d'amenée d'eaux minérales** exécutés, à Uriage, à l'époque romaine.

A Uriage, les Romains ont creusé dans le flanc de la montagne, à 15 mètres environ du griffon, une galerie qui a 12 mètres de profondeur : une autre galerie de 17 mètres de profondeur rejoint le griffon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1910)

Constatation du tréponème dans l'artérite cérébrale syphilitique. — M. Sézary a décelé le tréponème dans les parois d'une artère sylvienne chez un syphilitique atteint d'hémiplégie. Le vaisseau présentait les lésions typiques de l'artérite syphilitique : endartère épaissie, limitante interne dissociée, adventice hyperplasiée dans sa partie profonde, bourrée de cellules rondes à sa périphérie, mésartère intacte. De plus, quelques nodules gommeux à la partie profonde de l'adventice. C'est au niveau de ces derniers que furent découverts les parasites le plus souvent libres, quelquefois intracellulaires. L'examen d'autres segments du vaisseau demeura négatif et le résultat positif ne fut obtenu qu'après de longues recherches : les tréponèmes étaient donc localisés en une région bien circonscrite.

Sur un procédé capable d'éviter les accidents d'anaphylaxie sérique. — MM. P. Carnot et Gr. Slavu ont constaté que l'addition d'acide chlorhydrique, dans la proportion de 3,3 p. 1000, à du sérum de cheval, suffit à éviter les accidents anaphylactiques : des cobayes, sensibilisés par une infection antérieure de 1/400 de centimètre cube de sérum de cheval non chauffé, supportent, après douze jours, en injection intraveineuse une dose de 1/20 de centimètre cube de ce même sérum traité par HCl, alors que tous les témoins succombent avec une dose moitié moindre de sérum non traité.

Le contact de l'acide, à cette dilution, n'a pas besoin d'être prolongé plus de dix minutes : il détermine une légère opalescence qui ne gêne en rien l'injection.

A cette dose, l'addition d'acide chlorhydrique ne modifie en rien les propriétés antitoxiques du sérum antitétanique.

On peut donc songer à appliquer pratiquement cette méthode et à éviter les accidents anaphylactiques par addition d'acide chlorydrique à 3,3 p. 1000 sans modifier les propriétés thérapeutiques du sérum.

L'intoxication expérimentale par la toluylène-diamine (3e note). — MM. Gilbert et Chabrol envisagent les rapports qui unissent l'hémolyse et la cholémie dans l'intoxication expérimentale par la toluylène-diamine.

Ces deux phénomènes ne se superposent pas dans le temps, la cholémie se poursuit sur une durée plus considérable que la fragilité globulaire, elle la précède légèrement et lui survit assez longuement. Cette indépendance apparente des deux processus marque-t-elle une indépendance véritable? Les auteurs ne le pensent nullement et affirment que l'explication du phénomène réside dans la *théorie hépatogène* de l'ictère dû à la toluylène-diamine. Touché par le poison, le foie élabore et la bile et les substances hémolysantes (Joannovics et Pick) et les globules hémolysés sont utilisés par lui pour l'élaboration de la bile.

Note sur les lois qui paraissent régir l'action générale des agents thérapeutiques toxiques. — M. Maurel. Pour chaque agent thérapeutique ou toxique, les éléments anatomiques se placent dans des ordres de sensibilité et de toxicité donnés, qui restent les mêmes dans la série des vertébrés.

En terminant, M. Maurel fait ressortir l'importance de cette proposition, notamment en ce qui concerne l'application à l'homme des faits observés sur les autres vertébrés.

Le sérum antiperfringens, le Wright vaccin antiperfringens dans la médication des infections graves anaérobies. — M. G. Rosenthal a obtenu par l'inoculation aux chevaux de cultures aérobitères puis anaérobies de bacilles perfringens un sérum préventif contre l'infection due à ce germe. Uni à l'émulsion de bacilles morts qui forme le Wright vaccin, le sérum antiperfringens aidera à combattre le syndrome toxiinfectieux des maladies où le bacille perfringens joue un rôle considérable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 JUIN 1910)

La fulguration (présentation de malade). — M. de Keating-Hart présente un malade autrefois atteint de cancer du plancher de la bouche, avec adénite cervicale, et sans récidive depuis près de deux ans. Ce cas est d'autant plus intéressant qu'il a été considéré il y a un an par M. Quénu, à la Société de chirurgie, comme en voie de récidive et présenté comme un échec de la fulguration.

M. Rosenthal demande sur quoi s'est appuyé M. Quénu pour croire à une récidive.

M. de Keating-Hart. Sur la présence d'une cicatrice nodulaire qui pouvait simuler un noyau de récidive, mais ces cicatrices rétractiles, dans les plaies fulgurées, se voient fréquemment.

M. Toledano demande si le nodule disparaîtra.

M. de Keating-Hart pense que ce nodule, d'ordre cicatriciel, ne devra pas disparaître.

M. Dartigues estime également que ce nodule est cicatriciel.

Présentation de clichés. — MM. Laquerrière et Delherm montrent que les écrans renforçateurs actuels ne donnent pas de flou aux images et permettent de réduire considérablement les temps de pose (un quinzième ou même peut-être moins).

Ils présentent une série de radiographies, en particulier celle d'un bassin d'enfant obtenu en un cinquième de seconde,

Traitement électrique de la subinvolution utérine, suite de couche ou d'avortement. — M. Laquerrière. Dans les cas récents, la faradisation, suivant la très ancienne technique de Tripier, forme un hémostatique de premier ordre et fait rétracter le muscle utérin sans risquer de faire de l'enchatonnement à une période plus tardive. La faradisation est encore un bon hémostatique immédiat, mais il est nécessaire, pour ramener le muscle utérin à son volume positif, de recourir au courant continu.

Emploi du sérum antirhumatismal dans la chorée de Sydenham et le rhumatisme chronique. — M. Georges Rosenthal rapporte une série d'observations de chorée et de rhumatisme chronique étudiées par M. le professeur Berlioz (de Grenoble); la chorée a été guérie dans six observations dont cinq ont présenté des accidents sériques légers. Dans les deux cas de rhumatisme chronique améliorés, il s'agissait de formes consécutives au rhumatisme articulaire aigu.

Plaie profonde de 8 centimètres de la cuisse par balle de pistolet sans perforation du vêtement immédiatement sus-jacent. — M. Dartigues rapporte ce cas produit dans un duel récent. La balle de 12 millimètres tirée à 16 mètres de distance a traversé le pantalon, mais a repoussé un maillot de soie à une profondeur de 8 centimètres en l'invaginant comme un doigt de gant. Le projectile a, sur son passage, sectionné la veine saphène interne. M. Dartigues rapproche ce cas très rare des trois faits analogues signalés par M. Larrey, chirurgien des armées de l'Empire; il a incisé tout le trajet sur une longueur de 8 centimètres et tenté avec succès la réunion par première intention.

M. Barbarin estime que les armes de duel actuelles sont comparables aux armes de combat du premier Empire, douées d'une puissance de pénétration assez faible. La balle présentée par M. Dartigues n'est nullement déformée, le maillot ne présente pas une éraillure. Il lui semble qu'on pourrait

comparer l'entrée sous la peau de ce projectile coiffé du vêtement à ce que l'on observe quand on met à l'aide d'une sonde cannelée une mèche dans un trajet fistuleux. La sonde est-elle poussée un peu brutalement, la gaze est perforée; l'est-elle avec douceur, elle entraîne la mèche. Les conditions de charge des pistolets de combat, de rayures des canons, de qualité de poudre, doivent être les facteurs du phénomène.

ANALYSES

MÉDECINE

L'air chaud en thérapeutique dermatologique. (P. RAVAUT, *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1910.) — M. Ravaut rapporte dans cet article les premiers résultats qu'il a obtenus en traitant par l'air chaud quelques affections cutanées. Il a employé l'appareil de Gaiffe portant l'air à une température oscillant entre 60 et 800 degrés. A 60 degrés l'air active la cicatrisation des plaies par l'hyperémie, à 600 ou 800 degrés il provoque des cautérisations, carbonisations et escarres plus ou moins profondes suivant la durée de l'application.

Pour opérer dans de bonnes conditions, il est préférable d'endormir le malade au chloroforme ou au bromure d'éthyle dans le cas de courte intervention. M. Ravaut a obtenu de très beaux résultats dans le traitement des nœvi vasculaires. Dans les lupus, il a associé l'air chaud et le curettage. Par la curette il pénètre dans les tissus malades et enlève les noyaux profonds; par l'air chaud il arrête l'hémorragie et cautérise les surfaces mises à nu; après la chute des escarres la cicatrisation se fait très rapidement. M. Ravaut a guéri aussi des lupus très étendus en obtenant de fort belles surfaces cicatricielles.

Par le même procédé de curettage et de projection d'air chaud, l'auteur a traité avec succès des tuberculoses et épithéliomas cutanés. Signalons enfin les résultats obtenus sur le prurit vulvaire avec lichénification par les douches d'air chaud. D'après quelques observations, il semblerait que la couperose et les chéloïdes puissent bénéficier de cette thérapeutique. M. Ravaut insiste en terminant son travail sur les connaissances anatomocliniques des lésions que doit posséder l'opérateur pour intervenir avec toute la prudence nécessaire. P. GASTINEL.

Zona thoracique chez un prématuré âgé de deux mois. (Communication à la Société des sciences médicales de Lyon. Séance du mercredi 6 avril 1910; *Lyon médical*, 1910.) — MM. PLANCHU et Robert RENDU présentent un prématuré de la Nourricerie Remond, âgé de deux mois, atteint d'un zona thoracique typique. L'affection débuta par une rougeur diffuse parsemée de papules occupant sous forme d'une bande hémicirculaire horizontale les troisième et quatrième espaces intercostaux droits. Le lendemain les papules étaient transformées en petites vésicules perlées confluentes à contenu clair puis légèrement trouble. On ne nota comme phénomènes généraux que de l'insomnie et un peu de diarrhée; il n'y eut pas de fièvre. La guérison était complète au bout d'une huitaine de jours. L'enfant n'avait présenté antérieurement aucune maladie; on n'observa pas, dans la suite, d'autres cas parmi les enfants de la Nourricerie. Le zona est une affection d'une extrême rareté chez le nourrisson : on n'en connaît actuellement que trois cas, ceux de Bohn, de Comby et de P. Fabre (de Commentry). L. GAYARD.

CHIRURGIE

Vagin artificiel par transplantation intestinale. (J. E. BALDWIN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 23 avril 1910, vol. LIV, n° 17, p. 1362-1364.) — Depuis 1904, époque à laquelle il décrivit son opération pour la première fois, Baldwin a eu l'occasion de la pratiquer avec succès sur quatre malades. En plus, il y a deux cas allemands, un de Mori et un de Müller. Le dernier a beaucoup attiré l'attention parce que l'opérateur n'était autre que le prince Louis-Ferdinand de Bavière.

La technique est la suivante. La malade étant dans la position de la taille, on introduit une sonde dans la vessie et l'index gauche dans le rectum. Puis, entre les deux, on creuse un canal assez large, jusqu'à ce que l'on trouve le péritoine. Alors on introduit dans le canal artificiel un clamp autour duquel on a enroulé de la gaze. L'hémorragie, jusque-là très minime, s'arrête complètement. Puis, laparotomie médiane, exploration des ovaires et des trompes, souvent normaux, et de l'utérus, généralement rudimentaire, sinon absent. Puis, on va chercher une anse basse de l'iléon, on en détache une longueur d'environ 30 centimètres en gardant soigneusement le mésentère et on rétablit la continuité de l'intestin. L'anse détachée du reste est saisie en son milieu à l'aide du clamp introduit dans le vagin artificiel, attirée en bas à l'intérieur de celui-ci. Puis on referme le péritoine pelvien et la paroi abdominale. Alors on remet la malade dans la position de la taille, on ouvre l'intestin au point saisi par le clamp et on suture les bords à ceux de la nouvelle vulve. Tamponnement, drainage. Un mois après, on se débarrasse de l'éperon résultant de l'accolement des deux branches de l'anse en canons de fusil.

Jusqu'à présent, les résultats ont été parfaits dans les six cas opérés. F. GARDNER.

HISTOLOGIE

Recherches sur l'évolution histologique de la glande surrénale de l'homme. (P. HUSNOT. Th. de Bordeaux, 1908; Vigot frères, édit.) — L'auteur a étudié les variations des glandes surrénales chez les enfants, les adultes et les vieillards, au point de vue macroscopique, microscopique et chimique; il a examiné aussi le développement histologique de cet organe pendant le cours de la vie fœtale. Cet important travail, illustré de 26 gravures en noir et de trois planches, ne peut naturellement être analysé en quelques lignes, nous préférons nous borner à le signaler à l'attention des histologistes. L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE

OPOTHÉRAPIE MUSCULAIRE

Le muscle est un agent opothérapique dans toute l'acception du mot. En effet, Hedin et Rowland (*Zeits. f. physiol. Chem.*, 1901, t. XXXII, p. 341-531) ont montré que le suc musculaire contenait de a et b protéases.

Vernon a montré en 1903 et 1904 que si le pouvoir erepsique de la muqueuse gastrique est représenté par le chiffre 100, celui du suc musculaire est représenté par le chiffre 20.

Le muscle contient aussi des ferments lipolitiques et amylolitiques.

Choronpoff (*Arch. de la Soc. de biol. de Saint-Pétersbourg*, 1909, vol. XIII, n° 3) a montré que le muscle contenait des substances immunisantes.

Heim (*Münch. med. Wochens.*, vol. LVI, n° 1, janv. 1909) a montré qu'en immunisant des animaux à l'égard du pneumocoque, les muscles de ces animaux devenaient extrêmement riches en antipneumococcines.

Alfred Wolff-Eisner (*Centralbl. f. Backt.*, 1 abt. origin., vol. XIV, II, 2, p. 213-237) a constaté par de nombreuses expériences que les toxines peuvent être fixées par le muscle chez différents animaux et que par conséquent les muscles peuvent jouer un rôle important dans l'immunité.

Faut-il encore rappeler les magnifiques travaux de Richet et de son collaborateur Héricourt sur le pouvoir thérapeu-

tique du suc musculaire dans la tuberculose pulmonaire. Nous en avons parlé à plusieurs reprises et il est inutile d'y revenir.

Tordens (*Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1897, p. 741) a signalé un cas de myopathie primitive traitée pendant quinze mois par l'électricité, le plasma musculaire et dans lequel il obtint une très grande amélioration.

Allard a publié en 1898 (*Revue de neurol.*, 1908, p. 707) le cas d'un garçon atteint de myopathie primitive progressive auquel il administra tous les jours du plasma musculaire pendant dix jours, puis il le laissa au repos pendant quinze jours en recommençant ensuite l'administration de suc musculaire. Il obtint ainsi une très grande amélioration.

Pietro Albertoni et Félix Rossi ont publié récemment (*Arch. f. experim. path. u. Pharmak.*, Fertchrift Schmedberg, 1908, p. 29) un travail d'ensemble sur l'action du plasma musculaire et pour l'étudier d'une façon plus précise ils ont fait leurs expériences sur des gens qui étaient soumis depuis longtemps à un régime végétarien.

Ils ont constaté que le muscle permettait une assimilation beaucoup plus parfaite de la nourriture végétale qui l'accompagne, et ils sont arrivés à penser que l'albumine musculaire possédait la propriété spécifique de favoriser les processus synthétiques qui se passent dans les parois intestinales. L'assimilation est améliorée et le poids du corps augmente.

L'administration du suc musculaire augmente la teneur du sang en hémoglobine et la chose est tout à fait frappante quand on l'administre à des anémiques ou à des chlorotiques (Mombert, in *Weyl. Hand. der Hyg.*, Iéna 1904).

C'est sur toutes ces recherches purement scientifiques, ainsi que sur un nombre considérable d'observations cliniques qu'est basée la thérapeutique par la musculosine.

La musculosine est du plasma musculaire de viande de bœuf préparé suivant une méthode spéciale et personnelle.

La musculosine est au muscle ce que le suc de presse de Büchner est à la levure. Pour augmenter ses propriétés toniques on y ajoute les catalases du plasma sanguin.

La musculosine, d'après Richet et Héricourt, Josias et Roux, Daletier, etc., est presque un spécifique contre la tuberculose à tous les degrés.

Ce médicament n'est pas seulement curatif, mais il possède à un degré extrême des propriétés préventives puisqu'ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, le muscle est très riche en substances immunisantes.

La musculosine Byla est donc un agent opothérapique des plus importants.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de physiopathologie clinique. Tome I : Fonctions de réception, absorption, circulation, élimination et élaboration de la matière, trophobiologie (1), par le docteur J. Grasset.

Ce volume est le premier d'une série de trois, qui constitueront un traité de pathologie générale; car, comme le montre M. Grasset dès les premières pages, la pathologie générale, synthèse de la médecine, étudie le fonctionnement de l'homme à l'état normal et pathologique; elle se confond donc avec la physiopathologie clinique de l'homme vivant ; mais la clinique doit être le point de départ et l'aboutissant de toute cette étude. Il est impossible d'analyser en quelques lignes cet important ouvrage ; toute la première partie est consacrée aux fonctions de réception, c'est-à-dire aux premières transformations et à l'absorption de la matière du milieu extérieur au milieu intérieur ; c'est donc l'étude de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire ; pour l'un comme pour l'autre de ces appareils, M. Grasset expose l'anatomie et l'exploration cliniques, les fonctions physiologiques et les troubles fonctionnels. Vient ensuite, dans une deuxième partie, tout ce qui concerne les fonctions de circulation, le milieu intérieur circulant ou intermédiaire, c'est-à-dire l'appareil circulatoire, le sang et la lymphe, l'hématopoièse et la lymphogenèse. En lisant la troisième partie, nous assistons à l'élaboration de la matière, c'est-à-dire à la nutrition ; la nutrition est une fonction commune à tous les tissus ; elle se différencie, se spécialise dans chaque organe et les sécrétions internes sont une des formes de cette nutrition spécialisée. L'élimination de la matière et les sécrétions externes sont étudiées dans la quatrième partie. Il serait banal de faire l'éloge de ce traité de physiopathologie clinique ; disons seulement qu'on y retrouve toutes les qualités de l'éminent maître de Montpellier, et partant une érudition impeccable avec une mise au point parfaite des questions d'actualité les plus récentes. L. GAYARD.

(1) Un vol. — Montpellier, Coulet et fils ; Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — Deux grandes formes, selon que les accidents articulaires sont *aigus* ou *chroniques.*

I. *Accidents aigus.* — Ils peuvent se localiser : α. aux articulations proprement dites ; β. aux régions périarticulaires (synoviales, tendons, bourses séreuses, muscles, nerfs, périoste) ; γ. aux viscères.

1. **Rhumatisme articulaire.** — *Siège.* — Les jointures le plus fréquemment prises sont, d'après les statistiques de Fournier : le *genou*, la tibio-tarsienne, les articulations des doigts et des orteils, la hanche. L'articulation sterno-claviculaire est souvent atteinte. D'après Fournier : 1° l'articulation du genou est, de beaucoup, la plus fréquemment prise ; 2° les grandes articulations sont plus souvent affectées que les petites ; 3° ces dernières sont assez souvent envahies, mais presque toujours secondairement ; 4° le rhumatisme est, le plus souvent, poly-articulaire.

FORMES. — A. L'HYDARTHROSE BLENNORRAGIQUE, fréquente, se localise presque toujours au genou (gonocèle de Swediaur), plus rarement à l'articulation tibio-tarsienne ou au coude ; d'habitude elle est mono-articulaire, et constitue la seule manifestation du rhumatisme blennorragique. *Elle se traduit par les mêmes symptômes que l'hydarthrose vulgaire* : début insidieux, distension de l'article par une quantité assez considérable de liquide, déformation de la jointure, tuméfaction, fluctuation, etc., indolence presque absolue, absence de réaction locale et de troubles généraux. Elle présente souvent une lenteur remarquable à se résoudre, parfois même une *tendance désespérante à la chronicité.*

B. Dans l'ARTHRALGIE, on observe des douleurs articulaires vagues, ambulantes, parfois très persistantes et rebelles aux médications les plus variées ; ces douleurs qui peuvent frapper les articulations les plus diverses (genou, poignet, épaule, métatarse, articulation temporo-maxillaire), peuvent exister soit à l'état aigu, et concomitamment avec d'autres manifestations du rhumatisme, soit à l'état chronique, dans le cours de vieilles blennorrhées, et sans autres manifes-

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 65, p. 946.

tations rhumatismales. Elles présentent ce caractère particulier que les *jointures douloureuses n'offrent rien que de normal à l'examen le plus minutieux* (Fournier).

C. Arthrite subaiguë (forme *rhumatismale* ou *arthritique* de Fournier). Dans cette forme, les accidents se *rapprochent* du rhumatisme articulaire aigu par un ensemble de symptômes :

1. *Signes locaux* : Tuméfaction modérée d'une ou plusieurs jointures, douleurs spontanées, et surtout provoquées par les mouvements, la marche, la pression, d'abord très, puis modérément intenses; coloration rosée ou normale des téguments.

2. *Signes généraux* : fièvre, état gastrique, malaise, etc.

Ils s'en *éloignent* par les caractères suivants (Fournier) :

1. *Le rhumatisme blennorragique ne se généralise pas au même degré que le rhumatisme ordinaire ;*

2. *Il est moins mobile que le rhumatisme vulgaire ;*

3. *Il n'offre pas non plus ces délitescences subites ou rapides, ni cette espèce de transport intégral d'une jointure à une autre, qu'il est assez fréquent d'observer dans le rhumatisme vulgaire*, mais aussi *il se résout plus difficilement que le rhumatisme vulgaire*, fait *capital*, et qui domine toute l'histoire du rhumatisme blennorragique ;

4. *Il ne s'accompagne qu'exceptionnellement de sueurs*, qui sont de règle, comme on sait, dans le rhumatisme vrai, *il ne détermine aucune modification urinaire, il ne rend pas le sang couenneux* comme le rhumatisme articulaire aigu ; *il ne se complique presque jamais d'accidents viscéraux* (endocardite, aortite, pleurésie, etc.).

Ces caractères, classiques depuis M. Fournier, peuvent être constatés d'habitude, mais non toujours. L'arthrite subaiguë, grave ou légère, seule ou associée à d'autres déterminations du rhumatisme blennorragique, se termine le plus souvent par la résolution simple. Elle peut aussi : α. laisser à sa suite des douleurs persistantes; β. aboutir à l'hydarthrose chronique ; γ. à l'ankylose, parfois multiple, frappant surtout les petites jointures (Brandes) ; δ. à la tumeur blanche, terminaison exceptionnelle, et que l'on n'observe guère que chez les scrofuleux. On lui rattache aujourd'hui, nous l'avons dit, un certain nombre de cas de *rhumatisme puerpéral*.

D. L'arthrite aiguë a été décrite par Duplay et Brun. Souvent précédée de phénomènes arthralgiques, elle débute brusquement, la nuit, par une douleur violente qu'accompagne bientôt une tuméfaction locale. La douleur est très vive, plus aiguë la nuit; les mouvements provoqués, la pression l'exagèrent, mais le repos absolu ne la fait pas complètement disparaître. La tuméfaction atteint et dépasse rapidement les culs-de-sac synoviaux ; elle est due à l'infiltration des tissus péri-articulaires, et aussi, en partie, au gonflement des extrémités osseuses. La peau est rouge, la température locale élevée, les mouvements du membre gênés.

Les accidents généraux sont, à très peu de choses près, les mêmes que dans les arthrites purement rhumatismales. Quelquefois, l'anémie, l'amaigrissement et la perte des forces sont assez marqués pour qu'on puisse parler de *cachexie blennorragique* (Balzer).

Arrivée à ce point, l'arthrite peut guérir ou aboutir à la destruction ; plus souvent les lésions s'accentuent, le cartilage se détruit par places, les ligaments et les parties périarticulaires s'infiltrent; des brides fibreuses se développent et limitent les mouvements de la jointure, qui s'ankylose progressivement (Gosselin et Nicaise), tandis que les muscles voisins s'atrophient. D'autres fois, après une ou plusieurs récidives, le rhumatisme passe à l'état chronique (v. plus loin).

E. Niée par les anciens auteurs, l'arthrite suppurée est exceptionnelle, mais très grave et nécessite souvent l'amputation du membre. Elle aboutit parfois à la pyohémie. Elle a été étudiée surtout par Talamon.

2. **Rhumatisme paraarticulaire.** — A. Synoviales. — Assez commun, il peut siéger sur les gaines des péroniers latéraux, des tibiaux, des extenseurs des doigts, etc., et se traduit par une tuméfaction étendue en longueur suivant le trajet du tendon affecté ; une coloration rosée des téguments ; une douleur très vive à la pression ; une série de troubles fonctionnels en rapport avec les usages du muscle. Il se termine habituellement par résolution. M. Fournier l'a vu, dans quelques cas exceptionnels, prendre l'aspect du phlegmon circonscrit. Dans ces synovites, on a parfois trouvé le gonocoque (Howitz).

B. Bourses séreuses. — L'hygroma blennorragique est *très douloureux* ; il affecte souvent les bourses rétro et souscalcanéennes, d'où la douleur des talons, si fréquente dans la blennorragie.

C. Muscles. — Le rhumatisme musculaire prend, suivant les cas, l'apparence d'un torticolis, d'un lumbago, etc.

D. Nerfs. — Fournier signale cinq cas de *sciatique* développée au cours de la blennorragie. Cette névralgie, très rebelle, récidive parfois à chaque nouvelle métrite. On a signalé aussi les névralgies crurales, la néso-abdominale, intercostale.

E. Os et périoste. — On a parfois observé, à la suite de certaines arthrites blennorragiques aiguës, des hyperostoses et des périostites (J. Besnier, Jacquet), localisées aux os de la main et du pied (*talalgie blennorragique*). (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


PIPÉRAZINE
MIDY
GRANULÉE EFFERVESCENTE
Produit défini
plus actif
que ses dérivés ou les
associations médicamenteuses
à FAIBLE TENEUR en PIPÉRAZINE
Az H (CH² - CH²)(CH² - CH²) Az H
Diéthylène-Diamine
LE SEUL LITHONTRIPTIQUE
QUI DISSOLVE
92% D'ACIDE URIQUE
Comme préventif : 3 mesures par jour
10 jours par mois
chaque mesure = 0.20 ctg Pip. pure
Crises aiguës : 4 à 6
Prix : 5 fr. - La vente de la PIPÉRAZINE MIDY
assure aux pharmaciens un bénéfice obligatoire.
Échantillons : Phie MIDY 140, Faub. St-Honoré, PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 1 FRANC *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Les abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 15 juin (soir). — MM. Josué (Paris) : « Abcès du foie »; note : 18; — Gougerot (Paris) : « Splénomégalie »; note : 20; — Bonamour (Lyon) : « Paralysie radiale »; note : 16.

Séance du 16 juin (matin). — MM. Boidin (Paris) : « Pleurésie sèche »; note : 17; — Gaujoux (Montpellier et Lille) : « Le foie dans le paludisme »; note : 15.

Séance du 16 juin (soir). — MM. Philibert (Paris) : « Endocardites ulcéreuses »; note : 15; — Cade (Lyon); note : 18; — Garnier (Paris) : « Les contractures »; note : 18.

Séance du 17 juin (matin). — MM. Le Fur (Paris) : « Symptômes moteurs de la paralysie générale »; note : 7; — Minet (Lille) : « La sclérodermie »; note : 18.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve de titres.* — Deuxième séance du 15 juin. — MM. Rabère, 13 × 2 = 26; Barthélemy, 15 1/2 × 2 = 31; Dambrin, 17 × 2 = 34; Duroux, 12 1/2 × 2 = 25; Chevrier, 18 × 2 = 36; Lardennois, 17 1/2 × 2 = 35; Charrier, 11 × 2 = 22.

Première séance du 16 juin. — MM. Leriche, 19 × 2 = 38; Lefèvre, 13 1/2 × 2 = 27; Michel, 13 × 2 = 26; Tavernier, 16 × 2 = 32; Muller, 13 1/2 × 2 = 27; Colle, 16 × 2 = 32; Uteau, 16 × 2 = 32.

— SECTION DE PHYSIOLOGIE. — Sont déclarés admissibles : MM. Busquet, Camus, Jeandelize et Pozerski.

— SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 14 juin (matin). — MM. Ségall (Paris) : « Anatomie pathologique des tumeurs du médiastin, à l'exception des anévrismes de l'aorte »; note : 8; — Ameuille (Paris) : « Anatomie pathologique des formes épithéliales du cancer du sein »; note : 16.

Epreuve de titres. — Ordre de passage : MM. Pierre Nadal, Roussy, Aubertin, Lefas, Géraudel, Gougerot, Ameuille et Ségall.

Epreuve de titres. — Séance du 16 juin. — MM. Nadal, 12 × 2 = 24; Roussy, 19 × 2 = 38; Aubertin, 19 × 2 = 38; Lejas, 18 × 2 = 36; Géraudel, 17 1/2 × 2 = 35.

— SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — *Epreuve de trois quarts d'heure.* — Séance du 16 juin. — MM. Lafond, 10; Devraigne, 17.

— SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Ordre de passage : MM. Latarget, Aubaret, Descomps, Piquand, Garnier, Looten, Grégoire, Lucien, Debeyre, Rouvière.

Première séance du 17 juin. — MM. Latarget, 16; Aubaret, 14.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — Jury : M. Gariel, président; MM. Doumer, Lecœur, Bergonié et Morax.

Candidats : MM. Bernardin et Jaubert.

— SECTION DE MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACODYNAMIE. — *Epreuve de titres.* — Séance du 15 juin. — MM. Schmitt, 16 × 2 = 32; Tiffeneau, 18 × 2 = 36.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 15 juin. — MM. Lortat-Jacob, 19; Coyon, 20.

Séance du 16 juin. — MM. Grenet, 16; Ribierre, 20.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Coyon, Clerc et Ribierre.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 15 juin. — MM. Gasne et Muret, 25; Bréchot, 24.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Weber, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie, est nommé, sur sa demande, professeur d'anatomie.

— LILLE. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. le docteur D. Augier.

— NANCY. — M. Schmitt, professeur de thérapeutique et matière médicale, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1910, professeur de clinique médicale.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE. — La dix-neuvième séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 21 juin 1910, à quatre heures

précises, au palais des sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence d'honneur de M. le docteur Huchard, membre de l'Académie de médecine.

ORDRE DU JOUR. — 1° Compte rendu de la situation morale et financière de la Société; 2° allocution de M. le docteur Jules Voisin, président de la Société; 3° allocution de M. le docteur Huchard; 4° communications et lectures; présentation de malades.

QUESTION GÉNÉRALE MISE A L'ORDRE DU JOUR. — *La psychothérapie préventive : prophylaxie des névroses, des psychopathies, de l'alcoolisme, des toxicomanies, etc.*

M. le docteur Jules Voisin : La prophylaxie de l'affaiblissement intellectuel des épileptiques.

M. le docteur Bérillon : La psychothérapie préventive par l'éducation du caractère; — Rôle de la peur dans la pathogénie des névroses.

M. le docteur Paul Magnin : La prophylaxie des névroses et des psychonévroses.

M. le docteur Paul Farez : La prophylaxie des gastropathies.

M. le docteur Beni-Barde : Concours réciproque de l'hydrothérapie et de la psychothérapie dans le traitement des psycho-névroses.

M. le docteur Hurtrel (d'Amiens) : Troubles graves de la grande hystérie traitée avec succès par la suggestion hypnotique; — Influence de la suggestion hypnotique sur le caractère du sujet.

M. le docteur Preda (de Bukarest) : Interprétation des troubles du sommeil basés sur la pathogénie.

M. le docteur Oscar Jennings (du Vésinet) : L'emploi de l'hypnotisme contre les récidives de l'alcoolisme.

M. Quinque, directeur de l'Etablissement médico-pédagogique de Créteil : Résultats de la psychotérapie graphique dans la rééducation des instables.

M. le docteur Lemesle (de Loches) : Influence de la lumière bleue dans le traitement des névroses.

M. le docteur Witry (de Metz) : Les lois d'assistance et d'assurance sociale envisagées comme causes d'affaiblissement de l'énergie individuelle.

M. le docteur Luigi Cesari (de Rome) : Analogies de certains états de l'hypnose avec les psychopathies.

M. le docteur Bony : La psychothérapie de la douleur.

M. le docteur A. Maurice : L'attention auditive : son éducation chez l'enfant.

M. Guilhermet, avocat à la Cour d'appel : La prophylaxie sociale des crimes et des délits.

M. Gosset : Contribution à la rééducation de la parole chez les bègues.

M. le docteur Demonchy : Les obstacles à la psychothérapie préventive.

M. le docteur Bévalot : Mélancolie traitée avec succès par la suggestion hypnotique.

Etc., etc.

BANQUET DE LA SOCIÉTÉ. — Le bureau de la Société adresse à tous nos collègues et en particulier à ceux de l'étranger et de province, l'invitation de contribuer à la solennité de la séance annuelle. — Après la séance, le banquet annuel aura lieu sous la présidence de M. Lucet, assistant au muséum, membre de l'Académie de médecine, à sept heures et demie, au restaurant du palais des Sociétés savantes, 8, rue Danton. Prix 8 fr. ; tenue de ville.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Les membres de la Société sont invités à prendre bonne note que la date de la séance annuelle est fixée au mardi 21 juin, à quatre heuses très précises.

Nos collègues sont invités à adresser, dès à présent, les titres de leurs communications et leur adhésion au banquet au docteur Bérillon, secrétaire général, 4, rue Castellane.

RENSEIGNEMENTS

REMPLACEMENT. — Un étudiant en médecine, seize inscriptions demande remplacement à Paris en ce moment, ou n'importe où pour le mois de septembre.

Ecrire : G. B., bureaux du journal.

CORRESPONDANCE

Paris, le 13 juin 1910.

Monsieur le directeur,

La *Gazette des hôpitaux* a publié un arrêté par lequel je suis rayé de la liste des candidats à l'agrégation en médecine. Cet arrêté est basé sur le motif que, dans le cours de ma leçon, je me serais livré à des digressions dites inconvenantes.

Ne voulant pas laisser vos lecteurs sous l'impression que j'aurais commis quelque manquement aux règles de la civilité puérile et honnête, je vous serais reconnaissant de vouloir bien porter à leur connaissance la réponse suivante :

1° En entrant dans l'amphithéâtre, bien que mes yeux eussent été éblouis par l'éclat des neuf robes de soie rouge des membres du jury, je me suis incliné avec respect devant celle du président.

2° De nombreux auditeurs, parmi lesquels se trouvent des médecins de haute notoriété, sont prêts à m'apporter le témoignage que je me suis servi de termes extrêmement mesurés. La présence dans l'amphithéâtre d'un commissaire de police, d'un officier de paix et de cent cinquante gardes républicains est un sûr garant que la moindre infraction à l'une des lois ou coutumes qui régissent notre pays eût éte immédiatement réprimée.

Je n'ai qu'à me louer d'ailleurs de ces auditeurs inespérés. Aucun d'eux n'a à aucun moment manifesté son ennui par des bâillements ou par une tendance invincible au sommeil.

Je les remercie, au contraire, de m'avoir suivi dans tous les développements de ma leçon, qui sera d'ailleurs publiée *in extenso*, avec un intérêt plutôt sympathique.

3° Le fait de m'avoir retiré la parole a été considéré par beaucoup de bons esprits, comme un acte de nervosité, capable de justifier un recours devant le conseil d'Etat. L'arrêté, et sur ce point j'en appelle à la sagacité de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, ne diminuerait en aucune façon la valeur de ce recours.

En résumé, le plus grand reproche qu'on puisse m'adresser, c'est d'avoir dès 1894, au Congrès de l'enseignement supérieur de Lyon, exposé les vices et les tares du concours d'agrégation en médecine, d'avoir démontré son absurdité et son inutilité.

On me reproche également de ne pas professer une vénération assez profonde pour des institutions archaïques et de ne pas prendre au sérieux le simulacre de concours, dit de l'agrégation. Je l'avoue, je partage ces travers avec la grande majorité des membres du corps médical et, comme eux, je prévois la prochaine séparation de la médecine et de l'Etat.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr BÉRILLON,
Professeur à l'Ecole de psychologie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de vacances à prix réduits (1re, 2e et 3e classes)*, délivrés du 15 juin au 15 septembre, aux familles d'au moins trois personnes. Validité jusqu'au 5 novembre 1910.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix. — Les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Des billets de même nature sont délivrés de toutes gares de l'Est, du Nord et de P.-L.-M., pour toutes les gares de chacun de ces réseaux.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ÉBERTHÉMIE

Par Victor AUDIBERT,
Professeur à l'Ecole de médecine, Médecin des hôpitaux (de Marseille).

Il existe en pathologie éberthienne une loi qui fut longtemps acceptée à l'instar d'un dogme, et qui peut se formuler ainsi : « Dans la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth est absent de la circulation générale et n'y apparaît qu'exceptionnellement. » C'est la loi de Wyssokowitch, à ce point respectée, que la généralité des auteurs se sont inclinés devant son autorité. Nous lisons, en effet, dans les classiques, des phrases telles que les suivantes :

« Sur le vivant, la présence du bacille typhique n'est constatée qu'exceptionnellement dans le sang de la circulation générale. » (Chantemesse. *Traité de médecine* Bouchard-Brissaud.)

« Le bacille de la fièvre typhoïde qui se rencontre d'une façon tout à fait exceptionnelle dans le sang de la circulation générale. » (Roger. *Maladies infectieuses*, 1902.)

« La recherche dans le sang a donné des résultats constamment négatifs. » (Legry. *Manuel de médecine* Debove et Achard.)

« Le bacille de la fièvre typhoïde ne paraît se trouver que rarement et alors temporairement ou accidentellement dans le sang. Les ensemencements, même d'une goutte de sang, sont presque toujours négatifs et ceci, aussi bien sur le vivant qu'à l'autopsie. » (Massé. *Traité de bactériologie*.)

« Jamais le bacille n'existe dans le sang du vivant pas plus que dans le sang du cadavre. » (Thoinot et Masselin. *Précis de microbie*, 1902.)

Sont-ce là des vérités qu'il faut accepter sans contrôle, ou bien toutes ces affirmations sont-elles erronées? C'est ce que nous allons voir.

Comment s'est établie la notion de l'absence d'éberthémie? — Les savants qui, après la découverte du germe typhique, s'acharnèrent à l'étude du bacille, n'arrivèrent que très rarement, à déceler celui-ci dans le sang. Gafky un des premiers, en 1885, ne l'y rencontra jamais; Fraenkel et Simmond, la même année, sur six tentatives, n'eurent qu'un résultat positif; Ebermaier, en 1899, eut un seul succès; Etlinger, en 1894, échoua neuf fois sur dix; Kühmann, en 1897, sur une échelle beaucoup plus vaste fut déçu 30 fois sur 41. Chantemesse et Widal, Vagny, Neuhauss, Jaksh, Scholz et Krause, tous, furent, successivement, logés à la même enseigne.

Wyssokowitch intervint alors : il ne retrouva pas le bacille typhique après l'avoir injecté dans les veines du lapin. Ayant ainsi donné à l'opinion générale une base scientifique, il n'hésita pas à édicter cette fameuse loi qui porte son nom.

Et, cependant, certains faits semblaient, a priori, plaider contre de pareilles allégations. En 1886, Neuhauss, en 1895, Neufeld, en 1899, Curschmann et Rumpf, n'avaient-ils pas décelé d'une façon constante le bacille d'Eberth dans les efflorescences cutanées de taches rosées? Bouchard, Seitz, Berlioz, Neumann, Enriquez, Pretruski, Richardson, n'avaient-ils pas noté la présence fréquente du germe pathogène dans les urines des typhiques? Enfin, n'avait-on pas constaté l'éberth dans des foyers profonds de suppurations osseuses, testiculaires, etc.? Cette triade de recherches positives devait, semble-t-il, posséder une grande valeur, et faire considérer (a priori, je le répète) comme très probable le passage du bacille d'Eberth dans le torrent circulatoire. En conséquence, n'a-t-il pas fallu un certain esprit de paradoxe pour généraliser les faits négatifs et se rallier, sans arrière-pensée, à la loi de Wyssokowitch?

Il fallait pourtant que quelqu'un fût dans l'erreur. Or, les réactions biologiques ne sont pas trompeuses; l'organisme ne saurait mentir quand il extériorise ses sensations ou qu'il objective ses modes réactionnels. C'est le médecin qui fait fausse route lorsque bon gré mal gré il s'érige en doctrinaire et veut prononcer, ex cathedra, une formule d'infaillibilité.

On constatait la bactériurie, l'éberth dans le pus et dans les taches rosées! Aucune erreur ni discussion possible : le germe ne pouvant venir d'ailleurs que du sang, l'éberthémie existait donc, et toutes les négations des auteurs ne devaient, apparemment, souligner qu'une erreur d'interprétation.

Effectivement, un vice de technique dans la pratique de l'hémoculture permet d'expliquer les multiples insuccès. Tous les chercheurs se sont contentés d'ensemencer des quantités de sang très faibles : 1 centimètre cube en général, ou bien, lorsqu'ils se sont laissés aller à augmenter les doses de sang, la quantité de bouillon n'était pas assez copieuse. Donc, tantôt pas assez de sang, et tantôt trop peu de bouillon.

Or, la quantité de sang présente son importance. Il est bien évident, que, dans certains cas, la bactériémie n'est pas très intense, et qu'une goutte de sang est tout à fait insuffisante pour en donner la preuve. Cette remarque, du reste, n'est pas particulière à l'éberth. Lorsqu'il s'est agi de démontrer la spécificité bacillaire d'un épanchement pleural dit a frigore, on ne put réaliser la septicémie tuberculeuse chez le cobaye que le jour où l'idée vint d'inoculer cet animal avec des doses massives de sérosité.

De même, la quantité du bouillon est à considérer. Le sérum des typhiques fabrique des antitoxines qui neutralisent le développement des bacilles d'Eberth dans les cultures où elles se rencontrent. Si donc, on veut essayer un échantillon de sang plus copieux, sur une quantité de bouillon minime, on risque fort d'échouer. Et c'est ce qui arriva. Les résultats positifs furent si rares qu'on se crut permis de déduire du particulier au général; ainsi s'établit cette légende que l'éberthémie est chose rare au cours des états typhiques.

Nous allons voir, au contraire, qu'elle est des plus fréquentes mais qu'elle n'apparut telle, que le jour où l'on eut trouvé une formule d'expérimentation précise, c'est-à-dire un procédé permettant d'utiliser

(1) Reproduction interdite.

une quantité de sang assez grande pour avoir des chances de rencontrer le bacille, dans une quantité de bouillon suffisante pour que les antitoxines du sérum n'entravassent pas la culture. Ces deux conditions étaient essentielles; elles ont été remplies.

TECHNIQUE DE L'HÉMOCULTURE ÉBERTHIENNE. — Partant de ces principes fondamentaux, Schottmüller, en 1900, indiqua, le premier, une technique qui lui permit de déceler *40 fois sur 50* le bacille d'Eberth dans le sang. Il prélevait une quantité assez grande de liquide hématique, 15 à 20 centimètres cubes qu'il répartissait dans une série de boîtes de Petri.

Castellani, après lui, employa, par contre, des ballons de culture de 300 centimètres cubes, et sa méthode fut adoptée bientôt par la généralité des auteurs : Auerbach et Unger, Neufeld, Widenmann, en Allemagne; Coles, Hewlet, en Amérique.

Busquet est le premier auteur français qui, en 1902, publia dans la *Presse médicale* un remarquable travail sur la question de l'éberthémie. Il en revient à la méthode de Shottmüller : prélèvement de quelques centimètres cubes de sang qu'il répartit dans 20 ou 30 ballons, à raison de III ou IV gouttes par ballon. Ce procédé a l'inconvénient d'utiliser des quantités trop faibles de sang et de demander plusieurs ensemencements.

C'est pourquoi, la même année, Courmond et Lesieur, conseillent le retour à la manière de Castellani. Ces auteurs ont, définitivement, fixé le procédé expérimental. Voici :

1° On fait, après aseptie minutieuse, une prise de sang, au pli du coude, avec une seringue de 5 centimètres cubes, stérilisée à l'autoclave.

2° On ensemence immédiatement 2 à 3 centimètres cubes de ce sang dans 250 centimètres cubes de bouillon de bœuf, salé, peptoné et neutralisé.

3° On place à l'étuve, de suite, à 37 degrés.

Les cultures se développent rapidement, mais, sont au maximum, vers le deuxième jour. Il faut, cependant, examiner quelquefois le mélange pendant une huitaine de jours, pour s'assurer qu'il est ou non stérile. Dans l'affirmative, une goutte du dépôt, puisé au fond du ballon, examiné sans coloration, montre des bacilles, soit, mobiles et isolés, soit, en amas, agglutinés.

Le bouillon peptoné étant, relativement coûteux, et long à préparer (car il en faut des quantités assez grandes), Lemierre conseille, dans sa thèse (1904), de se servir, tout simplement, d'eau peptonée dont il donne la formule :

Peptone..........	20 grammes.
NaCl............	5 —
Eau..............	1000 centimètres cubes.

On fait chauffer ce mélange pendant quelques minutes pour dissoudre la peptone et neutraliser ; on répartit, ensuite, en ballons qu'on stérilise à l'autoclave.

En 1903, Sacquepée et Perquis ont décrit un procédé qui consiste à défibriner, préalablement, le sang et à le répartir, à raison de X à XXX gouttes dans de petits ballons contenant 100 centimètres cubes de milieu de culture. Il ne s'agit là que d'une variante.

Enfin, en Allemagne, on utilise le procédé de Krayser, et l'on se sert pour la culture de l'éberth de sa *Typhusgallenrohre*, mélange de bile dans du bouillon. Conradi ajouta à ce milieu biliaire 10 p. 100 de peptone, et Dunschmann, tout récemment, a fabriqué un mélange : bouillon, peptone et taurocholate de soude.

Ce procédé de Krayser a, paraît-il, donné les meilleurs résultats, le bacille d'Eberth affectionnant tout particulièrement les milieux biliaires. Il a de plus l'avantage sur les autres de n'exiger que de petites quantités de culture, à peine 5 centimètres cubes ensemencés avec 2 à 3 centimètres cubes de sang.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX. — Il est à croire que ces divers procédés sont tous bons, puisqu'avec des méthodes variées, les résultats obtenus sont sensiblement pareils. En effet :

En 1900	Shottmüller obtient	40 cas	sur 50
—	Castellani —	12 —	— 14
—	Huerbach et Umger...	7 —	— 10
En 1901	Coles..............	11 —	— 15
—	Hewlet.............	20 —	— 24
—	Busquet............	38 —	— 38
—	Courmont et Lesieur.	9 —	— 9
En 1902	Widal..............	17 —	— 20
En 1903	Sacquepée et Perquis.	32 —	— 34
—	Rodhain............	7 —	— 7
—	Ruediger...........	20 —	— 30
—	Guido Rata.........	12 —	— 12
En 1904	Lemierre...........	77 —	— 85

Soit au total, 302 cas positifs sur 348 examens, ce qui donne au pourcentage 86 p. 100 environ.

Dans les états éberthiens, la bacillémie existe donc 86 fois sur 100. Nous sommes loin du dogme de Wyssokowitch et il semble, au contraire, permis de conclure avec Lemierre, que, bien que le nombre des microbes circulant soit peu considérable, « la fièvre typhoïde peut être considérée à juste titre, comme la plus septicémique des maladies infectieuses, comme la septicémie par excellence ».

Date d'apparition et durée. — Le bacille d'Eberth fait son apparition dans le sang d'une façon extrêmement précoce. C'est là un point universellement acquis. Chaque fois qu'il a été permis d'assister au début d'une dothiénentérie l'hémoculture s'est montrée positive. C'est ainsi qu'au cours des travaux poursuivis en Allemagne dans les stations bactériologiques établies pour la lutte contre la fièvre typhoïde, on a décelé la présence du bacille d'Eberth dans le sang plusieurs jours avant le début clinique de l'affection.

En 1907, Conradi a, du reste, parfaitement montré que le germe pathogène existe dans le sang à la période d'incubation, et la plupart des auteurs l'ont rencontré au deuxième, troisième, quatrième jour.

Ces constatations sont, évidemment, assez rares, parce qu'il n'est pas fréquent, à l'hôpital, d'assister aux préliminaires d'une fièvre typhoïde et que les

recherches expérimentales ne sont pas de règle en clientèle, elles n'en existent pas moins; n'y aurait-il qu'une observation probante, le procès serait jugé. Qui ne comprend, en effet, toute l'importance de ce signe : l'éberthémie avant tout symptôme clinique; quand on le rapproche de cet autre bien mis en évidence tout récemment (1909) par Foster et Krayser et par Conradi : absence complète du bacille d'Eberth dans les fèces à cette période de la maladie; de cet autre encore, noté dans quelques rares, mais significatives autopsies : intégrité des plaques de Peyer, au début de la dothiénentérie.

Donc le bacille d'Eberth est présent dans le sang au début de la dothiénentérie. Mais les expériences ont surtout porté sur la période d'invasion.

Dans la première semaine de la fièvre typhoïde, le bacille est rencontré constamment. L'accord est unanime.

Dans la deuxième semaine, le bacille est encore très fréquemment présent dans le torrent circulatoire; on l'y trouve d'autant plus sûrement que le cas est plus sérieux. Krayser l'a noté 81 fois sur 100; Stuhlern 61 fois sur 100, et tous les auteurs ont fait la même remarque.

Dans la troisième semaine, enfin, les bacilles se font plus rares. Ils diminuent en général de nombre quand la température commence à osciller, pour disparaître vers le vingt et unième ou vingt-cinquième jour.

A ce moment, ils sont vraisemblablement détruits au niveau de la rate, de la moelle osseuse et des ganglions.

Cependant, l'éberth ne disparaît pas, fatalement, du sang dans le troisième septenaire; on l'a vu persister quelquefois fort longtemps pendant la convalescence et même après. Gennari, en 1907, obtint huit cultures positives du quatrième au quatorzième jour après la défervescence. Lesieur, en 1908, fit des prises de sang chez trente-trois sujets convalescents de quatre à six semaines après l'apyrexie. Il eut six résultats positifs, soit 18 p. 100. Cet auteur insista sur certains caractères un peu spéciaux qu'il a notés dans trois cas. D'abord lenteur du développement des cultures; celles-ci avaient paru négatives pendant six, huit et dix jours; ce fut seulement, après qu'elles eurent été agitées fréquemment ou réensemencées plusieurs fois, qu'elles finirent par se troubler de façon notable. De plus, les bacilles se montrèrent petits, trapus, immobiles, agglomérés, enrobés de travées fibrineuses; on devinait des bacilles en état de souffrance, en voie de disparition. Ce n'est qu'après plusieurs réensemencements qu'ils récupérèrent tous leurs caractères cliniques.

Au moment des rechutes on retrouve encore l'éberthémie; celle-ci, absente depuis plusieurs jours, fait sa réapparition à ce moment. Il s'agirait donc d'un moyen de diagnostic assez précis permettant de différencier la rechute d'un état secondaire surajouté. Toutefois cette bactériémie n'existe pas d'une façon systématique suivant Sacquepée et Perquis, ce qui semblerait démontrer que, si les bacilles sont présents dans le sang, ils s'y trouvent en très petite quantité.

L'éberthémie suivant les formes. — Ce que nous venons de dire laisse déjà prévoir la fréquence avec laquelle on rencontrera le bacille suivant l'intensité de la forme clinique. Il doit exister, a priori, un rapport direct entre la gravité de la maladie et la richesse du sang en germes pathogènes.

Les résultats expérimentaux confirment, en effet, cette proposition. Une des statistiques les plus importantes parmi les plus récentes, celle du service de Foster à la clinique de Strasbourg (donnée par Blum en 1907), démontre que :

a. Dans les formes graves, le bacille est rencontré dans le sang 100 fois sur 100.

b. Dans les formes moyennes, le bacille se rencontre chez les trois quarts des malades, soit 72 p. 100.

c. Dans les formes légères, le bacille ne se rencontre plus que dans la moitié des cas, soit 50 p. 100.

Voilà pour le premier septenaire.

Plus tard, dans la deuxième et la troisième semaines les chiffres varient un peu.

a. Dans les formes graves, le bacille se rencontre 81 fois sur 100.

b. Dans les formes moyennes et légères, la fréquence est de plus en plus rare, un cas positif sur 18, soit 6 p. 100 seulement.

c. Dans les formes ébauchées, d'une durée de un à deux jours à peine, « la constatation du bacille dans le sang dépend d'un pur hasard ».

En 1903, Sacquepée et Perquis avaient déjà formulé la même conclusion : « Le nombre des bacilles en circulation, disaient-ils, est généralement en rapport avec la gravité de la maladie et s'élève avec elle, sans apporter aucune indication pour le pronostic. »

Antérieurement encore Widal, dans 20 cas moyens ou graves, avait obtenu 17 fois un résultat positif; par contre dans 5 formes légères où le sang agglutinait au 1/50, au 1/100, au 1/200, au 1/400, le résultat fut négatif.

Est-ce à dire que dans les formes légères, il n'existe pas d'éberthémie? Ce serait, ce nous semble, être trop affirmatif. Deux raisons justifient la rareté de la bacillémie dans ces cas; d'abord, le petit nombre des bacilles circulant au cours d'une dothiénenthérie, même dans les formes graves, nombre qui se trouve très réduit dans les cas légers; ensuite, l'impossibilité dans laquelle on se trouve, par suite des anticorps qui se forment dans le sérum, d'utiliser des doses de sang très considérables. Un ensemencement de 5 ou 10 centimètres cubes de sang, par exemple, suffisant pour les formes moyennes ou graves, ne l'est peut-être plus pour les formes légères. L'éberthémie peut donc échapper complètement à nos moyens d'investigation, et n'en exister pas moins pour cela.

Du reste, il serait puéril de généraliser dans une pareille matière. Lemierre n'a-t-il pas parfaitement démontré que « dans bon nombre de cas bénins, le bacille d'Eberth s'est développé copieusement dans tous les ballons » ?

Ces faits, en apparence contradictoires, s'expliquent par l'ignorance où nous sommes de savoir exactement d'après la forme de la maladie, quel est le

degré de l'éberthémie. Il n'y a en effet aucune règle fixe. Lemierre nous raconte dans sa LXXIIe observation, qu'un homme de cinquante-quatre ans fait une fièvre typhoïde grave; au septième jour 10 centimètres cubes de sang sont répartis dans onze petits ballons contenant chacun 100 centimètres cubes d'eau peptonée. Dans deux seulement, le bacille d'Eberth a poussé. Donc, l'abondance des germes dans le sang n'est pas exactement en rapport avec la gravité de la maladie.

De plus, le nombre des microbes peut varier d'un jour à l'autre; ainsi dans l'observation LXXX du même auteur, il s'agissait d'une typhoïde sérieuse. Un premier ensemencement de 20 centimètres cubes resta sans résultat. Deux jours après nouvel ensemencement positif.

En résumé, on peut dire que l'éberthémie existe presque infailliblement dans les formes sérieuses de la fièvre typhoïde : on la rencontre moins fréquemment dans les formes légères, sans cependant pouvoir affirmer dans les cas négatifs qu'elle n'existe pas, ou n'a existé à aucun moment, puisque même dans les formes graves, cette bacillémie est plus ou moins intense. Très marquée dans le premier septenaire, elle est moins nette dans le second, et s'efface vers le vingt ou vingt-cinquième jour, sans qu'il y ait cependant une règle absolue.

Associations microbiennes. — S'il n'est pas rare de ne rien constater dans le sang des typhiques, il arrive, par contre, d'y rencontrer quelquefois plus que de l'éberth. Celui-ci se trouve alors en compagnie d'autres germes, et des plus différents.

En 1892, déjà, Vincent avait noté le streptocoque et l'éberth dans un état typhique particulièrement grave. Mais c'est Busquet qui a, le plus souvent, observé ces associations microbiennes dans la dothiénenthérie : 11 fois sur 38 il a trouvé un autre microbe associé au bacille typhique; 3 fois du pneumocoque ; 4 fois du streptocoque; 3 fois du staphylocoque; 1 fois un diplocoque indéterminé.

Lemierre a isolé le staphylocoque doré en association avec l'éberth. Dans un cas où l'agglutination était positive à 1/500, il n'a poussé que du colibacille et un streptocoque. Dans une autre observation, il existait encore un colibacille sans éberth : il s'agissait cependant d'une véritable fièvre typhoïde, avec séro-réaction positive à 1/300 et absence d'agglutination vis-à-vis du microbe isolé du sang. L'auteur pense que dans ces deux cas il devait certainement exister de l'éberthémie, mais que « le colibacille se développant plus rapidement et plus abondamment dans le ballon, a, sans doute, étouffé le bacille d'Eberth ».

La présence de ces germes étrangers a-t-elle une influence sur le tableau clinique et la marche de la maladie éberthienne? Le petit nombre des cas observés n'autorise pas une réponse définitive; cependant remarquons que les malades de Lemierre, porteurs de colibacilles, n'ont rien présenté de particulier, que son malade porteur de staphylocoque doré mourut après avoir réalisé une pyohémie avec embolies microbiennes cutanées et ictère.

Voici enfin les constatations faites par Busquet : les trois cas à pneumocoque réalisèrent une pneumotyphie; le cas à streptocoque réalisa une forme bilieuse; les trois cas à streptocoque réalisèrent des typhoïdes graves; les trois cas à staphylocoque réalisèrent des formes moyennes; le cas à diplocoque indéterminé réalisa une forme très irrégulière.

De nouvelles et intéressantes recherches s'imposent donc qui permettront peut-être de fixer l'évolution particulière et les complications de certains types éberthiens. Il faut retenir simplement, qu'au cours des états typhiques le torrent circulatoire peut charrier non seulement de l'éberth, mais des germes variés, le plus souvent, le streptocoque et le colibacille.

Cette association fréquente de l'éberth avec d'autres germes impose l'obligation d'un diagnostic précis de l'agent pathogène. Il s'agit de le différencier des bacilles similaires qui, cliniquement, produisent des affections superposables à la fièvre typhoïde. Je veux parler, avant tous, de ceux qu'Achard et Bensaude ont nommés les parathyphiques.

Différenciation entre l'éberth et les autres germes similaires. — On peut différencier l'éberth du coli grâce au procédé de Drigalski-Conradi. Ces deux auteurs allemands sont parvenus à composer un milieu gélosé contenant de la peptone, de la nutrose, de la lactose, de la teinture de tournesol alcalinisée et du krystal violet O. Les colibacilles transforment le sucre du lait, et donnent, grâce à la teinture de tournesol, des colonies rouges. L'éberth, au contraire, n'attaque pas le sucre, se nourrit de produits azotés, et fournit des dérivés alcalins qui ne modifient pas la coloration violette du milieu. Enfin le krystal violet n'empêche pas le développement de l'éberth et du coli; il a été incorporé au mélange pour gêner celui des autres germes, en particulier des germes de l'air, quand le procédé Drigalski-Conradi est utilisé pour l'analyse des fèces. Cette méthode dont Netter disait, dans la *Revue d'hygiène* (1904), « qu'il avait personnellement contrôlé la précision et la facilité », est d'une exactitude remarquable : colonies violettes et colonies rouges apparaissent côte à côte parfaitement distinctes, permettant de différencier très exactement l'éberth du colibacille.

La septicémie paratyphique se fait de plus en plus fréquente, à mesure que l'attention se fixe sur elle et que les recherches se précisent. Depuis 1896, époque à laquelle Achard et Bensaude ont décrit les paratyphoïdes, Gwyn (1898) isola du sang dans un état à allure grave, un bacille ressemblant à l'éberth mais n'étant pas l'éberth : Schottmüller (1899) sur 68 typhiques obtint 6 fois du paratyphique; c'est cet auteur qui distingua les deux types A et B acceptés depuis, par tous les chercheurs, le premier, très voisin de l'éberth, le second, proche du colibacille; Moutier (1906) a publié un cas occasionné par un bacille voisin du coli; Brault et Farcy (1908) citent une infection mortelle causée par un germe intermédiaire au paratyphique A et au bacille d'Eberth; Roger et Bory (1909) signalent une septicémie à bacille Eberth-Gartner.

Donc, la bacillémie paratyphique existe, cliniquement; le diagnostic repose tout entier sur la bactériologie. Voici quelques caractères permettant de reconnaître les paratyphiques. Comme les colibacilles et l'éberth, les paratyphiques sont des bâtonnets mobiles et ne prenant pas le gram. Ils diffèrent du colibacille en ce qu'ils ne produisent pas d'indol et ne coagulent pas le lait. Ils diffèrent de l'Eberth par les caractères de leurs cultures : ils rendent, en effet, fluorescent l'agar rouge neutre et l'éclaircissent; sur gélatine leurs colonies sont rondes, brillantes, irrégulières et ne dessinent pas des sillons rectilignes. Enfin en milieu de Drigalski-Conradi les colonies sont bleutées comme celles du bacille d'Eberth, mais plus grosses et moins transparentes.

L'éberthémie expérimentale. — Depuis le jour où Coze et Feltz découvrirent le bacille d'Eberth, nombreux ont été les chercheurs qui s'essayèrent à réaliser la fièvre typhoïde expérimentale. Galky le premier en 1884 ouvre la série des travaux qui se succèdent sans interruption jusqu'à nos jours : Frænkel et Simmonds en 1884, Seitz en 1886, plus tard Sirotinin, Beumer et Peiper, Kitasato et Wassermann, Chantemesse et Widal en 1887-1888, Walter Cygnæus en 1890, reproduisent tour à tour des états typhiques qui ne réalisent pas la fièvre typhoïde, mais une toxhémie analogue à celle que constatait en 1885 Brieger par injection de toxines pures, *typhotoxines*, à savoir : faiblesse excessive, diminution progressive de la respiration et des battements du cœur, diarrhée séreuse très abondante, mort en douze à quarante-huit heures. On peut même dire que c'est par comparaison entre ces résultats et ceux des auteurs précédents qu'on était arrivé à dénier au bacille d'Eberth un rôle quelconque dans le processus de mort. On réalisait, prétendait-on, non pas une infection typhoïde, mais une simple toxhémie. Or, Walter Cygnæus démontra qu'il n'en était rien, que l'Eberth se rencontrait non seulement dans le sang (où il faut l'avouer on le constatait rarement) mais dans la muqueuse de l'intestin, dans les plaques de Peyer, la rate et les ganglions mésentériques. Il s'agissait donc bien d'une infection et non d'une simple toxhémie.

Chantemesse et Widal confirmèrent ces résultats, constatèrent également l'éberthémie très rapide qui se produit après injection, et amenèrent la mort de souris blanches avec un seul centimètre cube de bouillon de culture. La souris blanche meurt également par toxhémie expérimentale pure, mais il faut dans ce cas une quantité de toxines plus considérable que précédemment. Donc, le bacille typhique vit bien dans le corps des souris et sécrète son poison : il y a bien encore infection par éberthémie.

Cette divergence dans l'interprétation tient à un vice de technique. Sanarelli, dans un remarquable mémoire publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* en 1894, démontra en effet qu'il était difficile de réaliser une bonne expérimentation typhique en se servant des cultures ordinaires de laboratoire; celles-ci sont trop faibles. Il s'agit donc de les exalter, soit par la méthode des passages successifs intrapéritonéaux, soit en déprimant le terrain sur lequel on agit. Germe et terrain, tels sont les deux facteurs essentiels de réussite, sur lesquels doit porter toute la sagacité des chercheurs.

Grâce à des méthodes de précision on arrive alors à des résultats concordants dont il est permis de synthétiser l'esprit : on ne reproduit pas la fièvre typhoïde humaine, mais une septicémie aiguë mortelle en douze ou quarante-huit heures. Cette septicémie montre l'hyperhémie et la congestion de tous les organes, avec flux diarrhéique intestinal, mais sans ulcération. Elle permet de constater encore la présence des germes typhiques dans le sang, d'où ils disparaissent cependant assez rapidement.

Cette septicémie éberthienne expérimentale fut répétée par la suite, maintes et maintes fois.

Toutefois, il n'existe entre cette septicémie et la dothiénentérie aucune barrière infranchissable; certains faits expérimentaux permettent, au contraire, de saisir un lien qui les unit étroitement.

Déjà Fraenkel et Simmonds, Walter Cygnœus, par injections de culture dans les veines, avaient pu provoquer une maladie durant *sept à trente jours*, avec diarrhée et amaigrissements. A l'autopsie : pas d'ulcération. Bien que la caractéristique anatomique fût absente, ils obtenaient un état morbide se rapprochant singulièrement de la fièvre typhoïde, une septicémie non plus aiguë ou suraiguë, mais subaiguë. Fraenkel fut plus heureux et parvint à réaliser une maladie éberthienne de dix jours; il existait dans la partie inférieure de l'intestin une ulcération circulaire de 5 millimètres de diamètre.

Chantemesse et Widal notèrent sur un lapin inoculé dans la veine marginale et sacrifié au quatorzième jour une plaque iléo-cæcale volumineuse portant un petit ulcère lenticulaire.

Voilà donc des maladies infectieuses provoquées à la suite d'une éberthémie et rappelant cliniquement et anatomiquement la fièvre typhoïde. Toutefois les plaques de Peyer sont plus congestionnées et tuméfiées qu'ulcérées. Dans l'un comme dans l'autre cas, cependant, la maladie est la même; il n'existe qu'une question de degré conditionnée par les susceptibilités particulières du germe et du sujet. Les expériences de Gilbert et Girode en 1891 sont, à ce point de vue, fort suggestives. Sur un lot de huit cobayes inoculés ils obtiennent deux cas mortels après quinze et trente-deux jours de maladie. Il existait de nombreuses ulcérations des plaques de Peyer. Pourquoi deux seulement sur huit? Mystère des idiosyncrasies! Le processus est cependant le même après les mêmes inoculations.

Pour se rapprocher davantage, si possible de la pathologie humaine, Chantemesse et Ramond en 1897 *humanisent*, au préalable, des lapins, par du sérum ou de l'urine humains, puis ils les dépriment par injection dans le péritoine de XXV à XXXV gouttes de laudanum, et les inoculent avec des cultures d'éberth. Ils réussissent des états typhiques de longue durée, avec ulcérations intestinales très nettes.

Chez un macaque également déprimé ils obtiennent encore des lésions des plaques de Peyer par simple ingestion, pendant trois ou quatre jours, de gélose

éberthienne. Ce procédé par l'ingestion permit aussi à Remlinger de réaliser des types superbes de fièvre typhoïde ayant duré plusieurs jours et s'étant caractérisée par des ulcérations intestinales. Bien que dans ces deux cas la contamination semble s'être faite de dehors en dedans, il n'est pas douteux que l'intestin ait été touché par voie sanguine et que les bacilles déglutis ont dû passer dans la circulation par un mécanisme que nous essayerons de découvrir dans une prochaine revue. Il est à croire que l'intestin de ces animaux était en état de locus minoris resistentiæ, tout prêt à fixer les germes typhiques.

Il est hors de doute, en effet, que le rôle de la prédisposition est considérable. En 1904, Grunbaum ne parvient pas à communiquer la fièvre typhoïde aux singes inférieurs, et Salouka, en 1906, obtient les mêmes résultats négatifs. Or, Weinberg, la même année, en se servant des mêmes cultures que ce dernier auteur, détermina la dothiénentérie, chez un singe porteur de vers intestinaux qui servirent ainsi d'amorce à une localisation intestinale. L'expérience avait porté sur deux singes porteurs de nombreux œufs de tricocéphales tous les deux; l'un mourut deux jours après de septicémie éberthienne, l'autre résista trente-trois jours ayant manifesté la plus franche des fièvres typhoïdes. Cette intéressante observation de Weinberg résume pour ainsi dire tout ce chapitre expérimental.

La conclusion qui s'impose est la suivante. L'inoculation expérimentale d'éberth provoque l'éberthémie : il s'ensuit le plus souvent une septicémie rapidement mortelle dans les quarante-huit heures. Il est plus difficile de réaliser la fièvre typhoïde. Cependant on y arrive.

La dothiénenterie s'obtient donc chez l'animal soit par injection intraveineuse, soit par injection sous-cutanée, soit par ingestion, soit par voie péritonéale. La porte d'entrée est par conséquent indifférente.

A l'encontre du processus septicémique pur, la fièvre typhoïde se réalise avec des cultures simples de laboratoire. Il n'est pas nécessaire d'exalter au préalable la virulence des germes par des passages successifs.

Par contre, il faut agir sur le terrain en le déprimant. Cette question de terrain joue un grand rôle puisque sur un lot d'animaux identiques expérimentés de la même façon avec le même virus, certains prennent la fièvre typhoïde et les autres plus nombreux ne la prennent pas.

Septicémie éberthienne et fièvre typhoïde expérimentales. — Quand je dis septicémie éberthienne, j'entends la septicémie pure sans localisation intestinale et je l'oppose à la dothiénentérie, sans préjuger de la pathogénie septicémique de celle-ci.

Les deux processus réalisés par l'expérimentation diffèrent :

a. *Au point de vue général.* — Facilité de reproduire le premier, difficulté d'obtenir le second.

b. *Au point de vue étiologique.* — Pour la septicémie, il faut employer un virus exalté; ce n'est pas nécessaire pour la fièvre typhoïde. Ce virus exalté agit parfaitement bien par la voie péritonéale (la plus sûre de toutes). Au contraire le virus de la fièvre typhoïde peut suivre n'importe quelle voie.

Le cobaye est le réactif de choix pour la septicémie c'est le lapin pour la fièvre typhoïde c'est-à-dire un animal plus résistant.

c. *Au point de vue évolutif.* — La septicémie est un processus rapide, la fièvre typhoïde un processus prolongé.

d. *Au point de vue anatomique.* — La septicémie se caractérise par une simple hyperémie de la muqueuse intestinale avec gonflement des plaques de Peyer et congestion de tous les organes. La fièvre typhoïde affecte de la même façon l'organisme, mais l'intestin s'ulcère sur un ou plusieurs points.

Ces différences ont besoin de quelques éclaircissements.

I. Qu'il s'agisse d'état septicémique pur ou de fièvre typhoïde, on a toujours affaire à une septicémie. L'étape primitive du mal est donc sanguine : on injecte quelques gouttes de virus dans la peau du dos d'un animal; on constate l'éberthémie, puis un état infectieux, et de la congestion de l'intestin. Voilà pour la septicémie. Prétendra-t-on qu'il n'en est pas de même pour la fièvre typhoïde, et que celle-ci constitue une maladie d'origine intestinale? Il en serait ainsi (et encore!) si la fièvre typhoïde ne pouvait se reproduire jamais que par ingestion de culture ou par instillation de celles-ci dans l'intestin. *Or, l'expérimentation réalise en tous points la dothiénentérie par des injections d'éberth dans les veines, sous la peau du dos.* Peut-on encore parler de localisation primitivement intestinale?

S'il fallait une preuve encore de cette éberthémie primitive, nous la trouverions dans cette période d'incubation (très facile à suivre au laboratoire) qui précède la maladie proprement dite. Pendant huit jours, l'animal reste apathique et la température oscille faiblement, puis l'invasion se produit et la maladie suit son cours cyclique. Comment expliquer cette préparation relativement très longue sinon en admettant une étape septicémique ? Si l'éberth se fixait directement sur l'intestin de dedans en dehors nous n'assisterions pas à ce tableau d'attente de huit jours; d'emblée le germe exercerait ses ravages sur la muqueuse.

II. Il n'existe entre la septicémie pure habituellement réalisée dans les laboratoires et la fièvre typhoïde qu'une question de degré. Toutes deux occasionnées par un mécanisme sanguin (injections de toxines dans les veines ou sous la peau), elles représentent, la première, un processus rapide dû à un virus très actif, la seconde un processus lent.

Dans la septicémie l'organisme est terrassé en deux jours : il n'existe, à l'autopsie, que du gonflement des plaques de Peyer. Dans la fièvre typhoïde, par contre, le germe est moins actif; l'organisme se défend, lutte, d'où cycle évolutif prolongé. Mais la maladie se prolongeant, l'éberth a le temps de produire ses ravages complets. Le stade anatomique ne s'arrête donc plus à l'hypertrophie : il va jusqu'à l'ulcération complète. On comprend alors toutes les variantes; certaines plaques sont à peine tuméfiées, d'autres gonflées, d'autres hypertrophiées, d'autres

détruites. Toutes les transitions sont ménagées, preuve évidente que, entre la septicémie pure sans lésion et la dothiénentérie, s'échelonnent des états intermédiaires innombrables, parents très rapprochés et reliés entre eux comme les chaînons d'une chaîne.

On peut donc dire, en se plaçant à un point de vue très général que la fièvre typhoïde expérimentale ne représente qu'un degré de la septicémie éberthienne, le degré complet, les lésions ayant eu le temps nécessaire pour apparaître.

Mais il s'agit en somme d'une forme atténuée de la septicémie éberthienne.

Il faut s'entendre cependant sur le mot atténué. Il ne s'agit pas d'une atténuation au sens bacillaire strict, puisqu'il existe des fièvres typhoïdes très graves, mais au sens évolutif. Par suite d'immunités particulières qui permettent la résistance de l'organisme, celui-ci se défend, ce qu'il ne saurait faire dans la septicémie pure. On s'explique ainsi la difficulté que l'on rencontre à réaliser la dothiénentérie expérimentale. Il faut en effet un ensemble de conditions très complexes : virus moyen (s'il est trop fort, je le répète, c'est la septicémie), inoculations souvent répétées, sujet en état de réceptivité et surtout en état d'immunité relative qui lui permette de soutenir la lutte contre son mal (s'il meurt trop tôt, on n'a plus la caractéristique anatomique).

Tous ces facteurs se retrouvent en pathologie humaine.

L'homme plus résistant que le cobaye ou la souris, plus facilement immunisable, rencontrant la plupart du temps un germe qui n'a pas été exalté, fait, à l'inverse de l'animal, la fièvre typhoïde plus fréquemment que la septicémie pure. Mais comme nous aurons l'occasion d'y revenir un jour, il fait aussi la septicémie sans fièvre typhoïde.

Conséquences pathogéniques de la notion d'éberthémie. — Cette notion du bacille présent constamment dans le sang des malades atteints d'affections éberthiennes nous amène à des considérations pathogéniques assez intéressantes. On peut dire qu'on a désormais tiré le bacille d'Eberth des profondeurs lymphatiques où le tenait relégué la théorie classique. Puisqu'on rencontre ce germe en circulation dans toutes les fièvres typhoïdes, et non seulement à la période d'état mais à la période d'incubation (bien avant même qu'on le retrouve dans les fèces), puisque surtout la fièvre typhoïde peut être reproduite de toutes pièces après injections de culture sous la peau (par éberthémie), il semble bien que la théorie intestinale de la dothiénentérie a vécu. Le bacille d'Eberth ne vient pas se fixer sur la muqueuse intestinale de dedans en dehors, mais bien de dehors en dedans. La fièvre typhoïde est donc une septicémie et secondairement une entérite. Ce premier point paraît hors de doute à l'heure actuelle.

Un second sur lequel on n'a pas insisté suffisamment et que nous ne cessons de mettre en lumière depuis plusieurs mois (1) est le suivant. La fièvre typhoïde ne doit plus, désormais, constituer le pivot et l'unité de la maladie éberthienne. Il existe en réalité une toxi-infection éberthienne; cette toxi-infection est une septicémie; or, cette septicémie peut rester pure avec manifestations générales mais sans signes de localisations organiques intestinales ou autres.

L'expérimentation se charge de justifier largement cette hypothèse, puisqu'après injections de cultures on reproduit la plupart du temps l'éberthémie à laquelle succède une septicémie sans lésions spécifiques. La clinique nous en offre également des manifestations indubitables; ce sont ces formes si souvent décrites, dans ces dernières années, sous le nom de fièvres typhoïdes sans lésions intestinales. Il s'agit, en substance, de dothiénentéries classiques à l'autopsie desquelles on ne décèle pas d'autres caractéristiques que celles de la toxi-infection banale; il n'existe pas d'ulcération.

Ce n'est pas tout. On comprend parfaitement que cette septicémie pure n'est pas fatalement mortelle. Il doit théoriquement exister (et il existe) des septicémies éberthiennes pures, atténuées, légères, moyennes, intenses, graves, suivant le nombre et la virulence des bacilles, suivant l'état de réceptivité ou d'immunité du sujet; il doit encore exister les septicémies courtes ou prolongées, aiguës ou chroniques, curables ou mortelles.

Il y a, en définitive, autant de septicémies que de modes réactionnels de l'organisme. Ce sont de multiples chaînons qu'il faut savoir rapprocher et étudier synthétiquement pour se faire une idée exacte du processus éberthien.

Enfin lorsque, à la suite de traumatismes morbides ou d'hérédités, il se produit sur un organe élu d'avance une fixation du germe en circulation, on voit se dérouler la septicémie éberthienne compliquée, dans laquelle entre aussi bien la dothiénentérie que la thyroïdite, que la cholécystite, que l'hépatite, que la pleurésie, que la méningite éberthienne.

En résumé, la dothiénentérie ne constitue pas autre chose qu'une modalité du processus éberthien et le terme de fièvre typhoïde ne doit plus servir à désigner l'ensemble des états éberthiens. On doit le réserver aux affections et aux seules affections qui se traduisent, cliniquement, par un syndrome intestinal spécial et, anatomiquement, par l'ulcération des plaques de Peyer.

(1) Victor Audibert. Septicémie éberthienne, *Marseille méd.*, 1908; — La septicémie éberthienne, *La Clinique*, oct. 1909; — Le processus éberthien, *Comité médical des Bouches-du-Rhône* (prix Sirus Pirondi), 1910.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Bensaude. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1896. — Blum. *Sem. méd.*, 11 sept. 1907. — Beumer et Peipper. *Zeits. f. Hyg.*, t. I, 3 p., 1886. — Brieger. Berlin 1885. Traduit par Roussy et Winter, Paris, Doin 1887. — Brault et Farcy. *Arch. méd. expérim.*, nov. 1908, p. 753. — Busquet. *Presse méd.*, 1902, p. 54 et 593. — Chantemesse et Ramond. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1897. — Chantemesse et Widal. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1890. — Conradi. *Deuts. med. Wochens.*, 11 janv. 1906. — Coze et Feltz. *Recherches cliniques et expérimentales sur les maladies infectieuses*, 1872. — Courmont et Lesieur. *Bull. de la Soc. méd.*

des hôpit. de Paris, 1902, 3e série, t. IX, p. 1063. — DUNSCHMANN. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1909, t. XXIII, p. 29-69. — DRIGALSKI-CONRADI. *Zeits. f. Hyg. med. inf.*, 1902. — FOSTER. *Münch. med. Wochens.*, 1905. — GILBERT et GIRODE. *C. r. de la Soc. de biol.*, 2 et 9 mai 1891. — GAFKY. *Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheis*, 1884, t. II, p. 372. — GRUNBAUN. *Brit. med. Journ.*, avril 1904. — KAYSER. *Centralbl. f. Bakt.*, 1906; — *Arbeit aus der Gesund.*, Strasbourg 1907. — KITASATO et WASSERMANN. *Zeits. f. Hyg.*, 1892, p. 637. — LESIEUR. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908, p. 21. — LEMIERRE. Th. de Paris, 1904. — MOUTIER. *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1906, p. 649. — NETTER. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907, 3e série, t. XXIV, p. 1430. — NEUHAUSS. *Berl. klin. Wochens.*, 1886, nos 6 et 24. — NEUMANN. *Berl. klin. Wochens.*, 1896, no 6. — PETRUSKY. *Zeits. f. Hyg.*, Bd. XII, 1892. — REMLINGER. *Presse méd.*, 1906, p. 421; — *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907. — RICHARDSON. *Boston med. Journ.*, 2 déc. 1897. — ROYER et BORY. *Arch. méd. expérim. et anat. pathol.*, avril 1909. — SANARELLI. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894, p. 193, 350. — SACQUÉPÉE et PERQUIS. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903. — SIROTININ. *Zeits. f. Hyg.*, 1886, t. I, 3 p. — SCHOTTMULLER. *Deuts. med. Wochens.*, 1900; — *Zeits. f. Hyg.*, 1901; — *Münch. med. Wochens.*, 1902. — VINCENT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893, t. VII, p. 141. — WALTER CYGNŒUS. *Ziegl. Beit. z. anat. med. All. path.*, 1890, t. VII. — WEINBERG. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1906, p. 648. — WIDAL. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1900, t. XVII, p. 726-727; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1902. — WYSSKOWITSCH. *Zeits. f. Hyg.*, t. I, 3 p.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1910)

Le traitement du cancer par le radium. — M. MONOD revient sur cette question et donne des détails sur les applications de radium selon la méthode préconisée par MM. Wickham et Degrais. Il passe en revue les différentes pratiques qui peuvent être employées et sa conclusion est que le radium n'empêche ni l'extension, ni la récidive, ni les métastases du cancer. Toutefois il donne des résultats appréciables au point de vue de l'arrêt des lésions et de la sédation des douleurs. Il importe donc que les chirurgiens s'appliquent à obtenir de cette méthode le maximum de rendement possible.

La dégénérescence cancéreuse du col après l'hystérectomie subtotale. — M. POTHERAT revient sur la communication de M. Chaput. « L'hystérectomie subtotale, dit M. Chaput, favorise le cancer du col restant. » Serait-il donc vrai, reprend M. Potherat, que les malades, ayant subi l'hystérectomie subtotale, se trouvent, du fait de cette opération, exposées à une aussi grave éventualité ? M. Ricard a rappelé, à ce propos, l'opinion de M. Richelot. Mais entre M. Richelot et M. Chaput, il y a tout un monde. M. Richelot estimant que toute femme atteinte d'un fibrome, en sa qualité d'arthritique, peut être plus aisément exposée au cancer, concluait qu'à ce point de vue il valait mieux faire la totale que la subtotale.

La presque totalité des membres de la Société de chirurgie a répondu à M. Richelot qu'il exagérait ces dangers et est restée fidèle à l'hystérectomie subtotale. M. Chaput était du nombre. Alors pourquoi ce nouveau cri d'alarme ?

M. Potherat analyse les faits communiqués par M. Chaput : sur 123 cas d'hystérectomies abdominales, il a vu sept fois un cancer survenir sur le col restant. De ces sept cas, deux sont douteux ; dans un cas le cancer existait au moment de l'opération. Restent donc seulement 4 cas sur 123. C'est à à peu près la proportion admise par Martins et Schröder sur les fibromes utérins opérés ou non. M. Potherat, au cours de ses opérations de fibromes, a bien vu des cancers préexistant mais non provoqués par l'opération. Il a vu un cancer du cul-de-sac de Douglas se développer chez une femme à laquelle il avait pratiqué une hystérectomie subtotale. Le col n'était nullement devenu cancéreux. Il a vu un cancer intra-utérin survenir chez une femme qu'il avait opérée d'un polype utérin. M. Potherat cite un certain nombre de cas analogues dans lesquels l'hystérectomie subtotale ne peut nullement être incriminée de l'apparition ultérieure d'un cancer. Sa conclusion est que les conclusions de M. Chaput ne sont pas acceptables. Mais, aurait-il raison que le procédé qu'il propose pour empêcher l'apparition ultérieure du cancer dans le col ne serait pas davantage acceptable. Mieux vaudrait incontestablement recourir à l'hystérectomie totale, beaucoup plus simple et plus rapide.

M. SCHWARTZ a fait un millier d'hystérectomies subtotales sans jamais avoir constaté un cas de cancer ultérieur du col. Il restera donc fidèle à la subtotale comme étant plus rapide et plus simple que la totale.

M. SAVARIAUD pense que, dans la plupart des cas invoqués par M. Chaput, le cancer existait déjà au moment de l'opération.

M. MORESTIN n'a pas constaté de dégénérescence cancéreuse du col à la suite de l'hystérectomie subtotale. Toutefois, à l'exemple de son maître Richelot, il a adopté l'hystérectomie totale qu'il trouve d'ailleurs infiniment plus simple que le procédé proposé par M. Chaput.

M. SEGOND fait observer que c'est une grosse question qui se discute en ce moment, question qui, d'ailleurs, revient tous les ans comme le printemps. Il est, en principe, partisan de l'hystérectomie supra-vaginale comme étant plus simple et plus rapide. Mais y a-t-il le moindre doute sur la nature de la tumeur, y a-t-il avantage à assurer un bon drainage du pelvis, alors il n'hésite plus à préférer l'hystérectomie totale. Le chirurgien ne doit donc pas avoir, selon M. Segond, une préférence absolue pour l'une ou l'autre de ces deux opérations. Il doit être prêt à pratiquer l'une et l'autre suivant les circonstances.

Veut-on savoir l'opinion de M. Pinard sur la dégénérescence cancéreuse du col après la subtotale ? Jamais M. Pinard n'a constaté cette dégénérescence. M. Segond fait des hystérectomies, totales ou subtotales, depuis 1884. Jamais il n'a vu se produire le cancer ultérieur du col après la subtotale. Il pense donc, avec M. Ricard, que cette question de la dégénérescence cancéreuse du col ne doit pas entrer en ligne de compte dans le choix de l'une ou de l'autre de ces deux opérations.

M. MONOD n'a jamais vu le col utérin devenir cancéreux après l'hystérectomie subtotale.

M. MAUCLAIRE ne l'a jamais vu non plus. Par contre, il cite une thèse dans laquelle ont été relevés quelques cas dec ancers ultérieurs du vagin ou du petit bassin après l'hystérectomie abdominale subtotale.

Appendicite traumatique. — M. PICQUÉ fait un rapport sur un cas d'appendicite post-traumatique observé par M. Abadie (d'Oran). Un pontonnier de trente ans reçoit sur le côté droit du ventre une tige de fer. Quelques semaines après, il est atteint de tous les symptômes classiques d'une appendicite. Un ouvrier de vingt ans, sans passé intestinal, entre à l'hôpital d'Oran à la suite d'une chute sur le côté droit. Il est pris d'une douleur vive dans tout le ventre. Il a une appendicite aiguë très nette. On l'opère, quelques semaines après, à froid. M. Abadie admet, dans ces cas, l'origine nettement traumatique de l'appendicite. M. Picqué serait disposé à admettre qu'il s'agissait d'appendicites latentes réveillées par le traumatisme.

Nouveau procédé de cure radicale des hernies. — M. MORESTIN présente deux malades qui étaient atteints de hernie inguinale par glissement et qu'il a opérés de la façon suivante : laparotomie latérale, recherche et relèvement de l'anse herniée jusqu'à ce que le mésocôlon se trouve reconstitué par le fait même de cette attraction et suture des deux bords ainsi rapprochés, très bon résultat.

MM. QUÉNU, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et SCHWARTZ trouvent très ingénieux ce procédé. Mais ils estiment qu'il faut attendre les résultats éloignés pour juger de la solidité de la réparation.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS DE TOULOUSE (du 1er au 7 août 1910). — *Section d'électricité médicale.* — Président : M. le professeur Bergonié (Bordeaux); vice-président : M. le docteur Delherm (Paris).

Ordre du jour de la section (sauf modifications ultérieures). — Lundi 1er août, deux heures : Le filtrage en radiothérapie ; M. le docteur Belot (Paris), rapporteur ; — Discussion. Communications sur la radiothérapie et la radiumthérapie.

Mardi 2 août, deux heures : Les indications de l'électricité dans le traitement des fibromes de l'utérus ; M. le docteur Laquerrière (Paris), rapporteur ; — Les indications de la radiothérapie dans le traitement des fibromes de l'utérus ; M. le docteur Guilleminot (Paris), rapporteur ; — Discussion.

Mardi 2 août, deux heures : Suite de la discussion. Communications ayant trait aux applications des courants galvaniques et faradiques.

Mercredi 3 août, huit heures matin et deux heures soir : Les derniers progrès de la radiographie rapide ; M. le docteur Nogier, agrégé (Lyon), rapporteur ; — Discussion; — Rapport sur la transparence du cal aux rayons X; M. le docteur Maxime Menard (Paris), rapporteur ; — Discussion; Lecture de communications sur le radiodiagnostic et la thermo-luminothérapie.

Jeudi 4 août. Excursion générale ; pas de séance.

Vendredi 5 août, huit heures matin : La section de physique et la section d'électricité médicale réunies discutent la question des « courants de haute fréquence non amortis » ; rapporteur, M. X...

Vendredi 5 août, soir : Visites scientifiques.

Samedi 6 août, huit heures matin : Rapport sur la fulguration dans le cancer ; M. Desplats (Lille), rapporteur ; — Discussion; communications sur les applications diverses du courant de haute fréquence.

Samedi 6 août, deux heures soir : Suite de communications.

Exposition. — Une exposition d'appareils intéressant les médecins électriciens et radiologistes sera annexée au Congrès.

Les médecins désireux de prendre part à la discussion des rapports ou de faire des communications sont priés de bien vouloir s'inscrire le plus tôt possible, soit chez M. le professeur Bergonié, 6 bis, rue du Temple, Bordeaux, soit chez M. Delherm, 2, rue de la Bienfaisance, Paris.

Les résumés des mémoires qui seront adressés au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris, vingt jours au moins avant l'ouverture du Congrès, seront soumis à l'examen de la Commission de publication, imprimés, et distribués par les soins des secrétaires de section aux auditeurs, au début de chaque séance. On ne saurait trop recommander aux adhérents du Congrès de bénéficier de cet avantage.

Toulouse est un centre d'où l'on peut excursionner vers le Plateau Central (Padirac, gorges du Tarn, Montagne Noire) et vers les Pyrénées (Carcassonne, gorges de l'Aude, Luchon, Bigorre, Lourdes, Cauterets, Pau, Biarritz, etc.). Les confrères qui désireraient des renseignements à ce sujet ou pour tout autre objet peuvent se renseigner auprès du docteur Constantin, 13, rue Alsace-Lorraine, Toulouse, secrétaire local de la section.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 JUIN AU 2 JUILLET 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard; — (2e série) : MM. Gaucher, André Jousset et Lœper; — M. Pierre Duval, suppléant.

Mardi 28 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Thoinot, Renon et Gougel; — (2e série) : MM. Chauffard, Jeanselme et Bezançon; — (3e série) : MM. Achard, Carnot et Balthazard; — M. Claude, suppléant.

Vendredi 1er juillet, à une heure. — 1er (oral) : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne; — M. André Jousset, suppléant.

Samedi 2 juillet, à une heure. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Castaigne et Brumpt.

4e : MM. Gilbert, Langlois et Balthazard; — M. André Broca, suppléant.

THÈSES

Mercredi 29 juin, à une heure. — M. LEGROS. Le bureau d'hygiène du Havre. (MM. Gariel, président; Pinard, Gaucher et Zimmern.) — M. CAUBET. Des accidents et complications qui surviennent au cours des injections intraveineuses de collargol. (MM. Pinard, président; Gariel, Gaucher et Zimmern.) — M. NICOLAS. De l'action des eaux de Vichy dans les dermatoses chroniques (eczéma et psoriasis). (MM. Gaucher, président; Gariel, Pinard et Zimmern.) — M. LÉVY. Des injections intrarachidiennes de sels mercuriels. (MM. Gaucher, président; Gariel, Pinard et Zimmern.) — M. PAPADOPOULOS. Contribution à l'étude des suites chirurgicales éloignées et de la valeur de la gastro-entérostomie. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. CHÉNIER. Les contusions du gros intestin. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. DALAYRAC. Quelques considérations sur l'examen clinique de la coxalgie au début, avec 25 figures explicatives. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. LE PORTZ. De la transplantation du tendon d'Achille sur le long péronier latéral comme opération complémentaire de l'opération de Phelps-Kirmisson dans le traitement du pied bot varus équin. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. SERBOURCE. Pathologie du tractus thyréoglosse. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 30 juin, à une heure. — M. SERIN. Contribution à l'étude des sérums toxiques. (Sérum d'anguille et sérum de torpille.) Recherches sur la polypnée toxique. (MM. Ch. Richet, président; Gilbert, Langlois et Jeanselme.) — M. JUILLARD. Contribution à l'étude des complications pancréatiques de l'ulcus duodénal. (MM. Gilbert, président; Ch. Richet, Langlois et Jeanselme.) — M. BOURGEOIS. Un chirurgien ardennais au XVIIe siècle, Jean Bienaise. Sa vie, son œuvre. (MM. Gilbert, président; Ch. Richet, Langlois et Jeanselme.) — M. GILBERT. De la dépopulation : des principaux moyens de la combattre et en particulier de l'action individuelle du médecin. (MM. Hutinel, président; de Lapersonne, Bar et Nobécourt.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Écho médical du Nord. — (N° 12, 20 mars 1910.) René Le Fort : Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire. — (N° 13, 27 mars.) Leroy : A propos d'un kyste spermatique. La présence des spermatozoïdes dans les kystes de l'épididyme et dans les hydrocèles. — (N° 14, 3 avril.) Bettremieux : Mode d'action et indications de la sclérodermie simple. — H. Damaye : Idiotie complète par méningo-hydrencéphalie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 30 avril 1910.) Gand et Poissonnier : Quelques considérations, à propos de deux accouchements dystociques, sur les abcès de fixation et leur valeur dans l'infection puerpérale. — H. Fourdinier : Cancer de la vésicule biliaire. Adhérences entre le foie, la vésicule et le côlon transverse. Obstruction intestinale.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 avril 1910.) Lucas-Championnière : Valeur antiseptique du savon. — A. Trousseau : Traitement de l'eczéma des paupières. — (25 avril.) Lucas-Championnière : Détermination des nécessités du mouvement dans le traitement des fractures. — Préliminaires du massage et de la mobilisation. — Préparation au traitement actif. — (10 mai.) Lucas-Championnière : Le retour aux méthodes antiseptiques. — De la stérilisation de la peau du champ opératoire par le pétrole et la benzine du docteur Zatti. — Les injections prophylactiques de térébenthine chez les accouchées du professeur Fabre. — Le Gendre : Sur quelques régimes alimentaires. Lait cru ou lait bouilli; inconvénients du régime lacté. — Nobécourt : Sur les troubles cardiaques dans la scarlatine.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 14, 2 avril 1910.) A. Bonnet-Laborderie : Considérations sur la scarlatine dans l'état puerpéral. — Fourdinier : Ulcère perforant duodénal et ulcère perforant pylorique ayant simulé une appendicite. — (N° 15, 9 avril.) Gillet : Mémoire sur les névralgies faciales graves paroxystiques ou prosopalgies. — (N° 16, 16 avril.) Gillet : Mémoire sur les névralgies faciales graves paroxystiques ou prosopalgies (*suite et fin*). — (N° 17, 23 avril.) Maurice d'Halluin : Extraction des corps étrangers des voies respiratoires sous le contrôle des rayons X; — Bigoudi retiré de la bronche droite d'une petite fille de dix mois; — Vingt et un corps étrangers extraits des bronches de six chiens.

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er avril 1910.) Tedenat et Martin : Elephantiasis dans le cancer et carcinose aiguë (2 fig.). — Destot : Les fractures de la région malléolaire (27 fig.). — Rebattu et Magdinier : Du genu valgum de l'adulte (3 fig.). — Cotte et Gaté : Troubles trophiques du membre inférieur consécutifs à une fracture ancienne du bassin (4 fig.). — H. Müller : Les fractures du coude chez l'enfant (22 fig.). — (N° 5, 1er mai.) Angelo Garan : Le point de Mac Burney et le point de Lanz (1 fig.). — G. Gayet et Croisier : Syndrome appendiculaire et tuberculose (3 fig.). — P. Vignard et L. Arnaud : La leucocytose dans l'appendicite (5 fig.). — L. Bérard et Chattot : L'asepsie du chirurgien et de l'opéré par la teinture d'iode.

Lyon médical. — (N° 14, 3 avril 1910.) Sargnon : Broncho-œsophagoscopie; traitement des corps étrangers de l'œsophage. — (N° 15, 10 avril.) Weill, Péhu et Chalier : Sur un cas, traité chirurgicalement, d'hypertrophie du thymus avec sténose trachéale, chez un bébé de quatre mois. — (N° 16, 17 avril.) Collet : Périchondrite cricoïdienne. — (N° 17, 24 avril.) Véron : De la cure opératoire de la hernie inguinale congénitale de l'adulte par la résection du sac. — (N° 18, 1er mai.) Collet : Périchondrite tuberculeuse du cricoïde. — (N° 19, 8 mai.) Péhu et Ch. Porcher : De l'emploi du lactose dans la diététique. — (N° 20, 15 mai.) Péhu et Ch. Porcher : De l'emploi de quelques sucres autres que le lactose dans l'alimentation du nourrisson.

Normandie médicale. — (N° 10, 15 mai 1910.) M. Delabrousse : Les œuvres d'assistance et de prévoyance sociale et d'hygiène ouvrière en Allemagne.

Nord médical. — (N° 371, 15 mars 1910.) G. Lemoine : Formes méconnues du paludisme. — Gaehlinger : L'autosérothérapie dans la pleurésie séro-fibrineuse et dans l'ascite. — (N° 372, 1er avril.) Doumer et G. Lemoine : Sur les douleurs névralgiques rebelles qu'on observe chez les hypertendus. — Dauthuile : Ecchymose sous-conjonctivale dans un cas de glaucome à la suite d'un traumatisme opératoire. — (N° 373, 15 avril.) Lambling : A propos des renseignements qu'un médecin peut tirer d'une analyse d'urine. — (N° 374, 1er mai.) G. Lemoine : Du processus de cicatrisation des lésions tuberculeuses sous l'action de la paratoxine.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1910.) Th. Weiss et L. Sencert : De l'emploi du courant continu d'oxygène en chirurgie abdominale. — R. Robinson et F. Jacoulet : Sur les hématuries dites essentielles. — André Binet : Quelques notions fondamentales sur la rétraction musculaire ischémique de Volkmann [3 fig. (*fin*)]. — Chevassu : Le traitement chirurgical des cancers du testicule (2 fig.). — P. Delbet et A. Cauchoix : Les paralysies dans les luxations de l'épaule (*fin*). — Küss : Les rétrécissements péri-coliques pelviens (péri-recto-sigmoïdiens) principalement chez la femme (4 fig.).

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1910.) Th. Brinch : La lutte contre la tuberculose au Danemark. — Dugas et Clément : Traitement des trajets fistuleux et en particulier des fistules d'origine tuberculeuse.

Semaine gynécologique. — (N° 14, 5 avril 1910.) R. Pichevin : Du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. — (N° 15, 12 avril.) R. Pichevin : Opération de Murphy pour la péritonite généralisée. — (N° 16, 19 avril.) Ulcus rotondum stomacal et affections des organes génitaux de la femme. — (N° 17, 26 avril.) Lucas : Traitement des vomissements graves du début de la grossesse, par l'application d'une vessie de glace sur le bas-ventre. — Pichevin : Stérilisation de la peau avec de la teinture d'iode. — (N° 18, 3 mai.) R. Pichevin : Cancer et radiumthérapie. — (N° 19, 10 mai.) R. Pichevin : De la dilatation vulvo-vaginale. — (N° 20, 17 mai.) Pichevin : Traitement des grands prolapsus de l'utérus par l'opération de Müller.

Semaine médicale. — (N° 14, 6 avril 1910.) P.-Emile Weil et A. Clerc : Les syndromes généraux en pathologie sanguine. — (N° 15, 13 avril.) J. Sabrazès : Multiplicité des formes anatomo-pathologiques des splénopneumonies. — (N° 16, 20 avril.) L. Bard : Les caractères du pouls veineux jugulaire dans l'asystolie du cœur gauche. — (N° 17, 27 avril.) Cheinisse : La tuberculose chez les juifs. — (N° 18, 4 mai.) M. Klippel : La sclérodermie dans le goitre simple. — (N° 19, 4 mai.) F. Rose et H. Rendu : Les atrophies musculaires syphilitiques chroniques et le tabes. — (N° 20, 18 mai.) Trunecek : L'accouchement du pycopage Rosa-Josepha Blazek. — Marcel Baudouin : Les sœurs Rosa-Josepha Blazek.

Le Directeur-gérant : Dr. François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Les abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Séance du 17 juin (soir). — MM. Perrin (Nancy) : « Formes intermittentes des fièvres paludéennes »; note : 17; — Gellé (Lille) : « Crises viscérales tabétiques »; note : 16; — Rathery (Paris) : « Vomiques pulmonaires »; note : 19.

Séance du 20 juin. — M. Boudet (Montpellier) : « L'intoxication par la morphine »; note : 15.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve de titres.* — Deuxième séance du 16 juin. — MM. Desgouttes, 13 × 2 = 26; Mocquot, 17 1/2 × 2 = 35; Martin, 12 × 2 = 24; Rocher, 15 1/2 × 2 = 31; Cotte, 16 × 2 = 32; Vanverts, 18 × 2 = 36.

Première séance du 17 juin. — MM. Chevassu, 20 × 2 = 40; Binet, 13 × 2 = 26; Florence, 9 × 2 = 18; Petit, 7 × 2 = 14; Alglave, 19 × 2 = 38; Gorse, 11 × 2 = 22.

Deuxième séance du 17 juin. — MM. Massabuau, 19 1/2 × 2 = 39; Schwartz, 19 × 2 = 38.

Sont déclarés admissibles :

Faculté de Paris : MM. Alglave, Chevassu, Chevrier, Mocquot, Okynczyc, Schwartz.

Faculté de Bordeaux : MM. Duvergey, Rocher.

Faculté de Lille : MM. Colle, Vanverts.

Faculté de Lyon : MM. Cotte, Desgouttes, Leriche, Muller, Tavernier, Thévenot.

Faculté de Montpellier : MM. Florence, Massabuau.

Faculté de Nancy : MM. Barthélemy, Binet.

Faculté de Toulouse : MM. Dambrin, Gorse, Martin, Uteau.

— Ordre de passage de la leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation :

MM. Gorse et Colle (mardi soir), Cotte et Leriche (mercredi matin), Thévenot et Chevrier (mercredi soir), Dambrin et Mocquot (jeudi matin), Binet et Uteau (jeudi soir), Tavernier et Chevassu (vendredi matin), Barthélemy et Duvergey (vendredi soir), Okynczyc et Vanverts (lundi soir), Muller et Alglave (mardi matin), Rocher et Schwartz (mardi soir), Martin et Desgouttes (mercredi matin), Massabuau (mercredi soir).

— SECTION DE PHYSIOLOGIE. — *Epreuve de titres.* — Séance du 17 juin. — MM. Busquet, 14 1/2 × 2 = 29; Jean Camus, 16 1/2 × 2 = 33.

Epreuve orale d'une heure. — Séance du 17 juin (soir). — MM. Jeandelize : « Liquide céphalo-rachidien »; note : 12 1/2; — Busquet : « L'inhibition »; note : 14 1/2.

Séance du 18 juin. — MM. Camus (Jean) : « Le sommeil »; note : 16 1/2.

Epreuve pratique. — Séance du 20 juin. — Questions : « Expériences sur l'innervation de la glande maxillaire. — Section intra-cranienne du trijumeau. » Notes : MM. Jeandelize, 17; Jean Camus, 17,5; Busquet, 17.

Sont nommés : MM. Jean Camus et Busquet.

— SECTION D'OBSTÉTRIQUE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 14 juin. — MM. Lequeux : « Des troubles psychiques pendant la grossesse et le post-partum »; note : 18 1/2; — Guéniot : « De l'ostéomalacie au point de vue obstétrical »; note : 18.

Séance du 15 juin. — MM. Delmas : « Etat actuel de nos connaissances sur l'évolution de la tuberculose chez la femme enceinte et sur sa transmissibilité au fœtus »; note : 16; — Sauvage : « Des ictères graves pendant la grossese et le post-partum »; note : 18 1/2.

Séance du 16 juin. — MM. Lafond : « Du traitement chirurgical de la péritonite et de la phlébite compliquant le post-partum »; note : 10; — Devraigne : « La femme achondroplasique au point de vue obstétrical »; note : 17.

Epreuve clinique. — Séance du 17 juin. — MM. Sauvage, 17; Delmas, 18; Lequeux, 16.

Séance du 18 juin. — MM. Devraigne, 17 1/2; Guéniot, 18.

Sont nommés :

Faculté de Paris : MM. Guéniot et Lequeux.

Faculté de Montpellier : M. Delmas,

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1016.*)

LA PRESSION SANGUINE

DANS L'ÉPILEPSIE ESSENTIELLE

Par MM. Roger VOISIN et A. RENDU.

La question de la tension artérielle chez les épileptiques a déjà fait l'objet de nombreuses recherches et ce seul fait permet de supposer qu'il s'agit là d'un sujet insuffisamment élucidé. Cette tension peut être envisagée de deux façons, d'une part dans l'intervalle des crises, d'autre part dans ses rapports avec ces crises.

Nos recherches, effectuées dans le service du docteur Jules Voisin, à l'hospice de la Salpêtrière, ont porté sur ces deux points.

***

1° La pression sanguine dans l'intervalle des crises. — Pendant quarante jours chez 25 grandes épileptiques, 14 adultes de dix-neuf à quarante-neuf ans, 11 fillettes de onze à dix-sept ans, puis pendant dix-huit jours chez 6 fillettes de quatorze à dix-huit ans, nous avons tous les jours, à la même heure, dans les mêmes conditions, pris avec un sphigmomanomètre de Potain la pression artérielle au même bras. Les chiffres, que nous avons relevés, nous ont montré que la pression sanguine était loin d'être toujours constante; chez un même malade, nous avons constaté des différences qui ont pu s'élever jusqu'à 3, 4 et même 5 millimètres de mercure. Mais si nous établissons la moyenne de nos observations journalières, nous obtenons ainsi un chiffre qui traduit bien l'état habituel de la pression sanguine, chez la malade considérée. L'influence possible des attaques peut sur ces moyennes être considérée comme nulle.

D'une manière générale, la pression sanguine chez nos malades était inférieure à la pression normale. Notre appareil en effet était parfaitement réglé et chez des sujets idiots non épileptiques et chez des individus normaux nous avons noté les chiffres habituels de 14, 15, 17 millimètres de Hg, chez des fillettes de quinze à dix-huit ans; de 17, 18 millimètres chez des adultes. Chez nos malades la moyenne était de 14 ou 15 millimètres.

Pourtant chez quelques-unes d'entre elles, la pression était légèrement augmentée; c'est ainsi qu'une fillette de quatorze ans présentait une moyenne de $19^{mm}10$, une autre de treize ans une moyenne de $17^{mm}4$, une troisième de quinze ans une moyenne de $18^{mm}60$, enfin une dernière de seize ans une moyenne de $18^{mm}11$.

En revanche, sur les 22 malades âgées de plus de quinze ans que nous avons observées, 5 seulement présentaient une pression sanguine supérieure à 15 millimètres de Hg, et parmi ces 5, deux seulement atteignaient 17 millimètres, l'une avec $17^{mm}4$, l'autre avec $17^{mm}9$.

Dans deux cas enfin concernant l'un une fillette de dix-sept ans, l'autre une femme de quarante et un ans, la pression était considérablement abaissée au-dessous de 13 et n'atteignait dans le premier cas que $12^{mm}43$, dans le second que $12^{mm}56$.

La pression sanguine était donc généralement basse chez nos épileptiques, et, remarque intéressante, il semble que cet abaissement soit plus marqué chez les adultes que dans l'adolescence. Faut-il voir dans ce fait uniquement le résultat de la dépression et de la déchéance qui suivent les accès répétés d'épilepsie? Il faut peut-être également faire intervenir, dans une certaine mesure, l'influence de l'ingestion répétée et continue des bromures, médicaments qui pour certains auteurs auraient nettement une action hypotensive.

D'un autre côté il ne paraît pas y avoir de rapport entre le taux de la pression sanguine et la fréquence des accès épileptiques. C'est ainsi que telle malade qui présente en moyenne 89 attaques par mois a $17^{mm}9$ de pression, alors que telle autre, avec un chiffre analogue de crises, n'a que $12^{mm}43$ de pression, et qu'avec une même pression de $14^{mm}5$ on voit telle malade présenter 36 attaques mensuelles et telle autre seulement 8 attaques.

Si nous généralisons le résultat de nos recherches, nous dirons que dans l'épilepsie essentielle la pression artérielle est généralement basse. Maurice de Fleury a également signalé que la plupart des épileptiques étaient des hyposthéniques, en état de misère physiologique, des hypotendus; mais il notait également que certains d'entre eux étaient des hypersthéniques, des hypertendus. Marco (1) par contre a trouvé, chez 15 épileptiques, la pression plutôt au-dessus de la normale.

***

2° Pression artérielle et accès épileptique. — La prise journalière de la pression sanguine nous a apporté aussi quelques données sur les variations que subit cette pression du fait des accès épileptiques.

Cette question est des plus controversées. Augmentée avant et pendant les accès, la tension diminuerait immédiatement après, au dire de François Franck et de Féré, et se maintiendrait abaissée huit à dix heures. Jules Voisin au contraire dans de précédentes recherches, effectuées avec le sphygmomètre de Verdier, la trouve diminuée avant les attaques, augmentée pendant le stertor. Maurice de Fleury se rattache à l'opinion de Féré, au moins, dit-il, dans la majorité des cas. Cependant il y a apparente exception à cette règle et, chez quelques épileptiques, il a pu observer une dépression du pouls très manifeste avant le début de la crise; mais toujours ce n'était là qu'un phénomène très momentané qui faisait place ensuite à l'hypertension. Les résultats de Marco sont encore différents : il ne trouve pas de modification avant l'accès; aussitôt après la période convulsive plutôt de l'élévation de la pression, et après l'accès, soit un retour brusque à la normale, soit une augmentation durant une période de dix à trente minutes; enfin, après les

(1) Marco. *Ann. d. fren. e sc. aff.*, mars 1901; — Analysé in *Ann. méd. psych.*, 1905, t. II, p. 298.

accès en série, de la chute de la pression s'il y a prostration.

Il y a lieu en effet de considérer la pression sanguine au moment même de l'attaque d'épilepsie, et dans les périodes immédiatement précédentes et suivantes.

Nous n'avons pas eu la bonne fortune de prendre la pression sanguine immédiatement avant une crise épileptique. Comme le propre de la manifestation comitiale est sa soudaineté, il n'y a rien d'étonnant à ce fait.

Durant l'accès même, pendant la période convulsive, il nous a été absolument impossible de prendre la tension au sphygmomanomètre de Potain. Les résultats obtenus dans ces conditions doivent être réservés. L'un des gros points de technique dans la recherche de la tension consiste en effet à se placer toujours dans des conditions analogues pour un même sujet. Or l'immobilisation violente d'un sujet en état de crises, même s'il s'agit de l'immobilisation d'un seul membre, constitue assurément une grossière cause d'erreur, dont il faut tenir compte. N'est-il pas déjà difficile de nombrer la fréquence du pouls pendant cette période sans encore en apprécier le degré de tension autrement qu'approximativement?

Pourtant il nous paraît que, du moins au début de l'attaque, dans la période tonique la pression est augmentée. Jules Voisin a en effet constaté l'arrêt du sang par les plaies que se font les épileptiques dans leur chute au moment de l'attaque. Comme le sang provient des capillaires, il y a donc spasme des vaisseaux périphériques à ce moment et conséquemment hypertension passagère (1). Il a été donné d'autre part à l'un de nous de voir survenir, au cours d'une ponction lombaire, une attaque épileptique. La pression du liquide s'est accrue immédiatement traduisant ainsi une réplétion sanguine des centres nerveux, une augmentation de la pression sanguine centrale (2).

Aussitôt après l'accès, dans la période stertoreuse, les données que nous avons recueillies sont trop peu nombreuses pour que nous puissions émettre une conclusion. Nous signalerons cependant le cas de Led... dont la pression moyenne est de 18, et qui nous a donné 12 au moment du stertor.

Par contre, si au lieu de considérer l'accès en lui-même nous considérons l'état de la pression sanguine dans les heures qui suivent ou qui précèdent l'attaque, nous voyons d'une part qu'avant l'attaque, la pression d'après nos recherches ne présente pas de modifications appréciables, qu'après l'attaque par contre les variations sont fréquentes mais extrêmement variables, non seulement suivant les individus, mais aussi suivant les cas chez le même sujet.

Prenons ainsi une de nos fillettes Pa..., deux heures après l'attaque nous constatons une fois 12 millimètres de Hg, une fois 13 millimètres de Hg, mais une autre fois 17 millimètres, alors que sa pression moyenne est de 13. Chez Led..., par contre, dont la pression moyenne est de 19mm1, les modifications ont été insignifiantes, 18mm5-20 millimètres, ou même nulles.

Les modifications de la pression sanguine du fait d'une seule attaque convulsive sont donc des plus variables, d'ailleurs l'égalité peut rapidement s'effectuer, car parfois après l'attaque nous avons noté le chiffre relevé avant son apparition. Tel le cas de Fea..., qui présentait dix minutes avant une attaque la même pression que dix minutes après cette crise.

Si l'accès pris isolément ne paraît pas produire de modifications nettes de la pression sanguine, on pouvait se demander s'il en était de même dans les cas de crises répétées, en particulier dans *l'état de mal*.

Or trois de nos épileptiques ont présenté, durant la période que nous les avons suivies, un état de mal et voici les diverses pressions que nous avons relevées :

Lec..., dont la pression moyenne est 14mm,65, est prise d'état de mal le 24 juin, la pression de 13 millimètres le 22 était à 13mm5 le 24; elle tomba à 6 millimètres le 25, puis remonta à 13 millimètres, puis à 15 millimètres les jours suivants, mais le quatrième jour retomba à 6 millimètres. La malade succomba ce jour-là.

Veb... (pression moyenne : 14mm29) présenta le 21 juin un état de mal, la pression était de 14 millimètres; les jours précédents on notait 13 millimètres et 13mm5. Durant l'état de mal qui se prolongea sept jours, les chiffres relevés furent successivement 14 millimètres, 14 millimètres, 13mm5, 19 millimètres, 10 millimètres, 12 millimètres, 12 millimètres, 12mm5. Après l'état de mal nous avons noté 13 millimètres, 11 millimètres, 13 millimètres.

Notre troisième malade Pocc... (moyenne 13mm96) fut prise d'état de mal, le 1er juillet; il dura deux jours et nous avons noté 15 millimètres de pression ces deux jours. Les jours précédents la pression était de 15 millimètres, 13 millimètres, 16 millimètres.

Nous voyons donc que, même dans l'état de mal, il n'y a pas précession d'hypertension sanguine. Durant l'état de mal la pression reste peu modifiée; pourtant on peut noter une hypertension passagère (19 millimètres dans le cas de Web...), enfin et aussi de l'hypotension pouvant être considérable (6 millimètres dans le cas de Lec...) et dont la valeur pronostique est très importante, car elle indique un épuisement presque complet du système nerveux.

* * *

Pour résumer ces diverses recherches, nous donnerons les conclusions suivantes : nos épileptiques avaient une pression moyenne habituellement inférieure aux pressions des individus normaux; leur pression journalière était variable, mais ni l'apparition d'une attaque convulsive, ni même celle d'un état de mal n'était précédée d'une période d'hypertension artérielle, par contre il paraît bien que l'attaque au moment même où elle se produit s'accompagne d'un spasme des vaisseaux périphé-

(1) Cf. Roger Voisin. Sur l'état de la circulation périphérique dans la crise d'éclampsie, *C. r. de la Soc. de biol.*, 8 mai 1909.

(2) Jules Voisin et Roger Voisin. Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie essentielle, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 mars 1910.

riques avec dilatation des vaisseaux centraux, amenant de l'hypertension artérielle passagère; mais l'appareil de Potain ne permet pas de l'apprécier.

Ces constatations ont une importance pathogénique et une valeur diagnostique.

Au point de vue pathogénique, l'attaque d'épilepsie n'est pas comparable à l'attaque d'éclampsie. Dans cette affection, ainsi que l'ont montré les travaux de Vaquez et Nobécourt, de Chirié, etc., l'apparition des crises convulsives est toujours précédée d'un certain degré d'hypertension; dans l'intervalle des crises la pression reste élevée. L'hypertension joue évidemment un rôle dans leur production.

Dans l'épilepsie essentielle, par contre, l'apparition de l'attaque convulsive n'est pas subordonnée à l'augmentation de la pression sanguine. Devons-nous conclure de l'absence d'hypertension artérielle dans l'épilepsie à l'absence d'intoxication dans la pathogénie de l'affection, ainsi que le soutient Carlo Besta (1)? Nous ne le croyons pas. Une intoxication de l'organisme peut exister sans hypertension artérielle concomitante et l'absence de l'hypertension ne découle peut-être seulement que du défaut de certaines altérations des capsules surrénales.

Au point de vue diagnostique, le caractère peu élevé de la pression sanguine dans l'épilepsie permet dans certains cas de séparer les crises convulsives liées à cette cause, de celles qui s'observent dans l'éclampsie. Chirié (2) a avec raison signalé ce point particulier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JUIN 1910)

Hémiplégie organique à la suite d'un traumatisme précardiaque. — MM. Apert et Stevenin présentent un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'hémiplégie droite avec aphasie d'étiologie tout à fait exceptionnelle. Désespéré d'avoir été quitté par sa maîtresse, ce jeune homme se porta dans la région du cœur un violent coup de couteau. C'était un petit couteau de poche, et la pointe ne pénétra pas plus loin que la paroi. Syncope de plusieurs heures. Quand le sujet en sort, on ne note ni hémiplégie, ni aphasie; c'est seulement cinq heures après qu'il tombe dans le coma, pour n'en sortir qu'au bout de plusieurs jours hémiplégique et aphasique. L'hémiplégie a tous les caractères d'une hémiplégie organique. Ce diagnostic a été vérifié par M. Babinski. L'aphasie est du type moteur, avec intégrité de l'audition verbale, de la vision verbale, du langage intérieur, et avec un certain degré de paragraphie.

Le malade était tout à fait bien portant avant l'incident (réaction de Wassermann négative). Le cœur ne présente rien de particulier. L'hémiplégie ne peut être expliquée par une embolie dont la plaie aurait été le point de départ. La plaie n'a pas été infectée et s'est cicatrisée normalement. La pathogénie reste donc obscure.

Pneumonie congestive exclusivement à bacilles d'Eberth. — MM. Caussade et Milhit présentent un cas de pneumonie congestive survenue au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde dont l'évolution s'était faite jusqu'à ce jour sans incident. Son évolution fut analogue à celle qu'on observe en pareil cas au cours de l'infection grippale; son pronostic a été bénin et n'a nullement influencé d'une manière fâcheuse la dothiénentérie, comme on le voit d'ordinaire. Ses caractères ont été les suivants : dans un foyer assez étendu de congestion pulmonaire s'est formé un foyer de pneumonie avec les signes classiques de tout foyer pneumonique. Mais ce foyer a été de courte durée; il a disparu au bout de deux jours et les crachats, très rares, ont été purement sanglants. Mais la congestion pulmonaire, à poussées successives, s'est prolongée pendant deux semaines environ. Du jour où elle est survenue, la plupart des symptômes généraux semblent lui avoir cédé la place. En d'autres termes il semble que l'infection est devenue purement locale. La crise de la fièvre typhoïde a coïncidé avec la défervescence de la pneumonie. L'intérêt de cette observation réside non seulement dans cette forme nouvelle non décrite des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, mais aussi dans la présence de bacilles d'Eberth purs dans le foyer. Cette constatation tend à prouver avec des faits déjà publiés que les infections secondaires ne jouent pas un rôle aussi considérable qu'on le croyait au cours des infections éberthiennes et démontre l'origine sanguine de la plupart des pneumopathies en général.

Les auteurs citent à l'appui de cette opinion deux faits inédits. M. Joltrain a trouvé, dans une pneumopathie fonction du pneumocoque et du bacille d'Eberth, ces deux agents infectieux dans le sang. Dans un œdème aigu pulmonaire survenu au cours d'une fièvre typhoïde grave, M. Joltrain et l'un des auteurs ont décelé la présence du bacille d'Eberth.

Syphilis et rachitisme. — MM. Dufour et Huber. L'enfant qu'ils présentent est intéressant en ce qu'il montre nettement l'influence de la syphilis sur la genèse de certains cas de rachitisme débutant très tôt après la naissance et à forme grave.

Il suffit de regarder cet enfant pour constater tous les signes classiques du rachitisme le plus grave, et d'autre part, on voit chez lui des manifestations non douteuses de syphilis consistant en plaques muqueuses siégeant au niveau des grandes lèvres.

En outre, la réaction de Wassermann a été positive chez lui.

Sporotrichum Jeanselmei. — MM. Brumpt et Langeron décrivent au point de vue mycologique le champignon que MM. Jeanselme et Chevallier ont isolé de leur malade. Ce champignon appartient au genre sporotrichum et constitue une nouvelle espèce le *sporotrichum Jeanselmei*. C'est un type nouveau de sporotrichum caractérisé au point de vue macroscopique par l'aspect duveteux des cultures qui ne deviennent jamais vernissées comme celles des sporotrichum du groupe *Beurmanni* (sp. Beurmanni, sp. Schenke, sp. Gougeroti) dans les mêmes conditions.

Au point de vue microscopique, il se distingue de ces espèces par le diamètre un peu plus considérable de ses filaments mycéliens et surtout par ses spores, sphériques et brunâtres à maturité, qui sont lâchement disséminées le long des filaments et qui forment des bouquets beaucoup moins touffus que dans les espèces du groupe *Beurmanni*. Les caractères macroscopiques rapprochent le *sporotrichum Jeanselmei* d'un sporotrichum saprophyte, le *s. bombycinum*.

Présentation d'un cas de sporotrichose à foyers multiples. — MM. E. Jeanselme et Paul Chevallier. Ce malade, dont M. Michaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a

(1) Carlo Besta. *Riv. sperim. d. fren.*, 31 oct. 1906, p. 460.

(2) Chirié. Crises convulsives au moment du travail; — Diagnostic entre l'éclampsie et l'épilepsie, *Soc. d'obstét.*, 28 fév. 1907.

bien voulu leur confier l'examen, porte d'innombrables gommes hypodermiques, des lésions linguales qui ressemblent fort aux plaques fauchées de la syphilis, une iritis que les ophtalmologistes avouent ne pouvoir différencier de l'iritis spécifique, des gommes dans les testicules et les épididymes et des exostoses.

Le malade a été amputé de la cuisse droite, au tiers supérieur, il y a un an environ, pour une « tumeur blanche » du genou droit qui, en moins de quatre mois, avait acquis le volume d'une tête d'enfant. Par son évolution ultra-rapide et par son indolence, puisque le malade travailla jusqu'au dernier jour et vint à pied à l'hôpital, cette affection ostéo-articulaire diffère sensiblement de l'arthrite bacillaire. Les auteurs pensent qu'il s'agit, dans le cas présent, d'une tumeur blanche sporotrichosique, et cela d'autant plus qu'aucun des animaux inoculés avec le pus de ce malade n'a succombé à la tuberculose. A l'avenir, avant toute intervention radicale, le chirurgien devra s'assurer, au préalable, que la sporotrichose ne peut être incriminée.

Le malade portait à la jambe droite un ulcère qui, toujours mal pansé, était exposé à toutes les contaminations. Or, cet homme a fait divers métiers qui l'ont mis en contact avec des produits pouvant contenir du sporotrichum. Il a été charretier d'un tombereau d'ordures et aidait à décharger les poubelles. Puis, il a été chiffonnier et vivait au milieu des champs d'épandages, à Gennevilliers.

Voici comment on peut, d'après MM. Jeanselme et Chevallier, concevoir les étapes successives de cette sporotrichose.

1° La porte d'entrée a été probablement l'ulcère de jambe;

2° Le sporotrichum a colonisé dans le genou et la moitié inférieure du fémur;

3° Puis la mycose s'est disséminée dans les différents tissus: poussées de gommes sous-cutanées, localisations dans le derme, la muqueuse buccale, l'œil et l'appareil génital.

L'exemplaire du sporotrichum qu'ils ont isolé diffère sensiblement par certaines particularités de ses cultures et par l'épaisseur des filaments mycéliens des sporotricha pathogènes connus. Ils en ont confié la description à M. Brumpt, chef du laboratoire de parasitologie de la Faculté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1910)

Evolution et constituton de l'appareil hyoïdien. — MM. RETTERER et LELIÈVRE. L'ébauche primitive de l'appareil hyoïdien est chez l'homme, comme chez les autres mammifères, constituée par du tissu conjonctif embryonnaire. Sept nodules cartilagineux y apparaissent, chacun séparés du voisin jusque vers la fin de la vie fœtale par un disque conjonctif plein. Les deux nodules de l'arc supérieur restent d'ordinaire réunis toute la vie par syndesmose; quant au thyrohyal (grandes cornes), il se relie au basihyal (corps) de façons variées, soit par synchondrose, soit par synostose partielle, soit par omphiarthrose et même par diarthrose avec ménisque intra-articulaire. La base de la petite ou apohyal s'articule de même de manières différentes, avec la grande corne. Ces variétés semblent dues à l'exercice plus ou moins fréquent des muscles hyoïdiens.

De l'influence de la voie d'introduction de la substance anaphylactisante sur la production du phénomène anaphylactique. — MM. E. LESNÉ et L. DREYFUS. La voie de choix pour déterminer la mort par anaphylaxie est la voie vasculaire; mais il est possible de tuer les animaux en introduisant les substances anaphylactisantes par un grand nombre d'autres voies, telles par exemple les voies cérébrale, rachidienne, etc. Par contre leur inoculation dans l'estomac ou l'intestin grêle ne crée pas l'état anaphylactique. L'absence du phénomène ne tient pas au foie, ni à la paroi du tube digestif, car on peut anaphylactiser parfaitement des lapins et des chiens en faisant l'inoculation dans la veine porte ou dans une veine mésentérique, ou en faisant macérer la substance anaphylactisante avec du tissu hépatique ou du tissu intestinal broyés. L'absence d'anaphylaxie est probablement due à l'intervention des sucs digestifs, plus particulièrement du suc gastrique, qui transforment les substances albumineuses et les rendent inaptes à produire l'anaphylaxie. Les cas d'anaphylaxie digestive observés en clinique doivent être attribués à des troubles du chimisme digestif.

Mécanisme de la phagocytose. — MM. LEVADITI et MUTERMILCH, à la suite d'expériences faites in vitro avec des trypanosomes, des leucocytes et un sérum trypanolytique, préalablement inactivé à 56 degrés, ont précisé le mécanisme de la phagocytose. Le phénomène de la phagocytose comporte deux phases : une première pendant laquelle le trypanosome sensibilisé, tout en étant très mobile, s'attache au leucocyte, dès qu'il se trouve en contact avec lui. Il s'agit là d'un phénomène purement physico-chimique, analogue à l'agglutination; en effet, l'attachement s'opère tout aussi bien avec des trypanosomes vivants et des leucocytes tués par la chaleur, la congélation, l'action mécanique; ou morts après un long séjour à la glacière. Il est spécifique, attendu que les parasites s'attachent aux globules blancs et aux cellules des organes hématopoiétiques, et non pas à d'autres éléments cellulaires (foie, rein). La seconde phase est l'englobement proprement dit et la destruction, en partie extra-cellulaire, des parasites phagocytés, phénomène essentiellement vital. Tout se passe comme si le leucocyte, sous l'excitation des flagellés attachés, élaborait une substance toxique pour les trépanosomes sensibilisés. Les parasites vaccinés contre les anticorps échappent à la phagocytose.

Méthode de numération des globulins chez l'homme. — M. AYNAUD. On détermine le nombre des globules rouges par les méthodes usuelles : le rapport des globules rouges aux globulins est déterminé sur un échantillon de sang recueilli dans la veine au moyen d'une seringue contenant une solution de citrate de soude à 10 p. 100; le sang est ensuite dilué dans une solution chloruro-citratée de formol.

La numération des globulins est impossible sur le sang cutané: chez l'homme il y a comme moyenne 216000 globules par millimètre cube.

Deuxième note sur les lois qui paraissent régir l'action générale des agents thérapeutiques et toxiques. — M. MAUREL. 1° Un agent ne peut agir sur un élément anatomique intermédiaire, qu'à la condition d'agir avant sur tous ceux qui le précèdent dans l'ordre de sensibilité; 2° les ordres de sensibilité et de toxicité varient pour chaque agent; 3° les ordres restent les mêmes quelle que soit la voie d'administration; 4° les doses pour produire la même action varient pour chaque espèce animale, mais ces ordres restent les mêmes; 5° enfin pour chaque élément anatomique, sa mort est précédée, pour un temps plus ou moins long, par la perte de sa fonction; et si la cause cesse, l'élément peut reprendre sa fonction, mais pour l'organisme la perte de fonction de certains éléments anatomiques, si elle est un peu prolongée, équivaut à la mort de cet élément, et a les mêmes conséquences.

Notice sur Malassez. — M. JOLLY lit sur Malassez, une notice biographique aussi remarquable par l'élévation de la pensée que par l'élégance de la forme.

Communication faite à la séance du 11 juin 1910 :

La typhopyocyanie (pyocyanie généralisée à forme typhoïde). — MM. LAGRIFFOUL, BOUSQUET et ROGER relatent l'observation d'une forme non encore décrite de pyocyanie généralisée, ayant simulé une fièvre typhoïde avec abondante

éruption de taches rosées, mais sans les vésicules et les ulcérations qui sont la caractéristique habituelle des septicémies pyocyaniques. L'autopsie a permis de constater l'absence des lésions de la fièvre typhoïde; le bacille pyocyanique a été isolé des principaux organes, et était agglutiné au 1/50 par le sérum du malade.

FORMULAIRE

CRAYONS CONTRE LA PELADE

Chrysarobine	30 grammes.
Colophane	5 —
Cire jaune	35 —
Huile d'olive	30 —

F. s. a. en crayons.

(LEISTIKOW. *Bull. gén. de thérap.*)

VARIÉTÉS

LA POPULATION DE LA FRANCE EN 1909

L'*Officiel* publie la statistique annuelle du mouvement de la population de la France pendant l'année 1909.

Si on constate un léger excédent de 13124 unités des naissances sur les décès, on doit observer néanmoins que jamais le chiffre des naissances n'avait été aussi faible en France.

Pendant l'année 1909, la balance des naissances et des décès présente un excédent de 13424 naissances, inférieur de 33000 environ à celui de 1908, qui était de 46441. La diminution de cet excédent, par rapport à celui de l'année précédente, est due, pour un tiers environ, à l'accroissement du nombre des décès, lequel est, en 1909, supérieur de 11 274 unités à celui de 1908, et pour les deux autres tiers, à une diminution sensible du nombre des naissances (769969 naissances en 1909, au lieu de 791 712 en 1908).

Les résultats du premier semestre de 1909 avaient fait craindre que l'année 1909 ne fût encore plus fâcheuse pour la démographie de notre pays. On avait compté, en effet, dans ce premier semestre, un nombre de décès supérieur de 28 000 environ à celui des naissances. Une heureuse compensation s'est produite au cours du second semestre de l'année, qui a fourni un excédent de 41 524 naissances, grâce à la faiblesse de la mortalité.

L'accroissement relatif de la population pour 10000 habitants qui, de 18 p. 10000 en moyenne de 1901 à 1905, s'était abaissé à 7 en 1906, avait fait place, en 1907, à une diminution de 5 p. 10000, puis s'était relevé à 12 p. 10000 en 1908, est retombé pendant l'année 1909 à 3 p. 10000.

En 1909, on constate des excédents de naissances dans 40 départements, au lieu de 45 en 1908, 29 en 1907 et 42 en 1906. Les départements où l'excédent de naissances rapporté au chiffre de population légale atteint les valeurs les plus fortes sont : Pas-de-Calais, 97 p. 10000 habitants; Finistère, 90; Morbihan, 79; Lozère, 70; Haute-Vienne, 50; Nord, 48; Vendée, 45; Côtes-du-Nord, 42; Landes, 41; territoire de Belfort, 40; Basses-Pyrénées, Corrèze, 35; Corse, 34; Seine-Inférieure, 33; Indre, 31; ces départements sont ceux qui donnaient les plus forts excédents les années précédentes; pour chacun d'eux, sauf les départements du Finistère, de la Lozère et de l'Indre, la valeur de l'excédent a diminué par rapport à 1908.

Cependant, ces divers départements ne contribuent pas de la même façon à l'accroissement naturel de la population. C'est grâce à une natalité élevée que le Pas-de-Calais, le Finistère, le Morbihan, les Côtes-du-Nord, la Seine-Inférieure enregistrent des excédents de naissances; tandis que c'est surtout à une très faible mortalité que sont dus les excédents constatés dans la Corrèze, la Corse, les Landes, la Vendée, la Haute-Vienne.

En résumé, les seuls points du territoire où la natalité l'emporte sur la mortalité sont les régions du Nord, de la Bretagne, des frontières de l'Est, du Limousin et de la Corse.

Bien que dans les autres Etats la natalité diminue actuellement comme en France, ces Etats, grâce à leur avance antérieure, conservent de forts excédents de naissances, six à huit fois plus élevés que les nôtres à nombre égal d'habitants. Tandis que l'excédent annuel moyen des naissances sur les décès pour 10000 habitants, pendant la période quinquennale 1901-1905, ne dépassait pas 18 dans notre pays, il atteignait le chiffre de 106 en Italie, 113 en Autriche, 121 en Angleterre, 149 en Allemagne, 155 dans les Pays-Bas, etc.

Notons encore qu'en 1909 on a enregistré 769969 naissances d'enfants vivants, inférieur de 21743 au nombre des naissances vivantes de 1908 et de 3676 à celui de 1907, année où la natalité fut pourtant très faible.

756545 décès ont été enregistrés en 1909. Ce nombre est inférieur de 26834 à la moyenne de la dernière période décennale, mais supérieur de 11274 au nombre de 1908.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES GRAVES D'ANÉMIE

Par le docteur JAPOUL.

Parmi les diverses anémies soumises à l'action du thérapeute, il en est une particulièrement rebelle parce qu'elle est sous la dépendance d'un état dyspeptique développé qui perpétue cet état de déchéance et le rend presque irréductible.

Et cependant, il n'y a pas en médecine de mal sans remèdes et, dans le cas qui nous occupe, nous estimons qu'il existe des moyens énergiques et sûrs d'apporter aux malades non seulement une amélioration réelle, mais encore la guérison.

Ce n'est pas en ordonnant immédiatement la médication antianémique que l'on obtiendra de bons résultats. C'est en soignant tout d'abord l'état hypopeptique et la dilatation.

Au lieu de soumettre ces malades à l'action des remèdes que la chimie nous offre et qui risquent d'amener la gastrite médicamenteuse, nous ordonnons un verre à bordeaux, à chaque repas, d'extrait de Malt Français Déjardin. Cette substance, en effet, nous offre deux propriétés thérapeutiques; remarquables. D'abord elle est essentiellement eupeptique car elle renferme tous les ferments digestifs utiles (amylase, dextrinase, maltase) puis elle est reconstituante par ses phosphates organiques et ses nucléo-albumines.

Au bout de quelques jours, grâce à ce traitement, l'estomac digère mieux et l'appétit revient. Nous passons alors à la médication ferrugineuse, mais non pas aux sels de fer chimiquement constitués, car ils sont mal assimilés, constipants et fatiguent la muqueuse gastrique, mais à une combinaison protéique de fer et de manganèse à base de malt, se rapprochant de très près de la constitution *du fer alimentaire* et qui est aussi soluble et particulièrement *assimilable*. Cette substance appelée malto-fer n'exerce pas sur l'organisme les seules propriétés antianémiques et excito-nutritives du fer et du manganèse, jointes à la valeur reconstituante phosphatée du malt, mais elle agit encore par les effets oxydasiques et catalyseurs de ses composants. Il en résulte que, chez les malades soumis au malto-fer, on constate une stimulation des échanges, un relèvement de la nutrition, une hyperglobulie et une action dynamique telle que ces anémiés, ces déminéralisés sont, en deux semaines environ, complètement transformés.

Pris à la dose d'un demi-verre à liqueur après chaque repas ou, chez les enfants, d'une cuillerée à café, l'élixir de malto-fer est fort bien toléré et n'amène pas de phénomènes congestifs. Aussi ne présente-t-il aucune contre-indication et a-t-il là encore, au point de vue pratique, une supériorité indéniable sur les sels de fer ordinaires.

Ces anémiés dyspeptiques et dilatés ont souvent des éruptions cutanées toxiques, urticariennes ou acnéiques et, dans ce cas, nous conseillons encore deux à trois pilules, à chaque repas, de mycodermine. Ce remède n'est pas autre chose qu'un extrait de levure de bière fraîche, pure, et sélectionnée, débarrassée de tout principe malodorant et nocif, de toute cellule morte, et enrobé dans des pilules *inaltérables*.

Mais l'extrait de malt français et le malto-fer constitueront, chez de tels malades, la base du traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

— SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Epreuve de titres*. — Séance du 17 juin. — MM. Gougerot, $19 \times 2 = 38$; Ségall, $14 \times 2 = 28$.

Sont déclarés admissibles : MM. Gougerot et Roussy.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — *Epreuve écrite*. — Séance du 15 juin. — « Les orifices du cœur : travail du muscle cardiaque. »

Séance du 16 juin. — M. Jaubert de Beaujeu, 17.

Epreuve de quarante-cinq minutes. — Séance du 17 juin. — M. Jaubert de Beaujeu, 9.

Epreuve de titres. — Séance du 18 juin. — M. Jaubert de Beaujeu, $14 \times 2 = 28$.

— SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre*. — Première séance du 17 juin. — MM. Latarget : « La corde dorsale et le squelette axial » ; note : 16; — Aubaret : « L'ombilic avant et après la naissance »; note : 14.

Deuxième séance du 17 juin. — MM. Descomps : « La région caudale de l'embryon »; note : 17; — Picquand : « Les organes rudimentaires en général »; note : 12.

Première séance du 18 juin. — MM. Garnier : « Les commissures interhémisphériques du cerveau »; note : 11; — Looten : « Le mésoderme céphalique et les vertèbres crâniennes »; note : 13.

Deuxième séance du 18 juin. — MM. Lucien : « La main et le pied (sur le squelette), parallèle anatomique, développement »; note : 17; — Grégoire : « La voie nerveuse motrice »; note : 18.

Séance du 20 juin. — MM. Debeyre : « Osselets de l'ouïe, développement et signification morphologique »; note : 16; — Rouvière : « La gastrulation »; note : 16.

L'*épreuve technique* est divisée en deux parties :

1° L'épreuve d'anatomie consistera en une dissection pour laquelle il est accordé quatre heures. Elle sera suivie d'une exposition de cinq minutes qui aura lieu immédiatement après. Elle aura lieu le mardi 21 juin, à sept heures du matin (École pratique, pavillons de dissection).

2° L'épreuve technique d'embryologie consistera en une reconnaissance d'une préparation microscopique d'embryon que les candidats auront à dessiner et à légender. Cette épreuve se fera le mercredi 22 juin, à neuf heures et demie du matin, au laboratoire des travaux pratiques d'histologie (deuxième étage). Trois minutes sont accordées pour l'explication de cette préparation.

— SECTION DE MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACODYNAMIE. — *Épreuve de trois quarts d'heure*. — MM. Tiffeneau, 19; Schmitt, 13.

M. Tiffeneau est nommé.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies*. — Séance du 17 juin. — MM. Kendirdjy, 29; Desmarest, 27; Français, 22.

— MÉDAILLE D'OR DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Première division, premier prix (médaille d'or et bourse de voyage) : M. Fleury, 81 points 1/2; deuxième prix (médaille d'argent) : M. Mascré, 81 points.

Deuxième division (élèves de première et deuxième année), premier prix (médaille d'argent) : M. Lantenois, 68 points. deuxième prix, accessit (des livres) : M. Fabre, 67 points 1/4

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Deux concours seront ouverts le mardi 26 juillet 1910, à sept heures et demie du matin, aux hospices de Tours, pour la nomination de deux médecins adjoints et deux chirurgiens adjoints à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Les registres d'inscription seront clos le 18 juillet 1910, à cinq heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Raymond Aubert, chef du service de santé à l'administration générale de l'assistance publique à Paris, décédé le 18 juin, à l'âge de quarante-neuf ans.

Sa disparition causera d'unanimes regrets parmi le personnel médical des hôpitaux où il ne comptait que des amis.

La *Gazette des hôpitaux* s'associe particulièrement à ces regrets et adresse ses très respectueuses condoléances à Mme et à Mlle Aubert.

Les obsèques de M. Aubert auront lieu demain mardi, à midi et demi, à Sainte-Marie des Batignolles. On se réunira au domicile du défunt, 37, rue Boursault.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Par décret du 16 juin 1910, M. Perrier (Jean-Octave-Edmond), membre de l'Académie des sciences, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, est nommé directeur de cet établissement pour une nouvelle période de cinq ans.

UN CONCOURS POUR LA NOMINATION AUX PLACES D'ÉLÈVES EN PHARMACIE DES DISPENSAIRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE sera ouvert le lundi 28 novembre 1910, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les élèves en pharmacie qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de midi à trois heures, du jeudi 20 octobre au samedi 12 novembre 1910, inclusivement.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-troisième semaine, 841 décès, au lieu de 859 pendant la semaine précédente et au lieu de 849, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole devient moins fréquente. Les autres maladies épidémiques sont rares.

CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le prochain Congrès international contre la tuberculose, faisant suite à ceux de Paris et de Washington, doit se tenir à Rome en 1911, à une date qui n'est pas encore fixée. En vue de préparer la participation de la France à cette manifestation scientifique et sociale, un comité vient de se former à Paris, sous la présidence d'honneur de M. Léon Bourgeois et sous la présidence effective de M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, assisté de MM. Lannelongue, Peyrot, Paul Strauss et Emile Roux, vice-présidents; docteur Maurice de Fleury, secrétaire général; docteurs G. Bourgeois, Savoire et Weil-Mantou, secrétaires.

Au cours d'une première réunion, tenue au ministère de l'intérieur, le Comité décide, afin d'orienter ses travaux préparatoires, d'adopter la classification suivante :

La première partie, plus particulièrement scientifique, comprendra trois sections, à savoir :

a. Bactériologie, pathologie expérimentale et clinique pathologique : président de section, M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille;

b. Clinique médicale : président, M. le professeur Debove;

c. Clinique chirurgicale : président, M. le docteur Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

La deuxième partie consacrée à l'hygiène publique, à l'assistance et à la démographie, comprendra les trois sections suivantes :

d. Préservation contre la tuberculose : président, M. le professeur Peyrot, sénateur;

e. Assistance aux tuberculeux : président, M. Paul Strauss, sénateur;

f. Statistique : président, M. E. Fuster, chargé de cours au Collège de France, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Maurice de Fleury, 139, boulevard Haussmann, à Paris.

GUERRE. — CONCOURS POUR L'ADMISSION A DES EMPLOIS DE MÉDECIN AIDE-MAJOR DES TROUPES COLONIALES EN 1910. — Un concours s'ouvrira le 28 novembre prochain, à neuf heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission de quatre docteurs en médecine à des emplois de médecins aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies. Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de deuxième classe au moins (1);

4° Souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale;

2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale;

3° Épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter;

4° Interrogation sur l'hygiène.

L'appréciation de chacune des épreuves écrites ou orales est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Une majoration de 100 points est accordée :

1° Aux anciens internes reçus au concours dans les hôpitaux des villes ayant une faculté de médecine ou sièges d'une école de plein exercice de médecine et de pharmacie;

2° Aux licenciés ès sciences dont le diplôme mentionne l'obtention de certificats d'études supérieures de sciences physiques, chimiques ou naturelles.

Et une majoration de 50 points aux lauréats des facultés de médecine, c'est-à-dire aux candidats qui ont obtenu un premier prix au concours établi annuellement pour chacune des années d'études dans ces établissements.

Les majorations ne peuvent être cumulées.

Les demandes d'admission au concours devront être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 13 novembre 1910. — Ces pièces sont :

I. AVANT LE CONCOURS. — 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi;

2° Diplôme, ou à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves);

3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points;

4° Certificat du commandant de recrutement établi l'année du concours constatant dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire l'aptitude réelle au service militaire;

5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou l'état signalétique et des services;

6° Offre de démission conditionnelle du grade d'officier dont le candidat serait titulaire dans la réserve;

7° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la lettre de service.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

(1) Instruction du 22 octobre 1905, sur l'aptitude physique au service militaire.

II. APRÈS L'ADMISSION. — Engagement de servir pendant six ans au moins, au titre de l'activité, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de la nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les docteurs en médecine admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de deuxième classe pour compter du 15 janvier de l'année suivante et vont suivre, à Marseille, pendant neuf mois, les cours de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales. Ils portent l'uniforme des aides-majors de deuxième classe du service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour infirmités.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des écoles militaires du service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major dans l'ordre du classement de sortie.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets directs simples de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide pour se rendre de Paris à Royat est la voie « Nevers-Clermont-Ferrand ».

De Paris à Royat : 1re classe, 47 fr. 70; 2e classe, 32 fr. 20; 3e classe, 21 francs.

De Paris à Vichy : 1re classe, 40 fr. 90; 2e classe, 27 fr. 60; 3e classe, 18 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 JUIN AU 2 JUILLET 1910

THÈSES

Jeudi 30 juin, à une heure. — M. LEBÈGUE. Essai sur les anomalies et maladies congénitales des voies lacrymales. (MM. de Lapersonne, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.) — M. DEBRADE. Du lever précoce des accouchées. (MM. Bar, président; Hutinel, de Lapersonne et Nobécourt.) — M. AMBLARD. Action des bains thermo-lumineux sur l'hypertension dans les cardiopathies artérielles. (MM. Alb. Robin, président; Vaquez, Richaud et Carnot.) — M. CŒUR. Des albuminuries d'origine génitale. (MM. Alb. Robin, président; Vaquez, Richaud et Carnot.) — M. MARQ. Le silicium dans le règne animal et principalement chez l'homme. Quelques expériences sur son passage à travers l'organisme. (MM. Alb. Robin, président; Vaquez, Richaud et Carnot.) — M. BÉAL. L'anaphylaxie dans l'asthme. (MM. Alb. Robin, président; Vaquez, Richaud et Carnot.)

Aide-mémoire de thérapeutique, par MM. G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine, G. POUCHET, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et A. SALLARD, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée, conforme au Codex de 1908. In-8 de VIII-911 pages, imprimé sur 2 colonnes, relié toile. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

Entéro-colite. Estomac et système nerveux, par le docteur PRON (d'Alger). In-18 de 132 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1910.) MONOD et VANVERTS : L'anastomose artério-veineuse. — RIVES : La tuberculose des annexes de l'utérus. — VAN DEN BOSSCHE : Fractures simultanées du radius et du massif épicondylien de l'humérus avec luxation du coude en arrière.

Marseille médical. — (N° 7, 1er avril 1910.) ARNAUD et COSTA : Un cas de méningite cérébro-spinale. — FOURNIER : Sinusite fronto-maxillaire double. — BATUT : Syphilis et tuberculose crâniennes. — DANNEL[illegible] : Pseudarthrose des deux os de la jambe gauche. — ARNAUD : Absorption et élimination de la quinine (*suite*). — (N° 8, 15 avril.) BOINET et PAYAN : Six cas de fièvre de Malte à Marseille. — IMBERT et PIERI : Colpo-hystérectomie abdomino-vaginale. — NEVEU : Anomalie de l'appareil uro-génital. — MASINI : Gastro-jéjunostomie avec entéro-anastomose. — POUCEL : Cancers à marche lente. — CHARPIN : Kyste hydatique guéri spontanément. — CORSY : Complications peu fréquentes de la fièvre typhoïde. — ARNAUD (Fr.) : Elimination de la quinine. — (N° 9, 1er mai.) PAGLIANO : La fièvre de Malte. — POUCEL : Traitement de l'entéro-colite dysentérique grave. — ESCAT et P. FIOLLE : Un cas de papillome du bassinet. — CLÉMENT et DUGAS : Pied bot talus invétéré cicatriciel. — AUBERT et WEILL : Deux cas de volvulus. — BERNEX : Corps étrangers du rétro-pharynx. — BILLON : Cléïdotomie pour dystocie fœtale. — (N° 10, 15 mai.) BIDON : Le signe de Raïmiste. — BRÉMOND : Opportunité de l'intervention dans les cas de goitre. — CLÉMENT : Tuberculose rénale.

Montpellier médical. — (N° 13, 27 mars 1910.) GRASSET : La défense de la vie (*fin*). — ROUVIÈRE et DELMAS : Vestiges des vaisseaux omphalo-mésentériques chez un anencéphale ; — Un diverticule de Meckel chez un anencéphalien du genre dérencéphale. — (N° 14, 3 avril.) — L. RIMBAUD : La sphygmomanométrie bilatérale, en particulier chez les hémiplégiques. — (N° 15, 10 avril.) FLEIG : Recherches sur l'anastomose circulaire des vaisseaux par suture ou par appareils prothétiques au point de vue chirurgical et physiologique ; application à la transfusion du sang et à l'étude de la coagulation (28 fig.). — A. RODET : Institut Bouisson-Bertrand. Rapport sur la douzième année d'exercice (1908-1909).

Journal de médecine interne. — (N° 10, 10 avril 1910.) MAUCLAIRE : Symptômes, diagnostic et traitement de la coxo-tuberculose. — F. TERRIEN : Le traitement médical de la cataracte. Prophylaxie et médication curative. — (N° 11, 20 avril.) LENOIR : De la douleur chez les dyspeptiques et les gastropathes. — SCHWAAB : L'hydrocèle vaginale congénitale dans ses rapports avec l'hérédo-syphilis. — (N° 12, 30 avril.) A.-B. MARFAN : La néphrite chronique de l'enfance. — ISELIN : L'occlusion aiguë du duodénum. — (N° 13, 10 mai.) BABINSKI : De la craniectomie décompressive. — CARADEC : Le polype choanal. — (N° 14, 20 mai.) WIDAL : Le séro-diagnostic de l'actinomycose.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1910.) H. ROGER et M. GARNIER : Nouvelles recherches sur les poisons intestinaux. — N. FIESSINGER et Paul BAUFLE : Contribution à l'étude de la crise pneumonique, du rôle des ferments leucocytaires dans la résolution de l'exsudat pneumonique (7 fig.) — J. PAVIOT et DELACHANAL : Propagation lointaine des frottements péricardiques. Tuberculose fermée de l'un des reins et néphrite de l'autre. — A. GOUGET : La scarlatine (enfants) à l'hôpital Claude Bernard en 1908 (troisième mémoire). — Léon BERNARD : Les ostéopathies myélogènes (rachitisme).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 14, 2 avril 1910.) E. PISTRE : Note sur l'emploi de la gaze au bismuth en rhinologie et en otologie. — (N° 15, 9 avril.) DUVERGER : Sarcome globo-cellulaire de l'ethmoïde et du sinus maxillaire gauches ; rhinotomie latérale et ethmoïdectomie (procédé de Moure). — (N° 16, 16 avril.) RAZEMON : L'anesthésie locale dans la cure de la sinusite maxillaire. — (N° 17, 23 avril.) SCHIFFERS : De la pathogénie de l'ulcère perforant de la cloison du nez. — (N° 18, 30 avril.) E.-J. MOURE et Pierre NADAL : Des ostéochondromes des fosses nasales. — (N° 19, 7 mai.) MOURE : Corps étrangers du naso-pharynx. — KAUFMANN : Un cas de labyrinthite syphilitique. — (N° 20, 14 mai.) GUISEZ et PHILIP : Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie.

Revue médicale de l'Est. — (N° 7, 1er avril 1910.) MICHEL : Une observation de lipome rétro-péritonéal. — L. HEULLY et A. BŒCKEL : Contribution à l'étude de la pathogénie et du mécanisme du pied plat valgus douloureux. — (N° 8, 15 avril.) P. PILLEMENT : L'ancienne Faculté de médecine de Nancy (*suite*). — (N° 9, 1er mai.) FRUHINSHOLZ : Les indications de l'embryotomie rachidienne. Version impossible et version contre-indiquée. — P. PILLEMENT : L'ancienne Faculté de médecine de Nancy [1768-1793] (*fin*).

Revue neurologique. — (N° 6, 31 mars 1910.) BOUCHAUD : Un cas de dysarthrie avec cécité verbale, hémianopsie, agraphie, aphasie amnésique et accès de pleurer et de rire spasmodique, ramollissement cérébral. — DUMOLARD et FLOTTES : Syndrome de Landry à forme de méningo-myélite aiguë diffuse évoluant chez un malade paludéen et saturnin. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Guérison rapide en quelques jours. — (N° 7, 15 avril.) VOGT : Quelques considérations générales sur la myélo-architecture du lobe frontal. — (N° 8, 30 avril.) MOSNY et BARAT : Tabes et amyotrophie au cours d'une méningo-encéphalo-myélite syphilitique (2 fig.). — PASTINE (de Gênes) : Deux cas d'amyotrophie chronique consécutive à la paralysie spinale dont l'un avec examen anatomique (4 fig.).

Tribune médicale. — (N° 14, 2 avril 1910.) G. ROUSSY et P. AMEUILLE : L'examen du pharynx nasal et des choanes à l'autopsie. — J. LAURENCE : Le zymodiagnostic des suppurations. — (N° 15, 9 avril.) Ch. LAUBRY : La climatothérapie dans les affections cardio-vasculaires. — (N° 16, 16 avril.) RATHERY et SAISON : Influence nocive de l'éther en inhalation sur le foie et le rein. — ZIMMERN et BORDET : La paralysie infantile ; nécessité de son traitement électrique ; adaptation des progrès de l'électro-physiologie à la technique. — (N° 17, 23 avril.) M. LŒPER et E. BINET : Crises gastriques des oxaluriques. — Jean CLUNET et Gaston RAULOT-LAPOINTE : Deux cas d'ectasie syphilitiques de l'aorte. Particularités révélées par la radioscopie pendant la vie, confirmées par l'examen anatomique. — (N° 18, 30 avril.) Jean HEITZ et Maurice HARANCHIPY : De la gymnastique respiratoire chez les cardio-vasculaires. — (N° 19, 7 mai.) P. RIBIERRE : Hydarthrose périodique. — (N° 20, 14 mai.) E. MOSNY et PORTOCALIS : Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire (valeur et signification des données de l'examen radioscopique). — H. LALANDE : Théorie pathogénique du cancer.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 20 juin. — MM. Armand-Delille (Paris) : « Muguet »; note : 16; — Nathan (Paris) : « Leucémies ganglionnaires » ; note : 15.

Première séance du 21 juin. — MM. Bernard [Léon] (Paris) : « Insuffisance aortique d'origine artérielle » ; note : 19; — Milian (Paris) : « Varioloïde »; note : 17.

Deuxième séance du 21 juin. — MM. Leredde (Paris) : » Néphrites transverses » ; note : 13; — Pallasse (Lyon) : « Ulcère simple du duodénum »; note : 12; — Cordier (Lyon) : « Perforation intestinale dans la fièvre typhoïde » ; note : 18.

Première séance du 22 juin. — MM. Pierre Nadal (Bordeaux) : « Du pouls lent permanent » ; note : 11 ; — Parisot Nancy) : « Pneumococcie chez l'adulte »; note : 15.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Séance du 21 juin. — MM. Gorse (toutes facultés, Paris excepté) : « La torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire » ; note : 12; — Colle (Lille) : « Ostéomyélite chronique prolongée »; note : 18.

Première séance du 22 juin. — MM. Cotte (Lyon) : « Traitement des pleurésies purulentes aiguës» ; note : 13; — Leriche (Lyon) : « L'exstrophie vésicale » ; note : 17.

— SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 juin. — MM. Gougerot : « De la cicatrisation dans les différents tissus »; note : 19; — Roussy : « Des métastases » ; note : 19.

Epreuve de travaux pratiques. — Séance du 21 juin. — MM. Gougerot, 19; Roussy, 20. — M. Roussy est nommé.

— SECTION D'ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE. — *Epreuve technique.* — Séance du 22 juin. — MM. Aubaret, 13; Debeyre, 10 1/2; Descomps, 15 1/2; Grégoire, 17; Latarget, 12 1/2; Looten, 14 1/2; Lucien, 13; Picquand, 13 1/2; Rouvière, 14 1/2.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 juin. — M. Jaubert de Beaujeu : « Excitation des nerfs »; note : 11.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Aviragnet, Comby, Debove, Talamon, Lacombe, Gilbert, Brocq, Méry, Morestin.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 20 juin. — MM. Cauchoix, 27; Mercadé, 25; Rottenstein, 20.

A PROPOS D'UN CERTIFICAT. — Nous sommes heureux d'apprendre que les poursuites intentées si légèrement à notre confrère le docteur Lop (de Marseille) au sujet d'un certificat (v. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 35, p. 493) viennent de prendre fin par un non-lieu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS. — *Séance du vendredi 17 juin 1910.* — M. le docteur François DAINVILLE présente l'observation d'une malade hérédo-syphilitique, atteinte de gommes multiples et successives du front, du voile du palais et des membres, avec débilité mentale et délire érotique.

M. le docteur GORSE (de Villiers-sur-Marne) expose le traitement des anthrax par la méthode de Bier, méthode qui permet d'éviter les larges incisions et les grandes cicatrices consécutives.

M. le docteur MAURICE décrit un procédé pratique pour injecter des substances sclérogènes ou calmantes dans la région aryténoïdienne, en cas d'affections du larynx.

Enfin, M. le docteur Georges ROSENTHAL présente un appareil destiné à réaliser facilement les enveloppements humides dans la médecine infantile.

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies du cuir chevelu. — III. Les maladies cryptogamiques : Les Teignes, par le docteur R. SABOURAUD, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis. Gr. in-8° de VIII 855 p., avec 433 fig. dans le texte et 28 planches hors texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Tuberculose osseuse, par X. DELORE, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et A. CHALIER, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. In-18 jésus, relié peau pleine, de 450 p., avec 97 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Cent cinquante consultations médicales pour les Maladies des enfants, par le docteur Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-16 de IV-292 p., cart. toile. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 16, 16 avril 1910.) ROSENBERGER : Etiologie de la glycurie. — (N° 17, 23 avril.) ZICKGRAF : Sur l'emploi thérapeutique de la projodine.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 7 avril 1910.) EWALD : Sur l'accumulation de gaz dans l'abdomen et son traitement. — KRAUSE et MEINICKE : Sur l'étiologie de la paralysie infantile épidémique. — RUMPF : L'importance de la respiration diaphragmatique pour la faiblesse et l'insuffisance cardiaques. — TOMACZEWSKI : Recherches sur l'action du mercure et de l'iode dans la syphilis expérimentale. — SCHLESINGER : Sur le diagnostic de la fonction sécrétoire de l'estomac au moyen des rayons Röntgen. — KLUG : Contribution au traitement de la sciatique. — HIRSCH : Traitement de la mastite puerpérale. — EITELBERG : Le traitement par aspiration des maladies de l'oreille et des voies aériennes supérieures. — BEYER : Limites de l'application de la méthode du venin de cobra. — (N° 15, 14 avril.) TREUPEL : Le pneumothorax et son traitement. — MEINICKE : Recherches expérimentales sur la paralysie infantile aiguë. — FRIEDMANN : Sur le fondement matériel et le pronostic de névroses d'accidents avec commotion cérébrale. — GRŒDEL : La forme de l'estomac pathologique. — LICHTWITZ : Sur l'importance des colloïdes pour la formation des concrétions et la calcification. — ESAU : Un cas de tétanos local de la main. — SCHIFF : Sur la lordose congénitale de la colonne cervicale. — HOMBERGER : Bradycardie et influence de la pression extérieure sur les vaisseaux, sur le pouls. — PREISER : Sur l'épicondylite humérale. — (N° 16, 21 avril.) ROMBERG : Sur la nature et le traitement de l'hystérie. — KOLLARITZ : Sur le diagnostic des douleurs neurasthéniques, des palpitations nerveuses et de l'angine de poitrine. — FRIEDMANN : Sur le fondement matériel et le pronostic des névroses d'accident après commotion cérébrale. — WOLFF : Recherches comparatives sur la réaction de Wassermann, la lymphocytose et la réaction de la globuline dans les affections du système nerveux. — ROTTKAY : Sur une infection à proteus mortelle évoluant sous l'aspect d'une fièvre typhoïde. — POTTENGER : La rigidité des muscles et la palpation légère comme signes importants pour le diagnostic des affections pulmonaires. — WOLFF-EISNER : Palpation légère et rigidité musculaire comme signe de diagnostic des affections pulmonaires. — ZIMMER : Fraction de la base du crâne avec paralysie double de l'abdomen et manifestations méningitiques causées par une hémorragie. — KRAEMER : Contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique par l'élargissement de la prostate. — JEUNSEN : Contribution au traitement du carcinome. — SCHALL : Nouveautés techniques en médecine.

Medizinische Blætter. — (N° 16, 16 avril 1910.) PITHA : Traitement opératoire de la tuberculose primitive du rein.

Pédiâtrie pratique. — (N° 10, 5 avril 1910.) L. BAUMEL : Troubles gastro-intestinaux avec fièvre et albuminurie chez un rachitique thoracique atteint de mélanodermie. — SIMONINI : Angiome du foie chez un nouveau-né ictérique. — E. BARTHÈS : La réforme de la loi Roussel. — (N° 11, 15 avril.) Ch. LESIEUR, J. FROMENT et Ch. GARIN : Hémiplégie pneumonique et pneumococcie méningée sans réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien. — (N° 12, 25 avril.) KIRMISSON : A propos du spina bifida. — Ciro Maure GRECO : Un cas de sarcome du péritoine. — ODDO : Du rôle des émotions dans l'étiologie de la chorée de Sydenham, d'après 150 observations personnelles. — (N° 13, 5 mai.) HUTINEL : Diagnostic entre la méningite cérébro-spinale et la méningite tuberculeuse. Importance de la ponction lombaire. — WEILL : Valeur séméiologique de l'arythmie chez les enfants. — Salvatore MAGGIORE : Sur un cas de pseudo-rhumatisme infectieux d'origine streptococcique. — (N° 14, 15 mai.) CONCETTI : Hypothyroïdie et disthyroïdie chez l'enfant. — AIGRE : Outillage puéricole d'une ville (Boulogne-sur-Mer).

Presse médicale. — (N° 28, 6 avril 1910.) E. BONNAIRE : Maladie de Basedow et grossesse. — (N° 29, 9 avril.) Victor VEAU et Eug. OLIVIER : Ablation du thymus, technique, résultats. — D'ŒLSNITZ : Les cliniques de l'hypertrophie du thymus. — (N° 30, 13 avril.) CHAPUT : L'anesthésie locale et les grandes opérations. — Emile GÉRAUDEL : Les métastases cancéreuses par envahissement lymphatique rétrograde. — (N° 31, 16 avril.) DELBET : La syphilis dysplasique. — F. BALZER : Posologie du benzosulfone paramino-phénylarsinate de soude seul ou associé au mercure (hectine et hectargyre) dans le traitement de la syphilis. — C. LEVADITI et A. LATAPIE : Le séro-diagnostic de la syphilis d'après les résultats enregistrés à l'Institut Pasteur au cours de l'année 1910. — A. SÉZARY : Traitement pathogénique des affections nerveuses parasyphilitiques (tabes et paralysie générale.) — (N° 32, 20 avril.) H. ROGER et LÉVY-VALENSI : Albumino-réaction des expectorations. — A. CLERC : La lymphadénie typique. — (N° 33, 23 avril.) LEVADITI : L'étude expérimentale de la poliomyélite aiguë. — CLERC : La lymphadénie atypique. — LŒPER et ESMONET : Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen. — Silvio ROLANDO : Fracture de la base du premier métacarpien et principalement sur une variété encore non décrite. — ROSENTHAL : Sérothérapie et vaccination contre le rhumatisme articulaire aigu. — (N° 34, 27 avril.) HARTMANN : Les amputations. — (N° 35, 30 avril.) TUFFIER et MAUTÉ : Infection vésicale staphylococcique par migration de dehors en dedans. — BÉNARD et GAGNEUX : Un nouveau procédé de diagnostic du cancer. Leucodiagnostic de MM. Ch. Achard, Henri Bénard et Ch. Gagneux. — DUJARIER et BERGER : Hernie épigastrique contenant une anse grêle étranglée. — (N° 36, 4 mai.) L. BOIDIN et Guy LAROCHE : La toxicité hydatique. Toxicité directe et anaphylaxie. — Alfred MARTINET : Maladie du sérum et mort subite consécutives à l'injection du sérum antitoxique. — Ch. ACHARD et Henri BÉNARD : A propos du leucodiagnostic du cancer. — (N° 37, 7 mai.) J. PARISOT : Les thyroïdites aiguës et leurs complications cardio-vasculaires. — M. PERRIN et L. RICHON : Le nanisme toxique. — A. TOURNADE et G. GIRAUD : Mécanisme d'action physiologique de la quinine sur les accès palustres. — A. CLERC : La lymphadénie. Notions de pathologie générale. — R. LEROUX : Pathogénie et traitement de l'ozène. Paraffinothermothérapie. — (N° 38, 11 mai.) ZIMMERN et S. TURCHINI : La diathermine et les effets thermiques des courants de haute fréquence. — BERTIN et L. BRUYANT : Sporotrichose gommeuse du bras par inoculation accidentelle de laboratoire. Culture. Sporo-agglutination, réaction de fixation. Intradermo-réaction sporotrichosique. — (N° 39, 14 mai.) JUVARA : Technique chirurgicale. Traitement du prolapsus génital chez la vieille femme par le procédé de cloisonnement du vagin (opération de Le Fort). — CHEVASSU : Le diagnostic clinique des cancers du testicule. — GUIBÉ et G. MAINGOT : Un cas de calcul salivaire. Etude radiologique. — (N° 40, 18 mai.) SCHREIBER : Sur la durée des néphrites chroniques.

LE MÉNINGISME

SES RAPPORTS AVEC LA PONCTION LOMBAIRE

Par M. Louis BOUSQUET,
Chef de clinique médicale à l'Université de Montpellier.

Dupré a signalé sous le nom de méningisme « l'ensemble des symptômes éveillés par la souffrance des zones méningo-corticales et indépendants de toute lésion anatomique saisissable ». (*Congrès de Lyon*, 1894.) C'est ce que le professeur Grasset a résumé dans une formule particulièrement claire et concise « une méningite clinique, sans méningite anatomique ».

Cette dernière définition fait bien comprendre ce que théoriquement l'on doit entendre par méningisme, mais elle ne résout pas toutes les difficultés, car en présence d'un cas donné, la question demeure entière de savoir s'il y a ou non méningite anatomique.

Lorsque la ponction lombaire entra dans la pratique courante on put croire un instant que le problème allait être bien simplifié, puisque ce mode d'exploration permettait jusqu'à un certain point l'examen direct d'une séreuse qui jusque-là n'avait cliniquement laissé préjuger de ses modifications anatomiques que par des réactions pathologiques fonctionnelles. La ponction lombaire a évidemment apporté une immense contribution à la connaissance des altérations méningées.

La comparaison des résultats qu'elle fournit avec les manifestations cliniques et les constatations nécropsiques a permis d'établir des formules qui, pour n'avoir rien d'absolu, n'en constituent pas moins des données importantes. Plus particulièrement en ce qui concerne le méningisme, on crut pouvoir admettre qu'il serait défini par l'existence de symptômes de méningite chez un sujet dont le liquide céphalo-rachidien demeurait normal. C'est cette opinion que reflète la thèse de Lamouroux (Paris 1902). Mais l'observation ne tarda pas à démontrer que cette schématisation hâtive ne correspondait pas à la réalité des faits. Dupré, dans son remarquable article MÉNINGISME du *Traité des maladies de l'enfance* indique bien qu'il existe, d'une part des méningites vraies sans altération du liquide céphalo-rachidien, d'autre part des modifications pathologiques de ce liquide, sans aucun signe de méningite. Et l'on peut être surpris de lire encore dans certains travaux récents, que la ponction lombaire jugera toujours en dernier ressort la question de savoir si l'on est ou non en présence d'un cas de méningisme. Le problème est autrement complexe.

Et ce sont précisément les données apportées par la pratique de la rachicentèse et aussi le perfectionnement des méthodes d'examen histologique du système nerveux, qui sont venus ébranler cette notion du méningisme ou tout au moins en restreindre considérablement la portée.

En effet, ces acquisitions nouvelles sur les processus méningés ont fait la lumière sur de nombreux cas cliniques dont la pathogénie était obscure il y a quinze ans et pour lesquels semblait bien justifiée l'appellation de méningisme.

Il semble que le groupe de faits rangés dans le méningisme peut à l'heure actuelle se classer ainsi :

1° Méningites microbiennes vraies curables;

2° Méningopathies dues à des lésions histologiques du territoire cortico-méningé ;

3° Fausses méningites hystériques ou réflexes.

I. MÉNINGITES MICROBIENNES VRAIES CURABLES. — L'existence de *méningites vraies curables* était autrefois révoquée en doute. La curabilité était même aux yeux de Guersent, de Frank, de Bouchut, le grand caractère qui distinguait la méningite vraie du méningisme. Cependant Bouchut déclarait qu'il n'y a entre la vraie et la fausse méningite qu'une question de degrés. C'est en effet la différence qui sépare la méningite qui guérit de celle qui ne guérit pas. Cette différence de degré s'observe par exemple dans la typhoïde qui peut présenter des manifestations méningées à tous les stades, depuis l'exagération des phénomènes nerveux habituels jusqu'à la méningite la plus nette. Il y a encore quinze ans, ainsi qu'en témoignent les discussions de la Société médicale des hôpitaux (20 déc. 1895), l'on rangeait dans le méningisme tous les états méningés qui guérissaient et au nombre desquels plusieurs certainement étaient de véritables méningites. La ponction lombaire que l'on ne pratiquait guère en France à cette époque devait bientôt mettre sur la piste des méningites curables dont on connaît bien aujourd'hui la fréquence et dont le nombre s'accroît dans la mesure où se perfectionnent les moyens d'exploration des centres nerveux.

Les méningites curables susceptibles de laisser croire à du méningisme peuvent se rencontrer dans des circonstances variables.

Un grand nombre de maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la broncho-pneumonie, présentent au cours de leur évolution des phénomènes méningitiques plus ou moins accentués, avec réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Ces faits se rapportent à des atteintes méningées microbiennes ou toxiques, à des méningites incomplètes, suivant l'expression de Korner et Huguenin. Faire entrer ces manifestations dans le méningisme, pour la raison qu'elles sont susceptibles de tourner court subitement, serait s'acheminer vers l'opinion déjà ancienne qui rangeait dans le méningisme toute méningite qui guérissait.

De même l'on connaît trop bien aujourd'hui les méningites ourliennes pour considérer comme du « méningisme au cours des oreillons » les deux cas publiés dans la thèse de Lamouroux (obs. VI et VII) où la ponction lombaire ne fut pas pratiquée, mais dans lesquels l'observation clinique permet de reconnaître la méningite ourlienne. De connaissance relativement récente est aussi la méningite zonateuse dont les manifestations ont pu faire croire à du méningisme.

Il n'est pas jusqu'à la méningite tuberculeuse qui ne soit susceptible de guérison. Un nombre imposant de faits de ce genre a déjà été publié; il en est

qui sont souvent rapportés et dans lesquels cependant la preuve de la nature tuberculeuse ne fut peut-être pas faite avec toute la rigueur scientifique que l'on est en droit d'exiger aujourd'hui, tels ceux de Henkel, Freyhan, Gross, etc.; mais il en est où l'hésitation n'est pas possible, puisque la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien fut nettement démontrée par les divers modes d'examen et notamment par l'inoculation au cobaye (Avanzino, Riebold, Claisse et Abrami, etc.). Les méninges se comportent dans ces cas comme d'autres séreuses subissant l'atteinte du bacille de Koch.

Il n'est donc point douteux, et c'est un fait trop connu pour qu'il soit nécessaire de le démontrer par de nombreux exemples, que les méningites non tuberculeuses (Gauthier, Th. de Lyon, 1908) et même, plus rarement, les méningites tuberculeuses sont susceptibles de guérir.

Notre but n'est pas de passer en revue toutes les éventualités cliniques dans lesquelles peuvent se produire des méningites curables, mais ce qui nous intéresse ici, c'est de savoir si la ponction lombaire nous dira toujours avec certitude s'il s'agit dans un cas donné de méningite curable ou s'il s'agit au contraire d'un état pathologique indépendant de toute lésion et susceptible par conséquent d'être désigné sous le nom de méningisme.

La ponction lombaire sera certes d'un précieux secours, mais elle ne saurait constituer un critérium infaillible.

A. D'une part, en effet, le liquide céphalo-rachidien peut être normal et par conséquent laisser croire à du méningisme dans des cas de méningite bien authentique. Les causes de cette intégrité du liquide céphalo-rachidien peuvent être nombreuses; mais on peut concevoir par exemple qu'une oblitération inflammatoire siégeant au niveau du trou de Monro ou de Magendie, vienne isoler la portion encéphalique de la ponction rachidienne des espaces sous-arachnoïdiens.

Les altérations du liquide céphalo-rachidien le plus communément recherchées au cours des méningites se rapportent à sa teneur en cellules ou en microbes, aux modifications de ses éléments chimiques ou de sa perméabilité pour diverses substances.

La recherche de la réaction cytologique est facile et donne des résultats immédiats; de plus les premiers observateurs purent croire que ses résultats étaient positifs dans tous les cas de méningite. La pie-mère en effet est très sensible et réagit, d'ordinaire non seulement aux infections, mais aussi aux irritations aseptiques même légères. C'est ainsi qu'il suffit d'injecter dans les espaces sous-arachnoïdiens un liquide qui n'est pas en parfaite isotonie avec le liquide céphalo-rachidien pour voir une réaction leucocytaire abondante; et MM. Sicard et Salin (*Soc. de biol.*, 19 mars 1910) ont montré que l'injection de sérum chloruré artificiel à 8 p. 1000 ou d'un quelconque sérum de cheval provoquaient, peu d'heures après l'injection, une polynucléose abondante qui se transformait bientôt en lymphocytose, ce qui semble bien indiquer que la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien est en quelque sorte un phénomène trop banal pour que l'on puisse conclure de cette réaction à la méningite au sens où l'on entend ce mot en clinique.

Et cependant il est des cas assez nombreux de méningite où l'examen cytologique demeure toujours négatif alors que l'examen bactériologique ou l'autopsie permettaient d'affirmer l'infection des méninges. Ces faits ne sont pas très communs en ce qui concerne la méningite tuberculeuse, il y en a cependant quelques-uns, par exemple ceux de Courmont et Montagard, de Mollart et André (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1902), de Rénon (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906), de Porot (*Revue de méd.*, 1908). Mais divers autres germes peuvent, plus souvent que le bacille de Koch provoquer des méningites sans que le liquide obtenu par la rachicentèse décèle d'élément cellulaire (Rist, Ribabeau-Dumas, Vincent à la *Soc. méd. des hôpit.*, 6 nov. 1908; Fischer et Scherrer, *Presse méd.*, 1909, p. 602, etc.).

Il semble que le pneumocoque se rencontre dans ces cas avec une particulière fréquence. La quantité de microbes que renferme le liquide céphalo-rachidien peut être vraiment prodigieuse et lui donner une teinte jaune et un aspect moiré qui persistent après centrifugation. La virulence des microbes, de même que la gravité de ces cas est très variable. On n'a pu encore expliquer cette absence d'éléments lymphocytaires, et moins encore cette étrange alternance que signalent Rist et Boudet dans un de leurs cas où quatre ponctions successives ont permis de constater tantôt une remarquable richesse en bacilles coïncidant avec l'absence de lymphocytes, tantôt de nombreux lymphocytes que n'accompagnait aucun microbe.

Il semble bien que dans la méningite aiguë mortelle qui peut accompagner la trypanosomiase, le liquide céphalo-rachidien qui renferme le trypanosome soit dépourvu de leucocytes (Thiroux et Pelletier, *Société de pathologie exotique*, 21 juillet 1909). On a même signalé des cas où l'absence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien coïncidait avec une méningite suppurée de la base constatée à l'autopsie (Achard). Il faut bien admettre en pareille circonstance une oblitération des voies qui font communiquer les espaces ventriculaires ou sous-arachnoïdiens de l'encéphale avec ceux du rachis. Enfin l'inflammation méningée peut quelquefois dans ses premières phases et pendant une durée de quelques jours ne pas s'accompagner encore de réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien ainsi qu'il ressort de quelques observations de Laignel-Lavastine et R. Voisin (*Archives de méd. expérim.*, 1904, p. 207). Cela explique que le liquide céphalo-rachidien de certaines méningites cérébro-spinales à marche foudroyante soit dépourvu d'éléments cellulaires. Il arrive donc assez fréquemment que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien soit négatif au cours de méningites.

Mais peut-on du moins compter sur les recherches bactériologiques pour rendre à la ponction lombaire toute son importance diagnostique et faire le départ

entre la méningite vraie et les états qui peuvent la simuler ?

Il n'en est rien. Les toxines microbiennes, tout comme les microbes eux-mêmes, peuvent provoquer les phénomènes diapédétiques et les manifestations cliniques de l'inflammation (Chauveau, Arloing, Charrin). Ce fait s'applique aux méninges et permet de comprendre que l'on puisse rencontrer des méningites où le liquide sous-arachnoïdien ne renferme aucun germe. C'est ce que l'on observe dans les déterminations méningées microbiennes secondaires aux maladies infectieuses pour lesquelles Le Gendre a proposé le nom de « syndrome méningé des fièvres ». De même que dans les cas rapportés à la Société médicale des hôpitaux par Widal, Lemierre et Boidin (1906), Widal et Philibert (1907), de Massary et Weil (1907), Widal et Etienne Brissaud (1909). Dans ces cas que ne distinguait aucune particularité clinique, sinon qu'ils se terminaient tous par la guérison, il fut impossible de déceler aucun élément microbien. Du reste l'intégrité complète des globules blancs, l'absence de pycnose, qui est de pronostic favorable, montrait bien, suivant la remarque de Widal que ces éléments n'avaient pas eu à soutenir de lutte.

Le liquide peut être aussi absolument stérile et présenter une réaction cellulaire insignifiante dans des cas où la précipito-réaction démontre la nature méningococcique de certaines méningites [Salebert et J. Louis, *Soc. méd. des hôp.*, 11 juin 1909 ; — V. et J. Baur (de Bourges), *Soc. de biol.*, 31 juillet 1909 ; — Vincent et Combes, *Soc. de biol.*, 27 nov. 1909]. De même la réaction de fixation de Bordet-Gengou peut révéler qu'un liquide céphalo-rachidien stérile est cependant d'origine méningococcique (Cohen, *Presse méd.*, 1909, p. 791). Le cas de Pautrier et Simon (*Soc. méd. des hôp.*, 1907), où l'injection intra-rachidienne d'une solution de stovaïne suffit à déterminer un syndrome méningitique passager mais intense avec réaction polynucléaire très abondante, montre bien qu'il n'est pas besoin de microbes pour provoquer le syndrome méningitique au complet et que l'irritation directe d'un liquide toxique y suffit. L'absence de microbes au moment de la ponction lombaire n'indique pas d'ailleurs que le processus méningitique n'est pas de nature microbienne ; l'agent infectieux et notamment le méningocoque peut n'apparaître que très tard, dans la deuxième ou troisième semaine, comme dans le cas de V. et J. Baur.

Quant au pouvoir bactériologique du liquide céphalo-rachidien, qui pour Concetti, Nobécourt, Sicard, expliquerait la disparition des germes, il est contesté par Allaria et aussi par Gauthier (de Lyon).

L'examen chimique du liquide céphalo-rachidien a été pratiqué bien moins souvent que l'examen cytologique ; il semble donner des résultats plus constants que la cytologie ; dans quelques cas difficiles il nous a puissamment servi à orienter notre diagnostic (Bousquet et Mestrezat, *Montpellier médical*, janvier 1910).

La recherche des chlorures et du sucre peut avoir quelque utilité, mais c'est surtout l'hyperalbuminose qui a permis, même en l'absence d'éléments cellulaires dans le liquide céphalo-rachidien, d'affirmer le diagnostic de méningite, mais elle peut faire défaut dans certaines méningites (Nonne et Appelt, 1907) ou se rencontrer dans des cas comme l'urémie, l'ictère, la paralysie générale où il n'existe pas de méningite au sens clinique de ce mot.

Nous signalons la perméabilité méningée, beaucoup moins pour la précision des résultats qu'elle donne, que pour la vogue qu'elle eut il y a quelques années ; elle manque dans bien des cas même dans la méningite tuberculeuse et peut exister dans des états tels que l'urémie.

Il nous semble donc bien démontré que, parmi les caractères du liquide céphalo-rachidien, qui sont le plus fréquemment recherchés et qui ont paru les plus caractéristiques, il n'en est aucun qui constitue un criterium infaillible permettant d'éliminer ou d'affirmer à coup sûr le diagnostic de méningite.

Il est bien entendu que ces caractères du liquide céphalo-rachidien ne doivent pas être considérés isolément ; ils se complètent et l'un pourra donner des indications alors que les renseignements fournis par les autres demeurent négatifs ou s'écartent des formules ordinaires. Mais ce liquide peut être normal sous tous les rapports au cours de méningites constatées à l'autopsie. On peut citer par exemple les observations XL et XLII de la thèse de R. Voisin où il y a eu méningite clinique, méningite anatomique sans aucune modification cytologique, chimique ou bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

L'examen de ce liquide peut par conséquent donner moins de résultats que ne semblent en faire attendre les manifestations cliniques. Vincent (*Soc. de biol.*, 27 nov. 1909) émet l'hypothèse que dans certaines méningites, surtout céphaliques, le méningocoque se cultive presque exclusivement dans les ventricules, d'où son absence dans le liquide céphalo-rachidien, au moins celui des premiers tubes. On pourrait concevoir que l'absence de réaction cytologique tienne quelquefois à la même cause. Dans quelques cas il y a certainement interruption complète entre les espaces sous-arachnoïdiens de la région encéphalique et ceux de la région rachidienne ; il en est ainsi dans l'observation XV de la thèse de Monod (Paris 1907) dont voici les passages essentiels : « Une ponction lombaire donne issue à 10 centimètres cubes de liquide parfaitement clair ; ce liquide est parfaitement normal à tous les points de vue ; il ne renferme aucun élément cellulaire ; la proportion d'albumine n'est pas augmentée ; les tubes d'agar ensemencés restent stériles ; on injecte 4 centimètres cubes à une souris sans résultat. Malgré ces résultats absolument négatifs, le diagnostic clinique de méningite suppurée à pneumocoques est maintenu ; l'enfant succombe au bout de quatre jours. A l'autopsie on trouve la convexité du cerveau couverte d'une épaisse couche de pus. Une souris reçoit sous la peau un quart de pipette de pus prélevé à l'autopsie ; elle succombe au bout de vingt heures. Le sang du cœur ensemencé sur gélose donne des cultures pures de pneumocoques. »

Cette indépendance dans la réaction pathologique des méninges craniennes et rachidiennes est tout à fait nette dans l'observation bien intéressante de Courtois-Suffit et Beaufumé (*Gaz. des hôp.*, 1904) où la lymphocytose du liquide obtenu par la ponction lombaire traduisait une éruption papuleuse secondaire, tandis que l'autopsie révélait une méningite suppurée à streptocoques et polynucléaires, dont les symptômes encéphaliques coexistaient pendant la vie avec ceux de la syphilis.

B. Les investigations portant sur le liquide céphalo-rachidien peuvent donc réserver des déconvenues et demeurer absolument négatives au cours de vraies méningites. Ne peut-il inversement y avoir des modifications du liquide pouvant faire songer à une méningite sans méningite ?

Les faits de ce genre ne sont pas rares.

Déjà Morigliano en 1902, puis Nobécourt et Voisin avaient rencontré des altérations cytologiques ou chimiques du liquide céphalo-rachidien au cours d'otites ou de broncho-pneumonies qui ne présentaient aucune manifestation clinique pouvant faire songer à la méningite.

Les oreillons, depuis les recherches de Monod (1903) ont montré de nombreux cas de lymphocytose et quelquefois même de véritables « suppurations lymphocytiques » (Chauffard et Boidin) qui peuvent bien correspondre à des signes non douteux ou fort atténués de méningites, mais qui bien souvent ne se traduisent par aucun symptôme méningé.

La lymphocytose a pu se rencontrer aussi, incidemment, dans la plupart des fièvres éruptives et des maladies infectieuses, alors que l'infection ou l'intoxication des méninges sont minimes et n'exigent qu'une défense cellulaire atténuée c'est-à-dire lymphocytaire et ne comportent aucune manifestation clinique qui permette de penser à la méningite. Les diverses éruptions cutanées et notamment les dermatites des jeunes enfants (Ferrand, Hutinel), les manifestations secondo-tertiaires de la syphilis surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'accidents cutanés (Ravaut, Milian), font aussi de la lymphocytose; enfin le zona où elle est à peu près constante même dans ses formes les plus simples. Et nous pourrions accroître cette liste, mais ces faits sont aujourd'hui bien connus.

Il est évident que dans tous ces cas où des altérations du liquide céphalo-rachidien sont parfaitement tolérées, l'apparition possible d'une fausse méningite hystérique serait, sur la foi de la ponction lombaire, attribuée à des lésions qui en réalité n'existeraient pas, ou tout au moins ne seraient pas en cause.

Il semble que la coexistence dans le liquide céphalo-rachidien de polynucléaires et de microbes devrait toujours permettre d'affirmer à coup sûr l'existence d'une méningite, cependant Voss (cité par Gauthier, Th. de Lyon, 1908) a pu, au cours d'une thrombo-phlébite des sinus, faire cette double constatation sans qu'il y eût méningite; il pense que de pareils faits peuvent s'expliquer par le passage direct dans le liquide céphalo-rachidien de microbes qui ont perdu leur virulence. Et nous citerons enfin le cas fort intéressant rapporté par Sicard à la Société de neurologie (6 mai 1909) d'un malade dont les méninges furent infectées accidentellement au cours d'une intervention chirurgicale et chez lequel plusieurs ponctions lombaires révélèrent un liquide trouble avec un grand nombre de polynucléaires altérés et des germes (coli-bacille et staphylocoques) sans qu'aucun symptôme pût faire penser à la méningite, sauf peut-être un très léger Kernig. Tous ces faits indiquent qu'il n'existe pas de parallélisme rigoureux unissant les altérations du liquide céphalo-rachidien avec les manifestations cliniques ni même avec l'état anatomique des méninges. Il apparaît donc bien évident que dans ce grand groupe des méningites microbiennes vraies curables, qui pour la plupart étaient autrefois rangées dans le méningisme, la rachicentèse est quelquefois incapable de dire s'il y a ou non une lésion. L'examen cytologique notamment sur lequel on avait beaucoup compté pour affirmer ou infirmer le diagnostic de méningisme peut induire en erreur dans l'un ou l'autre sens. Il peut être positif en l'absence de tous symptômes, dans des cas par conséquent où la question du méningisme ou de la méningite ne se pose même pas; il peut être absolument négatif à tous points de vue alors qu'existent des lésions de méningite, même de méningite suppurée.

L'explication de ces faits d'apparence paradoxale peut être quelquefois donnée; cependant nous ne connaissons pas encore toutes les circonstances, toutes les lois biologiques qui régissent la cytologie du liquide céphalo-rachidien. Ces constatations d'ailleurs ne nous font point méconnaître l'importance de la ponction lombaire qui a beaucoup contribué à établir la notion des méningites curables et donne le plus souvent à leur sujet de précieux renseignements. Nous voulons simplement indiquer qu'aucune de ses données ne constitue à l'heure actuelle un criterium absolu, quoi qu'en aient dit la plupart des auteurs qui se sont occupés du diagnostic du méningisme.

En tous cas pour réduire au minimum les chances d'erreur, il faudra rechercher les diverses modifications du liquide céphalo-rachidien; il ne faudra pas négliger d'indiquer si les éléments leucocytaires sont normaux ou altérés.

II. Méningites histologiques. — Dans une deuxième catégorie de faits autrefois attribués au méningisme il s'agit de cas, dans lesquels il est difficile de constater les lésions macroscopiques méningées que l'on est habitué à rencontrer dans la méningite vraie, mais où l'examen attentif, aidé d'une technique histologique précise, permet de retrouver de véritables altérations tissulaires d'origine microbienne ou toxique qui expliquent suffisamment les symptômes cliniques observés.

Ces altérations peuvent être d'abord la *congestion simple*.

Il y a près de cinquante ans, Bouchut érigea en méthode l'examen du fond de l'œil chez les enfants atteints d'affections méningées et put établir un

parallélisme entre les altérations papillaires ou péri-papillaires et les lésions méningées observées à l'autopsie. Il avait déjà remarqué que les cas qu'il désignait sous le nom de pseudo-méningites et qu'on a rangés plus tard dans le méningisme se caractérisaient par une congestion de la papille ou de la choroïde, s'accompagnant ou non de réplétion des veines de la rétine. Il est légitime de conclure avec Bouchut que certaines réactions cliniques d'apparence méningitique sont produites par la congestion des méninges qui doit être le premier stade des lésions que les méninges sont susceptibles de subir, le premier pas, le seul quelquefois, qu'elles font vers la méningite. Cette congestion des méninges peut cependant provoquer des accidents redoutables et parut contribuer puissamment au dénouement fatal qui se produisit dans les cas de Belfonti, Auscher, Berge, Claisse (in Lamouroux, p. 65). Dans ces faits cependant, la surface des circonvolutions et les méninges furent trouvées normales et dans les cas où on le rechercha, le liquide céphalo-rachidien fut stérile. Il est évident que cette soi-disant névrose congestive, ainsi que Bouchut appelait ces pseudo-méningites, a pour substratum anatomique des altérations vasculaires qui peuvent être passagères mais qui peuvent avoir aussi, surtout chez l'enfant, de redoutables conséquences.

A un degré plus avancé, on peut rencontrer en même temps que la congestion l'*œdème* des méninges. Cet œdème peut ressortir à deux processus différents que démontre l'aspect histologique. Tantôt c'est un œdème simple avec un peu d'infiltration sanguine par places, tantôt on observe des leucocytes infiltrés dans les mailles de l'œdème et témoignant d'un travail d'inflammation. C'est ce dernier aspect que Laignel-Lavastine et R. Voisin désignent sous le nom de « stade séreux des méningites aiguës ». Cette congestion et cet œdème trouvés à l'autopsie de sujets morts de maladies infectieuses avaient pu apparaître comme des lésions banales et incapables d'expliquer le prétendu méningisme observé pendant la vie. Cependant Pfuhl et Walter (1896) dans la grippe, Boden (1899) dans la typhoïde purent en pareilles circonstances retrouver dans le liquide d'œdème le bacille de Pfeiffer, le streptocoque, le bacille d'Eberth. Les faits de ce genre se sont multipliés et l'on sait bien aujourd'hui qu'en pareil cas les manifestations cliniques sont dues à un processus d'inflammation microbien; c'est de la méningite séreuse si l'on veut, mais de la méningite tout de même.

Comment peut-on expliquer cette congestion simple ou œdémateuse?

Dans certains cas elle peut être d'origine réflexe : les vaso-dilatations réflexes en général sont bien connues, et en ce qui concerne les méninges un certain nombre d'auteurs (Gubler, Laveran, Vulpian) ont admis ce mécanisme. D'autres fois ce sont les microbes eux-mêmes qui sont en cause et que l'on retrouve dans la sérosité épanchée. Enfin la congestion et l'œdème peuvent être d'origine purement toxique et ce mécanisme doit être fréquent. Tous les poisons [illegible] effet paraissent susceptibles de produire au niveau des méninges des troubles congestifs et diapédétiques. L'observation de ce qui se passe quand on injecte une substance toxique chimique dans la cavité sous-arachnoïdienne est instructive à cet égard. Ravaut et Aubourg (*Soc. de biol.*, 15 juin 1901) ont pu constater que la rachicocaïnisation était presque toujours suivie d'hypertension et surtout d'une polynucléose dont l'abondance était à peu près proportionnée au degré de la céphalée et suffisante dans certains cas pour constituer un véritable culot de pus. L'évolution de cette leucocytose était d'ailleurs tout à fait superposable à ce que l'on observe dans les méningites aiguës qui guérissent. Dans le cas de Pautrier et Simon (*Soc. méd. des hôpit.*, 1907), une rachistovaïnisation réalise une véritable méningite curable avec polynucléose abondante.

Les diverses toxines apportées par la voie sanguine peuvent provoquer la même lymphocytose rachidienne. Mosny et Malloizel (*Soc. de biol.*, 23 juillet 1904) ont démontré la lymphocytose au cours de l'intoxication saturnine et pensent que son intensité correspond au degré d'imprégnation du système nerveux central par le plomb. Les poisons endogènes peuvent aussi provoquer des réactions méningées avec leucocytose. Il en est ainsi au cours de l'éclampsie, dans l'anémie ou même chez les malades en rétention chlorurée. Dans tous ces cas il y a donc réaction méningée, et la ponction lombaire pourra donner des résultats analogues à ceux qu'elle fournit dans les méningites; elle permettra d'affirmer que les méninges réagissent alors même qu'aucun symptôme clinique n'attirait l'attention du côté de ces séreuses. Quant aux toxines microbiennes, les observations de Chauveau, Arloing, Charrin, etc., démontrent bien qu'elles sont à elles seules capables de provoquer la diapédèse, et les méningites aiguës aseptiques (Th. de Chabbert, Paris 1908) semblent ressortir à cette catégorie de faits.

Les microbes ou les toxines sont donc susceptibles de provoquer des lésions suffisantes pour expliquer les symptômes observés et pour permettre d'affirmer qu'il ne s'agit pas seulement d'un trouble dynamique qui constituerait le méningisme. Ces réactions doivent d'ailleurs être très peu profondes, On pourrait supposer même que le poison en pénétrant dans les espaces sous-arachnoïdiens altère seulement les portions qui sécrètent le liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire les parois épendymaires et les plexus choroïdes.

A côté de ces faits de congestion des méninges avec ou sans œdème, il existe un groupe important et intéressant de faits dans lesquels les manifestations cliniques, attribuées au méningisme, sont dues à des *altérations histologiques des cellules du cortex.*

La pie-mère et la partie superficielle de la substance grise constituent un même territoire dont la souffrance se traduira par le syndrome méningitique. Il est donc légitime de chercher la cause de ce syndrome, non pas seulement au niveau des méninges, mais encore dans les portions sous-pie-mériennes du cortex. Grâce aux perfectionnements de la tech-

nique histologique on a pu déceler dans les cellules pyramidales de l'écorce des modifications pathologiques très légères, mais qui, en l'absence de toute altération méningée, venaient apporter une explication suffisante aux symptômes observés. C'est ainsi que par la méthode de Nissl, Nobécourt, Voisin ont pu observer des lésions histologiques plus ou moins intenses des cellules de l'écorce (chromatolyse, excentricité ou apparence flou du noyau, déformation globuleuse, neuronophagie) dans toutes les broncho-pneumonies qui s'accompagnaient de symptômes méningés, alors même que les lésions méningées proprement dites faisaient défaut. D'autre part, et ceci est fort important, dans les cas où les symptômes de méningite avaient manqué, les cellules pyramidales étaient trouvées saines, bien qu'il pût y avoir quelquefois des lésions inflammatoires nettes au niveau des méninges. Ces faits sont intéressants car ils démontrent d'abord que les manifestations cliniques des méningites sont, au début tout au moins, fonction de l'altération des cellules nerveuses, bien plus que des méningites elles-mêmes ; ensuite que la ponction lombaire peut dans ce cas induire en erreur, car elle pourra être complètement négative, alors que les manifestations cliniques sont dues à des lésions cellulaires susceptibles de progresser.

Voilà donc toute une catégorie de faits qui ont été rangés dans le méningisme à cause de leur bénignité habituelle et à cause du peu de lésions constatées à l'autopsie ; cependant, nous venons de voir qu'ils sont dus à des altérations du territoire méningo-cortical, altérations souvent passagères et très peu marquées, mais suffisantes pour créer une expression clinique dont l'intensité variera avec les prédispositions du sujet, suffisantes aussi pour exclure l'hypothèse de méningisme, qui par définition survient en dehors de toute lésion.

III. Fausses méningites hystériques ou réflexes. — Enfin il existe des cas où les manifestations méningées se produisent vraisemblablement en dehors de toute altération du territoire méningo-cortical. Il s'agit bien alors d'un simple trouble dynamique ; on observe ces faits dans l'hystérie et au cours de certains autres états pathologiques dont il serait difficile de concevoir l'action sur le système nerveux central autrement que par un réflexe.

Il nous paraîtrait oiseux d'insister beaucoup sur les fausses méningites hystériques ; les exemples en sont nombreux. Elles se caractérisent d'ordinaire par leur apparition rapide, en pleine santé, de préférence chez un enfant ou chez une femme qui peuvent avoir présenté d'autres manifestations nécrosiques. L'existence de causes occasionnelles, d'ordre psychique, la guérison rapide, quelquefois sous l'influence de la persuasion, contribueront au diagnostic. D'ailleurs, dans la simulation de la méningite comme des autres maladies pour l'hystérie, la ressemblance n'est d'ordinaire pas absolue et quelque étrangeté donnera l'éveil. Ces manifestations peuvent présenter chez certains sujets des récidives assez fréquentes ; il ne faudra pas trop se hâter de les rapporter à l'hystérie ; on peut avoir affaire à des apparitions successives de méningites vraies atténuées, dont une dernière poussée peut être mortelle.

Il conviendra surtout de ne point oublier dans les cas un peu difficiles que les associations hystéro-organiques peuvent fréquemment se rencontrer et que nulle atteinte pathologique ne saurait davantage éveiller les tendances à la nécrose qu'une inflammation même légère des régions superficielles de l'encéphale. Aussi ne faudrait-il point, du seul fait que la ponction lombaire aurait permis de déceler quelques lymphocytes, écarter toute ingérence de la nécrose qui souvent même aura la plus grande part dans les manifestations symptomatiques.

Enfin depuis longtemps on a décrit la pseudoméningite en rapport avec l'helminthiase, la coprostase, la dentition laborieuse. Il semble bien a priori que ces états puissent provoquer par réflexe des manifestations susceptibles de faire penser à la méningite. Encore est-il bon de se rappeler qu'il y a souvent, en coexistence avec ces divers états, des troubles gastro-intestinaux susceptibles de produire des toxines et d'agir sur les centres nerveux, ainsi que le font les poisons microbiens au cours d'états infectieux.

L'on sait en effet combien fréquemment des manifestations nerveuses accompagnent des troubles digestifs même passagers chez les enfants. Dans bien des cas il s'agit de nourrissons qui, au cours d'une infection intestinale, présentent de la raideur de la nuque et des membres inférieurs avec un peu de tension de la fontanelle. La ponction lombaire révèle de l'hypertension, de l'hyperalbuminose, et parfois de la leucocytose ; quand on a l'occasion de faire l'autopsie on trouve de la congestion des méninges. Mais la guérison s'observe souvent sous l'influence de l'hygiène gastro-intestinale et l'on comprend que ces faits aient été classés à tort dans le méningisme d'origine gastro-intestinale. Quelquefois aussi les lésions méningées sont plus profondes et les phénomènes plus graves. Tous ces faits peuvent être dus à l'envahissement des méninges par des germes de l'intestin. Mais souvent aussi le liquide céphalo-rachidien demeure stérile (Thiercelin, Lesage, Hutinel). Ce sont alors des toxines qui sont en cause.

Il est donc certain que beaucoup de cas rangés autrefois dans la catégorie des fausses méningites ne faisaient que traduire des altérations vraies toxiques ou microbiennes des méninges et de la corticalité de l'encéphale.

Cependant il demeure un certain nombre de faits dans lesquels la disparition brusque des phénomènes méningés en rapport avec l'évacuation de vers intestinaux ou la disparition de la constipation semble bien plaider en faveur de phénomènes réflexes. Il est probable que cette catégorie de méningites sans lésions se restreindra à mesure que l'on pourra mieux connaître les processus histologiques qui déterminent les symptômes méningés.

En effet dans l'otite, on peut observer des phénomènes méningés que l'on avait attribués au ménin-

gisme et qui disparaissent brusquement lorsqu'une intervention chirurgicale telle que la paracentèse du tympan vient évacuer le foyer infectant. Il est difficile de ne pas admettre dans ces cas une propagation inflammatoire de voisinage dont la progression et les effets cessent au moment où disparaît la cause première.

Il se pourrait que des recherches ultérieures démontrent que des intoxications en rapport avec les troubles intestinaux qui accompagnent l'helminthiase, la coprostase, l'époque de la dentition sont de même susceptibles de cesser leurs effets au moment où disparaissent ces causes.

En tous cas, il reste là un groupe de faits dont la plupart au moins, sinon tous, ressortissent à l'hystérie et qui, tout en simulant la méningite, ne s'accompagnent pas de lésion connue. A ce groupe peut s'appliquer le nom de méningisme, puisqu'il réalise des méningites cliniques sans méningites anatomiques.

A ce sujet s'est posée la question de savoir s'il était bien nécessaire d'introduire, dans la nomenclature médicale, un mot nouveau. Au moment où il fut créé par Dupré (1894), le terme de méningisme semblait bien répondre à un besoin, puisqu'il groupait des faits très divers dont la caractéristique était « l'efficacité du traitement et la soudaineté de la terminaison favorable », et surtout l'existence de symptômes méningés indépendants de toute lésion anatomique saisissable.

Peu de temps après l'apparition de ce mot, Gilles de la Tourette (*Soc. méd. des hôp.*, 1896) s'élevait contre son emploi, faisant remarquer que l'on serait tout aussi fondé à se servir des termes pneumonisme ou cardiopathisme pour désigner les troubles respiratoires ou circulatoires sans lésions. Il déclarait qu'il préférait dire, par exemple, entérite avec manifestations méningées.

C'était évidemment plus logique, et les faits semblent avoir donné raison à Gilles de la Tourette, puisque bien des observations, qui depuis quinze ans ont été rangées dans le méningisme, sont des manifestations méningées dues à une lésion et en ont, par conséquent, été distraites.

Le mot méningisme semblait avoir un autre avantage aux yeux de certains auteurs : c'était de supprimer les expressions de pseudo ou fausses méningites employées jusque-là. « Il n'y a pas de fausses maladies, disait Potain (*Congrès de Lyon*, 1894), il n'y a que de fausses dénominations. »

Malgré la grande autorité de Potain, cette parole, qui a été souvent répétée, est peut-être moins vraie qu'elle ne le paraît. Les états pathologiques que l'on désigne sous le nom de fausses méningites, pseudotabes, fausse angine de poitrine, etc., ne sont évidemment pas de fausses maladies. Mais ces vraies maladies ressemblent assez à la méningite, etc., pour faire un instant penser à la méningite, au tabes, à l'angine de poitrine ; de même qu'une fausse monnaie est un objet véritable qui imite assez une pièce de monnaie pour être un instant confondue avec celle-ci. Ce n'est pas un faux objet, mais c'est tout de même une fausse monnaie.

Peut-être même, le terme de fausse méningite serait préférable à celui de méningisme, car ce dernier, grâce au mirage des mots, semble désigner une entité morbide classée, fournir l'explication de phénomènes mal connus.

Mais il est inutile d'insister davantage sur cette question de mots : toutes ces pseudo-appellations, d'ailleurs, devant disparaître à mesure que les états pathologiques qu'elles désignent seront mieux connus dans leurs causes.

De l'ensemble des faits que nous venons d'envisager, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1. On doit conserver dans le cadre du méningisme, c'est-à-dire dans les manifestations méningées cliniques sans lésions, les syndromes méningitiques d'origine hystérique, et peut-être quelques cas de méningisme réflexe. Certains faits qui ont été rangés sous cette dernière rubrique peuvent être rattachés à l'hystérie ou à une cause toxique d'origine intestinale. C'est d'ailleurs l'opinion à laquelle se rattachent la plupart des auteurs qui se sont occupés récemment de la question, et Dupré lui-même (*Soc. méd. des hôp.*, 1900), déclare que, dans son esprit, le mot méningisme ne doit s'appliquer qu'à un syndrome hystérique ou aux troubles nerveux que présentent certains enfants à la suite d'helminthiase intestinale.

2. La ponction lombaire sera dans la plupart des cas d'un précieux secours pour indiquer si les manifestations cliniques correspondent ou non à une lésion anatomique. Cependant ses résultats sont moins absolus que ne l'indiquent la plupart des auteurs puisqu'il y a des exemples de modifications cytologiques et même d'envahissement microbien du liquide céphalo-rachidien sans méningite, et des exemples plus nombreux encore de méningites anatomiques et cliniques sans altération du liquide retiré par la ponction lombaire.

Il est donc incontestable que le liquide céphalo-rachidien ne reflète pas toujours l'état anatomique des portions superficielles du système nerveux central.

Il faudra dans les cas difficiles pratiquer au moins le triple examen cytologique, bactériologique et chimique du liquide céphalo-rachidien et considérer s'il existe ou non des altérations leucocytaires.

En toutes circonstances, les données fournies par cet examen devront être dominées par une analyse clinique judicieuse.

FORMULAIRE

CONTRE L'HYPERTHERMIE CHEZ LES ENFANTS

Suppositoires.

Bromhydrate de quinine		0 gr. 30
Phénacétine	} *ââ*	0 gr. 05
Antipyrine		
Beurre de cacao		2 gr.

(LEMANSKY, *Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 JUIN 1910)

Sur le fibrine ferment. — M. GESSARD.

Posologie en radiographie médicale avec ou sans écran renforçateur. — M. H. GUILLEMINOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1910)

Un nouveau vaccin contre la fièvre typhoïde. — M. H. VINCENT fait une communication, très écoutée, sur un nouveau vaccin qu'il a d'abord expérimenté sur les animaux et appliqué, ensuite, à l'homme avec succès.

« Dans mes recherches expérimentales, dit-il, sur la valeur comparée des divers vaccins antityphiques qui ont été proposés, j'ai constaté que les plus actifs sont, en premier lieu, les bacilles non tués; en second lieu, et à un degré égal, les bacilles tués à 53-55 degrés et les autolysats de bacilles vivants.

Les bacilles vivants sont dangereux, même atténués. Ils risquent en effet de susciter la fièvre typhoïde chez les sujets prédisposés, ou du moins, de créer de véritables porteurs de germes. Les vaccins bacillaires morts (Wright, Leishman, Pfeiffer et Kolle) sont efficaces mais éveillent des réactions locales et générales souvent pénibles.

Pour cette raison, et après de nombreux essais, j'ai proposé l'emploi comme antigène d'autolysats de bacilles vivants en eau physiologique, éclaircis par centrifugation et stérilisés par agitation et mélange avec l'éther. On se débarrasse facilement de ce dernier par simple évaporation à 37 degrés pendant quelques minutes.

Ce vaccin s'est montré très protecteur chez les animaux. J'ai employé pour immuniser l'homme, un vaccin polyvalent préparé avec huit races de bacilles typhiques et paratyphiques. Ce vaccin a été injecté à treize sujets adultes, sous la peau du flanc. Il est très bien toléré et ne détermine qu'une faible douleur locale sans fièvre. Il s'est montré absolument inoffensif. Le nombre des injections est de quatre. Elles sont faites à huit ou dix jours d'intervalle.

Renfermant les endotoxines et les exotoxines des bacilles typhique et paratyphique vivants, c'est-à-dire les principes biologiques essentiels et actifs de ces microbes, ce vaccin a provoqué dans les humeurs des sujets vaccinés la formation en quantité très abondante d'anticorps défensifs. Le pouvoir agglutinant, qui est d'ailleurs secondaire et nullement en rapport avec le degré de l'immunité, soit chez l'homme, soit chez les animaux, a été compris entre 1/60 et 1/1000. Le pouvoir bactériolytique s'est montré intense. Mis en rapport avec le sérum des vaccinés le bacille typhique se déforme, s'amincit, devient granuleux, irrégulier, méconnaissable. Enfin le pouvoir bactéricide du sang des sujets vaccinés est presque toujours total à 1/1 000 et se manifeste encore d'une manière sensible à 1/2 000 et même parfois à 1/5 000. Cette méthode d'immunisation a donc donné la preuve de son influence très remarquable sur les propriétés protectrices du sérum des vaccinés.

Ce vaccin ne provoque pas de phase négative chez les animaux. Il n'est ni chauffé, ni additionné d'antiseptique, ce qui lui permet de conserver sa valeur. Il est parfaitement limpide, facilement résorbé, et ne suscite pas les douleurs ni la fièvre que déterminent habituellement les vaccins bacillaires. Il est polyvalent, actif en même temps pour les fièvres paratyphoïdes, et détermine une très forte production d'anticorps spécifiques qui en rend l'emploi très utile pour la prévention de la fièvre typhoïde. »

Tumeurs inflammatoires produites par certains pansements. — M. REYNIER rapporte l'observation d'une femme de quarante et un ans que M. Savariaud opéra dans son service d'un énorme adéno-sarcome du sein. Contre toute attente, cette femme revient un mois après avec une récidive considérable dans la chaîne ganglionnaire sous-pectorale et axillaire. L'état général, cependant, semblait amélioré. L'opération, cette fois, fut très laborieuse. L'examen histologique montra qu'on se trouvait en présence d'une tumeur purement inflammatoire développée par le fait de brins de coton qui ont pénétré par les vaisseaux lymphatiques et qui doivent provenir de l'ouate avec laquelle la malade pansait antérieurement son ulcération ou peut-être aussi des compresses de gaze qui avaient servi à éponger pendant la première opération, compresses qui par le fait d'une stérilisation trop intensive deviennent d'une excessive friabilité.

M. Reynier signale deux cas analogues : un jeune homme atteint d'un lymphadénome du cou ne paraît pas opérable. M. Dominici introduisit dans la tumeur des tubes contenant du radium et enveloppés eux-mêmes de gaze. La tumeur diminua et put être opérée. L'examen de la tumeur montra les mêmes résultats que dans le premier cas, par suite de brins de gaze venant de la gaze qui enveloppait les tubes de radium.

M. Reynier rapporte un troisième cas analogue.

Ces faits méritent d'attirer l'attention des chirurgiens.

Brachydactylie symétrique et autres anomalies osseuses héréditaires depuis plusieurs générations. — Tel est le titre d'une communication de M. VIDAL (d'Hyères). En 1894, ayant rencontré une nourrice présentant un notable raccourcissement de plusieurs doigts des deux mains, M. Vidal prit des renseignements et découvrit une famille dans laquelle cette brachydactylie est héréditaire depuis plusieurs générations, avec des intermittences et des différences radicales entre les enfants des mêmes pères et mères et avec un pont complet entre deux générations.

Ces faits ont été bien rarement signalés : un cas signalé par MM. Etienne Rabaud et Klippel, une thèse de M. Derode (de Lille) se rapportant à des raccourcissements de métacarpiens et non à l'arrêt de développement des phalanges comme dans les cas de M. Vidal, tels sont les seuls faits publiés.

Voici maintenant l'histoire de la famille A... qui fait l'objet de la communication de M. Vidal : en 1825, M. A... bien constitué épouse une demoiselle atteinte de brachydactylie avec un pied bot valgus. De cette union naissait huit enfants normaux. Ce sont ces enfants et leurs descendants qui font l'objet des observations relevées par M. Vidal.

De l'histoire tératologique de cette famille, il semble résulter que depuis fort longtemps la brachydactylie symétrique, ainsi que d'autres manifestations tératologiques sont héréditaires dans cette famille. La transmission de ces vices de conformation paraît avoir épargné toute une génération composée de huit enfants. Après ce temps d'arrêt, la brachydactylie et les autres désordres osseux ont reparu, mais ne se sont point manifestés avec la même intensité dans les trois branches prolifères de cette famille. La branche mâle paraît avoir plus spécialement hérité de la brachydactylie et des autres tares de leurs ancêtres. La rétraction des tendons fléchisseurs des auriculaires persiste encore chez la majeure partie des représentants de la famille. La brachydactylie, atténuée ou non, est constamment symétrique chez les filles, comme chez les garçons, tandis que, par une cause qui échappe, les vices de conformation de leurs membres inférieurs sont unilatéraux et affectent spécialement le côté droit.

Malgré toutes ces anomalies osseuses, les femmes de cette famille ont un bassin bien conformé et accouchent normalement.

Les descendants de cette famille se débarrasseront-ils de ces malformations? Les mariages consanguins qui semblent favoriser ces malformations en sont-ils la cause? A quelle cause doit-on attribuer la première manifestation de ces difformités osseuses? M. Vidal pose ces questions sans les résoudre.

Ajoutons que les membres de cette famille marchent de bonne heure, jouissent généralement d'une bonne santé et que beaucoup d'entre eux dépassent la moyenne de la vie humaine.

ANALYSES

MÉDECINE

Bradycardies et faisceau de His. (A. DUMAS, Th. de Lyon, 1909, A. Maloine, édit.) — En 1895, His a montré qu'il existait des fibres musculaires unissant l'oreillette et le ventricule du cœur chez les mammifères; il les décrivit sous la forme d'un faisceau qui est appelé depuis faisceau de His. Les nombreux travaux anatomiques publiés plus récemment à propos de ce faisceau ont un peu modifié la description de His. Il existe bien entre l'oreillette et le ventricule du cœur des éléments connectifs, mais ces éléments ne sont pas constitués uniquement par des fibres musculaires, ce sont aussi des fibres nerveuses; ces éléments connectifs musculo-nerveux ne forment pas un faisceau aussi long et aussi nettement délimité que l'ont indiqué certains auteurs; le terme de fibres neuro-musculaires inter-auriculo-ventriculaires leur convient mieux que celui de faisceau. Depuis cette découverte de His, on a expliqué, en Allemagne et en Angleterre surtout, la plupart des bradycardies par des troubles de conductibilité intra-cardiaques. M. Dumas expose, dans sa thèse, cette question nouvelle, en y ajoutant les résultats de ses observations personnelles.

Il fait d'abord remarquer qu'on ne peut pas admettre la théorie myogène de la contraction cardiaque, en attribuant au faisceau de His la fonction de propager l'onde contractile de l'oreillette au ventricule. L'existence de fibrilles nerveuses au niveau de ce faisceau et les expériences anciennes sur l'excitation du pneumogastrique montrent que la transmission de la contraction de l'oreillette au ventricule se fait par voie nerveuse; un trouble nerveux intra ou extra-cardiaque peut abolir ou retarder la propagation intra-cardiaque de l'excitation contractile.

En se basant sur l'étude du pouls artériel et veineux, sur l'auscultation du cœur aidée de la radioscopie, et sur le mode de réaction du cœur à l'atropine (épreuve de Dehio, injection sous-cutanée d'un demi à un milligramme de sulfate neutre d'atropine), en comparant les résultats de ces diverses recherches, M. Dumas propose la classification suivante des bradycardies : pseudo-bradycardies, caractérisées par un faux pouls lent artériel, avec ondulations intermédiaires, par la fréquence normale du pouls veineux dont chaque ondulation répond à une ondulation ébauchée du pouls artériel; bradycardies partielles avec lenteur vraie du pouls artériel, sans onde intermédiaire, fréquence normale ou exagérée, du pouls veineux; bradycardies véritables et totales, dans lesquelles on constate une lenteur vraie, sans onde intermédiaire, du pouls artériel et du pouls veineux.

Pour la pathogénie, M. Dumas distingue la bradycardie d'origine extra-cardiaque et d'origine intra-cardiaque; il s'agit toujours d'une altération, de quelque nature qu'elle soit, portant sur le système vague depuis son origine bulbaire jusqu'à sa terminaison intra-cardiaque. Les bradycardies d'origine extra-cardiaque cèdent à une injection d'atropine; elles s'observent dans certaines infections et intoxications, dans les compressions du pneumogastrique, dans les irritations de ses branches périphériques. La bradycardie d'origine intra-cardiaque persiste après une injection d'atropine; elle peut aussi survenir dans les intoxications; elle peut résulter d'une lésion de l'appareil nerveux intra-cardiaque, lésion localisée au septum et intéressant les fibres neuro-musculaires de His. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

De la suture des vaisseaux sanguins avec des cheveux humains. (F. V. GUTHRIE et C. C. GUTHRIE. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LIV, n° 5, 29 janv. 1910, p. 349.) — Une des difficultés les plus sérieuses de la suture vasculaire est de trouver de bons fils à suture, car il est rare de trouver de la soie assez fine, assez lisse et assez résistante à la fois. Les cheveux humains sont supérieurs à la soie. On choisit des cheveux brun clair d'environ 20 centimètres de long. On les enfile sur des aiguilles fines de couturière. On trouve d'habitude le n° 12 chez tous les merciers, et l'on peut se servir de celles-ci pour les vaisseaux de moyen calibre. Pour l'anastomose termino terminale, le n° 14 vaut mieux, et pour les fins vaisseaux, le n° 16. L'aiguille doit être de la variété ordinaire à petit chas. Les cheveux sont roulés en écheveau après avoir été enfilés. On les fixe sur un morceau de carton : on stérilise par l'ébullition et on conserve dans l'huile de paraffine aseptique ou antiseptique. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Sur la Sabromine. (A. EULENBURG (de Berlin), *Med. Klin.*, n° 45, 1908.) — L'auteur a employé jusqu'ici la sabromine dans 14 cas, pendant assez longtemps, pour se former une opinion sur la valeur et l'activité du produit, comparé aux autres préparations de brome. Sur les 14 cas, il y en avait six d'épilepsie idiopathique, qui avaient été traités, plus ou moins largement, pendant longtemps, notamment par les bromures. Les expériences sur l'animal avaient montré, pour la sabromine, des conditions de résorption et d'utilisation dans l'organisme, analogues, en général, à celles de la saïodine. On pouvait donc, a priori, se figurer qu'on obtiendrait avec de plus petites doses de brome, sous forme de sabromine, les mêmes effets antiépileptiques et, même, peut-être, parfois, des effets plus énergiques (au point de vue du nombre et de l'intensité des accès) qu'avec des doses de brome au moins doubles, administrées sous forme de bromures alcalins. Cette hypothèse a été confirmée, dans son ensemble, par les observations. Il est bon de faire ressortir que, dans plusieurs cas, on a observé des augmentations considérables de poids (de 1^k500-5^k500) pendant l'emploi de la sabromine.

Dans les 8 autres cas, il s'agissait de formes morbides névropathiques ou neuropsychiques plus ou moins graves et chroniques (neurasthénie, phobies, hystérie, états de dépression psychique, etc.). Le résultat a été extrêmement favorable dans deux cas de dépression psychique intense et d'agrypnie nerveuse. Les effets ont été également très favorables dans deux cas de neurasthénie sexuelle. Par contre, ils ont été plus faibles dans des cas de neurasthénie traumatique et d'hystérie, ainsi que dans un cas de phobie hystérique grave et dans un cas de dépression psychique intense, alternant avec des états d'excitation. En tout cas les doses simples et totales employées se sont montrées ici insuffisantes.

En tous cas, des observations recueillies jusqu'à présent et d'accord avec celles qui ont été faites ailleurs, il résulte que nous devons accueillir la sabromine comme une nouvelle préparation organique de brome, certainement très utile comme un nervin, un sédatif et un antiaphrodisiaque, digne de confiance et méritant, aussi, d'être employé comme antiépileptique. L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE (1)

3. **Rhumatisme viscéral** (2). — A. Au cours du rhumatisme blennorragique, on peut observer diverses LOCALISATIONS CARDIAQUES : α. *péricardite exsudative*, habituellement secondaire à une myo ou à une endocardite; β. *myocardite*, très rare; et surtout γ. *endocardite* débutant de la troisième à la cinquième semaine, siégeant à l'orifice aortique, habituellement maligne; ces diverses localisations sont dues au gonocoque lui-même, ou (rhumatisme puerpéral) à une infection mixte.

B. Parmi les LOCALISATIONS VASCULAIRES, les *artérites* sont exceptionnelles; les *phlébites*, plus fréquentes, sont habituellement bénignes.

C. LOCALISATIONS RESPIRATOIRES. — La *pleurésie* blennorragique se traduit par les signes classiques : elle est unilatérale, exsudative, à liquide séreux contenant le gonocoque.

D. LOCALISATIONS CUTANÉES. — La coexistence du rhumatisme blennorragique et d'*exanthèmes divers* a été signalée par plusieurs auteurs (Paulsen, Audry, Barbiani, Achard et Ramond, Prochaska); de même, la coexistence du rhumatisme et d'*abcès sous-cutanés*, surtout périarticulaires, quoique indépendants de l'articulation.

E. LOCALISATIONS OCULAIRES. — L'*ophtalmie rhumatismale* de M. Fournier peut affecter trois localisations différentes : α. *aquo-capsulite* ; β. *iritis* ; γ. *conjonctivite*; par sa bilatéralité, son évolution rapide, sa tendance aux récidives, et surtout sa coïncidence avec les accidents articulaires, elle s'oppose à l'*ophtalmie de contagion* du même auteur.

F. Voir pour les AUTRES LOCALISATIONS, Faure-Beaulieu et Lemierre, loc. cit. Ajouter la *chorée blennorragique*, dont il existe quelques cas indiscutables.

En résumé : le rhumatisme blennorragique, dans ses formes aiguës, peut être rapproché à la fois du rhumatisme articulaire aigu vrai et des pseudo-rhumatismes. Comme le premier, il peut se compliquer d'endopéricardite, de pleurésie, d'ophtalmie, de chorée (3). Comme les seconds (purpura rhumatoïde, érythème noueux), il se caractérise souvent par l'association aux phénomènes articulaires, d'éruptions cutanées. Il est, dans tous les cas, l'expression d'une infection générale (Balzer, Souplet), d'une *septicémie gonococcique*, le plus souvent atténuée, parfois, au contraire, extrêmement maligne, cette dernière éventualité s'observant surtout chez le nouveau-né (v. Hutan, *loco citato*).

II. ***Accidents chroniques***. — Extrêmement fréquents, surtout de vingt à quarante ans, ils peuvent affecter *trois formes* (v. Teissier et Roques, *Traité Brouardel-Gilbert*, 2e édition, fasc. VIII, p. 126).

A. **Rhumatisme ankylosant oligo-articulaire succédant immédiatement au rhumatisme aigu**. — C'est l'*arthrite ankylosante plastique* de Gosselin que nous avons déjà signalée. Elle se localise surtout au genou et au coude, quelquefois aux articulations temporo-maxillaire et sterno-claviculaire, et devient rapidement incurable. C'est à cette forme qu'appartient le *pied plat blennorragique* (Fournier et Jacquet).

B. **Rhumatisme noueux déformant**. — Il se localise aux mains et aux pieds. Au début, les arthrites présentent un type spécial : les doigts sont tuméfiés en fuseau, en rave ou en radis (*dactylite pseudo-phlegmoneuse* de Fournier et de Amaral); après une ou plusieurs récidives (v. Pelisse, Th. de Paris, 1899), les arthrites finissent par s'établir définitivement à l'état chronique, et par prendre tous les caractères du rhumatisme noueux. Leur marche lente, leur bilatéralité, les troubles trophiques qui fréquemment les accompagnent ont souvent fait admettre l'origine nerveuse de cette variété de rhumatisme blennorragique (Lannois).

C. **Spondylose rhizomélique**. — La blennorragie en serait la cause la plus fréquente; dans la spondylose gonococcique, les accidents succèdent à des atteintes multiples de blennorragie, évoluent avec une extrême lenteur, et aboutissent, finalement, à l'ossification ligamenteuse.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC. — Le diagnostic ESSENTIEL se fonde sur : α. les éléments que nous avons déjà signalés (antécédents de blennorragie urétrale, vulvaire, conjonctivale); localisation fréquente à certaines articulations déterminées; évolution particulière des accidents, qui restent toujours subordonnés, dans leur évolution, à la maladie causale, etc.; et β. l'examen bactériologique du liquide articulaire ou même du sang (v. Faure-Beaulieu et Lemierre, loc. cit.).

Le **diagnostic différentiel** est à faire avec : α. le *rhumatisme articulaire aigu*, qui est indépendant de tout état pathologique de l'urètre, survient souvent à la suite du froid, donne lieu à des phénomènes réactionnels très accusés, très étendus, mais très mobiles, se complique rarement aux phases ultérieures d'hydarthrose, s'accompagne de sueurs, de modifications urinaires et sanguines spéciales, et, presque toujours, de complications cardiaques, respecte habituellement les régions péri-articulaires [sauf les synoviales (v. Fournier, loc. cit., p. 239)]; β. les *pseudo-rhumatismes scarlatin, ourlien, tuberculeux, diphtérique*, etc. En principe, « on doit toujours penser au gonocoque lorsque, en présence d'un état infectieux déterminé, avec prédominance du côté des articulations, on peut écarter le rhumatisme articulaire aigu » (Faure-Beaulieu et Lemierre).

Diagnostic de la forme et des complications. — Il se fait d'après les considérations invoquées plus haut.

Le **pronostic**, souvent bénin, est à réserver dans bien des cas, que l'on se trouve en présence d'une arthrite suppurée, cas exceptionnel, ou que, ce qui est beaucoup plus fréquent, on ait affaire à une forme ankylosante plastique ou à des arthrites tendant vers la chronicité. Il varie encore selon l'âge, les conditions où se trouvent les malades (puerpéralité), l'existence ou l'absence de complications, etc.

TRAITEMENT. — **Prophylactique**. — C'est un traitement local de la blennorragie aussi précoce et aussi énergique que possible (Balzer).

Curatif. — Le salicylate de soude est le moins mauvais de tous les médicaments internes. Comme *traitement local*, immobilisation chirurgicale dans une bonne position pendant toute la période aiguë (Brun), application de glace ou, au contraire, de compresses très chaudes, de liniments gaïacolés, de pommade de Bourget, d'onguent napolitain.

Dès que la période aiguë est passée, afin d'éviter l'ankylose, essayer prudemment la mobilisation, à laquelle on adjoindra : la révulsion locale, les massages, les bains térébenthinés (Balzer), l'électrisation (Delherm). Les vaccins de Whright sont encore à l'étude.

Dans les cas où l'*épanchement* acquiert une certaine importance, recourir aux ponctions, suivies ou non d'injections modificatrices.

Dans les cas d'*arthrite suppurée*, arthrotomie, résection.

Dans les *formes rebelles*, injection dans l'articulation malade, ou à son voisinage, de sulfate de radium, avec une technique variable suivant qu'on a affaire à la forme hydarthrose, phlegmasique, arthralgique, ankylosante (v. Chevrier, *Gaz. des hôpit.*, n° 56, 1910).

Dans les formes chroniques, stations sulfureuses (Aix-les-Bains), ou chlorurées sodiques (Bourbonne, Wiesbaden, Saint-Gervais, Evaux, Baden, Bourbon-Lancy, Luxeuil, Salins-Moutiers, etc.).

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 65, p. 946; 68, p. 988.

(2) Pour plus de détails, voir FAURE-BEAULIEU et LEMIERRE, *Gaz. des hôpit.*, nos 20 et 23, 1906.

(3) L'existence d'un *rhumatisme cérébral* d'origine blennorragique n'est pas encore démontrée.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 72. — SAMEDI 25 JUIN 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 25 JUIN 1910. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section de médecine générale. — *Epreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.* — Deuxième séance du 22 juin. — MM. Dreyfus-Rose (Paris) : « La grande attaque d'épilepsie » ; note : 15 ; — Buard (Bordeaux) : « Athérome artériel » ; note 10.

Erratum. — Deuxième séance du 21 juin. — Question de M. Leredde, lire : « Myélites transverses. »

— Ordre de passage de l'épreuve des titres :

MM. Baudouin, Clerc, Esmein, Fiessinger, Detot, Rathery, Buard, Cade, Leuret, Salager, Parisot, Ravaut, Chalier, Faure-Beaulieu, Nathan (Marcel), Lévy-Franckel, Ribierre, Josué, Léri, Gaultier, Cordier, Piéry, Dumas, Perrin, Milian, Minet, Fouquet, Armand-Delille, Arloing, Leredde, Villaret, Micheleau, Lande, Babonneix, Garnier (Jules-Marcel), Gougerot, Mouriquand, Grenet, Lévy (Fernand), Thévenot, Roger, Le Fur, Bousquet, Savy, Lemierre, François, Merklen, Bériel, Gaujoux, Tilloy, Euzière, Philibert, Lautier, Bernard (L.), Boudet, Petgès, Tanon, Guillain, Boidin, Nattan-Larrier, Gellé, Weill (Benjamin), Lortat Jacob, Gérard (Gilbert), Dreyfus-Rose, Rimbaud, Carles, Pierre Nadal, Lereboullet, Simon, Milhit, Bonnamour, Crouzon.

Epreuves de titres. — Séance du 23 juin. — MM. Baudouin, $17 \times 2 = 34$; Clerc, $18 \times 2 = 36$; Esmein, $17 \times 2 = 34$; Fiessinger, $18 \times 2 = 36$; Rathery $19 \times 2 = 38$.

Première séance du 24 juin. — MM. Buard, $15 \times 2 = 30$, Cade, $19 \times 2 = 38$; Leuret, $19 \times 2 = 38$; Salager ; $17 \times 2 = 34$; Parisot, $19 \times 2 = 38$.

— Section de chirurgie générale. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Deuxième séance du 22 juin. — MM. Thévenot (Lyon) : « Traitement ambulatoire des fractures de la jambe » ; note : 16,5 ; — Chevrier (Paris) : « Traitement sanglant dans les fractures de jambe » ; note : 18.

Première séance du 23 juin. — MM. Dambrin (Toulouse) : « Anurie calculeuse » ; note : 17 ; — Mocquot (Paris) : « Ulcérations de la langue ; formes anatomiques ; formes cliniques ; diagnostic différentiel » ; note : 17,5.

Deuxième séance du 23 juin. — MM. Binet (Nancy) : « La résection dans la coxalgie » ; note : 17 ; — Uteau (Toulouse) : « Tumeurs liquides du ligament large » ; note : 14.

Première séance du 24 juin. — MM. Tavernier (Lyon et facultés de province) : « Des injections bismuthées dans la thérapeutique chirurgicale » ; note : 18,5 ; — Chevassu (Paris) : « Traitement chirurgical du goitre exophtalmique » ; note : 20.

— Section d'anatomie et embryologie. — Sont nommés : MM. Rouvière (Paris), Latarget (Lyon), Grégoire (Paris), Descomps (n'a pas fait de choix), Aubaret (Bordeaux), Lucien (Nancy).

Une des places mises au concours n'est pas attribuée.

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de nomination de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Aviragnet, Comby, Debove, Brocq qui acceptent ; Talamon, Lacombe, Gilbert, Méry, Morestin qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 22 juin. — MM. Gernez, 29 ; Okynczyc et Hallopeau, 27.

Prochaine séance lundi 27 juin, à cinq heures un quart, à la Charité.

— Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1910, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix biennal de 1 000 francs fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 15 décembre 1910, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. le professeur Weiss est nommé assesseur du doyen.

— Bordeaux. — La chaire d'hygiène et la chaire de clinique ophtalmologique sont déclarées vacantes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin de première classe Savidan est nommé chevalier de la Légion d'honneur. (Services exceptionnels rendus pendant les opérations du *Pluviôse*, où il a fait preuve de courage, de dévouement et des plus grandes qualités professionnelles en dirigeant l'extraction des corps des victimes.)

LE PROJET DE LOI LANNELONGUE CONTRE LA DÉPOPULATION. — M. le professeur Lannelongue a déposé sur le bureau du Sénat un projet de loi contre la dépopulation. Ce projet, signé également par un certain nombre de sénateurs parmi lesquels nous relevons les noms de MM. Léon Labbé, Peyrot, Peytral, etc., prévoit un accroissement de charges militaires pour les célibataires et des avantages de carrière, et de retraite pour les hommes mariés avant vingt-cinq ans et pères d'au moins trois enfants.

Enfin la proposition de loi tente une reconstitution du foyer familial par la *liberté de tester* rendue au chef de famille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cardot, médecin-major de première classe; F. Grimaud et Paul Sicard (de Marseille).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 JUILLET 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Roger, Retterer et Macaigne; — (2e série) : MM. Nicolas, Gley et Mulon.

1er (sages-femmes, 1re série) : MM. Lepage, Potocki et Branca; — (2e série) : MM. Wallich, Rieffel et Couvelaire; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 5 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Quénu et Thiéry; — (2e série) : MM. Prenant, Retterer et Langlois.

1er (sages-femmes) : MM. Ribemont-Dessaignes, Morestin et Jeannin; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Chauffard, Renon et Gouget; — (2e série) : MM. Achard, Jeanselme et Balthazard; — M. Claude, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Tarnier*, à neuf heures du matin : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 6 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Roger, Rieffel et Branca; — (2e série) : MM. Nicolas, Gley et Mulon; — M. André Jousset, suppléant.

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque* : MM. Lepage, Potocki et Couvelaire; — M. Lœper, suppléant.

Jeudi 7 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Remy, Thiéry et Langlois; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Déjerine, Retterer et Rieffel; — (2e série) : MM. Roger, Macaigne et Branca; — (3e série) : MM. Nicolas, Gley et Mulon; — M. Zimmern, suppléant.

2 (sages-femmes), *Clinique Baudelocque*, à neuf heures du matin : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. André Jousset, suppléant.

Samedi 9 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Retterer et Langlois; — (3e série) : MM. Quénu, Gley et Thiéry : — M. Brumpt, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Rénon et Gouget; — (2e série) : MM. Achard, Castaigne et Nobécourt.

2e (sages-femmes), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin; — M. Fernand Bezançon, suppléant.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Medizinische Blætter. — (No 14, 2 avril 1910.) ZAHOR : La mortalité infantile pendant la première année.

Montpellier médical. — (No 16, 17 avril.) SARDA et BRUNEL : De quelques réactions colorées du sang. — C. FLEIG : Recherches sur l'anastomose circulaire des vaisseaux par suture ou par appareils prothétiques au point de vue chirurgical et physiologique : applications à la transfusion du sang et à l'étude de la coagulation (28 fig.) (*suite*). — (No 17, 24 avril.) FLEIG : Recherches sur l'anastomose circulaire des vaisseaux par suture ou par appareils prothétiques au point de vue chirurgical et physiologique : application à la transfusion du sang et à l'étude de la coagulation (28 fig.) (*fin*). — MARQUÈS : Electrothérapie. Radiographie. Photographie (statistique). — (No 18, 1er mai.) A. GAUSSEL : Les tuberculines, l'héliothérapie, le pneumothorax artificiel, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Province médicale. — (No 14, 2 avril 1910.) S. ARLOING : Tuberculose septicémique et occulte (pathogénie et diagnostic). — W. MESTREZAT : Le liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte et la fièvre typhoïde. Analyses chimiques et formules. — (No 15, 9 avril.) E. LOUMEAU : Calcul vésical de cystine chez un enfant de deux ans. — Ch. VIANNAY : Deux cas d'invagination intestinale. — Maurice PERRIN : Le traitement des polynévrites. — (No 16, 16 avril.) COMMANDEUR, SARGNON et RENDU : Infection puerpérale et muguet œsophago-gastrique, œsophagoscopie. — H. BRIN : Résultats de la prostatectomie suspubienne. — (No 17, 23 avril.) FORGUE et RAUZIER : Etude médico-chirurgicale sur le cancer secondaire du rachis; un cas d'hémiparaplégie douloureuse par compression de la quatrième racine lombaire : I. Exposé du cas et discussion diagnostique, par RAUZIER. — A.-C. CHATELAIN : L'acidité urinaire, plus particulièrement chez les tuberculeux et chez les malades atteints de néphrite. — (No 18, 30 avril.) OUI et PAUCOT : La mortalité infantile dans le milieu ouvrier à Lille. Le rôle des soigneuses. — L. SPILLMANN, WATRIN et J. BÉNECH : Un cas de syphilis nerveuse diffuse précoce. — (No 19, 7 mai.) FORGUE et RAUZIER : Etude médico-chirurgicale sur le cancer secondaire du rachis; un cas d'hémiparaplégie douloureuse par compression de la quatrième racine lombaire (*suite.*) — FORGUE : La chirurgie du cancer du sein et les métastases rachidiennes. — (No 20, 14 mai.) R. ROGER et D. MIKHAÏLOFF : De l'albumino-réaction des crachats tuberculeux. — FLORENCE : Pancréas tropical et diarrhée chronique des pays chauds.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (No 6, 30 mars 1910.) A. BOURGEOIS : L'opération des cataractes traumatiques, spécialement dans les accidents du travail. — J. BOUVIER : L'opération précoce dans l'appendicite (*fin*). — (No 7, 15 avril.) COLLEVILLE : Sur un cas de rhumatisme monoarticulaire subaigu chez une dysthyroïdienne tuberculeuse. — (No 8, 30 avril.) COLLEVILLE : Les auto-inoculations spontanées des chancres syphilitiques.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE TORTICOLIS CONGÉNITAL

Par M. Ch. DAM,
Assistant de clinique chirurgicale infantile à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles.

Bien des travaux ont paru traitant ce sujet! Mais ils sont éparpillés dans la littérature : les uns dans des ouvrages spéciaux, les autres dans des revues spéciales. De telle sorte que, le praticien, s'il désire se mettre au courant ne fût-ce que d'un des points touchant la question, est obligé de faire de longues et nombreuses lectures. Notre but, en publiant ce petit travail, est de mettre sous les yeux du lecteur une revue générale dans laquelle il puisse trouver les éléments nécessaires pour se faire une opinion, surtout au point de vue pratique. Ceci indique bien la façon dont nous traiterons notre sujet. Après avoir décrit rapidement les symptômes du torticolis, donné en résumé nos connaissances actuelles sur son anatomie pathologique, sur son étiologie et sa pathogénie (que de récents travaux semblent remettre à l'ordre du jour), nous discuterons son diagnostic et terminerons en donnant la description la plus claire, la plus concise possible (bien que très complète) des méthodes de traitement employées pour la correction de cette difformité, en insistant spécialement sur le traitement orthopédique et gymnastique post-opératoire (trop souvent négligé) que tout praticien, spécialiste ou non, doit être apte à prescrire et à appliquer en connaissance de cause.

I

Symptômes. — Essentiellement constitué par la rétraction du sterno-cléido-mastoïdien, il est facile de saisir quelle sera la symptomatologie du torticolis. Certes, d'autres muscles peuvent être « touchés », mais c'est toujours le fait de la lésion du sterno-cléido-mastoïdien qui domine. La tête est fortement penchée du côté malade et la face est tournée du côté sain, en même temps qu'existe une légère flexion en avant. Le moignon de l'épaule du côté de la lésion est relevé. La peau du cou est relâchée, plissée transversalement par suite de la diminution notable de hauteur de la région cervicale. On peut voir et l'on sent le muscle sterno-cléido-mastoïdien fortement tendu — telle une corde — et cette tension s'exagère si l'on veut imprimer un mouvement à la tête.

En dehors de ces symptômes purement locaux, existent des signes qui sont secondaires à la difformité primitive : scoliose cervicale, scolioses dorsale et lombaire de compensation; d'autres fois, scoliose cervico-dorsale avec compensation lombaire; du côté du crâne et de la face existent en général de véritables malformations osseuses; atrophie de tout le côté de la face répondant à la lésion, l'occiput étant au contraire plus saillant, d'où constitution d'un crâne oblique ovalaire, d'une « scoliose cranienne », comme l'appelle Hoffa.

Tout ceci n'est évidemment pas d'une fixité absolue. De légères modifications seront notées selon que les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien sont atteints ou un seul. Si le chef claviculaire seul est lésé [chose rare, mais signalée par Kirmisson (1)], c'est « l'inclinaison de la tête qui domine, il y a peu ou pas de rotation ». En thèse générale, c'est le chef sternal qui est lésé et l'on a alors la symptomatologie que j'ai décrite plus haut.

II

Anatomie pathologique. — Il n'y a guère que quelques années que l'on a pu définir les lésions du torticolis congénital : depuis qu'on opère cette difformité. Essentiellement la lésion consiste en une dégénérescence de la fibre musculaire : celle-ci atteint, en général, plus sérieusement le chef sternal du muscle que le chef claviculaire. Cette dégénérescence est variable dans son aspect : quelquefois on a affaire avec de la dégénérescence hyaline, le plus souvent il s'agit de dégénérescence cireuse de Zenker; en outre il se fait un apport en grand nombre de cellules rondes (cellules lymphatiques). En tout état de cause l'évolution de la lésion aboutit à la dégénérescence fibreuse du muscle. Très souvent on trouve chez le même sujet ces lésions à différents stades. Il est même arrivé que dans certains cas on trouve cette myosite interstitielle dans des muscles sains d'apparence, bien entendu, chez des sujets atteints de torticolis [cas de Kirmisson, cas de Nové-Josserand (2)].

Ce qu'il faut en somme retenir de tout ceci, c'est que la lésion traduit la mort lente du tissu musculaire, contrairement à ce que l'on pensait dans le temps.

Du côté de la colonne vertébrale on a affaire à des attitudes vicieuses : les vertèbres elles-mêmes ne sont pas atteintes. Du côté de la face, l'atrophie unilatérale est généralement secondaire, cependant, il ne semble pas douteux que celle-ci ait coexisté dans certains cas à la naissance avec le torticolis; il s'agirait donc alors d'un arrêt de développement; celui-ci peut même quelquefois s'étendre à l'hémisphère cérébral correspondant et provoquer une diminution des facultés intellectuelles et motrices.

III

Etiologie et pathogénie. — Le lecteur nous pardonnera d'insister un peu plus sur cette partie de la question que de récents travaux ont remise à l'ordre du jour. Nous croyons donc utile d'en faire une mise au point rapide.

La cause du torticolis, sans aucun doute, est quelquefois d'ordre congénital. Dieffenbach, Jeannel (3),

(1) Reproduction interdite.

(1) Kirmisson. *Traité des affections chirurgicales d'origine congénitale*, p. 175.

(2) Nové-Josserand et Viannay. Pathogénie du torticolis congénital, *Revue d'orthop.*, 1er sept. 1906.

(3) Jeannel. *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. V.

Pfeiffer (1), Fischer (2), Joachimstahl (3) citent des cas héréditaires; de plus, le torticolis est souvent associé à d'autres malformations [par exemple les cas récents publiés par Joachimstahl (4)]. Dans ces cas, il faut admettre un vice originel du germe, ou bien une influence mécanique intra-utérine : compression, adhérences amniotiques, etc. Cette façon de concevoir les choses explique beaucoup de faits, mais pas tous, loin de là! En effet, le défaut de cette théorie réside dans ce fait qu'elle n'explique pas du tout l'électivité de la lésion au seul muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Aussi, en face des partisans de la théorie congénitale se trouvent ceux, beaucoup plus nombreux, qui croient à l'origine obstétricale du torticolis. Stromeyer (5) fonda cette théorie. Pour lui, la cause la plus fréquente du torticolis serait un traumatisme obstétrical : pendant un accouchement difficile le sterno-cléido-mastoïdien peut être, soit contusionné par le forceps, soit déchiré pendant les tractions pour extraction de la tête dernière ou pendant les mouvements imprimés à celle-ci pour le dégagement des épaules. Il se formerait ainsi un hématome qui amènerait à sa suite la dégénérescence fibreuse et la rétraction du muscle blessé. Cette façon de concevoir les choses a eu et a encore beaucoup de partisans, bien que, expérimentalement, on ne soit parvenu à la démontrer; personnellement, nous sommes convaincus qu'*un certain nombre de cas* ont pour cause un traumatisme obstétrical; en effet dans deux observations (que nous donnons plus loin au chapitre du traitement) nous avons constaté des symptômes qui semblent ne pouvoir être interprétés différemment : dans le premier cas, présence peu de temps après l'accouchement d'une tumeur rénitente dans le sterno-cléido-mastoïdien; dans le deuxième, à l'âge de quatre mois, nous sentons encore une partie nodulaire dure dans le chef sternal, donnant assez bien la sensation de tissu cicatriciel.

Mais il est évident qu'il faut en rabattre et que cette théorie n'explique pas tous les cas. Aussi d'autres théories sont-elles nées : nous ne citerons que pour mémoire, la *théorie infectieuse*, défendue par Mikulicz, et la *théorie nerveuse*, cérébrale, médullaire ou périphérique; rien dans ces théories n'a jamais été démontré soit cliniquement, soit expérimentalement.

Nous nous arrêterons plus longtemps à la *théorie ischémique*. Ici, beaucoup de faits sont établis : tout d'abord, rappelons-nous que la lésion anatomique le plus souvent décelée est la dégénérescence cireuse de Zenker; or, celle-ci est typique de la paralysie ischémique de Volkmann (6).

De là, à conclure à une origine ischémique du torticolis il n'y avait qu'un pas, mais il fut long à franchir à cause du peu de netteté de l'étude anatomique de la circulation du sterno-cléido-mastoïdien. Enfin, après les tâtonnements des Mikulicz, Beely, Völckee, Kempf, etc. (dont les idées anatomiques peu exactes amenaient fatalement des erreurs d'interprétation) une ère nouvelle s'ouvre avec les travaux de Nové-Josserand et Viannay (1).

Ces auteurs, à la suite de dissections nombreuses après injections, tant sur cadavres d'enfants que d'adultes, après expérimentation (en donnant à la tête les attitudes qu'elle peut avoir dans l'utérus et pendant l'accouchement) sont arrivés à la conviction que la plupart des torticolis, sinon tous, ont une origine ischémique. En effet, ils trouvent que le chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien est nourri par une artère unique et que dans les divers mouvements ou attitudes de la tête, c'est dans cette artère que la circulation est entravée. Or, c'est le chef sternal qui est généralement atteint!

Cette façon de concevoir la pathogénie du torticolis nous séduit beaucoup et nous y souscrivons volontiers; mais, nous le répétons, nous sommes convaincus qu'un certain nombre de cas relèvent d'un traumatisme; nous ne pouvons comprendre comment une ischémie pourrait amener la formation d'une tumeur, comme nous avons pu l'observer.

En résumé, en dehors des cas relevant d'un arrêt ou défaut de développement, dans l'état actuel, nous devons admettre que le torticolis est provoqué soit par un traumatisme obstétrical, soit par une ischémie locale due aux attitudes de la tête dans le corps utérin, ou pendant l'accouchement ou encore tout processus capable d'entraver la circulation artérielle : endartérite, embolie (mais aucun fait de ce genre n'a encore été signalé).

IV

Diagnostic. — En général, le diagnostic du torticolis est facile. Cependant, quelquefois on se trouve devant des cas laissant place à l'hésitation; il ne faut pas oublier, en effet, que cette difformité peut s'installer relativement longtemps après la naissance, bien que les lésions primitives existassent déjà à ce moment ou en fussent le résultat. Il n'y a guère que deux affections avec lesquelles on puisse le confondre, cependant : d'abord le mal de Pott cervical peut prêter à erreur; mais alors, en général, la rétraction du muscle est moins accusée, la rigidité de la tête étant cependant plus marquée, et de plus il existe de la douleur à la pression au niveau des apophyses épineuses des vertèbres. Ensuite vient la scoliose. Nous avons dit que toujours il y avait de la scoliose concomitante. Dans certains cas, celle-ci peut être si accusée que c'est sur elle qu'est attirée l'attention. Il suffit en général d'un examen minutieux pour remettre les choses au point. Quant au diagnostic différentiel avec le torticolis aigu, le torticolis chronique, le torticolis spasmodique ou paralytique, les anamnestiques suffiront le plus souvent à l'établir.

(1) PFEIFFER. *Zur Aetiologie und Therapie der Caputobstipum musculare*, Inaug. diss., Berlin 1900.
(2) FISCHER. Krankheiten des Halses, *Deut. Chir. Heil.* 34.
(3) JOACHIMSTAHL. *Handbuch des Orthopädischer Chirurgie.*
(4) JOACHIMSTAHL. *Zeit. f. orth. Chir.*, 1908, Bd. XXII.
(5) STROMEYER. *Operative Orthopäd. Chirurgie*, 1905, t. II.
(6) VOLKMANN. Die Ischaemischen Muskellähmungen und Kontraktionen, *Centralbl. f. Chir.*, 1881.

(1) NOVÉ-JOSSERAND et VIANNAY. Loc. cit.

V

Traitement. — Quel traitement devrons-nous appliquer dans le cas de torticolis congénital? Eh bien! tout dépendra de l'époque à laquelle on viendra nous demander notre avis. Car, il est bon qu'on le répète, qui dit torticolis ne dit pas fatalement intervention. En effet, nombre de cas sont justiciables d'un traitement massothérapique, cinésithérapique et orthopédique, mais à la condition expresse d'être des *cas jeunes*. Une fois une certaine limite dépassée, il faudra intervenir, et surtout insister sur le traitement post-opératoire, qui est en l'occurrence, de toute importance : il est certain que bien des cas ont récidivé faute d'avoir suivi un traitement post-opératoire suffisant.

En somme nous aurons à examiner dans ce chapitre : 1° le traitement orthopédique; 2° le traitement opératoire; 3° le traitement post-opératoire; et définir les cas justiciables des diverses méthodes.

1° TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE. — Les divers moyens que l'on a à sa disposition pour établir un traitement non sanglant du torticolis sont les suivants : *a.* cinési et massothérapie; *b.* redressement forcé; *c.* appareils orthopédiques. Nous n'étudierons dans ce chapitre que le redressement forcé et les appareils; toute la partie gymnastique sera décrite à propos du traitement post-opératoire.

Le *redressement forcé* du torticolis peut se pratiquer de différentes manières; nous n'indiquerons ici qu'une méthode : celle de Lorenz, la plus employée.

Lorenz opère comme suit : le malade étant anesthésié, le tronc est solidement fixé par un aide, tandis qu'un autre aide fait effectuer à la tête un mouvement de flexion latérale du côté sain; l'opérateur saisit le muscle sterno-cléido-mastoïdien ainsi tendu et avec les pouces exerce de fortes tractions au-dessus de l'insertion inférieure du muscle jusqu'à ce que la rupture soit obtenue. Puis on redresse la scoliose cervicale. Pour cela, il suffira d'établir les quatre doigts des deux mains sur la convexité, les pouces prenant point d'appui en avant et en arrière de l'oreille du côté de la concavité et d'exercer des pressions sur la concavité. La scoliose étant redressée on établit un appareil en hypercorrection. Il est de toute nécessité de procéder avec douceur et d'y mettre le temps (quinze à vingt minutes en moyenne) car on sait les dangers de redressement brusque de la colonne vertébrale cervicale. Du reste, nous citons cette méthode pour être complet et aussi à cause des succès qu'affirme Lorenz; mais nous en sommes absolument adversaires. Nous avons à notre disposition des moyens meilleurs et qui ne présentent pas de danger. Nous ne pouvons admettre cette façon de faire que dans des cas peu marqués, et si toute intervention opératoire est impossible, du fait du malade ou de son entourage. Et dans ce cas ne vaut-il pas mieux s'adresser à des moyens moins brutaux, agir par manipulations successives et par des *appareils*. Ceux-ci doivent pour être effectifs, ou avoir des chances de l'être, être composés d'un collier au moyen duquel s'obtiendra le redressement, collier s'articulant sur un corset qui, ainsi que le conseille Kirmisson, prendra son point d'appui sur le bassin et ne se terminera pas à la pointe du sternum (cas où il n'y a pas de fixité du point d'appui); cette disposition permettra, le cas échéant, d'agir sur la scoliose concomitante.

Que l'on s'adresse à l'une ou l'autre de ces méthodes, le point le plus important est toujours le traitement gymnastique. On ne le répétera jamais assez ; sans *bon* traitement gymnastique, il n'y a pas de traitement du torticolis congénital.

Mais, nous dira-t-on, quels résultats obtient-on orthopédiquement? Nous avons déjà dit qu'il ne fallait avoir d'espoir que dans des cas peu marqués ou au début; dans les cas plus avancés on obtiendra parfois une amélioration à condition de suivre un traitement prolongé. Cependant chez les nourrissons, on obtient des résultats parfaits sans même devoir user de moyens vigoureux : rien que par le massage, les manipulations et les mouvements passifs, on a toute chance de guérir entièrement ses petits malades, même dans des cas relativement anciens. Voici, du reste, l'exposé de deux cas typiques que nous donnons comme exemple :

OBSERVATION I. — Suzanne L..., née le 1er septembre 1906, après accouchement laborieux, ayant nécessité l'application du forceps (O I G A), extraction difficile (c'est moi-même qui pratiquai cette manœuvre).

L'enfant est bien constituée, pèse 3k300 environ. Environ quinze jours après l'accouchement, la mère me prie d'examiner le cou de l'enfant qui tient toujours sa tête un peu sur le côté droit et où elle a remarqué l'existence d'une tumeur. En effet, l'enfant couchée sur le dos dans son berceau tient la tête vers la droite et je sens parfaitement à l'union du chef sternal et du corps du sterno-cléido-mastoïdien une tumeur rénitente du volume d'une petite noix. Dès ce moment je pratique des séances journalières de massage consistant en effleurages et en pétrissages du muscle atteint et en mouvements passifs d'extension, flexion et rotation du cou. La tumeur diminua progressivement de volume et une couple de mois après le début du traitement elle avait presque totalement disparu. L'enfant se tenait bien dans son berceau, faisant mouvoir sa tête de droite et de gauche; le traitement fut cependant continué pendant quelques semaines, jusqu'à complète disparition de la tumeur. Actuellement, l'enfant (que je revois assez souvent) est une ravissante petite fillette, et l'on ne peut se douter qu'elle a eu la moindre chose de ce côté.

OBS. II (résumée). — Marie V... nous est amenée à la consultation des Enfants assistés (service de M. le professeur Laurent, dont nous étions assistant) en avril 1906. Elle est âgée de deux mois et demi. L'accouchement fut difficile et nécessita l'application de forceps. Depuis cinq à six semaines, l'enfant tient toujours la tête penchée à droite. A l'examen, le sterno-cléido-mastoïdien est légèrement rétracté, il existe un petit nodule dur à l'extrémité supérieure du chef sternal. Même traitement que dans l'observation précédente. Mais ici, il fallut un traitement de huit mois à peu près pour arriver au résultat final, qui fut parfait. L'enfant a été revue en mars 1907; la guérison se maintenait parfaite.

En résumé, le traitement orthopédique ne peut convenir qu'aux enfants du premier âge ou lors-

qu'on peut l'appliquer tout au début de l'affection (s'il s'agit d'enfants déjà plus âgés), en tous cas à des cas légers où la rétraction du muscle est peu marquée.

Une fois dépassée cette limite, on doit s'adresser à une intervention chirurgicale.

2° Traitement opératoire. — Diverses méthodes sont à notre disposition : les ténotomies sous-cutanée ou à ciel ouvert, l'extirpation totale ou partielle du muscle sterno-cléido-mastoïdien, diverses opérations plastiques.

La ténotomie sous-cutanée et la ténotomie à ciel ouvert sont si simples et si connues que nous ne pensons devoir insister sur leur technique. Nous nous bornerons à mettre en relief un ou deux détails et à discuter la valeur des deux méthodes. Dans la *ténotomie sous-cutanée*, nous pensons avec P. Berger que la section doit se faire d'arrière en avant, tant pour le chef sternal que pour le chef claviculaire; de cette façon l'on est beaucoup moins exposé à léser les vaisseaux profonds ou les jugulaires antérieure et externe.

A la *ténotomie à ciel ouvert*, on a souvent fait le reproche de laisser une cicatrice désagréable. Cela est, en effet, assez souvent le cas si l'on pratique une incision cutanée transversale; mais si l'on fait une incision verticale ou mieux encore une incision légèrement oblique suivant le trajet du muscle, les mauvaises cicatrices sont excessivement rares, bien entendu à condition d'avoir fait sa suture avec tout le soin nécessaire et surtout en employant la suture endermique.

L'*extirpation totale ou partielle du sterno-cléido-mastoïdien* (Mikulicz) se pratique de la façon suivante : incision de la peau et du peaucier de 3 à 4 centimètres, oblique suivant le trajet du muscle et correspondant à l'intersection des deux chefs claviculaire et sternal. Après isolement des insertions inférieures, on soulève le muscle et on sectionne à ras des insertions osseuses en ayant soin de protéger les parties profondes; puis, le muscle saisi dans une pince à forcipressure on l'attire en haut en disséquant prudemment en donnant à la tête une position qui tende le muscle. Puis on l'incline dans la flexion latérale et on pratique l'énucléation du muscle soit partiellement, soit jusqu'à la mastoïde; enfin on sectionne en ayant soin d'éviter la jugulaire et en conservant la partie postéro-supérieure du muscle à travers laquelle passe le nerf spinal. On termine en tendant fortement le cou en hypercorrection pour permettre de sectionner les brides fibreuses qui entourent la gaine.

Les *opérations plastiques* sont peu nombreuses. Ou bien on peut employer une méthode d'allongement (incision oblique ou incision en Z) qu'on pourra combiner (Wullstein) avec le raccourcissement du muscle du côté non rétracté, ou bien faire ce que le professeur Depage nous a dit avoir pratiqué une fois avec succès : section du chef claviculaire au ras de la clavicule, section du chef sternal près du corps du muscle, suture du chef claviculaire au chef sternal.

Quelle que soit la méthode employée, il faut que la tête soit maintenue en hypercorrection. Pour cela, certains auteurs emploient des appareils à traction élastique (un des meilleurs est certainement celui de Gourdon, composé d'une ceinture thoracique et d'un casque, auxquels sont rivés à différents niveaux de petits crampons permettant de fixer une lanière élastique de telle sorte que le sens de la traction puisse varier); d'autres font un bandage plâtré; d'autres encore (et nous sommes parmi ceux-ci) fixent la tête en bonne position au moyen de bandes de toile, soit en faisant des 8 de chiffre passant sous le creux de l'aisselle ou bien en fixant une bande de traction d'une part à des circulaires de la tête, d'autre part à des circulaires du tronc.

Cette immobilisation absolue doit, à notre avis, ne pas être trop prolongée et dès cicatrisation de la plaie opératoire, il y a lieu de commencer le traitement post-opératoire.

Mais avant d'exposer celui-ci, examinons la valeur et les indications des diverses méthodes opératoires.

Les opérations plastiques, à part celle de Depage, ne nous semblent guère avoir d'indications; elles auront toutes le défaut d'être insuffisantes et surtout de créer au centre même du muscle une zone de moindre résistance.

La méthode de Wullstein (allongement du côté de la rétraction, raccourcissement de l'autre côté) est bien compliquée et ne paraît pas à première vue supérieure aux autres méthodes; cependant, avec Redard, nous pensons qu'elle aura des indications dans les cas de torticolis paralytique. Mais ceci n'appartient plus à notre sujet.

Quant à l'opération de Mikulicz, elle est trop mutilante; le creux laissé dans le cou par l'absence du muscle manque totalement de charmes. Aussi ne pourra-t-elle être indiquée que dans des cas très graves où tout autre moyen aura échoué.

En somme, il ne nous reste à discuter que la question des ténotomies qui sont, sans conteste, les opérations de choix. Cela veut-il dire qu'on ne sera jamais amené à faire plus? Non, nous l'avons déjà dit; et avant de discuter la valeur de la voie sous-cutanée ou de l'incision à ciel ouvert, qu'il nous soit permis de relater brièvement un cas qui démontre le contraire.

Obs. III (résumée). — Henri F..., âgé de neuf ans et demi, nous est amené aux Enfants-Assistés, en mai 1905, par un parent. Il est atteint depuis sa première enfance d'un torticolis droit très accusé. L'intervention est pratiquée par mon collègue et ami, le docteur Houssa, et moi-même l'aidant.

Ténotomie à ciel ouvert du chef sternal; le redressement étant insuffisant on fait la ténotomie du chef claviculaire; mais le redressement ne se fait pas encore bien et nous nous décidons à réséquer une partie du chef sternal — les adhérences ne nous permettant pas sans danger de disséquer et d'attirer le muscle vers le haut — de façon à pouvoir aller vers la profondeur détruire des brides que nous n'arrivions pas à sectionner sans cela. Le muscle étant légèrement relevé, nous pouvons alors très facilement disséquer et sectionner tout ce qui entravait la correction de la difformité; nous dûmes aller ainsi jusque sur les scalènes. Suture au crin de Florence, pansement compressif et maintien de la correction par bandage de toile en 8 de chiffre. L'enfant guérit parfaitement bien sans trace de la petite résection musculaire.

Le parent qui nous l'avait amené et que nous avons l'occ a sion de voir de temps à autre nous a dit que le résultat se maintenait parfait (nous avons eu de ses nouvelles il y a sept ou huit mois).

Nous sommes très certains que sans la résection partielle que nous avons pratiquée, jamais nous ne serions arrivés à détruire les adhérences empêchant la correction.

Et maintenant revenons-en à la ténotomie elle-même et disons tout de suite que nous considérons la ténotomie à ciel ouvert comme l'opération de choix. La ténotomie sous-cutanée nous semble une opération aveugle, et dans une région aussi importante, cela seul nous la fait condamner; nous voulons bien admettre que si l'on est précautionneux les dangers sont minimes, mais ils existent néanmoins, surtout lorsqu'il s'agira de détruire des brides d'adhérences. Tandis qu'avec la ténotomie à ciel ouvert on sait où l'on va et on peut, s'il y a lieu, pousser l'intervention aussi loin qu'il le faut, comme le démontre l'observation ci-dessus. Nous répétons encore que le cas cité est exceptionnel et qu'en thèse générale la ténotomie est suffisante, qu'il faut même éviter les résections musculaires.

En résumé, nous croyons que la ténotomie sous-cutanée aura ses indications dans des cas relativement légers ou récents, où l'on a tout lieu de penser qu'il y a peu ou point d'adhérences, la *ténotomie à ciel ouvert étant l'opération de choix.*

En dehors de ces interventions nous ne voyons guère que l'opération de Depage, très ingénieuse, mais n'ayant pas encore fait ses preuves. L'extirpation totale ou partielle du muscle ne sera indiquée que dans les cas d'une gravité exceptionnelle. Les opérations plastiques doivent être abandonnées, tout au moins dans le torticolis congénital.

3° Le TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE constitue, peut-on dire, le criterium de guérison. C'est de lui que dépendra le succès définitif, et... c'est celui que le praticien connaît en général le moins bien, pour le simple motif que pendant ses études il n'a jamais pu le mettre en pratique, nos hôpitaux étant, la plupart du temps, dépourvus de service orthopédique. Il y a là une grande lacune à combler, car ce qui est vrai pour le torticolis l'est pour un tas d'autres affections; actuellement la connaissance des principes de traitement gymnastique devrait se trouver dans tous les programmes de cours, et tout hôpital devrait posséder un service où ils soient mis en pratique; les malades en profiteraient amplement et... les étudiants et médecins aussi. Mais revenons à la question.

Nous décrirons rapidement les manœuvres de massage, les mouvements passifs, les mouvements à résistance (actifs-passifs, passifs-actifs) et les mouvements actifs à faire effectuer par le patient.

A. *Massage.* — Les diverses manœuvres sont l'effleurage, les frictions, le pétrissage. Nous disons effleurage et frictions, ce qui peut sembler un pléonasme; nous voulons indiquer par là une gradation: effleurage étant la friction douce, légèrement faite et les frictions plus puissantes. Donc, le malade étant assis sur un siège sans dossier, le tronc bien droit, les épaules fixées en arrière, le masseur se place derrière lui et fait pour commencer un effleurage doux de la peau de façon à « préparer » sa région, si nous osons nous exprimer ainsi. Ensuite il fait des frictions, toujours de haut en bas, en appuyant sur le muscle et en employant toute la main. Voici comment nous procédons : nous plaçons la main en suppination, le bord cubital correspondant à l'insertion mastoïdienne du muscle; puis, par un mouvement de rotation nous la mettons en pronation, en même temps que s'effectue la friction jusqu'aux insertions inférieures; après quoi on revient au point de départ pour recommencer la manœuvre. Le pétrissage du muscle se fait comme toujours par manipulations douces et continues du muscle faites de haut en bas. On termine la séance par quelques frictions.

Lorsqu'il s'agit de nourrissons le massage se fait, la tête du patient, maintenue par un aide, si l'enfant peut s'asseoir; dans le cas contraire (et c'est ce qui est le plus fréquent), on pratique cette manœuvre l'enfant étant couché à plat.

Il faut insister tout spécialement dans les cas avancés sur le pétrissage, qui doit être assez profond et favorisera ainsi la résorption ou tout au moins la non-réapparition des brides adhérentes.

Bien entendu, il faut surtout masser la région du muscle atteint, mais il ne faut pas se limiter à cela seul; *tout le cou doit être massé* non seulement d'autres muscles que le sterno-cléido-mastoïdien peuvent être plus ou moins atteints de myosite, mais encore il y a lieu de favoriser le rétablissement de l'équilibre musculaire total.

Pour terminer disons qu'on peut masser le malade, celui-ci étant suspendu comme nous le décrivons plus loin (fig. 1.)

Mouvements passifs. — Avant d'exposer les mouvements à effectuer, il faut que nous insistions sur un moyen facile, pratique d'obtenir le redressement mécaniquement, la suspension. A notre avis, c'est là un des temps les plus importants de la séance cinésithérapique. Elle se fait avec un simple appareil de Sayre. Le collier est appliqué de telle sorte que la tête soit penchée du côté opposé à la lésion et on fait tenir une haltère dans la main du côté correspondant, tandis que l'autre tient l'étrier de traction (fig. 1.)

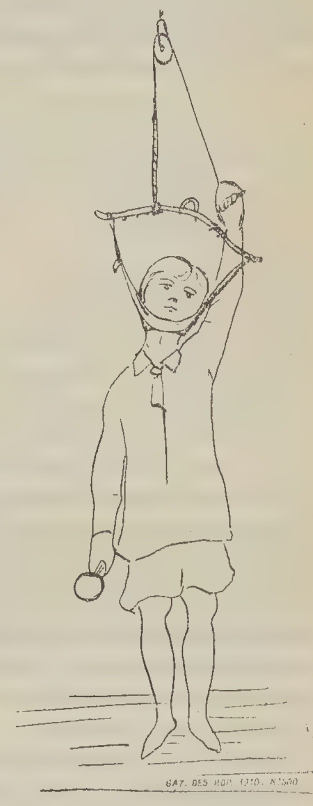


FIG. 1. — *Redressement par suspension verticale* [d'après Redard (1)].

(1) REDARD. *Précis de technique orthopédique.*

Toute séance devra commencer par la suspension, celle-ci sera d'une durée proportionnelle au degré de la lésion entre les limites de 10 à 30 minutes. Il est inutile que les pieds quittent le sol, c'est même là une mauvaise pratique, car on ne pourrait pas dans ces conditions faire durer la suspension un temps suffisamment long; il suffit d'obtenir une hypercorrection de la difformité.

Les mouvements passifs à imprimer sont : la flexion en avant et en arrière, l'inclinaison latérale, la rotation, la rotation avec extension (de façon à tendre au maximum le muscle rétracté).

Les mouvements à résistance seront les mêmes; mais ici ou bien le chirurgien résistera au mouvement ordonné et que fait le malade (mouvements actifs-passifs) ou bien c'est le malade qui résistera au mouvement imprimé par le chirurgien (mouvements passifs-actifs). Il est clair, qu'en cette matière, la correction de l'exercice doit être absolue; il faut donc bien établir les positions dans lesquelles se feront les divers exercices.

Nous décrirons d'abord une façon de faire qui permet de faire effectuer tous les mouvements sans l'aide d'aucun appareil gymnastique; une simple chaise suffit. Prenons comme exemple un torticolis gauche : le malade est assis sur un siège, les mains tenant le siège un peu en arrière de façon à bien fixer le thorax la poitrine bien dégagée, les jambes s'enroulant sous le siège; le chirurgien se place derrière lui, appuie son avant-bras gauche sur l'épaule gauche du patient, la main fléchie venant saisir la partie droite de la mâchoire inférieure; l'avant-bras droit appuie sur la partie antérieure de l'épaule droite et la main en flexion dorsale saisit la partie postérieure gauche de la tête (fig. 2). Cette position permet de faire effectuer à la tête tous les mouvements et permet d'exercer des tractions suffisantes sur les muscles rétractés. A notre avis cependant, elle ne permet pas une fixité suffisante des épaules, et de plus il faut une certaine habitude pour arriver à l'exécution correcte des exercices. Mais elle a le grand avantage de ne nécessiter aucun appareil; c'est pourquoi nous la recommandons au praticien.



Fig. 2. — *Position permettant d'effectuer tous les mouvements passifs et à résistance* (d'après Redard).

Si on a à sa disposition une bôme et un plinthe, cela vaut certes mieux et dans ce cas voici la façon de procéder.

Pour les mouvements d'extension et de flexion du cou, le malade est placé sur le plinthe ou même simplement sur une table, en position couchée abdominale avancée et fixé par une lanière au niveau du tiers moyen des jambes, les bras étendus vers le haut, les mains venant s'appuyer sur les épaules du chirurgien; celui-ci saisit la tête sur les côtés et lui imprime les mouvements prescrits ou les fait faire par le patient (fig. 3); cette position fixe remarquablement le thorax et a en plus le grand avantage d'exercer une action de redressement thoracique très favorable sur la scoliose concomitante.

S'il s'agit de faire des mouvements d'inclinaison latérale, nous plaçons le malade le thorax appuyé du côté du torticolis sur la bôme, le chirurgien se place derrière le malade, appuie l'avant-bras et la main sur l'épaule correspondante à la lésion et de l'autre main imprime les mouvements. S'il s'agit de mouvements à résistance, le chirurgien déplacera la main « motrice » suivant la résistance à opposer (fig. 4).



Fig. 3. — *Position courbée abdominale avancée, flexion et extension de la tête.*



Fig. 4. — *Appui à la bôme, inclinaison latérale (mouvement à résistance).*

Il est utile de bien noter qu'il faut arriver au maximum du mouvement, de telle sorte que l'oreille du côté sain vienne toucher l'épaule correspondante. Evidemment il faut quelque temps avant d'arriver à ce résultat, mais on l'atteint dans la généralité des cas.

Quant aux mouvements de rotation, la figure 5 indique bien ce qu'il faut faire; le malade est couché sur le plinthe, les épaules maintenues par un aide, la tête et le cou le dépassant, le chirurgien saisit la tête et lui imprime les mouvements nécessaires (cette position permet encore l'extension et la flexion actives en excellente position). Dans ces mouvements de rotation il est nécessaire de les « pousser » jusqu'au bout, d'atteindre le maximum possible, comme dans l'inclinaison latérale, il sera très utile de les combiner avec des mouvements d'extension de façon à étendre le plus possible les muscles lésés.



Fig. 5. — *Position couchée, mouvement de rotation.*

En général, la séance cinésithérapique se donnera dans l'ordre suivant :

1. Suspension.
2. Mouvements d'extension passifs, actifs, à résistance.
3. Mouvements de flexion, passifs, actifs, à résistance.

4. Mouvements d'inclinaison latérale, passifs, actifs, à résistance.
5. Mouvements de rotation, passifs, actifs, à résistance.
6. Massage.

Entre chaque exercice je fais toujours faire au malade l'exercice respiratoire suivant : station debout, élévation latérale des bras avec inspiration, (en même temps le malade s'élèvera sur la pointe des pieds, les talons restant joints) ; puis laisser retomber les bras en expirant et reposer les talons sur le sol. Cet exercice fait correctement est très favorable à tous points de vue : il favorise l'acte respiratoire et agit sur la statique thoracique.

Les mouvements actifs ne seront commencés que lorsque le malade en sera réellement capable et alors il les exécutera au commandement. On profitera de ces séances pour lui faire faire tous les exercices capables d'obvier à la scoliose concomitante qui, dans la majorité des cas, se guérit assez facilement ou est tout au moins très sérieusement améliorée, ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra laisser le malade libre de tout appareil orthopédique. Nous conseillons le modèle décrit par Kirmisson.

Comme nous l'avons dit et répété, ce traitement postopératoire doit être poursuivi *journellement* jusqu'à complète guérison ; après quoi les séances pourront s'espacer progressivement. Encore faut-il que la gymnastique soit continuée largement, et faut-il surveiller le cas pendant un certain temps.

De cette façon on peut être généralement assuré du meilleur résultat.

Ceci nous amène à parler du *pronostic*. Eh bien ! nous croyons qu'on peut affirmer que le torticolis congénital peut complètement guérir, et définitivement. Evidemment, l'asymétrie faciale ne sera pas influencée ou tout au moins si peu que rien ; mais le résultat orthopédique sera, dans la majorité des cas, excellent. Certes, la gravité du cas peut influer sur ce résultat final ; aussi doit-on traiter le torticolis congénital le plus tôt possible ; on doit, dirions-nous, faire de la prophylaxie. Pour cela, qu'on examine à ce point de vue les nouveau-nés se trouvant dans les conditions favorables à l'éclosion de cette difformité et en intervenant à temps on évitera l'apparition de la difformité. Malheureusement cela n'est pas toujours le cas, et alors il faut intervenir chirurgicalement (nous croyons, en effet, les méthodes purement orthopédiques ou insuffisantes ou trop brutales et dangereuses). Alors nous donnerons la préférence à la ténotomie à ciel ouvert et, dans les cas de gravité exceptionnelle, nous recourrons, au besoin, à la résection partielle, économique du muscle lésé. Mais quelle que soit l'intervention pratiquée, c'est le traitement postopératoire qui importe le plus ; c'est le motif pour lequel nous avons développé avec quelque détail ce chapitre de ce travail ; car c'est souvent cette partie du traitement que devra entreprendre le praticien et c'est la plupart du temps celle sur laquelle ses connaissances sont les plus vagues... et pas par sa faute, répétons-le.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1910)

Le cancer du col après l'hystérectomie subtotale. — La discussion soulevée par la communication de M. Chaput suit son cours et nous rappelle, car nous le savions déjà, que la presque unanimité des membres de la Société reste fidèle à l'hystérectomie subtotale, la dégénérescence épithéliale du col restant ne nous semblant pas un argument de nature à lui préférer l'hystérectomie totale.

Tel est l'avis de M. Lejars qui, sur un grand nombre d'hystérectomies subtotales, n'a constaté que deux fois cette dégénérescence cancéreuse du col, quatre ans après l'opération chez une malade, un an et demi après chez l'autre.

En 1906, M. Lejars opère une malade atteinte d'un fibrome utérin et d'un polype utéro-vaginal. Il fait l'hystérectomie totale chez cette malade. Trois ans après, elle présentait un néoplasme vaginal.

Ce ne sont pas les faits invoqués par M. Chaput qui modifieront la méthode suivie par M. Lejars, méthode pouvant se résumer ainsi : hystérectomie supra-vaginale dans tous les cas où le col paraît sain, hystérectomie totale dans les cas douteux où le col est hypertrophié, enflammé ou suspect.

M. Riche, sur 190 cas d'hystérectomies subtotales, n'a jamais vu un seul cas de cancer ultérieur du col.

M. Routier, depuis 1886, a relevé dans sa pratique 939 observations d'hystérectomies subtotales. Il n'a jamais vu le col devenir cancéreux. Il a relevé deux cancers du sein, cinq et dix ans après une hystérectomie subtotale, un cancer ano-rectal. Mais le col, même dans ces cas, est resté sain. M. Routier restera donc fidèle à la subtotale comme plus facile, plus simple, plus rapide que la totale.

M. Auvray n'a jamais vu non plus de cancers du col après l'hystérectomie supra-vaginale. Dans quelques cas, il a vu le col rester gros, suintant. Quelques badigeonnages de teinture d'iode suffisaient.

M. Souligoux, sur un grand nombre d'hystérectomies subtotales, n'a vu qu'une seule fois une dégénérescence épithéliale du col. Il restera fidèle à cette opération.

L'hystérectomie vaginale à ciel ouvert (hystérectomie vagino-sacrée). — M. Chaput fait une communication sur ce sujet. Voici en quoi consiste l'opération qu'il propose :

L'incision commence au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure droite, passe à égale distance de l'anus et de l'ischion et se termine au milieu de la grande lèvre droite.

On coupe le tissu sous-cutané, celui de la fosse ischiorectale, le grand fessier, le releveur anal, la vulve et enfin le vagin dans toute sa hauteur.

On incise le péritoine derrière le col utérin et on l'ouvre le plus haut possible. On peut alors pratiquer l'hystérectomie véritablement à ciel ouvert et faire toutes les hémostases au catgut.

L'hystérectomie faite, il draine le Douglas par le vagin, suture le vagin, la vulve, le releveur, le grand fessier et la peau.

Cette opération présente tous les avantages de l'hystérectomie vaginale classique et n'a aucun de ses inconvénients ni dangers.

Il a opéré par cette voie une fistule vésico-vaginale, une fistule intestinale, des pyosalpinx et des fibromes avec un décès (myocardite).

L'opération est surtout indiquée pour les fistules difficilement accessibles et pour les malades qui redoutent les cicatrices abdominales.

M. Segond demande à M. Chaput de préciser les indications de ce procédé d'hystérectomie très élargie. Car dans les cas où il faut recourir à une voie large, M. Segond trouve bien plus simple de recourir à la laparotomie.

M. Guinard pense que quand on veut opérer un fibrome utérin à ciel ouvert, suivant la propre expression de M. Chaput, il n'y a qu'une voie, la voie supérieure, c'est-à-dire la laparotomie.

M. Michaux a appliqué cette voie à la cure radicale de fistules vésico-vaginales haut situées, ainsi que l'a signalé M. Chaput. Mais il n'y a jamais eu recours pour l'ablation des fibromes. C'est une très bonne voie pour atteindre les fistules haut situées. Mais il ne faudrait pas la généraliser et l'appliquer au traitement des fibromes et des pyosalpinx.

M. Tuffier est du même avis : bonne voie pour le traitement de certaines fistules. Pour les fibromes utérins, mieux vaut l'hystérectomie vaginale pour les petits et l'hystérectomie abdominale pour les gros.

M. Chaput répond à ses collègues que la question des indications est encore à l'étude. Il insiste sur ce fait, que, par cette voie, on a un accès très large et très facile sur les fibromes utérins.

Le traitement de l'hémophilie par les injections et les pansements de sérum animal. — MM. A. Broca et P. Emile-Weil précisent la technique à suivre pour prévenir ou arrêter les hémorragies des hémophiles avec les injections de sérum animal, en utilisant les nombreux cas observés par eux depuis cinq ans.

Ils montrent d'abord que les quelques échecs de la méthode proviennent la plupart du temps de ce que les auteurs n'ont pas eu affaire à des cas d'hémophilie, mais à des états hémorragipares, tels que des purpuras hémorragiques ou à de grandes hémorragies isolées de causes diverses.

Ils insistent sur la nécessité de faire la preuve de l'hémophilie, soit clinique (antécédents familiaux ou personnels), soit anatomique (examen du sang). La coagulation du sang veineux est toujours retardée dans l'hémophilie, et c'est elle seule que corrigent ou atténuent les injections de sérum sanguin.

Dans certains cas de grandes hémorragies non hémophiliques la coagulation du sang peut même être accrue, et le traitement sérique non seulement être inefficace, mais dangereux, surtout en ce qui concerne les fibromes utérins.

La méthode peut d'ailleurs échouer chez de vrais hémophiles, si on a affaire à une plaie ouverte où se forme un hématome, le sang coule sans arrêt, sous les caillots mous qui n'adhèrent pas aux tissus. Dans ce cas il faut débrider largement, enlever les caillots capables de s'infecter, faire soigneusement l'hémostase et appliquer un pansement sérique et non se contenter d'injecter le malade avec du sérum. Les auteurs rapportent quatre cas où cette façon de procéder fut suivie de plein succès chez de grands hémophiles.

Ils citent ensuite l'histoire de quatre autres malades suivis pendant une période de deux à quatre ans qui consentirent à être injectés préventivement tous les trois mois. Par ce traitement ces hémophiles ont été transformés ; leurs accidents ont cessé ou diminué de façon notable, et leur sang se coagule en quinze à trente minutes au lieu de trois à douze heures. On peut dire que leur hémophilie a vieilli en quelques années, plus qu'elle n'eût fait spontanément en leur existence entière et pour certains, on peut presque parler de guérison.

Les hémophiles ne font d'ailleurs pas d'accidents sériques particulièrement graves, mais se comportent de façon variable vis-à-vis du sérum. Certains n'ont jamais eu d'accidents sériques, certains en présentent à chaque injection, certains n'en ont plus, après en avoir souffert.

En terminant, les auteurs insistent sur l'efficacité de la méthode et demandent qu'on ne la compromette point en généralisant son emploi à la cure de toutes les hémorragies, mais qu'on la réserve aux hémorragies dyscrasiques s'accompagnant d'un retard de coagulation, c'est-à-dire qu'on ne s'en serve qu'après avoir pratiqué l'étude de la coagulation.

Anévrisme du tronc brachiocéphalique. — M. Guinard fait un rapport sur une communication de M. Tanton (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un anévrisme artériel du tronc brachiocéphalique traité par la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière. Un soldat de trente-quatre ans, syphilitique, ayant neuf ans de service dans les colonies est pris d'accidents douloureux dans la région scapulaire droite.

Malgré un traitement antisyphilitique intense, les accidents continuent, la tumeur grossit, les douleurs deviennent intolérables, le malade maigrit. Enfin on se décide, le 24 septembre 1908, à pratiquer la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière. On constate après l'opération une sudation extrême du côté gauche (côté opposé) de la face. Il y a un peu d'amélioration des douleurs; un mois après, la tumeur augmente de nouveau, la céphalée reparaît, le malade est dans un état des plus graves. M. Guinard appelé auprès de lui par M. Tanton, conseille l'abstention. On injecte du sérum gélatiné. Le malade meurt dans une syncope.

A l'autopsie, on voit que la tumeur anévrismale est double; il y a une première tumeur à droite du cœur, remplie de caillots fibrineux ; une seconde tumeur plus volumineuse est en arrière du plastron sternal; elle mesure 16 centimètres de large sur 14 de haut. La paroi antérieure est formée par l'os lui-même. La clavicule est luxée.

M. Guinard se demande si l'on n'aurait pas dû faire, plus tôt, la double ligature des carotides primitives. Chez ce malade, il y a eu six mois de perdus. M. Guinard estime qu'avant même tout traitement médical, il serait préférable de recourir d'emblée à la double ligature des carotides primitives, en présence d'un anévrisme du tronc brachiocéphalique.

M. Rochard, dans un cas, a suivi le conseil de M. Guinard et, opéré depuis 1906, son malade continue à bien aller.

M. Tuffier pense qu'il faut toujours, avant tout, essayer le traitement spécifique. Il a vu des anévrismes disparaître après ce traitement chez des syphilitiques. Avant de recourir à la ligature, il faut donc instituer ce traitement.

M. Guinard concède qu'on peut essayer le traitement spécifique pendant trois ou quatre semaines.

Constriction myopathique des mâchoires. — M. Morestin présente un malade qui était atteint de cette affection. Il a appliqué chez lui le procédé de M. Le Dentu : il a découvert l'angle de la mâchoire, désinséré le masséter et l'a réimplanté plus haut. Ce muscle a repris ses fonctions et le résultat de l'opération est satisfaisant. Le malade continue la dilatation progressive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 16 juin 1910)

Rôle du médecin dans les établissements pénitenciers. — M. Boigey, dans une importante communication étayée sur des faits personnels, démontre que le médecin militaire peut être, auprès des pensionnaires des établissements disciplinaires de l'armée, un agent moralisateur des plus actifs. La tâche est d'autant plus méritoire qu'il se heurte à des difficultés très grandes : d'abord, il est mal secondé, moralement et matériellement; mais surtout il a affaire à des clients qui, le plus souvent, *ne veulent pas* être améliorés. Malgré tout, avec beaucoup de patience et de ténacité, il peut obtenir un résultat. Malheureusement, l'efficacité de cette cure morale est

compromise par ce fait que, rendus à la vie civile, les « joyeux » ou les « zéphirs » sont abandonnés à eux-mêmes, et presque toujours, rentrent dans un milieu social corrompu où ils se perdent à nouveau. Aussi, l'auteur termine-t-il sa communication par un chaleureux appel aux pouvoirs publics et aux sociétés d'assistance privée; il leur demande instamment de s'occuper du sort de ces détenus et d'aider à leur relèvement, en leur procurant, à la sortie des établissements pénitenciers, un abri et des secours en nature et en argent.

Empyème du médiastin antérieur (*Discussion*). — M. Cochois a observé un malade qu'il opéra pour un abcès froid présternal. Au cours de son intervention il dut reséquer la presque totalité du sternum, conservant seulement la poignée et l'extrémité de l'os, les 2e, 3e, 4e et 5e articulations chondrosternales droites et gauches. Il procéda à un curettage du médiastin, en particulier du sac péricardique et termina par un léger attouchement au thermo-cautère. Guérison. La région cicatrisée est souple et donne l'impression d'une large fontanelle, sous laquelle on sent battre le cœur.

M. Moneger a pratiqué chez une femme la résection de la poignée du sternum et des cartilages des deux premières côtes droites pour ouvrir un abcès du médiastin survenu à la suite d'une ostéo-myélite aiguë de la poignée du sternum. La malade guérit, malgré une congestion pulmonaire grave intermittente.

Syndrome pleuro-pulmonaire gauche et splénique dans le paludisme. — M. Labougle a observé de nouveaux cas de ce syndrome qu'il a décrit en 1905. Il est caractérisé par l'évolution d'une pleurésie sèche et de quelques signes de congestion de la base pulmonaire avec localisation gauche, en même temps qu'on observe une poussée d'hypertrophie de la rate. M. Labougle estime qu'il s'agit d'une lésion par propagation d'origine inflammatoire, analogue à celles qu'on observe au cours des hépatites. Le traitement quinique agit sur les deux éléments de ce syndrome, en atténuant les symptômes pleuro-pulmonaires et en diminuant le volume de la rate.

Plaie du rectum par balle de revolver. — M. Bichelonne relate l'observation d'un soldat, frappé accidentellement par une balle de revolver. Le projectile pénétra au niveau des parties génitales, près de la base de la verge, sur le côté droit, à un centimètre en avant du pubis. L'absence d'orifice de sortie indiqua que la balle était restée dans le corps. Or, quelques heures après l'accident, au cours de la défécation, le blessé expulsa, au milieu de matières sanguinolentes, une balle en plomb, d'assez fort calibre, non déformée.

L'examen au spéculum montra que le rectum présentait, sur sa paroi antérieure, à 6 centimètres au-dessus de l'orifice anal, une petite plaie, avec boursouflement de la muqueuse. La guérison se fit sans complications, et ne nécessita aucune intervention.

Abcès rétrorénal et pleurésie purulente à tétragènes. — M. Lheureux. Il s'agit d'un malade à qui on pratiqua une pleurotomie à la suite d'une pleurésie, d'abord séro-fibrineuse, puis purulente. L'opération pratiquée au niveau du huitième espace intercostal donna issue à un litre de pus environ, contenant du tétragène et du staphylocoque. Elle fut suivie d'une amélioration notable, mais, brusquement, l'état s'aggrava à nouveau et le malade succomba rapidement. A l'autopsie, il trouva un abcès pleural méconnu non ouvert, dont la culture donna du tétragène. Quant à l'abcès qui avait été ouvert, c'était une poche rétrorénale, dans laquelle le drain plongeait encore. Les deux abcès étaient complètement indépendants.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CAPILLAIRE DES ENFANTS

Par le docteur E. Lardin.

Dès que chez un enfant atteint de bronchite, de coqueluche, rougeole, diphtérie, etc., surviennent des phénomènes alarmants comme la dyspnée, l'asphyxie, des râles sous-crépitants fins aux bases, il faut instituer, contre cette bronchite capillaire en évolution, une puissante thérapeutique.

L'enfant est mis au lit, les jambes enveloppées d'ouate. On applique de larges cataplasmes sinapisés en avant et en arrière de la poitrine, et on utilise aussi les ventouses.

Puis, toutes les deux heures, on administre une cuillerée à café de sirop Roche au thiocol (tout à la fois désinfectant et stimulant) et, si l'enfant a besoin d'être calmé et tonifié on ajoutera à ce remède une cuillerée à café toutes les deux heures de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque..	0,50 à 1 gramme
Sirop de codéine.......	10 à 30 gr. selon l'âge
Teinture d'aconit.......	xx gouttes
Julep gommeux........	100 grammes

Si le cas est grave, il faut avoir recours aux bains tièdes, sinapisés, pendant cinq minutes environ. Les vomitifs seront proscrits parce qu'ils dépriment trop l'état général. Mais quand la bronchite capillaire sera à la période d'état, nettement confirmée, on se trouvera bien d'appliquer au point maximum des lésions un petit vésicatoire que l'on ne laissera pas plus de trois heures en place.

En général, le traitement médicamenteux signalé tout à l'heure empêche l'enfant d'être abattu par l'infection; les effets antiseptiques pulmonaires et hyperphagocytaires du gaiacol sulfoné donnent à la bronchite une allure bénigne et rapidement favorable. Cependant il y a des enfants qui, très nerveux ou issus de parents névropathes ont du délire. Il est utile alors de leur donner 10 centigrammes par an d'âge de sulfate de quinine dans un peu de café ou de confiture ou bien encore de leur administrer le lavement suivant :

Chloral....................	1 gramme
Teinture de musc..........	xxv gouttes
— valériane......	xxv gouttes
Jaune d'œuf...............	n° 1
Eau......................	150 grammes

Contre l'oligurie et les troubles cardiaques graves on utilisera la digalène en injection intra-musculaire. Un demi ou un centimètre cube de ce médicament permet de soumettre instantanément le malade aux effets bien connus de la digitale et sans aucun inconvénient.

En général, les convalescences de ces enfants doivent être très surveillées. Il reste souvent aux poumons de l'emphysème, des congestions, de l'adénopathie trachéo-bronchique. Quatre cuillerées à café de sirop Roche par jour amèneront alors et rapidement un retour respiratoire normal et sans persistance de séquelles congestives ou infectieuses.

ACTUALITÉS

SUBVENTIONS ACCORDÉES PAR LA CAISSE DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — Les recettes de la caisse des recherches scientifiques se sont élevées, pendant l'année 1909, à la somme de 433 100 fr. 26, se divisant par affectation ainsi qu'il suit :

Recherches biologiques.........	221 566 fr. 25
Epuration des eaux résiduaires..	150 500 fr.
Autres recherches..............	25 500 fr.

Il a été dépensé pour :

Recherches biologiques	124 900 francs
Epuration des eaux résiduaires..	65 000 —
Autres recherches.............	40 300 —

La caisse a maintenant en réserve le montant des subventions d'une année, ce qui lui permettrait de faire face à des besoins exceptionnels.

En ce qui concerne les recherches biologiques, la commission a reçu 72 demandes ; elle a dû en écarter 15. Dans certains cas, les travaux projetés ne présentaient pas un intérêt suffisant ou comportaient un programme beaucoup trop vaste ; dans d'autres il s'agissait de recherches exclusivement industrielles. Enfin, certaines demandes avaient pour but l'entretien normal de laboratoires, ou étaient formées en vue de recherches à entreprendre dans des laboratoires très richement dotés. Voici les attributions faites à des médecins.

M. le professeur Arloing (Lyon) : Recherches sur les vaccins et les sérums antituberculeux, sur les rapports de la tuberculose bovine avec la tuberculose humaine ; 16000 francs.

M. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille : Recherches sur une nouvelle méthode de vaccination contre la tuberculose ; 12 000 francs.

M. le professeur Lépine (Lyon) : Recherches sur diverses maladies infectieuses ; 1 500 francs.

M. Rappin, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes : Recherches sur la tuberculose et sur les maladies infectieuses ; 1 000 francs.

M. le professeur Rodet (Montpellier) : Recherches sur le sérum antityphique et la sérothérapie de la fièvre typhoïde ; 2 500 francs.

M. Bezançon (Paris) : Recherches expérimentales sur l'immunité tuberculeuse ; 1 500 francs.

M. Brumpt (Paris) : Etude sur les maladies parasitaires du sang de l'homme et des animaux ; 2000 francs.

M. Claude (Paris) : Recherches au laboratoire de pathologie expérimentale et chimie biologique de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière ; 1 500 francs.

M. le professeur Courmont (Lyon) : Recherches sur la vaccination antituberculeuse ; 3000 francs.

M. le professeur Coyne (Bordeaux) : Recherches sur l'immunisation antidysentérique et sur le traitement de la dysenterie par un sérum polyvalent ; 1 000 francs.

M. le professeur Fabre (Lyon) : Recherches sur la prophylaxie et le traitement de la fièvre puerpérale ; 1 000 francs.

M. René Gaultier (Paris) : Recherches expérimentales sur le rôle du sympathique dans la sécrétion chlorhydrique de l'estomac ; 2000 francs.

M. le professeur Hugounenq (Lyon) : Recherches sur la constitution des matières protéiques ; 2 000 francs.

M. le professeur Hédon (Montpellier) : Recherches d'ordre biologique sur les sérums artificiels et la transfusion ; 1 000 francs.

M. le professeur A. Imbert (Montpellier) : Etude expérimentale du travail professionnel ; 500 francs.

M. Küss (Angicourt) : Recherches sur le mécanisme de la contagion de la tuberculose ; 2 000 francs.

M. le professeur Laguesse (Lille) : Recherches sur le poumon et le pancréas ; 1 000 francs.

M. le professeur Lannelongue (Paris) : Recherches sur le traitement de la tuberculose humaine ; 4 000 francs.

M. Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis : Recherches sur le kala azar infantile et sur le bouton d'Orient ; 2 000 francs.

M. le professeur J. Renaut (Lyon) : Recherches sur la fonction glandulaire des éléments cellulaires du tissu conjonctif ; 1 500 francs.

M. le professeur Rollet (Lyon) : Recherches expérimentales sur la thérapeutique de la tuberculose oculaire ; 1 500 fr.

M. le professeur Roger (Paris) : Etudes sur la physiologie normale et pathologique du tube digestif et sur les poisons formés dans l'organisme ; 2 500 francs.

M. G. Rosenthal (Paris) : Recherches sur les lois du transformisme microbien et sur la sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu ; 1 500 francs.

M. le professeur Tissier (Lyon) : Recherches relatives au traitement des néphrites infectieuses et plus particulièrement de leurs complications urémiques ; 1 000 francs.

M. Vincent, professeur au Val-de-Grâce : Recherches expérimentales sur la pathogénie du tétanos, le rôle des causes favorisantes dans l'étiologie des maladies infectieuses ; sur la vaccination antityphique de l'homme ; 3000 francs.

M. le professeur Abelous (Toulouse) : Recherches sur les propriétés pharmacodynamiques de l'urine ; 1 500 francs.

M. Breteau (Val-de-Grâce) : Recherches au point de vue de l'hygiène sur les arsenicaux dans les boissons et les substances alimentaires ; 500 francs.

M. le professeur Cluzet (Lyon) : Recherches concernant une nouvelle méthode d'électro-diagnostic basée sur l'emploi des condensateurs ; 1 500 francs.

M. Gastou (Paris) : Recherches sur la prophylaxie de la syphilis ; 5000 francs.

M. le professeur Louis Gaucher (Montpellier) : Recherches sur la digestion du lait et notamment sur les causes des accidents provoqués par le lait chez les adultes et les nourrissons ; 1 000 francs.

MM. Guillemard et Moog (Paris) : Recherches sur la physiologie aux grandes altitudes ; influence du climat des grandes altitudes sur l'économie (mission au Mont-Rosa) ; 1 000 fr.

M. C. Gautier (Lyon) : Recherches concernant l'action de l'adrénaline sur la glycogénie ; — Recherches concernant le rôle du foie dans la formation de l'indoxyle urinaire ; 1 000 fr.

M. A. Jousset (Paris) : Recherches sur le polymorphisme anatomique de la tuberculose humaine ; 4 000 francs.

M. le professeur Landouzy (Paris) : Expérience de tuberculose expérimentale ; 2 000 francs.

M. Langlois (Paris) : Recherches sur l'hygiène des mineurs et plus spécialement sur l'influence des conditions thermiques et hygrométriques dans les mines ; 2500 francs.

M. Maillard (Paris) : Recherches sur la formation synthétique et l'évolution des matières albuminoïdes dans leurs rapports avec la nutrition du corps humain et la réparation après les maladies ; 1 500 francs.

M. le professeur Maurel (Toulouse) : Recherches expérimentales sur l'action physiologique des agents thérapeutiques et sur l'application de cette action à la pratique médicale ; 1 000 francs.

M. le professeur P. Marie (Paris) : Recherches expérimentales sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des tumeurs cancéreuses ; 3 000 francs.

M. Nogier (Lyon) : Recherches sur la radiographie intensive de précision ; 1 500 francs.

M. Policard (Lyon) : Recherches histo-physiologiques sur la sécrétion rénale ; 1 000 francs.

M. P. Teissier (Paris) : Recherches sur les problèmes que soulèvent encore les maladies éruptives (la variole, variole-vaccine, etc.) ; 1 500 francs.

M. Thiroux, médecin-major de première classe des troupes coloniales : Recherches sur la maladie du sommeil et le paludisme au Sénégal ; 1 500 francs.

M. Weiss (Paris) : Etudes sur le rendement du moteur humain ; 2 000 francs.

Quant aux recherches relatives à l'épuration des eaux résiduaires, la commission a pu donner satisfaction aux demandes, aux médecins elle a attribué les sommes suivantes :

M. Calmette (Lille), 35000 francs ;

MM. Wurtz et Chassevant (Paris), 6000 francs.

Pour ce qui est des recherches scientifiques autres que les biologiques, nous ne trouvons comme médecin que le docteur Capitan qui reçoit 1 500 francs pour exécution de fouilles préhistoriques dans la station de Combe Capelle, près de Saint-Avit-Sénieur (Dordogne). [*Bulletin médical.*]

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve de titres.* — Deuxième séance du 24 juin. — MM. Ravaut, 20 × 2 = 40; Ribierre, 18 1/2 × 2 = 37; Josué, 20 × 2 = 40; Léri, 20 × 2 = 40.

Première séance du 27 juin. — MM. Gaultier, 19 × 2 = 38; Cordier, 16 × 2 = 32; Piéry, 18,5 × 2 = 37; Dumas, 13 × 2 = 26.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Deuxième séance du 24 juin. — MM. Barthélemy : « Endométrite cervicale chronique »; note : 12 1/2; — Duvergey : « Accidents et complications de la gastro-entérostomie »; note : 15.

— SECTION DE PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, il n'est pas fait de proposition pour la place d'agrégé de physique biologique mise au concours.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Aviragnet, Comby, Debove, Brocq, Talamon, Gilbert, Morestin qui acceptent; Lacombe et Huchard qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours d'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Dufour, Joseph Martin (*ex æquo*), Langeron, Pillon, Santy et Bertoye (*ex æquo*), Favre et Mangini (*ex æquo*), Mlle Mourret, MM. Renot, Rey et Loaec (*ex æquo*), Alloin, Convert et Kocher (*ex æquo*), Payot, internes titulaires.

C'est à M. Dufour qu'a été remise la trousse d'honneur Bonnet.

Ont été reçus internes suppléants :

MM. Bardin, Perret, Branche, Marcel Durand, Montibert, Sigaud, Badolle, A. Bocca, Bouget, Eparvier, Aigrot, Chevalier, Lançon, Girard, Bovier, Bonnet, Masson, Gillet, Greffier, Pernot, Tracq, Brette, Conrozier, Paul Durand, Marchand.

— BORDEAUX. — *Internat.* — Le concours pour neuf places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 3 octobre 1910, à l'hôpital Saint-André, à huit heures du matin.

Les candidats doivent se faire inscrire dans les bureaux du contrôleur général de l'hôpital Saint-André cinq jours au moins avant l'ouverture du concours.

Les internes nommés à la suite de ce concours entrent en fonctions le 15 novembre.

Externat. — Le concours pour cinquante places d'externes titulaires s'ouvrira le mardi 4 octobre 1910, à quatre heures du soir.

Les candidats doivent se faire inscrire au bureau du contrôleur général de l'hôpital Saint-André avant le 15 juillet.

Les externes nommés à la suite de ce concours entrent en fonctions le 15 novembre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — L'arrêté du 31 mars 1910 accordant un congé de trois mois, à partir du 17 du même mois, à M. Leblanc, chargé des fonctions d'agrégé et de chef des travaux anatomiques, cessera d'avoir son effet à partir du 16 mai 1910.

— LILLE. — M. Combemale, professeur de clinique médicale, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 24 juillet 1910.

— LYON. — Un congé, du 1er au 20 juin 1910, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Poncet, professeur de clinique chirurgicale.

M. Patel, agrégé, est chargé, en outre, du 1er au 20 juin 1910 (durée du congé accordé à M. Poncet), d'un cours de clinique chirurgicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. Gremeaux, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

— ROUEN. — M. Brunon, professeur de clinique médicale, est renommé directeur, pour trois ans, à dater du 1er décembre 1910.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1061.*)

LA PONCTION LOMBAIRE
DANS LES MALADIES MENTALES

Pression du liquide céphalo-rachidien,
Influence de la ponction sur la pression artérielle,

Par MM. J. ROUBINOVITCH,
Médecin de Bicêtre,
et H. PAILLARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

De nombreuses ponctions lombaires que nous avons pratiquées chez les aliénés nous ont permis de suivre quelques phénomènes de pathologie générale encore peu étudiés, ayant trait à la pression du liquide céphalo-rachidien et à l'influence de la ponction lombaire sur la pression artérielle. Nous apportons ici les résultats de plus de 60 observations dont la moitié environ concerne des paralytiques généraux. Ils ont été brièvement consignés dans deux notes présentées à la Société de biologie (1).

La pression du liquide céphalo-rachidien a fait, avant la ponction lombaire, l'objet d'études expérimentales d'A. Richet (1857), de Bochefontaine [1878 (2)], d'Adamkiewicz [1883 (3)], d'Axel Key et Retzius, de Schulten [1884 (4)], de Falkenheim et Naunyn [1887 (5)]. Ces auteurs ont opéré dans des conditions assez différentes, le plus souvent sur le chien et ont obtenu des chiffres qui variaient entre 20 et 300 millimètres, oscillant néanmoins autour de 100 millimètres, et pouvant changer du simple au triple sous l'influence d'actions diverses et surtout sous l'influence des mouvements respiratoires.

Quincke (6) a recherché la pression du liquide céphalo-rachidien chez l'homme dès les premières ponctions lombaires; il donne le chiffre de 150 millimètres comme normal et estime pathologique toute pression supérieure.

Pour Kronig (7) la pression est de 125 millimètres lorsque le sujet est couché, de 410 millimètres lorsque le sujet est assis.

Sicard (8) a trouvé une pression de 20 centimètres chez deux hystériques, « pression, dit-il, pouvant être envisagée comme normale ».

Parisot (9) conclut de ses recherches que cette pression oscille de quelques centimètres à 10, 15 centimètres d'eau au plus, le chiffre le plus habituel se maintenant entre 6 et 12 centimètres.

(1) Roubinovitch et Paillard. *Soc. de biol.*, séances des 19 février et 9 avril 1910.

(2) Bochefontaine. Sur la pression du liquide céphalo-rachidien, *C. r. de l'Acad. des sc.*, 1878, t. LXXXVI, pp. 1555-1557.

(3) Adamkievicz. *Sitzb. d. kais. Ak. d. Wiss. math. nat.*, 1883, t. LXXVIII (3), pp. 15-97, 231-355, 7 graph, 15 fig., 7 pl.

(4) Schulten. *Arch. f. Opht.*, 1883, t. XXX, pp. 1, 4, 61; — An. in *Jb.*, P., t. XII, pp. 79, 857.

(5) H. Falkenheim et B. Naunyn. Ueber Hirndruck, *Arch. f. experim. Path. u. Pharm.*, Leipzig 1887, t. XXII, pp. 261-305.

(6) Quincke. Die lumbal Ponction des Hydrocephalus, *Berl. klin. Woch.*, 21 sept. 1891, n° 38.

(7) Kronig. *Soc. de méd. int.* de Berlin, 15 nov. 1897.

(8) Sicard. *Le liquide céphalo-rachidien*, collect. Léauté, 1902.

(9) Parisot. *Congrès des aliénistes et neurologistes de Nantes*, 1909, C. r., 1910, p. 381.

* * *

Nous-mêmes avons entrepris une série de recherches dont la technique a été des plus simples. Nous nous sommes servis comme manomètre d'un simple tube de verre de 2 à 3 centimètres de diamètre, coudé à son extrémité inférieure; la portion verticale du tube doit avoir 35 millimètres de haut; la petite portion horizontale, 2 à 3 centimètres; à cette dernière on adapte un tube de caoutchouc (un fragment de sonde de Nélaton par exemple) de 7 à 8 centimètres de long, et à l'extrémité de ce tube on ajoute un embout métallique tel que celui délivré ordinairement par les fabricants avec les grosses seringues de Lüer. Cet embout est réuni à l'aiguille de ponction, une fois celle-ci introduite dans le canal rachidien. On réalise ainsi un appareil étanche, extrêmement simple et économique.

La position à donner au malade est très importante : il doit être dans le décubitus latéral, la tête ni trop haut, ni trop bas, dans le prolongement du rachis. En pratique, il suffit qu'elle soit appuyée sur le coude replié en haut, et en bonne position d'équilibre. La ponction est pratiquée comme de coutume; la pression du liquide doit être prise dès le début de l'écoulement. On réunit donc le manomètre à l'aiguille et l'on a soin que le coude du tube de verre soit au même niveau que l'orifice de la ponction.

On voit le liquide s'élever dans le manomètre, rarement en un bond, presque toujours assez lentement et il faut quinze à vingt secondes pour que la pression définitive soit atteinte. Du reste, une fois ce niveau obtenu, le liquide peut encore subir quelques oscillations faibles et rythmiques : c'est ainsi que l'on voit, dans quelques cas, de petites élévations de 1 à 2 millimètres synchrones aux pulsations cardiaques, tandis qu'une profonde inspiration peut déterminer un abaissement de plusieurs millimètres. On peut étudier ainsi le pouls cérébral.

Avec un peu d'habitude il est très facile de saisir quelle est la position d'équilibre du liquide. Une fois le niveau immobile, on mesure dans le manomètre la hauteur de la colonne, à l'aide d'un mètre quelconque, d'un simple ruban métrique de couturière par exemple. Parfois un effort du malade élève momentanément la tension; il faut attendre quelques secondes qu'elle soit revenue à son état normal; dans tous les cas on recommandera au malade d'être aussi calme que possible, pour éviter le va-et-vient du liquide et la régurgitation dans le canal rachidien d'une portion de liquide qui en aurait déjà été évacuée, précaution de minutieuse prudence, mais qui a son intérêt si le manomètre est simplement bouilli et non stérilisé à l'autoclave.

Nous avons recherché la pression du liquide céphalo-rachidien chez 55 malades hospitalisés à Bicêtre et atteints d'affections mentales diverses. Si nous envisageons les résultats d'une façon globale, nous constatons que :

Dans 5 cas la pression était inférieure à 5cm.
Dans 14 cas la pression variait entre 5 et 10cm.
Dans 17 cas — — 10 et 15cm.
Dans 6 cas — — 15 et 20cm.
Dans 6 cas — — 20 et 25cm.
Dans 6 cas — était supérieure à 25cm.

Nous n'observons donc pas ici les fortes hypertensions des méningites aiguës; on verra néanmoins qu'il y a des hypertensions relatives dont il faut savoir tenir compte.

Nous avons recherché s'il n'y avait pas une relation entre la pression du liquide céphalo-rachidien et la pression artérielle; or nous avons observé à cet égard les chiffres les plus discordants : par exemple, chez les paralytiques généraux, nous voyons deux malades, ayant une pression artérielle élevée, 20 et 17 centimètres et demi, présenter une pression du liquide céphalo-rachidien, le premier de 8 centimètres, le second de 25 centimètres; chez les déments précoces, nous observons un malade dont la pression artérielle est de 13 centimètres et qui présente une pression rachidienne de 27 centimètres et demi; un autre qui pour une pression artérielle de 12 centimètres et demi offre une pression rachidienne de 13 centimètres et demi, etc. S'il y a un rapport entre les deux éléments, il ne nous est pas apparu au cours de nos recherches. Il est intéressant d'envisager la pression du liquide céphalo-rachidien dans les diverses catégories de malades.

Paralysie générale. — Nous avons recherché la présence du liquide céphalo-rachidien chez 33 malades et avons obtenu les résultats suivants :

Moins de 5cm	5 à 10cm	10 à 15cm	15 à 20cm	20 à 25cm	Plus de 25cm
3	8	10	6	3	3

Les écarts assez considérables que l'on observe tiennent à ce que les malades ponctionnés sont à un stade variable de l'affection et présentent ou non des accidents surajoutés. La pression du liquide céphalo-rachidien est différente, suivant que le malade est dans une période de repos et de calme, ou dans une période d'excitation avec ictus épileptiformes, ou enfin dans cet état de marasme qui précède souvent la mort de quelques semaines. Au cours d'une période de calme, on trouve en général une pression de 10 à 15 centimètres, à quelques variations près en plus ou en moins. Si le malade présente des phénomènes d'excitation, la pression s'élève : l'un de nos paralytiques généraux, par exemple, avait en temps habituel une pression de 10 centimètres et demi; il fit une phase aiguë, avec ictus épileptiformes, et à ce moment-là la pression céphalo-rachidienne atteignit 19 à 23 centimètres; chez deux autres malades nous avons vu la pression monter jusqu'à 35 centimètres.

Au contraire, si l'on examine un paralytique général dans le marasme et la cachexie avancée, on trouve la plupart du temps une pression nulle ou minime; tous les chiffres inférieurs à 5 centimètres et presque tous ceux inférieurs à 10 centimètres ont été fournis par de tels malades.

Rapprochons de ce fait la constatation de Vaschide et Raymond Meunier (1) qui ont observé, mais seulement dans les quelques jours qui précèdent la mort, une baisse relativement brusque et assez notable de la pression artérielle, pouvant permettre de formuler un pronostic fatal à brève échéance.

(1) Vaschide et Raymond Meunier. Possibilité d'un pronostic de la mort chez les paralytiques généraux par l'examen de la pression sanguine, *Soc. de biol.*, 20 juin 1908.

Artério-sclérose ; ramollissement cérébral ; démence. — Trois cas : hommes de quarante-trois, cinquante-quatre, cinquante-huit ans. Pressions respectives de 7, 9, 10 centimètres et demi.

Démence précoce. — La pression du liquide céphalo-rachidien présente une moyenne sensiblement plus élevée que dans les cas précédents. Sur 8 malades, 1 présente une pression de *10 centimètres*, 4 une pression de *10 à 15 centimètres*, 1 une pression de *21 centimètres*, 2 autres dépassent 25 centimètres et atteignent l'un *27 centimètres et demi*, l'autre *30 centimètres*.

Débilité mentale avec délire paranoïaque. — 2 cas : 13 centimètres et demi et 20 centimètres.

Dépression mélancolique. — 5 cas : pressions de 7 centimètres, 7 centimètres, 14 centimètres et demi, 17 centimètres, 21 centimètres.

Epilepsie avec troubles mentaux. — 1 cas : 10 centimètres. La ponction lombaire a été pratiquée dans l'intervalle des crises convulsives (1).

Imbécillité. — 2 cas : 4 et 27 centimètres.

* * *

La pression artérielle a été étudiée par beaucoup d'auteurs dans les diverses formes de l'aliénation mentale. Pour ne citer que les travaux les plus récents, nous nommerons Marro (2), Orchansky (3), Alter-Leubns (4), Godlewski (5), de Bloch (6), Lugiato et Okannessiah (7), Bing (8), Bravetta (9), Eric D. Macnamara (10); mais nous n'avons pas trouvé d'indication concernant les modifications que peut

(1) A. d'Ormea (*Arch. ital. de biol.*, 1902, fasc. 1; *Riv. sperim. d. fren.*, août 1902) a étudié les modifications de pression du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie expérimentale. Il opérait sur des chiens légèrement morphinisés et plaçait une canule dans l'espace occipito-atloïdien. Pendant les crises (provoquées soit par l'excitation électrique, soit par l'injection intra-veineuse d'essence d'absinthe) la pression du liquide céphalo-rachidien s'élève considérablement ; elle reste constamment élevée pendant la phase tonique, subit des oscillations pendant la phase clonique, et ensuite s'abaisse considérablement.

(2) Marro. Pression du sang chez les épileptiques, *R. Accad. med. d. Torino*, 8 mars 1901.

(3) Orchansky. Etat des vaisseaux sanguins périphériques et de la pression sanguine chez les neurasthéniques, *Congrès des médecins russes*, Saint-Pétersbourg 1904.

(4) Alter-Leubns. Pression sanguine dans certains états psychopathiques, *Neurol. u. Psychiat.*, 1904, t. XXV, f. 1.

(5) Godlewski. Tension artérielle et neurasthénie, *Soc. de méd. de Paris*, séance du 24 juin 1905.

(6) De Bloch. Valeurs relatives des recherches sphygmomanométriques dans divers états nerveux fonctionnels, *Congrès de Liége*, 1905.

(7) Lugiato et Okannessiah. La pression sanguine dans les maladies mentales, *Riv. sperim. d. fren.*, 1906, fasc. 2-3.

(8) Bing. Pression sanguine dans les maladies nerveuses, *Berl. klin. Woch.*, sept. 1906, p. 1180.

(9) Eugenio Bravetta (de Monbello). Pression artérielle dans la démence paralytique, *Gaz. med. lombarda*, 1907, nos 39 à 43.

(10) Eric D. Macnamara. La pression du sang dans les états neurasthéniques et les modifications de cette pression sous l'influence de certains traitements, *The Lancet*, 18 juillet 1908, no 4429, p. 151.

subir la pression artérielle après évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien; le fait comporte un double intérêt : au point de vue particulier des maladies mentales, au point de vue de la biologie générale. Nous avons cependant étudié une brève note de Lafite-Dupont et Maupetit (1) qui ont pratiqué des recherches expérimentales chez le chien; ils ont constaté que l'injection de sérum par la membrane occipito-atloïdienne chez le chien ou que l'insufflation d'air dans les espaces arachnoïdiens médullaires élève la pression artérielle, et que l'évacuation de liquide céphalo-rachidien par la membrane occipito-atloïdienne chez le chien abaisse la pression artérielle; de même, d'après ces auteurs, la ponction lombaire amène chez l'homme un abaissement de la pression artérielle.

Nos recherches personnelles ont porté sur 64 malades dont 35 paralytiques généraux. Notre technique a été la suivante : le malade était couché sur le côté gauche, laissé au repos un instant dans cette position, puis la pression artérielle était mesurée à la radiale droite, à plusieurs reprises pour avoir un chiffre valable, et à l'aide du sphygmomanomètre de Potain ou de Sahli. La fréquence du pouls était également notée. La ponction était pratiquée suivant le procédé ordinaire; dans la plupart des cas, nous avons mesuré la pression du liquide céphalo-rachidien. La ponction terminée, la pression artérielle était prise à nouveau, ainsi que la fréquence du pouls, dans les mêmes conditions que précédemment.

Paralysie générale (35 cas). — Nous avons observé des réactions variables ;

7 d'entre eux ont présenté une variation nulle ou très faible de la pression artérielle.

		AVANT		APRÈS			
		Fr.(2)	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Vi....	34 ans	68	20	68	20	8cm	
*Ca....	37 ans(3)	60	15	60	15	7cm	
Deq...	43 ans	72	17 1/2	70	17 3/4	25cm	20cc
*Léc...	43 ans	108	14	106	14 1/4	15cm	2cc
*Nav...	43 ans	104	13 1/2	104	14	12cm	
Tour..	28 ans	88	12 1/2	88	13	10cm	15cc
*Tur...	63 ans	80	15	76	14 1/2	13cm	

Chez ces malades la ponction lombaire est donc un acte à peu près indifférent au point de vue circulatoire; il semble qu'il y ait dans une certaine mesure indépendance entre les réactions méningées et les réactions cardiaques.

La plupart des malades ont présenté des variations les unes légères, les autres considérables de la pression sanguine.

Il est exceptionnel que la fréquence du pouls et la tension se soient modifiées conformément à la loi de Marey, c'est-à-dire l'une s'abaissant tandis que l'autre s'élève et inversement. Nous n'en avons qu'un seul exemple et encore la variation est-elle minime :

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Fran..	36 ans	88	18	84	18 1/2	8cm	

Dans trois autres cas, les variations se sont faites encore en sens inverse, mais dans des proportions telles que la loi de Marey n'est véritablement plus respectée, la pression se modifiant beaucoup plus que le pouls (v. plus loin : Gren..., Boul..., Dub...).

En règle générale, la fréquence du pouls se modifie peu; la tension varie au contraire dans d'assez grandes proportions, et la plupart du temps elle s'abaisse.

Voici une série de cas où la tension s'est fortement abaissée, sans grande modification de la fréquence du pouls :

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
*Pip...	34 ans	60	18	59	15	14cm5	15cc
*Bin...	57 ans	76	22	74	20	8cm	
*Duf...	40 ans	120	17	120	15		
*Stein..	33 ans	72	16	76	14	13cm	
Leh...	33 ans	88	12 1/2	88	11	19cm	
Goch..	40 ans	68	19 1/2	64	18	7cm	
*Rog...	31 ans	72	13	70	12	nulle	20cc
Mont..	41 ans	80	12	80	10 1/2	13 à 17cm	
Laur..	44 ans	76	16 1/2	76	12 1/4	13cm5	
Berl..	33 ans	84	14 1/2	80	10		

On voit que dans ces cas le pouls varie de 0, 2, 4, donc très peu, tandis que la tension change de 1 à 4 centimètres de mercure.

Cependant des variations plus importantes du pouls peuvent accompagner l'abaissement de tension.

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Sav...	37 ans	88	16	80	12	faible	6cc
*Pill...	37 ans	84	16 1/2	78	13 1/2	19cm	20cc
Dello..	42 ans	80	14	68	12 1/2	14cm5	
Gir...	33 ans	116	20 1/2	100	19 1/2	12cm5	
Gen...	41 ans	80	13	72	12 1/2	9cm	18cc
*Gren..	37 ans	56	13 1/4	64	11 1/2	8cm	
*Boul..	28 ans	92	17 1/2	96	16 1/4	30cm	
*Prend.	49 ans	80	17	72	15	35cm	
Dub...	41 ans	112	15 1/4	120	12	25cm	
Dav...	51 ans	76	15 1/2	70	14	p. nulle	
Guitt..	45 ans	84	8	76	7		

Il est très rare que la ponction lombaire détermine une élévation de la pression artérielle; dans tous les cas elle est peu marquée.

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
*Bellis.	53 ans	92	14	92	15 1/4	5cm5	
*Lelour.	43 ans	72	14	72	14 3/4		
Arn....	38 ans	60	12	72	13	18cm	
Garc...	43 ans	68	12	78	13 1/2	32cm	
Cont...	43 ans	108	9 1/2	120	10 1/2	12cm	
Fug...	35 ans	56	9 1/2	56	11		

Dans tous les cas où la pression a varié, soit en s'abaissant, soit en s'élevant, la modification n'a pas

(1) LAFITE-DUPONT et MAUPETIT (de Bordeaux). Rapport de la pression artérielle avec la pression du liquide céphalo-rachidien et du liquide intra-labyrinthique. Réunion biologique de Bordeaux, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1905.

(2) Fr., fréquence du pouls; P. A., pression artérielle; P. L., pression du liquide céphalo-rachidien; Qu. r., quantité de liquide céphalo-rachidien retirée.

(3) L'astérisque indique les paralytiques généraux décédés depuis la ponction lombaire; tous ont présenté des formes graves, puisque dans ces cas la durée totale de la maladie n'a pas dépassé trois à quatre ans.

été durable, et quelques heures après, la pression était revenue à son chiffre habituel.

En résumé, sur 35 paralytiques généraux : 7 ne présentent aucune modification appréciable ; 1 présente une variation légère, conforme à la loi de Marey ; 21 présentent un abaissement de la pression artérielle (de 1 à 4 centimètres de mercure), le plus souvent sans modification du pouls, quelquefois avec ralentissement léger, exceptionnellement avec accélération légère ; 6 présentent une faible élévation de la tension artérielle.

Artério-sclérose ; ramollissement cérébral ; démence (3 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Fou...	43 ans	79	14 1/4	66	13 1/2	7cm	8cc
Mich..	58 ans	108	11	96	7	10cm5	
Com...	54 ans	68	12 1/4	82	11 3/4	9cm	

Le dernier malade, seul, réagit conformément à la loi de Marey.

Démence précoce (11 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Pi.....	29 ans	82	13 1/2	82	13	14cm	12cc
Go....	21 ans	81	14 1/4	83	14 3/4	12cm5	14cc
Desj...	30 ans	84	13	82	12 1/4	27cm5	15cc
And...	27 ans	70	13 3/4	80	13 3/4		
Lam...	30 ans	108	13 1/4	100	13 1/2		20cc
He.....	29 ans	87	12 1/2	80	11 3/4	13cm5	5cc
Ber....	55 ans	76	20 1/2	74	15 1/4	16cm	12cc
Li.....	49 ans	80	18 1/2	80	16		5cc
Rous...	30 ans	72	14 1/2	76	16	30cm	
Boul...	31 ans	72	10	72	11 1/2	10cm	10cc
Savi....	30 ans	72	10	70	13 1/2	21cm	20cc

Les trois premiers malades ne présentent aucune modification ; les trois suivants offrent surtout des variations du pouls avec tension presque constante ; Ber... et Li... (les plus âgés et légèrement artério-scléreux) baissent leur tension sans modification du pouls ; les trois derniers présentent une élévation appréciable de leur tension.

Débilité mentale avec délire paranoïaque (4 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Tour...	24 ans	68	17	56	13 1/2	13cm5	
Danck..	19 ans	100	12 1/2	88	11 1/2		
Wessn.	34 ans	80	15 1/2	72	14	20cm	
Mart...	33 ans	68	14	76	11		

Le dernier de ces malades, seul, réagit conformément à la loi de Marey.

Dépression mélancolique (7 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Bon....	26 ans	104	16 1/2	112	15 1/2	17cm	15cc
Verd...	28 ans	54	13 1/4	60	12	7cm	10cc
Mor....	43 ans	64	19 1/2	52	15	7cm	
Coun...	45 ans	58	14 1/2	64	16		10cc
Dubr...	48 ans	88	14 1/4	84	13	susp.	20cc
Istiv...	27 ans	76	14	80	15	14cm5	12cc
El......	32 ans	102	14	93	13 1/2		20cc

Les deux premiers (les plus jeunes, présentant un système artériel normal) réagissent conformément à la loi de Marey ; les trois suivants, plus âgés, mais d'ailleurs exempts de signes appréciables de sclérose artérielle, réagissent irrégulièrement, modifiant soit leur tension, soit la fréquence du pouls, toujours en contradiction avec la loi de Marey ; Istiv... est un syphilitique à la période secondaire, El... est atteint de tuberculose pulmonaire.

Psychose périodique (1 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Rinj....	60 ans	96	15 1/2	84	16 1/2		

Cette réaction est conforme à la loi de Marey.

Epilepsie avec troubles mentaux (1 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Don....	45 ans	84	12 1/2	80	12	10cm	

Cette modification, d'ailleurs minime, est contraire à la loi de Marey.

Imbécillité (2 cas).

		AVANT		APRÈS			
		Fr.	P. A.	Fr.	P. A.	P. L.	Qu. r.
Tét....	31 ans	64	12 1/2	84	12		
Thév....	40 ans	50	9	52	10	3cm	5cc

Ces variations sont, la première conforme, la seconde contraire à la loi de Marey.

*
* *

En comparant tous les chiffres précédents, nous avons été frappés de la fréquence relative avec laquelle on observait un abaissement de la pression artérielle après la ponction lombaire.

11 fois la tension est abaissée d'un demi-centimètre à trois quarts de centimètre de Hg ; 15 fois elle s'est abaissée de 1 centimètre à 1 centimètre et demi ; 6 fois de 2 centimètres ; 4 fois de 3 centimètres ; 5 fois de 4 centimètres ; 1 fois de 5 centimètres.

Bien plus rares sont les cas où la pression artérielle s'est élevée après la ponction lombaire : 5 fois elle s'est élevée d'un demi-centimètre à trois quarts de centimètre ; 11 fois de 1 centimètre à 1 centimètre et demi ; 1 fois de 3 centimètres.

En résumé, 42 fois sur 64 cas la pression artérielle s'est abaissée ; 17 fois elle s'est élevée (dans des limites d'ailleurs beaucoup moindres) ; 5 fois elle n'a absolument pas varié.

Ces faits ne sont pas dépourvus d'intérêt, parce que si la ponction lombaire amène assez fréquemment un abaissement de la pression artérielle, il y a peut-être là un élément qui permet de mieux comprendre les phénomènes de défaillance cardiaque et les syncopes mortelles parfois observés après la ponction lombaire. Il faut noter aussi que l'abaissement de la pression artérielle (presque toujours en désaccord avec la loi de Marey) n'est pas également marqué chez tous les malades. On l'observe surtout

chez ceux dont les centres nerveux sont matériellement et grossièrement atteints (les paralytiques généraux) et aussi chez les malades dont le système artériel est touché; les déments précoces de divers âges dont nous rapportons les observations sont particulièrement curieux à étudier à cet égard : les plus jeunes ne présentant aucune lésion artérielle ne modifient pas leur tension et modifient ou non le pouls; les plus âgés, artério-scléreux, présentent un abaissement marqué de la pression artérielle.

Ces faits sont intéressants à rapprocher de ceux décrits par M. Josué et l'un de nous, concernant les « réactions vasculaires » chez les individus sains et chez les artério-scléreux. Que l'on fasse intervenir un élément perturbateur (l'application d'un morceau de glace au pli du coude, par exemple), la pression ne change pour ainsi dire pas chez les sujets dont le système artériel est normal; ils « adaptent » immédiatement pour ainsi dire leur appareil circulatoire aux nouvelles conditions; les artério-scléreux au contraire présentent des variations parfois considérables de la pression, toujours en désaccord avec la loi de Marey; ils « n'adaptent » plus. De même l'évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien crée des conditions circulatoires nouvelles; en rapport avec ses aptitudes, l'organisme réagit de telle ou telle façon, suivant les différents modes que nous avons exposés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 JUIN 1910)

Sur l'action cardio-vasculaire du café vert, comparée à celle de doses correspondantes de caféine. — MM. Pachon et Em. Terrot. L'extrait physiologique de café vert, contenant les principes immédiats tels qu'ils se trouvent dans la plante fraîche, exerce une action cardio-vasculaire dépressive se manifestant par un léger ralentissement cardiaque, une chute profonde de la pression carotidienne.

L'effet hypotenseur se manifeste chez l'animal atropinisé comme chez l'animal normal. L'action cardio-vasculaire dépressive, manifeste à des doses d'extraits contenant 25 milligrammes de caféine est sans nul doute une action spécifique d'un groupement chimique particulier, car des doses correspondantes de caféine pure ne produisent, dans les mêmes conditions expérimentales, aucune action cardio-vasculaire apparente.

Elimination des déchets azotés dans l'acte de la sécrétion rénale, chez le sujet en état d'inanition. Rapport de cette élimination avec celle de l'eau, véhicule des excreta urinaires. Indépendance réciproque des deux phénomènes. — MM. A. Chauveau et feu Contejean.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JUIN 1910)

Bradycardie persistante avec accidents syncopaux d'origine pneumogastrique. — M. Ch. Esmein. Après avoir appliqué à tous les cas la doctrine de Charcot qui attribue à une excitation anormale du pneumogastrique la bradycardie avec accidents syncopaux, on a, dans ces dernières années, rejeté d'une façon presque absolue cette même théorie. La vérité est dans une opinion moyenne. Certaines formes seulement du syndrome de Stokes-Adams sont dues à la stimulation pathologique du vague. Elles possèdent une série de caractères cliniques et graphiques qui les séparent nettement des bradycardies par lésion du faisceau de His, et en particulier du véritable pouls lent permanent. Ces particularités intéressantes, que l'auteur précise à l'aide d'observations personnelles, sont d'être instables, souvent récidivantes mais nullement permanentes, de disparaître momentanément sous l'influence de l'effort physique, de la fièvre, de l'atropine; de correspondre enfin alternativement à diverses anomalies du fonctionnement cardiaque.

Chez un même sujet, un jour les mouvements ventriculaires sont seuls ralentis, le lendemain ce sont les seules oreillettes, ou bien la totalité du cœur est atteinte dans son rythme. Ces caractères sont exactement ceux de la bradycardie produite par excitation expérimentale du pneumogastrique : il y a accord parfait entre la physiologie et la clinique.

Un cas de diabète avec lithiase pancréatique (présentation de pièces). — MM. Marcel Labbé et G. Vitry présentent un pancréas provenant de l'autopsie d'une femme atteinte de diabète pancréatique dont ils ont déjà rapporté une partie de l'histoire clinique. Il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans chez qui les premiers signes du diabète étaient apparus deux ans auparavant sans cause connue; la glycosurie avait atteint 200 grammes par jour, mais elle pouvait être réduite par le régime. Les auteurs ont vu apparaître chez cette malade un an au moins après la glycosurie tous les signes cliniques d'une insuffisance de la sécrétion pancréatique externe; l'examen chimique des matières fécales montrait en particulier que 75 p. 100 des graisses et 50 p. 100 de l'azote ingérés se retrouvaient dans les selles. Le diagnostic clinique d'insuffisance pancréatique a été confirmé par l'autopsie. En dehors des lésions d'une tuberculose subaiguë généralisée on a trouvé en effet une lithiase pancréatique des plus nettes : le pancréas était réduit à un cordon fibreux avec de rares acini et le canal de Wirsung dilaté était rempli de calculs irréguliers.

Gastropathie ancienne d'origine spécifique. — M. Nathan. Une jeune femme de trente ans souffre depuis plus de dix ans de troubles gastriques internes qui rappellent la gastrite hyperchlorhydrique et provoquent une intolérance presque absolue (la malade réduit son alimentation à quelques œufs). Les traitements les plus divers restent sans effet jusqu'au jour où, à l'occasion d'une radiculite du bras droit, la malade est soumise au traitement spécifique. La radiculite guérit à la quinzième piqûre de biiodure, mais, dès la huitième injection, comme par enchantement les troubles gastriques disparaissent et depuis la digestion est parfaite, les aliments les plus indigestes peuvent être consommés impunément.

Insuffisance surrénale et chorée molle. — MM. Émile Sergent et Besset. Chez un garçon de onze ans, atteint de chorée depuis quinze jours environ, se développe peu à peu un état pseudo-paralytique généralisé qui aboutit rapidement à la flaccidité complète des membres, avec perte des réflexes, incontinence d'urine et des matières fécales, asthénie absolue, apathie intellectuelle et anarthrie. L'aspect du petit malade, son anéantissement général, rappellent le tableau de l'asthénie surrénalienne, à tel point que l'idée de tenter l'opothérapie surrénale se présente immédiatement à l'esprit. Deux cachets de 10 centigrammes de poudre d'extrait surrénal de Carrion sont donnés chaque jour, rapidement, les accidents pseudo-paralytiques disparaissent, en même temps que réapparaissent les mouvements choréiques.

Cette observation semble autoriser à admettre que la chorée molle, dont la pathogénie demeure obscure et discutée, peut être sous la dépendance d'une insuffisance surrénale. On sait, en effet, qu'une des principales fonctions des glandes surrénales consiste à neutraliser les poisons qui résultent du travail musculaire; l'accumulation de ces poisons dans l'organisme produit des effets analogues à ceux du curare; cette accumulation peut être la conséquence d'une altération des glandes surrénales ou d'un excès de travail musculaire; or, dans la chorée molle, les accidents pseudo-paralytiques sont analogues à ceux que produit le curare; d'autre part, dans la chorée, le travail musculaire se trouve considérablement augmenté du fait de l'intensité des mouvements choréiques; de là résulte un excès de poison en face duquel la fonction surrénale peut devenir insuffisante. Cette interprétation semble bien trouver sa confirmation dans l'efficacité rapide de l'opothérapie surrénale.

Un nouveau cas de kyste hydatique avec éosinophilie sans réaction de fixation. — MM. Chauffard et Vincent. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans qui portait une tumeur de l'hypocondre droit depuis trois ans et pour laquelle le diagnostic porté fut : kyste hydatique probable. L'examen du sang décela 9 p. 100 d'éosinophiles mais une réaction de Weinberg négative. Malgré cela la malade fut opérée et on trouva deux kystes hydatiques.

Le soir de l'opération l'éosinophilie disparut et onze jours plus tard la réaction de fixation apparaissait.

C'est donc hors de doute qu'il existe des kystes hydatiques *à réaction de fixation négative*; dans ces cas si l'éosinophilie existe, elle est d'un précieux secours pour le diagnostic.

Aphasie traumatique chez un enfant. Trépanation. Guérison. — MM. Chaput et Le Gendre.

Deux cas d'endocardite rhumatismale à forme viscérale très améliorés par les injections de sérum de Rosenthal. — M. Le Gendre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 25 juin 1910)

Histologie des lésions méningées consécutives aux injections sous-arachnoïdiennes lombaires chez l'homme. — MM. Sicard et Salin ont étudié le substratum anatomique qui préside aux modifications cytologiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien consécutives aux injections lombaires de solutions toxiques (cocaïne) ou inoffensives (eau salée, sérum de cheval).

Les sujets n'avaient présenté aucune réaction méningée antérieure à la rachicentèse et avaient succombé à leur maladie causale. Or, les auteurs ont noté macroscopiquement une congestion vasculaire intense localisée surtout au département sacro-lombaire lepto-méningé postérieur et s'étendant en hauteur jusqu'au niveau de la région dorsale supérieure. A la coupe, il existait une infiltration lympho-polynucléaire prépondérante au niveau des vaisseaux spinaux postérieurs, des racines postérieures et des culs-de-sac ganglionnaires rachidiens. Ce processus réactionnel était éteint chez un sujet ayant succombé tardivement le vingtième jour après l'injection. Ces faits anatomiques éclairent la pathogénie des signes cliniques méningés observés fréquemment immédiatement après la rachicentèse; ils expliquent également la genèse de certains reliquats paralytiques, mais ils montrent d'autre part la possibilité d'agir directement sur la moelle postérieure et les racines postérieures et de les impressionner favorablement par des liquides appropriés au cours de certaines maladies nerveuses, le tabes par exemple.

Traitement par les injections arachnoïdiennes lombaires de certains symptômes du tabes inférieur. — M. Sicard. Certains symptômes du tabes inférieur peuvent être remarquablement améliorés par les injections sous-arachnoïdiennes lombaires. Il est préférable, au début du traitement, de s'adresser au sérum chloruré simple et après ces premières accoutumances méningées de recourir à de très minimes doses de sels mercuriels. L'injection sous-arachnoïdienne agit par un double mécanisme; d'une part en libérant les racines postérieures et les culs-de-sac arachnoïdo-pie-mériens ganglionnaires, dont M. Sicard a montré l'existence, de la gangue scléreuse qui les enserre et en permettant ainsi au mercure d'arriver directement au contact des lésions spécifiques. D'autre part en troublant la perméabilité méningée et en favorisant le passage des sels mercuriels du sang de la circulation générale vers le liquide céphalo-rachidien. Aussi, est-il indiqué durant le traitement local réactionnel méningé de poursuivre le traitement général classique mercuriel par les injections musculaires ou les frictions. Ce sont surtout les douleurs fulgurantes et les troubles des sphincters qui bénéficient de cette thérapeutique. Les troubles moteurs et trophiques sont beaucoup moins heureusement influencés.

PRATIQUE MÉDICALE

LA BALNÉATION ANTISEPTIQUE

Par M. Claude Denis.

On a présenté récemment à l'Académie de médecine une femme dont le corps entier était recouvert d'excoriations où grouillait toute une faune (1)! Cette malheureuse ignorait évidemment que Liebig a proposé, voici longtemps déjà, de mesurer le degré de civilisation d'un peuple à la quantité de savon qu'il emploie, et il est triste de penser qu'au xxe siècle, alors que l'on parle sans cesse d'hygiène et d'antisepsie, tant de gens ignorent encore les bienfaits du bain savonneux.

Le bain est en effet l'unique manière de nettoyer réellement la peau, car sous ce rapport les tubs sont bien moins efficaces. Le contact prolongé de l'eau chaude avec le revêtement cutané prépare en effet merveilleusement l'action décapante du savon, seul capable d'enlever l'enduit graisseux sécrété par la peau, enduit dont l'accumulation nuit au rôle important d'émonctoire qu'elle doit jouer normalement.

Comme dans cet enduit graisseux cultivent à l'envi une foule d'agents microbiens, dont beaucoup sont pathogènes, l'idée se présente naturellement à l'esprit de recourir aux bains antiseptiques. Malheureusement, bien des antiseptiques se prêtent mal à cet usage pour des raisons diverses; les uns sont d'ailleurs inactifs aux doses maniables, d'autres au contraire sont dangereux, tel le sublimé dont on ne peut user sous forme de bains qu'avec une extrême modération, sous peine de déterminer, chez les prédisposés surtout, des accidents sérieux. Il existe cependant un produit entré dans la pratique depuis quelques années et qui semble bien remplir tous les desiderata, c'est le lusoforme, savon liquide avec 20 p. 100 de formol, et dont la très grande activité se double d'une innocuité parfaite.

Les applications de la balnéation antiseptique sont tellement nombreuses qu'on ne saurait songer à les citer toutes. La première qui vient à l'esprit est relative à la balnéation des typhiques; ces malades font en effet très facilement des complications septiques et il est nécessaire d'assurer autant que possible l'antisepsie de leur peau. Il est bon de recommander aussi les bains antiseptiques aux anciens typhiques. Ces ci-devant malades peuvent en effet fort bien être des por-

1) V. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 37, p. 523.

teurs actuels de germes, et ils ne sauraient prendre trop de précautions pour réduire au minimum les dangers qu'ils font courir à leur entourage.

Ce mode de balnéation rendra encore de grands services dans la scarlatine, au moment de la desquamation. Des travaux récents ont mis en lumière l'extrême contagiosité de la scarlatine au début, mais la contagiosité si tenace des squames n'en demeure pas moins menaçante et l'on conçoit sans peine l'intérêt qu'il y a à baigner fréquemment le convalescent dans un liquide vraiment antiseptique qui a le double avantage d'entraîner les squames et de combattre leur virulence.

Il faut espérer qu'on ne reverra plus l'eau de Paris, souillée comme elle le fut cet hiver lors de l'inondation. A ce moment beaucoup de personnes avaient cessé l'usage des bains par crainte de contaminations, d'ailleurs fort vraisemblables. Il était cependant bien simple de verser dans l'eau du bain, un peu avant d'y entrer, un antiseptique approprié, 150 à 200 grammes, soit un verre à boire de lusoforme par exemple. On était sûr ainsi de se plonger dans une eau absolument saine et c'est là une méthode à employer aussi dans toute villégiature où l'on n'est pas sûr des eaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. Terrien et Laignel-Lavastine sont institués agrégés près la Faculté de médecine de Paris pour une période de neuf ans à partir du 1er novembre 1910.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 824 décès, au lieu de 841 pendant la semaine précédente et au lieu de 849, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à être moins fréquente.

On signale 4 cas et 2 décès par méningite cérébro-spinale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean Jirou (de Paris).

— Mme et Mlle Aubert, très touchées des marques de sympathie qu'elles ont reçues à l'occasion des obsèques de M. Raymond Aubert et ne pouvant remercier nominalement toutes les personnes qui y ont assisté, leur adressent ici l'expression de leur reconnaissance émue.

RENSEIGNEMENTS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 JUILLET 1910

THÈSES

Mercredi 6 juillet, à une heure. — M. Potiron. La vision dans l'art de la peinture. (MM. Gariel, président; Blanchard, Gaucher et Zimmern.) — M. Durand. Les rats et l'hygiène. (MM. Blanchard, président; Gariel, Gaucher et Zimmern.) — M. Fichot. Les gommes syphilitiques du foie chez l'adulte. (MM. Gaucher, président; Gariel, Blanchard et Zimmern.) — M. Clément. La température externe et la température interne comparées dans un but de diagnostic. (MM. Pinard, président; Reclus, Delbet et Ombrédanne.) — M. Le Hir. Des mariages tardifs au point de vue médical. (MM. Pinard, président; Reclus, Delbet et Ombrédanne.) — Mlle Celnik. Sur la varicelle hémorragique. (MM. Reclus, président; Pinard, Delbet et Ombrédanne.) — M. Lerat. Le traitement des péritonites aiguës généralisées et à abcès multiples d'origine appendiculaire. (MM. Delbet, président; Pinard, Reclus et Ombrédanne.) — M. Garnier. Hématocèles suppurées du corps thyroïde. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Gosset.) — M. Grapin. Accidents péritonéaux aigus au cours des infections gonococciques de la trompe. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Gosset.) — M. Gaujoin. Sur un procédé de résection de l'articulation sterno-costo-claviculaire pour arthrite tuberculeuse. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Gosset.) — M. Veyrat. Etude sur l'étiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique de la tuberculose du col de l'utérus. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Gosset.) — Mme Dalayrac. Quelques néphrectomies pour tuberculose rénale. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Gosset.)

Jeudi 7 juillet, à une heure. — M. Foucault. Des troubles cardio-vasculaires dans les néphrites aiguës de l'enfance. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Alb. Robin et Castaigne.) — M. Vigneron-d'Heucqueville. L'acte respiratoire. Essai sur la rééducation respiratoire. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Alb. Robin et Castaigne.) — M. Salles. Contribution à l'étude des sténoses spasmodiques du pylore. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Alb. Robin et Castaigne.) — M. Abram. Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose. L'office antituberculeux Jacques Siegfried et Albert Robin à l'hôpital Beaujon. (MM. Alb. Robin, président; Hutinel, Gilbert et Castaigne.) — M. Babiaud. Procédé nouveau d'exentération de l'orbite. (MM. de Lapersonne, président; Gley, André Broca et Auvray.) — M. Ponsico. Des anomalies d'innervation de la paupière supérieure. (MM. de Lapersonne, président; Gley, André Broca et Auvray.) — M. David. Des conjonctivites pseudo-membraneuses à streptocoques. (MM. de Lapersonne, président; Gley, André Broca et Auvray.) — M. Souillard. Essai sur les luxations sous-conjonctivales du cristallin, leur mécanisme. (MM. de Lapersonne, président; Gley, André Broca et Auvray.) — M. Gargam. Procédé de fixation de la ration alimentaire du nourrisson. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. Hosteing. Les consultations de nourrissons. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Brindeau et Jeannin.) — M. Monin. La dépopulation : ses rapports avec les théories néomalthusiennes et l'avortement criminel. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Brindeau et Jeannin.) — M. Willette. De l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire (sans rupture). (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Brindeau et Jeannin.) — M. Villatte. Essai sur les doctrines des sociologues Tarde et Lombroso. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Achard et Claude.) — M. Clunet. Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes. (MM. Pierre Marie, président; Gilb. Ballet, Achard et Claude.) — M. Le Couëdic. L'heure de l'hémiplégie à début brusque. (MM. Achard, président; Gilb. Ballet, Pierre Marie et Claude.) — M. Ghys. Etude de la réaction de Meyer dans la néphrite scarlatineuse. (MM. Achard, président; Gilb. Ballet, Pierre Marie et Claude.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXII, n° 15, 14 avril 1910). Robert W. LOVETT : Traitement des déformations paralytiques. — John B. DEAVER : Le diagnostic et le traitement de la péritonite de la partie supérieure de l'abdomen. — Fritz B. TALBOT : Etude sur le métabolisme chez un enfant après une gastro-entérostomie pour sténose congénitale du pylore. — Harry W. GOODALL : L'invagination intestinale chronique primitive chez l'adulte (*fin*). — (N° 16, 21 avril.) David HEAL : L'école médicale Haward en 1788-1789. — Nathaniel R. MASON : Le traitement de la rigidité du col en obstétrique. — Henry F. HEWES : Le traitement de la dysenterie aiguë par le lavage d'intestin avec une solution de nitrate d'argent à 5 p. 100. — J. Stewart MORRIS : Vaccination pneumococcique dans un cas de méningite spinale et de la base du crâne consécutive à une bronchite capillaire, guérison. — (N° 17, 28 avril) W. Gilman THOMPSON : Les principes de la diététique moderne, leur application pratique. — George G. SEARS : De quelques aspects cliniques de l'embolie pulmonaire. — Robert M. GREEN : La pression sanguine dans les toxémies de la grossesse (avec 20 tracés). — Z. B. ADAMS : Sur l'importance des apophyses verticales ou articulaires de la vertèbre dans la production de la scoliose congénitale (avec 16 figures et 3 radiographies). — (N° 18, 5 mai.) William H. ROBEY : Le goitre exophtalmique. — Channing FROTINGHAM : Les récentes améliorations dans le traitement du goitre exophtalmique. — Francis P. DENNY : De la nécessité pour le praticien de posséder toutes les notions des infirmières pour les soins à donner aux malades. — George V. N. DEARBORN : La physiologie contre l'anatomie. — (N° 19, 12 mai.) John HOWLAND : Les troubles circulatoires dans les infections aiguës des enfants. Causes et traitement. — E. W. TAYLOR : L'interprétation de certains symptômes cérébraux. Leur rapport avec la théorie du diaschisis de von Monakow. — Oliver A. LOTHROP : Quelques observations sur les résultats éloignés obtenus par la résection sous-muqueuse de la cloison nasale. — A. B. EMMONS : La valeur diagnostique de la recherche du spirochète pâle dans le cordon ombilical du nouveau-né. — P. W. HARRISON : Les injections rectales continues (1 fig.). — (N° 20, 19 mai.) Ernest Boyen YOUNG et John E. WILLIAMS : La fréquence et les dangers des fibromes utérins (4 tableaux, 1 tracé). — James Warren SEVER : La tuberculose du cou. — Charles M. GREEN : Un cas de rupture complète spontanée de l'utérus à terme en travail. Laparotomie, suture utérine. Accouchement à terme normal consécutif. — Maurice Vejux TYRODE : Le traitement de la constipation. — William F. WHITNEY : Une étude sur la statistique du cancer au Massachusset pendant l'année 1905 (2 tableaux).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 15 mars 1910.) K. ALT : La nouvelle préparation d'Ehrlich contre la syphilis. — KLAPP : L'acquisition de la station verticale et son importance pour l'origine des affections orthogénétiques. — SATTA et DONATI : Sur l'empêchement de la réaction de Wassermann par le sublimé et la possibilité de la supprimer. — RÖMER et JOSEPH : Sérum spécifique contre le virus de la paralysie infantile épidémique. — TRINCHESE : Recherches bactériologiques et histologiques sur la syphilis congénitale. — KASPAR : Progrès du tubage dans la sténose laryngée diphtérique. — SCHMUCKERT : Examen endoscopique du nez et du larynx. — GROSSE : Cathétérisme aseptique et autocathétérisme. — KECHT : Pince compressive pour le traitement des épistaxis. — HILDEBRANDT : Les nouvelles tentatives thérapeutiques. — KNAPP : Action inattendue de l'ergotine. — POPP : Infection mixte à bacille typhique et paratyphique B après ingestion d'huîtres. — ROSENFELD : Sur deux cas de césarienne cervicale. — PRUSSMANN : Un cas de grossesse rare. Césarienne extra-péritonéale. — HEILER : Sur un cas d'étranglement du cæcum. — HEIMANN : Une formule simple pour le calcul de la ration alimentaire du nourrisson. — (N° 12, 22 mars.) SCHOTTMÜLLER : Endocardite lente. — WILLIGE : Sur le traitement par l'arsenic des affections nerveuses organiques. — JUNGENGEL : Désinfection des mains et traitement des blessures par la vapeur d'iode. — ENGEL : Sur la digestion gastrique chez le nourrisson. — FORSSNER : Sur les tuméfactions des ganglions lymphatiques pendant l'incubation de la rougeole. — DEYCKE : Sur la biochimie des bacilles tuberculeux. — BICROTTE et MACHIDA : Recherches sur la teneur en germes des organes normaux. — MAÏER : Une nouvelle méthode pour la fabrication de coupes sériées à la celloïdine. — GÜNTHER : Sur les mutilations des yeux pour échapper au service militaire. — HIRSCHEL : Un cas rare de perforation d'un ulcère gastrique dans un estomac en sablier. — STERN Contribution à l'étude des tumeurs de la fosse iliaque interne. — BOECALE : Sur une nouvelle épidémie de trichinose en Bavière. — HEILMAYER : Sur le traitement du tétanos par l'antitoxine. — HABRICH : Un tonsolotome. — KLAPP : L'acquisition de la station debout et son importance sur la genèse de quelques affections orthogénétiques.

Policlinico. — *Section chirurgicale.* (Mai 1910, fasc. 5.) Giuseppe SERAFINI : Lipomes à siège rare. — V. GANDIANI : Contribution à l'étude de l'épithélioma des cellules basales. — M. ALMAGIA et R. TATA : Recherches de l'action défensive de la stase. — Allegra Stefano PUGLISI : Lymphangiome kystique congénital du cou.

Riforma medica. — (N° 21, 23 mai 1910.) G. B. ALLARIA : Recherches sur la lactase dans la salive du nourrisson. — Luca FIORAVANTI : Contribution expérimentale à l'étude des effets des lésions dans la continuité du pancréas. — Fausto FIORAVANTI : Note clinique sur un cas de fracture du pénis. — Alfredo CONTI : Chlorose sénile. Quelques observations sur la chlorose.

Therapie der Gegenwart. — (4e fasc., avril 1910.) VON NOORDEN : Sur le sarton, nouvelle préparation pour le diabète. — Felix EICHIER : De la thérapie médicamenteuse de la lithiase cholique. — O. BŒLKE : Du distrophan, nouveau médicament cardiaque. — G. SNELZER : Nouvel appareil pour le traitement de l'asthme. — Wilhelm STERNBERG : Alimentation et modes d'alimentation. — W. KANSCH : Traitement chirurgical de la tuberculose (*fin*). — (5e fasc., mai.) HIRSCH : Des troubles cardiaques chez l'enfant et à l'âge de la puberté. — Carlo FORLANINI : Sur la question de priorité touchant le pneumothorax artificiel dans le traitement de la phtisie pulmonaire et sur le mécanisme de son action. — Julius HALLERVORDEN : De l'emploi du pantopon (Sahli). — Hans H. MEYER et GOTTLIEB : L'expérimentale pharmacologie, fondement du traitement médical. — A. JOLLY : Atlas du diagnostic microscopique en gynécologie. — (6e fasc., juin.) LEUBE : De la ténacité de l'activité cellulaire et ses rapports à la pathologie. — Carlo FORLANINI : Sur la question de la priorité touchant le pneumothorax artificiel dans le traitement de la phtisie pulmonaire et sur le mécanisme de son action (*fin*). — WEILAND et SANDELOWSKY : Du bon usage de la desmoidréaction de Sahli en clinique et en pratique. — W. UNNA : Sur la thérapeutique remplaçant le lavement. — Edgar AXISA : Traitement de la dysenterie amidienne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Écrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve de titres.* — Deuxième séance du 27 juin. — MM. Perrin, 18 × 2 = 36; Milian, 19 1/2 × 2 = 39; Minet, 18 × 2 = 36; Armand-Delille, 18 1/2 × 2 = 37.

Première séance du 28 juin. — MM. Arloing, 19 × 2 = 38; Leredde, 16 × 2 = 32; Villaret, 18 × 2 = 36; Lande, 16 × 2 = 32; Babonneix, 20 × 2 = 40.

Deuxième séance du 28 juin. — MM. Garnier, 19 1/2 × 2 = 39; Gougerot, 19 1/2 × 2 = 39; Mouriquand, 19 × 2 = 38; Grenet, 18 1/2 × 2 = 37; Thévenot, 16 × 2 = 32.

Première séance du 29 juin. — MM. Roger, 17 × 2 = 34; Le Fur, 16 × 2 = 32; Bousquet, 16 1/2 × 2 = 33; Savy, 17 1/2 × 2 = 35; Lemierre, 19 × 2 = 38.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Deuxième séance du 28 juin. — MM. Okynczyc : « L'ulcère du duodénum »; note : 19; — Vanverts : « Des salpingites. Pathogénie, formes anatomiques et diagnostic »; note : 14 1/2.

Première séance du 29 juin. — MM. Muller : « Le torticolis congénital »; note : 17; — Alglave : « Tumeurs de la dure-mère »; note : 19.

— SECTION DE PHARMACIE. — Jury : M. Pouchet, président; MM. Dupouy, Morel, Fockeu et Brœmer.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Avirагnet, Comby, Debove, Brocq, Talamon, Gilbert, Morestin, Lacombe qui acceptent; et Launois qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 27 juin. — MM. Mocquot et Mathieu, 28, Capette, 25.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. le docteur Castagnary est nommé médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. le docteur Oui, professeur de clinique obstétricale, est chargé, pendant l'année scolaire 1910-1911, d'un cours pratique d'accouchements pour les élèves sages-femmes à la Faculté.

M. le docteur Gérard (Georges), agrégé, est chargé pour l'année scolaire 1910-1911, de l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie élémentaires, pour les élèves sages-femmes à la Faculté.

M. le docteur Minet, chef de clinique médicale, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1910-1911.

M. le docteur Tramblin, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1910-1911.

M. le docteur Verhæghe, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1910-1911.

M. le docteur Dauthuile, chef de clinique ophtalmologiste, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1910-1911.

— LYON. — M. le docteur Collet, professeur de pathologie générale est nommé sur sa demande professeur de pathologie interne en remplacement de M. Roque.

— POITIERS. — M. Rouchy, licencié ès sciences, pharmacien supérieur de première classe, docteur en médecine, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé, pour trois ans, à dater du 1er novembre 1911, dans lesdites fonctions.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil se réunira en session ordinaire le 6 juillet. Parmi les questions à l'ordre du jour figure un projet déterminant la circonscription de chacune des écoles supérieures de pharmacie, des facultés mixtes, écoles de plein exercice et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie en ce qui concerne le stage officinal.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 24 juin 1910 sont promus et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de première classe Mignon, sous-directeur de l'école d'application du service de santé militaire, médecin chef de l'hôpit. milit. d'instruction du Val-de-Grâce; Pauzat, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Follenfant, maintenu médecin chef de l'hôpit. milit. de Bourges; Vilmain, médecin chef de l'hosp. mixte de Tours.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rémy, maintenu aux salles milit. de l'hosp. mixte de Vannes; Weiss, médecin chef de l'hôpit. milit. de Sedan; Salebert, maintenu provisoirement à l'hôpit. milit. de Rennes; Simonin, professeur à l'école d'application du service de santé milit.; Ruotte, maintenu provisoirement à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Le Roux, maintenu au 150e d'inf.; Faure, au 146e d'inf.; Pourrat, au 36e d'art. de campagne; Paris, au 4e d'inf.; Bailly, au 28e d'art. de campagne; Drouineau, au 3e zouaves; Jaulmes, passe au 29e d'art. de campagne; Lafeuille, maintenu aux hôpit. milit. de la division d'Oran; Azaïs, passe au 135e d'inf.; Sallet, maintenu au cabinet du sous-secrétaire d'Etat de la guerre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Capon, maintenu au 76e d'inf.; Lecercle, au 73e d'inf.; Dircks-Dilly, au 138e d'inf.; Barège, aux hôpit. de la division d'Alger; Guth, passe au 80e d'inf.; Verdeau, maintenu aux hôpit. de la division d'Oran; Heuls, au 119e d'inf.; Autour, aux hôpit. de la division d'Oran; Barbet, au 18e d'art. de campagne; Ducourthial, passe au 83e d'inf.; Martin, à la direction du service de santé du 10e corps d'armée; Guillon, maintenu au 133e d'inf.; Marchetti, au 157e d'inf.; Billet, au 12e d'art. de campagne; Gaïsset, au 143e d'inf.; Taillade, au 163e d'inf.; Millet, maintenu au 5e bat. d'inf. légère d'Afrique; Seigneurin, au 108e d'inf.

— Par décision ministérielle du même jour :

M. le médecin inspecteur Mignon, nouvellement promu, a été nommé directeur du service de santé du 6e corps d'armée, à Châlons-sur-Marne.

M. le médecin inspecteur Pauzat, nouvellement promu, a été maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 18e corps d'armée, à Bordeaux.

— Mutations :

Médecin principal de première classe. — M. Lemoine est nommé sous-direct. de l'Ecole d'application du service de santé milit. et médecin chef de l'hôpit. milit. d'instruction du Val-de-Grâce.

Médecins-majors de première classe. — MM. Senesse, passe au 14e d'art. de campagne; Meyer, nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Laon.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Jolly, passe au 12e d'inf.; Jaffary, aux hôpit. de la division de Constantine; Mayer, au 6e cuirass.; Lajoanio, au 7e bat. de chass. à pied; Villa, aux hôpit. de la division d'Alger; Henry, au 13e huss.; Massol, à la direction du service de santé du 6e corps d'armée; Darthenay, à la direction du service de santé du 11e corps d'armée; Delestan, au 4e escad. du train des équipages; Queyrot, au 3e spahis; Frécus, aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Dumoulin, passe au 98e d'inf.; Dumonet, rappelé aux hôpit. de la division d'Alger; Schneider, passe au 129e d'inf.; Turcan, au 17e d'inf.; Chauliac, à l'infirmerie-hôpital de la Condamine; Guionie, aux hôpit. de la divison d'Oran; Rémy, au 96e d'inf.; Pigache, au 141e d'inf.; Corbel, au 5e d'art. à pied; Petit, aux sapeurs-pompiers de Paris; Monziols, au 22e drag.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. de Lagoanère, passe au 104e d'inf.; Roudouly, au 24e d'inf.; Pradourat, au 2e d'art. de campagne; Prat, au 22e bat. chass. à pied; Homolle, rappelé aux hôpit. de la division de Constantine.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 24 juin 1910, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Gouzien, maintenu médecin chef de la section d'infirmiers des troupes coloniales à Marseille.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lafont, maintenu à l'île Maurice; Abbatucci, secrétaire du conseil supérieur de santé des colonies; Massiou, au 22e d'inf. colon. à Hyères; Marotte, en Cochinchine; Thirion, affecté au 6e d'inf. colon, à Brest; Coulogner, maintenu à la Nouvelle-Calédonie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Arathoon, maintenu en Indo-Chine; Eberlé, au 8e d'inf. colon. à Toulon; Pouillot, au Congo; Cavasse, désigné en Afrique occidentale; Hælewyn, maintenu en Annam; Le Gorgeu, en Afrique occidentale; Lescure, à Madagascar; Franceschetti, affecté au 4e d'inf. colon.

HOMMAGE AU PROFESSEUR PINARD. — A l'occasion de sa vingtième année de professorat, il sera offert au professeur Pinard une médaille commémorative.

La remise lui en sera faite entre le 15 et le 20 juillet, à la clinique Baudelocque.

Les personnes qui désirent collaborer à cette manifestation peuvent adresser leur cotisation à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Les souscripteurs de 10 francs recevront un exemplaire en bronze de la plaquette, les souscripteurs de 25 francs un exemplaire en argent.

VOYAGE D'ÉTUDES « E. M. I. 1910 ». — Le voyage d'études « E. M. I. 1910 » est organisé définitivement. Il aura lieu du 8 au 27 août avec l'itinéraire déjà annoncé : Lille, Ostende, Middelkerque, Blankenberghe, Bruges, Gand, Bruxelles (exposition), Louvain, Anvers, Rotterdam, La Haye, Leyde, Amsterdam, île de Marken, Utrecht, Liège, Spa, Borgoumont, Luxembourg, Strasbourg, La Schlucht, Gérardmer, Vittel.

Pour tous renseignements, écrire avec timbre pour réponse ou s'adresser le mercredi et le samedi de dix à onze heures au bureau du journal l'*Enseignement médico-mutuel international*, 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. Pneumectomie, pneumotomie, collapsthérapie, méthode de Freund, par le docteur TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de Beaujon, et le docteur J. MARTIN, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier. Une brochure grand in-8 (n° 59 de l'Œuvre médico-chirurgical) de 28 pages avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

LES CAUSES ANATOMIQUES ENTRAVANT LA RÉDUCTION

DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

OU FAVORISANT LA RELUXATION APRÈS LA RÉDUCTION

Par M. J. GOURDON,

Directeur du service de massage et gymnastique orthopédique de l'hôpital des Enfants de Bordeaux,
Démonstrateur technique d'orthopédie à la Faculté de Bordeaux.

On ne saurait comparer le traitement de la luxation traumatique de la hanche avec celui de la luxation congénitale de cette articulation : si, dans le premier cas, la difficulté réside dans l'acte de la réduction, dans le second, il y a des difficultés nombreuses et variées pour la réduction et il y en a de nouvelles, non moins importantes à vaincre, pour obtenir le maintien du fémur en bonne position.

Ces obstacles sont d'autant plus grands que les boiteux sont plus âgés et, déjà, vers cinq ans, on constate l'accroissement des difficultés dans le traitement.

Pour la réduction, les difficultés provenant des parties molles, muscles et capsule, sont moindres que celles provenant des parties osseuses et sont, par suite, plus faciles à vaincre : elles proviennent de la rétraction de ces parties molles du fait du déplacement du fémur vers le haut.

Les muscles réellement rétractés sont, par ordre de fréquence et d'importance de la rétraction, le moyen adducteur de la cuisse, les pelvi-cruraux, le tenseur du fascia lata et le droit antérieur. La rétraction des pelvi-cruraux est atténuée au cours des manœuvres de réduction par la flexion spontanée du genou; la résistance de l'adducteur peut être complètement annihilée par le myorrhexis; quant à celle du tenseur du fascia lata et du droit antérieur, moins importante pour gêner la réduction, elle est détruite aussi par le myorrhexis pratiqué sur les tendons d'insertion supérieure de ces muscles, la cuisse placée en hyperextension en dehors de la table d'opération.

L'épaississement, la rétraction et le rétrécissement de la capsule s'observent moins souvent que la rétraction musculaire et chez les sujets âgés, exclusivement; le moyen le plus efficace de vaincre ces résistances est l'extension continue pratiquée *immédiatement* avant les manœuvres de réduction. L'extension dans l'horizontale et suivant le prolongement du membre corrige la rétraction; on lutte avec avantage contre le rétrécissement par l'extension pratiquée la cuisse en abduction et légère hyperextension. Pour être réellement efficace, l'extension sera énergique mais il faut redouter certains accidents tels que ruptures musculaires, disjonctions épiphysaires, paralysies soit du sciatique poplité externe, soit du crural, soit même du sciatique, et subluxation du genou. Si l'on veut éviter ces accidents, il faut choisir le point d'attache des lacs d'extension, tenir compte de la qualité de ces lacs et du mode de traction, régler la force et la bien diriger. Il est inutile d'appliquer les liens au niveau des malléoles, il y a une perte sensible de force d'extension au niveau du genou dont les ligaments sont violemment étirés, il y a toujours avantage à appliquer le point de traction le plus près possible de la partie à étendre. Pour la hanche, il faut agir sur la cuisse, mais non à son extrémité inférieure de crainte d'entraîner un décollement épiphysaire, le point d'élection pour l'application des liens, constitués par des écheveaux de laine, est la partie moyenne de la cuisse; appliquée en cet endroit, la traction est transmise tout entière à l'articulation de la hanche et, pour l'effet à obtenir, cette traction est nécessairement moins énergique que si on l'applique à distance. Au cours de l'extension, il faut modifier la position de la cuisse qui est portée *progressivement* en abduction, l'effort doit être diminué ou augmenté suivant la résistance à vaincre en chaque position. L'effort brutal exercé par les machines doit être déconseillé car il ne peut être réglé. Il est impossible, avec une machine, de saisir le degré de tension des muscles et de la capsule et de doser la traction nécessaire pour vaincre ce degré de tension : ces nuances ne sont appréciables qu'à la main, aussi la traction des lacs doit-elle être faite par la main des aides et dirigée par l'opérateur qui maintient la cuisse.

Les difficultés de la réduction provenant du squelette sont beaucoup plus variées que celles venant des parties molles. Du côté du bassin, la direction antérieure de la cavité rudimentaire, la saillie marquée du rebord cotyloïdien postéro-inférieur; du côté du fémur, le raccourcissement du col, l'atrophie de la tête, les déviations du col constituent les obstacles habituels à la transposition de l'extrémité supérieure fémorale du versant postérieur vers le versant antérieur du bassin.

La direction antérieure de la cavité cotyloïde, dans le cas où le rebord postéro-inférieur est bien constitué, exagère d'autant la hauteur de ce rebord que la projection en avant de cette cavité est plus marquée; le passage de la tête fémorale est entravé, celle-ci vient butter contre la partie postérieure du rebord, on perçoit une résistance marquée toujours au même point, résistance que l'on n'ose franchir car on occasionnerait une fracture du col. Dans ces cas, l'extension préalable de la cuisse et le myorrhexis complet des adducteurs aident beaucoup la réduction, on ne peut sans cela dépasser l'obstacle osseux. Il est bon aussi, quand le jeu articulaire est suffisamment étendu, d'utiliser une manœuvre dont j'ai apprécié les bons effets : *maintenir l'extension de la cuisse dans les divers temps de la réduction* et commencer les manœuvres par la flexion forcée de la cuisse en amenant le genou au contact de l'épaule.

Les déviations du col fémoral, en particulier en antéversion, ou les déviations combinées, antéversion et coxa valga ne sont pas rares, elles gênent la réduction car le point d'appui nécessaire pour faire basculer la tête du fémur en avant est difficile à trouver. Suivant le degré d'antéversion du col la technique est variable, cependant il est le plus habituellement avantageux de fléchir la cuisse en adduction, et surtout de déterminer une pression trochantérienne par la main d'un aide en provoquant un mouvement de rotation externe de la cuisse.

La pression trochantérienne par la main d'un aide donne des résultats supérieurs à la pression exercée par un corps inerte car l'aide peut suivre le trochanter dans tous ses changements de position; la technique la plus pratique consiste à faire exécuter cette pression au moyen d'une bande de toile que l'aide serre fortement dans sa main.

C'est par la pression trochantérienne, en amenant peu à peu la cuisse de l'adduction et flexion primitive vers l'abduction et l'hyperextension, que l'on peut repousser en avant l'extrémité fémorale dans les cas de déviations et de raccourcissement du col, mais, lorsque le raccourcissement du col est exagéré, la difficulté de la réduction est insurmontable.

Aussi bonne que soit la réduction, on doit se préoccuper de la contention car, dans la majorité des cas, la fixation de la tête fémorale en position normale présente des difficultés. Si l'on a eu à vaincre différents obstacles pour amener l'extrémité fémorale en avant on en trouve d'autres qui nuisent au maintien du fémur en bonne place et tendent à le reporter en arrière.

Les obstacles à la contention du fémur proviennent : 1° des causes anatomiques entraînant l'appui incertain du fémur contre l'acétabulum : rebord cotyloïdien postéro-supérieur rudimentaire, direction du bassin plus verticale qu'à l'état normal, direction antérieure ou oblique vers le haut du col du fémur; 2° des causes anatomiques favorisant le déplacement du fémur : rétraction consécutive des adducteurs, déviation en adduction de la partie moyenne et inférieure du fémur; 3° des causes anatomiques favorisant le déplacement du bassin : tension du psoas.

La contention des parties articulaires remises en place peut donc être amoindrie par l'insuffisance des moyens de réunion de ces parties et par la transmission de la surcharge du tronc dans le sens favorable à la reluxation.

L'insuffisance des moyens d'appui du fémur sur le bassin, après la réduction, est constante puisque c'est en raison de la formation incomplète de la cavité cotyloïde que s'est produite la luxation primitive.

Les causes de surcharge en position anormale sont moins connues et provoquent cependant des reluxations tardives qui s'exagèrent progressivement. Chez des malades dont la tête du fémur est en bonne position à la fin de la période d'immobilisation dans les appareils, il peut se produire des reluxations de la hanche dans un temps plus ou moins long après l'ablation des appareils, par l'effet de cette surcharge défectueuse de l'article. Il faut être prévenu que, même après le maintien, durant plusieurs mois, de la cuisse en position d'abduction, les adducteurs peuvent se rétracter et, entraînant le fémur en dedans, éloigner consécutivement la tête fémorale de l'acétabulum; cette action des adducteurs est, chez la plupart des sujets opérés âgés, augmentée par *la déviation de la diaphyse fémorale* en adduction.

L'action du psoas sur le bassin est plus importante encore, ce muscle est violemment attiré en bas et en arrière du fait de la luxation du fémur, il vient s'appuyer fortement sur la partie antérieure du bassin à tel point qu'il y laisse son empreinte. L'effet de cet appui est de projeter la partie antérieure du bassin en bas et en avant, il se produit là un mouvement de bascule déterminant même à la longue une sorte de lordose dans l'ensemble du squelette du bassin. Après la réduction, la déformation persiste et l'action du psoas, dont le tendon est épaissi, continue à s'exercer sur le bassin, il arrive donc que certains sujets chez lesquels on a obtenu une réduction parfaite présentent de la flexion antérieure de la hanche et une lordose plus ou moins marquée. Dans ces conditions, la surcharge du tronc a une tendance à déplacer l'ensemble du bassin en avant du fémur et celui-ci se reporte vers l'arrière.

Pour obtenir une contention réelle et définitive, il importe donc de donner d'abord à la cuisse une attitude en abduction suffisante : pour obvier, d'une part, à l'insuffisance des moyens d'union de l'articulation réduite, en provoquant la rétraction de la partie postérieure de la capsule et des pelvi-trochantériens qui constitueront ultérieurement une sangle de soutien pour le fémur et, d'autre part, pour prévenir la rétraction consécutive des adducteurs. La position à maintenir dans le premier appareil d'immobilisation est de 90° abduction et 90° de flexion, *comme minimum*. L'immobilisation en adduction moyenne, même dans les cas de réduction facile et de contention spontanée satisfaisante, est dangereuse car elle n'assure pas pour l'avenir les garanties de sécurité anatomique contre la reluxation tardive.

La durée du port de l'appareil est aussi à considérer, une immobilisation insuffisante ne provoquera pas la rétraction des parties molles postérieures et l'extension des parties molles antérieures, les dangers de la reluxation subsisteront donc en entier; par expérience, j'estime pouvoir établir le délai de quatre mois comme durée minima d'immobilisation.

Dans tous les cas, même chez les sujets âgés, on peut éviter la rétraction des adducteurs et parer à l'influence de la déformation du fémur en adduction par les exercices d'abduction, exercices actifs et passifs, faits méthodiquement et exécutés chaque jour, durant plusieurs mois, après l'ablation de l'appareil.

Il est difficile de lutter contre l'action du psoas et contre le mouvement de flexion antérieure du bassin. Une manœuvre qui donne des résultats est celle de l'extension forcée de la hanche : le malade est couché sur une table, les deux membres inférieurs placés l'un à côté de l'autre, au moyen de courroies on établit le parallélisme de tout son corps avec le plan de la table. Pour cela, on fixe par des lacs embrassant le sujet et la table, d'abord la partie supérieure du tronc, puis le bassin, enfin les genoux; la tension ainsi obtenue modifie, à la longue, la flexion de la hanche si l'on a soin de l'exercer, chaque jour, durant une à deux heures.

Quand on entreprend le traitement d'une luxation congénitale de la hanche, il ne faut pas avoir uniquement en vue d'obtenir une réduction complète, la réduction est une partie importante du traitement,

ce n'est pas la plus importante. Il faut se préoccuper d'assurer la fixation définitive des résultats entraînés par la reposition du fémur, d'où découlent les résultats fonctionnels. C'est en tenant compte des modifications anatomiques propres à chaque cas que l'on peut espérer obtenir des guérisons réelles.

DE L'ENTÉRO-RECTOSTOMIE
DANS LE CANCER DU RECTUM
(ÉTUDE CRITIQUE)

Par le docteur ANDRÉ CHALIER,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Pour remédier à l'infirmité définitive que crée l'anus contre nature, on a songé, depuis plusieurs années, à obtenir une dérivation des matières par une opération intra-abdominale : l'entéro-rectostomie. Cette opération a pour but d'anastomoser la portion du rectum sous-jacente à la tumeur avec une portion intestinale sus-jacente plus ou moins éloignée. Elle n'est que l'application à la chirurgie du rectum d'une méthode employée couramment pour les autres portions de l'intestin.

Mais, peut-on objecter, la situation spéciale du rectum, ses dimensions et ses rapports permettent-ils de pratiquer une anastomose entéro-rectale? L'entéro-rectostomie est-elle possible anatomiquement?

Pour réaliser les meilleures conditions de succès, cette opération doit, comme toutes les anastomoses digestives, être placée de part et d'autre en tissu séreux. Or, la portion péritonéale du rectum, tel qu'on l'admet actuellement (Trêves, Jonnesco, Testut, etc.), mesure à peine, sur la face antérieure de l'organe, c'est-à-dire dans son étendue maxima, une hauteur de 5 à 6 centimètres. C'est à ce niveau forcément que portera l'anastomose inférieure. Il y a donc bien anatomiquement la place pour exécuter sur la portion péritonéale du rectum une entéro-anastomose. Mais, opératoirement, on conçoit toutes les difficultés qu'elle comporte; pour l'établir, en effet, le chirurgien devra travailler à bout de doigt, en pleine excavation pelvienne, derrière la vessie chez l'homme, l'utérus chez la femme, c'est-à-dire dans de très mauvaises conditions au point de vue de la sécurité de l'intervention. Pour aussi malaisée qu'elle soit, l'opération n'en a pas moins été exécutée par plusieurs auteurs, souvent même avec succès. Mais s'est-il bien agi toujours d'une anastomose entéro-rectale proprement dite, et non pas d'une anastomose entéro-sigmoïdienne?

La portion péritonéale du rectum, point constant inférieur, peut être anastomosée avec des portions variables de l'intestin sus-jacent : S iliaque, cæcum, iléon.

La *cæco-rectostomie* est ordinairement difficile à pratiquer, si le cæcum n'est pas particulièrement mobile. Aussi est-elle abandonnée.

Restent l'*iléo-rectostomie* (Wassilieff, 1894) et la *sigmoïdo-rectostomie* (Rotter, 1899).

La première est de beaucoup la plus facile, en raison de l'extrême mobilité de l'intestin grêle. La seconde, par contre, peut être rendue impossible par l'accolement de l'S iliaque ou par une insuffisance de longueur de son méso. Dans ces cas, cependant, elle pourra être exécutée grâce au *décollement préalable du côlon descendant et pelvien*, suivant le procédé ingénieux de Pierre Duval, complété, au besoin, par la *libération complète de l'angle splénique*, telle que je l'ai récemment décrite avec P. Cavaillon.

Au point de vue de la valeur comparée des deux méthodes, la sigmoïdo-rectostomie constitue l'opération la plus physiologique, puisqu'elle conserve au malade l'usage de la majeure partie de son gros intestin. Mais elle fait courir le risque de placer la bouche anastomotique supérieure soit en tissu cancéreux, soit trop près du néoplasme et toujours en tissu malade. Il est presque de règle, en effet, que le segment sus-jacent à un cancer rectal — surtout s'il s'agit d'un cancer ancien et sténosant (cas habituel chez les sujets inopérables) — présente des altérations : ulcération, friabilité des parois, épaississement des tuniques qui compliquent l'exécution d'une anastomose et en compromettent le résultat.

C'est pourquoi *il est préférable de recourir à l'iléo-rectostomie qui est à la fois plus sûre et plus simple.*

Comme toutes les anastomoses intestinales, elle peut être faite à la suture ou au bouton.

Théoriquement, la suture serait le procédé idéal (1), mais elle est beaucoup plus longue et difficile que le bouton. Cette considération a bien son importance, puisque l'opération est toujours pratiquée chez des sujets en équilibre instable, où il importe d'aller vite et de ne pas prolonger les manœuvres intra-abdominales.

Pratiquement c'est donc au bouton que l'on donnera la préférence. Lardennois a attaché son nom à l'anastomose entéro-rectale au bouton. Il se sert d'un bouton de Murphy de gros calibre, légèrement transformé : c'est le *bouton emporte-pièce*. La pièce mâle présente un cylindre dont le bord libre est taillé en biseau aux dépens de sa face interne. Le bord du cylindre femelle est taillé également, mais aux dépens de sa face externe. Etant rapprochées, les deux pièces sectionnent les tissus à la façon de deux branches d'une paire de ciseaux.

Après la laparotomie et le choix de l'anse qu'il faut anastomoser, l'opérateur applique la partie femelle du bouton selon la technique habituelle. Un aide introduit le demi-bouton mâle par l'anus au moyen d'une pince courbe spéciale et l'applique fortement contre la face antérieure du rectum. Ainsi, il détermine une saillie visible et tangible sur la paroi. Le chirurgien, par une pression prudente et régulière, exécute alors l'articulation des deux pièces du bouton à travers les tuniques rectales soulevées et tendues. La pièce mâle, en s'emboîtant dans le cylindre femelle, fait emporte-pièce. L'anastomose est ainsi aisément constituée.

Dans tous les cas où il a été employé, le bouton

(1) Elle a été pratiquée deux fois avec succès par Delagénière (*Soc. de chir.*, 1905).

de Lardennois n'a produit aucun accident. Il s'élimine en général au bout de huit à dix jours. On peut d'ailleurs faciliter son expulsion, en tirant sur la branche mâle au moyen d'un fil préalablement disposé, et passant par le rectum.

La *voie abdominale* ou mieux *abdomino-anale* constitue la meilleure manière de pratiquer l'anastomose entéro-rectale, mais d'autres voies sont utilisables.

C'est ainsi que Chaput a obtenu un bon résultat, dans un cas de rétrécissement syphilitique du rectum, en anastomosant par la *voie sacrée* une anse grêle avec la portion sous-jacente au rétrécissement.

La *voie vaginale* me paraît également très favorable à l'iléo-rectostomie; je ne crois pas qu'elle ait encore été utilisée pour cette opération. Elle permet, en évitant une brèche osseuse ou une incision abdominale, de se rendre compte si l'anastomose est possible. Elle est en outre, moins « choquante » que l'opération sacrée ou abdominale. Malheureusement elle a les mêmes inconvénients que la voie dorsale, c'est-à-dire qu'elle ne donne pas beaucoup de jour : dans l'une comme dans l'autre, l'opération se fait « à l'aveuglette », et l'on a beaucoup de peine à reconnaître l'anse grèle la plus voisine du cæcum. D'autre part, on doit se résoudre, dans les deux cas, à une anastomose latéro-latérale, tandis que la laparotomie laisse le choix entre celle-ci et l'anastomose termino-latérale, ou divers autres procédés d'exclusion.

L'anastomose entéro-rectale, en tant que méthode palliative du cancer rectal, est encore de date trop récente et d'exécution trop restreinte pour que nous puissions formuler à son sujet une opinion définitive.

D'après les quelques cas publiés (Savariaud, Jayle, Demoulin, Delagénière), cette méthode donnerait d'excellents résultats immédiats et éloignés. Dans un cas de Delagénière l'état est resté satisfaisant pendant plus d'un an; le malade n'est mort qu'au bout de dix-sept mois.

Par contre, dans un autre cas du même auteur, la survie a été de moins de cinq mois. Il est vrai que ce malade présentait déjà, lors de la création d'un anus iliaque, un mois avant l'anastomose, des noyaux métastatiques dans les méso-colons ascendant et descendant. Etait-il dès lors bien utile de faire subir à ce malheureux patient, porteur d'un anus contre nature, une seconde opération, qui a consisté dans la fermeture de cette colostomie et dans l'exécution de l'anastomose iléo-rectale?

A en croire Demoulin, la survie serait plus grande après l'entéro-rectostomie qu'après l'anus iliaque. Cette conclusion est basée sur un nombre d'observations trop infime (soit huit) pour avoir quelque valeur. Il est d'ailleurs impossible, a priori, qu'il en soit ainsi. Même dans les cas d'iléo-rectostomie après exclusion du gros intestin, la dérivation des matières est moins complète que dans l'anus iliaque en canon de fusil, et a fortiori que dans l'anus terminal. Quoi que l'on fasse, « la bouche est à une très petite distance de la surface ulcérée, les matières et l'ichor se mélangent aux confins de l'anastomose, y séjournent et la désinfection partielle de la surface malade devient impossible. » (Quénu, *Soc. de chir.*, 8 nov. 1905.)

L'entéro-rectostomie ne permet pas, d'autre part, les grands lavages recto-coliques, tels qu'on les pratique grâce à l'anus contre nature avec éperon : or, ces lavages assurent la désinfection de la tumeur et évitent, en grande partie, les hémorragies, les douleurs, les abcès péri-rectaux.

Pour si haut que soit placé le cancer rectal ou recto-sigmoïde, l'anastomose n'en reste pas moins à une distance insuffisante pour échapper à l'envahissement néoplasique. Cet accident a été constaté au niveau d'anus iliaques assez éloignés de la tumeur. Ne sera-t-il pas plus fréquent dans les entéro-rectostomies, toujours voisines du cancer?

Enfin l'anastomose entéro-rectale est beaucoup plus longue à exécuter et beaucoup plus grave que l'anus iliaque. Elle a une mortalité opératoire de 25 p. 100 (d'après Demoulin). Or, même à mortalité égale, les deux opérations ne sauraient être considérées comme ayant le même pronostic, car leurs indications sont différentes. « Il est certain que l'entéro-anastomose n'est appliquée qu'à de bons cas. Chez un malade très débilité, cachectique, on se résoudra quelquefois à une colostomie palliative pour soulager les derniers jours d'un malheureux, on ne fera jamais une iléo-rectostomie. » (Hartmann.)

De l'aveu même de ses plus chauds partisans, *les indications de la recto-entéro-anastomose sont bien restreintes.*

En premier lieu, *elle ne saurait être utilisée dans les occlusions aiguës*, malgré le succès obtenu par Jayle dans un cas de ce genre. Sur les six anastomoses entéro-rectales pratiquées par Guinard (*Soc. de chir.*, 1905), les trois qui furent établies en pleine crise d'obstruction aiguë succombèrent à la suite de l'opération.

En second lieu, dans les occlusions chroniques du cancer rectal, *l'anastomose convient exclusivement aux néoplasmes petits et sténosants, non adhérents à la vessie* (Demoulin, Guinard). Or, comme l'a fait remarquer Quénu, « pour de tels cas, ce n'est plus l'opération palliative d'entéro-rectostomie qui convient, mais l'extirpation du cancer ».

Au total, l'anastomose entéro-rectale a le seul avantage de supprimer l'infirmité de l'anus iliaque. Mais elle est plus difficile et plus grave, elle expose à l'envahissement rapide de la bouche par le néoplasme ; pour toutes ces raisons, elle ne doit être considérée que comme une opération d'exception. Nous croyons même, avec Pierre Duval, qu'*elle ne trouve aucune indication dans le cancer rectal proprement dit, ou même dans le cancer recto-sigmoïde. Elle doit être réservée aux cancers inopérables et plus haut placés de l'S iliaque ou du côlon.* En ce qui concerne par contre les rétrécissements non cancéreux du haut rectum, mon opinion est tout autre, mais je n'ai pas à envisager ici cette question.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1910)

Emploi des arsenicaux en agriculture. — M. DUGUET, au nom d'une commission chargée des enquêtes prescrites par le ministre de l'intérieur, fait un rapport sur cette question. Sur 37 départements consultés, 7 n'ont pas répondu, n'ayant fait que très peu usage des arsenicaux et n'ayant pas constaté d'accidents; 15 ont répondu. Dans les 17 autres, comprenant l'Algérie, l'Hérault, l'Aude, la Côte-d'Or, les arsenicaux ont été plus ou moins employés; il n'y a été constaté aucun accident chez les ouvriers ou les consommateurs.

M. Duguet fait observer que ces enquêtes ont porté sur une période trop courte, à un moment où les arsenicaux sont peu employés.

La commission propose de demander une enquête essentiellement médicale, portant au moins sur deux années. Pour éviter les accidents il convient :

a. D'exclure les sels à base de plomb;

b. De n'employer les arsenicaux que conformément à l'avis des professeurs d'agriculture et à l'autorisation de l'autorité préfectorale;

c. De dénaturer les sels comme couleur et odeur;

d. De les enfermer dans un local sûr et fermant à clef;

e. De ne les délivrer que sous leur nom et jamais sous une appellation de fantaisie;

f. De ne jamais les employer en culture maraîchère, et d'en cesser l'usage au moment de l'apparition des fruits;

g. De n'en faire usage que sur les indications et surveillance des professeurs d'agriculture des départements.

Ces conclusions sont adoptées.

Le chien porteur de bacilles. — M. WIDAL analyse un travail de MM. Courmont et Rochaix qui, en faisant ingérer à des chiens des matières fécales de typhiques en ont fait de véritables porteurs de bacilles, c'est-à-dire des animaux qui, tout en restant bien portants, ont des matières portant des bacilles d'Eberth et pouvant disséminer la fièvre typhoïde. Cette élimination dure seulement quelques jours, le bacille d'Eberth ne se multipliant pas dans l'intestin du chien. Mais cette constatation n'en est pas moins importante au point de vue de l'hygiène publique.

Cela démontre une fois de plus la nécessité de l'isolement et de la surveillance au cours de la maladie.

Radio-diagnostic différentiel des calculs biliaires et des calculs néphrétiques. — M. BÉCLÈRE rappelle que dans la recherche radiographique des calculs urinaires le succès est la règle, l'insuccès l'exception. Il faut renverser la proportion en ce qui concerne les calculs biliaires. La raison de cette différence est d'ordre chimique. Les calculs urinaires étant formés de phosphates ou de sels de calcium sont décelés par la radiographie. Il n'en est pas de même des sels biliaires.

M. Béclère cite cependant un cas où, chez le même malade, il a pu déceler un calcul rénal à gauche et un calcul biliaire à droite. Voici comment on est arrivé à faire ce diagnostic :

Le malade demeurant couché dans le décubitus dorsal, on fait deux radiographies successives du côté droit, l'une avec la plaque sous la région lombaire et l'ampoule au-dessus de l'hypocondre, l'autre avec la plaque sur l'hypocondre et l'ampoule au-dessous de la région lombaire. On a soin que le foyer d'émission des rayons de Röntgen soit placé, pour chacune de ces deux radiographies, à la même distance de la plaque. Dans ces conditions, l'image radiographique du calcul est d'autant plus agrandie que le calcul lui-même est plus éloigné de la plaque. S'il présente sur la plaque lombaire des dimensions plus grandes que sur la plaque de l'hypocondre, c'est donc qu'il s'agit d'un calcul biliaire de la vésicule et non d'un calcul urinaire du rein.

Pour conclure, quand la radiographie révèle un calcul à droite dans l'abdomen, il faut penser à la possibilité d'un calcul biliaire et, en vue du diagnostic différentiel, suivre la technique indiquée.

La pachypleurite. — M. LETULLE fait une communication sur l'anatomie pathologique de la pachypleurite.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Roger; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Achard et Brault; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Borrel, Legry et Ménétrier.

Le nombre des votants étant de 80, M. Roger a été élu par 43 suffrages contre 36 accordés à M. Brault et 1 à M. Ménétrier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 JUIN 1910)

Des inhalations d'air mercurisé dans le traitement de la syphilis (présentation d'appareil). — M. P. MÉNIÈRE présente un appareil à inhalations d'air mercurisé permettant d'administrer le mercure aux syphilitiques à doses extrêmement précises. L'appareil fonctionne à l'hôpital Ricord dans le service de M. Queyrat depuis trois mois et les résultats obtenus sont particulièrement encourageants. Si la supériorité de cette méthode au point de vue thérapeutique ne peut pas encore être affirmée, il est certain que l'on se met ainsi à l'abri de tous les inconvénients imputables aux méthodes normales.

Pseudo-appendicite. Obstruction intestinale par calculs biliaires. Lavements électriques. Guérison. — M. LACAILLE rapporte deux cas d'obstruction intestinale causés par des calculs biliaires. L'un de ces cas avait donné lieu un mois avant à une erreur de diagnostic en imposant par ses symptômes le diagnostic d'appendicite.

M. KLOTZ demande si l'analyse du calcul a été faite.

M. LACAILLE répond que cette analyse n'a pas été faite.

De l'obstruction intestinale et de son traitement par les lavements électriques. Quand doit-on en cesser l'application? — M. LACAILLE démontre par vingt observations réunies en vingt-cinq ans de pratique qu'on peut n'avoir de résultat qu'au bout de cinq, six et même neuf lavements donnés (trois par jour) et que par conséquent, il ne faut pas accepter cette règle « de passer forcément la parole au chirurgien après le troisième lavement sans résultat ». L'auteur dit qu'il faut appeler le chirurgien dès le début, parce qu'il doit pouvoir décider à temps du moment opératoire avant que l'état général ne soit mauvais. Le seul guide pour appliquer plus ou moins longtemps ou cesser l'application des lavements électriques doit être l'examen de l'état du malade et non pas le chiffre fatidique de trois lavements.

M. LAPOINTE reconnaît que le lavement électrique, même répété plus de trois fois, peut être recommandable et efficace à la condition de ne l'appliquer qu'aux occlusions à marche lente, aux iléus par obturation (destruction stercorale, sténoses du gros intestin, compressions par tumeur pelvienne), mais il est inutile et dangereux dans les occlusions à marche aiguë, aux iléus par strangulation. Dans ces formes, la vitalité de l'intestin étranglé est parfois très vite compromise, et l'excitation de la contractilité intestinale est capable de rompre l'intestin et de provoquer la péritonite.

Il faut donc s'appliquer à distinguer ces deux grandes va-

riétés, essayer le lavement électrique dans la première et s'en abstenir dans la seconde.

M. DE KEATING-HART confirme pleinement l'expérience de M. Lacaille; il a eu l'occasion d'appliquer autrefois bien souvent des lavements électriques à des cas d'obstruction intestinale avec de très heureux résultats, et dans beaucoup de cas, ce n'est qu'après le huitième ou neuvième lavement que l'effet s'est produit.

M. PICHEVIN. Il y aurait un danger à laisser croire qu'il faille administrer six, huit ou neuf lavements électriques en cas d'obstruction avant de passer la main au chirurgien. Il y a obstruction et obstruction : s'il s'agit d'un cas aigu avec phénomènes graves, vomissements fécaloïdes, rapidité du pouls, diminution considérable des urines, si les accidents vont en s'accentuant, on ne doit pas attendre l'administration de huit ou neuf lavements, il est évident que dans des conditions favorables où l'urgence opératoire n'existe pas, on doit continuer le traitement électrique.

M. CAYLA fait remarquer que le médecin ne peut tirer des renseignements très précis au point de vue thérapeutique et lorsqu'il se trouve en face d'un cas d'obstruction intestinale grave, il n'a d'autre ressource que de faire appeler simultanément et le chirurgien et l'électrothérapeute.

M. LACAILLE répond qu'on ne peut se baser sur la quantité des lavements électriques, mais bien sur l'état général; il estime avec les auteurs que les lavements électriques peuvent être dangereux dans certains cas.

Fulguration et diathermie (électro-coagulation). — M. DE KEATING-HART, d'une étude comparée des effets de la fulguration et de ceux de l'électro-coagulation sur le cancer, conclut que l'électro-coagulation constitue une chirurgie aveugle, insuffisante et dangereuse par l'excitation qu'elle détermine dans les germes profonds. Quant à la fulguration, ses succès seraient dus à une modification du trophisme local, conséquence d'une réaction lointaine de l'étincelle sur la moelle épinière.

Traitement de l'hémophilie, de l'albuminurie et de la glycosurie par la voie gastrique. — M. André LOMBARD, reprenant une étude antérieure faite avec M. LAFFONT, pense que l'hémophilie, l'albuminurie et la glycosurie relèvent dans quelques cas d'une origine identique dans une modification de la plasticité du sang; aussi, opposent-ils à ces symptômes une thérapeutique identique : la gélatine absorbée par la voie gastrique.

Sans en vouloir faire le seul traitement de ces symptômes et se dispenser de leur trouver une autre origine qu'une altération du sang, il a obtenu avec la gélatine des résultats encourageants.

De l'emploi de la thiosinamine dans le traitement de la cataracte sénile. — M. SCHOULL a traité deux malades atteintes de cataracte par les injections intra-musculaires fessières à raison de 20 centigrammes de thiosinamine tous les deux jours. Les résultats étant encourageants, il invite ses collègues à en faire l'essai.

FORMULAIRE

CONTRE L'ECZÉMA CHRONIQUE (Gaucher).

Sirop iodotannique	300 grammes.
Biphosphate de chaux	15 —
Liqueur de Pearson	10 —

Deux cuillerées à soupe par jour.

(La liqueur de Pearson est une solution de 5 centigrammes d'arséniate de soude dans 30 grammes d'eau distillée.)

(*Bull. gén. de thérap.*)

VARIÉTÉS

SUPERSTITIONS EXISTANT EN ESPAGNE RELATIVEMENT AUX NOUVEAU-NÉS ET AUX FEMMES RÉCEMMENT ACCOUCHÉES.

La superstition et les procédés empiriques plus ou moins ridicules ou dangereux existent dans tous les pays, aussi n'est-ce point avec une arrière-pensée d'ironie vis-à-vis de nos voisins les Espagnols que nous écrivons ces lignes. Nous savons, au contraire, que bien des erreurs que nous allons signaler chez eux se rencontrent aussi chez nous, et il nous a précisément paru intéressant de pouvoir contribuer à mettre nos confrères français à même de comparer les pratiques erronées ayant cours en Espagne, avec celles qu'ils rencontrent quotidiennement en France.

C'est d'ailleurs à un médecin espagnol que nous empruntons les renseignements ci-dessous, car ils proviennent de l'intéressant travail que D. Martin Carrera y Dellunder a publié dans la *Gaceta medica Catalana* (15 fév. et 15 mars 1910).

Un enfant vient de naître, mais il est en état de mort apparente. Que faire? Il n'y a rien de tel, prétendent certaines gens, que de faire brûler à côté du nouveau-né le placenta et un morceau du cordon ombilical, en dirigeant la fumée vers ses narines. Un autre procédé, très recommandé, consiste à introduire de la fumée de tabac dans le rectum au moyen d'un tuyau de pipe.

Dans certains villages des provinces de Lerida et de Tarragone, on introduit dans l'anus d'un enfant le bec d'une poule vivante! D'autres fois, enfin, on pratique la succion du mamelon gauche, manœuvre sans danger si elle est faite par une personne indemne de toute affection contagieuse, et qui possède au moins l'avantage de stimuler les plexus nerveux de la région.

Lorsqu'il s'agit de nettoyer l'enfant (le verbe nettoyer est-il ici bien à sa place?) l'imagination populaire s'en donne à cœur joie. On le lave avec du vin blanc, on l'oint d'huile, puis on l'enveloppe dans de la peau de biche ou de loup. Ailleurs, pour le rendre robuste, on lui asperge la tête et la poitrine avec le sang qui s'écoule du cordon ombilical, et qui certes aurait beaucoup mieux concouru au même but si on l'avait laissé normalement pénétrer dans l'organisme de l'enfant. Parfois encore, et c'est là une antique coutume vantée par Galien et Avicenne, on saupoudre de sel le nouveau-né!

La fameuse opération qui consiste à « couper le fil de la langue » est paraît-il encore très en faveur en Espagne, où beaucoup de matrones la pratiquent en se servant de leur ongle. Il en résulte fréquemment, on le conçoit aisément, des accidents infectieux.

Laissons de côté les malaxations et compressions brutales faites sur la tête, au grand dam des centres nerveux, sous prétexte de l'arrondir, elles n'ont rien de bien spécial à l'Espagne. Peut-être rencontre-t-on ailleurs aussi les emplâtres d'étoupe, d'eau-de-vie, de blancs d'œufs et d'un tas d'autres substances, destinés à fermer rapidement les fontanelles! Un autre procédé consiste à placer sur elles une petite croix de graines.

La compression des oreilles au moyen d'un mouchoir, les tractions sur le nez pour l'empêcher d'être camard sont choses communes en tous pays; mais assez remarquable est la pratique des matrones qui frottent les gencives du nourrisson avec une pièce d'or, afin de leur conserver définitivement leur teinte rouge. Inutile de dire que, pour que le rite soit valable, la pièce d'or doit rester en possession de la commère.

Si, quittant la bouche, les matrones s'occupent de l'anus du nouveau-né, on les voit se livrer à des pratiques tout aussi

étranges. Il importe en effet de *faire l'anus*, et pour cela elles introduisent dans l'orifice leur petit doigt préalablement trempé dans l'huile. Cette manœuvre sert également, dans leur esprit, à provoquer une expulsion rapide du méconium. C'est dans le même but, qu'en Navarre on administre à l'enfant de petites dragées d'anis! Ailleurs on a recours à des suppositoires de papier enroulé et baigné d'huile, ou à une tige de persil, ou à une pâte formée d'un mélange d'huile et de la partie molle des excréments d'une poule.

La croissance de l'enfant donne lieu à une masse de croyances absurdes. Les uns assurent que l'action de se ronger les ongles fait grandir les enfants, d'autres croient que le même but est atteint en passant la jambe par-dessus la tête de l'enfant, ou au-dessus du nourrisson endormi. On croit également que pendant l'allaitement, ce dernier croîtra d'autant de fois la valeur d'un grain de blé que ses parrains l'auront pris dans leurs bras!

Il existe un proverbe qui dit : « Si tu veux que ton fils grandisse, lave-lui les pieds et rase-lui la tête », et s'il était plus universellement écouté on ne verrait pas les pratiques répugnantes provenant de la croyance que la saleté et le respect de la vie des poux sont des garanties de la santé des enfants. Sous ce rapport bien des gens en France n'ont rien à envier à l'Espagne.

Ailleurs on s'imagine que l'enfant mourra ou restera muet si on lui coupe les cheveux avant qu'il parle, et rien n'est plus curieux que cette autre superstition qui veut que pour faire parler rapidement un petit être il faille l'habiller de façon spéciale et aller avec lui demander l'aumône pendant neuf jours de suite!

L'alimentation des nourrissons donne lieu, comme bien l'on pense, à de nombreuses pratiques erronées. C'est ainsi qu'en certaines parties de l'Espagne on fait avaler de la pomme cuite au malheureux nouveau-né, avant qu'il ait commencé à prendre le sein de sa mère, et cela pour éviter qu'il devienne jamais glouton, et afin qu'il se montre toujours poli et galant avec les femmes!

Ailleurs on *fait les entrailles* en faisant téter à l'enfant qui vient de naître le sein d'une femme nourrice depuis un an.

S'il s'agit d'augmenter la sécrétion lactée, les procédés ne manquent pas. Laissons de côté les prières à la « Virgen de la Leche », les oraisons et les pèlerinages divers, et occupons-nous seulement des substances multiples autant qu'hétéroclites employées comme galactagogues. A Dos, province de Gérone, on entoure le cou de la femme d'une corde de sparte. Cette thérapeutique externe n'est pas plus illogique, mais est certainement bien moins répugnante que la plupart des procédés suivants : sardines en baril, bouillon de tripes de mouton, lait de truie mélangé de vin doux, chair de hibou femelle frite, mamelle de vache desséchée, réduite en poudre et consommée dans du bouillon, pattes de devant du même animal préalablement calcinées, bouillon où l'on a fait cuire deux rats sans que la femme le sache (heureusement pour elle!).

On emploie aussi, en onctions sur les seins, une huile dans la composition de laquelle entrent les vers de terre, ou des rats coupés en morceaux sans avoir été débarrassés de leurs entrailles. Il existe un liniment très complexe dont l'emploi doit être accompagné d'un cœur de crapaud appliqué sur la poitrine.

Beaucoup de femmes refusent de se baigner de peur de perdre leur lait, mais au milieu de toutes ces superstitions on est tout étonné de voir recommander la pratique, ancêtre de l'opothérapie, qui consiste à faire avaler à la femme des fragments frits de son placenta.

Les moyens destinés à faire passer le lait ne le cèdent naturellement en rien aux précédents. C'est ainsi qu'on use de fomentations de sauge bouillie dans l'urine, qu'on place entre les deux épaules une clef creuse remplie de mercure, qu'on recommande de faire téter deux enfants à la fois, que l'on conseille à la femme de se tirer du lait en projetant le jet sur le mur de la chambre, ou de le diriger sur la flamme éclairant la pièce afin que le lait se brûle, de mettre la chemise de son mari dès qu'il vient de la quitter, etc. En certains points de la province de Valence on donne à une chienne ou à une chatte les os d'une poule qui a servi à faire la soupe, et de cette façon le lait de la femme doit passer à ces animaux.

Lorsqu'une nourrice est atteinte de mammite, on suppose que celle-ci est due à la torsion des conduits où passe le lait, et pour y remédier on conseille de faire téter l'enfant en le mettant dans la position contraire à la normale, c'est-à-dire le corps en haut et la tête en bas. On recommande également les cataplasmes faits avec des excréments frais du nourrisson enveloppés de linges chauds. En Galice on croit que le meilleur moyen consiste à placer un chapeau d'homme sur la tête de la femme.

On croit communément que si une femme qui nourrit mange du lièvre, les yeux de l'enfant seront agités de mouvements anormaux; si elle devient enceinte, cela est nuisible au nourrisson, et on recommande alors de se procurer un petit chien de moins de neuf jours, de le faire bouillir tel quel dans de l'eau et du sel, et de donner à l'enfant une tasse de ce bouillon, ainsi qu'un petit morceau de la chair de ce même chien sans en enlever le poil!

Lorsqu'il s'agit de sevrer l'enfant, on croit qu'il est bon de le séparer de sa mère le vendredi, de cette façon seulement il ne perd pas le sens du goût, en oubliant celle qui l'a nourri. D'ailleurs pour apaiser le chagrin qu'éprouve le nourrisson qu'on sèvre, ne suffit-il pas de jeter dans la marmite un poulet vivant ayant toutes ses plumes, de donner à l'enfant quelques tasses du bouillon ainsi obtenu, puis d'ouvrir le poulet et de l'appliquer pendant vingt-quatre heures sur le ventre du bébé?

Quand approche le moment de la dentition les préjugés continuent à régner en maîtres. C'est ainsi que l'on frotte les gencives avec trois chiffons imbibés d'eau salée, que l'on fait brûler ensuite, ou que l'on a recours aux amulettes suivantes : dents de serpents, concrétions des cornes d'escargots, dents de mouton noir, etc. Comme substances thérapeutiques on emploie en frictions du sang de crête de vieux coq, de la cervelle de lièvre, de la cendre de dents de chiens mélangée à du miel, et ainsi de suite.

C'est d'ailleurs une croyance vulgaire que si les dents supérieures sortent les premières, l'enfant mourra prématurément. Plus tard, lorsque tombent les dents de lait on doit éviter de les jeter dans des endroits où elles puissent être avalées par des chiens ou des rats, car les dents définitives ressembleraient à celles de ces animaux. Par contre, si on a soin de jeter sur le toit les dents temporaires, les dents permanentes pousseront droites et belles.

On pourrait multiplier les exemples de ces erreurs populaires, dont beaucoup sont loin d'être inoffensives, mais cela deviendrait rapidement fastidieux. Nous ne voulons point cependant terminer cet article sans rapporter des faits d'un autre ordre cités par D. Martin Carrera y Dellunder, faits que l'on a malheureusement signalés dans d'autres pays et même en France! Notre confrère espagnol a vu en effet à l'hôpital clinique de Barcelone, deux fillettes en bas âge atteintes de blennorragie à la suite de viol, les misérables qui les avaient souillées étant en effet convaincus qu'ils se débarrasseraient ainsi de la maladie dont ils souffraient.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LA SEPTICITÉ DES SELLES ENTÉRITIQUES CHEZ LES ENFANTS

Par le docteur M. Chane.

Si les lésions de l'intestin dans les diarrhées même mortelles de l'enfance sont insignifiantes et se bornent à de la congestion piquetée, à des plaques, à des suffusions hémorragiques locales, l'état bactérien, au contraire, est d'une grande richesse.

Dans la plupart des cas les garde-robes sont vertes et de réaction acide. On y trouve des bacilles allongés un peu recourbés en S ayant une longueur assez développée (triple de celle des bacilles de Koch). Leur nombre est considérable et ils diminuent pour disparaître à mesure que la diarrhée s'atténue. Ce microbe est celui de la diarrhée verte. Cultivé par Lesage, il s'est montré, en effet, nettement chromogène et sécrétant un pigment vert. Des recherches nouvelles ont montré que ce microbe qui ne résiste pas à l'action antiseptique de l'oxyol (ferment vanadique) n'est pas autre chose qu'une variété du *bacterium coli commune*.

En plus de cet agent infectieux, il existe un microbe spécifique du choléra infantile. Il est lui aussi désorganisé par l'absorption gastro-intestinale du sel de vanadium, mais il a des caractères particuliers. Il forme des filaments grisâtres, sécrétant une substance alcaline et jamais on ne le trouve ailleurs que dans l'intestin. Il émet des toxines produisant l'algidité et tous les caractères du choléra asiatique.

Mais dans l'immense majorité des cas, le choléra infantile est dû à une intoxication d'origine alimentaire et dans quelques exceptions seulement, au microbe spécifique.

C'est le *bacterium commune* qui joue, en réalité, le principal rôle dans la diarrhée infectieuse de l'enfance et il faut savoir que ce microbe peut se transmettre par l'air, les vêtements, et qu'il peut s'ensemencer dans le lait même stérilisé.

Le fait clinique, essentiel pour le praticien, c'est que sa virulence s'arrête et qu'il est détruit par une antisepsie intestinale oxygénée. Quand chez les enfants atteints de gastro-entérite aiguë, on donne trois fois par jour v gouttes d'oxyol on détermine une production illimitée d'oxygène naissant qui détruit les agents de la putridité gastrique et ceux de la diarrhée verte. On admet encore que cet antiseptique interne est pour les agents d'infection secondaire associés au *bacterium coli* ou au bacille de Lesage, un destructeur puissant, car sous son influence, la fétidité des selles disparaît, leur coloration se modifie, leur consistance ferme se retrouve alors que l'examen microscopique des selles annonce l'absence du bacille chromogène et la présence de diverses colonies tout aussi virulentes.

Il faut savoir aussi que la diarrhée verte n'est pas la plus grave des diarrhées infantiles et qu'il y a des diarrhées aqueuses, glaireuses, incolores et jaunes qui sont beaucoup plus funestes. Or, dans ce cas précisément, la guérison s'obtient constamment par l'usage du vanadium, ce qui prouve bien qu'il existe des infections graves en dehors du bacille de Lesage et du bacterium coli.

Quoi qu'il en soit, on sait que par une antisepsie énergique et rapide du milieu digestif on peut aisément guérir cette affection qui n'est redoutable que mal traitée et, à ce point de vue, la fermentation oxygénée intense par l'oxyol est un véritable progrès.

CONGRÈS

Congrès international de médecine légale. — La Société de médecine légale de Belgique organise à Bruxelles, en août 1910, un Congrès international de médecine légale.

Ce Congrès, dont M. le ministre de la justice et M. le ministre de la santé et de l'hygiène publiques de Belgique, ont bien voulu accepter la présidence d'honneur, aura sa séance solennelle d'ouverture le jeudi 4 août 1910 et tiendra ses séances ordinaires du 5 au 10 août 1910. A cette époque, la grande Exposition internationale de Bruxelles, avec ses nombreuses et diverses attractions pour les étrangers, sera dans toute sa splendeur.

En vue d'intéresser à ses travaux le plus grand nombre possible de spécialistes de tous les pays, le Congrès s'occupera, non seulement de médecine légale proprement dite, mais encore de médecine mentale, de bactériologie, de toxicologie et de législation dans leurs rapports avec la pratique de l'art médico-légal.

Les demandes d'admission devront être adressées, avec le montant de la souscription (20 francs) à M. le trésorier docteur Héger-Gilbert, place Jean Jacobs, n° 9, à Bruxelles.

Les rapports et communications devront parvenir le 1er juillet 1910 au plus tard, à M. le secrétaire général docteur Camille Moreau, rue de la Gendarmerie, 6, à Charleroi (Bruxelles).

Exposition universelle et internationale de Bruxelles 1910 (section française). — Conférences sur les stations thermales et climatiques de France (avec projections) organisées par le Comité de la classe III B, sous le patronage de M. le commissaire général du gouvernement français et de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — *Lundi 11 juillet*, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Dubois (de Saujon), membre de la Société d'hydrologie médicale et de la Société de thérapeutique de Paris : « Villégiatures médicales. »

Jeudi 21 juillet, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Moureu, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine : « Les récents progrès de l'hydrologie. »

Mercredi 27 juillet, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Carron de la Carrière, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « De l'emploi des eaux minérales françaises dans les maladies des voies respiratoires chez les enfants. »

Lundi 8 août, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine : « La richesse thermale, climatique et marine de France, étudiée au point de vue de la thérapeutique, de l'hygiène thérapeutique et de la puériculture (crénothérapie). »

Vendredi 19 août, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Jouaust, secrétaire des voyages d'études médicales aux stations thermales et climatiques de France : « Traitement hydrominéral des affections gastro-intestinales. »

Mardi 30 août, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Zuccarelli (de Bastia) : « Stations climatiques et eaux minérales de la Corse. »

Lundi 5 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Ferras (de Luchon), vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Aperçu général des sources sulfurées des Pyrénées. »

Mercredi 7 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Bories (du Cannet), président de la Société de médecine de Cannes : « La Côte d'Azur. Caractères et indications de son climat. »

Samedi 17 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Léon Blanc (d'Aix-les-Bains), ancien médecin inspecteur, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Aix-les-Bains, Station thermale et climatique. »

Lundi 26 septembre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Dedet (de Martigny), vice-

président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Traitement de la goutte et de la gravelle par les eaux sulfatées calciques des Vosges. »

Samedi 1er octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Robin, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine : « Influence du climat marin sur le traitement des tuberculoses. »

Lundi 3 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Durand-Fardel (de Vichy), secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Vichy et sa clinique. »

Samedi 8 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Schlemmer (du Mont-Dore), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « L'asthme et son traitement hydrominéral. »

Lundi 10 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Sénac-Lagrange (de Cauterets), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « Problèmes biologiques soulevés et résolus par l'application des eaux sulfureuses de Cauterets. »

Mercredi 12 octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes (salle D). — M. le docteur Marcellin Cazaux (des Eaux-Bonnes), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris : « La Source-Vieille des Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées). Composition, indications thérapeutiques. »

CONGRÈS INTERNATIONAL DE SAUVETAGE ET DE SECOURS PUBLICS. — Ce XXe Congrès aura lieu du 21 au 25 juillet 1910 dans la salle des Congrès de l'Exposition de Bruxelles.

Le Comité d'organisation de la section française — laquelle est placée sous le haut patronage de M. le ministre de la Marine; de M. Paul Beau, ministre de France à Bruxelles; de M. Chapsal, commissaire général du gouvernement français; de M. le préfet de la Seine; de M. le sénateur Dupont, président du Comité français des expositions à l'étranger; de MM. Beurnier et Bernard Cunéo, chirurgiens des hôpitaux; du vice-amiral Duperré; de MM. les sénateurs P. Baudin, Gomot, Noël, Raymond Poincarré; de MM. les députés Bluysen, Deschanel, Escudier, de Folleville, Dugage — se compose comme il suit : M. le docteur Paul Cornet, président; M. le docteur Grunberg, délégué général; MM. Ancel, commandant Bollot; MM. les docteurs Delaunay, Foveau de Courmelles, M. Gomot, MM. les docteurs Hellot, Jean Laborde, M. Armand Lefebvre, M. le docteur Jean Saqui, M. Tréfeu, vice-présidents; M. le docteur André May, secrétaire général; MM. les docteurs Guillet et Menuisier, secrétaires adjoints; M. Garres, trésorier; MM. les docteurs Desmons et Podevin, MM. Berthault et Desplas, MM. les docteurs Depoully, Schnaebelé et Soubie, MM. Péraldi et Villatte, membres.

Ce congrès comprend quatre sections :

Première section. — Sauvetage et secours sur la voie publique. Théâtres. Voies ferrées. Grands magasins.

Deuxième section. — Sauvetage fluvial. Sauvetage maritime. Sauvetage et secours en temps de guerre.

Troisième section. — Secours dans les usines, les accidents du travail agricole et secours dans les mines.

Quatrième section. — Secours dans les montagnes, dans la navigation aérienne.

Pendant le Congrès, un concours de sauvetage et de secours publics aura lieu à Ixelles.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés (dames ou membres de la famille présentés par un membre adhérent). Le prix de la cotisation est de 10 francs par personne. Les membres adhérents recevront le jour de l'ouverture du Congrès, les documents se rapportant au Congrès, des cartes d'entrée à l'exposition, plan de la ville, programme des fêtes et cartes du banquet.

Adresser les adhésions, cotisations et toutes communications ou demandes de renseignements au docteur Grunberg, 5, boulevard de Clichy, délégué général du Comité d'organisation, ou au docteur André May, 6, rue de Phalsbourg, secrétaire général.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1910.) DORNIER : Une épidémie de typhus exanthématique à Aïn-Beida. — SARTHOU : De l'emploi de la paraphénylène-diamine.

Écho médical du Nord. — (N° 16, 17 avril 1910.) ARSIMOLES : Troubles mentaux dans les maladies du cœur. — (N° 17, 24 avril.) GAUDIER et Georges CIEREN : La gymnastique orthopédique à la consultation d'orthopédie à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille. — (N° 18, 1er mai.) OUI et PAUCOT : La mortalité infantile dans les milieux ouvriers. Le rôle des soigneuses. — H. GAUDIER : Note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne et d'urée en tant qu'anesthésique local. — (N° 19, 8 mai.) Jean MINET : La formule hématologique de l'hérédo-syphilis. Numération des globules. Formule hémo-leucocytaire.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 21, 22 mai 1910.) LAFOND et B. LIAGUET : Contribution à l'étude de la toxicité comparative des urines et des matières fécales chez la femme avant et après l'accouchement. — J. FOUQUET : Adéno-phlegmons de la fosse iliaque. — (N° 22, 29 mai.) H. SÉRÉGÉ : Contribution à l'étude des variations de la hauteur du foie gauche à l'état normal (remarques sur les mensurations du foie en clinique). — (N° 23, 5 juin.) A. CHARRIER et W. COURAUD : De l'emploi des plans inclinés dans le traitement de certaines fractures juxta-articulaires. — J. RABÈRE : Plaie du cœur, suture du cœur, guérison. — André GENDRON : Etude sur la pratique du massage en Suède. — (N° 24, 12 juin.) E. MICHELEAU : Chlorurie et toxicité urinaire. — DURODIÉ : Maladie et mort mystérieuse de Jeanne d'Albret. — (N° 25, 19 juin.) FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL : Histoire d'un corps étranger de la cuisse chez une névropathe.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 1er mai 1910.) LALESQUE : Les cures forestières. — FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL : Le traitement du déséquilibre abdominal. — (N° 19, 8 mai.) FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL : Le traitement du déséquilibre abdominal. — A. LAUTIER et G. IZAAC : Un cas d'asystolie avec hypertension traitée par la saignée. Vérifications successives à l'oscillomètre de Pachon. — (N° 20, 15 mai.) FRAIKIN et GRENIER DE CARDENAL : Le traitement du déséquilibre abdominal. — J. CARLES : Les recherches du professeur V. Patella sur « la genèse endothéliale des leucocytes mononucléaires du sang ». — (N° 21, 22 mai.) M. BITOT et R. AUGISTRON : Epilepsie jacksonienne symptomatique d'une tumeur cérébrale, d'origine syphilitique traitée avec succès par la ponction lombaire. — (N° 22, 29 mai.) H. LEFÈVRE : Statistique de hernies étranglées. — (N° 23, 5 juin.) GUYOT et RICARD : D'une technique spéciale dans les interventions sur la région axillaire par section temporaire des muscles pectoraux. — H. LEFÈVRE : Fracture longitudinale par arrachement du deuxième métacarpien. — (N° 24, 12 juin.) LAFOND : Sur un cas de dystocie par kystes hydatiques pelviens. — R. LAUTIER : Nouveau mode d'emploi du cinnamate de soude contre la tuberculose.

NOTES POUR L'INTERNAT

FIBROMES UTÉRINS

DÉFINITION. — Ce sont des tumeurs *histologiquement bénignes*, dont la *structure identique à celle de l'utérus*, se compose également de *fibres musculaires lisses* et de *fibres de tissu conjonctif*.

On a donc affaire à des myomes, s'il y a prédominance du tissu musculaire, à des fibromes si c'est le tissu fibreux qui prédomine, et d'une façon générale ce sont des fibromyomes.

A côté de ces fibromyomes vrais on peut rencontrer des adénomyomes ou adénocystomes, tumeurs solides, partiellement kystiques, contenant des éléments épithéliaux. Ils se forment aux dépens, pour Recklinghausen, de restes embryonnaires; d'après Legueu et Marion, d'invaginations de la muqueuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. GÉNÉRALE. — 1° **Nombre.** — Très variable, souvent unique, il peut être multiple. L'utérus est parfois bourré de fibromes, dont beaucoup, souspéritonéaux, lui donnent un aspect bosselé caractéristique.

2° **Volume.** — Aussi variable; les fibromes uniques sont souvent plus gros; les fibromes multiples sont de toutes les tailles. La moyenne va d'une orange à une tête d'adulte.

3° **Aspect macroscopique.** — C'est une tumeur ronde, régulière, de consistance ferme très particulière. A la coupe il crie sous le couteau. Sur cette coupe on voit au centre un vaisseau dilaté, poussant généralement des pointes multiples dans l'épaisseur du fibrome, si celui-ci est en activité, en période de croissance. Tout autour du vaisseau on voit des fibres musculaires et conjonctives, enroulées en cercle, en tourbillon. Parfois, le vaisseau dilaté forme un vrai sinus.

4° **Structure histologique.** — Histologiquement le fibrome comprend : 1. des fibres musculaires lisses agglomérées en spirales; 2. des fibres conjonctives, séparant et sériant les fibres musculaires; elles sont abondantes à la périphérie, d'autant plus abondantes que le fibrome est moins actif. Le vaisseau central est un capillaire à simple revêtement endothélial.

5° **Transformations possibles.** — Elles sont dures ou molles.

1. *Dures.* — C'est la *calcification* par encroûtement périphérique ou par infiltration calcaire totale rayonnant du capillaire central.

2. *Molles.* — *a.* L'*œdème* est relativement fréquent surtout dans les torsions incomplètes de fibromes pédiculés; *b.* la *dégénérescence graisseuse* se voit après l'accouchement; *c.* la *transformation myxomateuse* consiste en un clivage concentrique en lamelles contenant des cellules plates dérivant du tissu muqueux; *d.* la *dégénérescence sarcomateuse* est fréquente donnant des symptômes marqués et entraîne une tendance à la gangrène; *e.* la *nécrose* et la *gangrène* se voient souvent pour des fibromes sous-muqueux pédiculés (polypes fibreux); *f.* la *transformation kystique*; *g.* la *myome télangiectasique* est due au développement exagéré des capillaires centraux.

II. CHIRURGICALE. — 1° **Siège.** — 1. C'est le plus souvent le *corps* utérin, et surtout sa partie postérieure; 2. le *col* est plus rarement le siège de fibromes; ceux-ci se développent alors dans la portion sus-vaginale, ce qui entraîne leur développement dans la base du ligament large; ce sont des fibromes intraligamentaires donnant lieu à des compressions pelviennes fréquentes et entraînant des difficultés opératoires toutes spéciales; le corps utérin dans ces cas surmonte la tumeur fibromateuse comme une tête dont les bras représentés par les annexes descendent vers le bassin de chaque côté du fibrome.

2° **Développement.** — 1. *Cas habituels.* — Le fibrome peut se développer soit vers le péritoine, soit vers la muqueuse, soit dans l'épaisseur même de la paroi utérine. D'où : *a.* les fibromes *sous péritonéaux*. Ils peuvent être *sessiles*, à pédicule large faisant en partie corps avec l'utérus; ils peuvent être *pédiculés*, parfois réunis à l'utérus par un pédicule vasculaire étroit et susceptible de torsions; *b.* les fibromes *interstitiels* en connexion plus ou moins intime avec le muscle utérin; *c.* les fibromes *sous-muqueux* peuvent eux aussi être sessiles ou pédiculés. Dans ce second cas ce sont de véritables *polypes fibreux* qui se développent vers le vagin et finissent par s'y engager. Ils sont aussi susceptibles de torsion et de sphacèle.

2. *Cas plus rares.* — *a.* Le fibrome peut se développer dans l'épaisseur du ligament large. Il faut même décoller le péritoine pariétal et s'insinuer peu à peu dans l'épaisseur du mésocôlon pelvien ou du mésocôlon ascendant ; *b.* Exceptionnellement on en a vu se développer sous l'aponévrose pelvienne.

3° **Lésions de l'utérus.** — 1. *Tissu utérin.* — *a.* ordinairement le fibrome est encapsulé par une gaine de tissu conjonctif lâche qui l'isole du muscle utérin. Il en résulte qu'on peut l'énucléer par simple incision de l'utérus et éviter l'hystérectomie ; *b.* souvent aussi le fibrome est en connexions étroites avec le tissu utérin, difficilement séparable; le muscle utérin participe au développement de la tumeur; autrement dit, en dehors du fibrome proprement dit, tout le corps utérin a subi une transformation fibromateuse; *c.* enfin, parfois, il n'y a pas de tumeur à proprement parler et on a affaire à une fibromatose généralisée de l'utérus.

2. *Cavité utérine.* — La cavité est *toujours allongée*; c'est la lésion prédominante.

Elle peut être de plus déformée par la présence de fibromes sous-muqueux, rendue sinueuse.

Exceptionnellement, on observe son inversion par l'accouchement d'un polype fibreux.

3. *Muqueuse.* — Elle est le plus souvent le siège d'une endométrite glandulaire ou interstitielle présentant des dilatations vasculaires, origine des hémorragies symptomatiques du fibrome.

4° **Lésions de voisinage.** — 1. Les *annexes* sont déviées, déplacées; le fibrome peut s'accompagner d'annexites fréquemment (le fibrome développé au niveau des cornes utérines favorise l'apparition des lésions annexielles, en particulier de l'hématosalpinx) ; 2. Les organes voisins sont comprimés, sans lésion bien spéciale.

ÉTIOLOGIE. — C'est une affection fréquente; apparaissan généralement pendant la *période d'activité génitale*, entre la puberté et la ménopause. Elle est surtout fréquente entre trente et trente-cinq ans. D'aucuns prétendent que la virginité y prédispose.

PATHOGÉNIE. — De nombreuses théories ont été émises pour expliquer l'apparition des fibromes dans le tissu utérin.

1° La THÉORIE INFLAMMATOIRE de Virchow a été reprise par certains auteurs qui placent à l'origine du fibrome une infection endométritique.

2° Cohnheim assigne au fibrome une ORIGINE EMBRYONNAIRE.

3° Pour Schwartz et Hepp, le fibrome est un TROUBLE TROPHIQUE qui régresse si l'on supprime les stimulants réflexes de son développement par la castration ou la ligature des utérines par exemple.

4° La théorie la plus couramment admise est la THÉORIE VASCULAIRE de Pilliet et Costes.

D'après ces auteurs, il y aurait un développement anormal du tissu vasculaire de l'utérus et par suite, réaction hypertrophique du muscle et du tissu conjonctif. Il s'agirait donc d'angio-fibromes.

En effet, il y a un capillaire au centre de la tumeur et autour d'elle se disposent tout d'abord des cellules embryonnaires, concentriquement. Puis, les couches périphériques mal irriguées deviennent fibreuses pendant que d'autres couches se développent au centre.

A un moment donné le capillaire s'oblitère et le fibrome cesse de s'accroître. Mais il envoie dans la périphérie des pointes d'accroissement et autour d'elles se développent de nouvelles tumeurs.

L'activité du fibrome dépend donc de l'activité vasculaire. D'où l'influence de la menstruation et de la ménopause. D'où aussi l'idée de traiter le fibrome par la ligature des utérines ou par la castration. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Crénothérapie, Climatothérapie, Thalassothérapie (cures hydrominérales, cures d'altitude, cures marines), par les professeurs LANDOUZY, ARMAND GAUTIER, MOUREU, DE LAUNAY, les docteurs HEITZ, LAMARQUE, LARESQUE, P. CARNOT. Un vol. in-8 de 706 p. avec 166 fig. et 8 cartes coloriées. — Prix cartonné : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Maladies du duodénum et leur traitement, par le docteur René GAULTIER, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (Hôtel-Dieu). Préface de M. le professeur DIEULAFOY. Un vol. in-8 de 203 p. avec 60 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Conférences de pathologie infantile, par le docteur GENARO SISTO, professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires, membre du corps médical scolaire, ex-chef de clinique infantile, lauréat de la Faculté de médecine de Buenos-Aires. Traduction française, par le docteur L. FRANCOZ, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface de M. le professeur V. HUTINEL. Un vol. in-8 raisin de 250 p. avec 34 fig. dans le texte et 2 pl. en couleur hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve de titres.* — Deuxième séance du 29 juin. — MM. Merklen, 16 × 2 = 32; Bériel, 17 × 2 = 34; Gaujoux, 16 1/2 × 2 = 33; Euzière, 19 × 2 = 38; Lautier, 10 × 2 = 20.

Première séance du 30 juin. — MM. Bernard (L.), 20 × 2 = 40; Petges, 19 × 2 = 38; Tanon, 19 × 2 = 38; Guillain, 20 × 2 = 40; Boidin, 17 × 2 = 34.

Deuxième séance du 30 juin. — MM. Nattan-Larrier, 20 × 2 = 40; Gellé, 18 × 2 = 36; Rimbaud, 18 × 2 = 36; Carles, 18 × 2 = 36; Pierre Nadal, 10 × 2 = 20.

Première séance du 1er juillet. — MM. Lereboullet, 20 × 2 = 40; Milhit, 18 × 2 = 36; Bonnamour, 17 1/2 × 2 = 35; Crouzon, 19 × 2 = 38; Micheleau, 18 × 2 = 36.

— Sont déclarés admissibles :

Paris. — MM. Babonneix, Bernard, Garnier, Gougerot, Guillain, Josué, Lereboullet, Léri, Nattan-Larrier et Rathery.

Lyon. — MM. Arloing, Bonnamour, Cade, Mouriquand, Piéry et Savy.

Bordeaux. — MM. Carles, Leuret, Micheleau et Petgès.

Lille. — MM. Gellé et Minet.

Nancy. — MM. Parisot et Perrin.

Montpellier. — MM. Euzière et Rimbaud.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — Deuxième séance du 29 juin. — MM. Rocher : « Les sporotrichoses au point de vue chirurgical »; note : 19; — Schwartz : « La tuberculose annexielle »; note : 19 1/2.

Séance du 30 juin. — MM. Martin : « Appendicite chronique non tuberculeuse »; note : 14; — Massabuau : « Sigmoïdites et périsigmoïdites »; note : 20.

Epreuve clinique. — Séance du 30 juin. — MM. Schwartz, 19 1/2; Colle, 15; Massabuau, 19 1/2; Rocher, 19 1/2.

— SECTION DE PHARMACIE. — Ordre de passage de la leçon de trois quarts d'heure :

MM. Bretin, Maurin, Florence, Bondouy.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture descopies.* — Séance du 29 juin. — MM. Descomps, 29; Picquandet Grégoire, 27.

UNION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE DU PREMIER AGE « GOUTTES DE LAIT ». — COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS. — Le IIIe Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge « Gouttes de lait », aura lieu à Berlin du 11 au 15 septembre 1911, sous la présidence de M. le professeur Diétrich (de Berlin). Le secrétaire général est M. le professeur Keller (de Charlottenbourg). Tous les renseignements sur l'organisation du Congrès sont fournis par le secrétaire du Comité français, M. le docteur P. Grasset, 27, rue de Clocheville, à Tours.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 836 décès, au lieu de 824 pendant la semaine précédente et au lieu de 849, moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à décroître et n'a plus qu'une fréquence moyenne. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On a encore signalé 4 cas de méningite cérébro-spinale, dont 2 décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Toupet, médecin de la Charité, décédé à l'âge de cinquante-deux ans.

Nous adressons nos très vives condoléances à sa famille et en particulier à ses fils, MM. René Toupet, interne, et Jean Toupet, externe des hôpitaux.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — SERVICE DE LA DIPHTÉRIE (docteur Aviragnet). — *Cours de vacances.* — Conférences et travaux pratiques (diagnostic clinique et bactériologique de la diphtérie, sérothérapie, trachéotomie et tubage).

Ces conférences auront lieu tous les matins, à neuf heures, du lundi 11 juillet au jeudi 11 août 1910, sous la direction de MM. Bloch-Michel et H. Dorlencourt, chefs de laboratoire.

Droits d'inscription : 20 francs.

S'inscrire dans le service, hôpital des Enfants-malades, 149, rue de Sèvres.

ERRATA. — Dans l'article de MM. Roubinovitch et Paillard : La ponction lombaire dans les maladies mentales (*Gaz. des hôpit.*, n° 73, 28 juin 1910), lire :

Page 1055, 2e col., 4e ligne : tube de verre de 2 à 3 *millimètres* de diamètre; 6e ligne : la portion verticale doit avoir 35 *centimètres* de haut.

Page 1056, 1re col., 26e ligne : nous avons recherché la *pression* du liquide céphalo-rachidien.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1090.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE CŒUR DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par MM. Pierre-Jean MÉNARD et Paul BRODIN,
Internes des hôpitaux de Paris.

Les complications cardiaques dans la fièvre typhoïde sont parmi les plus fréquentes, si fréquentes même, pour ce qui est du moins des complications myocardiques, que beaucoup d'auteurs ont pu les considérer comme constantes et que l'on admet volontiers avec Hayem qu' « il est peu de fièvres typhoïdes qui au cours du troisième septennaire ne présentent pas des signes d'affaiblissement cardiaque plus ou moins marqués », et avec Chantemesse qu' « il est exceptionnel que le myocarde ne soit altéré d'une manière plus ou moins grave dans la fièvre typhoïde ». Nous verrons comment ces opinions, considérant la *lésion myocardique* comme presque constante, doivent être tempérées. Mais en tant que constatations cliniques, elles marquent certainement la vérité et en tous cas l'opinion courante aujourd'hui.

D'ailleurs, depuis Louis, Andral, Chomel, Stokes et Laënnec, qui les premiers les décrivirent, surtout cliniquement, elles ont fait l'objet de très nombreux travaux que nous citerons au courant de cet article.

Le cœur pouvant être atteint dans toutes ses parties constitutives, myocarde, endocarde, péricarde, nous étudierons successivement la myocardite, l'endocardite et la péricardite en commençant par la première, la myocardite, de beaucoup la plus fréquente; l'endocardite et la péricardite étant beaucoup plus rares, la péricardite même très rare. Nous y joindrons l'étude *de la mort subite*.

I

MYOCARDITE. — Sous ce terme, nous étudierons au point de vue étiologique et anatomo-pathologique la myocardite typhique et, au point de vue clinique, tous les phénomènes cardiaques que l'on a coutume de considérer comme relevant directement de lésions du muscle cardiaque.

Anatomie pathologique. — La myocardite typhique ne diffère guère des myocardites d'autres causes et c'est à peine si l'on peut y décrire des lésions plus particulièrement fréquentes ou prédominantes.

A. **Lésions macroscopiques.** — Dans les cas vraiment typiques le cœur atteint de myocardite se présente sous un aspect assez particulier : affaissé sur lui-même, flasque, sans consistance, « comme un linge mouillé » (Louis); il présente cette teinte jaune brun, « feuille morte », déjà bien décrite par Laënnec, ou pelure d'oignons plus ou moins foncée (Louis) ou violacée, livide. Landouzy et Siredey insistent sur « de petites hémorragies superficielles, véritables ecchymoses sous-péricardiques que l'on rencontre principalement à la face antérieure et dans le voisinage de la pointe » et qui peuvent se présenter sous forme de larges plaques, de fin pointillé ou de stries.

La consistance du myocarde est molle, et dans les cas particulièrement avancés, le muscle cardiaque se laisse aisément déchirer. Beaucoup d'auteurs notent la prédominance des lésions sur le cœur gauche et dans celui-ci, au niveau de la pointe (Nicolle). D'après Landouzy et Siredey même, le cœur droit serait à peu près sain dans tous les cas. A l'ouverture du cœur, les ventricules sont un peu dilatés et l'on trouve fréquemment un léger degré d'insuffisance orificielle. Les cavités cardiaques sont remplies de caillots sanguins. Les lésions valvulaires sont presque toujours nulles.

Mais il s'en faut que le myocarde soit toujours aussi profondément et aussi visiblement touché. Souvent c'est à peine si une légère pâleur permet de soupçonner une lésion que l'examen histologique démontrera.

D'autres fois enfin, le cœur paraît sain alors que la constatation de modifications rythmiques importantes pendant la vie faisaient supposer qu'on le trouverait très atteint. Il n'y a donc aucun rapport constant entre l'altération macroscopique du cœur et les symptômes cliniques observés du vivant du malade. Aussi ne doit-on guère tabler, que sur les lésions histologiques.

B. **Lésions microscopiques.** — Avant d'aborder l'étude de ces lésions, il nous faut rappeler rapidement la constitution histologique du myocarde. Schématiquement, le myocarde est composé de fibres musculaires, séparées les unes des autres par des espaces comblés par du tissu conjonctif lâche, interfasciculaire, où cheminent vaisseaux et nerfs assurant leur irrigation et leur innervation. Mais la structure de la fibre cardiaque est discutée. D'après les classiques, la fibre cardiaque serait formée « de cellules soudées entre elles bout à bout par des traits de ciment passant de distance en distance par le travers de la fibre sur les limites des cellules jointives-consécutives les unes aux autres » (Renaut). L'axe de chaque cellule est composé d'un protoplasma granuleux, dit protoplasma intercontractile, au sein duquel se trouvent plongés 1, 2 ou 3 noyaux, et autour d'eux des cylindres contractiles striés en travers — chaque cellule constituant ainsi un tout dit *segment de Weissmann*.

Cette segmentation cellulaire n'est plus admise aujourd'hui. Avec Przewoscki, Hoche, Heindenhaïn, Godlewski, etc., on considère que « les ciments intercellulaires » ne sont que des erreurs d'interprétation et en réalité des points nodaux au niveau desquels s'accroît la fibre cardiaque. Il s'ensuit qu'il n'y a plus ni fibres, ni cellules, mais que le muscle cardiaque est un plasmodium rétiforme dont les mailles sont comblées par du tissu conjonctif.

Cette conception, si différente du muscle cardiaque, fait que les descriptions histopathologiques précédemment données, ne doivent plus être absolument exactes, au moins quant à leur interprétation; nous les donnerons néanmoins avec toutes les réserves nécessaires en nous basant surtout, sur les travaux de Hayem, de Landouzy et Siredey, de Romberg, de Renaut, de Mollard et Regaud.

On peut décrire dans la myocardite des lésions : 1° des fibres cardiaques; 2° du tissu conjonctif; 3° des vaisseaux; 4° des nerfs.

I. Lésions de la fibre cardiaque. — a. *Cylindre contractile*. — La substance contractile étant l'élément le plus actif de la fibre cardiaque est aussi le

(1) Reproduction interdite.

plus, et le plus précocement atteint, mais les lésions qu'on peut y observer sont nombreuses.

Etat granuleux ou *état moiré* de Renaut, pouvant aboutir, après rupture du cylindre, à la dégénérescence cireuse de Zenker.

Disparition de la striation transversale avec conservation de striation longitudinale.

Disparition de toute striation ou *Etat homogène*, summum de la lésion lente.

Dans la suite, la substance contractile peut devenir cassante et prendre un aspect translucide spécial, c'est la dégénérescence vitreuse.

Etat grillagé. — Lésion rare dans la fièvre typhoïde, caractérisée par la fonte des disques épais.

b. *Lésions du cytoplasma.* — Le cytoplasma n'est jamais exclusivement atteint, car en réalité, dans les lésions que nous allons décrire, toute la cellule est lésée.

Hyperplasmie ou *atrophie hyperplasmique* (Renaut). — Lésion très fréquente caractérisée par l'hyperplasie du protoplasma intercontractile, et l'atrophie partielle pour certains, progressive et totale pour certains autres, des cylindres contractiles qui apparaissent très grêles sur les champs de Conheim.

Dissociation pigmentaire (Landouzy et Renaut). — Cette lésion serait constituée par le ramollissement puis la disparition du ciment intercellulaire. Considéré comme très important et particulièrement fréquente dans la typhoïde par Renaut, Mollard et Regaud, elle est très discutée par certains autres auteurs qui se demandent avec Nicolle s'il ne s'agirait pas d'altérations cadavériques. L'interprétation qu'en donne ceux qui la décrivent, n'est d'ailleurs pas compatible avec la conception actuelle de la fibre cardiaque que nous avons vue.

Fragmentation. — « Cassure des cellules musculaires par leur travers » (Renaut).

Etat vacuolaire.

Dégénérescence graisseuse.

Surcharge pigmentaire.

c. *Lésions des noyaux.* — Avec Hayem et Œrtel on a longtemps admis la prolifération musculaire dans la myocardite, Romberg et Renaut la nient absolument. En réalité les mitoses sont en effet très rares; par contre, ce qu'on observe très souvent c'est un polymorphisme très accusé avec gigantisme des noyaux cellulaires (Mollard et Regaud).

Telles sont les lésions de la fibre cardiaque qu'on peut rencontrer dans la myocardite typhique aiguë. Toutes ne sont pas également graves ni également fréquentes.

L'état grillagé, par exemple, et la dégénérescence graisseuse sont exceptionnels; l'état granuleux, la surcharge pigmentaire, très fréquents. Pour Renaut, Mollard et Regaud, les lésions prédominantes seraient : la surcharge pigmentaire et la dissociation segmentaire. Mais nous savons que cette dernière est très discutée. De plus, les lésions du cylindre et des noyaux sont avant tout des lésions actives, « lésions d'attaque » (Renaut), les lésions de cytoplasma, des lésions de réaction, « de liquidation » (Renaut). De sorte qu'en somme, si nous synthétisons dans leur évolution les lésions de la myocardite, quelque schématique que doive être ce tableau, nous voyons : que le sarcoplasma commence par se troubler (état granuleux), puis la striation transversale disparaît; enfin la striation longitudinale ayant elle-même disparu, le cylindre prend un aspect flou, état homogène : c'est le maximum des lésions. En même temps les noyaux se sont altérés, ou par place ont même complètement disparu.

Ces lésions cellulaires produites vont regresser, se liquider par divers moyens : hyperplasmie, vacuolisation, dégénérescence graisseuse. Entre temps, la cellule présentera souvent d'autres lésions surajoutées : fragmentation, surcharge pigmentaire.

Toutes ces lésions ne sont pas également réparties dans le myocarde. Tout au contraire, la myocardite et la myocardite typhique plus que toute autre, se présente sous forme de lésions *parcellaires*, certains points étant peu lésés, d'autres non, d'autres au contraire très altérés « îlots de désintégration » de Mollard et Regaud au niveau desquels les lésions seront maxima.

II. Lésions du tissu conjonctif. — Variables, mais jamais très marquées (contrairement à l'opinion ancienne), ces lésions consistent essentiellement en une *infiltration leucocytaire* secondaire à l'hyperleucocytose intravasculaire avec œdème congestif.

Il n'y a pas d'hyperplasie conjonctive. Et pour ce qui est des myoblastes de Hayem et des classiques, on tend à les considérer, non pas comme des éléments myoblastiques vrais, mais comme des macrophages.

III. Lésions des vaisseaux. — Les vaisseaux sont toujours lésés et d'une façon précoce, parfois thrombosés. Rarement alors il s'agit d'un gros vaisseau (cas de Hayem). On n'y observe guère d'altération de l'endartère (Mollard et Regaud); Hayem cependant a décrit des lésions d'endartérite proliférante au niveau des artérioles. Les lésions portent surtout sur la tunique moyenne. La limitante élastique est très altérée ou même détruite, les fibres musculaires lisses sont également très atteintes et leurs altérations sont assez analogues à celles des fibres striées.

IV. Lésions des nerfs. — Ces lésions sont vraisemblables, mais encore peu connues; Romberg a cependant décrit des altérations de filets nerveux myocardiques et Dewevre rapporte deux cas d'altération des pneumo-gastriques.

Histogénie pathologique. — Tout comme la pathogénie même de l'affection, l'histogénie pathologique a été et est encore très discutée. Des divers éléments constituants du myocarde : fibre musculaire, tissu conjonctif, vaisseaux, nerfs, quel est le point de départ des lésions? Faut-il admettre l'origine interstitielle de la myocardite et considérer avec Leyden, Rabot et Philippe, Savigné, Landouzy et Siredey, l'atrophie musculaire, comme l'aboutissant de l'hyperplasie conjonctive interfasciculaire? Faut-il, avec Martin, regarder les lésions parenchymateuses comme secondaires aux lésions artérielles (endartérite, oblitérante progressive).

Les nerfs ne jouent-ils pas un rôle important? Il semble bien qu'on tende aujourd'hui à considérer les lésions parenchymateuses comme primordiales, les lésions conjonctives étant minimes, en tout cas secondaires, parfois même nulles (premier stade des myocardites aiguës, Mollard et Regaud, forme parenchymateuse de Weil et Barjon).

Évolution anatomique tardive. — Nous avons étudié l'évolution immédiate des lésions de *myocardite aiguë*. Mais que deviennent ces lésions à plus

longue échéance et ne peuvent-elles pas aboutir à la myocardite chronique?

Les faits cliniques ne permettent guère d'y répondre péremptoirement, bien que Landouzy et Siredey aient rapporté à ce sujet quelques observations assez probantes. Expérimentalement, par contre, on a pu démontrer la transformation chronique possible par sclérose des lésions du myocarde déterminées par des intoxications prolongées.

Symptomatologie. — La myocardite typhique fut magistralement et presque définitivement décrite par Stokes.

Elle peut se présenter sous plusieurs formes, mais il en est une plus particulièrement fréquente, dite forme commune que nous décrirons d'abord.

I. FORME COMMUNE. — Dans sa forme commune la myocardite typhique apparaît généralement au deuxième septenaire parfois plus tôt ou plus tard. Elle passe habituellement par deux phases : — *une première d'excitation* avec éréthisme cardiaque ; — *une seconde de dépression*, dont l'évolution varie suivant la gravité des cas.

Dans la *première phase ou phase d'excitation* on observe presque uniquement des symptômes d'éréthisme cardiaque qui passent volontiers inaperçus au milieu des autres symptômes plus bruyants du début de la fièvre typhoïde.

Les signes généraux ne sont guère marqués, la température déjà haute ne s'en élève pas davantage et c'est rarement qu'on note une altération de l'état général marquée surtout par de la pâleur des téguments.

Les troubles fonctionnels manquent habituellement aussi. On note parfois cependant une légère dyspnée avec sensation de gêne, d'oppression — des palpitations — plus rarement des phénomènes angineux comme dans la XIIe observation de Landouzy et Siredey (où le malade avait d'ailleurs une insuffisance aortique). Peter a signalé comme assez fréquente une douleur précordiale, vague, fixe ou irradiante, réveillée par la pression : c'est ce qu'il appelle « le cœur douloureux ».

Mais en somme tous ces symptômes sont plutôt rares et la règle est que le malade ne se doute pas de la complication qui le menace et que c'est le médecin qui la découvre par un examen répété et attentif du pouls et du cœur.

Le pouls est fort, tendu, dicrote, accéléré.

Le choc précordial est violent.

L'auscultation révèle, outre la tachycardie, une augmentation d'énergie des contractions cardiaques avec souvent tendance au rythme de galop (Renaut).

Donc en *résumé*, *éréthisme cardiaque* et l'on comprend que cette phase passe très souvent inaperçue, cet éréthisme étant le plus souvent mis sur le compte de l'excitation fébrile. Elle est courte d'ailleurs et rapidement (fin du deuxième septenaire) à l'excitation succède la dépression qui marque la deuxième phase.

Les symptômes de la deuxième phase sont en réalité le lus souvent les premiers perçus. Mais eux encore demandent à être recherchés, car à part les cas plutôt rares où les signes fonctionnels que nous avons vus existent assez marqués, le malade n'attire pas l'attention du côté de son cœur.

Le pouls accuse des modifications constantes dans sa fréquence, son intensité et son rythme.

Il s'accélère progressivement, atteint 100-110-120 et plus. Il devient en même temps plus petit, plus dépressible, la pression tombe à 14-13, le dicrotisme est moins net.

Apparemment il conserve sa régularité, mais si on l'examine avec une attention soutenue ou si l'on prend un tracé sphygmographique, on constate déjà quelques irrégularités. Les pulsations ne sont plus équidistantes ni équipotentielles, ou bien à de rares intervalles, on observe de véritables faux pas du cœur (Renaut). Mais en somme, ces modifications du pouls sont très légères, inconstantes, de sorte qu'en réalité la tachycardie progressivement croissante est le symptôme vraiment révélateur de la lésion cardiaque, le pouls étant normalement peu accéléré dans la fièvre typhoïde.

Au cœur l'éréthisme a fait place à de la dépression.

L'impulsion cardiaque est moins forte. Le siège de la pointe est normal et la matité cardiaque est peu ou pas modifiée.

Les bruits du cœur présentent par contre des modifications importantes.

L'un et l'autre sont assourdis, mais ils ne le sont pas également. *Le premier bruit* très sourd, rarement dédoublé, est parfois prolongé ou même remplacé *par un souffle*, souffle myocardique, particulièrement bien décrit par Desnos et Huchard dans la variole. C'est un souffle systolique qu'on peut rencontrer à la base ou à la pointe, mais le plus souvent à la pointe, ou mieux en dedans de la pointe. Variable, doux, profond, diffus, transitoire, migrateur (Desnos et Huchard) il se propage vers la base en s'affaiblissant. Rarement il est rude et se propage dans l'aisselle pouvant simuler aussi un souffle d'endocardite (Galliard). Sa pathogénie est diversement interprétée; extra-cardiaque pour les uns, il est d'origine anémique, fonctionnelle ou paralytique pour les autres.

Le deuxième bruit est peu modifié. Généralement assourdi, mais rarement autant que le premier, il est assez souvent dédoublé.

En résumé : tachycardie — assourdissement des bruits du cœur — assourdissement plus marqué du premier bruit, parfois prolongé en souffle — tels sont les symptômes vraiment importants de cette deuxième période.

A côté de ces signes physiques, *les signes généraux* sont très variables. Pendant que la myocardite s'installe, la maladie continue de suivre son cours normal; la fièvre garde sa courbe et l'état général n'est guère modifié. Seules *les urines* baissent, deviennent foncées, albumineuses. Il semble en effet y avoir un certain parrallélisme entre l'énergie du muscle cardiaque et l'élimination urinaire.

Evolution. — Parvenue à ce stade, la myocardite va s'arrêter, ses symptômes regresser lentement et finalement guérir après une convalescence plus ou moins longue se confondant avec celle de la typhoïde elle-même, ou bien au contraire elle va continuer d'évoluer.

Les symptômes alors s'accusent.

Le pouls de plus en plus fréquent atteint 130-140-150; il est hypotendu (10-12 Bacaloglu) petit, filiforme, ondulant (Griesenger) irrégulier. Ces irrégularités sont d'ailleurs variables. Tantôt ce sont des intermittences régulières, rythmées; plus souvent c'est une arythmie véritable très irrégulière.

Le *choc précordial* de moins en moins marqué est

remplacé par une ondulation vague, visible surtout chez les sujets amaigris (Hayem) « c'est le tremblement du cœur » de Lancisi. Il peut même complètement disparaître.

La *matité cardiaque* augmentée traduit la dilatation ventriculaire.

A l'auscultation. — Le souffle systolique, s'il existait disparaît. Les bruits du cœur deviennent de plus en plus sourds. Le premier bruit surtout est parfois tellement étouffé qu'on le perçoit difficilement. Certains auteurs auraient même observé sa disparition complète, comme Stokes dans le typhus. Le deuxième bruit est moins atteint, rarement il devient très faible ou s'efface; il y aurait alors disparition simultanée des deux bruits, phénomène d'un pronostic très grave, mais certainement exceptionnel, puisque des observateurs comme Hayem, Renaut et autres ne l'ont jamais rencontré.

Ce qu'on trouve surtout avec l'assourdissement des bruits, ce sont des altérations du rythme cardiaque, on observe ainsi soit le rythme fœtal (embryocardie), soit une altération rythmique plus rare, la bradysystolie.

L'embryocardie signalée pour la première fois par Stokes, surtout étudiée par Huchard et Gillet, est caractérisée par un rythme spécial, des bruits du cœur consistant dans l'identité des deux bruits et dans l'égalité du petit et du grand silence. Les battements cardiaques étant accélérés donnent à l'oreille une sensation analogue au tic tac d'une montre, ou mieux au bruit du cœur fœtal. Elle peut être transitoire mais le plus souvent, elle est permanente.

La bradysystolie (Huchard) beaucoup plus rare est l'inverse de l'embryocardie. Elle consiste dans l'allongement de la période diastolique. « Les deux bruits sont très rapprochés, à peine séparés par le petit silence dont la durée a beaucoup diminué.... le grand silence a gagné en durée ce que le petit a perdu avec le premier et le deuxième bruit » (Huchard). C'est un symptôme très grave précurseur de la dilatation cardiaque ultime.

L'état général traduit l'aggravation de la maladie, l'aspect typhique et la prostration s'accusent. Le délire est fréquent « délire myocardique de Desnos et Huchard ». A l'auscultation des poumons, bien que la dyspnée soit nulle, on trouve des râles d'œdème et de congestion des bases.

Les œdèmes manquent habituellement; cependant Griesenger en signale plusieurs cas chez des individus précédemment atteints d'une affection du cœur.

Les urines deviennent rares, foncées, albumineuses.

Terminaison. — La terminaison de l'affection parvenue à ce degré peut se faire soit par la guérison soit par la mort.

La guérison peut s'observer même après plusieurs syncopes ou plus rarement après des accidents de collapsus. Lentement tous les symptômes régressent; la tachycardie, l'arythmie, l'hypotension, s'atténuent peu à peu; les bruits du cœur reprennent progressivement leurs caractères normaux. Le malade entre en convalescence, mais pendant longtemps encore on observe une accélération immédiate et souvent en même temps des irrégularités du pouls, des intermittences à l'occasion de mouvements, d'efforts, d'émotions même minimes,

La mort peut survenir soit par syncope, soit par collapsus qui viennent se surajouter plus ou moins brusquement aux symptômes précédents.

La syncope survient à l'occasion d'un mouvement, d'un bain, ou au contraire sans cause. Elle peut être terminale d'emblée, ou bien ce sont des syncopes successives précédant la syncope ultime.

Quand le malade meurt par *collapsus*, c'est progressivement qu'il s'affaiblit.

La température passe plus ou moins rapidement de 40°4 à 36°5, de 39°4 à 35°8 (Renaut) parfois même moins (34°1, température axillaire, Hayem). On peut noter une dissociation entre la température axillaire et la température rectale. Le malade immobile, pâle, le nez pincé, les yeux excavés, le regard fixe, respire à peine. Les extrémités sont froides et cyanotiques, il accuse souvent lui-même au début une sensation de froid intense — le pouls est filiforme, presque insensible, les urines supprimées — une sueur froide et visqueuse couvre le visage et le corps. Il semble que le malade soit sur le point de mourir et il meurt le plus souvent en effet. Parfois cependant, énergiquement traité il se réchauffe, la température remonte, le cœur reprend force, puis nouveau collapsus et la mort survient ainsi après une ou plusieurs rechutes par asphyxie et arrêt du cœur.

Toutefois, ce collapsus lui-même, n'est pas toujours aussi lent ni aussi progressif, il peut être en effet subit, marquant ainsi brusquement le terme d'une myocardite en cours ou qui même n'avait pas été soupçonnée (Galliard, obs. II). Le plus souvent alors il est mis sur le compte d'une perforation intestinale.

Telle est la *forme commune* de la *myocardite aiguë*, dont l'intensité, naturellement variable, fait que l'on distingue des formes moyennes ou des formes graves, selon que les accidents sont plus ou moins marqués, que la complication cardiaque s'arrête ou ne s'arrête pas en chemin.

II. Autres formes. — 1° *Forme atténuée* ou *bénigne* ou *latente*. Dans cette forme très fréquente les symptômes sont, très atténués, ceux de la deuxième période de la forme commune. La guérison est d'ailleurs habituelle bien que, même dans ces formes bénignes on puisse observer des terminaisons brusques par syncope ou collapsus. Pour beaucoup d'auteurs, dont surtout Huchard, il ne s'agirait là que de simples troubles fonctionnels. Mais il ne faudrait pas en inférer que leur pronostic est absolument bénin puisqu'ils peuvent être le prélude d'accidents plus graves comme nous l'avons vu.

2° *Forme cardiaque de fièvre typhoïde.* — Dans les cas que nous avons étudiés, nous avons artificiellement isolé les symptômes cardiaques, mais en réalité ils sont mêlés aux autres symptômes de la fièvre typhoïde et il faut les chercher pour les découvrir. Dans d'autres cas moins nombreux, les phénomènes cardiaques prennent le premier plan; ce sont les formes cardiaques de Bernheim, Demange et Wuillaume. D'après Wuillaume, elles peuvent se présenter sous deux aspects : *a.* forme cardiaque pure; *b.* forme cardiaque avec symptômes nerveux concomitants.

a. *Forme cardiaque pure.* — Dès le début d'une fièvre typhoïde qui paraît devoir être bénigne, la température étant peu élevée et tous les symptômes normaux, une particularité frappe : la fréquence et la faiblesse du pouls. Les jours suivants le pouls s'accélère encore (150-180, obs. VII, Wuillaume)

devient petit, dépressible, parfois imperceptible. Le choc de la pointe s'affaiblit, les bruits cardiaques assourdis prennent le rythme embryocardique. En même temps, la température restant stationnaire ou s'abaissant, une dyspnée souvent vive apparaît sans qu'on trouve, à l'auscultation du poumon, autre chose que quelques râles de congestion ou simplement une légère diminution du murmure vésiculaire. Rapidement l'état général s'altère, les lèvres se cyanosent, le visage pâlit, les extrémités se refroidissent et le malade meurt dans le collapsus.

b. *Forme cardiaque avec phénomènes nerveux concomitants.* — Dans cette forme, aux phénomènes précédents s'ajoutent des symptômes ataxo-adynamiques, tantôt l'adynamie domine avec prostration, ballonnement du ventre, incontinence des urines, diarrhée, tantôt c'est l'ataxie avec excitation, délire, carphologie, troubles oculaires. La terminaison se fait le plus souvent par la mort dans le collapsus.

Dans l'une et l'autre formes cependant, on a noté quelques guérisons, le pouls n'avait pas alors dépassé 130-140.

3° *Myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfance* (Weill et Barjon, Bouchot). Cette myocardite survient chez de jeunes enfants porteurs d'une cardiopathie antérieure ou au contraire à cœur normal. Brusquement au cours ou au déclin de l'infection, apparaissent des signes d'affaiblissement du myocarde. On n'observe ni arythmie, ni bruit de galop; le pouls est rapide mais régulier, on peut parfois noter une dyspnée intense avec congestion et œdème pulmonaires. L'affection se termine habituellement par collapsus cardiaque et mort.

Au point de vue anatomique cette myocardite essentiellement parenchymateuse est caractérisée par de l'hyperplasmie sans lésions conjonctives.

Pronostic de la myocardite. — a. *Pronostic immédiat.* — D'une manière générale le pronostic immédiat de la myocardite est grave. Mais sa gravité varie avec ses formes, la résistance du malade, la présence ou l'absence d'autres complications.

Les *formes atténuées* sont généralement assez bénignes, réserve faite comme nous l'avons dit de leur terminaison possible par collapsus, syncope ou mort subite.

Les *formes moyennes* sont toujours très graves et parmi les facteurs de gravité, nous placerons au premier rang : l'assourdissement marqué du premier bruit, l'accélération exagérée du pouls (120-150) avec arythmie, l'embryocardie, les intermittences cardiaques, la tendance aux syncopes et au collapsus. Chacun de ces symptômes isolé n'a qu'une valeur pronostique relative, ils valent surtout par leur groupement. L'importance des intermittences cardiaques varie comme l'a montré M. Hayem avec leur moment d'apparition : précoces (deuxième septenaire) elles sont graves; tardives (convalescence) elles le sont beaucoup moins.

Pour ce qui est des formes particulièrement intenses, des formes cardiaques surtout où les symptômes cardiaques déjà graves se joignent à une altération marquée de l'état général, leur pronostic est presque toujours fatal.

Il ne faut pas oublier enfin que tout danger n'est pas écarté quand le malade entre en convalescence, c'est qu'en effet, comme nous le verrons, la convalescence est, avec le troisième septenaire, le moment de la mort subite et l'on devra redoubler d'attention quand le pouls restera très fréquent.

b. *Pronostic éloigné.* — La phase aiguë de la myocardite passée, tout semble rentrer dans l'ordre et cette guérison apparemment définitive, s'opposant à la persistance des lésions d'endocardite, fait que l'on a longtemps considéré celle-ci comme en somme plus grave que celle-là : « Heureux, disait Peter, ce rhumatisant qui souffre de son cœur car il guérira. » On est plus réservé aujourd'hui sur le pronostic secondaire de la myocardite. Landouzy et Siredey cliniquement ont montré que la myocardite aiguë peut se transformer tardivement en myocardite chronique, et l'expérimentation est venue leur donner raison en montrant la transformation scléreuse possible de lésions aiguës à plus ou moins longue échéance.

Il en résulte donc que immédiatement ou tardivement la myocardite aiguë est toujours grave.

Diagnostic. — Le diagnostic de la myocardite est généralement aisé pour peu qu'on pense à la rechercher. Tachycardie, arythmie, assourdissement des bruits du cœur, atténuation du choc de la pointe, souffle myocardique sans propagation, tels sont les grands symptômes qui le feront faire. Mais il faut y penser, car en réalité ces symptômes ne frappent pas immédiatement au milieu de la symptomatologie générale de la fièvre typhoïde.

On la distinguera rapidement de l'endocardite et des péricardites. Dans l'endocardite, le myocarde étant sain, le pouls et le choc précordial restent forts, même quand le premier bruit est assourdi. Le souffle d'endocardite est rude et se propage dans un sens déterminé, ce n'est que lors d'affaiblissement du myocarde que le pouls et le choc précordial s'affaiblissent et que l'arythmie apparaît.

Le frottement, la forme spéciale de la matité, la variation de la pointe, feront aisément diagnostiquer la péricardite simple de la myocardite. Dans les formes paralytiques (Stokes) se surajoutent des signes de myocardite.

L'examen du pouls et du cœur éviteront enfin de mettre un collapsus cardiaque brusque sur le compte d'une hémorragie ou d'une perforation intestinales.

Peut-on maintenant avec M. Huchard faire le départ des troubles relevant d'excitations fonctionnelles du myocarde et de ceux résultant de son altération organique ? Il ne semble pas qu'actuellement du moins on soit à même de pousser aussi avant le diagnostic.

Pathogénie. — La pathogénie des accidents myocardiques a été et est encore très discutée. Elle peut se ramener à deux questions.

a. Du bacille ou de ses toxines, quel est le facteur actif ?

b. Tous les troubles observés relèvent-ils toujours de lésions organiques du muscle cardiaque, ou ne faut-il pas considérer qu'un certain nombre d'entre eux peuvent résulter simplement de son excitation fonctionnelle ?

La première question semble pouvoir être résolue aujourd'hui où l'on tend de plus en plus à attribuer aux toxines microbiennes, bien plus qu'aux microbes eux-mêmes, les désordres observés dans les maladies infectieuses. Sans doute on a trouvé des bacilles d'Eberth dans le myocarde de typhiques morts de myocardite (Landouzy et Siredey, Chantemesse et

Widal). Sans doute aussi on a pu déterminer des myocardites par inoculation de bacilles d'Eberth dans la circulation générale, ou directement dans le péricarde ou le cœur (Bacaloglu). Mais des résultats semblables sont obtenus par la seule toxine typhique et d'une manière générale avec les toxines et les poisons agissant sur le cœur (Chantemesse, Chantemesse et Lamy). Il en ressort que la myocardite typhique est une myocardite toxique et non une myocardite bacillaire.

Pour ce qui est de savoir si certains des troubles observés ne sont pas purement fonctionnels, la question est très discutée et en réalité bien difficile à résoudre sans l'expérimentation. On admettait autrefois que tous les troubles cardiaques constatés pendant la fièvre typhoïde, relevaient de lésions plus ou moins graves du myocarde. Et comme presque tous les typhiques présentent à un moment donné soit de l'assourdissement des bruits, soit des modifications du rythme, on en concluait que, dans la plupart des cas, le myocarde était lesé. Mais beaucoup d'auteurs aujourd'hui, se basant sur les résultats obtenus avec la toxine typhique et sur ce fait que les lésions myocardiques sont vraiment parfois trop minimes pour expliquer les symptômes constatés, admettent qu'un certain nombre de ces symptômes (tous les symptômes cardiaques du début qui constituent à eux seuls les formes atténuées) sont d'origine purement fonctionnelle. Si l'action toxique est minime ou brève, tout se borne à ces troubles fonctionnels; si au contraire elle est grave ou se prolonge, la fibre cardiaque s'altère et la myocardite se constitue. MM. Bernheim et Huchard se sont surtout faits les champions de ces idées que l'on peut résumer dans ces phrases de Huchard : « La myocardite typhique existe réellement... mais je pense que cette myocardite ne peut être seule invoquée, que le poison typhique agit également sur les nerfs cardiaques, soit en produisant leur inflammation ou leur simple hyperémie, soit en déterminant de simples troubles fonctionnels de l'innervation cardiaque. Je pense avec Bernheim (de Nancy) que le poison typhique « agit à la façon de la digitale et des acides biliaires qui ralentissent le cœur par irritation de son centre modérateur » et que le poison agit encore comme la digitale à dose toxique en produisant une accélération toxique du cœur. » Et il ajoute : « Il ne faut chercher, ni voir partout des lésions, pour expliquer tous les symptômes constatés pendant la vie et l'action des toxines microbiennes peut n'être que *fonctionnellement* sur les organes. »

II

ENDOCARDITE. — Signalée pour la première fois par Blache en 1869, l'endocardite typhique est rare. Elle semble plus fréquente chez l'enfant. Elle n'est pas toujours due au bacille d'Eberth et peut résulter d'infections secondaires (streptocoques, cas de Senger, de Castaigne 98). Elle frappe le cœur gauche, la valvule mitrale le plus souvent, parfois l'orifice aortique. Les lésions du cœur droit sont beaucoup plus rares. *Anatomiquement* elle se présente habituellement sous sa forme plastique simple, plus rarement sous ses formes ulcéreuses ou végétantes. On en connaît cependant quelques cas, tels ceux de Griesenger, Bouchut, Liebermeister, Girode, Senger, etc.

Au point de vue clinique, l'endocardite typhique dans sa forme simple se caractérise par une altération plus ou moins marquée de l'état général et surtout par un assourdissement du premier bruit. A cette époque, si le myocarde est sain, le pouls reste bien frappé et régulier, c'est là en réalité ce qui peut servir à faire le diagnostic avec la myocardite. Mais bientôt apparaît le souffle qui, permanent, irréductible, ne se modifiant sous aucune influence et se propageant dans le sens habituel des souffles valvulaires, établit définitivement le diagnostic. On en trouvera de belles observations dans le travail de Landouzy et Siredey, et l'article de Galliard.

Dans sa forme maligne, l'endocardite typhique se présente sous le même aspect que les endocardites malignes d'autres causes ; grave altération de l'état général, apparition brusque de souffles valvulaires rudes, embolies viscérales et cutanées. Ce qui en fait la haute gravité ce sont justement les embolies et la thrombose cardiaque qui semble très fréquente (5 fois sur 8, Bouchut).

III

PÉRICARDITE. — Plus rare encore que l'endocardite est la péricardite typhique. Signalée pour la première fois par Volz, elle atteint surtout les sujets jeunes de quinze à vingt-cinq ans. Il est probable qne comme l'endocardite elle ne relève pas toujours du bacille d'Eberth mais souvent d'infections secondaires (streptocoques, pneumocoques, coli-bacille, etc.) Bacaloglu a pu la reproduire expérimentalement, soit avec des bacilles vivants, soit avec des bacilles tués par la chaleur. Rarement isolée elle est le plus souvent associée à d'autres manifestations pulmonaires, mais surtout cardiaques, endocardite et myocardite.

Elle se présente sous deux types anatomiques, *une forme sèche* avec fausses membranes plus ou moins épaisses siégeant plus particulièrement au niveau des ventricules et des gros vaisseaux de la base et épanchement séreux peu abondant et une forme purulente beaucoup plus rare. La péricardite séreuse à grand épanchement ne s'observe pas au cours de la fièvre typhoïde. Aux deux variétés anatomiques correspondent deux formes cliniques entièrement différentes par leur évolution et la gravité de leur pronostic. La péricardite sèche complique aussi bien les formes bénignes que les formes graves de la fièvre typhoïde. Elle apparaît au cours du deuxième ou du troisième septenaire ou même en pleine convalescence. Son début est généralement insidieux, marqué par les symptômes de la maladie causale et seul l'examen local permet de la diagnostiquer.

Elle se présente d'ailleurs avec les mêmes symptômes que la péricardite d'autres causes, et le seul symptôme pathognomonique en est le frottement.

Le pronostic de cette forme est bénin.

Dans la forme purulente rare, observée surtout chez les sujets très jeunes, on constate une semblable insidiosité du début; mais le frottement, s'il existait d'abord, disparaît pour faire place à la matité spéciale des épanchements péricardiques. Les signes généraux sont très graves, d'autant plus graves qu'elle est presque toujours associée à d'autres localisations de la fièvre typhoïde : endocardite, myocardite, pleurésie purulente. Aussi son pronostic est-il très sévère et la mort survient dans le collapsus six à sept jours après son apparition.

IV

MORT SUBITE. — La mort subite est la complication la plus dramatique de la fièvre typhoïde.

Depuis Louis qui semble en avoir relaté la première observation en 1829, elle a passionné de nombreux auteurs à cause de l'obscurité de sa pathogénie.

Deux revues critiques, celles de MM. Dewèvre et Barié, sont les travaux d'ensemble les plus complets sur la question.

Sa fréquence varie avec les statistiques : 2 p. 100 (Leudet, Dieulafoy), 5 à 6 p. 100 (Libermann, Czernichi), 4 p. 100 (Dewèvre). Rare chez l'enfant et le vieillard, elle s'observe surtout de vingt à vingt-cinq ans.

Son étiologie est très obscure, c'est principalement vers la fin de la maladie (troisième septenaire, convalescence) qu'elle survient. Elle semble indépendante de la gravité de la typhoïde qu'elle complique, elle serait même plus fréquente dans les formes de moyenne intensité, au cours des rechutes (Lindwurn et Leubé) et dans certaines épidémies (Legouest, Czernichi).

Parfois les malades frappés pendant le sommeil sont trouvés morts dans leur lit. Mais habituellement les choses se passent autrement. A l'occasion d'un effort, d'un mouvement, d'une émotion, d'un bain, un malade, qui semblait en bonne voie de guérison ou même entrait en convalescence, brusquement pâlit, tombe et meurt. En général cependant divers symptômes pulmonaires, nerveux ou circulatoires ont précédé son apparition. Le plus fréquent est la rapidité, l'instabilité et l'irrégularité du pouls. On peut observer aussi des vertiges, des syncopes, des convulsions, le plus souvent partielles : face, membres supérieurs. Souvent enfin la mort est précédée d'une dyspnée intense avec angoisse.

Nombreuses sont les théories qu'on a proposées pour expliquer la mort subite dans la fièvre typhoïde. Mis à part les cas exceptionnels où elle trouve son explication naturelle dans une thrombose cardiaque (Marvaud), une embolie pulmonaire, un infarctus du cœur par oblitération de la grande coronaire (cas de Hayem), une hémorragie bulbaire (cas de Libouroux), nous voyons qu'on a successivement incriminé : les lésions myocardiques [théorie de la dégénérescence cardiaque (Hayem, Landouzy et Siredey)], un réflexe à point de départ intestinal (Dieulafoy) ou stomacal (Tambareau), l'urémie, l'anémie cérébrale (Laveran, Bussard), à la fois l'anémie cérébrale et la myocardite (Huchard). Mais en fait aucune de ces théories n'est capable de fournir une explication satisfaisante de tous les cas de mort subite.

En réalité, la cause d'un phénomène aussi complexe ne saurait être univoque; il est probable que tous les cas ne relèvent pas de la même cause, et pour ce qui est de ceux qui semblent analogues, on ne peut invoquer qu'une théorie mixte. Dewèvre, se basant sur deux observations où il trouve des lésions du pneumogastrique, pense que « c'est dans le système nerveux central, dans la sphère des pneumogastriques que se trouve presque toujours la clef du problème » et il ajoute : « La mort ne survient que de trois façons : ou bien le malade succombe à des causes habituelles de la mort foudroyante (hémorragie, embolie, etc.) ou bien il meurt par urémie consécutive à une néphrite typhique, ou bien encore il est tué par localisation du poison typhique sur le pneumogastrique. »

Pour M. Barié enfin, « la mort subite est le résultat de conditions variées et complexes. Toutefois si le point de départ du processus est souvent différent, il est probable que le système nerveux central est le point d'arrivée unique des incitations morbides, d'où qu'elles viennent, et que c'est luiqui préside en dernier ressort aux manifestations cliniques de la mort subite ».

V

TRAITEMENT. — Le traitement des complications cardiaques de la fièvre typhoïde varie avec la nature des complications.

La mort subite est malheureusement au-dessus de toute médication et l'on ne pourra qu'essayer de la prévenir en évitant tout mouvement et toute émotion au malade présentant l'un des symptômes prémonitoires que nous avons vus. Encore sera-ce le plus souvent une précaution illusoire.

La péricardite et l'endocardite sont tellement rares, qu'on n'aura guère l'occasion de les traiter. D'ailleurs le traitement est le même que celui des mêmes complications d'autres causes.

La myocardite, par contre, est d'une extrême fréquence et passible d'un traitement vraiment rationnel.

Sa fréquence même fait qu'on devra surveiller le cœur des typhiques au moins autant que leur intestin. Le traitement surtout symptomatique doit être approprié aux symptômes observés, il sera le plus précoce possible. Il consiste à calmer l'éréthisme cardiaque, s'il existe, à relever le myocarde, à le soutenir s'il défaille et à faciliter la diurèse. Contre l'éréthisme on emploiera les enveloppements humides et la glace; contre l'asthénie, tous les toniques cardiaques : café, digitale, caféine, spartéine, adrénaline, en donnant toutefois la préférence à la caféine, à condition de la prescrire à doses fractionnées et répétées. Les tisanes, le lait suffiront généralement à provoquer la diurèse. On évitera enfin aux typhiques, dont le myocarde est malade, les mouvements, mobilisations et explorations trop brusques ainsi que les émotions vives qui pourraient leur être néfastes.

Reste la question des bains. Peut-on continuer de baigner un typhique présentant des symptômes de myocardite? Tant qu'on n'observe que des altérations légères dans le rythme ou l'intensité des bruits, il n'y a guère de contre-indication aux bains. Mais si le myocarde est profondément touché, et à plus forte raison si le malade présente des tendances aux syncopes et au collapsus, ils devront être suspendus. On les remplacera alors par des enveloppements humides et la glace qui, appliquée avec toutes les précautions nécessaires sur la région précordiale, devient une médication idéale, à la fois cardiaque et antithermique.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. *Cliniques médicales*, Paris 1834. — ANDREREY. *De la fièvre typhoïde chez les cardiaques*, Th. de Paris, 1888. — BARÈRE. *Etude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1878. — BARIÉ. Pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde, *Revue de clin. et de thérap.*, 31 mai 1888. — BOYER. *La péricardite typhique*, Th. de Paris, 1878. — BOUCHUT. Sur les endocardites dans les maladies fébriles, *Gaz. des hôpit.*, 1874; — *Leçons cliniques*; — Des complications cardiaques de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1875. — BOUCHOT. *Contribution à l'étude de la myocardite parenchymateuse*, Th. de Lyon, 1897. — BEAUMÉ. *Contribution à l'étude des myocardites*, Th. de Paris, 1892. — BLACHE. *Essai sur les*

maladies du cœur chez l'enfant. — BRELET. La mort subite dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Arch. gén. de méd.*, 1906. — BERNARD. *L'affaiblissement du premier bruit dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1895. — BERNHEIM. Formes cardiaques de la fièvre typhoïde, *Congrès de la Rochelle*, 1882. — BACALOGLU. *Le cœur dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1900. — BLOCH. Myocardite typhique, *Gaz. hebdom.*, fév. 1891. — BUSSIÈRE. *De la disparition du premier bruit du cœur dans les affections aiguës. Valeur séméiologique*, Th. de Bordeaux, 1893-1894.

CHANTEMESSE. Pouls et cœur dans la fièvre typhoïde, *Journ. des prat.*, 1894; — *Congrès de méd.*, Paris 1900. — CHANTEMESSE et WIDAL. *Soc. méd. des hôpit.*, 1890. — CHANTEMESSE et RAMOND. La fièvre typhoïde expérimentale, *Soc. de biol.*, juillet 1897. — CHANTEMESSE. Fièvre typhoïde; mort subite. Myocardite, *France méd.*, juin 1891. — CHARRIN. Myocardites expérimentales, *Congrès de Berlin*, 1890; — *Semaine méd.*, 1890. — CHAUFFARD. Myocardite typhique, *Semaine méd.*, 1891. — CHOMEL. *Leçons de clinique médicale*, 1834. — CHABROL et BAUFLE. Conception actuelle de la myocardite typhique, *Progrès méd.*, 1909.

DIEULAFOY. *De la mort subite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1869. — DEWÈVRE. De la mort subite dans la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1887. — DEMANGE. Considérations sur la forme cardiaque de la fièvre typhoïde, *Revue de méd.*, 1885. — DÉJERINE. Myocardite dothiénentérique, *Soc. de biol.*, 1885. — DELSART. *Péricardite typhique*, Th. de Paris, 1903.

GRIESINGER. *Traité des maladies infectieuses*, trad. Lemattre, 1877. — GIRODE. Les endocardites aiguës, *Soc. de biol.*, 1889. — GALLIARD. Sur les déterminations cardiaques de la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1891; — Disparition du premier bruit du cœur à la base et pronostic de la fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 1894. — GANDY et GARNAUD. La péricardite typhique, *Gaz. des hôpit.*, 1904. — GILBERT. *Manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1902. — GILLET. *L'embryocardie*, Th. de Paris, 1888.

HAYEM. Recherches existant entre la mort subite et les altérations vasculaires du cœur dans la fièvre typhoïde, *Arch. de physiol.*, 1869; — *Etudes sur les myosites symptomatiques*, 1870; — Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, *Progrès méd.*, 1875. — HUCHARD et DESNOS. Complications cardiaques de la variole, *Revue de clin. et de thérap.*, 1871. — HUCHARD. Pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde, *Union méd.*, 1877; — La bradysystolie, *Revue de clin. et de thérap.* (1er sem.), 1894; — Sur les complications cardiaques de la fièvre typhoïde, *Revue de clin. et de thérap.* (2e sem.); — *Soc. méd. des hôpit.*, 1894.

LANDOUZY et RENAUT, 1877. — LANDOUZY. La fièvre typhoïde dans ses rapports avec l'appareil vasculaire et cardiaque, *Gaz. des hôpit.*, 1886; — LANDOUZY et SIREDEY. *Revue de méd.*, 1885 et 1887. — LION. *Les endocardites infectieuses*. Th. de Paris, 1880. — LOUIS. Paris, 1841. — LÉPINE et MOLLARD. Sur une espèce particulière de myocardite parenchymateuse, *Arch. de méd. expérim.*, 1er nov. 1891.

MOLLARD. Troubles cardiaques dans la convalescence de la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, 1900. — MOLLARD et REGAUD. *Congrès de Lille*, 1899. — MAUTIN. *Revue de méd.*, 1881, 1886 et 1891. — MONGOUR. Disparition du premier bruit dans la fièvre typhoïde, *Arch. de clin. de Bordeaux*, 1895; — *Presse méd.*, 1897.

NICOLLE. *Les grandes scléroses cardiaques*, Th. de Paris, 1890.

PETER. Myocardite typhique, *Semaine méd.*, 1891. — PLICQUE. Le cœur dans la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, 1896. — POUILLOT. *Complications cardiaques de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, Th. de Paris, 1893. — PICOT. Sur la myocardite typhique et la disparition du premier bruit du cœur, *Semaine méd.*, 1894.

RENAUT. (Dissociation segmentaire), *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890; — *Congrès de méd. de Lyon*, 1894; — *Congrès de Lille*, 1899. — ROMBERG. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1891. — RABÈRE. *Etude sur la mort subite dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1878.

STOKES. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, trad. Sénac, 1864.

VOLZ. *Med. Ann. Heidelberg*, 1844.

WEILL et BAUJON. Myocardite parenchymateuse chez l'enfant, *Arch. de méd. expérim.*, 1895, et *Revue des mal. de l'enf.*, 1897. — WUILLAUME. Th. de Nancy, 1887.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLASSEMENT DES INTERNES EN PHARMACIE. — HÔTEL-DIEU (Pharmacien en chef : M. Villejean). — Internes : MM. Zédet, Mansat, Dutheil, Jouenne, Montanton, Soudan, Guillaume, Roy, Lebrun.

PITIÉ (M. Lafont). — MM. Guichon, Payen, Mimiot, Guilleminot, Courtois, Savournin, Vitat, Delsart.

CHARITÉ (M. Guinochet). — MM. Guerithault, Gauthier, Mlle Charles, MM. Périchon, Couraud, Bourquin, Blum, Arfeuille.

SAINT-ANTOINE (M. Héret). — MM. Bourdirioux, Budon, Champion, Barbotte, Ferrand, Visconti, Berthelin, Péchery, Julien, Denis, Foucault, Habert.

NECKER (M. Meillère). — MM. Doussot, Aurousseau, Gérard (André), Manceau, Bailly, Fleury, Peltier.

COCHIN et ANNEXE (M. Cousin). — MM. Lantenois, Mérigon, Grigant, Besnier, Laudat, Menssion, Fluteaux.

BEAUJON (M. Léger). — MM. Gérard, Brésil, Chauveau, Perrier, Deluard, Morel (Jean), Nepveux.

LARIBOISIÈRE (M. Patein). — MM. Legros, Weitz, Aureille, Riethe, Thonier, Dognon, Féret, Horbette, Baudoin, Beaulaton, Damiens.

TENON (M. Guerbet). — MM. Iliou, Gallet, Bonvalet, Raynaud, Paumier, Bobée, Chaumont, Thouras, Chassin, Rofidal, Duclos.

LAËNNEC (M. Bourquelot). — MM. Meslin, Jolivet, Duport, Vergelot, Dacheux, Verdon.

BICHAT (M. François). — MM. Hédou, Coudert, Fabre.

BROUSSAIS (M. Hérissey). — MM. Lenoir, Aubry, Choisec.

BOUCICAUT (M. Tiffeneau). — MM. Beaufour, Donetteau (René).

CLAUDE-BERNARD (M. François). — M. Durant (Gaston).

BASTION 29 (M. François). — MM. Lhériteau, Gontier.

ANDRAL (M. François). — MM. Artaud, Lécorché.

SAINT-LOUIS (M. Portes). — MM. Boncour, Bousquet, Canat, Drouilly, Février, Mégnet, Moreau (Adolphe), Neveu, Moussier, Beauxis-Lagrave, Lyons.

BROCA (M. Delépino). — MM. Lefebvre, Mathieu, Bongrand, Séguin.

MATERNITÉ (M. Béhal). — MM. Detœuf, Donetteau (Georges), Robert.

TARNIER (M. Béhal). — M. Gonnet.

MAISON DE SANTÉ (M. Sommelet). — MM. Dufraisse, Rolland, Voisin, Boutonnet.

ENFANTS-MALADES (M. Sonnié-Moret). — MM. Regnoult, Martin (Alfred), Coulon, Peirier (C.-J.), Pomaret, Métérié, Cuisine, Martel.

TROUSSEAU (M. Bougault). — MM. Delabrière, Champonnois, Dubreuil, Orso.

BRETONNEAU (M. André). — MM. Maréchal, Falvy, Gras, Baudet.

HÉROLD (M. Goris). — MM. Mascré, Damas, Luce.

ENFANTS-ASSISTÉS (M. Béhal). — M. Robin.

BICÊTRE (M. Berthoud). — MM. Lemaître, Royer, Luquet, Kuhn, Guibaud, Morel.

SALPÊTRIÈRE (M. Viron). — MM. Piault, Aucouturier, Magnin, Bouvot, Mallet, Presset, Demars.

IVRY (M. Richaud). — MM. Bidot, Deviot.

LA ROCHEFOUCAULD (M. Cousin). — M. Lhôte.

BERCK. — M. Félix Martin.

LES MÉNAGES (M. Sonnié-Moret). — M. Labruyère.

BRÉVANNES (M. Bougault). — MM. Moreau (Edmond), Mouchel-La Fosse, Chicaud.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 76. — MARDI 5 JUILLET 1910. 83e ANNÉE. MARDI 5 JUILLET 1910. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — Ordre de passage de la leçon orale d'une heure :

MM. Gougerot, Bonnamour, Lereboullet, Gellé, Babonneix, Micheleau, Guillain, Perrin, Minet, Rathery, Carles, Nattan-Larrier, Garnier, Léri, Leuret, Euzière, Arloing, Bernard, Mouriquand, Savy, Rimbaud, Parisot, Josué, Piéry, Cade et Petgès.

Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre. — Première séance du 4 juillet. — MM. Gougerot : « Les convulsions de l'enfance » ; note : 19 ; — Bonnamour : « De l'anaphylaxie » ; note : 17.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve clinique.* — Première séance du 1er juillet. — MM. Mocquot, 15 ; Tavernier, 16 1/2 ; Chevassu, 19 1/2 ; Alglave, 19 1/2.

Deuxième séance du 1er juillet. — MM. Binet, 17 1/2 ; Vanverts, 20 ; Cotte, 16 ; Duvergey, 18 1/2.

— SECTION DE PHARMACIE. — *Leçon orale de trois quarts d'heure.* — Séance du 1er juillet. — MM. Bretin : « Aconits et aconitines » ; note 16 ; — Maurin : « Les amidons usuels » ; s'est retiré.

Séance du 2 juillet. — MM. Florence, 19 ; — Bondouy s'est retiré.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Aviragnet, Comby, Debove, Brocq, Talamon, Gilbert, Morestin, Lacombe et Launois.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 1er juillet. — MM. Muret, 9 ; Picquand, 15 ; Grégoire, 17.

Prochaine séance, mercredi 6 juillet, à l'hôpital Saint-Antoine.

— Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1911 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 19 septembre 1910, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du lundi 1er août au mercredi 31 août 1910 inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Après concours, M. le docteur Léon Sourdille a été nommé chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Belugou (de Lamalou), M. Behal, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, pharmacien en chef des hôpitaux ; M. le docteur Springer (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. Trouette, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris ; Rainal, fabricant d'instruments de chirurgie et d'orthopédie à Paris ; Deglos, fabricant de produits pharmaceutiques à Paris.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Calmels (de Paris), Crespin (du Havre), Morin, Salamo et Schmitt (de Paris), Tauchon (de Valenciennes), Toussaint (d'Albert), Trifaud, médecin inspecteur de l'armée ; Vicq (de Sampigny).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Athon (de Nice), Audion (de Berck), Bazalgette (de Levallois-Perret), Beun (d'Armentières), Boursiac (de Paris), Gay-Bonnet, médecin-major ; Lecomte et de Lecussac (de Paris), Le Guellinel de Lignerolles, médecin-major ; Mirande (de Paris), Nandrot (de Montargis), Ouvry (de Lisieux), Papegaey et Suzor (de Paris), Thiroux-Duplessis (de Brives).

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier. — MM. Natanson et Odinet, médecins à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Chamard-Bois, interne des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de trente ans, à l'hôpital Lariboisière. Notre regretté collègue a succombé à une méningite cérébro-spinale contractée dans son service.

TUMEUR VEINEUSE DE LA RÉGION FRONTALE

EN COMMUNICATION AVEC LA CIRCULATION INTRACRANIENNE

SUCCÈS DE LA RADIUMTHÉRAPIE

Par MM. DAMBRIN et TANZI (de Toulouse).

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de tumeur veineuse de la région frontale en communication avec la circulation intra-cranienne.

La rareté des faits analogues publiés et le succès obtenu dans notre cas par la méthode radiumthérapique, essayée croyons-nous pour la première fois dans une affection de ce genre, nous ont engagé à publier notre observation détaillée et à reprendre certains points de l'étude de cette question.

Il s'agit d'une jeune fille âgée de vingt-cinq ans, sans profession, habitant une commune des environs de Toulouse. Elle vient consulter l'un de nous (docteur Dambrin), à la fin du mois de décembre 1908, pour une petite tumeur de la région frontale droite. Cette tumeur avait été d'abord prise pour un simple kyste sébacé par le médecin habituel de la malade, et si l'opération n'avait pas été pratiquée, c'est que le médecin avait eu, au dernier moment, un doute prudent sur la nature de l'affection et s'était décidé à l'adresser à un chirurgien.

Interrogée, la malade raconte que la tumeur dont elle se plaint actuellement est survenue sans cause appréciable immédiate. Cependant sa mère prétend que vers l'âge de deux ou trois ans, la jeune fille aurait fait une chute sur la pointe d'une toupie et le coup aurait porté au point même où s'est développée la tumeur. La chute aurait été suivie de la production d'une petite bosse sanguine sur laquelle on appliqua une pièce de monnaie et qui aurait disparu normalement en quelques jours.

Cet incident était depuis longtemps oublié, lorsqu'en juillet de l'année 1908, en baissant la tête, la malade passa la main sur le front et s'aperçut avec surprise de la présence d'une petite tumeur du volume d'un pois; s'examinant à la glace, elle constata la coloration un peu violacée de la tumeur, mais surtout elle s'étonna, en relevant la tête de pouvoir la réduire très aisément par la pression et d'amener ainsi son entière disparition. Elle ne porta guère attention à ce fait, d'autant que pendant plusieurs jours aucun phénomène nouveau ne se produisit. Mais la tumeur réapparut et peu à peu tendit à se manifester plus fréquemment; en même temps elle s'accrut assez rapidement, grossissant surtout à la suite du moindre effort, subissant au moment de la menstruation de véritables poussées congestives, si bien qu'effrayée et selon l'avis de son médecin, la malade se décida à venir nous consulter.

A cette époque, fin décembre 1908, la tumeur se présente avec les caractères suivants :

Elle siège à la région frontale latérale droite, à 3 centimètres environ de la ligne médiane; elle a presque le volume d'une noix; ses limites sont assez nettes et sa forme assez régulièrement circulaire; les téguments qui la recouvrent sont violacés, sans développement périphérique vasculaire; il n'y a pas de battements. La fluctuation est des plus nettes et permet tout de suite d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur liquide.

Mais le fait intéressant réside dans les variations successives de volume de la tumeur.

Tout mouvement violent, tout effort, l'éternuement, l'action de se moucher, la position penchée de la tête en avant, l'expiration forcée, produisent immédiatement une turgescence appréciable, mais qui ne s'accompagne d'aucun battement, d'aucune pulsation. Surtout la réduction obtenue par la pression des doigts est entière, absolue. Le sang fuit en une minute, parfois moins, et le doigt à travers les téguments déprimés arrive sur une surface osseuse légèrement creusée en cupule irrégulière, à bords peu saillants et au fond de laquelle il lui est possible de percevoir l'entrée d'un petit pertuis trans-frontal. Il est à remarquer que tant que le doigt reste appliqué sur ce pertuis osseux la tumeur reste réduite et ne peut se reproduire, ce qui prouve nettement qu'il y a communication intra-cranienne.

Suivant le conseil de Middeldorf, si l'on entoure la tumeur d'un anneau que l'on appuie suffisamment pour empêcher toute relation vasculaire entre la tumeur même et la circulation superficielle circumvoisine, il est facile de constater que la réduction s'opère tout aussi aisément, mais elle ne se maintient pas et sous l'influence d'un effort quelconque la tumeur frontale réapparaît aussi turgescente qu'auparavant. La communication de la poche veineuse avec la circulation intra-cranienne est donc évidente.

Toutefois, la réduction, pour si rapide et si énergique qu'elle soit, n'entraîne guère de troubles graves de compression cérébrale; à peine note-t-on une très minime céphalalgie et parfois quelques légers éblouissements et tintements d'oreille. Ces phénomènes d'ailleurs ne sont que passagers et disparaissent très rapidement.

On ne constate aucun symptôme fonctionnel important, accompagnant la lésion et dépendant d'elle. Celle-ci ne paraîtrait avoir la moindre influence fâcheuse pour la santé, si ce n'était, fait très compréhensible, une sorte d'état nerveux, d'irritabilité particulière provoquée par l'ennui d'une affection gênante et visible, bien que non douloureuse.

Le diagnostic d'angiome veineux communiquant avec la circulation intra-cranienne que nous avions porté ayant été confirmé par notre maître M. le professeur Jeannel à qui l'on présenta la malade, se posait la question du traitement.

Avant d'entreprendre une intervention chirurgicale, grave par elle-même et par ses suites, nous avons décidé d'essayer le traitement palliatif préconisé par M. Lannelongue et consistant essentiellement dans la préservation de la tumeur et sa compression méthodique. Pour cela, la malade pendant quelques mois s'astreignit à porter un bandeau que très esthétiquement d'ailleurs elle parvenait à cacher en abaissant sur le front les boucles de ses cheveux. Le bandeau, au point correspondant à la tumeur, était renforcé par un corps dur et aplati (carton épais ou disque de métal) qui appuyait vigoureusement sur la surface osseuse après réduction complète de la tumeur. Mais, soit que l'irrégularité du fond osseux ne permît point l'obstruction absolue du pertuis par le bandeau, soit que les poussées congestives fussent à cette époque particulièrement violentes, l'angiome se reproduisait parfois sous le bandeau même; l'affection continuait malgré tout à s'accroître lentement, et la compression n'eut guère pour résultat que d'irriter les tissus superficiels et aussi d'aplatir la surface osseuse, par une sorte d'usure.

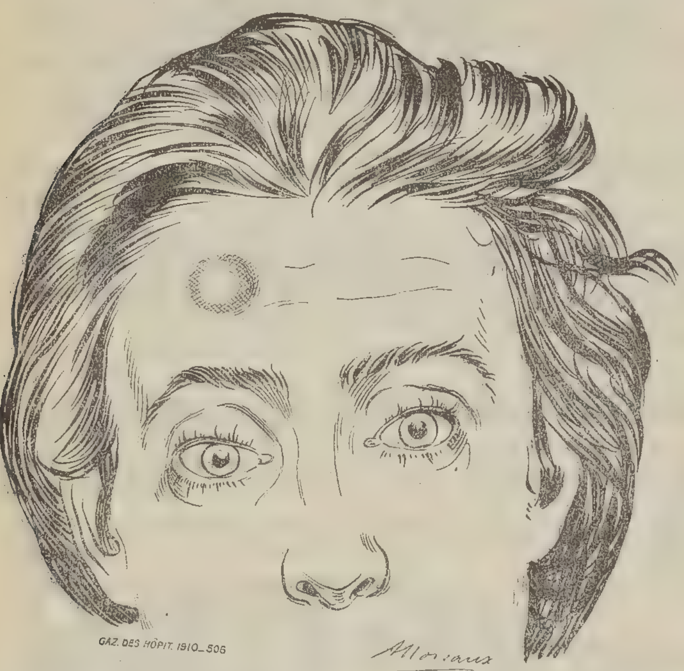
En somme, au mois d'août 1909, l'angiome avait acquis un développement déjà considérable. Son volume atteignait celui d'une noix; sa forme était plutôt ovalaire, à grand axe dirigé en haut et en dehors vers la racine des cheveux; les dimensions étaient de 3cm75 pour le grand axe, de 2cm80 pour le petit. Les téguments étaient éraillés par la distension, très amincis et de couleur violacée; la fluctuation était devenue très manifeste, mais la réduction complète de la tumeur s'opérait aussi aisément qu'autrefois. Cette tumeur réduite était remplacée par une zone légèrement aplatie, tranchant à jour frisant sur la convexité de la bosse frontale et visible seulement de loin par la coloration particulière des téguments à son niveau. Le doigt, à travers les tissus assez minces déprimés, parvenait sur la surface osseuse du frontal, très

aplatie et limitée nettement par un bourrelet saillant; cette surface est semée d'irrégularités, crêtes et vallonnements, au milieu desquels il est devenu presque impossible de localiser le pertuis minime qui établit la communication avec la circulation intra-cranienne.

De plus, les crises congestives tendent à se rapprocher; tout essai de réduction est suivi d'une immédiate et violente turgescence de la poche veineuse. Une sensation locale de pesanteur, une céphalalgie presque continuelle, des douleurs sourdes au centre même de la tumeur, sont des symptômes entièrement nouveaux, récemment apparus.

En présence d'une telle situation et devant l'insuccès du traitement palliatif institué jusqu'ici, nous nous décidons à essayer la méthode radiumthérapique, confiants dans les résultats qu'elle a donnés dans les angiomes vulgaires, les nævi vasculaires.

Une difficulté s'élevait cependant qui pouvait, à la réflexion, nous faire hésiter à user de ce mode de traitement. L'affection réclamait une dose assez énergique de radiations, capable seule de l'entraver dans son développement; or, les



tissus sur lesquels ou plutôt à travers lesquels il fallait agir étaient amincis, usés presque, et la moindre radiumdermite pouvait, par suite de l'hémorragie possible, avoir les suites les plus désastreuses. Aussi décidâmes-nous (docteur Tanzi) d'employer la radiumthérapie avec beaucoup de prudence et de nous contenter tout d'abord de tâter en quelque sorte la susceptibilité de la tumeur. Notre conduite fut donc la suivante :

Sur l'angiome non réduit, nous faisons agir l'irradiation d'une plaque carrée de 2 centimètres de côté, renfermant 4 centigrammes de radium à activité 100000; la plaque est recouverte de trois ou quatre feuilles d'aluminium d'un dixième de millimètre d'épaisseur et enveloppée d'une fine toile caoutchoutée, afin d'éliminer autant que possible les radiations, c'est-à-dire les rayons à courte longueur d'onde et par suite irritants pour les téguments.

L'appareil est disposé presque de champ, appliqué pendant vingt minutes sur une des faces de la tumeur qu'il comprime légèrement à sa base; par trois fois encore on opère de même sur le pourtour de l'angiome et durant le même temps, si bien qu'à la fin de la séance le centre de la tumeur, sans avoir été spécialement traité, a reçu en somme par cette sorte de feu croisé quatre-vingt minutes d'irradiation, dose très largement suffisante pour entraîner l'inévitable radiumdermite si l'application avait été directe et continue sur les tissus du centre de la tumeur.

Sept séances sont ainsi pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle chacune, sans conséquence fâcheuse autre qu'un érythème superficiel léger qui provoqua une desquamation des téguments et aussi de temps à autre quelques vertiges imputables au traitement par pénétration des radiations dans le crâne.

Déjà, dès la cinquième ou sixième séance, une amélioration sensible commence à se manifester dans l'état de la poche veineuse. Sa turgescence diminue sensiblement; après réduction, elle se reforme moins rapidement et moins aisément qu'auparavant, si bien qu'une huitième séance de trois quarts d'heure de durée peut être faite sans crainte, en appliquant la plaque radifère directement sur les téguments de l'angiome réduit.

Une neuvième, une dixième séance ont lieu dans les mêmes conditions. La malade maintient toujours son bandeau sur la lésion dans l'intervalle des applications, mais la tumeur une fois comprimée et réduite ne manifeste plus de tendance à se reproduire sous le bandeau.

En présence du premier succès obtenu par ces trois semaines de traitement et convaincus qu'il n'y a pas de danger à condition d'agir avec prudence, nous ne craignons plus d'essayer enfin une dose vraiment curative. Après un repos de quelques jours accordé à la malade, au milieu du mois de novembre 1909, nous pratiquons, à trois jours de distance l'une de l'autre, six nouvelles séances de la façon suivante. Nous utilisons une plaque radifère de forme rectangulaire, renfermant 2 centigrammes de sulfate de radium d'activité égale à 500000.

Cette plaque, toujours recouverte de feuilles d'aluminium et enveloppée d'une fine toile caoutchoutée est appliquée, chaque fois pendant une heure, quatre fois sur le centre même de la tumeur réduite, deux fois à sa périphérie, sur le rebord saillant de la surface osseuse. A la suite de ces séances énergiques, nous pouvons constater les phénomènes suivants. D'abord il y a production d'une légère croutelle de réaction, sèche et pigmentée, plus abondante sur le centre de l'angiome; cette croutelle tombera d'ailleurs assez rapidement sans autre incident et laissera à sa place des téguments de formation nouvelle, téguments jeunes et résistants, qui suppléent les anciens tissus usés et distendus et, offrent, eux, une vigoureuse barrière à l'afflux du sang.

En outre, les douleurs sourdes et profondes que la malade accuse à la suite des séances, aux points mêmes d'application de l'appareil, semblent résulter d'une sorte d'éveil de la fonction ostéogène du périoste de la région ainsi que d'un travail de néo-production osseuse sur le trajet du pertuis de communication trans-frontal et d'une sclérose lente de la paroi de la veine qui le traverse; ces phénomènes se traduisent cliniquement sur tout le pourtour de la surface osseuse par un accroissement très net de la saillie des rebords et surtout au centre par un effacement déjà sensible des irrégularités du fond, une espèce de montée en masse de ce fond lui-même, dans lequel il devient impossible de découvrir l'orifice du pertuis de communication. En somme, dans l'ensemble, à la fin de l'année 1909, la tumeur semble s'être modifiée heureusement; non seulement son évolution est entravée, mais mieux encore elle régresse sensiblement. En pleine turgescence, elle n'a plus l'aspect que d'une volumineuse pastille très étalée; sa réduction est des plus faciles et se maintient sans difficultés, même en dépit de certains mouvements, de certains efforts qui auraient autrefois produit la reproduction inévitable de la tumeur.

La malade peut sans crainte remplacer le premier bandeau dont la constriction énergique était un peu douloureuse, par un second très lâche par mesure de simple précaution; les symptômes fonctionnels, céphalalgie et sensation de pesan-

teur locale, se sont considérablement amoindris; la menstruation même ne semble plus avoir d'influence congestive, en sorte que déjà la jeune fille peut se livrer sans crainte aux divers travaux de ménage, dont elle avait dû se dispenser depuis de longs mois.

De nouvelles séries de cinq séances, toujours avec la même technique, sont successivement pratiquées durant les mois de janvier, février, mars et avril 1910, séparées chacune par un repos de trois semaines. Les premiers résultats obtenus se confirment; l'amélioration se maintient et devient plus manifeste; la guérison fait des progrès certains.

Actuellement, au mois de mai 1910, l'état de la tumeur est le suivant. Les téguments, légèrement pigmentés par l'action intensive du radium, tranchent par leur coloration rosée sur les tissus circumvoisins; ils sont jeunes, vigoureux, et, point essentiel, ne font pas de saillie sur l'os. Celui-ci, toujours un peu déprimé dans la zone inférieure de la région et limité par un bourrelet des plus saillants, semble avoir poussé par contre dans la zone supérieure et externe où tout rebord a disparu et où il se continue sans ligne de démarcation avec l'os sain. Sur le fond quelques petites irrégularités sont encore perceptibles, mais toute trace de pertuis a cliniquement disparu.

En somme, la tumeur veineuse n'existe plus pour ainsi dire. Il faut que la malade fasse un effort violent et prolongé pour arriver à faire pénétrer encore dans la poche quelques gouttes de sang qui sont même incapables de distendre les téguments et qui ne sont appréciables que par la palpation en donnant une très légère sensation de fluctuation. En aucune façon, il n'est possible à une personne non avertie de discerner la présence d'une quelconque tumeur, puisque celle-ci n'est point visible, ne faisant point saillie au-dessus des téguments circumvoisins. D'ailleurs la réduction est rapide, aisée et se maintient sans besoin de compression, pendant dix, quinze et vingt jours de suite; si bien que la malade a pu reprendre sa vie coutumière, coudre à la machine, se peigner elle-même, lire la tête penchée, etc., tous actes qui lui étaient interdits jusqu'ici.

Bref, la guérison est presque obtenue et nous estimons qu'elle sera absolue et définitive, après deux ou trois nouvelles séries de cinq séances de radiumthérapie pratiquées toujours avec la technique que nous avons décrite.

Cette observation comporte plusieurs points qu'il nous paraît utile de discuter, de préciser et de mettre en relief, d'autant que les notions, actuellement acquises au sujet de ces tumeurs veineuses et exposées dans les articles les plus récents, semblent plutôt être basées sur l'analyse de quelques cas particuliers que résulter d'une vue d'ensemble générale de le question.

Depuis la première observation que signala Percival Pott en 1760, les cas publiés ont été très rares, puisque en 1848 Chassaignac dans sa thèse de concours, ne put réunir que trois observations authentiques de tumeurs veineuses du crâne. Il faut arriver à la thèse de Dupont (thèse de Paris, 1858) et au mémoire de M. le professeur Lannelongue [1886 (1)], portant l'une sur treize, l'autre sur vingt et un cas de cette affection, pour avoir une étude plus complète de la question, étude à laquelle les travaux récents n'ont en somme presque rien ajouté.

Depuis les premières recherches, sous le même nom de tumeurs veineuses communiquant avec la circulation intra-cranienne, on englobait deux ordres d'affections sinon dissemblables par leur symptomatologie du moins toutes différentes par leur origine et leur pathogénie.

Déjà Dupont s'était efforcé de montrer cette différence d'origine et Mastin en Angleterre avait pris soin de classer ces tumeurs en congénitales, spontanées et traumatiques. M. Lannelongue précisa la distinction entre les deux groupes de tumeurs et prouva que les unes, traumatiques ou acquises, dues à une déchirure d'un sinus cranien ou d'une veine émissaire par fracture de la voûte du crâne ou dues à un simple décollement du périoste, étaient toujours consécutives à une lésion osseuse primitive; que les autres par contre, d'ordre congénital, dues à un véritable angiome extra-cranien communiquant secondairement, ne comportaient de lésions osseuses qu'au deuxième stade de leur formation. Il établit d'ailleurs d'une façon générale que les tumeurs traumatiques sont les plus rares, 7 fois sur 21, qu'elles ont pour siège habituel la région frontale et le vertex (régions du crâne les plus exposées aux fractures) et qu'enfin, point important, elles sont ordinairement situées en dehors de toute suture des os craniens. Les tumeurs congénitales au contraire ont leur siège le plus fréquent au niveau des pariétaux, sur la ligne des sutures occipito-pariétales.

Or dans le cas qui nous occupe, la tumeur siège en avant et à droite et assez loin de la ligne médiane frontale. Elle n'est apparue, ou plus exactement elle n'est devenue visible que vers l'âge de vingt-cinq ans et aucune cause immédiate ne paraît devoir être invoquée pour expliquer sa production. Au premier abord, la tumeur envisagée ne semblerait donc pas se cataloguer nettement dans l'une des deux classes différenciées par les auteurs. Mais il nous paraît intéressant de rappeler et de retenir la chute que toute jeune fit la malade sur la pointe d'une toupie et qui porta au point exact, dit-elle, où la tumeur s'est développée. Il nous est ainsi permis de penser que ce traumatisme, en diminuant la résistance de la paroi cranienne soit par la production d'un foyer minime de fracture resté inaperçu, soit par la mise en jeu d'un processus de très lente ostéite, a eu pour résultat de favoriser et même de déterminer, à longue échéance il est vrai, l'apparition de la tumeur veineuse. D'autre part, si l'on envisage le siège même de cette tumeur, bien en dehors de la projection du sinus longitudinal supérieur et même de ces zones de lacs sanguins latéraux décrits par Trolard, il y a tout lieu de supposer que la communication avec la circulation intra-cranienne était assurée par une veine diploïque. Celle-ci aurait subi une véritable transformation variqueuse et aurait pu user et perforer la paroi frontale en un point rendu moins résistant par le traumatisme antérieur.

Cette explication rendrait en somme compte de l'insidiosité et de l'indolence du début de l'affection, puisque, quand la malade s'aperçut de sa présence, la tumeur avait acquis déjà un certain développement. Le travail sourd de l'usure osseuse se fit silencieusement. Lorsqu'il fut complet, et que les téguments superficiels commencèrent à saillir sous

(1) LANNELONGUE. Congrès de chirurgie, 1886.

l'afflux du sang, l'attention de la malade fut éveillée; et pourtant l'affection était déjà entièrement constituée dans ses éléments principaux, avec ses caractères essentiels.

Plus tard, quand la tumeur fut bien développée, les symptômes constatés ne différèrent en rien de ceux que les auteurs ont décrits. Nous les rappellerons brièvement. Le volume est approximativement celui d'une noix; la forme est régulière et arrondie; les téguments sont amincis, usés par la distension, violacés, mais sans développement vasculaire périphérique anormal; la fluctuation est des plus nettes. Nous insisterons surtout sur la turgescence soudaine de la tumeur sous l'influence des mouvements violents et des efforts, cette turgescence ne s'accompagnant d'aucun battement, d'aucune pulsation isochrone au pouls, d'aucun souffle ou bruit anormal à l'auscultation, tous faits prouvant largement que l'angiome est constitué par du sang veineux. Nous rappellerons la possibilité de réduction complète sans effort, par la simple pression des doigts; nous insisterons sur le fait que cette réduction se maintient tant que le doigt ou un objet dur quelconque coiffe l'orifice du pertuis trans-frontal au fond de la cupule osseuse perceptible; que la tumeur se reforme dès que cesse cette compression mécanique; enfin que la réduction est toujours possible et aisée même quand par un procédé quelconque on empêche l'échappée du sang par les vaisseaux de la circulation périphérique circumvoisine. Ce sont là des phénomènes indispensables à mettre en lumière; sur leur constatation seule peut se baser un diagnostic exact; car ils démontrent clairement la communication de la tumeur veineuse avec la circulation intra-cranienne.

L'absence de symptômes fonctionnels importants dépendant de l'affection, notée dans le cas rapporté coïncide bien avec les constatations des auteurs dans la presque totalité des observations. Et si Trèves seul a pu noter une fois la dilatation des deux carotides et des jugulaires, la distension des vaisseaux du crâne, le nystagmus et la diplopie, il semble que ce n'est là qu'une très rare exception. La céphalalgie légère, les bourdonnements d'oreille très minimes sont, comme dans le cas présent, les uniques phénomènes observés, que n'accroît guère la réduction de la tumeur pour si brusquement qu'elle soit opérée. En somme cette réduction n'entraîne aucun symptôme de compression cérébrale.

Il est évident que le diagnostic basé sur de telles constatations est des plus aisés pour peu que l'on se rende compte de ces différents points essentiels. Dans le cas que nous avons observé, ces symptômes furent très nets à la période d'évolution complète de la tumeur tout au moins... Et de par leur constatation, de par le siège de la tumeur, nous n'avons pas eu, comme certains auteurs, dans leurs cas particuliers, à éliminer certaines affections pouvant en imposer pour une tumeur veineuse communiquante.

Dans les traités classiques on discute le diagnostic des tumeurs veineuses communiquantes avec l'anévrisme de la méningée moyenne, avec l'encéphalocèle réductible, avec la méningocèle, avec l'abcès froid intra et extra-cranien. Il est possible que dans certains cas particuliers les observateurs aient pu hésiter. Mais en général toutes ces affections ont un tableau clinique si différent que le moindre doute n'est pas permis.

Seul l'*angiome veineux sous-cutané non communiquant* pourrait présenter des difficultés de diagnostic, d'autant plus que, comme le prétend Lannelongue, la plupart de ces tumeurs ne seraient au début que des angiomes extra-craniens. « En somme en présence d'un angiome du cuir chevelu, il faut se poser une seule question, à savoir si oui ou non il communique avec la cavité cranienne. » (G. Marchant.) Dans les deux cas on peut observer des symptômes communs, coloration violacée des téguments, fluctuation, réductibilité par la pression. Il ne faut pas manquer, pour trancher la difficulté, de recourir à l'artifice de Middeldorpf, c'est-à-dire d'appliquer un anneau sur le cuir chevelu, entourant la tumeur. Dans le cas d'angiome non communiquant, le sang ne peut plus fuir dans les veines superficielles voisines et la réduction par la pression ne se produit pas. Dans le cas de tumeur communiquante au contraire la réduction est possible. Dans notre observation ce caractère était très net.

Enfin chez notre malade, après réduction de la tumeur, la perception de la cupule osseuse et de l'orifice du pertuis et la possibilité d'empêcher la poche veineuse de se remplir tant que le doigt restait appliqué en ce point permettaient d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une tumeur communiquante.

Le *pronostic* d'une semblable affection doit être toujours réservé, car la poche sanguine peut se rompre sous l'influence d'un traumatisme et cette rupture peut déterminer une hémorragie mortelle. La présence d'une tumeur veineuse communiquante constitue donc un péril permanent pour le sujet qui en est porteur et nous devons nous demander quel traitement nous pouvons lui opposer.

Le *traitement* palliatif préconisé par Dupont et le professeur Lannelongue semble dans notre cas n'avoir pas donné de résultat bien satisfaisant. La compression méthodique et permanente de la tumeur n'a pas entravé la marche de l'affection. Elle a eu simplement pour résultat d'irriter les tissus superficiels et de favoriser même l'usure de la surface osseuse sous-jacente. Le traitement par la compression doit donc être soigneusement surveillé sous peine de devenir dangereux.

L'*intervention chirurgicale*, qui consiste essentiellement dans l'extirpation de l'angiome après ligature en bloc du pédicule, a pu être tentée dans quelques cas. Mais vu le danger des hémorragies immédiates ou tardives, vu la possibilité de thrombophlébites, ou de phlébites suppurées secondaires, comme il en a été signalé parfois, nous avons estimé prudent de nous en abstenir.

Heinecke a préconisé l'électro-puncture, les injections coagulantes, l'électrolyse. Tous ces procédés nous ont paru dangereux, comme pouvant être la source d'hémorragies difficiles à tarir, et même de phlébites suppurées, ou d'embolies véritables.

C'est alors que nous eûmes l'idée de recourir à

la *radiumthérapie* et nous n'avons qu'à nous louer de cette décision. Cette méthode de traitement semblait tout particulièrement applicable au cas présent. Nous savions d'après les travaux de MM. Dominici et Barcat, d'après les mémoires de MM. Wickham et Degrais, quelle affinité toute spéciale, toute élective le radium manifestait à l'égard du tissu vasculaire et principalement du tissu vasculaire de néoformation. Nous ne doutions pas également que ses radiations ne fussent capables de réveiller le processus ostéogène périostique, de favoriser la reconstitution osseuse... Et les résultats ont prouvé l'exactitude de cette manière de voir. La paroi de la poche veineuse et de la veine diploïque de communication s'est sclérosée par formation du tissu fibreux, l'os s'est reformé en surface et sur le trajet du pertuis de telle sorte que celui-ci est devenu non perceptible à l'examen clinique. Son obstruction se confirme d'ailleurs par l'ensemble des constatations actuelles et s'il est encore perméable, il ne laisse passer qu'une infime quantité de sang veineux.

Il est évident qu'un tel traitement demande une grande prudence dans sa mise en jeu. L'écueil réside dans l'apparition de la radiumdermite dès que l'on s'adresse à des doses énergiques, cependant nécessaires. Cette radiumdermite est ici d'autant plus grave que les tissus sur lesquels on agit sont amincis et recouvrent une poche sanguine, source possible d'hémorragies désastreuses. Il faut donc une surveillance constante des effets de l'irradiation, une attention toute particulière, sans laquelle on pourrait risquer de malencontreux déboires.

FAITS NOUVEAUX

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE DIOXY-DIAMIDO-ARSENOBENZOL (EHRLICH)

Wechselmann rapporte (1) ses observations personnelles sur le traitement de la syphilis par le dioxy-diamido-arsenobenzol, médicament désigné brièvement sous le nom de *hata* et dont l'emploi a été préconisé par Ehrlich. Il présente de plus une série de sujets atteints de syphilis floride et qu'il se fait fort de montrer à nouveau dans huit à quinze jours, absolument guéris.

Sous l'influence de ce médicament agissant comme antiseptique la guérison survient à la suite d'*une seule injection*. En effet, Wechselmann montre des sujets traités sans succès par le mercure ou ayant présenté de multiples récidives et qui, traités par le « hata », sont actuellement libérés de leurs accidents. Dans des cas désespérés, dans des syphilis viscérales graves, dans des syphilis malignes, cette thérapeutique nouvelle a pleinement réussi.

Si la dose employée est insuffisante on n'assiste qu'à une amélioration. La dose nécessaire est d'après Wechselmann de 0g50 à 0g60; dès le lendemain de l'injection on voit le spirochète disparaître des lésions.

A la suite du traitement la réaction de Wassermann disparaît lentement.

L'élimination du médicament est complète au bout de trois jours. Jamais chez l'adulte on n'a observé d'effets toxiques, et particulièrement de lésions des nerfs optiques : l'expérimentation chez les animaux a donné les mêmes résultats. Chez les nourrissons, la mise en liberté des endotoxines par les spirochètes détruits pourrait engendrer quelques troubles passagers.

Il est impossible de dire à l'heure actuelle, le traitement par le « hata » n'étant en usage que depuis trois mois, s'il surviendra des récidives de la syphilis, chez les sujets qui paraissent actuellement guéris.

Michaelis, Alt, Schreiber, Tomaschewski qui prennent ensuite la parole confirment en tous points les affirmations de Wechselmann. D'après eux les cas les plus graves de syphilis et notamment les cas de syphilis des centres nerveux guérissent parfaitement sous l'influence du « hata », alors qu'ils ont résisté au mercure. Jamais jusqu'à présent on n'a vu un traitement aussi actif de la syphilis. Jamais on n'a observé sous son influence le moindre accident pouvant faire condamner son emploi.

Kromayer a étudié les effets du dioxy-diamido-arsenobenzol, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue histologique : la cicatrisation et la régénération des épithéliums se produit sous l'influence de ce médicament avec une rapidité jusqu'alors inconnue.

A. LEMIERRE.

(1) *Soc. de méd. de Berlin*, séance du 22 juin 1910.

FORMULAIRE

SUR UNE NOUVELLE FORMULE DE POMMADE (M. MONTEIL).

C'est un glycérolé sans amidon, obtenu simplement par le mélange à chaud de la glycérine avec les produits utiles de la pommade.

Voici cette formule, adressée à la Société de thérapeutique, séance du 11 mai dernier :

Dans une capsule de porcelaine chauffée au bain d'huile à 125 degrés environ on fait fondre ensemble :

Antipyrine.............	188	grammes.
Résorcine..............	110	—
Terpine................	180	—

on obtient un produit de consistance huileuse qui, par refroidissement, se prendrait en une masse vitreuse transparente. Cette masse vitreuse a la curieuse propriété de se dissoudre à chaud dans la glycérine et de donner, par refroidissement, un mélange qui ressemble tout à fait au *cold cream*, quand il vient d'être fait. Pour obtenir ce résultat, les quantités de mélange sus-indiquées doivent être triturées avec un kilogramme de glycérine.

Cette pommade jouit des propriétés de ses constituants, elle est légèrement antiseptique, sans causticité, elle exerce une action calmante sur la peau, et par son antipyrine, elle est hémostatique. Comme topique, elle possède une propriété précieuse, c'est de pouvoir être enlevée rapidement avec de l'eau, tous ses éléments étant solubles.

(*Bull. com. des pharm.*, n° 6, juin 1910.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 JUIN 1910)

Propriétés neutralisantes d'une substance isolée du cerveau normal. — M. A. Marie. On a déjà montré dans la substance cérébrale des mammifères, la présence de propriétés actives contre l'action pathogène du virus rabique.

M. A. Marie est parvenu à isoler du cerveau une substance albuminoïde douée de propriétés antirabiques très prononcées : ainsi l'encéphale d'une femme qui avait succombé à un érysipèle lui a fourni un extrait capable de neutraliser jusqu'à cinq fois son volume d'une émulsion virulente centésimale. L'auteur a pu établir la réalité du même pouvoir neutralisant dans l'encéphale du singe, du chien, du lapin et du cobaye.

Un fait demeure donc acquis, c'est que de la matière nerveuse, le seul milieu de culture connu pour le virus de la rage, on peut extraire, après la mort, un produit capable de le neutraliser.

Sur les produits de décomposition du chloroforme dans l'organisme. — M. Nicloux.

Sur la fibrine du sang. — M. C. Gessard.

Reproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le macaque par inoculation directe du virus humain. — MM. Ch. Nicolle et E. Conseil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1910)

Une forme de concrétions calcaires sous-cutanées en relation avec la sclérodermie. — MM. G. Thibierge et R.-J. Weissenbach font remarquer que les cas de concrétions calcaires sous-cutanées sont très disparates, les uns se rapportant à la calcification de glandes cutanées, de nodules adipeux, de kystes sébacés, etc., les autres attribués à des lésions infectueuses calcifiées.

La malade qu'ils présentent, âgée de cinquante-quatre ans, a vu apparaître successivement sur la face palmaire de neuf doigts et de deux orteils, puis sur la face d'extension des membres, région prérotulienne, région postéro-interne des avant-bras, coude, des concrétions calcaires (carbonate et phosphate de chaux sans urate), dont la plupart se sont éliminées peu après leur début, avec issue de sérosité claire ou de liquide crémeux. En même temps qu'apparaissaient les premières concrétions, elle commençait à ressentir des attaques de syncope locale des extrémités, prélude d'une sclérodactylie actuellement encore en voie de progression et d'extension aux segments supérieurs des membres et à la face; cette sclérodermie s'accompagne de tiélangiectasies cutanées très remarquables.

Divers auteurs ont publié, sans paraître établir de connexions entre les deux états morbides, des observations analogues, où les concrétions calcaires sous-cutanées coïncidaient avec la sclérodactylie (Dietschy); l'asphyxie des extrémités (Lewandowsky); des atrophies musculaires du type de celles constatées dans la sclérodermie (Rénon et Dufour).

Il y a donc lieu de dégager, du groupe confus des concrétions cutanées, un type bien individualisé qui, cliniquement, se caractérise de la façon suivante : siège habituel des concrétions au niveau de la pulpe des doigts, parfois des orteils, aux membres avec prédominance du côté de l'extension; plus rarement au tronc; coexistence avec des lésions de sclérodermie débutant en même temps que les concrétions, sous la forme d'asphyxie des extrémités et de sclérodactylie, ou avec des lésions de la série morbide de la sclérodermie, spécialement certaines formes d'atrophie musculaire, toutes ces lésions affectant ordinairement les mêmes segments des membres que les concrétions.

Il reste à déterminer la nature des relations pathogéniques entre ces deux états pathologiques.

Fièvre bilio-septique intense au cours d'une colique hépatique. — MM. Ménétrier et Brodin rapportent l'observation d'une malade qui au cours d'une colique hépatique présenta un accès de fièvre bilio-septique intense avec frissons, agitation, puis coma avec incontinence, transpiration abondante, température à 40°9, pouls à 180.

Un ensemencement de sang pratiqué au summum de la crise donna une culture pure de coli-bacilles.

L'intérêt de l'observation réside dans la constatation même de cette septicémie, car si l'origine septicémique de la fièvre bilio-septique est actuellement généralement admise, l'infection sanguine n'a été qu'exceptionnellement constatée, et parmi les 21 observations où le coli-bacille a été trouvé dans le sang pendant la vie, les auteurs n'ont trouvé aucun cas identique.

Névralgie sus-orbitaire; bradycardie. — MM. Ménétrier et Brodin rapportent l'observation d'une malade qui, entrée à Tenon pour névralgie sus-orbitaire présentait 30 pulsations à la minute. Cette bradycardie n'était pas permanente et survenait par crises d'une minute et demie à deux minutes environ, séparées par des intervalles d'un quart de minute avec rythme normal à 60 pulsations.

Après avoir persisté avec les mêmes caractères pendant plusieurs jours, elle disparut définitivement à la suite d'une injection sous-cutanée d'un milligramme d'atropine.

Les auteurs, n'ayant pu trouver dans les antécédents de la malade la cause de ce trouble d'innervation cardiaque, la rattachent à la ménopause.

Chorée aiguë. — MM. Chavigny et G.-E. Schneider communiquent l'observation d'un adulte de vingt-deux ans, qui succomba, en deux semaines, à une chorée aiguë, d'une intensité extrême.

Cette chorée fut grave par elle-même, le malade étant mort non de complications mais d'inanition et d'épuisement nerveux; la conscience persista jusque quelques heures avant le décès; la température demeura normale.

L'autopsie, en dehors des escarres et lésions de gangrène sèche localisées aux régions où s'exerçaient les frottements contre les draps, ne révéla aucune altération macroscopique des centres nerveux; il existait une légère péricardite sans épanchement et de fines végétations d'endocardite récente sur les bords libres des valvules mitrales et aortiques mais les orifices correspondants n'étaient ni rétrécis ni insuffisants, le cœur ayant d'ailleurs son volume normal.

L'examen histologique décela : au niveau de la moelle, une épendymite aiguë des plus caractérisées avec un certain degré de gliose périopendymaire; dans le cervelet de l'hyperplasie névroglique et de plus l'existence de la couche innominée déjà signalée dans l'atrophie de cet organe, constituée par des cellules ovales, réduites presque au noyau, formant une bande entre la couche moléculaire et la couche superficielle et masquant les cellules de Purkinge ; dans le cerveau, une prolifération névroglique moins accusée avec augmentation du nombre des cellules satellites. Les méninges étaient intactes.

Les présentateurs insistent, sans entrer dans une discussion pathogénique, sur les altérations de la névroglie, dans la presque totalité des centres nerveux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1910)

Appendicite traumatique. — M. GUINARD, après avoir rappelé le fait de M. Abadie rapporté par M. Picqué, fait qui ne saurait être considéré comme un exemple d'appendicite traumatique, revient sur la conclusion de M. Picqué qui était que le traumatisme seul ne saurait déterminer une appendicite et ne pourrait que réveiller des lésions préexistantes. C'est d'ailleurs l'avis général. On en conçoit toute l'importance, surtout au point de vue de la loi sur les accidents du travail.

M. Guinard rappelle les nombreux travaux qui ont été publiés, surtout en Allemagne, travaux qui ont bien leur valeur et qui tendent à admettre, dans une certaine mesure, l'appendicite traumatique.

Il existe d'assez nombreux cas semblables à celui qu'a publié M. Abadie, mais dans ces cas il existait antérieurement une appendicite qui n'a été que réveillée par le traumatisme. En Allemagne, on admet une appendicite traumatique pure, c'est-à-dire une appendicite résultant du traumatisme seul et ne s'étant, jusque-là, jamais révélée par aucun symptôme. Il faut mettre de côté les cas d'écrasement direct de l'appendice, ainsi que les cas dans lesquels il y avait des lésions préexistantes. Etant donné un appendice vide et sain, un traumatisme peut-il l'enflammer? C'est ainsi que la question doit être posée.

Il n'existe pas à proprement parler d'appendicite traumatique, l'appendicite étant une maladie infectieuse. Mais après un traumatisme, il peut survenir, plusieurs semaines ou même plusieurs mois après, des accidents d'appendicite qui peuvent être rattachés au traumatisme. Si jamais ces faits pouvaient être invoqués en faveur des accidentés du travail il faudrait tenir compte toujours de l'état antérieur du blessé. Cette opinion, admettant l'existence d'une appendicite pouvant survenir plusieurs semaines après un traumatisme, déjà défendue par M. Guinard en 1897, est admise aujourd'hui, surtout en Allemagne. M. Guinard en fournit un nouvel exemple; une femme est renversée sur un trottoir par une caisse qu'on décharge d'un camion. Cette femme souffre du ventre immédiatement après cette chute et présente un gâteau péritonéal du côté droit pendant quelques jours. La malade guérit et reprend son travail. Deux mois après, elle a une crise nette d'appendicite. On ne peut pas, dit M. Guinard, ne pas établir une relation entre cette crise d'appendicite et le traumatisme. C'est là une question très délicate. Mais M. Guinard ne saurait admettre que cette femme ait eu, antérieurement au traumatisme, une appendicite chronique, même méconnue, puisqu'elle n'avait jamais eu le moindre trouble du côté du ventre. Or, il n'est pas d'appendicite chronique absolument silencieuse et sans symptômes.

M. BROCA fait observer qu'il y a des malades chez lesquels on trouve des lésions appendiculaires importantes et qui n'ont jamais présenté le moindre symptôme d'appendicite. Il y a donc des appendicites chroniques silencieuses. Ceci est très important au point de vue de la loi sur les accidents du travail et des abus qu'on en peut faire. M. Broca n'admet pas l'appendicite traumatique pure.

M. DELORME pense qu'il n'y a pas d'appendicite traumatique au sens exact du mot, mais un traumatisme peut amener une gangrène de l'intestin ou de l'appendice et provoquer ainsi une infection qui peut atteindre secondairement l'appendice. Il n'y a pas de raison pour que, dans ces cas, l'appendice résiste plus que l'intestin lui-même. Sur un nombre considérable de contusions de l'abdomen, M. Delorme n'a rencontré qu'une seule fois une contusion directe de l'appendice. Il a fait la laparotomie et a trouvé un appendice rompu. Dans ce cas le traumatisme semblait bien devoir être invoqué. Il s'agissait d'un coup de pied de cheval chez un sujet qui, antérieurement, n'avait jamais souffert du ventre.

M. Delorme est appelé à compulser un grand nombre de dossiers pour se prononcer sur des demandes de réformes militaires. L'examen de ces dossiers exige la plus grande attention et, dans les cas douteux, la balance penchera plutôt du côté de l'intéressé que du côté de l'Etat. Jamais, dans aucun de ces cas, M. Delorme n'a constaté qu'on invoquât l'appendicite.

M. JALAGUIER a vu beaucoup d'appendicites. Il n'a jamais vu un seul cas d'appendicite traumatique. Il n'a jamais constaté un cas superposable à celui de M. Delorme. Il ne croit pas qu'un traumatisme puisse déterminer de l'appendicite sur un appendice vide et sain.

M. KIRMISSON n'a jamais vu une appendicite succéder à un coup sur l'abdomen. Il a lu des observations dans les travaux étrangers, mais ces observations n'ont pas entraîné sa conviction.

M. MOTY a opéré une appendicite chez un soldat qui avait reçu un coup de pied de cheval dans le ventre. Il a trouvé, dans cet appendice, d'anciennes lésions.

M. DELORME rappelle cette formule récente de M. Letulle, qu'il est exceptionnel de trouver un appendice absolument sain.

M. QUÉNU n'a jamais vu d'appendicite traumatique. Quant aux infiltrations sanguines, aux hématomes résultant d'un traumatisme et qui peuvent devenir ultérieurement le point de départ d'une infection qui atteindra secondairement l'appendice, c'est là une toute autre question que celle de l'appendicite traumatique proprement dite. M. Quénu reste très sceptique en matière d'appendicite traumatique.

M. TUFFIER ne croit pas à l'appendicite traumatique. Il a vu le fait suivant. Un enfant de deux ans reçoit un coup sur le flanc droit. Après quelques douleurs, tout disparaît. Trois mois après, cet enfant présente une crise formidable d'appendicite; il a été opéré par M. Jalaguier qui ouvrit un vaste abcès de la fosse iliaque. Quelques semaines après, cet enfant rendit trois calculs stercoraux par sa fistule. Ce n'était donc pas là une appendicite traumatique.

M. ROUTIER n'a jamais vu d'appendicite traumatique. Il ne croit pas qu'un coup porté sur l'abdomen puisse donner une maladie infectieuse comme l'appendicite, pas plus qu'il ne donnera une fièvre typhoïde.

M. GUINARD ne s'étonne pas beaucoup de voir les chirurgiens d'enfants déclarer qu'ils n'ont jamais vu d'appendicite traumatique. Elle est, en effet, extrêmement rare, bien plus rare chez l'enfant.

M. Guinard n'a pas retrouvé, dans l'argumentation de M. Broca, la précision clinique à laquelle il nous a habitués. M. Broca aurait opéré des appendicites qui n'auraient jamais donné lieu à aucun symptôme.

M. Guinard ne peut pas l'admettre. Il ne croit pas à l'appendicite chronique complètement silencieuse.

Il reconnaît que l'appendicite traumatique est très rare, mais il pense qu'on ne saurait la nier d'une façon absolue.

M. BROCA rappelle à M. Guinard combien sont fréquents les coups sur le ventre chez les enfants! On invoque d'ailleurs presque toujours un coup.

M. Broca a remarqué que, de quelque affection qu'il s'agisse, il y a toujours un coup chez les enfants, parce que c'est commode, comme explication, pour les mères; chez les ouvriers, parce qu'il y a la loi sur les accidents du travail, mais que, par contre, il n'y a jamais de coups chez les femmes du monde.

M. SAVARIAUD ne croit pas à l'appendicite traumatique.

Abcès pelviens. — M. LEJARS fait un rapport sur une observation de M. Guillaume-Louis (de Tours).

Une femme de vingt-huit ans, habituellement bien por-

tante, est prise de douleurs dans le ventre, avec vomissements et ballonnement qui font croire à une appendicite. Tout disparaît. Trois semaines après, douleurs dans le côté gauche du ventre, puis deux mois après, apparition d'une tumeur sur la ligne médiane, tumeur ferme, immobile. On fait une incision, on trouve une paroi grisâtre, épaisse; on ponctionne et on tire un litre de pus. Il s'agissait d'une grosse poche suppurée pré-utérine, enkystée, adhérente à l'utérus. Les annexes sont saines, l'appendice est sain. La poche est adhérente aussi à l'S iliaque. Drainage, guérison. Ces péritonites enkystées peuvent être d'origine annexielle ou d'autre origine.

M. Lejars rapproche de ce fait celui d'une femme de trente ans qui a présenté les mêmes symptômes, la même poche sclérosée, contenant un petit abcès.

Dans certains cas, l'origine de ces abcès est l'appendice.

Dans d'autres cas, comme dans ceux de M. Guillaume-Louis et de M. Lejars, ces abcès sont d'origine sigmoïdienne.

Ces abcès médians peuvent donc provenir de l'S iliaque auquel ils peuvent être réunis par un petit tractus fibreux.

Pyélonéphrite de la grossesse. — M. Tuffier, dans un cas de pyélonéphrite grave, au cinquième mois d'une grossesse, a obtenu de très bons effets d'une injection vaccinale. La température qui était à 39°2, le pouls à 144 sont tombés après l'injection. La grossesse a suivi son cours, l'accouchement a été normal. Il n'y a pas eu d'accidents de puerpéralité.

Ostéosarcome d'origine costale. — M. Potherat présente un malade qui, depuis dix ans, est atteint d'un énorme ostéosarcome qui a eu pour point de départ les dernières côtes du côté droit.

M. Lejars communique un fait analogue.

Il s'agissait d'une grosse voussure fluctuante de la région hépatique. M. Lejars fit une incision croyant avoir affaire à une tumeur d'origine hépatique. Il s'écoula une grande quantité de sang et on eut beaucoup de mal à se rendre maître de l'hémorragie. A l'autopsie on reconnut qu'il s'agissait d'un hématome provenant d'une tumeur partant de la face interne des dernières côtes.

Lipome d'un doigt. — M. Routier présente un lipome lobulé qu'il a enlevé du cinquième doigt d'une vieille femme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 JUILLET 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste) : MM. Nicolas, Gley et Mulon; — M. Branca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gaucher, Teissier et Macaigne; — (2e série) : MM. Letulle, Legry et Sicard; — M. Ombrédanne, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Déjerine, André Jousset et Lœper; — (2e série) : MM. Roger, Retterer et Marcel Labbé; — M. Gosset, suppléant.

Mardi 12 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Morestin; — (2e série) : MM. Prenant, Rémy et Gley; — (3e série) : MM. Quénu, Thiéry et Langlois.

2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. de Lapersonne, Thiroloix et Desgrez; — (2e série) : MM. Gilbert, Méry et Marion; — (3e série) : MM. Alb. Robin, Letulle et Auvray; — (4e série) : MM. Achard, Faure et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hutinel, Rénon et Nobécourt; — (2e série) : MM. G. Ballet, Gouget et Claude; — M. Zimmern, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1e série) : MM. Thoinot, Jeanselme et Balthazard; — (2e série) : MM. Chauffard, Fernand Bezançon et Castaigne; — M. Nicloux, suppléant.

Mercredi 13 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste) : MM. Nicolas, Gley et Mulon; — M. Branca, suppléant.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Teissier, Legry et Sicard; — (2e série) : MM. Wurtz, André Jousset et Lœper; — M. Ombrédanne, suppléant.

Vendredi 15 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Thoinot, André Jousset et Gosset; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 16 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Faure, Jeanselme et Richaud.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Letulle, Thiroloix et Rénon; — (2e série) : MM. Dupré, Gouget et Castaigne; — M. André Broca, suppléant; — (3e série) : MM. Méry, Balthazard et Nobécourt : — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 13 juillet, à une heure. — M. Tinel. Radiculites et tabes. (MM. Landouzy, président; Gautier, Gaucher et Marcel Labbé.) — M. Pinard. L'immunité dans la syphilis. Superinfection et réinfection syphilitiques. (MM. Landouzy, président; Gautier, Gaucher et Marcel Labbé.) — M. Chibret. De l'emploi thérapeutique du chlorure de magnésium administré à faible dose (en particulier dans la constipation et quelques affections qui lui sont consécutives). (MM. Gautier, président; Landouzy, Gaucher et Marcel Labbé.) — M. Lhuissier. Contribution à l'étude de la réaction de Porges pour le diagnostic de la syphilis. (MM. Gaucher, président; Landouzy, Gautier et Marcel Labbé.) — Mlle Drossio. Considérations sur le drainage après laparotomie en gynécologie. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Segond et Couvelaire.) — M. Froget. De la fracture de Dupuytren vicieusement consolidée (en valgus) et de son traitement par la résection tibio-tarsienne orthopédique. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Segond et Couvelaire). — M. Court. La fracture de Dupuytren. Ses cals vicieux. Traitement. (MM. Segond, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. Versepuech. Nouveaux appareils pour le traitement du pied bot varus équin congénital non invétéré. (MM. Segond, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. Ribereau. Contribution à l'étude de la fièvre paratyphoïde à Nantes et dans la région. (MM. Pouchet, président; Roger, Langlois et Macaigne.) — M. Laurent. Le peroxyde de zinc; ses applications en gynécologie. (MM. Pouchet, président; Roger, Langlois et Macaigne.) — M. Sertlian. De la physionomie de l'œil normal et pathologique. (MM. Roger, président; Pouchet, Langlois et Macaigne.) — M. Marcou. Recherches expérimentales sur les conditions physiologiques du travail des mineurs. (MM. Roger, président; Pouchet, Langlois et Macaigne.) — M. Labernardie. Les exostoses sous-calcanéennes et la talalgie. (MM. Reclus, président; Delbet, Legueu et Gosset.) — M. Coustère. Les ureterhydroses. Classification étiologique. (MM. Reclus, président; Delbet, Legueu et Gosset.) — M. Chamard. Contribution à l'étude physiologique et clinique de la paroi abdominale pendant l'accouchement et ses suites. (MM. Delbet, président; Reclus, Legueu et Gosset.) — M. Aubert. Physiologie normale et pathologique du thymus. (MM. Delbet, président; Reclus, Legueu et Gosset.)

Précis de microbiologie clinique, par Fernand Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon. Deuxième édition entièrement refondue. In-8 (de la collection de Précis médicaux) de XVIII-640 pages, avec 148 figures dans le texte, cartonné toile souple. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Deuxième séance du 4 juillet. — MM. Lereboullet : « Les leucocytoses symptomatiques (en dehors des leucémies » ; note : 18 ; — Gellé : « De la mort rapide ou subite dans les affections du rein » ; note : 16.

Première séance du 5 juillet. — MM. Babonneix : « Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde » ; note : 18 ; — Micheleau : « Hérédité syphilitique » ; note : 15.

Deuxième séance du 5 juillet. — MM. Guillain : « Les purpuras » ; note : 19 ; — Perrin : « Du pronostic des cardiopathies valvulaires » ; note : 16.

Première séance du 6 juillet. — MM. Minet : « Hémianopsies » ; note : 18 ; — Rathery : « Etude diagnostique et médico-légale de la paralysie générale au début » ; note : 18,5.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve clinique.* — Première séance du 4 juillet. — MM. Okynczyc, 19 1/2 ; Chevrier, 19 1/2 ; Muller, 18 ; Leriche, 20.

Première séance du 5 juillet. — MM. Martin, 16 ; Uteau, 14 1/2 ; Gorse, 18 ; Thévenot, 19.

Deuxième séance du 5 juillet. — MM. Barthélemy, 14 ; Dambrin, 18 1/2.

— SECTION DE PHARMACIE. — *Epreuve de titres.* — Séance du 4 juillet. — MM. Bretin, $16 \times 2 = 32$; Florence, $13\ 1/2 \times 2 = 27$.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — *Concours de l'internat.* — QUESTIONS DONNÉES. — *Epreuves écrites.* — Lobule pulmonaire, anatomie et physiologie. — Anévrismes du creux poplité.

Epreuve orale. — Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

Questions de garde. — Accidents consécutifs aux injections mercurielles intramusculaires. — Symptômes et traitement de la luxation du maxillaire inférieur. — Difficultés d'extraction de la tête dernière et moyens d'y remédier.

— MARSEILLE. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint s'est terminé par la nomination de M. Jean Fiolle.

— Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. Rouslacroix.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1910, professeur de clinique médicale à la Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Les concours de clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

MM. les docteurs Beauvieux, chef de clinique ophtalmologique ; Auricombe, chef de clinique adjoint.

— MM. les docteurs Faugère, chef de clinique d'accouchements ; Bonnefon, chef de clinique adjoint.

ASILES DE LA GIRONDE. — Sont nommés, après concours : internes titulaires, MM. de Teyssieu et Soum ; internes provisoires, MM. Pujol et Coyola.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duchastelet et L. Laloy (de Paris).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, commencera le mardi 11 juillet une série de dix leçons sur des sujets d'actualité chirurgicale et il les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à neuf heures et demie, amphithéâtre Boyer.

Opérations tous les jours à dix heures et demie. Consultation pour des maladies des os et des articulations les lundis et vendredis, salle Boyer. Consultation de gynécologie les mercredis et samedis, salle J.-L. Petit.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE MÉDICALE

CRÉDULITÉ ET SCEPTICISME EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. le professeur HUTINEL.

Je désirais vous faire une dernière leçon, mais, par un hasard malheureux, une de mes salles étant fermée, je ne puis vous présenter aucun cas intéressant. Si pareille mésaventure m'arrivait, dans le courant de l'année, j'en serais navré; aujourd'hui, je m'en console. Nous avons vu tant de malades, nous avons fait ensemble tant de diagnostics vrais ou faux, qu'avant de vous quitter, je vous demande la permission de remplacer la leçon par une causerie.

De quoi parlerons-nous donc? De notre métier de médecin, si vous voulez (c'est un sujet qui nous intéresse tous), et de la façon dont il le faut comprendre. Nous causerons même thérapeutique, et, s'il m'arrive de dire quelque sottise, vous me pardonnerez, car, en pareille matière, on y est assez exposé.

Les médecins ne se ressemblent pas tous, tant s'en faut. Les uns sont plus instruits, les autres le sont moins; les uns adorent leur profession, les autres se contentent de l'exercer; mais parmi tous les types de confrères que vous rencontrerez, il en est deux que je vous signale tout particulièrement : ceux qui ne croient pas à la médecine, bien qu'ils en vivent, et ceux qui y croient trop.

En médecine, comme en religion, il y a des croyants et des incrédules. Au premier abord, ils semblent être à cent lieues les uns des autres; en réalité, ils sont voisins, ils sont même très proches parents et je vous engage à vous méfier des uns comme des autres.

Examinez de près celui qui admet tout sans se donner la peine de chercher si ses convictions reposent sur des bases solides et celui qui, systématiquement, fait profession de ne croire à rien et vous reconnaîtrez bientôt que leur cerveau, à tous les deux, a été construit sur un modèle peu différent. C'est d'ailleurs un modèle assez étroit, et tel qui nie tout n'est souvent qu'un croyant à rebours. Il nie comme l'autre croit, d'instinct et sans toujours savoir pourquoi.

La médecine n'est pas un article de foi; c'est une science d'observation. A coup sûr elle est imparfaite et trop souvent imprécise. Comment en serait-il autrement? Elle demande aux sens de lui fournir les données sur lesquelles elle échafaudera ses raisonnements; or les sens n'étant pas infaillibles, les notions qu'ils transmettent n'ont jamais qu'une solidité relative. Il n'en est pas moins vrai, cette réserve faite, que l'observation des malades et l'expérimentation fournissent à un médecin judicieux une base suffisamment ferme pour qu'il puisse s'y appuyer avec confiance.

Malheureusement l'imagination intervient toujours plus ou moins dans les déductions qu'on peut tirer de l'enchaînement des faits pathologiques ou expérimentaux; il en résulte que, pour chaque médecin, la conception d'une maladie et du traitement qui lui convient découle non seulement de la succession des phénomènes morbides, mais aussi de la façon dont il les interprète.

En face de la maladie, le médecin, bien qu'il s'en vante quelquefois, n'est pas un savant, c'est un artiste plus ou moins imbu d'idées générales. Il applique à un cas donné les enseignements que lui ont fournis d'autres cas analogues et, suivant son intelligence et son tempérament, il les adapte avec plus ou moins de sûreté et d'élégance. La note personnelle qu'il donne n'est pas toujours dominante; elle n'est jamais négligeable.

C'est pour cela que vous voyez rarement deux médecins avoir sur une même maladie des opinions absolument identiques. Si, d'autre part, vous comparez les traitements qu'ils formulent, dans un cas où leurs diagnostics sont aussi voisins que possible, vous êtes souvent étonnés des divergences qu'accusent leurs deux ordonnances.

Mais c'est surtout dans l'appréciation des résultats dus aux médications mises en œuvre que se manifestent les tendances de chacun. L'un, content de peu, s'enthousiasme vite; l'autre, difficile à satisfaire, ne veut convenir de rien. Ils ont tort tous les deux et c'est entre leurs exagérations opposées qu'il faut chercher la vérité. Entre la foi excessive et le scepticisme exagéré, il y a place, en thérapeutique, pour une interprétation plus saine des résultats qu'on a le droit d'espérer. Est-il donc si facile de savoir où se trouve la vérité? Assurément non. Il y a d'ailleurs des modes, pour les médications comme pour les chapeaux. La révulsion, la saignée, les purgatifs, l'alcool, etc., ont été successivement vantés et dénigrés. Après en avoir abusé, on les a méprisés et le mépris n'était pas toujours plus sage que l'abus.

Les opinions médicales sont trop souvent comme le pendule qui, dans ses nombreuses et symétriques oscillations, va d'un bout à l'autre de sa course au lieu de s'arrêter sur la verticale. Sommes-nous jamais sûrs, dans nos fluctuations, de trouver notre verticale?

Si la crédulité exagérée et le scepticisme outré n'étaient que ridicules, nous nous contenterions d'en sourire; malheureusement ils sont dangereux. L'une conduit souvent à des interventions inutiles, sinon inopportunes, l'autre brise parfois un effort qui aurait pu être fructueux. Mais que faut-il croire, que faut-il nier? Question toujours difficile! Pourtant toute la thérapeutique est là, et vous aurez beau faire, votre tempérament apparaîtra toujours dans vos prescriptions. C'est à lui que vous devrez d'être énergiques ou hésitants dans les cas où vous aurez à prendre une décision importante.

***

Il n'y a pas que les gens du monde qui mordent à l'hameçon des réclames; certains médecins s'y laissent prendre. Pourtant, si une drogue, fût-elle un sérum, étale ses vertus dans les journaux à la quatrième ou à la première page — c'est, vous le savez, une simple question de prix — cela suffit pour vous

mettre en garde contre elle et contre celui qui fait le boniment à son sujet. Au lieu de vous attirer, cette réclame bruyante vous éloigne et vous irrite. Eh bien! nous voyons des confrères, prêts à nous injurier, le mot n'est pas exagéré, si nous ne partageons pas la confiance qu'ils ont dans ces panacées. De ceux-là, je ne m'occuperai pas, ce sont des simples; malheureusement, ce ne sont ni les moins bruyants ni les moins dangereux.

Mais on rencontre souvent des médecins extrêmement honorables, des cliniciens experts et judicieux qui, sans aucune arrière-pensée de mercantilisme, manifestent d'une façon vraiment naïve leur foi dans certaines médications. Moi, dit l'un, je me trouve très bien de l'emploi de telle substance : moi, répond l'autre, j'obtiens des résultats superbes avec tel autre médicament, comme si, administrée par eux, une drogue, inefficace entre les mains d'autrui, prenait tout à coup une valeur mystérieuse.

N'y a-t-il pas là un peu de mysticisme inconscient, de ce mysticisme que vous verrez si souvent poindre dans l'esprit de vos clients? Eux du moins sont excusables et je ne m'étonne pas que M. un tel, homme de foi, conservateur, bourgeois et timide, dont l'esprit faible a besoin de s'appuyer sur des croyances aussi robustes que peu discutées, cherche de préférence dans une dilution mystérieuse le soulagement de ses maux. Le médecin a tort de suivre ce courant, mais parfois il se laisse entraîner.

Nous avons beau faire, nous gardons encore, aux yeux du public, une partie de l'héritage des prêtres auxquels était jadis confié le soin de guérir les hommes et des sorciers qui leur ont succédé. Allez donc faire croire à un paysan que le médecin n'a pas en poche quelque remède secret pour se garantir des maladies contagieuses qu'il affronte sans trembler. On a confiance en son médecin ou l'on n'y a pas confiance. Tout est là pour le vulgaire. Mais sur quoi se fonde cette confiance. Hélas! ce n'est pas toujours sur la science ni sur la valeur du praticien. Le docteur X..., fort bel homme assurément, mais pauvre de science, triomphe là où végète lamentablement son voisin beaucoup plus instruit. Le docteur Y..., haut en couleur, autoritaire et épanoui, formule des oracles qui ne rencontrent point d'incrédules, tandis qu'à côté de lui, timide, hésitant, le docteur Z..., médecin sérieux et praticien expérimenté, fait difficilement accepter ses prescriptions et doit sans cesse recourir à l'appui d'un consultant. Le succès a des causes nombreuses et parfois inattendues.

Peter, qui avait l'esprit mordant, me disait un jour : « Il y a des médecins qui réussissent parce qu'ils sont laids, d'autres parce qu'ils sont bêtes; s'ils sont à la fois laids et bêtes, ils peuvent arriver au pinacle. Voyez un tel. » Et je crois bien avoir entendu le nom d'un de ses collègues.

L'explication de ce fait est très simple; elle est beaucoup plus naturelle que vous ne le supposez peut-être. Ce sont les femmes qui font le succès et la réputation des médecins. Il faut savoir leur plaire ou leur en imposer; or les raisons pour lesquelles on leur plaît sont aussi variables qu'elles sont capricieuses. Appelés dans une famille, vous verrez rarement le mari, en dehors, bien entendu, des cas graves qui nécessiteront sa présence. C'est à la mère que vous parlerez, c'est elle qui recueillera vos paroles et qui les traduira à sa façon, sans d'ailleurs les avoir toujours écoutées ; c'est elle que vous suggestionnerez et, si vous avez quelqu'une des qualités requises pour lui imposer une confiance illimitée, elle saura bien faire partager cette confiance à son mari.

Je ne suis pas convaincu d'autre part que le médecin n'arrive pas quelquefois à se suggestionner lui-même. J'entendais un jour un de nos vieux maîtres dire à un jeune médecin : « Mon ami, vous débutez; mais avant quatre ans vous vous croirez le meilleur médecin du monde. Nous sommes tous comme cela. » La confiance qu'à tort ou à raison le médecin sait inspirer à ceux qui le consultent a une telle part dans l'établissement et dans l'extension de sa clientèle qu'il faut bien l'imposer. Or, si l'on veut la donner, ne doit-on pas commencer par l'avoir soi-même. Sans doute, cette confiance en soi se manifeste parfois d'une façon quelque peu puérile, mais je connais des médecins en renom dont elle a fait tout le succès.

A tout prendre, il vaut mieux croire à la thérapeutique que l'on applique et même croire un peu en soi que d'être trop sceptique. Sans cette croyance, le médecin n'a, en général, ni succès, ni autorité; il est dans la situation fausse d'un prêtre incrédule.

Il est vrai que la crédulité, si elle est exagérée, devient vite ridicule. Je ne sais pas si beaucoup de médecins sont trop crédules ; mais il est certain que beaucoup se comportent comme s'ils l'étaient. Voulez-vous faire un jour une visite à votre pharmacien? Demandez-lui de vous ouvrir le livre sur lequel il transcrit les ordonnances qu'il est chargé d'exécuter. Vous y verrez, je vous le promets, des prescriptions surprenantes.

Vous trouverez associées, en des mixtures compliquées, les substances les plus hétérogènes. Le malade les avale sans hésiter ; il a la foi! Et cependant, dans les examens quand j'interroge un candidat sur le mode d'action de telle drogue qu'il prescrira chaque jour, il hésite, il s'embarrasse et généralement il répond à tort et à travers. Connaîtra-t-il mieux plus tard les médicaments qu'il introduira dans ses formules? J'en doute. Il les donnera cependant chaque jour, par habitude et il déclarera qu'il s'en trouve très bien.

Un jour, un membre de l'Institut, chimiste fort instruit, m'amenait un baby de quelques mois atteint d'entérite. Je demandai à voir les prescriptions. Le régime de l'enfant n'avait pas été modifié; mais on m'apportait un flacon dont le contenu avait un aspect vaguement laiteux. L'eau de chaux s'y rencontrait avec l'acide lactique ; le phosphate de chaux y voisinait avec le sous-nitrate de bismuth et le bétol ; il y avait là sept ou huit substances. Je demandai à mon savant ami à quelle combinaison chimique pouvait bien aboutir le mélange de ces drogues hétéroclites. Ma foi! je n'en sais rien, me répondit-il. Le plus simple était de remplacer cette matière par un régime judicieux; c'est ce qui fut fait et l'enfant guérit vite.

Ne croyez pas que je vous cite un fait exceptionnel ; je suis surpris de la longueur et de la complexité des formules d'un grand nombre de médecins. Cinq ou six substances se rencontrent communément dans une potion ou dans un sirop et leurs effets sont parfois différents sinon incompatibles. Quels résultats peuvent donner de pareilles mixtures? Bien fin qui le discernerait! Les polypharmaques qui formulent de cette façon me rappellent les chasseurs maladroits qui, pour augmenter leurs chances de toucher le gibier, se chargent de fusils de gros calibre et mettent beaucoup de plomb dans leurs cartouches. Si la belladone ne fait rien, la jusquiame agira peut-être, à moins pourtant que ce ne soit l'aconit. De cette façon, on se croit sûr d'atteindre le mal, si ce n'est en tête, ce sera en queue, et l'on quitte le patient tout fier d'avoir fait une belle et longue ordonnance!

Je me rappelle le temps où j'étais stagiaire. Un de nos vieux maîtres, un clinicien de grande valeur, cependant, était un terrible thérapeute. Chaque malade avait deux ou trois prescriptions et dans chaque formule, cinq ou six substances se trouvaient réunies. Le cahier n'était pas suffisant pour loger tout cela, il fallait plus de deux heures pour transcrire ces interminables mixtures. Nous n'en avons retenu qu'une chose; le dégoût d'une thérapeutique aussi compliquée. Seul, le pharmacien ne s'est jamais plaint; je me suis toujours demandé pourquoi. Il n'avait cependant l'air ni d'un héros ni d'un martyr.

On ne peut pourtant pas demander à un médecin de prescrire exclusivement les médicaments indispensables. Il y a des cas où il faut ordonner quelque drogue calmante ou soi-disant tonique; sans cela le malade ne serait pas content. « Mais, docteur, vous dira-t-on, vous ne me donnez pas de fortifiants et cependant j'en ai bien besoin! » Je voyais jadis une pauvre dame, atteinte de carcinose généralisée. Elle avait subi l'ablation d'un sein et le mal avait récidivé. J'avais fait part, au mari, de mes inquiétudes et j'avais trop laissé entrevoir notre impuissance. Un autre consultant fut appelé; il prescrivit les teintures, les extraits les plus variés et les moins usuels. Chaque jour la formule changeait, et chaque jour une lueur d'espoir se rallumait. Jusqu'à la dernière minute, il sut garder la confiance de la malade. Avouez qu'il l'avait bien mérité ; mais il n'appartient pas à tout le monde de déployer une pareille virtuosité.

* * *

Certains médecins profondément incrédules en thérapeutique sont parfois des hommes de la plus haute valeur ; cependant ils ont peu de succès et peu d'autorité. Ils arrivent péniblement à des situations médiocres et ils s'en consolent en raillant la bêtise humaine. Ne croyant pas à la valeur des médicaments qu'ils administrent, il leur est difficile d'exercer sur leurs malades cette suggestion que communiquent si bien les convaincus. Exercée dans ces conditions, la médecine n'est plus qu'un métier vulgaire. N'y a-t-il pas d'ailleurs quelque inconséquence à faire payer des soins dont on proclamerait volontiers l'inanité?

A tout prendre, il vaut mieux, je le répète, croire à la thérapeutique, dans ce qu'elle a de sage et de judicieux que d'être trop sceptique ; et il n'est point nuisible d'avoir quelque confiance en soi. Certes, il ne faut pas se jeter à corps perdu sur toutes les drogues dont on nous vante les vertus ; mais il faut examiner avec soin les médications qui en valent la peine.

Si l'on a, par hasard, un échec, après avoir administré un remède dont la valeur a été universellement reconnue, il ne faut pas se hâter de le mettre au rebut.

Un jour, je conseillais à un confrère, de faire à un enfant atteint de diphtérie des injections de sérum antitoxique. « Vous croyez à cela, me dit-il. » Je lui répondis que ce n'était pas pour moi un article de foi, mais que j'avais obtenu maintes fois des résultats qui me permettaient d'apprécier la valeur du sérum et de savoir ce qu'on était en droit d'en attendre. Il me regarda avec un air de pitié. Peu de temps après je voyais une de ses ordonnances. La polypharmacie la plus naïve s'y étalait ingénuement. Cet esprit fort était décidément un pauvre médecin.

Je ne connais pas de sceptiques plus terribles que certains praticiens qui ont commencé par avoir, en thérapeutique, une foi vraiment immodérée et qui, après quelques déceptions, tombent dans une incrédulité encore plus excessive. Vous rencontrerez tous de ces désillusionnés qui, en présence d'un syphilitique, proclament que le mieux est de ne rien faire et qui refusent d'injecter du sérum à un enfant atteint de diphtérie. Il est vrai qu'ils risqueront, dans d'autres cas, des affirmations aussi aventureuses que naïves. Leur scepticisme rappelle la colère des amants trompés et ils sont aussi dangereux dans leur seconde manière d'être que dans la première.

* * *

Nous vivons, comme le disait Bouchard, dans un temps où la médecine offre à ceux qui l'aiment d'incomparables attraits. Chaque jour nos idées se transforment et le progrès est tellement rapide qu'on risque fort de rester en arrière si l'on s'attarde un instant sur la route.

La pratique médicale a, depuis trente ans, subi une transformation complète. Des anciennes formules galéniques que subsiste-t-il? Par contre, voilà une foule de sérums, de vaccins, d'antitoxiques, d'extraits d'organes, de ferments, au nom desquels on nous fait de séduisantes promesses! La révulsion qui, jadis, tenait en médecine une si grande place est bien délaissée ; mais une foule de moyens physiques s'offrent à nous pour modifier la vitalité des tissus, et leur action, on doit en convenir, est souvent puissante.

Faut-il donc renier tout le passé et cueillir avec enthousiasme toutes les nouveautés qui fleurissent sous nos pas? Assurément non. L'héritage de nos pères est encore le plus clair de notre avoir ; mais les acquisitions de chaque jour augmentent progressivement notre richesse.

Dernièrement, un médecin étranger qui avait suivi

quelques-unes de nos cliniques s'irritait contre la thérapeutique des médecins français. Nous ne sommes pas, il est vrai, des *ultra-médecins*, pour employer son langage, mais nous avons assez vécu pour savoir distinguer le mirage de la réalité. Nous faisons peu à peu notre choix parmi les méthodes auxquelles on peut avoir recours, nous conservons celles qui nous semblent bonnes, nous rejetons celles qui sont douteuses ou mauvaises. Il est possible, assurément, qu'il reste sur le crible quelques grains de froment et qu'un peu d'ivraie passe avec le blé; mais cette sélection est nécessaire et elle sera fructueuse.

Le nombre des médicaments qui encombrent nos formulaires est immense; mais parmi eux combien peuvent être délaissés! En réalité, on peut traiter les malades avec un petit nombre de substances judicieusement choisies, mais, pour cela, il faut connaître à fond leurs propriétés, savoir ce qu'on est en droit d'en attendre et quels sont les dangers qu'elles comportent. Quel merveilleux médicament, par exemple, que la digitale! Habilement maniée, elle donne de superbes résultats, administrée inconsidérément, elle devient dangereuse. Sans doute il y a d'autres médicaments qui peuvent et qui doivent intervenir dans le traitement des maladies de l'appareil circulatoire; mais quels services elle peut rendre à qui l'a bien étudiée!

Il en est de même de la quinine, du salicylate de soude, du mercure, des bromures et de tant d'autres médicaments actifs. Si vous les connaissez à fond, ils ne vous trahiront pas. Il ne faut cependant pas dédaigner leurs succédanés. Si l'on s'enferme dans un cercle de formules trop étroit, on se prive de ressources précieuses. Tout médecin qui traite une maladie de longue durée sait qu'il est nécessaire de varier sa médication.

On se résigne parfois à considérer certaines maladies comme incurables et quand on les rencontre on avoue plus ou moins clairement qu'on est impuissant contre elles. Il ne se passe pas d'années cependant, sans qu'on nous offre le remède qui doit les guérir. Je n'ai pas besoin de vous dire que ces soi-disant spécifiques ne doivent être acceptés que sous bénéfice d'inventaire. Les échecs innombrables auxquels nous avons assisté nous donnent le droit d'être sceptiques. Il ne faut pas cependant que ce scepticisme aille trop loin.

Voyez ce qui s'est passé depuis la découverte de la tuberculine. Au début, il y eut un moment d'enthousiasme; on crut que la tuberculose était vaincue. Hélas! il fallut en rabattre. Bientôt on dénia à cette toxine toute valeur thérapeutique. Elle n'était bonne qu'à provoquer des manifestations locales ou générales plus ou moins utiles au diagnostic et, chez l'homme, on ne l'utilisait qu'en tremblant. Cependant une réaction s'est produite dans tous les pays; on apprend peu à peu à manier cette substance dont l'activité est extraordinaire et les résultats qu'elle donne sont dignes de fixer l'attention. Certes, pas plus demain qu'hier, la tuberculine ne supprimera la phtisie, mais elle exercera une action modificatrice sur certaines formes de la tuberculose.

La part que nous faisons aux médicaments proprement dits dans le traitement des maladies est de plus en plus restreinte. On ne formule plus, disent avec chagrin les pharmaciens d'autrefois qui chôment dans leurs officines.

La raison en est simple : l'axe de la médecine s'est déplacé. Autrefois on s'attaquait surtout aux symptômes, maintenant on s'efforce d'atteindre la cause même du mal. Ce ne sont plus les manifestations cliniques, ce sont les notions étiologiques qui guident nos interventions.

Voyez un nourrisson atteint d'une entérite grave. Allez-vous lui donner, comme autrefois, du bismuth ou des opiacés? Nous nous en garderons bien. Nous savons que ce sont les poisons formés dans le tube digestif aux dépens des aliments ingérés qui sont la cause primordiale des accidents. La première chose à faire est donc de tarir la source de ces poisons. Pour cela la diète hydrique est merveilleusement indiquée; l'eau, du moins, ne fermentera pas dans l'intestin; elle n'y formera pas de poisons et elle empêchera la déshydratation des tissus. S'il reste dans l'estomac, au moment où l'on nous présente l'enfant, du lait qui ne tarderait pas à se transformer en produits toxiques, vite nous lavons l'estomac pour le débarrasser de ce contenu dangereux. Puis, pour hâter l'évacuation de l'intestin, nous administrons un purgatif, du calomel ou du sulfate de soude suivant le cas. Mais le ventre est tendu, sensible et les anses intestinales se contractent douloureusement; il suffira généralement de le couvrir de larges compresses chaudes pour calmer les mouvements péristaltiques; dans certains cas, vous appliquerez une poche de glace. La fièvre est-elle élevée, vous donnez des bains tièdes. L'enfant est-il affaibli, déprimé, déshydraté, vous faites des injections hypodermiques de sérum physiologique. Est-il agité et craignez-vous de voir apparaître des convulsions, vous prescrivez le bromure. Si le cœur est défaillant, vous recourez aux injections hypodermiques d'huile camphrée. Les médicaments, vous le voyez, trouvent leur emploi, dans certains cas, mais la base du traitement, c'est la diète hydrique. Autrefois, le médicament avait le premier rôle, maintenant il n'a plus que le second; ce rôle n'est cependant pas à dédaigner.

La thérapeutique se simplifie et se transforme à mesure que se perfectionnent les données étiologiques et la place que l'hygiène prend en médecine devient chaque jour plus grande. Faut-il nous en plaindre? Non certes, puisque nos statistiques s'améliorent graduellement.

Voici maintenant un baby qui, au cours d'une infection aiguë des voies respiratoires, présente les premiers signes d'une broncho-pneumonie. Que faisait-on, il y a vingt ans? On appliquait des ventouses et des vésicatoires, on donnait des vomitifs, de la quinine, de l'aconit, de l'acétate d'ammoniaque, de l'alcool et l'enfant guérissait quand il pouvait. Maintenant les potions, les vomitifs, même la quinine ne nous intéressent plus guère qu'à titre accessoire.

Nous donnons des bains frais si la température est

très élevée, des bains chauds si elle l'est moins; nous faisons, dans l'intervalle des bains, des enveloppements frais et humides du tronc; nous soutenons le cœur, en faisant des injections hypodermiques d'huile camphrée, et souvent ces moyens bien simples suffisent à éteindre une congestion menaçante.

Je ne vous parle pas du traitement de la fièvre typhoïde. Là, depuis longtemps, le bain tient la première place.

Faut-il vous dire un mot des néphrites?

Au début, nous ne donnons que de l'eau, dans des proportions sagement mesurées, puis nous accordons un peu de lait et graduellement nous en élevons la dose; nous appliquons des ventouses scarifiées, nous enveloppons le tronc de larges compresses chaudes et nous ne prescrivons de la théobromine que si la diurèse tarde à s'établir. Plus tard, quand il faut réalimenter l'enfant, nous supprimons le sel qui fixerait de l'eau dans les tissus et les substances trop azotées. Cette thérapeutique est bien pauvre en apparence et cependant elle est puissante et efficace.

Le mode d'administration des médicaments lui-même a changé; autrefois la voie gastrique et la voie rectale leur semblaient seules ouvertes; maintenant on les introduit sous la peau, dans les muscles, dans les veines, dans le canal rachidien. On augmente ainsi leur activité et l'on est plus sûr de leurs effets.

L'hygiène, la diététique, dont le rôle est capital en médecine infantile, l'opothérapie, les agents physiques gagnent chaque jour le terrain que perdent progressivement les préparations pharmaceutiques.

Mais je n'ai pas l'intention de faire ici l'apologie de la thérapeutique moderne. Elle ne ressemble plus à l'ancienne; mais, malgré la simplicité apparente de ses moyens, elle est incomparablement plus riche, plus active et moins décevante. On arrivait si difficilement à se mettre d'accord sur le mode d'action de certaines drogues administrées journellement qu'on avait bien le droit de douter de leur valeur.

Qui peut nier maintenant l'action du sérum de Roux dans la diphtérie ou du sérum antiméningococcique dans la méningite épidémique? Qui peut mettre en doute l'influence bienfaisante des régimes dans une foule d'affections?

Nous n'avons donc pas reculé; nous avons au contraire fait en thérapeutique de grands, d'immenses progrès. Seulement, en présence d'une médecine si simple, je conçois qu'un amateur de drogues puisse prétendre que nous ne faisons rien. Nous ne faisons pas comme lui, c'est vrai, mais nous faisons certainement mieux que lui.

POUR PRENDRE L'HUILE DE RICIN

Huile de ricin .... } parties
Cassis .... } égales.
Eau ....

Agiter très vivement avant la prise. (*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1910)

Pathogénie et traitement du diabète sucré. — Au nom de M. Vigouroux, M. BENJAMIN présente une note sur ce sujet. M. Vigouroux considère le diabète comme le résultat d'une auto-intoxication et propose de le traiter par le régime lacto-végétarien.

M. WIDAL fait un rapport sur un travail de M. Rosenthal.

Cirrhose granulée ou atrophique du foie. — M. LANCEREAUX lit un travail sur ce sujet, nous y reviendrons.

Le ballottement sus-hépatique, signe nouveau des kystes hydatiques de la convexité du foie. — Sous ce nom, M. CHAUFFARD attire l'attention sur un signe nouveau qu'il a constaté récemment chez une malade atteinte d'un kyste hydatique énorme du foie, et remontant en avant jusqu'à la troisième côte. La main gauche étant placée transversalement en avant, au niveau du deuxième et du troisième espace intercostal droit, les doigts de la main droite accrochent en dessous le rebord du lobe hépatique droit, et ébranlent, par une série de petites secousses dirigées de bas en haut, la masse hépato-kystique. A chaque secousse, la main gauche perçoit un choc léger, un véritable ballottement, au niveau de l'espace intercostal élargi et tendu. Ce signe ne peut être obtenu qu'en avant, et dans le décubitus bien horizontal.

Il complète le signe décrit l'an dernier par M. Chauffard dans les kystes hydatiques de la convexité, sous le nom de flot trans-thoracique.

La réunion des deux modes d'exploration permet, pour ainsi dire, de cuber la masse hépato-kystique, le signe du flot donnant le diamètre antéro-postérieur, et le signe du ballottement le diamètre vertical.

Les hypertrophies solides du foie, même très volumineuses, ne paraissent pas donner le ballottement sus-hépatique.

Traitement chirurgical de la symphise médiastino-péricardique. — M. DELBET, en son nom et au nom de M. HIRTZ, présente un malade qui était atteint d'une symphise cardiaque entraînant les désordres les plus graves, crises d'asystolie, infiltration générale, etc. On fait une ponction pleurale qui donne un demi-litre de liquide. Le lendemain, M. Delbet pratique un désossement de la région précordiale. Sous anesthésie locale, il a reséqué 72 millimètres de la troisième côte, 88 de la quatrième et 94 de la cinquième. Dès qu'une côte est dépériostée, le cœur entraîne la paroi assouplie : il se creuse une cavité de plusieurs centimètres où l'air pénètre en sifflant. Sur la table même d'opération, le malade déclarait qu'il respirait mieux. Les trois incisions furent suturées sans drainage. Les signes objectifs se sont modifiés en même temps que les symptômes subjectifs. Aujourd'hui ce malade circule, monte les escaliers et est tout prêt à reprendre son métier de garçon de café. Cette opération, que M. Delbet désigne sous le nom de cardiolyse, a donné, dans ce cas, un très bon résultat.

Élections. — MM. Pagliani (de Turin) et Filhène (de Breslau) sont nommés membres correspondants étrangers.

— Au début de la séance, M. LE PRÉSIDENT a annoncé la mort de M. Laloy, bibliothécaire de l'Académie de médecine, décédé subitement à Seineport.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1910)

Sur l'origine des nerfs ciliaires. — M. THOMAS a étudié, sur des coupes en série, les nerfs ciliaires avant et après le ganglion ciliaire, chez une tabétique atteinte d'une paralysie de la troisième paire. Or, tandis que celle-ci était complètement dégénérée, les nerfs ciliaires apparaissaient indemnes, ce qui amène à cette conclusion, qu'il n'y a pas de passage direct de la troisième paire aux nerfs ciliaires courts, mais qu'entre les deux il y a un relai dans le ganglion ciliaire. Dans deux autres cas de tabes, avec signe d'Argyll pur, l'auteur n'a pas constaté de lésion des nerfs ciliaires du ganglion, ni des racines motrice et sensitive.

Les lésions de la moelle après une amputation de la cuisse. — M. THOMAS. L'amputation de la partie supérieure de la cuisse avait été faite soixante et onze ans avant la mort. Alors que l'atrophie de la corne antérieure n'est pas suffisamment précise pour que ce cas pût servir à l'étude de la topographie des noyaux moteurs, l'auteur montre une atrophie nette du cordon postérieur, que l'on peut suivre dans le cordon de Goll, jusque dans la région cervicale. Elle relève d'altérations cellulaires des ganglions rachidiens que l'auteur attribue à une réaction à distance.

Histologie des méningites aseptiques chez l'homme après injections sous-arachnoïdiennes. — M. SICARD projette les coupes de la moelle et des racines de trois sujets, chez lesquels, à la suite d'injections aseptiques de novocaïne ou de sérum de cheval dans le liquide céphalo-rachidien, on constate une réaction méningée aiguë, d'abord étendue à tout l'espace sous-arachnoïdien, puis, se localisant, à mesure qu'elle s'atténue, sur sa partie postérieure. Une réaction analogue se retrouve en dehors de la dure-mère. Ces constatations expliquent les douleurs de tête et les accidents qu'on observe à la suite des injections dans l'espace sous-arachnoïdien ; peut-être pourrait-on utiliser la réaction méningée ainsi provoquée dans un but thérapeutique : dans certains cas de tabes, par exemple, elle donne une amélioration des douleurs fulgurantes des troubles moteurs et sphinctériens.

Un cas d'agénésie du corps calleux. — M. LASSALLE-ARCHAMBAULT montre les coupes d'un cas d'agénésie du corps calleux qu'il attribue à une ventriculite fœtale, dont on trouve de nombreuses traces. Les deux vésicules cérébrales n'ont pas pu se rapprocher par suite de l'oblitération des cornes frontales. En réalité, le corps calleux serait seulement hétérotopié, et représenté par le faisceau sagittal médian, qui en présente toutes les connexions.

Les faisceaux aberrants de la voie pyramidale. — Mme DÉJERINE et M. JUMENTIÉ ont, sur un grand nombre de cas, observé dans la région bulbo-protubérantielle des fibres aberrantes qui, parties du segment postéro-interne de ce faisceau, se portent en arrière, plus ou moins confondues avec les fibres du ruban de Reil. Leur destination est inconnue : certaines ont été prises pour des fibres de la troisième paire.

L'inflammation aiguë et subaiguë des parois ventriculaires. — MM. MERLE et DELAMARE montrent les coupes d'une hydrocéphalie aiguë chez un enfant de quatre mois et d'autres, expérimentales, d'où il ressort l'existence d'une véritable épendymite et non d'une méningite ventriculaire ou d'une choroïdite; dans un cas, le plexus choroïde est enserré dans une sclérose dense. Les mêmes auteurs montrent un kyste épendymaire coïncidant chez le même sujet avec des pseudo-kystes sous-épendymaires et dont ils discutent la genèse aux dépens d'une formation pseudo-glandulaire, ou bien par une sorte d'évagination épendymaire.

Lésions segmentaires de la moelle dans le mal de Pott. — MM. LHERMITTE et KLARFELD étudient deux cas de myélomalacie complète (myélite transverse) l'une par mal de Pott, l'autre par pachyméningite tuberculeuse : la compression et les lésions vasculaires sont insuffisantes, pour expliquer la myélomalacie, dont la cause doit être cherchée dans l'action directe des bacilles sur la moelle, bien que celle-ci ne présente pas de tubercules.

Dégénérescence des cordons postérieurs dans les méningites spinales. — M. TINEL montre l'existence d'une dégénérescence tabétiforme, elle se fait surtout au niveau de la zone d'entrée des racines, là où la disparition de la gaine de Schwann crée un point de moindre résistance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1910)

Pathogénie des accidents observés au cours de l'immunisation des chevaux contre le méningocoque. — MM. BRIOT et DOPTER. Après une injection intraveineuse de culture de méningocoques, on observe fréquemment chez les chevaux en immunisation des accidents graves se manifestant par des vertiges, de la titubation, une dyspnée violente, des convulsions et parfois une mort extrêmement rapide.

Les auteurs cherchant à expliquer ces phénomènes ont pu reproduire des troubles identiques chez le cobaye neuf auquel on injecte dans les veines un mélange in vitro de sérum antiméningococcique non chauffé et une émulsion fraîche de méningocoques.

Ils pensent que dans le sérum des chevaux vaccinés se forme une lysine qui, mise en contact avec ces germes, les détruit; ces derniers mettent alors en liberté un poison de nature indéterminée qui provoque instantanément les accidents relatés. Cette hypothèse est rendue plus légitime encore par ce fait qu'une macération aqueuse prolongée d'une émulsion de méningocoques introduite dans les veines d'un cobaye neuf, sans addition de sérum, donne lieu à des troubles identiques.

L'intoxication expérimentale par le toluylène-diamine. Histologie et physiologie pathologique. — MM. A. GILBERT et E. CHABROL décrivent les altérations histologiques des organes hématopoiétiques et du foie aux différentes phases de l'intoxication par le toluylène-diamine. Le toluylène-diamine suscite dans l'organisme l'évolution d'un double processus, hémolytique et biliaire. L'hémolyse se manifeste tout d'abord dans certains organes, plus tard dans le sang circulant. Les organes hémolytiques par excellence sont la moelle osseuse et la rate. Dès le début de l'intoxication on y voit les hématies s'altérer et se transformer en granulations et boules hémoglobiques. Mais bientôt l'hémolyse, marquée soit par la fragilité, soit par l'hémoglobinémie, se manifeste dans le sang circulant ; l'action hémolytique des organes a atteint son summum et se fait sentir sur une partie ou la totalité des hématies. D'après Joannovics et Pick l'action hémolytique de la toluylène s'exercerait par l'intermédiaire du foie. L'étude histologique fait ressortir celle de la moelle à la rate.

L'hypersécrétion biliaire est fournie par la seule cellule hépatique. Naturellement elle ne peut se manifester dans les matériaux nécessaires dont l'hémoglobine, d'où les connexions de l'hémolyse et de la biligénie, mais la fonction biliaire n'est pas commandée par l'hémolyse. L'hyperbiligénie est l'expression d'une suractivité hépatique, de même que l'hyperhémolyse est la marque d'une hyperactivité médullaire et splénique. Si le foie n'était pas stimulé par le poison, ses fonctions ne s'exalteraient point et la cholémie et l'ictère ne se montreraient sans doute pas. A ce titre l'ictère diaminique

mérite véritablement le qualificatif d'ictère hépatogène avec hémolyse.

Stabilisation des globules rouges par les solutions très diluées de formol. — MM. P. Armand-Delille et L. Launoy indiquent un procédé de stabilisation des hématies, qui leur conserve longtemps, à la température du laboratoire, leurs propriétés physiques et permet de les utiliser même après trois semaines, comme index pour la déviation du complément de Bordet et Gengou et la réaction de Wassermann.

L'anaphylaxie chez les chevaux producteurs de sérum antipesteux. — MM. Briot et Dujardin-Beaumetz. Avec une émulsion de bacilles pesteux dans l'eau physiologique chauffée à 57 degrés, l'inoculation intraveineuse d'une dose de 1 à 5 centimètres cubes est inoffensive, du moins dans les premières heures.

Si l'on prépare les animaux par une injection préalable de sérum antipesteux, soit par voie intraveineuse quelques heures auparavant, soit par voie intramusculaire ou intrapéritonéale vingt-quatre heures avant, l'inoculation d'émulsion pesteuse est suivie d'accidents immédiats.

En faisant in vitro le mélange d'émulsion fraîche et de sérum antipesteux et en l'injectant immédiatement dans la veine de cobayes neufs, à des doses de 2 à 5 centimètres cubes, on note les mêmes accidents, plus marqués en général que chez les cobayes préparés pour l'anaphylaxie passive.

Examen comparatif des pouvoirs antitoxique et agglutinant du sérum antidiphtérique. Leur valeur thérapeutique. MM. Louis Martin, Alexis Prévot et Georges Loiseau. — On peut avec des toxines très jeunes obtenir des sérums très antitoxiques qui ne sont pas agglutinants. Nous nous sommes assurés que ces sérums, à fortes unités, ne provoquent pas une chute rapide des fausses membranes, tandis qu'avec des sérums antitoxiques et agglutinants, nous avons observé une disparition rapide des fausses membranes.

Nous pouvons dès maintenant préparer des sérums très antitoxiques mais non agglutinants ; nous pouvons aussi préparer des sérums à la fois antitoxiques et agglutinants. L'expérimentation ne pouvant encore nous fixer sur la valeur respective de ces sérums, c'est la clinique seule qui, pour le moment, peut nous renseigner.

Sur les deux propriétés essentielles du sérum antidiphtérique. — MM. M. Nicolle et G. Loiseau, après avoir rappelé le pouvoir antitoxique bien connu du sérum antidiphtérique, établissent l'existence d'un pouvoir albuminolytique qui se manifeste :

1° Dans l'injection sous-cutanée de bacilles diphtériques mêlés au sérum, dans ce cas la lésion locale produite est toujours plus intense que si l'on n'injecte pas de sérum (bacilles atoxiques) ou que si l'on en injecte à distance (bacilles toxiques).

2° Par injection intra-veineuse de bacilles diphtériques toxiques ou atoxiques à des cobayes ayant reçu la veille, par n'importe quelle voie, 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique : les animaux périssent très rapidement, parfois en quelques minutes, avec toute la série des accidents d'hypersensibilité du type « Théobald Smith ».

Ce pouvoir albuminolytique permet de rapprocher du bacille de Lœffler type les bacilles diphtériques atoxiques.

L'hématie des mammifères jeunes, adultes et bien portants, est un noyau devenu hémoglobique. — MM. Ed. Retterer et Aug. Lelièvre. Les articulations hyoïdiennes ne se transforment en diarthroses qu'après la naissance. Si leurs tissus sont fixés d'une façon précise et colorés convenablement, il est facile d'y suivre le mode de développement des hématies, lors de la liquéfaction des éléments.

Au fur et à mesure que le cytoplasma disparaît par fonte, les noyaux subissent la transformation hémoglobique et, après leur mise en liberté, deviennent des hématies, contenues dans la cavité articulaire.

Sur l'endotoxine du micrococcus melitensis. — M. Bernard.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 JUILLET 1910

THÈSES

Samedi 16 juillet, à une heure. — M. Thibault. De la démorphinisation brusque. (MM. Raymond, président; Gilbert Ballet, Achard et Claude.) — M. Berthomier. Charlatanisme et médecine illégale. (MM. Raymond, président; Gilbert Ballet, Achard et Claude.) — M. Videau. Contribution à l'étude de la névrite traumatique dans ses rapports avec les accidents du travail. (MM. Gilbert Ballet, président; Raymond, Achard et Claude). — M. Perron. Des injections d'air intrapleurales dans le traitement des pleurésies. (MM. Achard, président; Raymond, Gilbert Ballet et Claude.) — M. Léger. Sur le pronostic de la coqueluche. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Brindeau.) — M. Libin. Les fièvres continues tuberculeuses chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Bar, Ribemont-Dessaignes et Brindeau.) — M. Surum. Etude statistique sur le fonctionnement de la maternité de l'hôpital Lariboisière (année 1909). (MM. Bar, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Brindeau.) — M. Chapu. De la descendance des basedowiennes. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Bar et Brindeau.) — M. Adoul. Les syndromes oculo-sympathiques. Types cliniques. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Marion et Morestin.) — M. Potron. De l'incision suivie de suture dans le traitement des abcès froids tuberculeux. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Marion et Morestin.) — M. Eliot. Etiologie, pathogénie, traitement de l'anurie au cours de la lithiase et des tumeurs et néoplasmes pelviens. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Marion et Morestin.) — M. Descomps. Sur un nouveau procédé de dosage de l'urotiline et de la stéréolitine. (MM. Gilbert, président; Alb. Robin, Vaquez et Fernand Bezançon.) — M. Quenot. Essai sur les procédés de fabrication et sur les applications thérapeutiques de la bière et des extraits de malt. (MM. Gilbert, président; Alb. Robin, Vaquez et Fernand Bezançon.) — M. Brustel. Immigration de soies dans la vessie. (MM. Alb. Robin, président; Gilbert, Vaquez et Fernand Bezançon.) — M. Turettes-Laventure. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses externes suppurées (ponctions, injections). (MM. Alb. Robin, président; Gilbert, Vaquez et Fernand Bezançon.)

NOTES POUR L'INTERNAT

FIBROMES UTÉRINS (1)

Symptomes. — Les fibromes se traduisent par des symptômes physiques assez variables suivant leur siège et leur mode de développement. Mais ils présentent un ensemble de symptômes fonctionnels communs et à peu près constants qui ne font que changer d'intensité suivant les formes.

I. Début. — Le début est généralement insidieux. Chez

(1) Suite. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 74, p. 1078.

une femme jeune encore apparaissent des *hémorragies* plus abondantes au moment des règles. C'est le signe initial le plus constant. Souvent la femme vient se plaindre de sensations de *pesanteur* hypogastrique ou de quelques douleurs pelviennes irradiées dans les lombes.

Plus rarement c'est la découverte d'une *grosseur* abdominale qui l'amène à consulter un médecin.

Puis en quelques semaines les symptômes se précisent et s'accusent plus ou moins, suivant les formes. Mais ce qui domine toujours ce sont les troubles fonctionnels de l'utérus.

II. Symptômes fonctionnels. — 1° Hémorragies. — Ce sont d'abord, nous l'avons vu, des *ménorragies*. Les règles qui étaient de trois ou quatre jours se prolongent pendant cinq, sept, dix jours. Elles sont plus abondantes; la malade s'étonne de perdre de gros caillots. Elles sont parfois douloureuses, s'accompagnant de coliques expulsives.

Puis c'est une vraie *métrorragie*, les règles se sont si bien rapprochées qu'elles cessent à peine, la malade ne les reconnaît plus; la femme est tout le temps dans le sang, obligée de se garnir en permanence.

Cette hémorragie est le fait d'une congestion vasculaire, entretenue par la présence du fibrome qui agit comme un corps étranger provoquant une sclérose vasculaire et périvasculaire; plus rarement il existe une véritable endométrite fongueuse.

2° Anémie. — Ces hémorragies répétées provoquent, même quand elles sont peu abondantes, une anémie grave, rarement mortelle par elle-même, mais qui met la malade dans des conditions des plus défavorables pour supporter un choc opératoire.

La malade arrive à l'hôpital souvent exsangue, déprimée, sans force, et il faut la remonter avant d'intervenir.

Hémorragies et anémie peuvent être les seuls symptômes; ce sont les symptômes capitaux.

3° Leucorrhée. — Elle est surajoutée; généralement peu abondante, glaireuse, inodore, sans pus.

4° Hydrorrhée. — C'est un symptôme peu fréquent, quoique non exceptionnel Il consiste en un écoulement brusque, en une fois, par le col, d'un liquide limpide, collant, très albumineux. Il en coule jusqu'à 300 et 400 grammes d'un coup. Ces écoulements se répètent. Ils constituent une forme à part: les fibromes hydrorrhéiques de Trélat.

5° Douleurs. — Elles sont peu fréquentes et très variables. Généralement le fibrome est indolent. C'est à peine si au moment des règles surviennent quelques coliques par expulsion de caillot, comme on en observe chez des femmes saines.

Les vraies douleurs s'observent dans certains cas particuliers en rapport avec le siège de la tumeur et non avec son volume. Ce sont :

1. Des douleurs continues pelviennes, hypogastriques ou lombaires, reconnaissant pour cause soit des compressions nerveuses (plexus sacré), soit une légère inflammation péritonéale ou annexielle. Elles sont souvent fonction de la nervosité de la malade.

2. Des douleurs discontinues : *a.* douleurs d'expulsion dans les cas de polypes fibreux s'engageant dans le vagin; *b.* douleurs vives avec ballonnement, nausées, symptômes péritonéaux, dans le cas de torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal.

6° On peut observer enfin des troubles divers suivant le développement de la tumeur. Troubles digestifs ou nerveux liés à l'anémie. Troubles fonctionnels de compression dans les fibromes abdominaux énormes à développement rapide : essoufflement, gêne de la respiration, gêne de la circulation cardiaque pouvant aller jusqu'à l'asystolie.

III. Signes physiques. — Ils varient avec les formes et c'est à leur propos que nous les étudierons, mais deux sont à peu près constants.

1° Allongement de la cavité utérine. — L'hystéromètre enfoncé dans la cavité utérine révèle une distance du fond à l'entrée du col qui dépasse toujours 8 centimètres et souvent de beaucoup, atteignant couramment 12 à 15 centimètres. Deux précautions sont à prendre avant cette exploration : 1. s'assurer s'il n'y a pas de grossesse et dans le cas de doute s'abstenir; 2. opérer avec une asepsie rigoureuse.

2° Constatation en un point variable d'une tumeur dure et arrondie parfois multilobulée, mais toujours en connexion intime avec l'utérus; les mouvements imprimés à la tumeur sont transmis à l'utérus qu'on sent par toucher vaginal, et réciproquement.

IV. Formes cliniques. — *A.* Fibromes à développement vaginal. — Tous sont sous-muqueux.

1° *Variétés.* — 1. Fibromes du col : ils naissent sur la portion vaginale ou dans la partie sus-vaginale.

2. Fibromes du corps : ce sont des fibromes sessiles pouvant entraîner l'inversion; ou des fibromes pédiculés des *polypes fibreux* les plus fréquents. Ils se développent dans la cavité utérine, puis dilatent le col et pénètrent dans le vagin où souvent ils s'excorient, s'infectent et se gangrènent; ils peuvent s'éliminer spontanément par rupture du pédicule.

2° *Symptômes.* — 1. Les *hémorragies* sont abondantes comme dans tous les fibromes sous-muqueux (l'hémorragie du fibrome est d'autant plus abondante que le fibrome se rapproche davantage de la muqueuse). Elles peuvent amener une anémie qui simule la cachexie cancéreuse.

2. Les *douleurs* très nettes quand le polype franchit le col; douleurs expulsives.

3. Sécrétion putride et fétide, quand le polype est sphacélé.

4. Au toucher vaginal : *a.* Si c'est un polype, on sent une tumeur ronde et dure avec un pédicule plus ou moins étroit plongeant dans le col, on fait le tour entre le polype et la paroi du col.

b. Si c'est un fibrome du col, on sent une lèvre saillante, dure, avec un orifice excentrique souvent large.

c. Parfois le polype est intermittent, rentrant dans l'utérus d'un toucher à l'autre, ou bien il met simplement le nez à la fenêtre du col, ou bien encore il reste intra-utérin. Il faut alors faire pour le sentir le toucher intra-utérin après dilatation du col.

5. *Spéculum.* — On voit la tumeur en battant de cloche le plus souvent; parfois rouge foncé, verdâtre par endroits, sphacélée.

6. Le *cathétérisme utérin* montre la cavité agrandie et permet de sentir la base d'implantation.

B. Fibromes à développement pelvien. — 1° *Variétés.* — 1. les fibromes du corps sont parfois tombés dans le cul-de-sac de Douglas et s'y enclavent; 2. les fibromes du col sont primitivement pelviens.

Ils se développent : *a.* en arrière, au-dessous des ligaments utérosacrés dans la cloison recto-vaginale ou au-dessus dans la concavité du sacrum; *b.* latéralement, dans les ligaments larges vers la fosse iliaque ou l'abdomen (souvent deux parties, pelvienne et abdominale); *c.* rarement en avant, refoulant la vessie.

2° *Symptômes.* — 1. Les hémorragies sont peu abondantes généralement.

2. Les *symptômes de compression* prédominent.

a. Vessie et urètre. — La dysurie, la pollakiurie avec ténesme et même la rétention d'urine sont signes fréquents.

b. Rectum. — La constipation opiniâtre est des plus constantes.

c. Plexus sacré. — Sciatique, crampes moins fréquentes.

d. Veines pelviennes. — Hémorrhoïdes, varices vulvaires.

e. Uretère. — Légers troubles urémiques.

Toutes ces compressions peuvent aboutir à des accidents aigus : occlusion intestinale, anurie, urémie aiguë; elles entraînent la cachexie et l'urémie chronique. Ce sont donc des formes graves.

3. *Symptômes physiques.* — *a.* Au *toucher vaginal*, les tumeurs postérieures, bombent dans le cul-de-sac postérieur, refoulant le col sur la symphyse, atteignant le sacrum généralement fusionné avec le col, parfois mobilisable sur celui-ci (fibromes du corps prolabés). Les fibromes du ligament large font saillie dans le cul-de-sac latéral; le col est dévié latéralement, immobilisé et abaissé. Souvent la tumeur est abdomino-pelvienne. Les antérieurs font saillie derrière la symphyse, refoulant la vessie.

b. Au toucher rectal, on sent le rectum comprimé sur le sacrum par les fibromes à développement postérieur.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Un nouveau traitement du tabes avec quelques considérations sué la répercussion centrale des irritations périphérique, par le docteur H. Jaworski, de la Faculté de médecine de Paris et de la Faculté de médecine de Lemberg (Autriche), médecin et chirurgien de la Faculté de médecine de Lima (Pérou) et du Royaume d'Espagne. Un vol. in-18 jésus de 214 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Deuxième séance du 6 juillet. — MM. Carles : « Voies de pénétration du bacille de Koch dans l'organisme »; note : 18; — Nattan-Larrier : « Les cytodiagnostics »; note : 18.

Séance du 7 juillet. — MM. Garnier : « De l'immunité »; note : 18; — Léri : « Bacillose de Koch aiguë »; note : 19.

Première séance du 8 juillet. — MM. Leuret : « Le délire dans l'alcoolisme chronique »; note : 17; — Euzière : « Les pancréatites »; note : 19.

— SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 6 juillet. — MM. Chevassu, 19; Vanverts, 10; Okynczyc, 19; Massabuau, 15; Schwartz, 19; Duvergey, 15; Dambrin, 15 1/2; Colle, 20; Alglave, 19; Muller, 14; Rocher, 17; Thévenot, 17 1/2; Chevrier, 19 1/2; Barthélemy, 15 1/2; Tavernier, 17; Cotte, 15; Leriche, 19; Mocquot, 18; Binet, 17 1/2; Martin, 14; Gorse, 14.

Epreuve d'anatomie pathologique. — Séance du 7 juillet. — MM. Schwartz, 19; Martin, 13; Chevrier, 19; Massabuau, 19; Thévenot, 19 1/2; Okynczyc, 19 1/2; Colle, 15; Binet, 19; Cotte, 18; Vanverts, 17; Muller, 18; Tavernier, 14; Mocquot, 19 1/2; Rocher, 19 1/2; Duvergey, 14; Leriche, 16; Dambrin, 19; Gorse, 15; Alglave, 19; Barthélemy, 18; Chevassu, 19.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :
Bordeaux. — M. Rocher.
Lille. — M. Vanverts.
Lyon. — MM. Leriche, Thévenot, Tavernier.
Montpellier. — M. Massabuau.
Nancy. — M. Binet.
Paris. — MM. Chevassu, Okinczyc, Schwartz.
Toulouse. — MM. Dambrin, Martin.

— SECTION DE PHARMACIE. — *Epreuve orale.* — Séance du 6 juillet. — MM. Florence : « Médicaments iodés officinaux »; note : 13; — Bretin : « Ferments protéolytiques animaux et végétariens utilisés en pharmacie »; note : 12.

Epreuve pratique. — Séance du 7 juillet. — MM. Bretin, 16; Florence, 15 1/2.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Bretin.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 6 juillet. — MM. Laubry, 19; Balthazard, 16; Comte, 17; Villaret, 18.

Séance du 8 juillet. — MM. Camus, 18; Crouzon, 17; Sainton, 12.

Prochaine séance 10 juillet, à 9 heures 1/2, à Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 6 juillet. — MM. Lardennois, 19; Marcille, 17; Desmaret, 18.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :
Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Audibert, Larche, Laurent, Maritan, Porcheron et Roufflandis (de Marseille).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La chaire de thérapeutique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont institués agrégés près les facultés de médecine :
Section d'obstétrique : MM. Guéniot et Lequeux (Paris), Delmas (Montpellier);
Section d'anatomie pathologique : M. Roussy (Paris).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 779 décès, au lieu de 836 pendant la semaine précédente et au lieu de 849, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant. L'épidémie de rougeole est complètement terminée.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On a compté 3 décès par méningite cérébro-spinale et on signale 4 nouveaux cas.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bamberger, bibliothécaire du Muséum, et Cortyl père (de Bailleul).

(*Voir la suite des* **NOUVELLES**, *p. 1126.*)

Pureté *Efficacité*

ASTRINGENT INTESTINAL SOUVERAIN

Diarrhées aiguës ou chroniques — Diarrhées infantiles
Dysenterie — Fièvre typhoïde.

Le Tannigène Bayer traverse l'estomac sans se décomposer, partant, sans l'irriter et exerce son action astringente sur toute la longueur du tube intestinal.

TOLÉRANCE PARFAITE

PAS D'EFFETS SECONDAIRES



Formuler :

TANNIGÈNE BAYER

(1 flacon avec mesure).

De 1 à 10 mesures par jour.

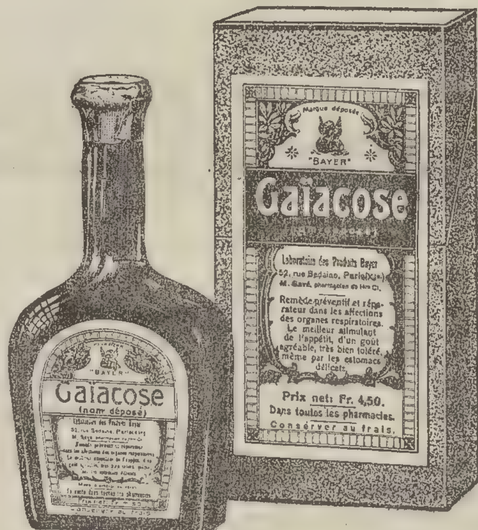
Seule garantie de pureté et d'efficacité.

AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES

Tuberculose, Bronchite, Coqueluche, etc.

Tolérance parfaite *Goût agréable*

Dans la Gaïacose, on a admirablement réuni l'EFFET SPÉCIFIQUE d'un dérivé NON TOXIQUE du gaïacol aux propriétés bien connues de la SOMATOSE (reconstituantes et stimulantes de l'appétit). Par sa richesse en calcium, enfin, la Gaïacose influence favorablement l'activité cardiaque.



PRINCIPE ACTIF :

Sulfo-gaïacolate de calcium (5 %)

Formuler :

GAIACOSE (1 flacon)

Adultes : 3 ou 4 cuillerées à café,
Enfants : 1 ou 2 cuillerées à café,
par jour, après les repas.

Échantillons et littérature : LABORATOIRE DES PRODUITS BAYER

52, Rue Sedaine, PARIS (IXe). — Marcel SAVÉ, pharmacien de 1re classe.

REVUE GÉNÉRALE (1)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE CERVICALE

Par M. Henri HAMEL (du Mans),
Ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Quand se manifeste cliniquement l'envahissement d'un ganglion ou d'une chaîne ganglionnaire par le bacille de Koch, l'infection bacillaire a de beaucoup dépassé l'obstacle constitué par la barrière ganglionnaire. Déjà sont répandus dans l'organisme bacilles et toxines dont la diffusion se traduit toujours par des signes généraux plus ou moins cliniquement décelables pour qui veut et sait les rechercher, souvent par d'autres manifestations cutanées, osseuses ou plus rarement viscérales.

Le traitement de la tuberculose ganglionnaire ne doit donc pas viser une affection locale, mais combattre une maladie générale, procédant par poussées irrégulières, capricieuses et imprévues : ceci revient à dire que le traitement de la tuberculose ganglionnaire est avant tout médical. Mais, du fait de leur volume ou de leur évolution anatomique, les ganglions peuvent être justiciables d'un traitement local adjuvant, variable suivant les formes cliniques, variable même selon la situation sociale du malade.

I

Méthodes de traitement général de la tuberculose ganglionnaire cervicale. — 1° Climatothérapie. — Il est admis par tous les médecins qu'il importe de soustraire le tuberculeux ganglionnaire à l'influence déprimante et infectante au premier chef des villes. On sait que les résultats obtenus dans un pareil milieu ne sont point satisfaisants, et cela explique l'échec à la ville de méthodes donnant à la campagne ou à la mer les meilleurs résultats.

Quant au lieu où doit être envoyé le tuberculeux ganglionnaire, plusieurs cas doivent être envisagés.

Il est en effet évident que les malades présentant à la fois de la tuberculose pulmonaire et des manifestations ganglionnaires doivent être au point de vue climatérique traités comme des pulmonaires. A ceux-là on conseillera la campagne, loin du littoral si les lésions bacillaires du poumon sont considérables. Si, au contraire, ce ne sont que des lésions minimes, se traduisant par de la submatité, une inspiration rude, une expiration prolongée, du retentissement vocal, on ordonnera avec avantage les stations maritimes à climat doux, bien abritées, telles que Arcachon, Hendaye, Banyuls, Saint-Trojan et même Roscoff. La cure d'altitude reçoit les mêmes indications.

Mais pour tous les malades, qui sont la grande majorité, présentant des lésions ganglionnaires sans lésions viscérales, il est avantageux de prescrire à l'exclusion de toute autre une station marine à climat rude, sec, balayée par les vents du large. On ne saurait trop le répéter, aucune tuberculose pulmonaire ne peut être envoyée dans une pareille station. C'est ainsi qu'on peut affirmer qu'à Berck, à Margate, il n'y a pas de tuberculeux pulmonaires; la raison est facile à comprendre ; s'il en est qui y sont envoyés, il faut les évacuer en hâte, tant est accélérée l'évolution de leurs lésions viscérales qui présentent des poussées congestives des plus redoutables. Biarritz reçoit aussi avec avantage les tuberculeux ganglionnaires sans lésions du poumon. Enfin les malades atteints de très légères lésions pulmonaires ou indemnes de toute tuberculose viscérale bénéficieront d'un séjour à Bourbonne, à la Bourboule, à Cauterets, Uriage, Saint-Gervais ou Barèges.

On peut comprendre de diverses manières ces cures climatériques. Pour M. Louis Guinon il faut préférer aux cures marines continues des cures discontinues faites de séjours alternés à la campagne et à la mer. Cela est d'autant plus compréhensible qu'on sait que le climat marin donne aux adénites une poussée de réaction plus ou moins intense, à laquelle succède une régression progressive. Pour beaucoup d'auteurs le séjour continu et prolongé à la mer est préférable à toute autre cure climatérique.

Quelle est cliniquement l'action de la cure climatérique? Elle a été bien étudiée pour la cure marine par M. V. Ménard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de l'Assistance publique de Paris à Berck-sur-Mer. Durant les premiers jours de la cure marine on constate dans l'immense majorité des cas une poussée nette et parfois violente; les petits ganglions durs et libres deviennent douloureux et un peu empâtés, les ganglions rares et peu volumineux augmentent de volume et s'entourent de périadénite, les grosses masses ganglionnaires se caséifient souvent, au point que M. Baldy (de la Rochelle) juge la mer contre-indiquée aux adénites enflammées, ce qui tient à une mauvaise interprétation des faits. Au bout de deux semaines ces poussées irritatives se calment et le caractère froid de l'engorgement revient ce qu'il était auparavant.

En combien de temps évoluent ces lésions ganglionnaires sous l'influence de l'air marin? Dans notre thèse inaugurale nous avons pu donner des réponses à cette question, en nous guidant sur la grande expérience de M. Ménard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime, de MM. Andrieu et Calvé, anciens internes des hôpitaux de Paris, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime.

La macro-poly-adénopathie, avec ses ganglions dits en grains de plomb, guérit en cinq à six mois.

La mono-adénite dure, non suppurée, diminue en six mois ou un an des deux tiers ou des trois quarts. Il faut des années, cinq ou six ans, pour que se résorbe le contenu caséeux; des cures discontinues sont parfois nécessaires jusqu'à l'adolescence pour obtenir une complète résorption des ganglions.

La poly-adénite avec péri-adénite perd en quelques mois sa gangue et les ganglions deviennent libres, mobiles, roulant sous le doigt. Il faut deux ou trois ans pour arriver à la résorption complète.

Le ganglion ramolli évolue avec rapidité; il convient de le surveiller avec grand soin et de le traiter attentivement au moment de la poussée initiale : le traitement local approprié doit être institué de façon précoce.

Quant aux ganglions suppurés fistuleux, deux cas sont à considérer : si la fistule répond à un ou deux ganglions superficiels, en deux mois on obtient une cicatrisation avec les soins appropriés; si la fistule répond à des ganglions profonds ou multiples, aucun résultat appréciable sans intervention.

Quant aux ganglions en grappe, durs, de type pseudo-sarcomateux, ils sont très peu influencés par la cure climatérique marine.

Les résultats de la cure d'altitude sont difficiles à préciser. Si nous lisons les communications des médecins de Leysin nous voyons pourtant que leurs résultats sont très inférieurs à ceux de Berck, et même de Banyuls et Saint-Trojan. Mais peut-être cela tient-il au grand nombre de tuberculeux pulmonaires qui sont dans ces stations d'altitude, et dont l'état général rend plus difficile l'amélioration.

Enfin, quelle que soit la cure climatérique choisie on doit conseiller au malade le repos, l'aération constante. Les excès génitaux, les veilles prolongées seront défendus aux tuberculeux ganglionnaires qui trop souvent compromettent leur guérison par des fautes d'hygiène.

2° **Diététique et thérapeutique médicamenteuse.** — M. Louis Guinon conseille chez ces malades d'augmenter le nombre des repas, qui sera de cinq à six par jour. Il préconise l'emploi de la viande pulpée, viande de mouton de préférence.

M. A. Robin compose ainsi le menu de ces malades : potages au lait avec des pâtes ou des farines de céréales, assez épais, viande grillée ou rôtie en petites quantités. Pâtes alimentaires, pommes de terre en robe de chambre, purées de légumes sont également indiquées. La sole, la barbue, le turbot frais sont indiqués avec avantage. Mais il est particulièrement utile de faire ingérer aux malades des huîtres, une demi-douzaine à une douzaine par jour; la valeur nutritive de ces mollusques est en effet indiscutable. Tous les aliments sucrés, confitures, crèmes, gelées, les fromages blancs, le petit suisse sont d'une excellente alimentation.

En dehors de ces aliments, il convient de donner aux sujets jeunes des riz de veau, des cervelles, du jambon.

Enfin, le bouillon de bœuf, excellent eupeptique, ne sera point oublié.

Les médicaments à prescrire au cours de la tuberculose ganglionnaire sont peu nombreux.

Si le malade a peu d'appétit on trouvera avantage à lui prescrire une demi-heure avant le repas 100 grammes d'eau de Vichy Célestins tiède.

L'huile de foie de morue, l'iode et le tannin sous forme de sirop iodotannique, l'arsenic sous forme d'arséniate de soude, de liqueur de Fowler ou même de cacodylate, les phosphates, l'acide phosphorique sont les médicaments employés avec les meilleurs résultats.

M. Guinon ordonne également les sels de chaux avec avantage.

Mais là comme dans toute tuberculose le médecin ne doit point oublier le vieux principe thérapeutique : *pauca sed probata et selecta remedia*, et par-dessus tout garder au malade un bon fonctionnement gastrique.

3° **Les injections thérapeutiques diverses au cours de la tuberculose ganglionnaire cervicale.** — Il en est de deux variétés : les unes cherchent à agir à distance directement sur la lésion (calomel), les autres au contraire modifient l'organisme tout entier pour chercher à atteindre l'adénite (sérums divers, tuberculine).

Injections de calomel. — En dehors de toute syphilis, nous avons injecté le calomel par voie intra-musculaire dans tous les cas de ganglions volumineux, entourés d'une gangue de péri-adénite chronique. De façon constante, nous avons obtenu des résultats qui sont : disparition rapide de la péri-adénite, légère diminution du ganglion lui-même. Cette médication part de la constatation faite par M. J. Darier de l'action du calomel sur les éléments lymphoïdes; les indications de cette méthode sont : grosses masses d'adénite et de péri-adénite à ganglions difficilement perceptibles, immobilisés dans une gangue d'irritation chronique; au bout de trois à quatre injections de 6 à 8 centigrammes de calomel on obtient une totale résorption de la gangue périganglionnaire.

Injections mercurielles diverses. — Dans tous les cas où chez un syphilitique apparaît un ganglion cliniquement tuberculeux il importe d'instituer le traitement mercuriel qui aidera considérablement à l'amélioration de la lésion tuberculeuse sans la cicatriser complètement.

Injections de sérum. — Elles ont pour but de modifier l'état humoral et d'avoir ainsi une réaction de défense favorable à la cure de l'adénite.

Le sérum de Marmoreck a donné, employé par voie rectale ou sous-cutanée, des résultats divers. Dobard, van Huellen, Ulmann, G. R. Rubenstein, H. M. Hymons et Polak-Daniels, Wohlberg, Mori, P. Glaesner, Straus, E. Wein ont obtenu des résultats satisfaisants par cette médication qui n'a pas fait ses preuves et donné des échecs à de très nombreux observateurs.

Le sérum d'Arloing et Dumarest n'a pas donné de résultats satisfaisants.

Nous ne parlerons pas des autres sérums dont l'étude n'est pas encore suffisamment faite. Quant au liquide qualifié si heureusement « plasma » par M. Quinton, son action dans l'adénite bacillaire est ce qu'elle est dans toute tuberculose, nulle, quand elle n'est pas nuisible.

Injections de tuberculine. — La tuberculine de Beraneck pas plus que la tuberculine A et B de Koch.

ne donnent des résultats satisfaisants. Les travaux de Guinard, Bertrand, Barbier et Dieupart, l'observation de M. J. Darier et les nôtres montrent que jusqu'à présent cette médication est aveugle, inefficace et peut être dangereuse. Il convient donc de mettre les praticiens en garde contre elle, du moins dans l'état actuel de nos connaissances.

Il n'existe pas dans l'état actuel de la science de médication spécifique de la tuberculose à forme ganglionnaire. On ne saurait trop insister sur ce point et répéter qu'en dehors des cures climatériques associées à la cure médicamenteuse (et encore le rôle de cette dernière est-il très effacé), il n'existe aucun mode de traitement efficace de la tuberculose ganglionnaire. Il importe également de savoir que ce sont des mois et même des années de traitement qui sont nécessaires pour la guérison aussi parfaite que possible de la tuberculose ganglionnaire.

II

Traitement local de la tuberculose ganglionnaire. — Sans avoir la prétention de guérir la tuberculose ganglionnaire, le traitement local n'en a pas moins des indications considérables dans la cure de cette affection. Son but est d'aider la médication générale à lutter contre certaines formes anatomiques desquelles l'organisme est impuissant à triompher, à combattre certains accidents menaçants ou à en prévenir le retour.

Nous étudierons successivement les méthodes ayant pour but d'empêcher par voie lymphatique les infections secondaires si fréquentes du ganglion irrité, les applications médicamenteuses locales, les applications locales des agents physiques, les ponctions modificatrices et évacuatrices, enfin l'extirpation chirurgicale.

Traitement local des lésions organiques favorisant l'action du bacille de Koch et des agents d'infection secondaire. — Les expériences de M. H. Martin montrant la tuberculose ganglionnaire consécutive à l'impétigo banal; de Hugo Starck, Cook la montrant à la suite d'une carie dentaire; du professeur Dieulafoy, de M. Lermoyez, à la suite de lésions amygdaliennes; de M. Brindel, élève du professeur Moure, décélant la tuberculose à point de départ adénoïdien, montrent nettement qu'il faut soigner avec attention les dents et les lésions ligamentaires pour éviter cette affection. Mais on ne saurait trop insister sur le seul examen, prépondérant, presque exclusif de la voie d'absorption bucco-pharyngée dans l'étiologie de l'adénite bacillaire.

Si le traitement prophylactique doit viser la muqueuse bucco-pharyngée, les dents et les lésions du cuir chevelu, il convient de ne pas oublier combien fréquemment surviennent des poussées aiguës au cours de l'adénite chronique sous l'influence d'une angine ou d'une carie dentaire; ce sont des faits sur lesquels on ne saurait trop insister.

Il est donc capital, avant d'instituer pour l'une des formes quelconques de la tuberculose ganglionnaire un traitement local ou général, de supprimer la porte d'entrée ouverte aux infections secondaires comme à la tuberculose.

Il est un certain nombre de méthodes locales du traitement de l'adénite qui s'adressent à tous les cas quel que soit l'état anatomique ou le nombre des ganglions : les cures locales médicamenteuses sont applicables à tous les cas de tuberculose ganglionnaire. Mais sauf au cours des poussées aiguës avec ou sans invasion du tissu cellulaire et même de la peau, cas où les pansements humides alcoolisés rendent les plus grands services, il ne faut pas fonder de grandes espérances sur les applications locales médicamenteuses. Les pommades à l'iodure de plomb, au collargol, aux sels mercuriels n'ont donné que de piètres résultats, et souvent altéré la peau. Plus efficaces semblent les compresses imbibées d'eaux mères de Salies-de-Béarn ou de Kreutznach : encore est-il qu'il convient de n'espérer d'elles un résultat qu'au cas de lésion à évolution subaiguë.

L'héliothérapie peut rendre des services dans les diverses modalités cliniques de l'adénite tuberculeuse. Instituée à Nice par Boniglione, à Nîmes par Reboul, à Leysin par Eschoquet, Meyer, Heuzler, Stelling, elle a donné de bons résultats. L'insolation thérapeutique doit être limitée au point à traiter, les premières séances durent de cinq à dix minutes et peuvent être prolongées des heures au bout de quelques jours.

Quant à la **photothérapie** et à la **radiumthérapie** les résultats ne semblent pas jusqu'à ce jour très encourageants.

Les autres méthodes locales de traitement de l'adénite tuberculeuse ont des indications spéciales, car elles s'adressent à des formes anatomiques distinctes et souvent une méthode utile dans le traitement d'une variété d'adénite donnera des résultats nuls appliquée à la cure d'une autre variété.

Radiothérapie. — On a tant attendu de cette méthode thérapeutique qu'elle a donné de grandes désillusions, car ses indications sont restreintes. Elle est utile au cas de grosse masse ganglionnaire récente, avec gros empâtement périganglionnaire, gangue autour des adénites empêchant de savoir quelle est dans la tumeur la part du ganglion ou de l'irritation périganglionnaire. En faisant disparaître la périadénite et diminuant le volume des ganglions la radiothérapie devient en ce cas le premier temps d'un traitement soit local, soit seulement général. Mais elle n'est réellement la méthode de choix que dans la forme dite pseudo-sarcomateuse, caractérisée cliniquement par des ganglions multiples, durs, dont aucun n'est suppuré, sans périadénite, et anatomiquement par une hypertrophie du ganglion avec peu ou pas de tissu tuberculeux. Dans ces cas fréquents d'ailleurs la radiothérapie fait merveille et peut assurer une disparition totale du ganglion; nous n'avons pas de renseignements sur le pronostic lointain de cette méthode, trop récente encore. En effet ce n'est qu'en 1878 que Hendrix appliqua la radiothérapie au traitement de l'adénite bacillaire. Puis vinrent les communications de F. B. Bishop, Child

Beresfonds, F. P. Vale, Ellesmorth, Cadmell, Williams, Pusey précédant les études d'ensemble de René Desplats et de Bergonié : depuis se sont multipliés les travaux.

La technique doit avoir ce but précis : faire absorber le plus grand nombre de rayons possibles sans causer de radiodermite. M. J. Darier conseille en 1905 de commencer par des doses de quatre ou cinq H à huit jours d'intervalle, puis de donner deux H à trois semaines d'intervalle. Mais il n'est pas possible encore de donner une formule absolue. La durée du traitement est variable. Mais il faut au moins trois séances pour agir sur la périadénite et les éléments du ganglion lui-même ne sont en régression qu'au bout de la dixième séance. Plusieurs mois sont nécessaires dans les cas les meilleurs pour arriver à une régression complète de l'adénite.

Il résulte des observations multiples de ces dernières années que la caséification avancée d'un ganglion et à plus forte raison sa fonte purulente avec envahissement du tissu cellulaire contre-indiquent la radiothérapie.

Injections modificatrices et ponctions. — Bien qu'elle ait de nombreuses indications cette méthode de traitement local, adjuvante du traitement général, est loin d'être applicable à tous les cas, comme pourraient le faire croire certaines publications vulgarisatrices destinées évidemment aux gens du monde plutôt qu'aux médecins, ainsi qu'il en appert nettement de leur simple lecture.

Nous étudierons d'abord la technique des ponctions, indiquerons les liquides à injecter et verrons ensuite certains cas particuliers donnant lieu à des indications thérapeutiques spéciales.

Technique. — La peau doit être lavée au savon, à l'alcool et à l'éther. On dispose alors un clamp troué à sa partie médiane. Les instruments nécessaires sont une aiguille d'un assez fort calibre, du type de celles avec lesquelles on injecte le sérum, une seringue de verre de 10 centimètres cubes. Au cas de caséum épais on aura avantage à se servir de la seringue à gros embout et du petit trocart de M. J. Calvé, de Berck, construits spécialement pour le traitement des abcès froids.

Il est complètement inutile de se servir des aspirateurs divers préconisés en l'occurrence par quelques auteurs.

La peau doit être traversée en un point variable suivant le cas. Si le ganglion est libre de toute adhérence à la peau on peut perforer celle-ci très près de l'adénite. Mais s'il y a invasion du tissu cellulaire et de la peau il convient de ne pas oublier que la ponction doit être faite à distance, en peau saine, à au moins un centimètre et demi en dehors de la zone d'adhérence : c'est là une précaution capitale pour prévenir la fistulisation ultérieure.

Pour faire la ponction l'opérateur prend les instruments stérilisés à l'ébullition ou à la chaleur. Il fait un pli à la peau qu'il traverse après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, ou sans anesthésie. L'aiguille est alors dirigée obliquement vers le ganglion : un temps d'arrêt marque le contact de l'aiguille et de la paroi ganglionnaire. Celle-ci ayant été percée d'un coup sec, l'opérateur sent la pointe de l'aiguille libre dans la cavité. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien le liquide s'écoule aisément et il convient alors de pratiquer des ponctions sans injection modificatrice, inutile du fait du bon écoulement du liquide ; ou bien au contraire la ponction reste blanche ou amène un liquide très épais, grumeleux, s'écoulant mal et qu'il faut modifier. Il faut alors modifier le ganglion par une substance chimique. Nous n'énumérons pas ici les innombrables substances modificatrices injectées depuis Fabrice d'Aquapendente et que nous rapportons dans notre thèse inaugurale. En dehors du nucléinate de soude encore à l'étude ainsi que le sérum de cheval de R. Petit, trois substances modificatrices sont surtout employées : le naphtol camphré (liquide très toxique qui six fois entraîna la mort rapide, sans que nous comptions les cas de mort non publiés mais connus de tous, et les accidents graves maintes fois signalés), le thymol camphré et l'iodoforme.

Le *thymol camphré* se prépare en mettant en présence 200 grammes de camphre et 100 grammes de thymol. On obtient ainsi un liquide épais, visqueux, qui est au moment de l'injection additionné d'une égale quantité d'éther. C'est le médicament à injecter au cas de liquide très épais, sans irritation marquée de la peau, ou même dans le cas où on a obtenu par la ponction un résultat négatif. Il est très irritant, et il convient de savoir qu'il peut amener du sphacèle de la peau, si celle-ci est déjà irritée fortement au droit du ganglion. En général un demi-centimètre cube injecté dans un ganglion amène une fonte purulente suffisante. Il ne faut pas ignorer, d'ailleurs, que ce modificateur a une action prolongée durant plusieurs jours après son injection. De plus, il est possible que des injections répétées de thymol ne donnent aucun résultat apparent ; c'est qu'on est en présence d'un ganglion contenant peu ou point de caséum et qui va au contraire se scléroser sous l'influence du liquide modificateur.

L'iodoforme est moins actif, mais aussi moins irritant. On l'emploie avec divers véhicules. Les plus employés sont l'huile d'olive et l'éther.

M. A. Paris, pharmacien de l'hôpital maritime de Berck a fait connaître une excellente préparation de l'huile iodoformée créosotée qui donne des résultats très supérieurs aux préparations similaires, du fait de la solubilité plus grande de l'iodoforme et l'absence d'iode mis en liberté.

Gaïacol officinal... } Créosote officinale. }	ãã 2 grammes.
Iodoforme........	5 —
Ether anesthésique.	20 —
Huile d'olive Q. S.	100 centimètres cubes.

Cette préparation, moins active que le thymol, mais aussi moins irritante est employée dans tous les cas où on craint une action trop intense du thymol camphré ou d'une adénite ayant envahi la peau. On en peut injecter un centimètre cube ou deux sans inconvénient. Durant plusieurs jours l'odeur caracté-

ristique de l'iodoforme est retrouvée dans le liquide de ponction.

Dans ces cas on peut également employer l'éther iodoformé. Mais ce liquide entrant en fusion à la température du corps il importe de redouter une action irritante trop grande. C'est par excellence le modificateur à employer au cas de liquide très épais contenant beaucoup de grumeaux. Son maniement est délicat et il ne faut pas s'écarter de la technique suivante, qui permet d'éviter sûrement les accidents dus à la distension des tissus par l'éther en ébullition; après avoir pris dans une seringue en verre la solution d'éther on l'injecte en prenant les précautions d'asepsie et en choisissant le lieu de ponction comme il a été indiqué. Le liquide injecté on laisse le piston au bas de sa course : l'ébullition de l'éther fait que le piston remonte, poussé par les vapeurs. On détache alors la seringue de l'aiguille, et les vapeurs s'échappent. Dès que paraît l'éther liquide on remet la seringue sur l'aiguille qu'on n'enlève qu'après s'être assuré qu'il ne reste plus d'éther liquide. Quant aux huiles goménolées ce sont des modificateurs de valeur inégale qui ne justifient pas l'enthousiasme de ceux qui les préconisent.

Il importe de ne pas oublier qu'une injection modificatrice n'est utile que lorsque le liquide coule peu ou mal. Elle n'agit que par irritation amenant de la polynucléose, comme l'ont montré Calvé et Hamel, les polynucléaires contenant le ferment qui dissout la fongosité en digérant les albumines coagulées, comme l'ont montré Fiessinger et Coyon. Or il est toujours à craindre que l'irritation ne dépasse le but et n'aille amener des destructions intempestives du tissu cellulaire et de la peau.

Doivent ou peuvent être traitées par injections modificatrices et ponctions les formes suivantes de l'adénite bacillaire :

1° Gros ganglions caséeux peu nombreux;

2° Gros ganglion caséeux entouré de nombreux petits ganglions satellites qui disparaîtront en même temps que le ganglion ponctionné;

3° Tous les ganglions ramollis, mais multiples, facilement accessibles.

Doivent être traités par ponctions tous les ganglions ayant subi la transformation purulente, avec ou sans invasion de la peau, sans sphacèle menaçant de celle-ci.

La durée du traitement varie. Pour ramollir et vider un ganglion caséeux six semaines ou deux mois suffisent. Mais souvent on obtient un résultat plus rapide, si la transformation purulente du ganglion permet de le vider facilement et complètement.

Dans tous les cas aucun spécialiste ne peut prétendre guérir toujours et sans cicatrice un ganglion par la méthode des ponctions évacuatrices. En tous cas il obtiendra la guérison avec une cicatrice imperceptible, s'il agit avec prudence et expérience.

Extirpation chirurgicale. — Bien que son domaine soit considérablement restreint, du fait des injections modificatrices et des ponctions, l'extirpation chirurgicale n'en reste pas moins une intervention utile et souvent même indispensable dans un certain nombre de cas.

Quelque affirmatifs que soient certains manuels destinés plutôt à ceux qui se mêlent de médecine qu'aux médecins eux-mêmes, il faut bien savoir que l'ablation chirurgicale a deux modes d'indication : les unes sont des indications médicales, d'autres sont uniquement sociales.

1° L'intervention chirurgicale est l'intervention indispensable au cas de ganglions multiples, caséeux, profondément situés : comment pourrait-on combattre efficacement par ponction 25 ou 30 ganglions carotidiens, comme le cas est fréquemment observé? Ni l'expectative qui conduit à de multiples fistules, ni la radiothérapie, ni aucune méthode de traitement général ou local ne peut amener la résorption d'une telle forme d'adénopathie.

2° Les ganglions multiples fistuleux ou un ganglion unique fistuleux inaccessible cliniquement ne sont justiciables d'aucun autre traitement.

3° Enfin des ganglions même peu nombreux, énormes, déformant la région, disparaîtront avec le minimum de trace par une courte incision laissant une cicatrice linéaire.

En dehors de ces cas il est une indication sociale d'une importance capitale, car tous les cas traités par ponction et injections ne peuvent être soumis à ce traitement que chez des malades disposant de beaucoup de temps. Le malade pressé, l'ouvrier sera débarrassé rapidement par l'extirpation chirurgicale de ganglions qui sans elle auraient mis des mois à disparaître. Certes le malade ainsi traité doit se soigner encore médicalement, mais il le fera de façon plus efficace qu'il ne le pourrait avec des ganglions épuisant l'organisme, par une lutte pénible et prolongée. Cela revient à dire que l'ablation ganglionnaire sera préférée souvent chez l'adulte dans des cas où chez l'enfant on aurait fait des injections modificatrices et des ponctions.

Technique. — Une incision laissant pénétrer les deux index faite sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien est suffisante, comme l'a montré M. V. Ménard (de Berck). Parfois on trouve avantage à faire très bas une courte incision très petite qui donne accès sur des ganglions difficiles à atteindre par l'incision supérieure : ainsi on obtient deux cicatrices minimes. L'incision faite, on récline le sterno-mastoïdien et on décolle à la sonde cannelée, aux ciseaux ou aux doigts plutôt qu'au bistouri. La décortication difficile parfois à la partie supérieure de la chaîne est aisée en bas. La région doit être vidée complètement et la veine jugulaire dénudée. L'opérateur ne se tient pour satisfait que lorsqu'il ne perçoit plus de ganglions.

Au cas exceptionnel de déchirure de la veine une pince à demeure vingt-quatre heures ou une suture latérale donnent des résultats excellents.

On ne suture pas les lèvres de la plaie, ce qui crée des cicatrices des fils de plus inesthétiques. Tout au plus posera-t-on des agrafes.

La cicatrisation est rapide. Quant au procédé de Dollinger qui incise derrière l'oreille et de là par

décollement énuclée une masse de ganglions, il ne saurait être recommandé. M. Morestin pratique l'évidement de la région sous-maxillaire à travers le plancher de la bouche, opération difficile que l'habileté prestigieuse et l'audace bien connue de ce chirurgien rendent cependant possible.

En dehors de la maladresse célèbre de Milton sectionnant un pneumogastrique, ou de l'accident de Paulet dû à une septicémie opératoire, les accidents sont presque inconnus. Quant à la mort par généralisation tuberculeuse, dont, depuis Verneuil, arguent les spécialistes peu chirurgiens pour ne point intervenir, elle est une légende sans aucun substratum, comme le prouvent les recherches de M. Thierry et de M. Broca, les statistiques de Bonn, de Vienne, de Berck, comme le font aussi celles de chirurgiens tels que Kocher, Rudel, Leven, Bæckel, Petit, Bouilly et de tant d'autres.

Il ne nous reste plus qu'à étudier quelques faits spéciaux concernant des ganglions compliqués d'invasion de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané :

1° Tuberculose ganglionnaire ayant envahi la peau. Quand on se trouve en présence d'une tuberculose ganglionnaire ayant envahi la peau et le tissu cellulaire, sans qu'il y ait fistulisation, deux cas sont à considérer.

Dans un premier ordre de faits la peau est rouge, chaude, tendue, mais il n'existe pas de menace imminente de fistulisation. Il faut ponctionner chaque jour et même deux fois par jour le ganglion, avec une aiguille, et en prenant loin de la zone irritée. Si le liquide s'écoule bien on se gardera de rien injecter. S'il est épais et coule mal on peut injecter quelques gouttes de thymol ou d'huile iodoformée, mais souvent alors surviendra la fistule. Dans ces cas laisser en permanence un pansement humide alcoolisé.

Dans un second ordre de faits ou bien on voit sur la peau une tache jaune de sphacèle, ou une tache violacée annonçant la fistulisation, ou bien la peau rouge, irritée, est tapissée de fongosités qui ne se dissolvent pas : il est alors préférable avec un trocard de ponctionner en pleine peau irritée et par là d'exprimer aussi complètement que possible les ganglions et la peau. La fistule dure peu de temps dans les cas heureux, et laisse, si la ponction a été faite judicieusement, une cicatrice minime.

2° Ganglion fistuleux avec décollement de voisinage, invasion étendue du tissu cellulaire. Il faut après anesthésie à la cocaïne faire un curettage minutieux. Dans les cas où on sent seulement des fongosités sous-cutanées, mais où le ganglion est vide, il vaut mieux faire seulement une injection d'éther iodoformé, sûrement inoffensive après la fistule. Un attouchement au nitrate d'argent donne aussi les meilleurs résultats.

3° Ganglion largement fistulisé, vidé, mais ne se cicatrisant pas : faire des attouchements prolongés au nitrate d'argent, puis panser à l'eau d'Alibour.

4° Les plaies atones ne cicatrisant pas bénéficient de ces mêmes pansements. Jochmann et W. Bœntzer ont eu dans des cas analogues de bons résultats par application de ferments pancréatiques.

5° Cicatrice chéloïdienne : le chéloïde apparaît au début du troisième mois seulement. Elle est curable, grâce à des scarifications suivies de quelques séances de radiothérapie. Au bout de quelques séances on réveille la vitalité des tissus par électrolyse négative avant de reprendre les rayons X : ainsi M. J. Darier a eu de remarquables guérisons.

6° Le lupus de la cicatrice est fréquent comme le montre la vitro-pression. La scarification et l'ignipuncture donnent les meilleurs résultats.

Tel est en ses grandes lignes le traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale. Mais il importe par-dessus tout de ne pas oublier que toutes les médications locales, radiothérapie, ponction, extirpation larga manu, ne sont que des méthodes adjuvantes de la médication générale : de celle-ci seulement, et longtemps prolongée, on est en droit d'attendre une guérison de la tuberculose ganglionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

ARLOING et DUMAREST. Contribution à l'étude du traitement spécifique de la bacillose, *Revue de la tuberculose*, juin 1909.

BABES. *Soc. de biol.*, 14 avril 1883.

BAROU. Traitement médical des adénites chroniques non suppurées, *Médecine mod.*, Paris 1906, t. XVII, p. 169.

BARBIER (P.) et DIEUPORT. Traitement de l'adénite par la tuberculine, *Revue intern. de la tuberculose*, 1906, p. 423.

BARBIER (H.). Les bons effets des applications externes d'eaux mères de Kreutznach et de solutions salines, *Bull. de la Soc. d'études de la tuberculose*, 1907, n° 6.

BELLEMANIÈRE. *Etude de la photothérapie dans l'adénite et l'arthrite tuberculeuses*, Th. de Paris, 1904.

BERCHON. *Du traitement des adénites tuberculeuses du cou*, Th. de Paris, 1894.

BERGONIÉ. Sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénites tuberculeuses, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1905, n° 47. — Sur l'état actuel de la radiothérapie, *Cong. de Cherbourg*, août 1905.

BÉRANECK (de Neufchâtel). Tuberculine de Beraneck, *Cong. de la tuberculose*, 1905.

BERGER (P.). Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses, *Assoc. franc. de chir.*, Paris 1901. Procès-verbal, pp. 716-725.

BERTRAND. Un cas de tuberculose ganglionnaire du cou, guéri par la nouvelle tuberculine de Koch, *Presse méd. belge*, 1906, p. 1157.

BŒCKEL (J.). Traitement des adénites tuberculeuses, *Cong. de chir.*, 1901, p. 757.

BROCA. Traitement des adénopathies tuberculeuses, *Cong. de chir.*, 1901.

BONNEFOUS. *Contribution à l'étude de la radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses superficielles*, Th. de Bordeaux. 1907.

BOUVET. *Les adénopathies cervicales tuberculeuses chirurgicales*, Th. de Paris, 1900.

CALOT. Accident par le naphtol camphré, *Soc. de chir.*, 1893. — *Cong. de chir.*, 1898 et 1901. — *Orthopédie indispensable.*

CATZ. Le sérum antituberculeux de Marmoreck, *Progrès méd.*, 1908, n° 26.

CALVÉ. Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1910.

COYON et FIESSINGER. *Journ. des prat.*, 1909.

DARIER (J.). *Précis de dermatologie.* — A propos de la radiothérapie, *Bull. de la Soc. d'études de la tuberculose*, 1907, n° 6.

DESPLATS (R.). Du traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X, *Arch. d'élect. méd.*, Bordeaux 1905, p. 626.

DUHAMEL. *Traitement des adénites tuberculeuses du cou*, Th. de Paris, 1895.
DUPEYRAC. La radiographie dans les adénites, *Marseille méd.*, 1909, pp. 225-234.
FELDSTEIN (S. L.). The treatment of tuberculous glands of the neckly the X rays, *New-York med. Journ.*, 1907, n° 20.
FERRON et KROUCHKALL. Adénite tuberculeuse traitée par les rayons X, *Gaz. des hôpit.*, 1905.
GLÆSNER (Berlin). Sérum de Marmoreck, *Deut. med. Woch.*, 1908, n° 27.
GUIBERT. *Contribution à l'étude du traitement des adénites tuberculeuses*, Th. de Paris, 1909, n° 393.
GUINARD (M.). Traitement des adénites par la tuberculine, *Bull. de la Soc. d'études sur la tuberculose*, 11 juillet 1907.
GUINARD. Accidents par naphtol, *Bull. de la Soc. de chir.*, 11 mars 1904.
HAMEL (Henri). Th. de Paris, 1910.
HAYES. Case of extensive tuberculos disease of the glands of the neck treated useth X rays, *Arch. Rœntgen Ray*, Lond. 1905-1906.
HENDRIC. De l'adénopathie tuberculeuse du cou, de son traitement par les rayons de Röntgen, *Policlin.*, Bruxelles 1898, 158-169.
HYMONS et POLAK-DANIELS. Péri-adénites guéries par le sérum de Marmoreck, *Ned. Tidj. v. geneesk.*, 1907, Helf. 2, n° 13 et *Berl. klin. Woch.*, 1907, nos 48 et 49.
JACOBAEUS. Adénite tuberculeuse à type lymphadénique, *Zeit. f. klin. Med.*, Bd. LXIII, p. 197.
JACHMONN et W. BÆTZNER. Traitement des tuberculoses externes par application locale de ferments pancréatiques, *Münch. med. Woch.*, 1er déc. 1908.
JUDET (H.). Traitement des adénites cervicales tuberculeuses, *Progrès méd.*, Paris, 6 mars 1909.
KOCH. Die Etiologie der tuberculosis, *Mit. a. Kais. Ges.*, 1884.
LECLERC. *Contribution à l'étude des adénopathies tuberculeuses du cou : leur traitement par le cacodylate de soude*, Th. de Paris, 1901.
LEROUX. La cure marine des tuberculeux aux sanatoriums de Banyuls et de Saint-Trojan, *Cong. de la tuberculose*, 1905.
LÉVY et CLÉMENT. Adénites cervicales chroniques (Revue générale), *Gaz. des hôpit.*, 1905, n° 7.
LOZE (H.). *Du traitement des adénites cervicales tuberculeuses chroniques*, Th. de Paris, 1905.
MANSON. *Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation*, Th. de Paris, 1895.
MAUCLAIRE. De la ligature préliminaire de la veine jugulaire interne pour l'extirpation des adénites cervicales tuberculeuses profondes et adhérentes, *Cong. de chir.*, 1901, p. 778.
MÉNARD (V.). Note sur la tuberculose ganglionnaire du cou au bord de la mer, *Cong. de chir.*, 1901, p. 1776.
MÉNARD. Sérum de Marmoreck, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 janv. 1909.
MORESTIN. Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par incision esthétique rétro-auriculaire, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1907, p. 69. — Extirpation par la bouche d'un ganglion tuberculeux sous-maxillaire, *Bull. de la Soc. chir. des hôpit. de Paris*, 1907, p. 734.
MORI (d'Ize, Japon). *Innocuité du sérum de Marmoreck et guérison de trois adénites*. Chan-Gaï-Spi-Chinpo, 1908.
PAULET. Sur un cas de mort à la suite de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, *Bull. et Soc. de chir.*, 1884.
PÉRAIRE. Des adénites cervicales observées depuis 1891, *Cong. de chir.*, 1901, p. 803.
PÉRIÉ. Treatment of tubercular glands by X rays, *Med. electrol. e radiol.*, London 1907.
PEREZ. Atténuation du virus tuberculeux dans les ganglions, *Ann. d'Ig. sper.*, anal. in *Cent. f. Bakt.*, 10 mai 1908.
PIZZINI. *Zeit. f. klin. Med.*, Leipzig, 1892, p. 329.
REBOUL. Héliothérapie dans les affections chirurgicales tuberculeuses, *Cong. de la tuberculose*, 1905.
REDARD. Radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses, *Ann. de chir. et orthop.*, 1906.
RICHARD. *Extirpation des ganglions tuberculeux non suppurés du cou*, Th. de Nancy, 1889.
RISACHER. *Contribution à l'étude du thymol camphré*, Th. de Paris, 1907.
REYNIER. Traitement des diverses manifestations de la tuberculose externe par l'eau de Salies, de Salins et différentes eaux chlorurées sodiques, *Cong. int. de la tuberculose*, 1905.
ROBIN et BINET. Les échanges des tuberculeux et le climat marin, *Cong. de thalassothérapie de Biarritz*, 1903.
ROBIN (A.). La tuberculose ganglionnaire non ulcérée du cou, *Revue gén. de clin. et thérap.*, Paris 1906. — Traitement médical de l'adénite tuberculeuse, *Bull. méd.*, 1907, p. 581. — Traitement d'un cas de tuberculose ganglionnaire non ulcérée du cou. *Bull. méd.*, 1906, p. 531.
RADMON (J.-J.). Rontgen rays in the treatment of tubercular cervical glands, *Kent. med. Journ. Boun. Green*, 1908-1909, p. 126.
RŒDERER (C.). *La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires*, Th. de Paris, 1906.
RALLIER DU BATY. Cinq cas de tuberculose externe traités par le gomenol et l'huile gomenolée, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 140.
ROLLIER DE LEYSIN. Statistique de la cure d'altitude et d'héliothérapie, *Cong. de physiothérapie*, Rome 1907. — Le traitement de la tuberculose chirurgicale à l'altitude, *Cong. de la tuberculose*, 1905.
RUBENS-DUVAL et FAGE. La régression adipeuse du ganglion lymphatique, *Soc. de biol.*, 11 déc. 1909.
RUBINSTEIN (Karn). Sur le sérum de Marmoreck, *Roussi Wracht.*, 1907, n° 15.
SIEGEL. Traitement des adénites cervicales tuberculeuses, *Presse méd.*, Paris 1905.
STARCK. Ganglions en rapport avec des dents cariées, *Beit. z. klin. Chir.*, 1896, XVI, I.
STORER (G.-H.). The treatment of glandular tuberculosis by the Röntgen Ray, *J. advanc. Therap.*, New-York 1907.
STRAUS (Numberg). Influence du sérum de Marmoreck, après extirpation de ganglions, *Münch. med. Woch.*, 1908, n° 42.
UHRY. Une année de traitement de la tuberculose par le sérum de Marmoreck, *Revue de méd.*, 1908, n° 2.
VILLEMIN. Traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses, *Bull. de la Soc. d'études sur la tuberculose*, 1907, n° 7.
WEIR (de Budapest). Sérum de Marmoreck. In rapport de Ch. Monod dans le *Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 janv. 1909.
ZEISLER. Radiotherapie observation, *Journ. Amer. med. Assoc.*, Chicago 1909, p. 511.

FORMULAIRE

L'HUILE DE RICIN COMME LAXATIF

L'huile de ricin est plus efficace lorsqu'on l'associe à de la glycérine.

On prescrira :

1° Comme purgatif :

Huile de ricin	*āā* 30 grammes.
Glycérine	

2° Comme laxatif :

Huile de ricin	*āā* 5 à 10 grammes.
Glycérine pure	

(*Bull. gén. de thérap.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret du 29 juin 1910, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Villary.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Buot et Gauvin.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Grisel, Bauby, Metzger, Guénot, Doche et Gras.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Raynaud, Mallet, Couraud et Wittenet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Gabriel, Ricard, Malot, Schacher, Pélicand, Challamel, Guyard, Duthu, Charpentier, Thumin, Nègre, Maire, Duchazeaubeneix, Tobé, Ameuille, Molard, Masson, Doucet, Senlecq, Giroud, Astraud, Rollin, Blondel. Bénard, Couton, Maillard, Véron, Chalier, Deladrière, Delbreil, Rosselin, Dabadie, Fabre, Meyrignac, Espanet, Bailly, Libert, Ballet, Rivaillon, Brunie, Bourquelot, Bateman, Monier, Montagne, Chalvignac, Duvaldestin, Rousset, Beugnon, Vouzelle, Richard, Bernard, Lathoud, Graveline, Le Roy des Barres, Le Vot, Mauriac, Gignoux, Andrès, Ronsin, Sengès, Poitau, Abraham, Lemasson-Delalande, Vouters, Laparade, Bédos, Bernard, Larché, Vandenabeele, Quioc, Jund. Défosses, Vantourout, Tizon, Cantenot, Barailhé, Maillard, Le Moal, Widehem, Pressac, Chastel, Pichaud, Théodat, Dreyfus, Trançon, Devillard, Fauvet, Dumolt, Martin, Escalier, Miroux, Servières, Barthélemy, Roussot, Loubat, Hamel, Chalier, Hardy, Chevalier, Borianne, Teulière, Monges, Berry, Rochette, Lavoix, Poli, Abeille, Sause, Cordier, Augier, Baussay, Calmels, Ferriol, Boudailliez, Galichon, Jaubert de Beaujeu, Delaigue, Simon, Drevon, Gasquet, Gaehlinger, Jagot-Lacoussière, Lauquin et Durantet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Boissière et Ollivier.

— Par décret du 29 juin 1910, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Desmons, Ferrié, Pommay, Troy, Manfredi, Mickaniewski, Joly, Castel, Raymondaud et Bouchon.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve Joire, Faucillon, Boursiac, Sendral, Vidal, Gasser, Chabrol et Roulet.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de réserve Bonnet, Dutertre, Lesdos, du Magny, Thoinot, Lepage, Dumont, Nicolas, Duchastelet, Jeanton, Marié, Bourdel, Normand, Potherat, Bernard, Gendre, Pouchin, Viller, Mathis, Fortin, Géghre et Legrain.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Zuccarelli, Bonnet, Martin, Véne, Mussy, Osmont, Couvreur, Cathala, Chavannaz, Rouzé, Vaudey, Cordier, Dupuy, Lajoux, Dreyfus, Régnault, Bruch, Borel, Richaud, Thévenot et Micheleau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Guillemin, Le Rolland, Sabaterie, Bursaux, Chapuis, Lagrolet, Braine, Charles, Coste, Noyer-Audiat, Juéry, Legros, Dematte, Landois, Labadie, Bérard, Nozo, Morel, Bruyelle, Beaumé, Delobel, Zilgien, Sollier, Rieffel, Gauthier, Pachon, Weil, Froëlich, Richard, Bertin-Sans, Abelous, Bouffe, Audry, Ducamp, Macaigne, Perriol, Lapeyre, Albarran, Delbet, Demirleau, Tournier, Patoir, Nové-Josserand, Rivière, Villard, Nicolas, Rispal, Colas, Colin, Luys, Séguin, Bodin, Delesenne, Brégeat, Richard (V.), Leriche, Legueu, Souplet, Lafourcade, Lefranc, Marie, Bossis, Labalette, Monnier, Crochet, Couturier, Mangin-Bocquet, Houzé, Auvray, Beaussenat, Marini, Marbot, Jourdan, Berchon, Bourdillon, Lorimy, Bosc, Dourif, Gouget, Dufournier, Marie (C.), Carnot, Aviragnet, Vires, Marion, Kahn, Jolly, Guinard, Jocop, Robert, Richer, Lemaire, Le Noir, Vaucaire, Rocquet, Leredde, Mulliez, Harou, Chabrand, Souligoux, Charlier, Halipré, Jeannin, Delabost, Gravière, Audrain, Malapert, Frey, Touche, Mougin, Walch, Steeg, Campistron, Delanglade, Brouardel, Banzetat, Decloux, Braun, Gosset.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Chamaillard, Sigre, Chevrier, Hubert, Engel, Cattin, Longin, Erançois-Dainville, Français (J.-E.), Halbron, Beutter, Brelet, Français (J.), Brumpt, Rosso, Ohinczic, Jouaust, Huriez, Stolz, Hellion, Gardavot, Garipuy, Feurtet, Roux, Piérart, Jouanne, Bonnis, Breau, Halimbourg, Poingt, Israels de Jong, Filhoulaud, Minet, Gautier, Derbanne, Caye, Coignard, Renault, Morisson, Bouloumié, Semper, Naureils, Chevalier, Boudinski, Philip et Méline.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Dousset, Bertrand, Zuber et Monthus.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 JUILLET 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Kirmisson, Legry et Richaud ; — (2e série) : MM. André Jousset, Mauclaire et Marcel Labbé ; — M. Macaigne, suppléant.

Mardi 19 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : M. Alb. Robin, Faure et Rénon ; — (2e série) : MM. Quénu, Vaquez et Gouget ; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 20 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Delbet, André Jousset et Legry ; — (2e série) : MM. Hartmann, Richaud et Macaigne ; — M. Mulon, suppléant.

Jeudi 21 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Alb. Robin, Rénon et Marion ; — (2e série) : MM. Vaquez, Gouget et Auvray ; — (3e série) : MM. Thiroloix, Desgrez et Morestin ; — (4e série) : MM. Méry, Richaud et Lenormant ; — (5e série) : MM. Faure, Fernand Bezançon et Zimmern ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 22 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Hartmann, André Jousset et Marcel Labbé ; — M. Macaigne, suppléant.

Samedi 23 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste) : MM. Gilbert, Quénu et Gouget ; — M. Maillard, suppléant.

Manuel des maladies du foie et des voies biliaires, sous la direction de G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine, Ch. ACHARD, professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine, et J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; par J. CASTAIGNE et M. CHIRAY. Grand in-8 de 880 pages avec 300 figures dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

La Compagnie mettra en marche, le 14 juillet 1910, un train spécial, 2e et 3e classes, dit de vacances, qui permettra de se rendre dans l'Avallonnais à des prix extrêmement réduits.

Le retour pourra être effectué, au gré des voyageurs, jusqu'au 17 juillet par tous les trains ordinaires.

Pour tous renseignements sur les conditions, les prix et les horaires de ce train à nombre de places limité, se reporter à l'affiche spéciale ou s'adresser aux bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. à Paris.

Fête nationale du 14 juillet. — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 juillet 1910, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Courants de haute fréquence et la d'Arsonvalisation, par le docteur ZIMMERN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-18 de 100 p. avec 22 fig. — Prix cartonné : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas jeudi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Deuxième séance du 8 juillet. — MM. Arloing : « Pathogénie des accidents urémiques » ; note : 18 ; — Bernard : « Les sciatiques » ; note : 19.

Première séance du 11 juillet. — MM. Mouriquand : « De l'absinthisme » ; note : 19 ; — Savy : « Insuffisance hépatique » ; note : 16,5.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 8 juillet. — MM. Camus, 18 ; Crouzon, 17 ; Sainton, 20 (au lieu de la note 12, donnée par erreur dans notre dernier numéro).

Séance du 10 juillet. — MM. Merklen, 18 ; Pagniez, 17 ; Grenet, 18.

Séance du 11 juillet. — MM. Weil (Emile), 19 ; Ribadeau-Dumas, 18 ; Babonneix, 19.

Prochaine séance, 13 juillet, à 9 heures 1/4, à Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 8 juillet. — MM. Mocquot, 17 ; Okinczyc, 16 ; Gasne, 14.

— PRIX FILLIOUX. — *Avis aux internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année à la fin du concours.

Pour l'année 1910, le concours sera ouvert le jeudi 1er décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 10 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le lundi 10 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les *Maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir : trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ; un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

HOPITAL CIVIL D'ALGER-MUSTAPHA. — CONCOURS POUR UN EMPLOI DE MÉDECIN-ADJOINT ET DE CHIRURGIEN-ADJOINT. — Des concours seront ouverts à Alger :

1° Le 28 novembre 1910, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha ;

2° Le 12 décembre 1910, pour un emploi de chirurgien-adjoint au même hôpital.

S'inscrire à la direction de l'hôpital un mois au moins avant l'ouverture du concours.

VALEUR PRONOSTIQUE DE L'ABSENCE DE RÉACTION DE FIXATION CHEZ LES SYPHILITIQUES

Par MM. A. PARIS,
Chef de laboratoire,
et G. SABAREANU,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La valeur des résultats que donne la méthode de Wassermann, en tant que procédé de diagnostic de la syphilis, s'affirme chaque jour davantage. De l'aveu presque unanime des auteurs qui ont étudié cette question, une réaction positive, obtenue il est vrai dans certaines conditions et à l'exclusion de quelques maladies déterminées, impose le diagnostic de syphilis.

Nous-mêmes, dans nos recherches en collaboration avec M. le professeur Gaucher, nous avons obtenu des statistiques si concluantes sur ce point, que nous nous sommes crus autorisés à préconiser cette méthode comme un moyen d'investigation auquel pouvaient se fier les cliniciens lorsqu'elle donnait un résultat positif (1).

D'autre part, quand la réaction est négative, tout le monde est d'accord pour ne pas « exclure, d'une façon absolue, la possibilité d'une infection syphilitique ayant évolué antérieurement » (Levaditi), et pour admettre que des anciens syphilitiques notoires peuvent, à une certaine période, ne plus posséder dans leur organisme de substances déviatrices spécifiques.

La discussion ne porte plus que sur le point de savoir si de pareils malades doivent être considérés comme guéris et à l'abri de tout accident syphilitique ultérieur.

Citron (2) est convaincu qu'après un traitement mercuriel prolongé, la réaction devient négative et que le malade doit alors être considéré comme guéri. Il recommande même de ne pas traiter les prostituées syphilitiques, car, en les guérissant, on les exposerait à contracter une nouvelle syphilis plus dangereuse et plus contagieuse à ses débuts que l'ancienne infection.

Lesser est du même avis que Citron; il pense également que ce sont les malades guéris qui ne réagissent plus. Wassermann, Koehne, Ledermann, Hoffmann, etc., disent que la réaction disparaît souvent par le traitement mais qu'elle peut réapparaître si on l'interrompt et qu'alors le malade est susceptible d'avoir des accidents. Blaschko a constaté que la réaction peut disparaître par le traitement, bien que parfois les lésions persistent. Bayet et Renaux (3), Mauriac (4) écrivent que dans les syphilis anciennes la réaction négative doit faire considérer la maladie comme guérie ou fortement atténuée.

Pour d'autres auteurs, au contraire, l'absence de réaction n'indique nullement la guérison de la syphilis. Parmi ces derniers nous pouvons citer : Brueh, C. Kopp, Brühns, etc. C. Kopp (1) rapporte des observations de syphilitiques porteurs de lésions secondaires et tertiaires chez lesquels la réaction était négative; Brühns et Halberstaedter (2) citent aussi deux malades ayant une réaction négative qui présentèrent peu après des lésions spécifiques; le premier eut des plaques muqueuses, le second une méningite. Gastou et Girault (3), de leur côté, conseillent de donner le traitement à tout malade ayant des lésions d'aspect syphilitique, même en l'absence de déviation du complément.

Ayant pu suivre pendant un certain temps quelques malades à réaction négative nous voulons signaler certains faits que nous avons observés et qui méritent, croyons-nous, de retenir l'attention.

Sur l'ensemble des malades chez lesquels nous avons recherché la déviation du complément et dont l'étude d'ensemble a été publiée avec M. le professeur Gaucher, 21 ont donné une réaction négative; ce sont : 1 cas de syphilis ignorée tertiaire non traitée, 1 cas de syphilis secondaire traitée, 12 cas de syphilis tertiaire bien traitée dès le début pendant au moins un an, 3 cas de syphilis tertiaire bien traitée, mais seulement à une époque tardive, et 4 cas de syphilis mal traitée.

Les cas concernant les syphilis tertiaires, non traitées, insuffisamment traitées ou bien traitées, mais longtemps après le début de l'infection, ne présentent rien qui mérite de retenir l'attention au point de vue de la valeur pronostique de l'absence de réaction de fixation. Un seul de ces malades n'a pas actuellement de lésions; chez les autres on constate des vestiges d'accidents déjà anciens : hémiplégie, vertiges, céphalée; ou des lésions quaternaires : leucoplasie, tabes, non influencés par le mercure.

Nous n'envisagerons donc que les cas de syphilis secondaire et tertiaire bien traités.

L'observation de syphilis secondaire est la suivante :

Observation I. — Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui vient à la policlinique du service de M. Gaucher le 11 septembre 1909 pour un chancre syphilitique du méat apparu quatre jours auparavant. Il est mis immédiatement au traitement mercuriel (piqûres de benzoate à 2 centigrammes).

Le 21 septembre, après 11 piqûres, le chancre a diminué. Le 28 septembre, la régression de l'accident primitif continue, mais sur le thorax on constate l'apparition de roséole. On remplace les piqûres par des pilules de Dupuytren.

Le 24 octobre, le malade n'a plus de lésions, on reprend les piqûres; le 27 octobre on recherche la réaction de fixation d'après la méthode de Wassermann et on la trouve négative. Le 2 novembre, le malade ne présente aucune manifestation syphilitique, on continue les piqûres. Le 9 novembre, on note des ulcérations syphilitiques de l'amygdale droite; on continue les piqûres. Le 18 novembre, les ulcérations ont disparu et on interrompt le traitement. Le 28 novembre, le malade attire l'attention sur des plaques muqueuses du fourreau de la verge développées depuis trois jours, et se plaint de névralgie faciale et de douleurs malléolaires; on reprend le traitement.

Les syphilitiques tertiaires bien traités pendant au moins un an dès le début de leur maladie et qui ont eu une réaction négative, sont au nombre de douze. Quatre ne présentaient pas d'accidents au moment de nos recherches et n'ont pas pu être

(1) Prof. E. Gaucher, Paris et Sabaréanu. La réaction de fixation chez les syphilitiques au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 11 février 1910.
(2) Citron. *Soc. de méd. berlinoise*, séance du 26 février 1908.
(3) Bayet et Renaux. *Le séro-diagnostic de la syphilis*, Bruxelles.
(4) Mauriac. Th. de Bordeaux, 1909.

(1) C. Kopp. *Münch. med. Wochen.*, 11 mai 1909, nº 19.
(2) Brühns et Halberstaedter. *Berl. klin. Woch.*, 25 janv, 1909.
(3) Gastou et Girault. *Diagnostic de la syphilis*, 1910.

suivis; un autre malade, ayant eu un chancre il y a douze ans et bien traité pendant les trois premières années par des pilules et du sirop de Gibert, est atteint ultérieurement de tabes et depuis lors est traité régulièrement par des piqûres. Sur les 7 derniers malades, 4 n'ont présenté aucune manifestation syphilitique depuis l'examen de leur sérum, c'est-à-dire depuis trois à quatre mois. Les trois autres ont été atteints d'accidents que nous allons relater.

Obs. II. — M. L. É..., âgé de quarante-neuf ans, a eu en novembre 1907 un chancre du menton, suivi de céphalée, névralgie, plaques muqueuses. Il fut dès le début traité régulièrement par des piqûres à cause de plaques muqueuses récidivantes dont il ne fut débarrassé qu'en juin 1909.

De juin à septembre il a des chancres mous et une adénite suppurée consécutive, il continue cependant le traitement mercuriel.

Le 10 novembre, on pratique la réaction de Wassermann qui donne un résultat négatif; le malade présente à ce moment des plaques muqueuses de la lèvre inférieure pour lesquelles il a commencé depuis quatre jours une nouvelle série de piqûres. Le 3 janvier 1910, il a de nouvelles plaques muqueuses à la face interne de la lèvre inférieure, et sur la face externe de cette lèvre des syphilides papulo-croûteuses.

Obs. III. — M. X... vient à la policlinique de M. le professeur Gaucher le 5 mars 1907 avec un chancre balano-préputial datant de six semaines, une roséole généralisée depuis dix jours, de l'angine syphilitique et des ulcérations des narines et de la partie attenante des joues. Depuis cette date jusqu'en août 1908, le malade fut atteint à plusieurs reprises d'accidents multiples secondaires et tertiaires pour lesquels on le traita très régulièrement par des injections de benzoate.

Le 20 octobre, il revient avec des lésions tuberculo-gommeuses de la langue et des lésions nasales; il n'avait pas pris de mercure depuis le mois d'août 1908. On lui fait une injection de benzoate.

Le 21 octobre, la réaction de Wassermann est négative; le 22 octobre, on extrait un séquestre comprenant toute la partie antérieure de la cloison cartilagineuse du nez.

Le 7 novembre 1910, le malade, régulièrement traité par des piqûres, n'a plus d'accidents spécifiques.

Obs. IV. — M. X... vient consulter à la policlinique le 28 septembre 1907. Cinq ans auparavant il avait eu la syphilis et s'était bien traité pendant un an et demi dès le début de l'infection. Il n'avait eu en dehors du chancre d'autre accident que la roséole. Il vient se plaignant de céphalée, de vertiges et d'éblouissements; on lui fait des injections de benzoate de mercure qui font disparaître ces troubles. Le 6 avril 1908 il revient avec des syphilides papuleuses et des plaques muqueuses. On lui fait des injections de benzoate, régulièrement par séries de quinze, en juillet, septembre, octobre.

Le 12 janvier 1909, souffrant de céphalée nocturne, il reprend des injections mercurielles. Le 2 février on note de l'inégalité pupillaire, de la décoloration des papilles optiques.

Le 30 mars après un traitement régulier, on constate que les réflexes pupillaires ont reparu et que les papilles sont moins pâles; il y a donc une amélioration remarquable.

Le traitement est poursuivi régulièrement. La réaction de Wassermann faite le 17 novembre 1909 est négative; à cette date le malade venait de recevoir la première injection d'une nouvelle série.

Le 21 janvier 1910 apparaît une ulcération de la cloison nasale à droite, les pupilles sont rigides avec légère inégalité; on reprend le traitement.

Le 4 février, les réflexes pupillaires sont presque normaux et la lésion nasale est guérie.

Si on étudie les quatre observations précédentes, on relève les points intéressants suivants :

Dans la première observation (syphilis secondaire) douze jours après le résultat négatif du séro-diagnostic, des plaques muqueuses apparaissent sur les amygdales, et seize jours plus tard des lésions spécifiques sur la verge, tout cela malgré un traitement mercuriel presque ininterrompu.

Dans la deuxième observation (syphilis datant de deux ans et bien traitée), à la date où le séro-diagnostic est négatif, le malade a des plaques muqueuses sur les lèvres. Ces plaques, deux mois plus tard, récidivent in situ et, à côté, se développent des syphilides papulo-croûteuses.

Dans la troisième observation (syphilis datant de deux ans et demi, bien traitée pendant un an et demi) le malade, un an après l'interruption du traitement, a des lésions tuberculo-gommeuses de la langue et de la nécrose de la cloison nasale.

La réaction du sérum est cependant négative malgré ces lésions et l'absence de tout traitement.

Le quatrième malade, syphilitique depuis sept ans, soigné au début pendant un an et demi, n'a pas de lésions au moment de l'examen du sérum, mais deux mois après il présente des troubles pupillaires et une ulcération de la cloison nasale, qui d'ailleurs guérissent ultérieurement par le traitement (1).

Les observations II et III montrent bien qu'on ne peut attribuer aucune valeur pronostique aux résultats négatifs de la réaction de Wassermann. Le malade peut avoir à ce moment des lésions en activité et même des lésions assez graves et étendues, comme c'est le cas dans l'observation III, et le résultat négatif de la réaction acquiert ici d'autant plus d'importance que le malade ne se soignait plus depuis une année. En effet il ne s'agit pas chez ce malade d'une réaction rendue négative par un traitement récent mais d'une réaction négative, obtenue après une longue période d'abstention thérapeutique et qu'on aurait pu considérer comme un indice de guérison si elle n'eût coïncidé avec des lésions syphilitiques.

De plus, si on se reporte à nos observations, on voit que de pareils malades, qu'ils aient ou non des accidents au moment de l'examen, ne sont pas à l'abri d'accidents ultérieurs. Le malade qui fait l'objet de l'observation I eut des plaques muqueuses, douze jours seulement après notre examen. Dans l'observation IV, le temps écoulé fut de deux mois, et deux mois encore sont notés dans l'observation II.

De ces faits il résulte donc nettement qu'une réaction négative chez un syphilitique ne doit pas exclure la possibilité de nouvelles manifestations même à bref délai.

Peut-être un nouvel examen du sérum fait deux ou trois jours avant l'éclosion des accidents syphilitiques nous aurait-il donné un résultat positif. Ceci est possible ainsi qu'il résulte des constatations de Wassermann, Citron, etc. Ces auteurs conseillent même de ne recommencer le traitement mercuriel chez un malade ayant une réaction négative que lorsqu'un nouvel examen pratiqué au bout de cinq à six mois aura donné un résultat positif.

Mais les examens successifs ne peuvent être érigés en règle générale et d'ailleurs on devrait les faire très rapprochés. Nous avons vu que les accidents peuvent se produire quelques jours à peine après une réaction négative. Ces examens répétés et si rapprochés sont d'une application difficile pour le médecin

(1) Nous devons signaler que le malade de la deuxième observation avait reçu les jours qui ont précédé la réaction trois injections de benzoate de mercure et celui de la quatrième observation une injection. Comme nous l'avons montré par ailleurs, nous ne croyons pas que cette minime quantité de mercure ait pu influencer les résultats des recherches humorales.

par suite du temps qu'ils réclament et pour le malade à cause des prises multiples de sang qu'ils nécessitent. De plus, ils sont inutiles, car ils peuvent être également négatifs ; nous avons, en effet, obtenu des réactions négatives alors qu'existaient des lésions en pleine activité.

Un autre fait ressort encore de nos observations. Dans l'observation II, les lésions ont récidivé à la place même où il en existait lors de la recherche de la réaction ; on pourrait se demander si dans de semblables cas il ne s'agit pas de syphilis très atténuée, devenue en quelque sorte une *maladie locale*, incapable de se généraliser ; l'absence de déviation du complément indiquerait que l'agent pathogène, très peu virulent, reste à l'état latent dans les régions autrefois atteintes pour se réveiller de temps en temps et provoquer des lésions dans les mêmes points.

Cette hypothèse est contredite par les observations I et IV. La réaction négative ne paraît pas indiquer l'atténuation de la maladie puisque chez ces deux malades des lésions ont paru en des points antérieurement indemnes : le malade de la première observation a eu ses amygdales et son penis envahis par des plaques muqueuses ; le malade de l'observation IV a eu des ulcérations de la cloison nasale. Dans un cas comme dans l'autre, le spirochète a pu quitter les régions où il s'était fixé pour pénétrer dans la circulation générale et provoquer des lésions en des points très éloignés de ceux primitivement atteints.

L'analyse des cas que nous venons d'étudier nous permet de poser les conclusions suivantes :

Le fait, que la réaction de fixation est négative chez un syphilitique secondaire ou tertiaire, même longtemps traité, n'a aucune valeur pronostique.

Au moment où on constate cette absence de réaction, l'ancien syphilitique peut avoir des lésions en pleine activité dont l'étendue et la gravité sont variables.

L'absence de réaction de fixation n'indique pas que le malade est à l'abri d'accidents ultérieurs, ceux-ci pouvant faire leur apparition peu de temps après l'examen du sang.

L'absence de réaction de fixation chez un ancien syphilitique ne signifie même pas que la syphilis est atténuée, car les accidents ultérieurs peuvent se montrer en des points jusqu'alors indemnes, signe vraisemblable d'une récente généralisation du tréponème.

ALCOOLISME CHRONIQUE ET ÉTAT SECOND

FUGUES. ABUS DE CONFIANCE

Par M. R. BENON,

Interne de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint.

Les faits d' « automatisme ambulatoire » (1) sont encore mal connus. Nous en rapportons un cas que nous avons pu observer et suivre longuement en 1908 dans le service de M. le docteur Vallon (2).

SOMMAIRE. — *Père alcoolique. Mère asthmatique. — A vingt-quatre ans (1897) fièvre typhoïde. Habitudes d'intempérance. — A trente et un ans, fugue de cinq jours. Accès d'alcoolisme. Internement de trois mois. — A trente-cinq ans, nouvelle fugue. Chargé de mettre à la poste des plis contenant de l'argent, il disparaît (abus de confiance) ; quatorze jours après, il est trouvé dans la rue et ramené à son domicile ; trois jours plus tard, il est placé à Sainte-Anne ; le lendemain il revient à lui. Amnésie définitive portant sur toute la période de l'état second et sur les trois semaines précédentes.*

* * *

Antécédents héréditaires. — Le père de V... était un grand buveur ; à soixante et un ans, il a été frappé d'une attaque qui lui a laissé une paralysie du côté droit avec trouble de la parole ; il est mort un an plus tard. Sa mère est morte asthmatique. Il a quatre frères ou sœurs, tous en bonne santé ; un frère est décédé à l'âge de trois ans. Il n'y a rien de particulier à noter chez les collatéraux.

Antécédents personnels. — V... avait toujours joui d'une bonne santé ; à l'âge de vingt-quatre ans, une année après son mariage, il a été atteint d'une fièvre typhoïde qui ne paraît pas avoir été grave. Il nie toute espèce de maladie vénérienne. A remarquer cependant que sa femme a fait deux fausses couches de trois mois chacune. Garçon livreur, V... buvait beaucoup, surtout du vin rouge.

Histoire des fugues. — *a.* Un soir, un des premiers jours du mois d'août 1904, il ne rentre pas chez lui après son travail ; sa femme ne le revoit que le sixième jour, au matin. Il ne peut dire ce qu'il a fait les jours précédents. Il n'est pas à ce moment dans son état normal ; il ne déjeune pas. Dans l'après-midi il sort, disant qu'il va se faire raser. Au lieu d'aller chez le coiffeur, il erre dans la rue et se fait arrêter au moment où il frappait sur des arbres de la voie publique disant qu'il voulait faire « descendre la religion ».

Il est conduit à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police où le certificat suivant est rédigé (13 août 1904) : « Délire alcoolique. Hallucinations. « Voit Satan, appelle à son secours. » Tremblement. Sueurs. Agitation. Situation grave. »

Il est dirigé sur l'asile Sainte-Anne où il est de nouveau déclaré atteint de délire alcoolique.

Le certificat de quinzaine indique qu'il est en voie d'amélioration. Le lendemain (9 septembre) il est transféré à l'asile de Ville-Evrard d'où il est sorti guéri le 14 octobre de la même année.

Il n'a gardé aucun souvenir ni de sa fugue, ni de son retour à la maison, ni de son arrestation, ni de son entrée à l'asile. Il se rappelle seulement, et encore d'une façon assez vague, qu'il avait peur, qu'il croyait qu'on voulait lui faire du mal.

En sortant de Ville-Evrard il a repris son emploi de garçon livreur. Pendant quelque temps il s'est montré relativement sobre, puis petit à petit il s'est remis à boire comme avant.

b. Dans le commencement de juillet 1907, un jour en sortant de déjeuner, il est pris d'un étourdissement et ne peut retourner à son travail ; il avait l'air égaré, ne reconnaissait plus sa femme ; la nuit suivante il dort mal, il se réveille en sursaut croyant qu'on vient l'arrêter, il entend des cloches, etc.

Tous ces troubles se dissipent le lendemain.

Le 17 janvier 1908 son patron lui remet deux plis contenant chacun 300 francs en billets de banque destinés à deux voyageurs de la maison, avec mission de les faire charger. Il part pour la poste et ne reparaît plus. Les deux voyageurs ne reçoivent rien.

Depuis trois semaines environ, V..., au dire de sa femme, buvait encore plus que d'habitude. Le jour, il était sombre et ne causait à personne. La nuit il dormait mal ; il se réveillait en sursaut et son sommeil était troublé par des cauchemars, par des visions de lions, de serpents et autres animaux.

Le jour de la fugue et les jours précédents, V... avait cependant travaillé comme d'habitude. Le patron et les autres employés n'avaient rien remarqué d'anormal chez lui. Du reste le fait qu'on lui avait confié une somme de 600 francs indique bien qu'il n'existait pas chez lui de troubles mentaux apparents.

On le recherche vainement. Quatorze jours plus tard

(1) R. BENON et P. FROISSART. L'automatisme ambulatoire, *Gaz. des hôpit.*, 31 juillet 1909.

(2) Nous remercions vivement M. le docteur Vallon, médecin en chef de l'asile clinique, qui nous a fourni l'occasion d'étudier à loisir le cas intéressant de ce malade. Il y a fait allusion récemment à la Société de psychiatrie (v. *Encéphale*, 1910, I, p. 449).

(31 janvier), vers onze heures du soir, les agents le trouvent affalé sur un banc dans la rue, l'air hébété; il se dit poursuivi par des individus; il prétend que les étoiles tombent du ciel sur lui pour le tuer.

Amené au poste de police, il fournit exactement son adresse, mais le nom qu'il écrit sur un bout de papier ressemble assez mal au sien; il commence par un L et non par un V; la terminaison seule est à peu près la même. Les deux noms ne se rapprochent en somme que par leur assonance.

On lui a dit à plusieurs reprises: « Allez-vous-en, rentrez chez vous... » Il répond: « Ma femme n'est pas là » et ne bouge pas. On va chercher sa femme. Celle-ci accourt; il ne la reconnaît pas. Ses vêtements ne sont ni sales, ni déchirés: ses souliers ont été cirés, le matin ou la veille. Il n'a pas un sou, il n'a plus ni sa bague, ni sa montre, ni sa chaîne. Sa chemise n'est pas celle qu'il avait au moment de son départ.

Il se laisse emmener par sa femme et la suit docilement. Dans le trajet du poste à son domicile, il cause seul, divague; il a peur des becs de gaz.

La nuit est mauvaise; il sommeille un instant, puis se réveille en sursaut. A un moment sa femme lui demande ce qu'il a; il répond: « Il y a 36000 chevaux qui veulent sauter sur moi... on veut me faire du mal », etc.

Le lendemain matin sa femme lui demande où il est allé, où il a passé le jour précédent. Il répond: « Je n'étais donc pas ici? » Dans la journée il se montre agité et il est amené à l'hôpital.

A Sainte-Anne, le certificat immédiat que voici est rédigé: alcoolisme chronique avec accidents subaigus; hallucinations pénibles, zoopsie, frayeurs, insomnie; tremblement des mains, crampes et accidents convulsifs.

Dès le lendemain, V... revient à lui, se rend compte de l'endroit où il se trouve pour y être déjà venu. Les jours suivants les accidents décroissent progressivement.

Etat actuel. — L'interrogatoire montre qu'il existe chez V... une amnésie complète de toute la période de sa fugue. Non seulement il ne se rappelle pas avoir abandonné son domicile pendant plusieurs jours mais encore il a oublié que son patron lui a confié des lettres contenant de l'argent. Il ne sait pas s'il a dépensé cet argent, s'il l'a perdu ou si on le lui a volé. Il est incapable également de dire ce qu'il a pu faire, les endroits où il a pu aller, pendant tout ce laps de temps. Il n'a gardé aucun souvenir de son passage au poste de police, de son séjour à son domicile, de son arrivée à l'asile.

Par contre il explique très bien comment il est revenu à lui, le lendemain de son arrivée. Il venait de prendre un bain; reconnaissant les infirmiers à leur costume qu'il avait vu lors de son premier internement, il leur dit: « Je suis donc encore enfermé? » Les infirmiers lui répondirent qu'il était à Sainte-Anne et que c'était sa femme qui l'avait amené. Il leur dit encore: « Je ne suis donc pas passé par l'infirmerie spéciale comme la première fois? » Il y a donc une amnésie complète portant sur toute la période s'étendant du 17 janvier au 5 février 1908.

Mais en poussant plus loin les investigations on s'aperçoit que l'amnésie s'étend à une période de la vie du malade, antérieure à la fugue. Ainsi V... ne peut rien dire de ses occupations dans la journée du 17 janvier, avant la fugue; il ne peut pas davantage donner de renseignements sur tout ce qu'il a pu faire pendant les journées et même les semaines précédentes. Interrogé sur l'emploi de son temps le jour de l'an, il dit: « On a dû sortir. » Il ne se rappelle pas que sa sœur devait venir ce jour-là, que sa femme et lui l'ont attendu longtemps et qu'elle n'est pas venue. Il se rappelle cependant qu'il s'est purgé le jour de Noël. C'est là le dernier fait qui est resté dans sa mémoire.

Il offre donc une amnésie remontant à trois semaines avant la fugue, une amnésie rétrograde de reproduction, sinon de conservation.

L'état de V... a été en s'améliorant progressivement et il a été mis en liberté le 26 avril 1908; l'amnésie a persisté aussi complète, aussi absolue. En 1910, l'état reste le même.

Le malade dont nous venons de rapporter l'observation a donc accompli deux fugues, dont il n'a gardé aucun souvenir. Les motifs ou mobiles de ces actes morbides nous sont inconnus. V... présentait des symptômes d'intoxication éthylique avant de les accomplir, mais nous ignorons si ces fugues, dans leur début, ont été déterminées par des idées délirantes avec troubles sensoriels ou interprétatifs. Ce que nous savons, c'est que ce malade à partir du moment où il a quitté son travail est entré dans une période de vie psychique particulière, dont il n'a pas gardé le souvenir, revenu à son état normal; l'amnésie en outre a présenté un certain degré de rétrogradation.

Un fait positif encore, c'est son alcoolisme chronique, mais quelle est la valeur de cette intoxication dans la genèse de tels états morbides?

De ces considérations générales, il semble que trois points soient spécialement intéressants chez ce malade au point de vue clinique: 1° l'état de V... pendant ses fugues; 2° les caractères de son amnésie; 3° la discussion diagnostique.

1° D'abord *comment qualifier l'état dans lequel s'est trouvé le sujet au cours de sa fugue?* A la suite de Charcot, on pourrait le dénommer simplement: automatisme ambulatoire; d'autres auteurs disent que ces malades vivent en état « d'inconscience ». Ces mots « automatisme ambulatoire, inconscience », conviennent-ils à ces états morbides et notamment à notre malade? Notre sujet sans doute ne rentre pas chez lui, mais dans la rue, dans les hôtels où il loge, il se conduit comme un individu normal. Rien ne le fait remarquer aux agents de l'ordre public.

Ce n'est qu'à la fin de sa fugue qu'il a été arrêté, et à ce moment-là il était délirant, halluciné. Ces symptômes vésaniques aigus devaient évidemment être récents, car un malade, qui aurait déliré de la sorte pendant plusieurs semaines, n'aurait pas été convenablement habillé, les souliers fraîchement cirés; il avait bien perdu l'argent à lui confié, sa bague, sa montre, sa chaîne et une chemise, mais il a pu être l'objet d'un vol ou d'un égarement passager.

Ce qui frappe donc c'est que ce malade, malgré l'état spécial dans lequel il se trouvait, a pu régler sa vie, se conduire en partie sinon jusqu'à la fin raisonnablement, accomplir les actes multiples et complexes de l'existence journalière. D'autre part, revenu à lui il était complètement amnésique.

2° Dans l'observation de ce malade, ce qui, d'autre part, se présente avec certaines particularités, c'est le *trouble de la mémoire.* Qu'observe-t on en effet après sa seconde fugue? Non seulement le sujet a oublié toute la période de son état second, mais encore il offre de l'*amnésie rétrograde* par rapport au début de la fugue. De telle sorte que l'amnésie du malade, à l'analyse, est une amnésie localisée, rétro-antérograde, portant et sur la période de la fugue et sur les trois semaines qui ont précédé le début de cette fugue. Ce qui fait en résumé une amnésie localisée à une période d'un mois et quelques jours (exactement trente-cinq à quarante jours).

3° La *question diagnostique* est ici la plus difficile. En fait, nous nous trouvons cliniquement en présence d'un état psychopathique spécial, suivi d'amnésie. Mais à quelle cause en attribuer l'apparition? Chez notre malade on peut penser soit à l'épilepsie, soit à l'hystérie, soit à l'alcoolisme avec ou sans épilepsie ou hystérie.

Il paraît difficile de dire que notre malade est un épileptique. Il n'a jamais eu de crises; il n'a pas eu

de convulsions dans son enfance; il n'a pas de troubles spéciaux du caractère; les états délirants aigus hallucinatoires confusionnels qu'il a présentés sont si caractéristiques de l'intoxication éthylique, indéniable chez lui, qu'il n'est pas possible d'y voir du délire comitial.

L'hystérie n'est pas plus nette. On ne trouve chez V... ni stigmates, ni crises. L'examen de sa sensibilité générale et spéciale, l'étude du champ visuel, des réflexes, etc., ont toujours donné des résultats négatifs. On a essayé en vain de l'endormir, de le suggestionner, etc.

Reste l'alcoolisme chronique. Quelques auteurs ont décrit des cas d'« automatisme ambulatoire » d'origine alcoolique [Berkley (1), Ducosté (2), etc.]. Sans doute l'éthylisme est manifeste chez ce malade. Mais doit-on éliminer l'épilepsie et l'hystérie et considérer que l'alcool seul peut produire de semblables états psychopathiques? Nous avons tendance à le croire, mais seule l'étude détaillée et prolongée de faits analogues permettra de conclure plus affirmativement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 JUILLET 1910)

Réactions rachidiennes postsérothérapiques au cours de la méningite cérébro-spinale. — MM. SICARD et SALIN étudient les réactions diapédétiques du liquide céphalo-rachidien, consécutives à l'injection lombaire de sérum antiméningococcique. Ils montrent que si de telles réactions peuvent souvent être supportées, elles peuvent, par contre, chez certains sujets à certaines doses et au début de la convalescence déterminer des accidents graves. Il leur paraît donc que dans la genèse des troubles morbides signalés après la sérothérapie rachidienne, il faut faire une place à part, à côté de l'anaphylaxie, aux réactions méningées ainsi déterminées localement par le sérum.

Ulcères ronds multiples expérimentaux. — M. LŒPER, en injectant dans les veines des animaux des quantités variables de suc gastrique ou des macérations aqueuses de muqueuse de porc, a pu réaliser des hypersécrétions très considérables, avec digestion complète du contenu gastrique; des érosions discrètes et des ulcères véritables. Dans un cas même, l'estomac de l'animal était perforé en deux points, le contenu gastrique mélangé à du sang répandu dans le péritoine, les muscles voisins de l'estomac en partie digérés, et des vaisseaux voisins de la petite courbure détruits. Les ulcères sont arrondis, limités par des bords taillés à pic; mais l'examen microscopique ne montre pas traces d'inflammations. L'ulcère apparaît donc bien ici comme une lésion d'hypersécrétion glandulaire.

Contribution à l'étude de l'influence hydrocarbonisée sur la glycémie normale et diabétique. — MM. GILBERT et BAUDOUIN.

Etude sur la profondeur d'action des rayons du radium dans un cas d'épithélioma atypique du sein. — MM. WICKAM, DEGRAIS et GAND.

(1) BERKLEY. Manie errante. Dédoublement de la conscience d'origine alcoolique; *Amer. Journ. of insanity*, avril 1897.

(2) DUCOSTÉ. Les fugues dans les psychoses et les démences, *Arch. de neurol.*, janv. et fév. 1907.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1910)

Appendicite traumatique. — M. PICQUÉ fait observer que c'est là une question grave qui touche à des intérêts sociaux importants. Les chirurgiens ne sauraient s'en désintéresser et ne doivent l'envisager qu'avec une objectivité purement scientifique. Existe-t-il donc une appendicite traumatique? Oui, dit-on en Allemagne; non, soutient M. Picqué, d'accord avec la grande majorité de ses collègues.

Seuls, MM. Guinard et Moty semblent l'admettre. M. Delorme, sur le grand nombre de dossiers qu'il a compulsés, n'a jamais trouvé un seul cas d'appendicite traumatique. MM. Jalaguier, Kirmisson, Broca n'en ont jamais vu. Pour MM. Tuffier, Quénu et Guinard lui-même, on doit écarter tous les cas dans lesquels, au moment du traumatisme, l'appendice n'était pas vide et sain. Mais c'est là un fait bien difficile à constater.

Il est cependant un cas de M. Delorme sur lequel il y a lieu de s'arrêter. Dans ce cas le traumatisme, un coup de pied de cheval, semble bien avoir eu une influence sur l'appendicite consécutive. C'est là un fait important à retenir. En somme, ces cas avec celui de M. Guinard sont les seuls qui ont pu être produits au cours des trois discussions qui ont eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie. Quant à la durée plus ou moins longue qui devrait s'écouler entre le traumatisme et l'apparition de l'appendicite, M. Picqué ne l'admet pas. Il rappelle combien de malades présentent des troubles divers, soit du côté de l'estomac, soit du côté des reins, qui n'ont qu'une appendicite méconnue. Il a récemment opéré dans un asile un malade de ce genre qui avait un petit abcès péri-appendiculaire et dont l'état mental a été très amélioré après l'opération.

Combien d'appendicites ont été prises pour des salpingites ou des ovarites et opérées comme telles. Il ressort de tous ces faits qu'il existe un grand nombre d'appendicites qui ne présentent pas le syndrome classique de cette affection. En matière d'appendicites considérées comme traumatiques, il faut donc compter avec les appendicites silencieuses réveillées par le traumatisme.

M. MICHAUX rapporte l'observation d'un commissaire de police qui a été roué de coups à Saint-Etienne, au moment des élections. Cet homme n'avait jamais présenté antérieurement le moindre symptôme abdominal. Il a eu, à la suite de ce traumatisme, une appendicite grave que M. Michaux a laissé refroidir et qu'il a opérée avec succès. Il a observé deux autres faits de ce genre.

L'opinion soutenue par M. Guinard lui paraît donc défendable et il estime qu'il faut tenir compte de ces faits et ne pas rejeter complètement l'influence du traumatisme.

M. KIRMISSON estime avec raison que ces faits devraient être l'objet d'examens histologiques qui pourraient trancher la question de savoir si ces appendices n'étaient pas le siège de lésions anciennes qui détruiraient l'influence du traumatisme.

M. GUINARD insiste sur ces faits d'appendicites prises pour des coliques hépatiques ou néphrétiques et qui se traduisent par des signes extra-appendiculaires.

Cancer du col après l'hystérectomie subtotale. — M. CHAPUT revient sur cette question et reprend la thèse soutenue par M. Richelot. Contre l'opinion soutenue par MM. Ricard, Faure, Routier, etc., il a pu réunir 69 cas de cancers du col après la subtotale. Il croit donc qu'il vaut mieux recourir à l'hystérectomie totale.

Pelvi péritonite suppurée préutérine. — M. POTHERAT, à propos du rapport de M. Lejars sur l'observation de M. Guillaume-Louis, discute l'opinion soutenue par son collègue et croit que ces suppurations sont très généralement d'origine annexielle ou appendiculaire.

Le fait qu'on trouve l'intestin épaissi ou même perforé n'implique pas que c'est l'intestin qui a été le point de départ de cette suppuration. M. Potherat apporte cinq faits à l'appui de cette opinion.

M. SOULIGOUX communique deux observations dans les-

quelles ces péritonites suppurées enkystées étaient nettement d'origine intestinale.

Rupture pathologique du tendon d'Achille. — M. Sieur fait un rapport sur un cas communiqué par M. Vanderbosch. Il s'agit d'un maître d'armes, âgé de quarante-quatre ans, qui avait eu la syphilis vingt ans auparavant. Il glisse sur son pied droit et est pris aussitôt d'une douleur vive. Après un repos de huit jours apparaît une ecchymose à la face postérieure de la jambe. Après une seconde chute, il entre au Val-de-Grâce où on constate une rupture complète du tendon d'Achille. En raison de la syphilis antérieure on pouvait croire à une rupture pathologique. Fallait-il attendre le résultat du traitement spécifique ou opérer immédiatement?

Le décollement étant considérable, M. Vanderbosch crut devoir intervenir. Il fit une incision verticale, trouva des reliquats d'hématome, nettoya le foyer. Le pied étant en hypertension, les deux bouts tendineux se trouvaient encore à trois travers de doigt. Il fit alors une incision en accordéon et put rapprocher les deux bouts par un gros catgut. On institua le traitement spécifique et le malade guérit.

M. Sieur reproche à M. Vanderbosch d'avoir fait une incision en accordéon. Le procédé de Poncet consistant dans la résection du calcanéum eût été préférable. En résumé, dans ces cas de rupture, même en admettant l'influence de la syphilis, il est indiqué de suturer et de ne pas s'en tenir au traitement spécifique.

M. Schwartz rapporte l'histoire d'un jeune peintre qui se rompt le tendon d'Achille. Il était syphilitique. On place le pied en extension forcée, on donne l'iodure à doses progressives. Le résultat a été merveilleux et cet homme marche fort bien.

M. Mauclaire cite deux faits, l'un de rupture traumatique, sans trace de tissu gommeux, opéré et guéri; l'autre de rupture itérative, avec lésions gommeuses, traité par le traitement spécifique; M. Mauclaire espère la guérison.

Fistule vésico-vaginale haut située. — M. Chaput présente une malade qu'il a opérée d'une fistule vésico-vaginale haut située par la voie vagino-sacrée. Résultat parfait. Cicatrice à peine visible.

Fibromyome kystique de l'utérus. — M. Routier présente une énorme tumeur composée d'un fibrome utérin entouré d'une masse considérable ressemblant à un épithélioma. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibromyome kystique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 7 juillet 1910)

Myasthénie améliorée par l'opothérapie surrénale. — M. Claude présente un homme de cinquante-deux ans, qui, voici un an, fut pris, à la suite d'une furonculose, d'une myasthénie progressive, généralisée, avec fatigabilité de la parole, impossibilité de manger et de marcher, abolition de tous les réflexes, sans atrophie musculaire et avec abaissement de la tension artérielle à 13-14 centimètres. Cette circonstance et l'existence d'une pigmentation marquée firent soumettre le malade à l'opothérapie surrénale : d'abord 30, puis 60 centigrammes de poudre totale. Au bout d'un mois, les forces commençaient à revenir : actuellement, il peut exécuter les mouvements ordinaires, la tension est remontée à 16 et la pigmentation tend à disparaître.

Hypertonie. — M. Claude. Au contraire du précédent, cet homme présente, depuis deux ans, à la suite d'une appendicite avec suppuration, des crampes qui surviennent lors des mouvements (qu'elles rendent impossibles), ainsi que des excitations mécaniques ou électriques des muscles. L'auteur rapporte à la même cause la fatigabilité de la parole, que présente le sujet.

Réaction de Wassermann dans la paralysie générale saturnine. — MM. Sicard et Bloch l'ont constatée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien d'un paralytique général saturnin, dont les symptômes présentent les particularités attribuées par les classiques à la paralysie générale saturnine, dont la réalité devrait être revisée.

Double hémispasme facial. Effet des injections d'alcool sur une branche du nerf. — MM. Sicard et Bloch ont vu, chez une femme atteinte d'un double hémispasme facial, l'injection d'alcool pratiquée il y a une quinzaine de jours sur la branche supérieure du facial gauche, agir seulement sur les muscles innervés par cette branche. Les auteurs corroborés par MM. Thomas et Babinski ajoutent que la parésie provoquée par les injections d'alcool est transitoire, puis la motilité reparaît sans le spasme qui ne récidive qu'au bout de huit à dix mois, en général, parfois plus.

Un nouveau réflexe dans les lésions médullaires. — MM. Marie et Foix. Ce signe, qui peut exister sans celui de Babinski, et apparaît dès la période de l'ictus, comme lui, consiste en la flexion du pied, de la jambe et de la cuisse provoquées par la flexion forte des orteils par le médecin. La pression transversale du pied donnerait moins nettement les mêmes phénomènes.

Syndrome cérébello-choréiforme infantile. — MM. Marie et Joltrain montrent une fille de quatorze ans atteinte, à la suite d'une fièvre typhoïde, d'un syndrome choréiforme qu'on serait tenté de considérer comme chorée de Sydenham. Mais actuellement, apparaissent de l'ataxie avec démarche cérébelleuse, abolition des réflexes, troubles de la diadococinésie, de la parole et de l'écriture, qui montrent qu'on se trouve en présence d'un syndrome cérébelleux.

Torticolis mental. Section du spinal. — M. Babinski. Cette femme a été présentée voici plusieurs années à la Société, avec son torticolis, aujourd'hui guéri, depuis trois ans, par la résection de deux centimètres du nerf spinal. Fait curieux, il y a aujourd'hui restauration de l'excitabilité électrique du sterno-mastoïdien.

L'anesthésie comme procédé de guérison d'un tic. — M. Crespin (d'Alger) a obtenu, en quelques jours, la disparition d'un tic de flexion et d'extension rebelle, par l'emploi de chlorure d'éthyle, avant et après l'anesthésie générale.

Névrite ascendante. — MM. Huet et Lejonne présentent une femme qui, il y a deux ans, s'enfonça un clou dans le pied droit. En l'espace d'un mois, la paralysie se généralisa à tout le membre inférieur, en suivant la marche ascendante; dix-huit mois plus tard, le gauche fut pris à son tour.

Anesthésie segmentaire par suggestion médicale. — M. Souques. Ce malade lui offre un bel exemple d'anesthésie par suggestion : une heure après avoir reçu une forte décharge électrique, un examen médical fait sans les précautions ordinaires montra l'intégrité grossière de la sensibilité : le lendemain, l'auteur constatait une anesthésie segmentaire remontant jusqu'à mi-bras.

Encéphalite infantile à prédominance cérébelleuse. — MM. Baudouin et H. Français montrent une fille de sept ans, atteinte, à l'âge de trois mois, de crises convulsives durant quelques secondes. Il s'y ajoute des crises tétaniformes comme celles vues par Jackson dans les tumeurs du cervelet. Aucun trouble de la motilité que des chutes fréquentes, sensibilité intacte, exagération des réflexes et signe de Babinski à droite. L'intelligence est diminuée avec hypertrophie extraordinaire de la mémoire, en particulier pour les chiffres.

Névrite du trijumeau. — MM. Déjerine et Godicheau. Ce fait est intéressant par suite de la coexistence d'une névralgie de la cinquième paire avec l'atrophie du temporal et du masséter.

Epilepsie non syphilitique améliorée par le traitement mercuriel. — MM. Baudouin et Schaeffer. Une femme de quarante-deux ans avait depuis deux ans des crises d'épilepsie jacksonienne qui ont toujours cédé rapidement au traitement mercuriel. Diverses circonstances cliniques permettaient de penser à une gomme cérébrale, l'autopsie démontra un gliome.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — MM. THOMAS et JUMENTIÉ apportent un sarcome de l'angle ponto-cérébelleux. Il s'agit d'un angio-sarcome qui explique la marche rapide, avec des poussées aiguës imputables à des hémorragies. Les auteurs font remarquer l'absence de paralysie faciale, malgré un aplatissement remarquable de la septième paire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1910)

Lésions macroscopiques tardives du tétanos expérimental guéri. — M. Jean CAMUS présente plusieurs animaux atteints antérieurement de tétanos expérimental et guéris à l'heure actuelle depuis plusieurs mois. Il insiste sur la persistance de la contracture, de l'atrophie musculaire, sur l'existence de troubles trophiques cutanés et articulaires.

Ces phénomènes persistent dans le membre injecté de toxine, alors que les accidents tétaniques ont disparu dans le reste de l'organisme.

Le traitement du tétanos expérimental par les injections intra-rachidiennes d'un mélange d'antitoxine et d'émulsion cérébrale paraît diminuer l'intensité et la durée de ces manifestations tardives.

Modifications numériques des globulins à l'état pathologique. — M. AYNAUD. L'anémie pernicieuse aplastique est caractérisée par une hypoglobulinhémie précoce et intensive ; au cours de la leucémie myéloïde, les globulins sont à un taux sensiblement normal.

Au début de la période d'état de la rougeole et de la scarlatine les globulins sont diminués de nombre : leur nombre augmente ensuite régulièrement sans relation avec la température ni la chute thermique et atteint son maximum en général quelques jours après la défervescence : il baisse ensuite progressivement. Il en est de même au cours de la pneumonie, méningite cérébro-spinale, érysipèle, angines, etc. La fièvre typhoïde se distingue de ces affections par une hypoglobulinhémie persistante pendant la période d'état. Il n'y a aucune relation entre les variations numériques des globulins et celles des autres éléments du sang.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS DE TOULOUSE, 1er-7 août 1910. — Le Congrès se réunira à Toulouse, du 1er au 7 août 1910.

Selon la coutume, on a mis à l'ordre du jour des discussions trois questions qui seront l'objet de rapports spéciaux :

1° L'hypersensibilité à la tuberculine ;

2° Une première atteinte de tuberculose confère-t-elle un certain degré d'immunité?

3° Le traitement des hémoptysies.

Mais en dehors de ces questions, un certain nombre de séances seront consacrées à la présentation et à la discussion des communications envoyées par les membres du Congrès, sur un sujet quelconque, à leur choix.

Les lettres et les communications devront être adressées pour la section de médecine, au président de la section, le docteur Fernand Bezançon, 84, rue de Monceau.

CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un Congrès international contre la tuberculose, faisant suite au Congrès de Paris de 1905 et au Congrès de Washington de 1908, doit se tenir à Rome dans le courant et à une date non encore définitivement arrêtée, de l'année 1911.

Sur la demande de M. Guido Baccelli, président du Comité italien d'organisation du Congrès de Rome un Comité national vient de se former à Paris en vue de préparer la participation de la France à cette haute manifestation scientifique et sociale; dans une réunion tenue au ministère de l'intérieur le Comité français s'est constitué définitivement sous la présidence d'honneur de M. Léon Bourgeois, et sous la présidence effective de M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, assisté de MM. Lannelongue, Peyrot, Paul Strauss et docteur Emile Roux, vice-présidents, M. le docteur Maurice de Fleury, secrétaire général, MM. les docteurs G. Bourgeois, Savoire et Weill-Mantou, secrétaires.

Au cours de cette première réunion le Comité a décidé, afin d'orienter ses travaux préparatoires et en attendant que soit connu le règlement définitif du Congrès de Rome, d'adopter la classification suivante :

La première partie, plus particulièrement scientifique, comprendra trois sections, savoir :

A. — Bactériologie, pathologie expérimentale et clinique pathologique. Président de section : M. Calmettes, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

B. — Clinique médicale. Président : M. le professeur Debove.

C. — Clinique chirurgicale. Président : M. le docteur Guinard, chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

La deuxième partie, consacrée à l'hygiène publique, à l'assistance et à la démographie, comprendra les trois sections suivantes :

D. — Préservation contre la tuberculose. Président : M. le professeur Peyrot, sénateur.

E. — Assistance aux tuberculeux. Président : M. Paul Strauss, sénateur.

F. — Statistique. Président : M. E. Fuster, chargé de cours au collège de France, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale.

Il importe qu'au Congrès de Rome la France tienne une place équivalente à celle qu'elle occupe aujourd'hui dans la croisade internationale contre la tuberculose. Aussi le Comité adresse-t-il un pressant appel à tous les savants et sociologues français qui sur l'une ou l'autre des matières ci-dessus énumérées auront à présenter au Congrès d'intéressantes communications ; il les prie de se mettre dès maintenant en rapport avec M. le docteur M. de Fleury, secrétaire général du Comité français, 139, boulevard Haussman, à qui toute la correspondance doit être adressée.

UNION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE DU PREMIER AGE « GOUTTES DE LAIT ». — COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS. — Le IIIe Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge « Gouttes de lait », aura lieu à Berlin du 11 au 15 septembre 1911, sous la présidence du professeur Dietrich (de Berlin). Le secrétaire général est le professeur Keller (de Charlottenbourg). Tous les renseignements sur l'organisation du Congrès sont fournis par le secrétaire du Comité français, docteur P. Grasset, 27, rue de Clocheville, à Tours.

AVIS! — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 JUILLET 1910

THÈSES

Lundi 18 juillet, à une heure. — Mlle VOULFSSON. Contribution à l'étude des relations de la leucoplasie vulvaire avec le kraurosis vulval. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Couvelaire.) — M. LABOURÉ. Contribution à l'étude de la dystocie causée par les tumeurs annexielles au cours du travail. (MM. Pinard, président; Reclus, Segond et Couvelaire.) — M. AUXION. Du traitement des plaies de la main par la teinture d'iode. (MM. Reclus, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. PELLETIER. Contribution à l'étude de la tuberculose des os de la voûte du crâne. (MM. Segond, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — Mlle GOURILOW. Quelques considérations sur l'épidémie actuelle de suicides en Russie. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Sicard et Lœper.) — M. LAFONT. La situation clinique de la mélancolie anxieuse. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Sicard et Lœper.) — M. DORMOY. Traitement de la chorée de Sydenham par la scopolamine. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Sicard et Lœper.) — M. BAILLY. Le purpura de l'angio-sclérose. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Sicard et Lœper.)

Mardi 19 juillet, à une heure. — M. DEMONCHY. L'abcès tuberculeux du cerveau. (MM. Raymond, président; Gilbert, Achard et Claude.) — M. DELOLM DE LALANBIE. Contribution à l'étude de la circulation intra-hépatique. (MM. Gilbert, président; Raymond, Achard et Claude). — Mme KALMANOVITCH. Contribution à l'étude des régimes de déchloruration, régime hypo-azoté. (MM. Achard, président; Raymond, Gilbert et Claude.) — Mme SANZEWITCH. Contribution à l'étude des fausses gastrites. (MM. Achard, président; Raymond, Gilbert et Claude.) — M. HUARD. Le pronostic de la typho-bacillose. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Castaigne et Nobécourt.) — M. TROISIER. Rôle des hémolysines dans la genèse des pigments biliaires et l'urobiline. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Castaigne et Nobécourt — Mlle TEMKIN. Contribution à l'étude des déformations vertébrales traumatiques (scoliose et cyphose traumatiques retardées, maladie de Kummell) (MM. Chauffard, président; Hutinel, Castaigne et Nobécourt.) — M. CHEURLOT. La tache rosée lenticulaire de la fièvre typhoïde. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Castaigne et Nobécourt.) — M. FIDAO. Contribution à l'étude de l'ulcère perforant nasal. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Castaigne et Nobécourt.) — M. DUCHATEAU. Etude sur l'épuration des eaux usées par les lits bactériens et spécialement par la tourbe. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Richaud et Balthazard.) — M. CHALARD. Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Richaud et Balthazard.) — M. LESIEUR. Contribution à l'étude du gui, pharmacodynamie et thérapeutique. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Richaud et Balthazard.)

Mercredi 20 juillet, à une heure. — M. CHIBRET. De l'emploi thérapeutique du chlorure de magnésium administré à faibles doses (en particulier dans la constipation et quelques affections qui lui sont consécutives). (MM. Gautier, président; Gariel, Gaucher et Marcel Labbé.) — M. MAGNON-PUJO. Contribution à l'étude de la radiothérapie dans les tumeurs profondes. (MM. Gariel, président; Gautier, Gaucher et Marcel Labbé.) — Mlle GYSPTEIN. Des effets d'électrolyse circulaire dans les rétrécissements fibreux du rectum. (MM. Gaucher, président; Gautier, Gariel et Marcel Labbé.) — M. LE PONTOIS. Les verrues planes juvéniles et leur traitement. (MM. Gaucher, président; Gautier, Gariel et Marcel Labbé.) — M. BLEYNIE. De l'avenir des femmes néphrectomisées qui deviennent enceintes. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Reclus et Couvelaire.) — M. ARONSWITCH. La coxalgie double envisagée surtout au point de vue de son traitement. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. MIGNEN. Fractures et décollements épiphysaires de l'extrémité inférieure du fémur dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. DU BOIS. Traitement de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant en bas âge. (MM. Reclus, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. PRIN. Contribution à l'étude des luxations de l'épaule en arrière. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Gosset et Ombrédanne.) — M. BLACHER. Appendicite chronique, forme atrophique. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Gosset et Ombrédanne.) — M. SAUSSOL. Des diverses formes cliniques de la maladie de Mikulicz. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Gosset et Ombrédanne.) — M. BOUVIER. Contribution à l'étude des plaies de la moelle épinière. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Gosset et Ombrédanne.)

Jeudi 21 juillet, à une heure. — M. LÉVY-VALENSI. Le corps calleux. Etude anatomique, physiologique et clinique. (MM. Raymond, président; Roger, Langlois et André Broca.) — M. SARKIS. De la physionomie de l'œil normal et pathologique. (MM. Roger, président; Raymond, Langlois et André Broca.) — M. LUTAUD. Présence simultanée dans le liquide céphalo-rachidien de méningitiques du méningocoque de Weichselbaum et du bacille de Koch. (MM. Roger, président; Raymond, Langlois et André Broca.) — M. DEJUST. Le médecin dans le théâtre contemporain. (MM. Roger, président; Raymond, Langlois et André Broca.) — M. GIRARD. Du traitement de laryngites graves de la rougeole chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Bar et Brindeau.) — M. QUENOT. Essai sur les procédés de fabrication et sur les applications thérapeutiques de la bière et des extraits de malt. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Bar et Brindeau.) — M. COLLIGNON. Progression ascendante du nombre des avortements et ses causes. (MM. Bar, président; Hutinel, Gilbert et Brindeau.) — M. LAFFONT. Paludisme congénital et paludisme héréditaire. (MM. Bar, président; Hutinel, Gilbert et Brindeau.) — M. TAPHANEL. Les cas de fièvre de Malte contractés à Paris et dans la région parisienne. (MM. Thoinot, président; Gilb. Ballet, Achard et Balthazard.) — M. AUPICON. Valeur séméiologique de la mélanodermie des muqueuses. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Achard et Balthazard.) — M. PAYNEL. Du syndrome chiasmatique au point de vue oculaire. (MM. Achard, président; Thoinot, Gilb. Ballet et Balthazard.) — M. ESNOUF De l'utilité de la recherche des réactions à la tuberculine dans le diagnostic des affections qui peuvent être prises pour des tuberculoses externes. (MM. Achard, président; Thoinot, Gilb. Ballet et Balthazard.) — M. LASNIER. Chlorurémie et azotémie. Diagnostic et pronostic de l'azotémie. (MM. Chauffard, président; Dupré, Jeanselme et Castaigne). — M. DEFOULOY. Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire. (MM. Chauffard, président; Dupré, Jeanselme et Castaigne.) — M. MONPEURT. Ulcérations gastriques d'origine cardiorénale chez le vieillard (gastrite ulcéreuse urémique). (MM Chauffard, président; Dupré, Jeanselme et Castaigne.) — M. CRUSSAIRE. Un médecin au XVIIe siècle, le docteur Vallerut. Une malade imaginaire, Mme de Sablé. (MM. Chauffard, président; Dupré, Jeanselme et Castaigne.)

Vendredi 22 juillet, à une heure. — M. GAUTIER. La diphtérie à l'hôpital Trousseau en 1909 (service de M. le docteur Netter). (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Legry et Sicard.) — M. LEPORCQ. Le traitement des ulcères de jambe par l'air chaud. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Legry et Sicard.) — M. HOUY. Etude sur les chancres mous de la bouche et des lèvres. (MM. Gaucher, président; Pierre Marie, Legry et Sicard.) — M. GAULIER. Une variété de cirrhose tuberculeuse : la cirrhose hypoplasique. (MM. Pierre Marie, président; Gaucher, Legry et Sicard.) — M. NESPOULOUS. La maladie de Fauchard et son traitement par l'acide sulfurique de Nordhausen. (MM. Reclus, président; Segond, Lejars et Mauclaire.) — M. CHAMLIAN. De la novocaïne au point de vue chimique, pharmacodynamique et de son emploi en chirurgie. (MM. Reclus, président; Segond, Lejars et Mauclaire.) — M. JACQUES. De la tuberculose du sternum. (MM. Segond, président; Reclus, Lejars et Mauclaire.) — M. ROUVILLAIN. La néphropexie par fixation anatomique du rein dans la fosse lombaire. (MM. Segond, président; Reclus, Lejars et Mauclaire.) — M. GAGNIER. De l'ostéo-fibrome du maxillaire supérieur. (MM. Segond, président; Reclus, Lejars et Mauclaire.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.* — Deuxième séance du 11 juillet. — M. Parisot : « Les céphalées » ; note : 16.

Première séance du 12 juillet. — MM. Josué : « Les syndromes surrénaux » ; note : 18 ; — Piéry : « L'infantilisme » ; note : 17 1/2.

Deuxième séance du 12 juillet. — MM. Cade : « Les chorées chroniques » ; note : 19 ; — Petgès : « Les hydrocéphalées » ; note : 18.

Epreuve pratique d'anatomie pathologique. — Séance du 13 juillet. — MM. Savy, 8 1/2 ; Arloing, 9 ; Gellé, 9 ; Perrin, 9 ; Petgès, 9 ; Euzière, 9 ; Cade, 9 1/2 ; Léri, 9 1/2 ; Carles, 9 ; Gougerot, 9 1/2 ; Piéry, 8 1/2 ; Leuret, 8 ; Lereboullet, 8 1/2 ; Micheleau, 7 1/2 ; Minet, 8 1/2 ; Bernard, 10 ; Josué, 7 1/2 ; Garnier, 8 ; Mouriquand, 9 1/2 ; Parisot, 8 ; Nattan-Larrier, 9 ; Babonneix, 9 ; Guillain, 10 ; Bonnamour, 9 ; Rathery, 10.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 13 juillet. — MM. Lortat-Jacob, 18 ; Kahn, 19 ; Bigart, 18.

Prochaine séance (leçon clinique), samedi 16 juillet, à neuf heures du matin à l'hôpital Beaujon.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séances des 11 et 13 juillet. — MM. Kendirdy et Mathieu, 17 ; Descomps, 18 ; Capette, 17 ; Mercadé, 12 ; Français, 13.

Prochaine séance, lundi 18 juillet, à 4 heures, à la Pitié.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté en date du 8 juillet, M. Tiffeneau (M.-P.-A.-E.) est institué agrégé des facultés de médecine (section de matière médicale et pharmacodynamie), et entrera en exercice le 1er novembre 1910, pour une durée de neuf ans.

— La seconde session d'examens pour le certificat d'études exigé des aspirants au diplôme de chirurgien dentiste, s'ouvrira, en 1910, au chef-lieu de chaque académie, le 12 octobre.

Les dates des épreuves sont fixées ainsi qu'il suit :

Epreuves écrites : mercredi 12 octobre.

Epreuves orales : jeudi 13 octobre.

Les registres d'inscription seront ouverts du vendredi 16 au vendredi 30 septembre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par arrêtés du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, pris les 13 et 23 juin 1910 en vertu des décrets des 31 mars 1885 et 22 juillet 1899, la médaille d'honneur des épidémies en argent ou en bronze est décernée aux personnes ci-après désignées en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion des maladies épidémiques :

SEINE. — *Médailles de bronze.* — M. le docteur Simon, chef du laboratoire de la diphtérie à l'hôpital Bretonneau ; MM. Rouget, interne à l'hôpital Bretonneau ; Lietz, externe à l'hôpital Bretonneau ; Bleynie, externe à la Maternité ; Durand, externe à l'hôpital Hérold ; Mlle Goldenfan, externe à l'hôpital Claude-Bernard ; MM. Rabourdin, externe à l'hôpital de la Charité ; Bralez et Rode, étudiants en médecine.

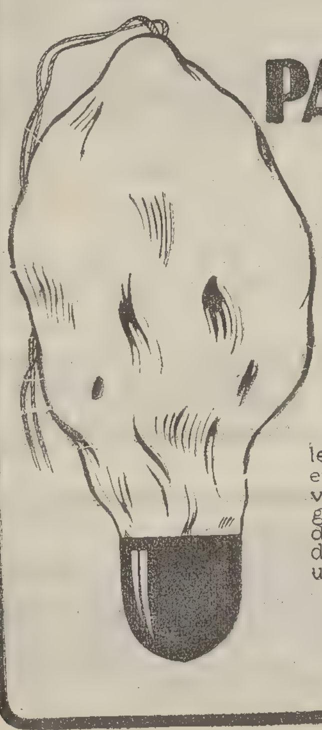
Médaille d'argent. — M. Chamard-Bois, interne à l'hôpital Lariboisière (déjà titulaire de la médaille de bronze), en témoignage du dévouement dont il a fait preuve dans l'exercice de ses fonctions et dont il a été victime en contractant une grave atteinte de méningite cérébro-spinale.

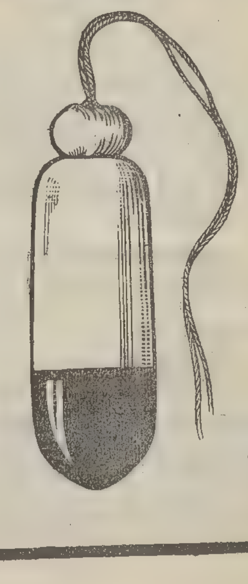
ETRANGER. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Mesny, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales à Tientsin (Chine).

INSTITUT ORTHOPÉDIQUE DE BERCK. — Le cours de vacances de M. Calot, à cause d'un empêchement imprévu, est retardé d'une semaine. Il aura donc lieu du 8 au 14 août.

Pour les renseignements, s'adresser au docteur Fouchet, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

RENSEIGNEMENTS





REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE AMYLOIDE

Par M. A. TOURAINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — La maladie amyloïde ou amylose fait partie du groupe des dégénérescences albuminoïdes; elle survient au cours des maladies infectieuses chroniques à tendance cachectisante. Toujours secondaire, elle apparaît et domine dans la paroi des artérioles et des capillaires, notamment au niveau des viscères à circulation active ou à fonction antitoxique ou éliminatoire.

L'amylose n'atteint que peu et tardivement les éléments nobles de ces organes et ne provoque pas par elle-même de troubles fonctionnels graves. Elle les « encrasse » plutôt qu'elle ne les altère, au moins pendant une longue partie de son évolution.

C'est une « transformation à type de coagulation du protoplasme, transformation qui a des analogies étroites, au point de vue de l'étiologie et de la morphologie, avec la dégénérescence hyaline ». (Chantemesse et Podwyssotzky.)

I

Historique. — Portal (1813) semble avoir vu le premier l'amylose dans le foie d'une vieille femme couverte d'exostoses et d'ulcérations aux parties génitales. Les observations isolées et sans contrôle de Andral, Graves, Engel, etc., sont postérieures.

J.-F. Meckel (1816), Rayer (1840) la signalent dans le rein.

A partir de cette époque, les observations se multiplient, suscitent de nombreux travaux que l'on peut répartir en trois grandes périodes.

1° **Phase anatomo-pathologique**. — Rokitansky (1842-1845) fixe les caractères généraux de l'amylose, sous le nom de « métamorphose lardacée » et ses rapports avec les cachexies. Christensen (1844) la décrit comme « dégénérescence cireuse », Oppolzer, Schrant comme « dégénérescence colloïde ». Budd (1845) esquisse la clinique de l' « agrandissement scrofuleux du foie ».

En 1853, H. Meckel trouve la réaction iodo-sulfurique qu'il attribue à des dépôts de cholestérine.

La même année, Virchow, dans un important travail, met cette réaction sur le compte de substances ternaires, amylacées, du groupe des hydrates de carbone; il lui donne, en conséquence, le nom de « dégénérescence amyloïde ». Le terme et l'idée font fortune et prévalent contre le nom de « leucomatose » que propose, plus justement, Lancereaux en 1875.

La liste est longue ensuite des travaux qui en étudient soit des localisations [foie : Wagner, Frerichs (1861); — rate : Hertz (1863); — rein : Neumann (1860), Braun (1864), Cornil (1862-1864); — ganglions : Robin et Guyon (1856)], soit une description générale [Wilks, Beckmann, Neumann, Pagenstecher (1858), Hayem (1864), Wichmann (1893), Papillon (1897)].

2° **Phase chimique**. — La nature ternaire de l'amylose, admise par Virchow, est battue en brèche par Friedreich et Kekulé, Schmidt (1850) qui l'assimilent entièrement aux substances albuminoïdes. Cette notion est confirmée par les travaux de Kühne et Rüdnew, Carbone et Grandis (1870).

Ce n'est qu'à une époque beaucoup plus récente que Oddi (1894), poursuivant les recherches de Schmiedeberg, découvre, dans la substance amyloïde l'acide chondroïtine-sulfurique, et fait entrer l'étude chimique de l'amylose dans une phase encore inachevée à l'heure actuelle.

3° **Phase expérimentale**. — Birch-Hirschfeld reproduit le premier l'amylose par injections de pus provenant d'un cas de maladie amyloïde (1882); Bouchard et Charrin (1888), avec le bacille pyocyanique ou sa toxine, inaugurent une série d'expériences qui, réalisées depuis avec les microbes les plus divers, dans différentes espèces animales, ont permis d'en étudier complètement le mécanisme et la distribution des lésions.

II

Etiologie. — 1° **Causes générales**. — On possède peu d'éléments pour apprécier la *fréquence* de l'amylose. Wagner, sur 1200 autopsies, la rencontre 48 fois, c'est-à-dire dans 4 p. 100 des cas et dans 7 p. 100 des autopsies de tuberculeux.

Le *sexe* paraît peu influer sur sa répartition; sur 82 cas, Wagner relève 52 hommes et 30 femmes; ce nombre est trop restreint pour en inférer des données précises.

C'est à l'*âge* de la tuberculose, c'est-à-dire de vingt à trente ans, que l'amylose est le plus fréquente. Les statistiques réunies de Wagner et de Cornil, portant sur 147 cas, signalent 1 cas au-dessous de cinq ans, 11 de cinq à dix, 23 de dix à vingt, 54 de vingt à trente, 20 de trente à quarante, 23 de quarante à cinquante, 11 de cinquante à soixante, et 4 cas au-dessus de soixante ans. Malgré sa rareté au delà de cinquante ans, Soyka considère l'amylose comme un élément de l'atrophie sénile.

2° **Causes déterminantes**. — « L'amylose n'est jamais une affection protopathique. » (Cornil.) Elle est toujours *secondaire à une infection chronique à tendance cachectisante*, suivant la formule de Chauffard, formule dont les deux termes sont indispensables.

Des infections aiguës ou même chroniques, sans cachexie, ne donnent pas d'amylose, ainsi que Cohnheim et Bartels l'avaient déjà vu; et par ailleurs des cachexies pures (cancer, diabète), sans infections, ne sont pas, à elles seules, une cause suffisante.

L'association de ces deux facteurs se retrouve, au plus haut degré, dans la *tuberculose* et accessoirement dans la *syphilis*. Il est intéressant, sur ce point, de rapporter les statistiques réunies de Rosenstein, de Grainger-Stewart et de Cornil où, sur sur 128 cas, 88 (69 p. 100) sont tributaires de la tuberculose, 22 (17 p. 100) de la syphilis, et 4 seulement (3,1 p. 100) du cancer.

a. Tuberculose. — C'est la cause la plus fréquente, celle sur laquelle insistaient déjà les premiers auteurs (Meckel, Wilks, Frerichs, etc.). Pour Lécorché, 60-66 p. 100 des tuberculeux ont de l'amylose rénale.

Cependant, certaines conditions paraissent nécessaires, dans la tuberculose, pour l'apparition de l'amylose. C'est ainsi qu'on ne la rencontre jamais

dans la granulie, rarement dans la phtisie vulgaire. Elle est, au contraire, fréquente dans les tuberculoses pulmonaires torpides, bronchorrhéiques, avec cavernes largement ouvertes.

Mais ici encore, s'impose la nécessité de *longues suppurations* : celles d'une localisation pleurale, articulaire, osseuse, d'une tuberculose suppurée par exemple, celles encore des abcès par congestion. Aussi importantes sont les *infections secondaires* favorisées par l'ouverture à l'extérieur des foyers tuberculeux. Bartels avait déjà insisté sur l'importance des abcès par congestion ouverts et infectés; Sorgo donne même une véritable valeur diagnostique à cette notion; dans 9 cas d'amylose généralisée, il trouve 8 fois des lésions tuberculeuses de la muqueuse intestinale (l'importance de l'amylose étant proportionnelle à l'étendue et au degré de ces lésions) et une fois une infection mixte staphylo-streptococcique de la tuberculose pulmonaire; il en déduit que, si on ne trouve pas d'autres microbes que le bacille de Koch dans les crachats, c'est-à-dire hors les cas d'infection polymicrobienne, il faut toujours penser à une localisation intestinale de la tuberculose.

L'amylose est donc une complication tardive de la tuberculose cavitaire ou infectée secondairement. Elle est d'un pronostic grave, car elle fait entrave au traitement, en lésant l'intestin, les reins; elle en accélère l'évolution.

On l'a signalée au cours de vastes ulcérations lupiques.

b. Syphilis. — L'amylose est assez fréquente au cours de la syphilis acquise ou héréditaire, avec lésions ulcéreuses tertiaires à lente évolution des téguments, des muqueuses, des os et des articulations.

c. Suppurations anciennes. — On a rapporté des observations, rares et toujours isolées, d'amylose au cours d'un grand nombre d'infections chroniques. Tels sont les pleurésies purulentes avec empyème (Rosenstein), la dilatation sacciforme des bronches (Wagner), les abcès du psoas, la pyonéphrose, les cystites chroniques, les suppurations péri-utérines, les ulcérations dysentériques, les ostéites ou périostites traumatiques, l'ostéomyélite, les arthrites suppurées, les ulcérations étendues de jambe, les fistules chroniques, l'actinomycose, le pemphigus généralisé ancien (Hertz), etc.

d. Cachexies. — Ici encore, l'amylose a été une trouvaille au cours du paludisme (Cornil et Brault), de la lèpre (Cornil), du rhumatisme articulaire aigu (4 cas de Beattie); de l'alcoolisme, de l'hydrargyrisme; de la cachexie ovarienne et hémorragique (Lœper), du rachitisme (Frerichs, Lambl et Löschner); du rhumatisme chronique déformant, du cancer (Rosenstein, Grainger-Stewart); des cardiopathies anciennes (Jaccoud), de la leucémie, des néphrites chroniques, etc.

Toutes ces causes peuvent être l'origine de l'amylose soit directement, par elles-mêmes, soit en permettant des infections secondaires qui aboutissent à la dégénérescence amyloïde.

e. Enfin, dans des cas exceptionnels, on ne peut retrouver de cause apparente à l'amylose; elle semble primitive.

III

Anatomie pathologique. — **1° Distribution de l'amylose.** — On peut isoler deux types d'amylose, de très inégale fréquence et assez différents par leur cause, leur systématisation, leur structure et même leur évolution et leur pronostic. Le plus fréquent est l'*amylose généralisée*, la véritable maladie amyloïde, qui frappe presque toujours plusieurs des principaux viscères à la fois, et qui est une infiltration diffuse et à systématisation vasculaire. Rare, au contraire, est l'*amylose localisée* en véritables tumeurs, toujours assez nettement délimitées, coïncidant d'ailleurs parfois avec l'amylose généralisée et toujours d'origine locale.

Nous rejetterons l'étude de cette dernière après celle de la maladie amyloïde proprement dite. Son seul intérêt, outre sa rareté extrême, est d'apporter quelque éclaircissement à l'étude de la pathogénie de l'amylose.

Classiquement, les auteurs s'entendent pour trouver, dans tous les cas, d'une façon constante, la dégénérescence amyloïde dans le foie, les reins, la rate; elle serait très fréquente, mais non constante dans les capsules surrénales, la muqueuse intestinale (surtout au niveau du côlon), dans les ganglions lymphatiques.

On l'a rencontrée dans presque tous les organes, notamment dans la muqueuse gastrique, le pancréas, les glandes salivaires, les bronches, les poumons, le myocarde, les gros troncs artériels, les ovaires, les testicules, le corps thyroïde. Sa rareté, à leur niveau, est vraisemblablement relative et due à l'absence habituelle d'examen spécial.

Elle est considérée comme exceptionnelle dans les muscles striés (quoique Papillon la dise fréquente dans les muscles de la locomotion, dans ceux de la langue), dans la vessie (Menetrier), dans la moelle osseuse (Ponfick), dans les ganglions du sympathique (Schmorl, Lubrimoff), dans les cartilages (Virchow, Cornil et Ranvier), dans la peau (Lindwurm).

Elle n'a jamais été vue dans le système nerveux, très rarement dans les méninges.

Hoffmann, dans 80 cas d'amylose, a noté une distribution un peu différente dans les proportions suivantes : rate, 74 fois; rein, 67; intestin, 52; foie, 50.

2° Caractères généraux macroscopiques des organes amyloïdes. — Il faut que les organes atteints aient subi une infiltration déjà considérable pour donner des lésions visibles à l'œil nu. Mais, à ce degré, certains caractères, facilement appréciables, permettent de la reconnaître presque à coup sûr.

La *forme générale* de l'organe est conservée ; la dégénérescence amyloïde donne une *hypertrophie* totale, régulière, portant sur tous les diamètres et directement proportionnelle à l'abondance de l'amylose au niveau de cet organe. Pour Perrone cependant, l'hypertrophie ne serait pas uniquement liée à l'amylose, mais serait due, au moins pour la rate, à des phénomènes accessoires, mais satellites de la dégénérescence, tels que l'hémolyse et la surcharge en hémosidérine.

De cette hypertrophie, résulte une augmentation habituelle du *poids* des organes lésés.

Le plus souvent, il n'existe pas de réaction conjonctive péri-viscérale (péri-hépatite, péri-néphrite, etc.), la *surface* de l'organe est lisse, unie et laisse deviner la demi-transparence du parenchyme.

Celui-ci est ferme, mais ne crie pas sous le scalpel, et la *section* en est facile.

Sur la *surface de section*, l'amylose se présente

sous deux types assez distincts, suivant son abondance, son degré, sa période.

Au début, ce sont de petits îlots, souvent à peine visibles, parfois du volume d'un grain de chènevis, d'un pois, d'un grain de sagou cuit, suivant l'expression restée classique de Virchow. Réunis, ils forment alors un fin pointillé gris fer, opalescent (Letulle), qui donne, à la coupe, un aspect assez spécial, moucheté, tigré, dû à la localisation initiale de l'amylose sur les glomérules du rein, les corpuscules de la rate par exemple. Le reste de l'organe reste sain et de coloration normale.

Les lésions peuvent en rester à ce stade ou passer au degré suivant, plus accentué.

Plus tard, en effet, l'amyloïde se répand en *infiltration diffuse*, en larges placards qui peuvent envahir tout l'organe ou se restreindre à une partie plus ou moins grande de celui-ci. Souvent, dans un même viscère, ces nappes ont une même systématisation; ainsi, dans les reins, l'amylose siège-t-elle uniquement dans la substance corticale.

Le parenchyme dégénéré est incolore, quelquefois gris ou gris blanchâtre, translucide, homogène, comparable à de la gélatine, à de l'amidon cuit. La surface en est lisse, unie, un peu miroitante, d'un brillant mat, à reflets opalins. Elle est décolorée, anémique, et cette teinte est due surtout au rétrécissement ou à l'oblitération des artères, fait qui rend particulièrement difficile l'injection du territoire altéré.

On ne peut retrouver aucune trace du tissu initial, le tissu conjonctif lui-même a complètement disparu.

Au doigt, l'amylose est ferme, élastique, donne une sensation de sécheresse marquée, résiste à la pression mais en conserve l'empreinte.

Enfin, les viscères dégénérés s'altèrent peu, laissés à eux-mêmes, ils résistent plusieurs jours à la putréfaction.

Mais, quelque importants que soient tous ces caractères, ils ne suffisent pas, à eux seuls, pour affirmer, à simple vue, le diagnostic de dégénérescence amyloïde. Toujours, il faut y joindre la recherche des *réactions colorantes* qui, seules, le mettent hors de doute.

La plus simple est la *réaction iodique*. On utilise soit la teinture d'iode, soit mieux le liquide de Lugol (iode : 1 gramme; iodure de potassium : 2 grammes; eau : 200 ou 300 grammes) ou du liquide de Michele (iode : 0g25; iodure de potassium : 1 gramme; gomme arabique jusqu'à consistance sirupeuse). Appliqué sur la surface de la coupe, ou plutôt sur une mince lame de tissu bien lavée à l'eau ou, si possible, préalablement fixée à l'alcool, chacun de ces liquides colore les régions dégénérées en brun acajou; les parties saines restent jaunes. Cette coloration disparaît à la longue, ou après action d'un alcalin.

La *réaction iodo-sulfurique* est plus précise. Si, après action de l'iode, on touche les parties brunes avec une ou deux gouttes d'acide sulfurique dilué au quinzième, la teinte primitive vire souvent à un bleu franc, souvent au bleu verdâtre ou au violet, puis au violet bleuâtre ou au violet foncé, enfin, quelquefois, au noir; les parties saines gardant une coloration jaune d'or.

Ces variétés de teintes seraient dues pour Edens à des différences dans le stade évolutif; une réaction bleu franc étant le fait d'une amylose jeune, les réactions atténuées celui d'une amylose ancienne.

Il faut encore se souvenir que, d'après Jaccoud, si on met trop d'acide, l'amyloïde est détruite, ou bien la teinte caractéristique n'apparaît que pour disparaître aussitôt.

Pour Wagner, enfin, si les albuminates entrent pour une partie trop importante dans la constitution de l'amyloïde, le virage est lent, nécessite plusieurs minutes et se fait en bleu vert ou en vert.

On peut, au lieu d'acide sulfurique, utiliser les chlorures de zinc, de calcium, de baryum, un acide quelconque (chlorhydrique, azotique, acétique, phosphorique, etc.).

La *réaction nitro-ammoniacale* de Virchow est moins caractéristique : l'acide nitrique à chaud donne à l'amyloïde une couleur jaune; si, ensuite, on fait agir de l'ammoniaque, on obtient la coloration orange des sels dérivés de l'acide xanthoprotéique.

3° Caractères généraux microscopiques des organes amyloïdes. — Comme pour l'étude macroscopique, des réactions colorantes spéciales sont nécessaires pour mettre en évidence la matière amyloïde et étudier ses caractères histologiques.

a. Colorations spécifiques. — La *fixation* des pièces nécessite quelques précautions. Il ne faut pas laisser les fragments trop longtemps dans le liquide fixateur (alcool, liquide de Müller entre autres), dans les alcalins; la coloration devient alors difficile ou impossible.

On recommande, d'habitude, un court séjour dans l'alcool. Sauer fixe des pièces très minces pendant trois heures et demie dans un mélange d'alcool absolu (60 gr.), de chloroforme (30 gr.), d'acide acétique glacial (10 gr.), puis pendant vingt heures dans l'alcool absolu et monte à la paraffine.

Pour la *coloration* de l'amyloïde, la teinture d'iode ne donne pas toujours de différenciation sous le microscope, surtout après emploi de la paraffine (Edens), et cette coloration est souvent très labile (Hansen).

En 1875, Cornil, Jürgens et Hesch ont fait connaître le pouvoir métachromatique de la substance amyloïde vis-à-vis d'un grand nombre de couleurs d'aniline. Ils employaient le vert de méthyle qui colore l'amylose en violet et les parties saines en vert.

Aujourd'hui, on utilise indifféremment les violets de Paris, de méthyle, d'Hoffmann, 5 R, de gentiane qui donnent à l'amylose une couleur rouge groseille, les tissus sains restant violacés. La différenciation est encore plus nette si on emploie ces colorants en solutions acides étendues : acétique, sulfurique (Czerny), chlorhydrique (Edens, Hansen).

La safranine teinte l'amylose en rouge orange, les tissus sains devenant rose pâle.

Balzer, Letulle recommandent l'éosine à l'alcool, après laquelle on traite la coupe à la potasse à 40, puis à 10 p. 100. L'amylose est rose vif, d'une grande vigueur d'éclat et avec des reflets jaunâtres dans les blocs un peu épais, le tissu élastique est rouge violacé, le tissu conjonctif décoloré ou jaune rosé, les cellules musculaires brun orange.

Birch-Hirschfeld fait une double coloration, d'abord au brun de Bismarck (à 2 p. 100 dans l'alcool au tiers), puis avec une solution aqueuse de violet de gentiane à 2 p. 100; il décolore à l'acide acétique très étendu. Les noyaux sont bruns, le protoplasma

clair, incolore, l'amylose rouge rubis, mais la différenciation disparaît spontanément assez vite.

La *conservation* des coupes colorées par toutes ces méthodes est meilleure dans la glycérine ou dans l'eau additionnée d'acétate de potasse à 50 p. 100.

b. Lésions histologiques. — Pendant une longue partie de son évolution, la maladie amyloïde est une maladie des artérioles et des capillaires ; c'est là son substratum anatomique. Aussi, est-ce là que l'on peut du reste le mieux suivre son histogénèse et ses différents stades : c'est là qu'ont surtout porté les études expérimentales comme celles de Wichmann, de Maximoff. Les parenchymes ne sont lésés que secondairement. C'est donc l'*amylose des artérioles et des capillaires* que nous devons d'abord étudier.

Nous choisirons comme type de notre description l'amylose des artères du glomérule de Malpighi. C'est d'ailleurs à leur niveau que débute d'habitude la maladie amyloïde.

Quel est le *siège* exact de l'amylose à ses premiers stades ; en quel point de la paroi du vaisseau apparaît-elle ? C'est là une question qui n'est pas encore définitivement résolue.

Pour Wagner, Eberth, Hayem, le début se fait dans l'endothélium : pour Cornil, Birch-Hirschfeld, les deux tuniques interne et moyenne peuvent être prises d'emblée. Pour la grande majorité des auteurs, avec Virchow, Tigges, Jürgens, Cohnheim, Hoffmann, l'amylose apparaît et conserve toujours son maximum dans la tunique moyenne, entre les fibres musculaires, et pour Jürgens, Wild, Raubitschek, la tunique interne reste toujours intacte. Wichmann admet le début dans la tunique moyenne, la tunique externe pouvant être envahie par propagation ; la tunique interne ne participe jamais à la dégénérescence, mais elle peut s'atrophier par refoulement et compression. Cette propagation à la tunique interne et à la gaine lymphatique est d'ailleurs admise par Kyber, Litten, Bard.

L'*histogénèse* de l'amylose est encore plus discutée. H. Meckel, Hayem, Rindfleisch, Cornil, Hoffmann, Krause, pensent à un *développement intracellulaire* dans les fibres musculaires de la tunique moyenne. Ce serait sinon un produit d'évolution dégénérative de la cellule, du moins un produit de sécrétion du corps protoplasmique lui-même. Un plus grand nombre d'auteurs, à la suite de Wagner, Jürgens, Köster, Eberth, Klebs, Wichmann, Papillon admettent le *développement extra-cellulaire*, et les cellules voisines ne seraient étouffées, atrophiées mécaniquement, que par la suite. L'amylose serait un dépôt (Virchow, Cornil, etc.), une infiltration, plutôt qu'une véritable dégénérescence. Nous verrons, du reste, que cette hypothèse cadre mieux avec les conceptions pathogéniques actuelles.

Cependant, nous devons faire une part importante aux recherches de Verworn, confirmées par celles de Maximoff (1896) et qui tendent à prouver que l'amylose serait une *sécrétion cellulaire* dont les produits se déposeraient autour des cellules, celles-ci subissant, du fait de cette sécrétion, une nécrobiose progressive. « L'apparition de la dégénérescence amyloïde dans les vaisseaux du foie coïncide avec le gonflement trouble des cellules hépatiques, la désagrégation et la disparition des granulations acidophiles d'Altmann. Aux degrés initiaux, on voit l'amyloïde sortir des cellules et reliée à elle par une série de filaments. » (Chantemesse et Podwyssotsky.)

Cette question d'origine n'est donc pas encore définitivement résolue.

La *morphologie des vaisseaux dégénérés* est, en général, profondément modifiée, dans les fines artérioles comme dans les capillaires. Le diamètre des vaisseaux est augmenté, mais irrégulièrement ; des foyers d'amylose isolés et multiples lui donnent souvent un aspect noueux, moniliforme que Grainger-Stewart comparait déjà à la racine d'ipéca. La lumière en est diminuée, parfois même réduite à une cavité virtuelle, souvent excentrique, plus ou moins déformée, polyédrique par l'inégal dépôt de la substance amyloïde dans la paroi.

Au début, l'amyloïde se présente sous la forme de petits globes arrondis ou polycycliques, boursouflés, brillants, vitreux et prenant la teinte métachromatique caractéristique.

Puis, ces globes confluent, de manière à entourer la périphérie de la lumière centrale, mais sans aucun ordre, mince ici, épaisse, végétante, même ailleurs.

A ce moment, la paroi des *capillaires* est devenue entièrement anhyste, compacte et forme un manchon complet autour de l'endothélium qui persiste encore.

Dans les *artérioles*, l'amylose se substitue progressivement aux éléments conjonctifs et musculaires. Les fibres conjonctives gonflent, perdent leur structure fibrillaire, deviennent de moins en moins visibles, enfin disparaissent, et sont remplacées par une masse amorphe qui est de l'amyloïde. Dans les fibres musculaires, la membrane d'enveloppe gonfle, subit la dégénérescence et celle-ci envahit la cellule de la périphérie au centre, de telle sorte qu'elle forme d'abord une coque amorphe ou finement grenue autour d'un espace central, où persiste encore quelque temps le noyau. Celui-ci devient trouble, disparaît, enfin toute la fibre est envahie.

A ce moment, toute la tunique moyenne est remplacée par une masse vitreuse, homogène qui envahit à son tour la tunique externe. L'artère, ainsi dégénérée, donne alors sur les coupes colorées aux couleurs d'aniline, l'image élégante de tout son réseau, comme si une injection réussie avait pénétré jusque dans ses plus fines ramifications.

L'endothélium reste presque toujours intact, au moins pendant une longue période. Repoussé par l'amyloïde, il forme une ligne plus ou moins sinueuse, parfois anguleuse, déchiquetée. Plus tard, il disparaît à son tour, quelquefois par propagation de la dégénérescence, beaucoup plus souvent par refoulement et compression, provoquant l'oblitération de l'artère et la nécrobiose de cet endothélium.

C'est à ce moment que le tissu conjonctif et les parenchymes voisins sont habituellement envahis.

Au niveau du *tissu conjonctif*, l'amylose s'étend en tache d'huile, rayonnant autour du vaisseau et lui formant un manchon plus ou moins irrégulier et épais. Le mécanisme de la propagation est le même que dans la tunique moyenne des artères.

Les *parenchymes voisins* peuvent subir secondairement soit la dégénérescence elle-même, soit une ou plusieurs des dégénérescences habituellement associées à celle-ci et qui n'en sont, en quelque sorte, que le contre-coup. Le processus de la transformation amyloïde paraît actuellement élucidé. Jaccoud, Frerichs, Rokitansky, Virchow, Friedreich admettaient que les cellules voisines, et notamment

celles du foie, pouvaient participer par elles-mêmes à la dégénérescence, en l'élaborant. Aujourd'hui, après les travaux de Wagner, Eberth, Ziegler, Birch-Hirschfeld, Vossius, Wichmann, Kravkow, etc., on admet que les cellules nobles ne deviennent jamais amyloïdes par elles-mêmes. Mais, comme l'avait déjà vu Wagner, des cellules peuvent subir de nombreuses autres dégénérescences, entrer en nécrobiose, et disparaître; leur place est alors occupée par l'amylose et celle-ci peut ainsi, progressivement, envahir une portion plus ou moins vaste d'un organe, comme un moyen de remplissage secondaire.

Cependant, si l'amylose ne peut se propager aux cellules, elle peut du moins détruire les éléments conjonctifs qui leur servent de substratum. C'est ainsi que les espaces intercellulaires, la membrane propre des tubes et acini, dans le rein (Hayem), le pancréas (Kyber), les glandes palpébrales (Vossius), peuvent dégénérer à leur tour. L'infiltration peut arriver à oblitérer la lumière de la glande et secondairement provoquer la desquamation ou la nécrobiose des cellules.

Les autres dégénérescences qui peuvent frapper les éléments des parenchymes sont très nombreuses et de tous ordres. Telle est la dégénérescence graisseuse, si fréquente qu'elle devient une association habituelle de l'amylose, la cytolyse, la résorption progressive, le gonflement trouble (Hayem), la dégénérescence vacuolaire (Cornil et Brault, Lécorché et Talamon) dans le tube urinifère par exemple, la desquamation (glomérulite desquamative de Ribbert), la disparition des granulations d'Altmann, des cellules hépatiques (Maximoff), etc.

Les causes de ces altérations secondaires sont nombreuses : compression des cellules par l'amylose qui s'insinue entre elles et les refoule, ischémie du territoire de l'artériole oblitérée, action directe du processus originel de l'amylose, etc.

Aussi voit-on souvent l'*association de l'amylose avec d'autres processus dégénératifs*. La dégénérescence graisseuse est, de toutes, la plus fréquente et presque toujours, à côté de cellules amyloïdes, existent de nombreuses cellules chargées de grosses granulations de graisse. Peut-être s'agit-il là d'un processus de défense. Signalons l'erreur possible, indiquée par Uthoff et Stegerthal, à savoir que la graisse conservée longtemps dans le liquide de Müller peut prendre la réaction métachromatique de la substance amyloïde.

La parenté de l'amylose avec la dégénérescence hyaline est bien connue. Outre l'identité absolue de leurs aspects histologiques (exception faite des réactions colorantes), leur voisinage très fréquent, le fait qu'un organe ayant subi la dégénérescence hyaline présente en général quelques points d'amylose (Fürbringer, Ziegler, etc.) et inversement, plaident en faveur des relations intimes entre les deux modes de dégénérescence. Du reste, on sait que la dégénérescence amyloïde se transforme facilement en hyaline : Rühlmann, dans une amylose palpébrale extirpée en partie, ne trouve, in situ, à un examen ultérieur, que de l'hyaline; Litten met un fragment d'amyloïde en sac de collodion, dans le péritoine d'un cobaye; la réaction métachromatique disparaît, il ne subsiste plus qu'une substance amyloïde achromatique que rien ne peut différencier de la substance hyaline; enfin un long séjour dans l'alcool, le liquide de Müller, les alcalins, transforme l'amyloïde en hyaline. Tous ces faits font admettre que la substance hyaline représente un stade précurseur de l'amylose.

La surcharge des organes amyloïdes en cholestérine n'est pas rare.

Enfin, souvent, la sclérose interstitielle associée peut provoquer l'atrophie paradoxale des viscères dégénérés, mais ses rapports avec l'évolution de l'amylose sont des plus discutables, car la régression de cette dernière est peu connue, à peine admise. Cette sclérose paraît plutôt être l'effet soit des altérations secondaires des parenchymes, soit celui de la même cause qui a déjà donné l'amylose.

4° **Lésions spéciales des différents organes.** — Nous étudierons d'abord les lésions des organes éliminatoires et des glandes vasculaires sanguines, siège d'élection de l'amylose, puis celles des autres organes, appareil par appareil.

a. Reins. — Ses lésions sont à peu près constantes au cours de toute maladie amyloïde.

L'aspect d'un rein dégénéré est celui que donne une néphrite interstitielle commune. Au premier degré de l'amylose, l'*examen macroscopique* reste négatif. A un stade plus avancé, le rein est gros, lourd; sa surface est lisse, brillante, blanc jaunâtre, peu vascularisée et ne montre que par places quelques étoiles veineuses; la capsule, amincie mais normale, se décortique facilement.

Au début, les glomérules seuls dégénérés se présentent sous forme de petits grains gris, translucides, du volume d'une tête d'épingle.

Plus tard, quand l'*amylose est diffuse*, elle revêt ses caractères habituels; la corticale est légèrement hypertrophiée, d'un blanc jaunâtre, les colonnes de Bertin sont plus épaisses, les pyramides d'une teinte rosée.

Grainger-Stewart décrit un troisième degré, atrophique; il est dû non pas à l'amylose, mais à la sclérose interstitielle concomitante.

Plus souvent l'*amylose est localisée* et se rapporte à l'un des deux types : cortical, le plus habituel (les pyramides sont alors congestives); ou pyramidal, exceptionnel, n'existant à l'état pur que dans les cas de Straus et de Schuster.

Au *microscope*, l'infiltration amyloïde débute dans la paroi des *artérioles* glomérulaires. Une ou plusieurs anses sont envahies et les lésions dissèquent finement les flocculi ; puis les bouquets vasculaires gonflent et s'oblitèrent, se fusionnent en un bloc homogène, où parfois quelques noyaux sont encore visibles. En général, l'endothélium de la capsule de Bowmann reste intact.

Presque en même temps, ou très rapidement, les lésions gagnent les artères afférentes des glomérules, plus rarement les efférentes ou les capillaires, puis les artères interlobulaires, et souvent, après quelque temps, présentent leur maximum à ce niveau. Enfin, les vaisseaux droits des pyramides sont envahis; dans de rares cas, Bartels a vu les lésions y prédominer; les capillaires intertubulaires sont pris les derniers.

La membrane propre des *tubes urinifères* n'est atteinte que secondairement, elle s'épaissit, puis dégénère. Pour Wichmann, Maximoff, l'amylose forme d'abord une mince couche albuminoïde homogène qui s'épaissit, à la surface externe de la membrane et, plus tard, se confond avec elle en une seule masse.

Les cellules ne présentent jamais de dégénérescence amyloïde, mais presque toujours des lésions banales associées; c'est la glomérulite desquamative de Ribbert, la résorption insensible de Brault dans le glomérule, la cytolyse, la dégénérescence graisseuse, la desquamation dans les tubes. Sarrazin a vu, d'une façon constante, les cellules des tubes contournés bourrées de granulations homogènes et brillantes; à un stade plus avancé, le bord libre éclatait et expulsait une partie du contenu en cylindres hyalins ou colloïdes dans le tube.

Souvent, les lésions sont beaucoup plus localisées. Dans le type cortical, les artères glomérulaires et interlobulaires sont seules dégénérées; dans le type pyramidal, dont la rareté est extrême, les lésions se sont bornées aux artères droites (cas de Straus) ou aux épithéliums (cas de Schuster).

Parmi les associations, la plus courante est la néphrite diffuse, subaiguë ou chronique (Cornil et Brault, Lécorché et Talamon) qui serait la règle même pour Castaigne; l'épithélium des tubes est gonflé, rempli de gouttes albumineuses ou graisseuses. Parfois ces lésions dominent et donnent le syndrome de la néphrite hydropigène. On a admis autrefois, avec Lécorché et Talamon que l'amylose pouvait être une complication terminale des néphrites; Brault, Castaigne ont fait accepter comme notion courante que les deux processus relèvent, en même temps, de la même cause initiale et évoluent parallèlement, ainsi que l'ont montré également les expériences de Claude.

b. Foie. — Lorsque l'infiltration est assez avancée pour modifier son aspect macroscopique, le foie est régulièrement hypertrophié; il pèse en moyenne deux kilos, parfois beaucoup plus; lorsque l'amylose vient compliquer une cirrhose atrophique, son volume peut rester normal. Le bord inférieur est légèrement émoussé, il n'existe pas de périhépatite. Discrète, l'amylose ne se révèle que par de fines mouchetures gris fer, disséminées; généralisée, toute la surface devient grisâtre, translucide, exsangue.

Histologiquement, l'amyloïde se dépose, au début, dans la partie moyenne des capillaires radiés du lobule et peut y rester localisée. Ces capillaires deviennent épais, vitreux, fissurés, mais leur endothélium conserve ses caractères. Puis la dégénérescence se généralise, atteint, dans les espaces portes, les artères interlobulaires, en petits foyers dans la tunique musculaire (Litten), mais il est exceptionnel qu'elle provoque leur oblitération et par suite des infarctus interstitiels. Les rameaux portes et les veines sus-hépatiques peuvent être détruits, dans les cas graves.

Enfin, à un ultime degré, les cellules hépatiques elles-mêmes disparaissent. C'est à leur sujet, nous le rappelons, qu'a été discutée la possibilité de la transformation directe des éléments nobles des parenchymes en substance amyloïde. Nous savons que Frerichs, Rokitansky, Virchow, Friedreich, Jaccoud pensaient cette transformation possible; Chauffard l'accepte dans certains cas; mais Wagner, Birch-Hirschfeld, Wichmann, Papillon ont montré que, le plus souvent, l'amyloïde s'infiltrant entre les cellules les comprime et provoque leur atrophie mécanique. Ce n'est qu'à ce moment que l'amyloïde prend leur place et semble s'être substituée à elles. A l'appui de cette dernière opinion, signalons qu'on ne relève jamais de troubles de la fonction hépatique.

Dans un cas, Edens a trouvé la substance amyloïde infiltrée dans la graisse péri-hépatique.

c. Glandes vasculaires sanguines. — La *rate* est presque toujours atteinte dans la maladie amyloïde (74/80 dans la statistique de Hoffmann).

Sa forme est peu altérée, mais son hypertrophie est en général considérable (875 grammes dans un cas de Ameuille); cependant son volume peut rester normal, et même, présenter quelque atrophie; il existe alors une sclérose plus ou moins avancée (Besnier, Launois).

La rate se présente sous deux types, suivant le degré d'infiltration. Lorsque celle-ci est limitée aux corpuscules de Malpighi, ils deviennent brillants, vitreux, transparents ou opalins sur la surface de la coupe; donnant l'aspect caractéristique de « Sagomilz » décrit par Virchow. Ils sont toujours augmentés de volume, atteignent parfois 1 à 2 millimètres de diamètre et peuvent arriver au contact les uns des autres. Le reste de la rate est d'apparence normale.

Si l'infiltration est diffuse, toute la surface de section devient homogène, vitreuse, douce, onctueuse au toucher (rate cireuse); elle prend parfois une couleur jambon (Launois). Aucun détail de structure n'est plus visible.

Les lésions histologiques répondent assez exactement à ces deux degrés de dégénérescence. L'amyloïde infiltre d'abord les artères et les capillaires des corpuscules qu'elle entoure d'un manchon; quoique Cornil et Ranvier aient bien montré que, dans certains cas, l'artère centrale du follicule reste indemne, au milieu de follicules, par ailleurs, entièrement dégénérés. Puis, les travées du réticulum fibrillaire gonflent et disparaissent, les leucocytes s'altèrent par nécrobiose ou compression, et sont remplacés par des globes homogènes d'amyloïde: tout le corpuscule est détruit. Dans la pulpe splénique, les lésions sont toujours minimes, aussi bien dans le réticulum que dans les cellules lymphatiques; les veines sont quelquefois très légèrement infiltrées.

Plus tard, l'amylose forme de grandes nappes, plus ou moins exsangues, qui peuvent envahir toute la rate. Les artères, même d'un certain calibre, sont parfois oblitérées, mais ce n'est point là un fait constant; Cornil et Ranvier ont vu une infection secondaire de la rate se produire par cette voie. Au contraire, les veines sont presque toujours lésées; leur paroi est épaisse, amyloïde, l'endothélium restant pourtant souvent normal. A cette période, il n'est pas rare de retrouver des follicules incomplètement dégénérés et subsister sous la forme d'une étroite bande de cellules lymphatiques normales, autour de l'artère centrale.

Les lésions sont à peu près analogues dans les *ganglions lymphatiques*. Parfois énormes, leur hypertrophie est le plus souvent moyenne. Localisée en petits îlots semi-transparents, l'amyloïde se concentre habituellement dans la corticale et les cordons folliculaires; le système des voies lymphatiques ne participe pas au processus, sauf dans les rares cas observés par Ziegler.

Ici encore, le début se fait dans les artérioles et le tissu conjonctif des follicules qui, secondairement s'atrophient et sont remplacés par de petits blocs homogènes. Plus tard, les sinus s'élargissent, leurs cellules endothéliales se tuméfient, deviennent granuleuses, leur noyau se multiplie; de grandes cel-

lules sphériques uni ou multinucléaires apparaissent dans les mailles du réseau conjonctif, qui, lui-même, à la longue, devient très dense, se sclérose parfois.

La fréquence de l'amylose des *capsules surrénales* est estimée d'une façon assez variable suivant les auteurs. Brault la dit moins courante que celle du rein, de la rate; Oppenheim la rencontre dans deux tiers des cas de maladie amyloïde, mais toujours associée à des lésions d'autres viscères; elle coïncide rarement avec la tuberculose surrénale.

Les glandes sont grosses; leur consistance est augmentée; de multiples îlots translucides les parsèment et forment à leur surface de petites saillies granuleuses. L'amyloïde siège, en effet, surtout dans la corticale et ne constitue dans la médullaire que de fins tractus, d'ailleurs inconstants. Elle suit les capillaires qu'elle dessine en traînées effilées et irrégulières et refoule les cellules qui s'atrophient et auxquelles se substitue l'amylose. Quelques-unes d'entre elles restent parfois saines au milieu d'amas amyloïdes. Les cellules et les veines de la médullaire sont ou peu ou pas altérées, il en est de même de la capsule conjonctive périglandulaire.

Assez souvent, on trouve de la congestion ou de la dégénérescence graisseuse associées.

L'amyloïde du *corps thyroïde* est rare, le goitre cireux a été décrit par Friedreich, Beckmann, Laycok, Virchow sur des cas toujours isolés. La transformation commence dans les artérioles. Plus tard, un lacis vasculaire très riche et un tissu homogène remplacent le tissu folliculaire par îlots plus ou moins grands, jusqu'à envahir toute l'étendue de l'organe (A. Broca).

La dégénérescence de la *moelle osseuse* est exceptionnelle, elle atteint la paroi des artères, où elle a été vue par Ponfick; elle n'a pas de retentissement sur les cellules de la moelle.

d. Tube digestif. — L'estomac est fréquemment atteint pour Edinger et Schwalbe, rarement pour Marfan; il est dilaté, sa paroi est épaissie et lardacée. Ses lésions coexistent toujours avec celles de l'intestin. Sur ce dernier, l'amylose est d'observation courante et siège surtout au niveau des follicules lymphatiques et dans le côlon. Dès le début, l'intestin est dilaté, rempli d'un liquide séreux, plus tard sa tranche s'épaissit, devient jaunâtre, semi-transparente, dégénérée. L'amylose des terminaisons artérielles peut provoquer, comme le pensent Rindfleisch, Laveran, les grandes ulcérations dont on connaît la fréquence chez les tuberculeux; la dégénérescence peut encore se greffer secondairement sur des ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques.

Les lésions commencent le long des artérioles et des capillaires, souvent dans le capillaire central des villosités, envahissent ensuite la membrane propre des glandes dont les cellules disparaissent parfois, et peuvent arriver à dissocier les interstices des muscles et la sous-muqueuse.

Dans les follicules intestinaux, le processus est le même qu'au niveau des ganglions lymphatiques.

L'amylose des *glandes salivaires* est peu connue. Elle a été constatée dans un cas d'amylose expérimentale, par Dantchakow, chez le lapin; elle fut précoce, dès la deuxième semaine, et les lésions débutèrent par les capillaires, les cellules glandulaires perdant ensuite leurs propriétés sécrétantes et prenant un aspect indifférent.

Décrite pour la première fois par Rokitansky dans les cellules du *pancréas* (pour Opie, il s'agissait dans ce cas, de dégénérescence hyaline), l'amylose y est très rare pour Cornil et Ranvier. Hennings l'a rencontrée dans 39 p. 100 des 155 cas d'amylose qu'il a examinés. Le pancréas est plus gros, mou, jaunâtre. Friedreich a vu le début se faire dans les artérioles et les capillaires et Kyber dans la membrane propre des acini.

Edens a constaté l'amylose dans le *mésentère*, sur les vaisseaux mésentériques supérieurs.

e. Appareil circulatoire. — Le *cœur* est rarement atteint. Dans des cas exceptionnels, on a pu voir la dégénérescence s'étendre à certaines régions de l'endocarde au-dessous de l'endothélium; elle était toujours en rapport avec des lésions du myocarde.

Celles-ci, cependant, sont assez rares; le premier cas, nous semble-t-il, est celui de Ribail, en 1883, puis viennent ceux de Letulle, de Moutard-Martin, de Nicolle, etc. L'infiltration est localisée en fines mouchetures, en pointillé gris fer ou opalescent, ou diffuse sur les oreillettes et les ventricules, avec une certaine prédilection pour le ventricule droit. Elle donne alors au cœur un aspect lardacé, demi-transparent, et s'accompagne d'une hypertrophie souvent considérable (450 à 525 grammes), pouvant donner jusqu'à une épaisseur de trois centimètres à la paroi du ventricule gauche (Nicolle). Hors le cas de sclérose, le cœur n'est pas dilaté.

Les lésions histologiques ont été étudiées par Letulle (1887). Toujours très discrètes dans les branches terminales des artères coronaires, elles se localisent dans les capillaires inter et intrafasciculaires et secondairement dans les fibres striées. Des blocs d'amyloïde se forment, depuis de petites taches incolores de 100 à 250 μ, souvent en réticulum à mailles très serrées dans le tissu conjonctif et englobant de petits faisceaux de fibres, jusqu'à des nappes de grandes dimensions, détruisant des portions considérables de myocarde. La dégénérescence reste longtemps confinée dans le tissu conjonctif; mais, à la longue, les fibres musculaires sont envahies de la périphérie au centre et s'atrophient. L'amylose forme d'abord une coque en fuseau de 8 à 10 μ, la striation longitudinale et transversale de la partie centrale s'exagère, des vacuoles apparaissent autour du noyau qui se boursoufle, prend mal les colorants et disparaît. Vanderwelde et Stordeur signalent un œdème interstitiel parfois considérable et Letulle la surcharge pigmentaire. On trouve souvent de l'endartérite, de la sclérose des ramifications coronaires, et dans un cas de Nicolle, chaque manchon de sclérose était, à son tour, entouré d'un deuxième manchon d'amylose. R. Marie, enfin, décrit un afflux leucocytaire intense comme le premier degré d'une sclérose interstitielle qui arrive quelquefois à un stade plus avancé.

La dégénérescence amyloïde est très rare dans les *grosses artères*. Elle a été vue dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire, dans l'épaisseur de la tunique moyenne, ou dans les vasa vasorum. Rare encore dans les artères des membres et des muscles, elle siège plutôt dans les artères viscérales et notamment sur leurs petites branches de terminaison. Nous savons qu'elle constitue, là, le véritable substratum de la maladie amyloïde. Les artères atteintes sont noueuses, peu élastiques; leur injection est difficile autant par ce fait que parce que leur calibre est le plus souvent rétréci et même oblitéré (Ziegler, Litten, Raubitschek). Le début peut se faire dans la tunique

externe, et peut-être dans les vasa vasorum, comme l'a vu Beckmann. Il ne semble pas que l'amylose puisse déterminer de thrombose locale, car l'endothélium est sain ; et nous signalerons comme assez typique, à ce sujet, le cas de Mallet et Vaquez, où il existait de nombreuses thromboses mais non pas au seul point où on eût constaté une amylose artérielle : sur l'artère axillaire.

f. Autres appareils. — Le long du *tractus urinaire*, l'amylose est exceptionnelle. Bartels l'a vu dans le bassinet, l'uretère, la vessie. Dans un cas de Menetrier, elle voisinait avec des ulcérations tuberculeuses de ce dernier organe. Elle est tout aussi rare dans le testicule, l'ovaire.

L'*appareil respiratoire* est également très rarement atteint. Vanderwelde et Stordeur l'ont cependant vu altéré quatre fois sur cinq cas d'amylose ; celle-ci siégeait alors surtout sur les artères de moyen calibre et sur les veines, mais ils l'ont encore notée jusque dans les capillaires interalvéolaires. V. Werdt a vu une infiltration étendue autour des alvéoles et Egoroff dans le système vasculaire des bronches.

Dans les *muscles striés*, l'amylose a été niée par Wagner ; on en doit le premier cas à Rokitansky dans les muscles jumeaux, pour Durante elle reste exceptionnelle. Elle est toujours très localisée, débute par le sarcolemme qui s'épaissit, devient vitreux, amyloïde ; la substance contractile s'atrophie secondairement et disparaît.

Dans les muscles lisses, au contraire, l'amylose est très fréquente, nous renvoyons pour ce point à l'étude qui en a été faite à propos des vaisseaux.

La dégénérescence amyloïde de la *peau* est connue depuis le cas de Lindwurm, et elle a été invoquée par Wilson Fox comme la cause des hémorragies chez les syphilitiques. Pour Unna, son existence est encore problématique, en tout cas elle est très rare. Le départ s'en ferait dans les vaisseaux des papilles qui prennent un volume de deux à six fois plus considérable (cas de Lindwurm).

Niée par Ziegler et Recklinghausen dans les *cartilages*, l'amylose y a été vue, ainsi que dans les tumeurs d'origine cartilagineuse par Virchow, Cornil et Ranvier.

Enfin tous les auteurs s'accordent à trouver exceptionnelle l'amylose des vaisseaux du système nerveux central et périphérique, nous n'en avons du reste pas retrouvé d'observation probante.

5° *Evolution anatomique de l'amylose.* — Presque toujours progressive et continue jusqu'à la mort, la dégénérescence amyloïde paraît cependant pouvoir se résorber en de très rares cas. Bartels, Jaccoud en admettaient la possibilité, à condition toutefois qu'elle fût encore limitée au foie ou à la rate ; mais si les reins et l'intestin sont lésés, l'amylose est toujours rapidement mortelle.

Les recherches expérimentales récentes ont démontré la possibilité de cette résorption. Sarrazin, dans l'amylose du foie, a vu un processus de guérison dans l'apparition de quelques mitoses et cellules multinucléées. Dès le quarante-deuxième jour, chez la poule (Stéphanovitch), le début du deuxième mois chez le lapin (Dantchakow), l'amylose peut perdre ses réactions colorantes et disparaître, soit par transformations régressives qui rendent soluble la substance amyloïde, soit par phagocytose exercée par des cellules géantes qui apparaissent à la périphérie et dont le protoplasme se bourre de granulations hyaloïdes.

D'après Stéphanovitch, la cellule hépatique jouerait un rôle dans cette résorption, et une inflammation surajoutée du foie accélérerait cette fonction, quand bien même la cause initiale de la dégénérescence persisterait. Pour Dantchakow, tout ce qui stimule l'activité d'un organe semble favoriser la résorption à son niveau.

Enfin, Grégorieff inclut des fragments de tissu amyloïde dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine de différents animaux et observe l'apparition de cellules géantes qui entourent la substance amyloïde et finissent par l'absorber. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 JUILLET 1910

THÈSES

Samedi 23 juillet, à une heure. — Bourneau. Contribution à l'étude des pleurésies postpneumoniques à épanchement séro-fibrineux. (MM. Hutinel, président ; Méry, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — M. Michaut. Ruptures spontanées des artères. (MM. Hutinel, président ; Méry, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — M. Leballeur. Œdème pulmonaire simulant la tuberculose. (MM. Hutinel, président ; Méry, Fernand Bezançon et Nobécourt.) — Mlle Raichstein. De la rétroversion de l'utérus gravide. (MM. Bar, président ; Demelin, Brindeau et Jeannin.) — M. Gabory. La thérapeutique de la procidence du cordon ; l'opération césarienne est-elle parfois indiquée ? (MM. Bar, président ; Demelin, Brindeau et Jeannin.) — M. Deroye. De la rétroflexion primitive de l'utérus. (MM. Bar, président ; Demelin, Brindeau et Jeannin.) — M. Boulard. L'emploi médical des rayons Röntgen au domicile des blessés et des malades. Services rendus par les rayons X au point de vue du diagnostic et du traitement. (MM. Chauffard, président ; Langlois, André Broca et Rénon.) — Mlle Bouteil. Etude sur l'anaphylaxie. (MM. Chauffard, président ; Langlois, André Broca et Rénon.) — M. Bernot. Manifestations pleurales droites dans les cardiopathies, le brightisme et l'artério-sclérose (étude clinique et pathogénie). (MM. Chauffard, président ; Langlois, André Broca et Rénon.) — M. Colin. Traitement de la tuberculose par les sels de chaux (méthode de Ferrier). (MM. Chauffard, président ; Langlois, André Broca et Rénon.) — M. Durand. Les procédés d'examens des fonctions du pancréas et en particulier les méthodes de mesures de la sécrétion pancréatique. (MM. Chauffard, président ; Langlois, André Broca et Rénon.)

La Bactériologie expérimentale appliquée à l'étude des maladies infectieuses, par W. Kolle, professeur d'hygiène et de bactériologie à l'Université, directeur de l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses, à Berne, et H. Hetsch, médecin d'état-major, chef de la station bactériologique du 16e corps d'armée, à Metz. Traduction française d'après la deuxième édition allemande, par H. Carrière, vice-directeur du service sanitaire fédéral à Berne. Deux grands in-8, formant 800 pages avec 66 figures dans le texte et 81 planches en couleurs hors texte. — Prix : 37 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — MARDI 19 JUILLET 1910. 83e ANNÉE. MARDI 19 JUILLET 1910. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve clinique* — Première séance du 18 juillet. — MM. Babonneix, 18 1/2 ; Guillain, 19 ; Perrin, 17.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Leçon clinique.* — Séance du 17 juillet. — MM. Kahn, 19 ; Weil, 20.

Prochaine séance, mercredi 20 juillet, à neuf heures du matin à l'hôpital Beaujon.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année 1910-1911 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1911 auront lieu le lundi 17 octobre 1910, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

AVIS IMPORTANT. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième année.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont institués agrégés des facultés de médecine (section de physiologie), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Camus (Jean) et Busquet.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1910, pour une période de neuf ans.

M. Camus est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

M. Busquet est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

— Sont institués agrégés des facultés de médecine (section d'anatomie et embryologie), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Rouvière, Latarjet, Grégoire, Descomps, Aubaret et Lucien.

Ces agrégés entreront en exercice le 1er novembre 1910, pour une période de neuf ans.

M. Rouvière est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

M. Latarjet est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

M. Descomps est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

M. Aubaret est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

M. Lucien est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

— LYON. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 11 juillet 1910, la chaire de pathologie et de thérapeutique générales de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Les concours de clinicat qui se sont ouverts le 4 juillet à l'Ecole de médecine se sont terminés par les nominations de MM. les docteurs Dugas, comme chef de clinique chirurgicale; Monges, chef de clinique médicale; Winckler, chef de clinique obstétricale.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1162.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES

INTERVENTIONS POUR CANCER DU SEIN (1)

Par M. MAUCLAIRE,
Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Je vais tout d'abord vous parler, à l'occasion d'une malade que nous avons actuellement dans le service, des *œdèmes consécutifs à l'ablation du sein.*

La malade en question a été opérée, il y a quatre ans, à Laënnec, par M. Pierre Delbet, d'un néoplasme du sein droit. Les suites immédiates ont été régulières.

Or, il y a six mois, survinrent des fourmillements dans la main droite. Peu après, le membre se tuméfia énormément en même temps qu'il devenait le siège de douleurs lancinantes. Celles-ci devenant trop pénibles pour lui permettre de continuer son travail, la malade entre dans notre service.

Nous constatons à l'examen que le membre supérieur est le siège d'un *œdème considérable* occupant la main, l'avant-bras et en particulier la face postérieure et le bord interne de celui-ci, et remontant jusqu'à la partie moyenne du bras. Cet œdème est légèrement rouge, assez dur, et s'accompagne d'une circulation veineuse collatérale très développée au niveau de l'épaule correspondante. Le creux sus-claviculaire du côté correspondant est un peu empâté, mais on ne sent pas de ganglions distincts. Dans les régions ganglionnaires il n'y a pas de tuméfaction suspecte.

Les mouvements spontanés de tout le membre supérieur sont limités; ils sont même supprimés dans les articulations des doigts; mais on obtient par le massage et la mobilisation forcée des mouvements assez étendus, puisque le bras peut être mis à angle droit sur le thorax.

La sensibilité objective est absolument intacte, mais il existe des fourmillements et des douleurs intenses dans la zone du nerf cubital.

Rien d'anormal du côté de la plèvre, du foie ou du rachis.

L'état général est bon, malgré l'insomnie causée par les douleurs.

Quant à la cicatrice opératoire, elle est absolument souple et mobile sur les plans profonds. Aucune récidive ne s'est donc faite à son niveau.

A l'auscultation il n'y a pas de symptômes d'adénopathie trachéobronchique.

Les œdèmes du membre supérieur qui surviennent à la suite des interventions pour cancer du sein, s'observent dans deux circonstances différentes comme date d'apparition.

Les uns surviennent très peu de temps après l'opération, les autres au bout d'un temps variable, parfois très long, à tel point que Velpeau en a observé un cas survenu trente ans après l'exérèse. Ces deux variétés d'œdèmes post-opératoires reconnaissent en effet une pathogénie toute différente, comme je l'ai montré dans la thèse de mon élève Poirson (Paris 1905).

Les premiers, œdèmes précoces, sont le plus souvent des œdèmes phlébitiques. — Ils apparaissent immédiatement, quand au cours de l'opération la veine axillaire a été liée. Ce cas, en réalité, est un peu spécial.

Quand ils surviennent plus tard, au bout d'un laps de temps variant entre quelques semaines et quelques mois, ils témoignent soit de la compression veineuse, due à une récidive dans les ganglions de l'aisselle, soit à de la phlegmatia qui d'ailleurs s'associe souvent à la compression par les masses ganglionnaires, soit à l'englobement de la veine axillaire dans une cicatrice rétractile.

Cet œdème phlébitique est blanc, mou et généralisé à tout le membre, tout en étant plus marqué au niveau du coude, en avant, au-dessus du pli et en arrière au-dessus de l'olécrane. Cet œdème phlébitique est mou, tandis que le suivant est plus dur.

Les œdèmes tardifs sont le plus souvent des œdèmes lymphangitiques. — Velpeau les connaissait déjà. On admet qu'ils sont liés à la suppression des principales voies de retour de la lymphe, réalisée par les larges opérations que l'on pratique actuellement; ce qui expliquerait pourquoi ils sont plus fréquents aujourd'hui qu'autrefois où on se contentait d'exérèses très incomplètes, et peut-être aussi pourquoi ils s'observent plus fréquemment du côté gauche, côté du canal thoracique.

Mais si ce facteur intervient à peu près sûrement, il n'est pas le seul, puisque ces accidents n'apparaissent qu'un temps très long après la section de ces voies lymphatiques. En effet, on sait maintenant que la propagation cancéreuse ne se fait pas seulement du côté de l'aisselle, mais aussi de divers côtés et en particulier par les lymphatiques intercostaux. Des autopsies nombreuses ont prouvé l'existence de cette lymphangite des vaisseaux intercostaux se prolongeant jusqu'au canal thoracique. Du jour où cette propagation existe, la seule voie importante de retour de la lymphe étant obstruée, l'œdème s'installe dans tout le bras. Souvent la cicatrice axillaire comprime fortement les tissus profonds par sa rétractilité, ce qui gêne d'autant la circulation lymphatique du membre et augmente l'étendue de l'œdème.

Cet œdème lymphangitique est blanc rosé, au moins par places; dur, au point que le doigt n'y laisse pas l'empreinte en godet; en certains points on peut y constater le signe de la peau d'orange, un véritable éléphantiasis du membre. Il est douloureux. De plus il peut n'être pas absolument généralisé à tout le membre supérieur.

Vous reconnaissez tous les caractères que présentait l'œdème observé chez notre malade du service. Parfois il s'y ajoute un empâtement diffus de la région sus-claviculaire, qu'il ne faut pas prendre pour une récidive ganglionnaire, car il est lié simplement à la stase lymphatique. J'ai souvent observé

(1) Leçon rédigée par M. LAMOUROUX, interne du service.

cet empâtement sus-claviculaire pendant des années avant l'apparition de la récidive locale.

Enfin il est fréquent de voir survenir peu après des symptômes d'épanchement pleural, la propagation à la plèvre s'étant faite par les lymphatiques intercostaux.

J'ai vu dans un cas, trois ans après l'opération, un œdème accompagné de compression des nerfs du plexus brachial par la cicatrice adhérente. Cet œdème par compression nerveuse était très douloureux et la dissociation des nerfs sclérosés n'a pas amélioré l'état de la malade.

L'apparition des œdèmes lymphangitiques est donc d'un pronostic très sombre, puisqu'elle témoigne d'une récidive profonde, insidieuse dans les lymphatiques intercostaux et pleuraux. Ils précèdent la pleurésie cancéreuse à laquelle succombera bientôt la malade. Contre ces œdèmes tardifs, conseillez un léger massage, l'élévation du bras et le port d'une bande de flanelle légèrement compressive.

*
* *

Voyons maintenant quels sont les *résultats éloignés des interventions pour le cancer du sein.*

En ce qui concerne les suites opératoires immédiates, Depage, au Congrès de Bruxelles (1908), a montré que, malgré les très larges ablations, la mortalité opératoire est très faible, elle atteint à peine 2 p. 100.

Mais le point important de la question est de savoir si les grands délabrements que nous pratiquons actuellement obtiennent, et dans quelles proportions, la guérison « définitive ».

Généralement c'est au bout de trois ans de survie que l'on considère la malade comme guérie s'il n'y a pas de récidive apparente (Volkmann). En adoptant ce temps de trois années, dans la période de dix ans qui s'écoule entre 1895 et 1905, la proportion des succès complets s'élèverait à 46 p. 100 (statistique de Depage). Bien entendu il ne doit être question que des cas de cancer encéphaloïde et non des cas de squirrhes atrophiques dont l'évolution peut être de dix ou quinze années.

Or je ne partage pas cet optimisme et je recule à cinq années l'époque à laquelle j'estime qu'on peut croire à la guérison opératoire du cancer du sein.

C'est qu'en effet, si j'en crois les faits que j'ai personnellement observés, c'est précisément au bout de trois ans qu'après les interventions larges et bien conduites survient la récidive. Faut-il d'ailleurs en conclure que l'intervention est inutile ?

Non, puisque l'évolution naturelle des encéphaloïdes non opérés est de dix-huit mois à deux ans en moyenne.

L'opinion de ceux qui vont jusqu'à prétendre qu'opéré ou non, l'évolution ultérieure de cancer est la même, me paraît donc tout à fait exagérée, mais il est certain que pour le sein, comme pour les autres organes, la marche du cancer est variable, il y a des *cancers aigus*, des *cancers subaigus* et des *cancers chroniques*, la variété squirrhe étant mise à part.

Où se produit cette récidive que décidément je ne crois pas que l'on évite, car sachez qu'on a compté comme des succès des cas qui n'ont pas été soumis au contrôle de l'examen histologique et qui n'étaient probablement que de bénins adéno-fibromes ou de la mastite chronique ?

Presque toujours au niveau de la cicatrice opératoire ou des points de suture. Il est incontestable que, dans la très grande majorité des cas, elle est due à la greffe des éléments cancéreux qui se produit au cours même de l'intervention. Mais, dans quelques cas, il est vraisemblable qu'il s'agit d'une néoformation indépendante se faisant dans le tissu cicatriciel, car on sait bien aujourd'hui que ce tissu cicatriciel est un de ceux où le cancer germe le plus volontiers. Les exemples venant à l'appui de ce fait sont nombreux. J'ai vu personnellement un cas de néoplasme développé chez un homme de quarante-sept ans, dans la cicatrice d'une brûlure de la main survenue à l'âge de trois ans. Plusieurs faits de cancer tardifs des cicatrices ont été rapportés récemment à la Société de chirurgie.

En somme ces récidives locales sont tantôt des foyers cancéreux qui n'ont pas été enlevés et qui continuent à évoluer. Tantôt c'est une greffe opératoire et l'on voit parfois cette récidive au niveau de chacun des points de suture. Tantôt l'infection néoplasique est déjà généralisée dans toutes les humeurs de l'organisme et elle se localise là où il y a du tissu cicatriciel. Je crois que souvent le cancer est une maladie généralisée d'emblée, ce qui est peu encourageant pour l'exérèse locale !

La récidive dans la plèvre, le foie, l'estomac ou le rachis, n'est évidemment qu'une propagation lente du cancer et non une récidive à distance.

Enfin il est tout à fait exceptionnel qu'elle survienne à distance au niveau d'un organe éloigné : utérus (un cas personnel), le périoste tibial (un cas personnel), l'estomac (observation personnelle), etc.

Quelle est donc la technique qui réunit le plus de chances d'éviter la récidive locale? Les premières tentatives opératoires ayant pour but de poursuivre vraiment le néoplasme au delà de ses limites visibles eurent pour origine un fait histologique prouvé par Heidenhain en 1885, à savoir que l'aponévrose du grand pectoral est souvent envahie par des cellules cancéreuses, alors que la glande est encore entièrement mobile sur le plan musculaire.

L'ablation du grand pectoral fit donc, pendant longtemps, partie intégrante de la technique de l'intervention. Avec beaucoup d'autres chirurgiens j'enlève les deux pectoraux, je laisse quelques faisceaux claviculaires du grand pectoral. En mobilisant de bonne heure le bras la limitation consécutive aux mouvements de l'articulation de l'épaule est bien faible.

C'est surtout la propagation par les voies lymphatiques tournées vers l'aisselle que les opérations actuelles tendent à prévenir ; mais je vous ai dit que si cette voie de retour de la lymphe était la principale, elle n'était pas la seule, et que la récidive se faisait plus ou moins tardivement au niveau des lymphatiques intercostaux. La route étant barrée

vers l'aisselle, les propagations profondes intercostales sont plus fréquentes maintenant.

Enfin Handley, chirurgien de la section des cancéreux à l'hôpital de Middlesex, de Londres, fit part au Congrès de Bruxelles de ses observations tendant à démontrer que c'est avant tout par l'aponévrose profonde que se propage le cancer, à tel point qu'il a observé des noyaux perdus dans ce tissu jusqu'au voisinage de l'ombilic, et il conseille l'évidement large de ce tissu cellulaire tout autour du sein cancéreux.

Handley conseille d'enlever *en dedans* le prolongement de l'aponévrose pectorale qui s'unit en passant au-devant du sternum avec celle du côté opposé; *en bas* la paroi antérieure de la gaine du droit y compris la ligne blanche que l'on sectionne tangentiellement; *en dehors* l'union de l'aponévrose pectorale avec l'aponévrose du grand oblique et le prolongement axillaire de cette même aponévrose pectorale qui atteint l'aponévrose du grand dorsal et se confond avec elle; *en haut* le bord interne de l'aponévrose qui recouvre le deltoïde. Pour bien enlever l'aponévrose, il conseille encore l'ablation des digitations voisines du grand dentelé et celles du grand oblique, cinquième et sixième digitations.

Quoi qu'il en soit, c'est la méthode qui vise à supprimer une grande partie de la peau et la voie lymphatique axillaire, qui constitue à l'heure actuelle la technique courante; que l'on procède comme Halsted *de dedans en dehors*, enlevant *en bloc*, pour ne pas sectionner les troncs lymphatiques et ne pas laisser se déverser ainsi des éléments cancéreux dans la plaie opératoire, une grande quantité de peau, le sein, son réseau lymphatique axillaire et au besoin le tissu cellulaire sus-claviculaire après résection de la clavicule; ou que l'on opère *de dehors en dedans* comme Willy Meyer (de New-York) pour ne pas courir le risque d'exprimer les cellules cancéreuses de la tumeur.

En ce qui me concerne, c'est suivant le procédé, de dedans en dehors, que j'opère, avec quelques détails de technique que voici. L'ablation faite, en enlevant largement toute la région mammaire avec les deux pectoraux en mettant à nu les côtes elles-mêmes. J'enlève le grand pectoral parce qu'il n'est pas exact de dire que la récidive ne se fait jamais dans ce muscle. J'enlève aussi le petit pectoral parce que c'est le seul moyen de bien nettoyer le creux sous-claviculaire souvent envahi par la néoplasie. Je verse dans la large plaie opératoire du chlorure de zinc, puis je pratique le flambage de la surface cruentée; j'ai même utilisé l'air chaud à la température de 180 degrés. Dans cet ordre d'idées on a employé aussi la fulguration qui fait beaucoup de bruit.

Au moment des sutures, pour prévenir encore la récidive aux points de passage de l'aiguille, je flambe celle-ci entre chaque piqûre et, pour limiter dans la mesure du possible la formation de tissu cicatriciel, je m'évertue à tirailler la plaie le moins que je peux. Je prends un lambeau cutané autoplastique dans le creux de l'aisselle, suivant la méthode de Tansini.

Enfin je draine pour faciliter le suintement séreux que provoque le flambage de la plaie.

J'ai opéré une centaine de cancers du sein.

Mais malgré ces précautions de détail, ma statistique ne me paraît pas bien meilleure que celle des autres chirurgiens et je vous répète, pour terminer, que les cas de cancer, contrôlés par l'examen histologique, sont bien exceptionnels, qui n'ont pas récidivé au bout de cinq ans!

Pourtant il faut compter avec des *cancers paradoxaux* que bien des chirurgiens ont observés et publiés au Congrès de Bruxelles (Le Dentu, Dollinger, Jonnesco, etc.). Voici trois exemples personnels bien curieux :

Le premier a trait à une malade que j'ai opérée, *il y a neuf ans*, pour cancer des deux seins, bilatéralité qui est d'ailleurs tout à fait exceptionnelle d'emblée et cette bilatéralité n'est pas pour moi une contre-indication à l'opération. Or cette malade vit encore sans présenter la moindre récidive! L'examen histologique a été fait cependant.

Mon deuxième cas est celui d'une dame que j'ai opérée en 1900. La première intervention avait été des plus incomplètes, on lui avait enlevé la tumeur seulement en laissant la portion restante de la glande. La récidive locale étant survenue au bout de deux ans, j'opérai de nouveau très largement cette malade. Elle vient de mourir avec une ascite néoplasique *au bout de neuf ans !*

Enfin mon troisième cas est encore plus étrange. Il s'agit d'un encéphaloïde qui évoluait depuis six ans quand on me demanda d'intervenir. Je dus, devant la volonté formelle de la malade, opérer sans anesthésie, par conséquent très vite et d'une façon forcément incomplète. Or cette malade vit encore, sans le moindre signe de récidive aujourd'hui, *onze ans* après l'apparition de la tumeur et cinq ans après l'opération!

Notez que dans ces trois *cas paradoxaux*, l'examen histologique a été fait sérieusement. Que prouvent-ils? Simplement que tous les cancers, appartenant en apparence à la même variété, n'évoluent pas de la même façon, et à mon avis, les statistiques ne tiennent pas assez compte de l'existence de ces cas paradoxaux et nous avons beau fouiller cliniquement ces cas d'un pronostic moins grave, nous ne pouvons pas encore les reconnaître d'avance.

Ces cas paradoxaux nous montrent qu'il faut opérer même les récidives locales ou ganglionnaires. J'ai obtenu ainsi bien des survies, imprévues pour moi et consolantes pour la malade. Je vois souvent une malade à laquelle j'ai enlevé le sein gauche cancéreux il y a six ans et le sein droit cancéreux il y a trois ans. Elle se croit guérie ; voilà encore *un cas paradoxal*.

CONTRE LA FURONCULOSE DE L'OREILLE

Imbiber une mèche de gaze avec la pommade :

Huile de vaseline	*àà* 25 gr.
Glycérine	
Anesthésine	0 50
Menthol	0 » 20

puis l'introduire dans le conduit auditif.

Cette médication convient au furoncle en évolution.

(*Bull. gén. de thérap.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1910)

Augmentation de la sensibilité des animaux à l'urohypotensine par l'injection préalable ou le mélange à cette toxine de l'extrait du cerveau d'un animal tué par l'urohypotensine (anaphylaxie primitive immédiate). — MM. J.-E. ABELOUS et E. BARDIER.

Sur le phénomène de la glycosurie phlorizique envisagée comme signe d'insuffisance fonctionnelle du foie et accessoirement sur l'influence de l'injection sous-cutanée de glycogène comme source de glycosurie passagère. — D'après MM. J. TEISSIER et REBATTU, il y a là une série de faits nouveaux importants qui permettent de mesurer non seulement le degré de la fonction rénale endo-sécrétoire, mais aussi le degré de la résistance du foie, en même temps que d'apprécier, autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, la valeur sémiotique du phénomène de la glycosurie phlorizique dont l'existence résulte sans doute d'une symbiose hépatico-rénale dont le mécanisme est encore mystérieux, mais dont ils essaieront de poursuivre l'interprétation.

Sur les phénomènes nucléaires de la sécrétion dans le lobe glandulaire de l'hypophyse humaine. — MM. ALEZAIS et PEYRON.

Mécanisme électrostatique de l'osmose. — M. Pierre GIRARD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

[SÉANCE DU 5 JUILLET 1910 (*suite*)]

Etiologie et prophylaxie de la cirrhose granulée du foie (cirrhose atrophique, cirrhose alcoolique, etc.). — M. LANCEREAUX, dans la dernière séance, a lu sur ce sujet un travail dont voici le résumé :

L'opinion généralement admise en France et à l'étranger est que la cirrhose, rétractile ou atrophique du foie, résulte d'excès alcooliques prolongés. C'est là une erreur pour M. Lancereaux qui a remarqué que le vin avait toujours été la boisson préférée des cirrhotiques; 150 cirrhotiques, dont 84 hommes et 66 femmes, observés par lui dans ces dix dernières années, reconnaissent avoir pris de 2 à 4 litres de vin par jour. D'ailleurs tous ces malades présentaient des phénomènes d'œnolisme.

L'âge de ces malades varie de vingt-sept à soixante-cinq ans ; 80 sont morts d'insuffisance hépatique, 6 d'hémorragies, 5 de tuberculose, 59 ont quitté l'hôpital, améliorés ou guéris.

On s'étonne de la longue durée que met à se produire la cirrhose hépatique, mais il faut se rappeler que c'est la dernière phase d'une lésion datant de plusieurs années.

A ceux qui prétendent que c'est l'alcool du vin qui produit la cirrhose hépatique, M. Lancereaux répond que les accidents résultant des excès des spiritueux sont tout opposés et se traduisent par la stéatose des cellules hépatiques avec augmentation de volume du foie.

Quelle est donc la substance du vin qui produit la cirrhose atrophique? Ce sont, pour M. Lancereaux, les sels du vin et plus particulièrement les sulfates. Des expériences sur les animaux l'ont démontré.

M. Lancereaux rappelle ses premières recherches de 1897, celles qu'il a présentées à l'Académie trois ans plus tard. Il résulte de ces diverses expériences que les lapins et les chiens soumis à l'usage du sulfate et surtout du bisulfate de potasse présentent des lésions de cirrhose hépatique, tandis que ceux qui faisaient usage des autres sels conservaient un foie normal.

Dans de nouvelles expériences, M. Lancereaux a pu constater chez les animaux soumis au bisulfate de potasse des altérations histologiques du foie identiques à celles de la cirrhose œnolique de l'homme.

Ainsi la cirrhose hépatique liée aux excès du vin aurait pour principale et même pour unique cause l'action du sulfate de potasse. Si cette opinion est exacte, la fréquence de cette affection doit varier dans les différentes contrées selon que les boissons renferment plus ou moins de sels de potasse. Or c'est précisément ce que démontre la topographie de cette affection.

En résumé, l'observation clinique, l'expérimentation et la topographie de la cirrhose atrophique du foie sont autant d'éléments qui concourent à démontrer que la cirrhose en question est l'effet, non pas tant du vin lui-même, que des substances employées pour sa conservation.

D'ailleurs d'autres boissons que le vin soumises aux mêmes moyens de conservation produisent les mêmes effets. Il en est ainsi de certaines bières et de certains cidres.

Cette cirrhose, par la mortalité importante qu'elle entraîne, mérite toute l'attention. Elle n'est pas moins dangereuse qu'un certain nombre de maladies infectieuses. Tous les efforts doivent tendre à l'éviter.

Il faut donc ne livrer à la consommation que des boissons de bonne qualité et lutter sérieusement contre l'abus prolongé des boissons alimentaires. La lutte devra être ici la même que pour l'alcoolisme en général.

Pour obtenir des boissons de bonne qualité il y a lieu :

1° De s'adresser, tout d'abord, au vigneron et de lui faire comprendre qu'il doit s'attacher à améliorer ses cépages, à sélectionner ses ferments de façon à produire des vins riches en extraits et en alcool, capables de se conserver sans addition de substances étrangères; qu'il doit en un mot rechercher la qualité du vin, de préférence à la quantité.

2° De faire connaître au négociant le danger des boissons sulfatées ou soufrées et d'exiger qu'il évite de livrer au public des boissons de nature à altérer la santé, c'est-à-dire renfermant une trop forte proportion de sulfates de potasse.

3° D'engager les chimistes à rechercher pour la conservation du vin et des bières, des substances moins dangereuses que celles généralement usitées.

Déjà, des essais fructueux ont été faits à ce dernier point de vue. Un viticulteur des plus distingués, Hugounencq, a proposé de remplacer le sulfate de chaux par le phosphate de la même base, qui possède un pouvoir clarifiant à peu près égal, sans avoir les mêmes inconvénients.

L'addition, au moment de la mise en cave, d'acide tartrique et de craie concassée, est un procédé qui a été également tenté avec succès, et qui est fréquemment employé aujourd'hui. Mais ces nouvelles méthodes ne sont pas encore parvenues à remplacer absolument le sulfatage. La pasteurisation qui est un bon procédé de conservation pour les vins de consommation courante, a le désavantage de modifier le bouquet des grands vins, et par conséquent, la prophylaxie de la cirrhose du buveur laisse toujours à désirer. Toutefois de ces recherches cliniques et expérimentales ne se dégagent pas moins les conclusions suivantes, à savoir :

1° Que le vin et aussi la bière sont les principales causes de l'affection désignée sous le nom de cirrhose atrophique, cirrhose granulée du foie;

2° Que ces boissons sont nocives non pas tant par elles-mêmes que par les substances employées à leur conservation ;

3° Que la mortalité résultant de l'abus prolongé de ces boissons, notamment dans les pays d'importation, est grande; aussi des mesures sérieuses de prévention sont-elles néces-

saires. Au nombre de ces mesures doit être placée en première ligne la suppression du plâtrage et du sulfatage, et son remplacement par des procédés de conservation inoffensifs.

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1910)

Séance assez chargée pour une époque si proche des vacances.

Signalons d'abord une très intéressante communication de M. Kelsch.

Conservation de la pulpe vaccinale dans le frigorifique. — Des expériences et des recherches de M. Kelsch, il résulte que de la pulpe vaccinale conservée dans le frigorifique de la ville de Paris, à moins 10 et moins 15 degrés, après six mois, non seulement conserve toute son action physiologique, mais se montre même plus active, tandis que la même pulpe vaccinale conservée dans la glacière de l'Académie à la température de 10 degrés perd son activité.

Dans le frigorifique, la pulpe vaccinale peut donc être conservée indéfiniment, à condition qu'elle soit surveillée et essayée chaque année. M. Kelsch croit devoir attribuer la persistance de cette activité vaccinale à ce qu'elle est conservée pure et sans mélange de glycérine.

Cette communication de M. Kelsch a été écoutée avec un vif intérêt.

Forme fruste ou anormale de la coxalgie. — M. Kirmisson fait, sur ce sujet, une communication dont voici le résumé.

L'idée de coxalgie est habituellement liée à celle d'une arthrite traduisant son existence par des douleurs plus ou moins vives, de l'impotence fonctionnelle, et surtout une attitude vicieuse du membre qui, le plus souvent, rend très facile le diagnostic. Mais il est des malades chez lesquels toute attitude vicieuse fait défaut, chez lesquels tous les symptômes sont tellement atténués qu'on pourrait mettre en doute le diagnostic. Ce sont ces faits que l'auteur désigne sous le nom de formes frustes ou anormales de la coxalgie.

Le cas de cette nature le plus frappant qui se soit présenté à l'examen de l'auteur est celui d'un jeune garçon de onze ans, entré dans son service un an après le début de sa coxalgie. Il ne présente pas trace de déviation du membre inférieur gauche; pas d'attitude vicieuse, ni flexion, ni abduction. Les deux membres ont exactement la même longueur. Les mouvements provoqués sont faciles; il existe seulement un peu de limitation des mouvements d'abduction. La marche n'est pas douloureuse. En présence de semblables symptômes, on croirait à une coxalgie très peu marquée. Et cependant la radiographie démontre chez cet enfant une énorme atrophie de la tête fémorale qui a, en partie, disparu.

Depuis lors, il lui a été donné d'observer plusieurs cas analogues. Ces faits dans lesquels la coxalgie évolue ainsi pendant de longues années sans donner naissance à aucun symptôme bien net, et surtout sans attitude vicieuse caractéristique, sont importants à connaître, car ils pourraient faire mettre en doute l'existence de la maladie. On comprend de quelle importance est en pareil cas la radiographie.

Une erreur de diagnostic souvent commise, c'est celle qui consiste à mettre ces coxalgies à marche lente, évoluant sans grands symptômes, sur le compte du nervosisme. Une autre erreur, plus difficile encore à éviter, c'est celle qui fait confondre la coxalgie avec cet affaissement essentiel du col fémoral désigné sous le nom de coxa vara. La confusion est d'autant plus facile à faire que la coxalgie elle-même peut donner naissance à l'affaissement du col. On comprend que, dans les cas où la coxalgie évolue lentement, sourdement, pour ainsi dire, la confusion puisse être faite entre elle et la coxa vara. Il y a donc un réel intérêt à connaître ces formes lentes, insidieuses de la maladie, et à décrire, à côté des formes aiguës et suraiguës, caractérisées de bonne heure par des douleurs vives, la contracture musculaire et les attitudes vicieuses, ces cas auxquels convient le nom de forme fruste ou anormale de la coxalgie, et qui, sans grands symptômes, sans attitude vicieuse, peuvent conduire à la destruction étendue des surfaces articulaires.

Traitement abortif de la syphilis. — M. Hallopeau communique une nouvelle note sur ce sujet.

Elle a trait surtout aux faits observés à Bahia par le docteur Moniz d'Aragon; 127 malades y ont été traités localement par l'arsacétine ou l'atoxyl aux doses de 25 à 50 centigrammes.

Ces injections ont été renouvelées, d'abord quotidiennement, puis, au bout d'une quinzaine, tous les deux jours, le plus souvent pendant deux mois; il n'y a pas eu de traitement général par le mercure ni l'iodure; plus de six mois se sont écoulés depuis lors, et on n'a constaté aucune trace de manifestations secondaires.

Ce fait vient donc montrer que l'atoxyl, comme l'hectine et l'oxycyanure de mercure, administré localement à bonnes doses, suffit à enrayer complètement la maladie. M. Moniz aura recours dorénavant à l'hectine qui a le grand avantage d'être constamment inoffensive.

M. Moniz a constaté chez quatre sujets l'action préventive de cette médication locale, comme l'a fait concurremment M. H. Hallopeau.

On peut se demander si le nouveau médicament, beaucoup plus puissant que le mercure, qu'Ehrlich vient de faire connaître sous le nom de dioxydi-amido-arséno-benzol, devra être substitué à l'hectine dans le traitement local abortif : on peut répondre négativement en raison de l'intensité de la douleur et de la réaction qu'il provoque.

L'hectine, à en juger par les effets si remarquables qu'elle produit dans ce traitement local, a vraisemblablement une activité aussi grande que ce nouveau médicament, si on l'administre à doses suffisantes.

Mécanisme de la phagocytose. — M. Levaditi, en son nom et au nom de M. Comandon, fait une communication accompagnée ou plutôt suivie d'une séance cinématographique très suggestive sur la phagocytose à l'égard du trypanosome (de Nagana) et sur les effets d'un sérum trépanicide spécifique.

L'asthme essentiel dans ses rapports avec les glandes endocrines. — MM. Léopold et Henri de Rothschild ont étudié les rapports de l'asthme essentiel, l'asthme neuroarthritique, pulmonaire ou nasal, avec les glandes endocrines et ils montrent, par l'action immédiate, continue, transformatrice de la médication opothérapique, qu'il existe un asthme thyroïdien, un asthme ovarien, un asthme thyro-testiculaire. Les glandes endocrines agissent à la fois sur la nutrition générale et le système nerveux.

La douleur en chirurgie. — M. Picqué fait une lecture sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1910)

Dégénérescence du col après la subtotale. — Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale une note de M. Témoin (de Bourges) qui a pratiqué 1 070 hystérectomies, dont 925 subtotales et 145 totales. Sur le nombre il n'a constaté que 3 cas de cancers après l'opération, dont deux sur le col après deux subtotales et une sur la cicatrice vaginale après une totale. M. Témoin ne croit pas au danger du cancer ultérieur dans le col après l'hystérec-

tomie subtotale et il reste fidèle à cette opération qui lui a toujours donné d'excellents résultats.

M. Bazy n'a constaté qu'un cas de cancer du fond du vagin après une hystérectomie totale pour fibrome.

Origine traumatique de certains goitres exophtalmiques. — M. Delorme fait un rapport sur deux observations adressées par M. Leniepce (de l'armée). Après avoir rappelé les diverses opinions émises sur les origines diverses du goitre exophtalmique, origine nerveuse défendue par M. Ballet, origine glandulaire soutenue par M. Sainton, M. Delorme fait observer que l'origine traumatique n'avait jusqu'ici jamais été admise. Or, les trois faits suivants relevés par M. Leniepce semblent bien plaider en faveur de cette origine traumatique. En effet, ces observations paraissent bien démontrer qu'un traumatisme cérébral peut, à lui seul, déterminer tous les symptômes d'un goitre exophtalmique.

Voici le résumé de ces observations.

Première observation : un chef de bataillon fait une chute de cheval sur la tête. Après quelques signes de commotion cérébrale, il se remet et reprend son service. Deux mois après il devient nerveux, présente un regard étrange, une augmentation de volume du lobe droit, du corps thyroïde, de la tachycardie, du tremblement des mains. C'est là une forme fruste du goitre exophtalmique.

Deuxième observation : un jeune soldat fait une chute sur la tête, tombe sans connaissance, revient à lui et se remet. Trois mois après il présente de l'exophtalmie, de la tachycardie, de l'amaigrissement, et doit être réformé.

Dans ce cas les accidents basedowiens semblent bien tributaires du traumatisme cranien.

Troisième observation : un lieutenant de cavalerie fait une chute de cheval sur la tête; un mois après il présente les symptômes d'un goitre exophtalmique.

Ici le syndrome d'hyperthyroïdie est complet. On prescrit à ce malade de l'hématothyroïdine. L'amélioration a été rapide et accentuée. Ce lieutenant a repris un service très actif.

Ces trois observations plaident bien en faveur de l'origine traumatique de certains cas de goitre exophtalmique.

M. Picqué fait observer qu'il serait très intéressant d'avoir des renseignements sur le passé de ces malades.

Abcès de l'ouraque. — M. Arrou fait un rapport sur une observation de M. Tricot, médecin en chef de l'hôpital de Constantine. Il s'agit d'un soldat, jusque-là bien portant, bien constitué, sans aucune tare, qui accuse une douleur ou plutôt une certaine gêne au niveau du nombril. Cette gêne persiste. A l'examen local on ne trouve rien, pas de gonflement; mais en appuyant un peu au-dessous de l'ombilic, on accroît la douleur. La température est à 37°6, le pouls à 80. On garde ce malade en observation pendant une quinzaine de jours, après lesquels on constata une modification assez importante consistant en une certaine voussure au niveau du point douloureux. M. Tricot pense qu'il s'agit d'un abcès. Il fait laver le malade pour l'inciser quand, pendant le lavage, du pus vient à sourdre au niveau de la cicatrice ombilicale. Il sort environ deux verres à liqueur de pus. Un stylet est introduit et s'enfonce à 6 centimètres. On donne du chloroforme et on ouvre la poche; on pénètre dans une cavité profonde, se dirigeant en bas, suivant un trajet vertical et médian. C'est l'ouraque, car on arrive au sommet de la vessie. Il s'agit d'un kyste suppuré de l'ouraque. M. Tricot nettoie la poche, la badigeonne à la teinture d'iode, puis après avoir changé de gants et pris des instruments stérilisés, il ouvre le péritoine sur le côté de la poche, arrive sur la vessie, place un catgut à 2 ou 3 centimètres de la vessie et sectionne au thermocautère. Il ferme et le malade guérit.

M. Arrou discute la question de la pathogénie de ces suppurations de l'ouraque. Elle semble assez obscure. Quant au traitement, il aurait préféré nettoyer la poche et attendre plusieurs jours avant d'en faire l'excision. M. Arrou aurait aussi préféré faire la section au niveau même de la vessie, selon le procédé de Monod.

M. Quénu fait observer qu'il eût été intéressant de faire, dans ce cas, l'examen bactériologique du pus qui devait être stérile, sans quoi on n'aurait pas obtenu une réunion par première intention.

Cancer térébrant de l'anse sigmoïde. — M. Savariaud rappelle les travaux antérieurs de Verneuil, sur les phlegmons de la fosse iliaque symptomatique de cancers du côlon. C'est là une question qui n'est pas nouvelle, mais qui est encore peu connue. M. Savariaud apporte deux nouvelles observations.

Première observation : phlegmon subaigu de la fosse iliaque gauche chez un tuberculeux, incision, guérison momentanée, récidive de l'abcès, mélæna, amaigrissement rapide du sujet, mort en état de consomption. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique de l'S iliaque d'origine infectieuse.

Deuxième observation : phlegmon iliaque gauche, longue évolution, hémorragie du gros intestin; on diagnostique un cancer de l'S iliaque. L'opération confirme le diagnostic. Cinq ans après, ce malade était encore dans un état général assez satisfaisant.

Dans ces cas, il est assez fréquent d'observer des perforations au niveau de l'S iliaque. Le cancer térébrant de l'S iliaque est loin d'être rare. Il peut passer inaperçu jusqu'à l'apparition du phlegmon symptomatique. Il faut pouvoir établir le diagnostic différentiel entre le cancer et la simple sigmoïdite. La longue évolution de la maladie et le jeune âge du sujet ne permettent pas d'écarter le diagnostic de cancer.

Il n'y a pas d'opération radicale à tenter; on doit se contenter d'une opération palliative consistant dans un anus contre nature.

Greffe ovarienne. — M. Tuffier présente une malade vraiment intéressante; il s'agit d'une jeune femme à laquelle il a enlevé les deux ovaires scléro-kystiques dont elle souffrait beaucoup. Il a greffé ces deux ovaires dans la paroi abdominale. Pendant cinq mois, cette malade n'a pas été réglée. Puis les règles sont revenues depuis très régulièrement. Les deux ovaires sont en parfait état. M. Tuffier est bien convaincu de n'avoir pas laissé de fragments d'ovaire dans le ventre.

Le siège d'élection, pour ces greffes, n'est pas le tissu cellulaire sous-cutané, comme cela a été fait chez cette femme. Ce serait le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Quénu, à ce propos, rappelle qu'il a dû enlever un ovaire ainsi greffé chez une femme par M. Tuffier, parce que cet ovaire était devenu extrêmement douloureux.

M. Morestin est bien d'avis qu'il vaudrait mieux greffer ces ovaires ailleurs que sous la peau.

Résection de l'aile iliaque. — M. Morestin présente un malade qui portait au niveau de la hanche, une énorme masse dure, bosselée, dont le diagnostic était indécis. Un traitement spécifique d'épreuve resta sans résultat. Il s'agissait donc de cancer ou de tuberculose. A l'aide d'un énorme délabrement, longue incision, débridement vertical, section du tenseur de fascia lata, section de l'aile iliaque sur une grande étendue, décollement du péritoine, etc., M. Morestin parvint à enlever complètement cette énorme masse qui était de nature tuberculeuse. Il y eut des hémorragies secondaires, un hématome qui fut cause que la réunion ne put être obtenue que secondairement. Mais le résultat est parfait, la paroi abdominale est solide et le malade marche très bien.

C'est là un de ces beaux succès opératoires auxquels M. Morestin nous habitue de plus en plus.

M. Delorme a eu recours à la même opération, résection d'une notable portion de l'os iliaque, dans un cas analogue. Le résultat a été très satisfaisant et le malade marche bien.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ABCÈS DE L'AISSELLE

Par le docteur M. DILANE.

Les abcès de l'aisselle ont le plus souvent pour point de départ une des nombreuses glandes sudoripares qui occupent la région ou bien encore les ganglions lymphatiques. Ce sont, en réalité, des adénites ou des adéno-phlegmons.

Et comme les glandes sudoripares sont situées sous la peau tandis que les ganglions lymphatiques siègent sous l'aponévrose, il en résulte la distinction clinique en abcès *sous-cutanés* et *sous-aponévrotiques*.

Le diagnostic est facile entre ces deux variétés.

L'inflammation sous-cutanée donne un relief à la peau. On saisit entre les doigts l'abcès aussi facilement qu'un corps étranger. Souvent on en trouve plusieurs les uns à côté des autres et qui, n'étant pas arrivés à la même période de leur évolution, s'ouvrent d'eux-mêmes les uns après les autres. Comme les abcès sont peu douloureux et peu gênants, il est inutile de les ouvrir chirurgicalement; on place sur eux un pansement humide à l'anios (solution à 2 p. 100) et souvent on les voit rétrocéder. Quand ils s'ouvrent à l'extérieur, les mêmes pansements aboutissent à une amélioration rapide, grâce à l'action germicide et cicatrisante de l'oxygène naissant produit sans interruption par l'anios.

Les abcès sous-aponévrotiques sont plus profonds, on les sent au toucher, mais ils ne sont pas visibles. La peau glisse à leur surface et quand elle y adhère c'est que le pus existe et tend à s'ouvrir extérieurement.

Ces lésions causées presque toujours par une piqûre des doigts ou de la main s'accompagnent de phénomènes généraux souvent intenses qui démontrent une réelle septicité.

Dans un grand nombre de cas, heureusement, l'atmosphère celluleuse périganglionnaire est seule affectée et l'abcès reste circonscrit. Mais parfois l'aisselle, remplie par du tissu cellulaire, subit une large diffusion inflammatoire et le creux axillaire peut être envahi et tout entier occupé par le pus. Les vaisseaux et les nerfs sont dénudés, comme disséqués, et baignent dans le liquide purulent et parfois la paroi thoracique est décollée.

Dans de telles conditions, l'abcès sous-aponévrotique peut entraîner la mort.

On doit aller à la recherche du pus, et aussitôt que la palpation montre qu'il se collecte, on ouvre prudemment. La grande question est de *désinfecter énergiquement* le foyer purulent. On place donc un drain et à travers ce drain on fait passer à chaque pansement un litre environ de la solution à 2 p. 100 d'anios médicinal. Par ce moyen on détruit les germes, on fluidifie la purulence, on la diminue et sans avoir à craindre le moindre trouble toxique pour l'organisme, on caustique sur la paroi des vaisseaux. Le sublimé, l'acide phénique, l'eau oxygénée seraient dangereux dans ce cas et il ne faut pas les employer. On rapproche ensuite le bras du tronc pour faciliter l'accolement des parois de l'incision et empêcher une fistule consécutive.

Une médication reconstituante arseniée et phosphatée devra être instituée ensuite afin de remonter l'état général affaibli et anémié par cette purulence.

CONGRÈS

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MALADIES PROFESSIONNELLES, sous le haut patronage du gouvernement belge, (Bruxelles, 10-14 septembre 1910), organisé conformément aux décisions prises par la Commission internationale permanente pour l'étude des maladies professionnelles.

Comité d'organisation à Bruxelles : président, M. le docteur Mœller, président de l'Académie royale de médecine; secrétaire général, M. le docteur Glibert, directeur à l'inspection du travail, 2, rue Lambermont.

Comité exécutif français : président, M. le professeur Chantemesse; vice-présidents, MM. les professeurs Calmette et Courmont; secrétaire général, M. le docteur Langlois, boulevard Saint-Germain, 155; secrétaire-adjoint, M. le docteur Garrelon.

Le IIe Congrès international des maladies professionnelles se réunira à Bruxelles les 10, 11, 12, 13 et 14 septembre 1910. Le local affecté aux séances sera désigné ultérieurement.

Le Congrès comprend des membres titulaires et des membres associés.

Peuvent s'inscrire comme membres titulaires toutes les personnes ou collectivités qui s'intéressent à l'étude des maladies professionnelles, et comme membres associés les personnes de la famille des membres titulaires. Le registre d'inscription au Congrès sera clos le 1er septembre 1910.

La cotisation est fixée à 20 francs pour les membres titulaires et à 10 francs pour les membres associés. Les membres titulaires seuls auront le droit de participer aux discussions et aux votes. Ils recevront un exemplaire des publications du Congrès.

Les publications du Congrès comprendront : 1° des rapports sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès; 2° des contributions relatives à ces questions; 3° des communications concernant des points de la pathologie du travail, non inscrits au programme du Congrès.

Pour bénéficier d'une remise de 50 p. 100 accordée par les compagnies des chemins de fer français, faire, avant le 15 août, la demande au secrétaire général en y joignant la cotisation : 20 francs pour les membres titulaires, 10 francs pour les membres associés.

ORDRE DU JOUR. — *Première question* : « Faut-il distinguer les maladies professionnelles des accidents du travail ? Quels seraient leurs caractères différentiels ? » — Comment convient-il d'interpréter les cas litigieux tels que : la hernie, le lumbago, le coup de chaleur, le coup de pression, le charbon des ouvriers tanneurs, trieurs de laine, brosseurs, etc., la syphilis des verriers, les lésions produites par la manipulation habituelle des caustiques ?

Deuxième question : « Quel est l'armement médical actuel des mines, des usines, des manufactures, des ateliers, des chantiers ? » — Le certificat d'aptitude physique aux diverses professions. Les recherches anthropologiques sur les jeunes ouvriers pendant les années d'apprentissage. La surveillance médicale des ouvriers au travail. Les principes d'organisation des services médicaux d'usines, de mines, etc. Les statistiques de mortalité et de morbidité professionnelles.

Troisième question : « L'état présent de la lutte entreprise contre l'ankylostomasie. » — Les modes de contamination et leur importance relative. La recherche méthodique des « porteurs de vers ». La valeur comparative des différents traitements et le contrôle médical consécutif. L'examen critique des mesures d'assainissement réalisées ou proposées.

Quatrième question : « L'œil et la vision dans leurs rapports avec les maladies professionnelles. » — L'éclairage rationnel des ateliers. Les procédés photométriques. Le surmenage oculaire. L'acuité visuelle pendant l'apprentissage. La cataracte et l'arc sénile des verriers et des ouvriers exposés aux rayonnements intenses. Le nystagmus des houilleurs. L'œil saturnin. Les lésions oculaires du sulfo-carbonisme. Les ophtalmies dues aux poussières, aux gaz, aux vapeurs.

Cinquième question : « Le travail dans l'air comprimé. » — La pathogénie des lésions observées. Le choix des sujets. Les âges-limites. La surveillance médicale. La durée des plongées, des séjours dans les caissons et des intervalles de repos. L'examen critique des procédés de décompression proposés : la décompression lente et régulièrement progressive, la décompression avec « stages ». La recompression. Le rôle de l'oxygène. Le casernement des ouvriers. Les mesures prophylactiques spéciales.

Sixième question : « Les intoxications professionnelles. » — Le diagnostic précoce des principales intoxications. Les signes habituels d'une intoxication latente. Les névroses pro-

fessionnelles d'origine toxique. Les conséquences lointaines d'une intoxication professionnelle guérie en apparence. L'influence des intoxications sur la genèse et sur la marche des maladies intercurrentes.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE, PARIS, 2-7 AOUT 1910. — Président d'honneur, M. le ministre de l'Instruction publique; vice-présidents d'honneur, M. Léon Bourgeois, ancien président du Conseil des ministres, président de l'Alliance d'hygiène sociale; M. Liard, membre de l'Institut, vice-recteur de l'Académie de Paris; M. E. Lavisse, membre de l'Académie française, directeur de l'école normale supérieure; M. le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris; M. le docteur Chantemesse, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

APPEL DU COMITÉ. — A la veille de l'ouverture du IIIe Congrès international d'hygiène scolaire qui réunira en grand nombre à Paris, du 2 au 7 août prochain, des hommes qui, dans tous les pays du monde civilisé, s'intéressent à la santé physique, intellectuelle et morale de l'écolier, au perfectionnement des méthodes d'enseignement et d'éducation physique à l'amélioration des locaux des écoles, des lycées et des collèges et au développement des œuvres scolaires et post-scolaires, le Comité d'organisation fait un pressant appel à ceux qui, par profession ou par devoir, ont la charge d'élever les enfants.

La plupart des gouvernements ont annoncé l'envoi de délégués. De nombreuses villes françaises et étrangères et des sociétés diverses ont déjà envoyé leurs adhésions.

Chaque membre titulaire peut y faire une communication sur le sujet qui l'intéresse plus particulièrement, dans l'une des sections du Congrès.

Pour être membre titulaire, il suffit d'adresser le bulletin d'adhésion ci-joint rempli et signé (y joindre autant que possible une carte de visite) avec un mandat de 25 francs au nom de M. le docteur Pradel, trésorier du Congrès, au secrétariat général, 10, boulevard Magenta, à Paris.

Les femmes et les enfants des membres titulaires sont admis comme membres associés moyennant 12 fr. 50 par personne. Ils bénéficient des avantages accordés aux congressistes, mais ils ne peuvent prendre part aux discussions, ni recevoir les comptes rendus et les rapports.

PROGRAMME PROVISOIRE. — *Lundi 1er août.* — Inauguration de l'Exposition internationale d'hygiène scolaire.

Mardi 2 août. — Matin : Inauguration du Congrès. Réception des congressistes.

Séance solennelle d'ouverture présidée par M. le ministre de l'Instruction publique, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne (rue des Ecoles).

Après-midi : Visites et excursions dans Paris.

Mercredi 3, jeudi 4 et vendredi 5 août. — Matin : neuf heures, au Grand Palais (1er étage), avenue d'Antin, séance plénière consacrée à la discussion des rapports généraux. Un rapport sera discuté chaque jour. — Dix heures : ouverture des séances des sections, lecture et discussion des communications. — Après-midi : deux heures, séance des sections, discussion des rapports de section. Trois heures et demie, continuation des communications.

Il sera mis chaque jour à l'ordre du jour un rapport général à la séance plénière du matin, et un rapport de section à la séance de l'après-midi.

Les rapports seront autant que possible discutés dans l'ordre indiqué dans la liste générale, mais des modifications peuvent être faites à la demande des auteurs ou du bureau des sections.

Les communications seront classées par analogie.

Le président de section fixera l'ordre dans lequel auront lieu les lectures et les discussions.

Le président et le bureau de chaque section sont toujours libres de modifier leur ordre du jour.

Autant que possible, l'ordre du jour de chaque section sera publié la veille au soir.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — CINQUIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (AVEC PROJECTIONS). — Le jeudi 21 juillet à trois heures et demie, au palais des Fêtes, M. le docteur Moureu, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, fera une conférence sur : « Les récents progrès de l'Hydrologie ».

SIXIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (AVEC PROJECTIONS). — Le mercredi 27 juillet, à trois heures et demie, au palais des fêtes, M. le docteur Carron de la Carrière, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, fera une conférence : « De l'emploi des eaux minérales françaises dans les maladies des voies respiratoires chez les enfants ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Bertrand, médecin général de première classe de la marine.

Au grade d'officier. — M. Nimier, médecin inspecteur de l'armée.

MM. Choux, Lèques, Maljean, Gallay, médecins principaux de première classe.

M. Toussaint, médecin principal de deuxième classe.

M. Zumbiehl, médecin-major de première classe.

M. Andrieux, médecin inspecteur de deuxième classe de la marine.

M. Couteaud, médecin général de deuxième classe de la marine.

MM. Pfihl, Cognes, médecins en chef de première classe de la marine.

M. le docteur Feltz (de Saint-Denis).

Au grade de chevalier. — MM. Vialle, Crepet, Dettling, Esquer, Ferrandini, Toubert, Vallet, médecins-majors de première classe.

MM. d'Arlhac, Bizouard, Duffau, Eybert, Mélot, Picqué, Ragnaud, Rouquette, Silvestre, Tourtarel, Vernet, Battarel, Lafont, médecins-majors de deuxième classe.

MM. Castaing, Charuel, Frézouls, médecins de première classe de la marine.

M. le docteur Cadène (de Toulouse).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINS ABSTINENTS DES PAYS DE LANGUE LATINE. — Le développement croissant de l'alcoolisme fait au médecin un devoir non seulement de participer à la lutte contre le fléau, mais il paraît tout désigné pour en prendre la direction.

C'est à cet effet que dans la plupart des nations les médecins vraiment militants se sont groupés en sociétés de médecins abstinents qui l'an dernier se sont fédérées au Congrès international de Londres contre l'alcoolisme. Les pays de langue allemande, la Scandinavie, l'Angleterre, les Etats-Unis, le Danemark, la Russie elle-même, ont déjà leurs groupements très prospères.

Notre pays reste en arrière. Il a semblé à quelques médecins français abstinents que le moment était venu, à la veille du premier Congrès des abstinents français qui se réunira le 13 août à Grenoble, de combler une grave lacune. Une Société de médecins abstinents des pays latins est d'ores et déjà constituée. Elle fait appel à tous les confrères ayant une conception très nette du rôle du médecin dans la circonstance et convaincus que l'exemple raisonné de l'abstinence de toute boisson alcoolique est la meilleure des armes.

Adresser toutes adhésions ou demandes de renseignements aux *Annales antialcooliques*, 14, rue de Tournon, Paris. (Docteur Legrain, rédacteur en chef.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bamberger (de Paris) et Alex. Magail (de Marseille).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 82. — JEUDI 21 JUILLET 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 21 JUILLET 1910. — N° 82.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve clinique* — Deuxième séance du 18 juillet. — MM. Minet, 19; Bernard, 19 1/2; Parisot, 17 1/2; Léri, 19.

Première séance du 19 juillet. — MM. Petgès, 18 1/2; Josué, 19; Leuret, 18 1/2.

Deuxième séance du 19 juillet. — MM. Savy, 19; Cade, 19 1/2; Gougerot, 18 1/2.

Première séance du 20 juillet. — MM. Carles, 17; Rathery et Mouriquand, 19.

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE NOMINATION DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Leçon clinique.* — Séance du 16 juillet. — MM. Camus et Sainton, 20.

Séance du 17 juillet. — MM. Kahn, 19; Weil, 20.

Séance du 20 juillet. — MM. Babonneix et Laubry, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Sainton et Weil (E.).

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 18 juillet. — MM. Cauchoix, 19; Hallopeau, 15; Gernez, 18; Bréchot, 20; Martin, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Le jeudi 8 décembre prochain aura lieu à l'hôpital Ruffi, un concours pour une pace d'interne des hôpitaux de Nîmes; les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre inclus, dernier délai.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'article 16 de l'arrêté du 30 novembre 1878 concernant l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris est modifié ainsi qu'il suit :

« ART. 16. — Une commission composée du doyen, président, des professeurs d'anatomie, de médecine opératoire, d'anatomie pathologique, d'histologie, de physiologie et d'un professeur de clinique chirurgicale générale désigné par le conseil de la Faculté, est chargée de veiller à l'exécution du règlement de l'école pratique et de provoquer toutes les mesures nécessaires au fonctionnement régulier de l'établissement, et les améliorations dont ce service serait susceptible.

« Le secrétaire de la Faculté de médecine est attaché à cette commission en qualité de secrétaire chargé de la rédaction du procès-verbal. »

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux personnes ci-après désignées :

Médailles d'argent. — M. le médecin-major de deuxième classe Mesny, à Tientsin (Chine).

M. Chamard-Bois, interne à Lariboisière.

Médailles de bronze. — MM. Simon, chef de laboratoire, et Rouget, interne à Bretonneau.

MM. les externes Lietz, à Bretonneau; Bleynie, à la Maternité; Durand, à Hérold; Rabourdin, à la Charité; Mlle Goldenfan, à Claude-Bernard.

MM. Bralez et Rode, étudiants en médecine.

HOPITAL LAENNEC. — COURS DE VACANCES. — *Service d'ophtalmologie du docteur Rochon-Duvigneaud.* — Le docteur Caillaud, assistant du service, commencera le mardi 2 août, à neuf heures du matin, une série de dix leçons destinées aux étudiants et médecins généraux, avec examens de malades.

PROGRAMME DU COURS. — Eclairage latéral, pupille, acuité visuelle, accommodation, périmétrie, diplopie, simulation, pathologie des sourcils, paupières, conjonctive, cornée, sclérotique, iris, cristallin, glaucome, exophtalmie, voies lacrymales, accidents de travail.

Le prix en est fixé à 20 francs.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire dès maintenant, dans la matinée, auprès du docteur Caillaud, à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres.

RENSEIGNEMENTS

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS

DU

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

Par M. le professeur DEBOVE (1).

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui de la sténose mitrale pure. Il est avant tout indispensable de définir exactement ce qu'il faut entendre par ce terme.

L'épithète de « pure », appliquée au rétrécissement mitral, a une double signification. Elle indique d'abord, et c'est là son sens naturel, que le rétrécissement est indépendant de toute autre déformation de la valvule où il siège, notamment qu'il ne s'accompagne pas d'insuffisance. Mais de plus, par convention, la désignation de pure est réservée à une variété de sténose très spéciale, qui au caractère anatomique déjà cité en joint une série d'autres. Elle est spéciale à la femme. Elle se développe en dehors de l'intervention de toute endocardite infectieuse appréciable. Elle ne se rattache à aucune malformation congénitale. Elle se manifeste enfin à une période fixe de l'existence, qui est celle de la puberté.

Tous les auteurs n'admettent pas sans réserve que la sténose mitrale pure possède ces divers attributs : et celui qu'ils hésitent le plus à lui accorder est son caractère de maladie sexuelle. Ils sont sans doute unanimes à avouer que cette affection est sensiblement plus fréquente chez la femme, mais ne peuvent se résoudre à la considérer comme véritablement spéciale à la nature féminine.

Je ne suis point de leur avis : et voici quels sont mes arguments.

J'insiste d'abord sur la rareté excessive, chez l'homme, des lésions cardiaques qui se présentent avec les apparences de la sténose mitrale. En ce moment même, passez en revue les malades de notre service : le contraste est frappant. A la salle des femmes, vous trouverez réunis six cas de rétrécissement pur, que le hasard seul a amenés dans un service de médecine générale comme le nôtre : à la salle des hommes, il n'en existe qu'un, le premier que nous ayons vu depuis six mois, alors que, pendant cette période, trente femmes atteintes de cette lésion particulière sont passées par nos mains. Une telle constatation me paraît d'une grande importance. Lorsqu'en effet une maladie est réellement commune aux deux sexes, elle peut bien être plus fréquente dans l'un que dans l'autre, mais elle n'affecte jamais une prédilection si extraordinaire pour l'un d'eux. Quand il en est ainsi, il y a gros à parier que l'affection en question est spéciale à un sexe, et n'a été décrite dans l'autre qu'à la faveur d'erreurs de diagnostic.

Les auteurs qui ont prétendu avoir observé la sténose mitrale pure chez l'homme ne sont-ils pas tombés dans cet écueil? Je crois pour ma part que si. Le hasard peut produire chez l'homme, par le fait d'endocardites infectieuses, rhumatismales le plus souvent, une lésion isolée de la valvule mitrale, disposée de telle façon qu'elle ait pour unique effet le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Il se produira en pareil cas une sténose mitrale que j'appellerai *simple*, dont les symptômes physiques seront identiques à ceux de la sténose mitrale pure, et qui pourra être facilement confondue avec celle-ci bien qu'elle en diffère profondément par sa nature. Une lésion du même ordre anatomique pourra encore être réalisée par une malformation congénitale de la valvule mitrale : mais il s'agit alors d'individus très incomplètement développés, chez lesquels le cœur n'a fait que participer à l'évolution imparfaite du reste de l'organisme. Ces cas n'appartiennent pas non plus à la sténose mitrale pure.

Mais il arrive exceptionnellement qu'on voie l'homme atteint d'une maladie qui présente tous les caractères de cette dernière affection. C'est le cas du jeune malade dont je vous signalai tout à l'heure la présence dans nos salles. De tels faits semblent au premier abord donner raison à ceux qui soutiennent que la sténose mitrale pure est une maladie commune aux deux sexes : mais soumettez-les à un examen plus approfondi, et vous verrez qu'ils sont plutôt confirmatifs du contraire.

Voyez par exemple le jeune garçon qui est couché dans nos lits. Il présente tous les signes physiques d'une sténose mitrale pure : frémissement cutané, souffle présystolique, dédoublement du second bruit. On ne relève dans ses antécédents aucune maladie infectieuse; aucune malformation qui puisse faire soupçonner un rétrécissement mitral congénital, d'autant plus improbable que cet individu n'a jamais vu jusqu'à ce jour aucune trace de cette dyspnée qui apparaît dès l'enfance chez les sujets nés avec des anomalies cardiaques.

Tout paraît donc démontrer qu'il s'agit bien d'une sténose mitrale pure développée chez l'homme. Mais examinez de plus près le malade : il n'a de la virilité qu'un semblant. Bien qu'il arrive à l'âge de seize ans, la puberté n'est point apparue chez lui. Les organes génitaux sont infantiles; le pubis, les aisselles, la face sont complètement glabres; la voix n'a pas mué. Les formes sont plutôt féminines; et ces anomalies sont d'autant plus frappantes qu'il n'existe aucun trouble dans l'évolution du squelette, ni, je vous l'ai déjà dit, aucun autre arrêt de développement.

Il me paraît impossible d'invoquer un pareil cas contre la théorie qui refuse la sténose mitrale pure à l'homme.

C'en est plutôt la confirmation, et jusqu'à un certain point l'explication.

A force de constater exclusivement la sténose mitrale pure chez la femme, nous en étions en effet arrivés à considérer cette affection comme un fruit de la nature féminine, comme une maladie dont le germe ne pouvait se développer que dans un milieu préparé par la sécrétion des organes propres à la femme. Un fait comme celui que je viens de vous rapporter prouve qu'il n'en est pas ainsi : et que

(1) Leçon faite à la clinique de l'hôpital Beaujon, et recueillie par le docteur ESMEIN.

c'est plutôt l'absence des caractères virils qui est à la base du même état pathologique.

Quoi qu'il en soit, vous voyez que la doctrine que je soutenais au début de cette leçon reste entière : et c'est ce qui fait l'inanité de toutes les causes qu'on a prétendu lui donner.

On a soutenu que le rétrécissement mitral pur était d'origine *tuberculeuse*. Il est bien certain qu'un tiers des femmes atteintes de cette affection ont des lésions pulmonaires produites par le bacille de Koch, et que ces lésions sont généralement peu avancées, si bien que souvent l'autopsie seule les révèle. Or on a conclu que la sténose mitrale est en effet de la tuberculose, mais qu'une fois constituée elle devient une entrave au développement de cette dernière affection. Les deux parties de cette interprétation me semblent également discutables. En premier lieu, si la tuberculose est la cause du rétrécissement mitral, pourquoi ne la trouve-t-on que dans un tiers des cas ? Pourquoi surtout n'intervient-elle que chez la femme pour y déterminer une lésion spéciale ? D'autre part, comment concevoir ce processus compliqué par lequel la phtisie se condamne elle-même par une lésion qu'elle a créée. L'explication suivante me paraît rendre mieux compte des rapports de la tuberculose pulmonaire avec le rétrécissement mitral pur : les malheureuses femmes atteintes de cette lésion cardiaque, incapables de se livrer aux travaux qui leur permettraient de gagner leur vie, traînent longtemps dans les hôpitaux. Or nos salles sont, il faut hélas ! l'avouer, les conservatoires de la tuberculose. Elles regorgent de phtisiques qui, directement ou indirectement, transmettent leur mal à leurs voisins, admis dans nos services pour de tout autres affections, pour peu que la cohabitation se prolonge. C'est pour cette raison qu'il est si fréquent de relever des lésions tuberculeuses à l'autopsie de malades ou d'infirmes qui ont vécu longtemps dans nos salles infectées par le bacille de Koch ; et les sujets atteints de rétrécissement mitral n'échappent pas à cette règle. Comment remédier à ce lamentable état de choses ? C'est un problème d'une haute importance, que je ne puis malheureusement discuter aujourd'hui, étant donnée la longueur des développements qu'il nécessite.

On a invoqué d'autre part dans l'étiologie de la sténose mitrale pure l'influence de la *chlorose*. Le rapprochement est évidemment séduisant. Il s'agit en effet de deux affections spéciales aux seules femmes, se développant à la même période de la vie sexuelle. Mais on est bientôt forcé de reconnaître que leur coexistence est exceptionnelle ; qu'il n'est nullement démontré, lorsqu'elle existe, que la chlorose soit la cause de la lésion cardiaque : la proposition inverse pourrait même être soutenue.

On a voulu faire jouer le premier rôle à la *névropathie*, à l'*hystérie*, à la *neurasthénie*, autrement dit à des états nerveux divers, dans le développement de la sténose mitrale. Il est facile de démontrer par la statistique qu'un état névropathique est de règle chez les malades atteintes du rétrécissement pur de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Mais autre chose est de faire cette statistique, autre chose de l'interpréter. Si la névropathie est fréquente en pareille circonstance, on ne saurait s'en étonner. Tout être jeune et intelligent qui se voit, par le fait d'une maladie chronique, condamné à une vie exceptionnelle présentera nécessairement des troubles nerveux. Si vous développez devant une jeune fille ce soi-disant axiome qu'elle ne devra pas se marier, que mariée elle ne devra pas être mère, que mère elle ne devra pas être nourrice, soyez sûr d'ouvrir la porte à toutes sortes de chagrins qui auront un retentissement profond sur le système nerveux. Il n'est même pas nécessaire qu'un médecin commette l'imprudence de montrer toute la gravité de cette situation : la pauvre malade, rendue perspicace par son mal, comprend à demi-mot le triste avenir qui lui est réservé. Ne nous étonnons donc point si son système nerveux faiblit et trahit sa défaillance par des symptômes multiples.

On a encore attribué à l'*hérédo-syphilis* une influence sur le développement du rétrécissement mitral. Cette opinion s'appuie sur des faits si peu nombreux qu'on doit la considérer comme une simple hypothèse : d'ailleurs, fût-elle établie solidement, elle resterait toujours impuissante à expliquer pourquoi la sténose mitrale est spéciale à la femme.

La même objection s'applique à la théorie qui invoque une malformation congénitale du cœur, et sur laquelle j'ai déjà suffisamment insisté. On comprendrait d'ailleurs mal pourquoi ce vice de développement grave pourrait rester aussi complètement latent jusqu'à l'époque de la puberté, c'est-à-dire presque jusqu'à la croissance parfaite de l'individu.

En réalité, nous ignorons tout des causes du rétrécissement mitral pur. Nous savons qu'il est spécial au sexe féminin, qu'il n'est attribuable à aucune maladie infectieuse, que les premiers symptômes en apparaissent chez la jeune fille à l'époque de la puberté, que sa découverte est soit accidentelle, soit révélée par un surmenage qui provoque des phénomènes asystoliques, et c'est tout. Nous n'avons même pas ici la ressource habituelle qui nous sert à masquer notre ignorance, celle de faire une hypothèse. Je n'en vois aucune qui soit plausible.

Je ne vous rappellerai pas ici les signes du rétrécissement mitral. Vous savez qu'il est caractérisé par un roulement diastolique, un souffle et un frémissement vibratoire présystoliques, et un dédoublement du second bruit. Nous vous faisons constater à chaque instant cet ensemble de signes au lit du malade. Remarquez toutefois qu'ils ne sont pas constamment réunis. Celui qui fait le moins souvent défaut est à coup sûr le frémissement cataire présystolique, et vous ne devez pas oublier que c'est par la palpation, plus que par l'auscultation, que vous ferez le diagnostic d'un rétrécissement mitral.

L'évolution du rétrécissement mitral vous est également connue. Cette maladie passe par trois périodes successives. Elle est d'abord complètement latente, et cela pendant un espace de temps très considérable. Dans aucune maladie du cœur l'apparition des premiers symptômes n'est aussi tardive.

Ces premiers troubles, qui marquent la seconde période du rétrécissement mitral, sont au reste peu accentués. Le plus souvent, on ne constate qu'un peu de dyspnée d'effort. Enfin, à la longue, la période d'asystolie peut survenir. Le pronostic est donc grave, mais il paraît l'être moins que dans les autres cardiopathies, à cause justement de cette lenteur particulière avec laquelle se déroulent les accidents.

Quant au traitement, il se réduit à des moyens d'hygiène dans les deux premières périodes, à la médication banale de l'asystolie dans la troisième.

Vous allez retrouver ces diverses particularités dans l'histoire des malades qui sont actuellement dans notre service, et que je vais maintenant passer en revue, pour mieux graver les choses dans votre esprit.

B..., salle Béhier, 7 bis, âgée de quarante ans, a les signes physiques classiques d'une sténose mitrale. Chez elle, la lésion cardiaque est restée très longtemps latente. Il y a quinze ans seulement on lui a dit qu'elle était atteinte d'une affection du cœur, dont les premiers symptômes éclatèrent à l'occasion d'un accouchement. Il y a sept mois, elle eut un nouvel accouchement qui, cette fois, n'occasionna pas de nouveaux accidents circulatoires. Aussi continua-t-elle à se livrer impunément à des travaux manuels pénibles quand, il y a cinq mois, elle fut prise brusquement d'une hémiplégie droite qui a presque complètement disparu aujourd'hui.

Ainsi cette femme a un rétrécissement mitral qu'on ne peut attribuer à aucune maladie infectieuse et qui a été reconnu à l'occasion d'un accouchement. L'état de gravidité n'est cependant pour rien dans le développement de la cardiopathie : s'il paraît la provoquer, c'est qu'il la révèle en favorisant des phénomènes asystoliques.

Quant à l'hémiplégie, elle n'est pas rare chez ces malades. Elle est le fait d'une embolie cérébrale, partie de l'oreillette gauche énormément dilatée, et où se sont formés des caillots.

H..., salle Béhier, n° 12, est âgée de trente-sept ans. Blanchisseuse, elle exerçait les travaux pénibles de son métier sans aucune gêne, montait les paniers de linge sans dyspnée, et jouissait d'une santé parfaite, quand elle fut frappée subitement d'un ictus apoplectique. Quand elle reprit connaissance, elle était paralysée du côté gauche. Cette paralysie, dont je vous expliquais les causes il y a un instant, est paradoxale au plus haut degré dans le cas actuel. Je vous répète que la malade était parfaitement valide. Elle avait eu quatre enfants; les accouchements avaient été parfaitement normaux. Son ictus apoplectique a été par conséquent le premier trouble constaté. Il faut donc admettre que chez elle l'oreillette gauche du cœur a pu se dilater, et la circulation du sang se ralentir dans cette cavité jusqu'à permettre la coagulation du sang sans qu'aucun symptôme soit venu trahir cette altération profonde du fonctionnement cardiaque! Il y a là un fait inexplicable, que je soumets à vos réflexions.

D..., âgée de quinze ans, salle Béhier, n° 25, présente au plus haut degré tous les signes classiques de la chlorose. La peau et les muqueuses sont décolorées, cireuses. Il y a un gros souffle intermittent dans les vaisseaux du cou. La malade se plaint de maux d'estomac, de dyspnée, de fatigue, de troubles nerveux. Les règles sont irrégulières et peu abondantes. L'embonpoint est conservé. Un examen superficiel semble imposer déjà le diagnostic de chlorose. Mais, avec plus d'attention, on trouve un frémissement cataire de la région précordiale, et à l'auscultation un souffle présystolique avec dédoublement du second bruit.

Cette malade n'a jamais eu aucune maladie infectieuse; elle n'a jamais eu de malaises que dans les mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Si son affection cardiaque remonte à une date éloignée, elle est restée complètement latente. Les médecins qui ont décrit une forme chlorotique du rétrécissement mitral en retrouveraient ici le type achevé.

Comme vous le voyez, ce que je nie, ce n'est point la coexistence des deux maladies, c'est le lien de cause à effet qu'on a voulu établir entre elles. Si vous passez en revue nos autres malades, vous verrez qu'aucune d'elles n'est chlorotique.

N..., salle Béhier, n° 4 *bis*, est âgée de vingt-deux ans. Elle vient d'un service de chirurgie où on lui a fait un curettage de l'utérus. On nous l'adresse parce qu'elle a une légère bronchite. Après quelques jours passés dans notre service, sa dyspnée diminue, les râles constatés dans sa poitrine disparaissent et elle paraît guérie. Elle nous raconte qu'elle a toujours été bien portante, qu'étant jeune elle courait comme les autres enfants. Depuis quelques mois seulement, elle avait de la difficulté à respirer, et s'essoufflait plus facilement, ce qu'elle attribuait à son rhume. A l'auscultation du cœur, nous trouvons les signes classiques du rétréciesement mitral. Rien dans son passé ne peut expliquer le développement de cette affection. Elle n'a jamais eu de fièvre, ni aucune des maladies qui donnent lieu à des complications endocardiques.

J..., salle Béhier, n° 28, âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'hôpital parce qu'elle était atteinte de grippe. Depuis plusieurs jours, elle avait de la céphalalgie, de la courbature, une angine, une légère bronchite, un peu de fièvre. Elle n'a jamais eu d'essoufflement, ni de palpitations; rien ne permet de soupçonner chez elle une lésion du cœur, et pourtant, à l'auscultation, on constate l'existence d'un souffle présystolique, d'un dédoublement du second bruit. Elle a un frémissement cataire très évident. Elle a eu autrefois la rougeole et la coqueluche, mais l'endocardite est on ne peut plus exceptionnelle dans ces affections. En un mot, l'examen physique seul permet de faire le diagnostic de la lésion du cœur.

Par comparaison avec ces malades atteintes de rétrécissement mitral pur, vous me permettrez de vous en signaler trois autres, atteintes d'autres variétés de sténose du même orifice.

G..., salle Béhier, n° 6, âgée de vingt-qnatre ans, a eu de dix à seize ans de petites attaques de rhumatisme articulaire aigu fébrile qui ont nécessité le repos au lit et la médication salicylée. Elle avait eu également à l'âge de neuf ans une chorée, affection qui, comme vous le savez, se complique parfois d'en-

docardite. Les partisans de la chorée « rhumatismale » s'empresseraient de citer cet exemple. Pour nous, une affection s'accompagnant d'endocardite et de manifestations articulaires n'est pas nécessairement liée au rhumatisme articulaire aigu. Ces diverses manifestations indiquent simplement qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, on n'est autorisé à en tirer aucune autre conclusion. Quoi qu'il en soit, à quinze ans la malade souffrait déjà de dyspnée au moindre effort; un médecin consulté lui trouva une affection du cœur. Dans ces derniers temps, la dyspnée avait augmenté.

A distance, on voit déjà qu'il s'agit, non pas d'une sténose mitrale pure, mais d'une sténose avec insuffisance. Cette femme a en effet un facies jaunâtre, avec injection des pommettes très caractéristique. A l'auscultation, on trouve d'ailleurs, outre les divers symptômes du rétrécissement mitral, un souffle systolique de la pointe, et même un bruit superficiel, lié peut-être à une péricardite chronique. Il s'agit donc de lésions multiples du cœur, développées sous l'influence du rhumatisme, rétrécissant surtout la valvule mitrale, mais d'une façon qui n'est pas exclusive.

Salle Béhier, n° 24. La malade est une tuberculeuse avancée. Elle a un rétrécissement mitral qui n'est pas pur, mais lié probablement à des malformations complexes. Chez elle le cœur est à droite, sa pointe bat sous le mamelon droit. Il peut s'agir ou d'une lésion congénitale, ou d'une déviation liée aux altérations pleuro-pulmonaires du poumon et de la plèvre droite. Toute cette histoire est assez difficile à éclaircir. Elle n'en est pas moins intéressante à rapprocher des cas précédents.

Salle Béhier, n° 23. Cette malade présente un roulement diastolique, un souffle présystolique et un dédoublement du second bruit. Or elle est atteinte de pouls lent permanent. Elle a été l'objet d'une de nos conférences et je vous ai expliqué à quel mécanisme étaient dus les signes de sténose mitrale qu'elle présente. L'oreillette gauche distendue chasse dans le ventricule gauche plus distendu encore une quantité de sang très supérieure à la normale; et la force particulière avec laquelle s'exerce l'aspiration ventriculaire donne lieu aux symptômes physiques de la sténose mitrale.

Tels sont les faits que je désirais vous soumettre. Je ne prétends point vous en fournir l'explication. Je vous ai dit, et je vous répète, que la sténose mitrale est pour moi incompréhensible à bien des égards. Vous penserez peut-être que cette constatation constitue une piètre conclusion. Quant à moi, je suis convaincu que l'ignorance est préférable à l'erreur.

FORMULAIRE

CONTRE LE RACHITISME (MARFAN)

Solution de lacto-phosphate de chaux à 50 p. 1000.	150 gr.
Gomme adragante	5 »
Sirop de lacto-phosphate de chaux à 50 p. 1000.	350 »
Huile de foie de morue	500 »
Alcoolature de zeste de citron	20 »

2 à 4 cuillerées à café par jour. (*Bull. gén. de thérap.*)

LA RÉACTION DE PRÉCIPITATION DE PORGES

DANS LA SYPHILIS ET LE TABES

Par MM. L. LE SOURD et PH. PAGNIEZ.

La réaction proposée par Porges, comme moyen de diagnostic de la syphilis, est une précipitation obtenue en mélangeant par parties égales une solution aqueuse de glycocholate de soude à 1 p. 100 avec un sérum donné.

Nous avons dans un précédent article (1) indiqué la fréquence de la réaction de Porges dans le sérum des syphilitiques aux différentes périodes de la maladie, fréquence considérable, puisque 49 sur 60 cas de syphilis avérée que nous avions examinés réagissaient d'une manière positive. Par contre la réaction était positive 14 fois sur 77 des cas chez les individus cliniquement non syphilitiques. Nous avions été amenés à conclure que « la propriété de précipiter les solutions de glycocholate, sans être absolument spécifique ni constante, se rencontre avec une fréquence impressionnante dans le sérum des sujets syphilitiques ».

Depuis lors quelques auteurs ont eu recours à la réaction de Porges, comme méthode de diagnostic de la syphilis, avec des résultats qui dans l'ensemble paraissent encourageants.

Les observations de MM. Rosenfeld et Thannhauser (2) sont basées sur des constatations faites à la fois en milieu hospitalier et en clientèle. Rosenfeld a examiné 105 individus (61 syphilitiques, 13 suspects de syphilis et 31 cas de contrôle). Sur les 61 syphilitiques, 41 ont donné une réaction positive; les suspects de syphilis, 3 fois sur 13.

Enfin des 31 cas de contrôle (tuberculose pulmonaire, artério-sclérose, blennorragie, maladies de l'estomac, rhumatismes, diabète insipide, actinomycose pulmonaire, etc.), un seul a donné une réaction positive (il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, atteinte d'urémie aiguë).

Les constatations de Tannhauser ont été faites sur les sérums de 34 malades de sa clientèle privée : 1 cas de syphilis primaire a donné une réaction positive; 1 cas de syphilis secondaire, 11 réactions positives; sur 8 syphilis tertiaires, 1 seule réaction positive; enfin sur 10 syphilis latentes depuis cinq à douze ans, 5 réactions positives; 4 témoins non syphilitiques ont donné autant de réactions négatives.

MM. Paris et Sabaréanu (3) ont examiné 53 sérums provenant de 41 syphilitiques avérés, 5 syphilitiques douteux et de 7 non syphilitiques. Des 41 syphilitiques, 37 ont donné des réactions positives; les 5 syphilitiques douteux, 5 réactions positives; sur les 7 témoins non syphilitiques (4 lupus érythémateux, 1 lupus tuberculeux, 2 syphilophobes), 6 résultats positifs.

M. G. Quarelli (4), sur 164 sérums syphilitiques

(1) L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ. Valeur diagnostique de la réaction de précipitation de Porges dans la syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 11 nov. 1909, n° 128.

(2) Fritz ROSENFELD et G. TANNHAUSER. Die Serodiagnose der Lues mittels Ausflockung durch Glykocholsaures Natrium, *Deut. med. Woch.*, 27 janv. 1910, n° 4, p. 164.

(3) A. PARIS et G. SABARÉANU. La séro-précipitation chez les syphilitiques par le glycocholate de soude, *Bull. de la Soc. de biol.*, 19 fév. 1910, t. LXVIII, p. 290.

(4) G. QUARELLI. Sulla reazione precipitante col glicolato sodico nella sero-diagnosi della sifilide, *Biochimica e Terapia sperimentale*, 1910, fasc. 11.

étudiés, obtient des résultats positifs dans 64,6 p. 100 des cas; sur 108 sérums non syphilitiques, 8 ont donné un précipité caractéristique.

MM. Tanton et Combe (1), avec 20 sérums provenant de sujets syphilitiques à différentes périodes de l'affection, ont obtenu 12 résultats positifs; 13 sérums provenant de malades atteints d'affections diverses ont tous donné une réaction négative

Les observations que nous avons eu personnellement l'occasion de réunir depuis notre première publication ont porté sur 27 cas; elles nous ont donné 14 réactions positives sur 16 cas de syphilis et 1 réaction positive seulement sur 11 sérums témoins (2).

Si nous examinons l'ensemble des résultats obtenus par les auteurs précités et par nous-mêmes et que nous les rapprochions des statistiques déjà publiées, nous voyons que, au total, sur 535 cas de syphilis, 362 ont donné une réaction positive, soit 67,6 p. 100 des cas et que, sur 484 cas témoins, la réaction n'a été positive que dans 45 cas, soit 9,2 p. 100 des cas.

La question nous paraît donc tranchée en ce qui concerne la grande fréquence de la réaction de Porges dans la syphilis.

	CAS de syphilis	RÉACTIONS positives	%	CAS témoins	RÉACTIONS positives	%
Porges et ses collaborateurs	47	22	46,8	77	8	10,3
Fritz et Krenn	26	17	65,3	23	4	17,3
Schwartzwald	65	41	63,8	133	3	2,25
Le Sourd et Pagniez	60	49	81,6	77	14	18,1
Id	16	14	87,5	11	1	9,0
Rosenfeld	61	41	67,2	31	1	3,2
Tannhauser	30	18	60,0	4	0	0
Quarelli	164	106	64,6	108	8	7,4
Paris et Sabaréanu	46	42	91,3	7	6	85,7
Tanton et Combe	20	12	60,0	13	0	0
	535	362	67,6	484	45	9,2

En ce qui concerne les cas témoins, en examinant le tableau ci-contre, on est frappé du pourcentage considérable indiqué par MM. Paris et Sabaréanu, pourcentage si différent de celui de tous les autres observateurs. Les six réactions positives se rapportent selon les indications fournies par MM. Paris et Sabaréanu à quatre cas de lupus érythémateux, un cas de lupus tuberculeux et à un syphilophobe; un semblable résultat pourrait faire penser que dans le lupus la réaction de Porges présenterait une fréquence considérable. Il n'en est rien en réalité : sur 7 cas de lupus observés par Fritz et Krenn aucun n'a donné de réaction positive et sur dix cas de lupus qui figurent parmi les témoins de notre propre statistique un seul a donné une réaction positive.

Il nous paraît d'ailleurs inutile d'insister à nouveau sur l'impossibilité où l'on se trouve bien souvent d'établir avec certitude qu'un « témoin » est indemne de syphilis et par suite sur la nécessité de multiplier le nombre de ces cas témoins.

*
* *

Au moment de la publication de notre précédent travail nous n'avions encore observé qu'un petit nombre de cas d'affections parasyphilitiques, et nous avions dû nous borner à indiquer les statistiques fort peu nombreuses publiées jusque-là par Porges, par Schwarzwald et par Tomasi, et dont les résultats étaient dans l'ensemble assez médiocres.

Nous avons depuis lors pratiqué la recherche de la réaction de précipitation par le glycocholate de soude dans le sérum de 32 tabétiques, et la réaction s'est montrée positive dans 12 de ces cas (1), soit 37,5 p. 100.

La réaction de Porges, si fréquente chez les syphilitiques en activité, est donc rare chez les tabétiques. Mais probablement faut-il faire entrer en ligne de compte ce fait que presque tous les tabétiques que nous avons examinés étaient des tabétiques anciens, dont l'affection avait débuté dix ans, quinze ans, vingt ans et plus auparavant. Vraisemblablement on obtiendrait un pourcentage plus élevé en s'adressant à des malades atteints de tabes incipiens; c'est du moins ce que semblent indiquer les cas de ce genre que nous avons observés.

Chez les tabétiques dont nous avons étudié le sérum nous n'avons pu établir de relation entre le pouvoir précipitant et l'évolution du tabes, son arrêt par la cécité, la persistance des douleurs fulgurantes ou des crises viscérales, etc.

Nous avons déjà montré (2) que la réaction de Porges supportait fort bien la comparaison avec la réaction de Wassermann en ce qui concerne le sérum des syphilitiques, et récemment encore MM. Tanton et Combe (3) notaient une concordance complète entre les deux réactions 12 fois sur 16.

L'examen des statistiques publiées sur la réaction de Wassermann dans le sérum des tabétiques allait-il nous montrer encore cette concordance.

Avec les éléments dont nous disposons actuellement il est très difficile d'établir cette comparaison; la réaction de Wassermann en effet a été recherchée le plus souvent dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques, plus rarement dans leur sérum, parfois indistinctement dans l'un et l'autre liquide, et les statistiques trop souvent ne sont pas suffisamment explicites à ce sujet.

Cependant si l'on se reporte aux travaux où les conditions de l'expérience sont clairement indiquées, voici les résultats que l'on relève :

Noguchi (4), sur 11 sérums de tabétiques, indique

(1) TANTON et E. COMBE. Le séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Porges, *Bull. de la Soc. de biol.*, 12 mars 1910, t. LXVIII, p. 436.

(2) Bien que nous ayons donné dans notre premier article des indications précises sur la technique à suivre, nous ne croyons pas inutile, en raison des questions que nous ont posées quelques observateurs, de revenir sur deux points particuliers. L'un a trait aux dimensions des tubes à employer, l'autre aux quantités de sérum et de solution à mettre en présence.

En ce qui concerne les tubes on a tout avantage à se servir de tubes très étroits (5 millimètres de diamètre intérieur) dans lesquels le précipité rassemblé à la partie supérieure se voit beaucoup plus facilement.

Les quantités de sérum et de solution de glycocholate de soude peuvent être quelconques; en pratique 3/10 de centimètre cube de chacun de ces liquides paraît suffisant.

Dans ces conditions d'expérience la lecture des résultats est très facilitée.

(1) Dans cinq autres cas, le mélange est devenu opalescent sans précipitation ultérieure. Ne sachant pas encore quelle signification exacte attribuer à cette opalescence, nous avons rangé ces faits dans les cas négatifs.

(2) L. LE SOURD et Ph. PAGNIEZ. Loc. cit.

(3) TANTON et COMBE. Loc. cit.

(4) NOGUCHI. A new and simple method for the serum diagnosis of syphilis, *Journ. of experim. med.*, t. XI, fasc. 2, 1909, p. 392.

3 réactions de Wassermann positives (27,2 p. 100); P. Mauriac (1), sur 6 sérums de tabétiques, obtient 2 réactions positives, 4 négatives (33 p. 100), aucune concordance n'existant d'après lui entre les résultats fournis par le sérum et le liquide céphalo-rachidien.

Plus récemment Levaditi et Latapie (2), rapportant la statistique de séro-diagnostics de syphilis faits pendant l'année 1909 à l'Institut Pasteur, indiquent sur 10 cas 6 réactions positives (60 p. 100).

Mais dans un très important travail, M. Nonne et W. Holzmann (3) indiquent des résultats meilleurs encore : sur 93 sérums de tabétiques, 62 donnent une réaction positive (67 p. 100). Or, il faut remarquer que parmi les cas observés par Nonne et Holzmann, à peine quelques-uns se rapportent à des individus atteints de tabes depuis plus de dix ans ; la plupart sont des tabes incipiens ou évoluant depuis peu de temps.

A n'envisager que le résultat grossier de ces statistiques on devrait donc conclure qu'avec le sérum des tabétiques on obtient fréquemment la réaction de Wassermann et rarement la réaction de Porges. En réalité, il faut seulement conclure à la nécessité d'étudier l'une et l'autre réaction à des périodes précoces et tardives de la maladie, car à l'heure actuelle la distinction entre ces deux périodes n'est pas encore établie sur un nombre de cas suffisants pour permettre de formuler une opinion sur la valeur comparative des deux réactions.

* * *

Au résumé, nous pensons devoir maintenir nos premières conclusions et il nous paraît évident que la réaction de Porges, bien que n'étant pas rigoureusement spécifique, se montre avec une telle fréquence chez les syphilitiques qu'elle peut entrer dans la pratique courante, car elle est susceptible d'y rendre service. Ce n'est qu'en cas de désaccord entre la réaction de Porges et l'observation clinique, que l'on devrait recourir à la réaction de Wassermann, réaction plus précise sans doute, mais infiniment plus complexe, et par là même capable d'induire en erreur si elle n'est recherchée par un technicien vraiment exercé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 JUILLET 1910)

M. Le Dentu fait un rapport sur des travaux de MM. Tuffier et Rimbert.

Nouvelles recherches expérimentales sur la variole-vaccine. — M. Kelsch, en son nom et au nom de MM. Teissier, Camus, Tanon et Duvoir, fait une communication sur de nouvelles expériences relatives à la variole-vaccine qui ont été faites au pavillon des varioleux. Les génisses furent inoculées au lit des varioleux et à toutes les phases de l'évolution de la pustule. Les scarifications étaient faites au nombre de 25 à 30. Malgré ces conditions les plus favorables, les résultats chez tous les animaux, soit dix génisses, un taurillon et deux lapins furent complètement négatifs, comme dans les premières expériences de l'année dernière.

D'autre part, trois génisses inoculées à blanc et installées dans l'une des étables de l'Académie affectées aux vaccinifères ont présenté une légère éruption vaccinale. Résultat paradoxal : la vaccine se produisait là où on ne l'attendait pas et refusait de se montrer là où elle était attendue. Ces résultats frappent de nullité toutes les réussites variolo-vaccinales réalisées dans les établissements vaccinogènes.

En résumé, sur 20 expériences d'inoculation variolo-vaccinales, on compte 20 insuccès.

Les conclusions de ces nouvelles expériences confirment donc pleinement celles du premier travail de M. Kelsch présenté l'année dernière et permettent de conclure à la complète indépendance de l'évolution vaccinale et de l'évolution variolique.

Le choléra en Europe (1904 à 1910). — M. Chantemesse, en son nom et au nom de M. Borel, fait une importante communication sur ce sujet.

C'est en septembre 1904 que l'épidémie actuelle de choléra a pénétré en Russie par Bakou, venant de la Perse.

M. Chantemesse suit, pas à pas, la marche de cette épidémie. En automne 1904, le choléra envahit le Caucase, frappe 3000 personnes et en tue 2000. Arrêt apparent et momentané pendant l'hiver.

En août 1905, le choléra surgit en Pologne, apparaît aux portes de Berlin, envahit la Galicie autrichienne.

En juillet 1907, réveil du choléra à Astrakan; il envahit le bassin du Volga, du Don, du Dnieper, atteint Saint-Pétersbourg, tue plus de 6000 personnes pendant l'automne de 1907. L'hiver ramène le calme, sauf sur la frontière russo-turque du Caucase. Départ, à ce moment, des pèlerins musulmans qui emportent le virus jusqu'au lazaret de Sinope. Puis le choléra se montre à Constantinople.

A la même époque, au Hedjaz, le choléra reparaît apporté par les pèlerins musulmans arrivés de Russie. La Mecque seule fournit 4000 décès.

En Russie, en 1908, on compte près de 30 000 victimes et plus de 14 000 morts. Les régions du centre et du nord fournissent le plus de cas. Au total, plus de 21 000 cas et de 9000 décès.

Dès le mois d'août, un cas de choléra est constaté à Stockholm sur un voyageur venu de Russie, quelques jours plus tard à Rotterdam, sur des mariniers et des habitants de cette ville. Il s'étend en Hollande, dans la Prusse orientale, en Belgique, mais n'atteint, dans ces pays, que très peu de personnes.

Pourquoi tant de victimes en certaines régions et si peu dans d'autres?

L'extension du choléra en Allemagne et en Hollande s'est faite suivant deux modes différents, par propagation et par transport. En suivant de très près l'invasion du choléra en Hollande et en insistant sur les moindres détails, M. Chantemesse arrive à cette conclusion qu'il y a pour le choléra, comme pour la fièvre typhoïde, des porteurs de bacilles bien portants en apparence, suffisants néanmoins pour infester d'autres individus.

On est donc en mesure, grâce aux progrès de la science, de reconstituer tous les anneaux d'une chaîne s'étendant depuis la région infectée primitivement jusqu'au lieu où la contagion a été transportée, chaîne qui, jadis, eût offert des brisures inexplicables.

M. Chantemesse insiste sur un mode de contagion qui est peut-être intervenu à Rotterdam. Lorsqu'un navire arrive chargé dans un port, des chalands s'amarrent à lui ; à mesure du déchargement, le navire s'élève, la ligne de flottaison monte et les orifices des water-closets se trouvent au-dessus de l'eau et se déversent sur les chalands qui se trouvent ainsi infectés par les selles de matelots malades ou simplement porteurs de bacilles.

(1) P. Mauriac. *Le séro-diagnostic de la syphilis*, Th. de Bordeaux, 1909.

(2) C. Levaditi et A. Latapie Le séro-diagnostic de la syphilis d'après les résultats enregistrés à l'Institut Pasteur au cours de l'année 1909, *Presse méd.*, 16 avril 1910, n° 31, p. 276.

(3) M. Nonne et W. Holzmann. Ueber Wassermann-Reaktion im Liquor spinalis bei Tabes über quantitative Auswertung von Stärkegraden des Wassermann-Reaktion bei syphilogenen Krankheiten der Zentral-Nervensystems, *Monats. f. Psych. und Neurol.*, Bd. XXVII, h. 2, fév. 1910, p. 128-152.

Il y a donc lieu d'exercer à ce point de vue une surveillance active sur les navires suspects.

Le choléra a envahi la Hollande et ne l'a frappée que très légèrement. Pourquoi? C'est que les Hollandais ont concentré leur lutte contre le malade et surtout contre ceux qui ont pu vivre auprès de lui.

Il importe de connaître ces mesures qui ont donné de si bons résultats. Les voici :

Les cas de choléra devaient être déclarés par toute personne qui pouvait en avoir connaissance et cela sous peine de poursuites se terminant par une amende et par une peine de prison. Aussitôt après la déclaration le suspect était isolé ainsi que toute sa maison. Cet isolement se poursuivait jusqu'à la fin de l'examen bactériologique et cessait lorsque cet examen était négatif. Mais s'il était positif la maison était évacuée et désinfectée, la police demeurant sur place pour éviter les vols; toutes les personnes ayant été en contact avec le malade étaient placées dans un pavillon d'observation pendant un laps de temps égal à la période d'incubation.

On pratiquait systématiquement l'examen bactériologique des selles de toutes les personnes isolées et si quelques-unes étaient reconnues porteuses de bacilles, leur isolement continuait jusqu'à ce que toute trace d'infection ait disparu de leur intestin. On isola ainsi jusqu'à 114 personnes pour un seul cas. Les individus mis en observation étaient nourris aux frais de l'Etat et recevaient leur salaire habituel comme s'ils avaient travaillé normalement.

Telle fut la méthode de défense. Elle est certes coûteuse, peut-être difficile à appliquer, mais si on la poursuit avec ténacité on ne peut nier que les résultats en soient prodigieux.

Quelles qu'aient été les sommes dépensées en Hollande, elles ont été sûrement inférieures à celles qu'eût nécessité une épidémie évoluant, comme on avait coutume de les voir évoluer jusqu'à présent.

Considérons les résultats de cette tactique : importée à Rotterdam, l'épidémie cause, dans ce port, 34 cas et 14 décès sur une population de 250 000 habitants. Et encore ce chiffre de victimes est-il considérable par rapport à celui qui a été observé dans les autres villes, ce qui n'a rien d'étonnant, si l'on admet que l'arrivée subite d'une épidémie ait quelque peu paralysé les efforts du début. Mais à Amsterdam un seul cas fut observé sur une population de 550 000 habitants. Dans les autres localités infectées — au nombre de 15 à 16 — la plupart du temps les cas furent uniques et jamais on n'arriva à en compter plus de quatre dans le même endroit.

La lutte contre le choléra s'est donc exercée, en Hollande, d'une manière admirable, parce que tout avait été prévu d'avance : programme précis, agents d'exécution éduqués et subissant une impulsion scientifique commune, détails matériels et surtout détails financiers. Pas une heure précieuse ne fut réellement perdue, pas un effort ne fut entravé sous le prétexte d'attendre l'autorisation de frais nécessaires et non prévus. Par les exemples de l'Allemagne, de la Hollande et de la Belgique, nous savons désormais comment peut être instituée une méthode défensive efficace contre le choléra dont les foyers se réveillent avec activité en ce moment même, en Russie.

Électrocardiogrammes et enregistrement des bruits du cœur. — M. Weiss, en son nom et au nom de M. Bull, après avoir rappelé l'insuffisance des résultats fournis par la sphygmographie et le cardiographe, explique que, grâce aux travaux de Walles (de Londres), de Tinthoven (de Leyde), nous possédons un galvanomètre à cordes que M. Weiss a fait installer à l'Institut Marey. Grâce à cet appareil, on obtient des tracés qu'il faut apprendre à lire, comme on apprend à lire la musique. Au laboratoire Marey, on possède aujourd'hui une précieuse collection de ces tracés de cœurs normaux. On commence à prendre des tracés de cas pathologiques types. A l'aide de l'électrocardiogramme, on obtient deux tracés et on a ainsi sur la même bande d'enregistrement des bruits du cœur que l'on peut faire entendre à des élèves. Il y a là un intérêt pédagogique de premier ordre.

M. Weiss fait un chaleureux appel aux médecins pour qu'on envoie à l'Institut Marey des cardiaques, mais d'abord des cardiaques à affection bien typique.

Le traitement des cancers inopérables du col de l'utérus et du vagin par l'utilisation massive du rayonnement ultra-pénétrant du radium. — MM. Chéron et Duval, après avoir soigné cinquante malades atteintes de cancers inopérables du col de l'utérus et du vagin par le rayonnement ultra-pénétrant du radium de Dominici, estiment que :

Une application de radium est d'autant plus efficace qu'elle est plus forte et plus prolongée.

Il y a intérêt à augmenter la puissance des appareils plutôt que la durée de l'application.

Les doses faibles ne font qu'atténuer la douleur.

Il faut recourir aux doses massives, seules capables d'arrêter la marche du néoplasme.

En résumé, le cancer utérin et vaginal constitue un des cancers les plus intéressants au point de vue radiumthérapique. Il est peu métastatique et reste longtemps une affection locale, circonscrite à l'utérus et aux tissus péri-utérins.

Il supporte sans dangers le rayonnement ultra-pénétrant de Dominici à doses massives.

Quand il échappe aux ressources de la chirurgie abdominale, il reste par contre encore suffisamment circonscrit pour être favorablement influencé par les rayons ultra-pénétrants du radium et pour qu'on puisse espérer pour un grand nombre de cas une survie peut-être plus importante que ne peuvent le faire supposer les résultats encore trop récents.

Si l'on se rappelle la difficulté du diagnostic précoce de cette affection, sa fréquence croissant dans certains pays (quatre fois plus grande depuis quarante ans en Angleterre, 20000 morts en 1909 en Allemagne), on peut se rendre compte des services que peut rendre le radium dans le traitement des affections néoplasiques utérines inopérables ou récidives vaginales.

Élections. — L'Académie nomme MM. Spilmann (de Nancy) et Testut (de Lyon) membres correspondants nationaux.

NOTES POUR L'INTERNAT

FIBROMES UTÉRINS (1)

2. Symptômes physiques. — a. *Inspection.* — Le ventre est plus ou moins gros, proéminent, arrondi et bombé sous l'ombilic dans le décubitus dorsal.

b. *Palpation.* — On sent une masse bien limitée, ferme, dure, parfois bombée; on peut la mobiliser en masse latéralement, à deux mains.

c. *Percussion.* — Matité sur la tumeur, sonorité intestinale autour.

d. *Au toucher vaginal.* — Le vagin est allongé, étiré, le col est très remonté et souvent inaccessible.

e. *Au palper bimanuel.* — On sent que la tumeur fait corps avec l'utérus.

f. *Caractères des variétés.* — Les fibromes interstitiels sont réguliers avec allongement énorme de la cavité. Les sous-péritonéaux sont irréguliers, bosselés; les pédicules arrondis, très mobiles. Les intraligamentaires sont immobiles, plaqués sur la paroi abdominale avec un col dévié latéralement. Les fibromes à prolongement pelvien présentent un utérus englobé entre les deux masses abdominale et pelvienne.

Tous ces symptômes sont souvent difficiles à mettre en relief à cause de l'épaisseur d'une paroi abdominale très adipeuse, ou de la présence dans la cavité péritonéale d'une petite quantité d'ascite.

3. Accidents. — Ce peut être :

a. Des compressions pelviennes plus rares que dans les

(1) Fin. — V. *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 74, p. 1078; 77, p. 1113.

formes à développement pelvien (par enclavement secondaire dans le Douglas).

b. La *torsion du pédicule*. Légère elle se révèle par une sensation de plénitude avec quelques nausées et vomissements. Grosse elle entraîne tout le tableau des symptômes péritonéaux. Douleur atroce, avec lipothymie, syncopes; angoisse profonde, vomissements porracés; ventre ballonné, douloureux. Et si on n'intervient pas, la péritonite aiguë s'installe, rapidement mortelle.

c. *Evolution galopante*. Elle est rare, due à une dégénérescence cystofibromateuse avec hémorragie dans les kystes: possibilité d'embolie, gangrène et infection du fibrome pouvant entraîner la péritonite.

D. FIBROMES A TYPE MÉTRITIQUE. — Ce sont les utérus à fibromatose généralisée, utérus géants, irréguliers ou un peu bosselés, globuleux, à cavité atteignant 16 centimètres.

Symptômes. — Ce sont d'abord des troubles utérins vagues, puis des *métrorragies très abondantes*, plus que dans aucune autre forme. Elles résistent à tous les traitements médicaux et même au curettage. Elles ne s'arrêtent qu'à la ménopause et cèdent à la castration ou à la ligature des utérines. Mais elles amènent rapidement par leur continuité une cachexie qui peut mettre la malade en danger.

ÉVOLUTION. — Elle est plus lente dans les formes sous-séreuses, plus rapide dans les formes interstitielles et sous-muqueuses à cause de l'intensité des hémorragies et des troubles de compression pelvienne.

Dans tous les cas le fibrome amène à la cachexie.

Son ATROPHIE peut s'observer après une grossesse ou la ménopause.

Pendant la grossesse il augmente puis régresse et peut même disparaître. Mais par contre il gêne souvent la grossesse et peut être une cause de dystocie sans compter qu'il prédispose aux hémorragies et à l'infection.

Après la ménopause il peut s'atrophier, d'où la nécessité pour certains auteurs de retarder une intervention si la femme est près de cette période. Souvent au contraire, la ménopause est le signal d'une aggravation.

Des COMPLICATIONS fréquentes se surajoutent au fibrome :

1° Son *sphacèle* et la suppuration consécutive peuvent amener une septicémie mortelle.

2° La *transformation* kystique ou sarcomateuse est marquée par un développement rapide de la tumeur.

3° Les *accidents de compression* déjà étudiés.

4° L'*ascite* n'est qu'un inconvénient léger relativement.

5° Les *phlébites* sont loin d'être rares au cours des fibromes, phlébites de plexus utérins se diffusant jusqu'aux veines iliaques et fémorales, pouvant donner ainsi des phlegmatia alba dolens. Aussi n'est-il pas rare non plus d'observer au cours de ces phlébites ou même sans manifestation du côté des membres inférieurs des *embolies pulmonaires*, parfois petites et répétées entraînant le tableau classique des infarctus hémoptoïques, parfois plus grosses entraînant la mort subite. Ces embolies peuvent d'ailleurs se produire après comme avant une intervention chirurgicale.

PRONOSTIC. — Histologiquement bénin, le fibrome est donc une tumeur grave par les nombreuses complications mortelles qu'il peut amener : anémie, urémie, asystolie, dégénérescence et septicémie.

DIAGNOSTIC. — Il présente des problèmes divers suivant la localisation du fibrome, mais problèmes qu'un examen physique attentif permet en général de résoudre rapidement.

I. **Fibromes à développement vaginal.** — 1° Les polypes sont à différencier :

1. D'un *polype muqueux* qui est mou, sans hypertrophie utérine concomitante;

2. Un *polype placentaire* a pour lui les commémoratifs et sa consistance molle;

3. L'*inversion utérine* sera facile à reconnaître; elle peut accompagner et être produite par un polype;

4. Un *cancer de l'utérus* peut être simulé au premier abord par un polype sphacélé. Mais le cancer est dur et friable, le polype plus mou et non friable.

2° S'il *n'y a pas polype*, on peut penser à :

1. Une *métrite hémorragique*; il faudra alors dilater le col et explorer la cavité utérine;

2. Un *cancer du corps*; la même manœuvre suivie de curettage permettra un examen histologique;

3. Une *grossesse extra-utérine* avec expulsion du caduque.

II. **Fibromes à développement pelvien.** — Les symptômes de compression peuvent faire penser à toutes les tumeurs péri-utérines :

1° *Salpingite*, souvent bilatérale, c'est une affection procédant par crises fébriles, donnant une tuméfaction généralement distincte de l'utérus.

2° *Kyste paraovarien*, il est plus tendu, résistant, indépendant de l'utérus, généralement sans métrorragie.

3° L'*hématocèle rétro-utérine* a une histoire de début plus ou moins brusque après interruption des règles.

4° La *rétroversion* immobilisée peut simuler un fibrome du cul-de-sac de Douglas; on fera le diagnostic par le toucher.

5° Le *cancer de l'utérus* propagé à la base du ligament large est alors trop diffus avec une cachexie trop grande pour donner le change.

III. **Fibromes à développement abdominal.** — Il faut toujours penser, quoique le diagnostic crève généralement les yeux, à :

1° Une *grossesse* dont on recherchera les symptômes, tout en songeant que les deux choses peuvent coïncider.

2° Une *vessie dilatée*; elle peut l'être d'ailleurs à cause du petit fibrome qui la comprime.

3° Un *kyste de l'ovaire* peut simuler, surtout lorsqu'il est adhérent, un fibrome un peu œdématié et par suite ramolli.

4° Plus rarement on pensera à une tumeur fibreuse ou à un kyste dermoïde de l'ovaire, à un sarcome utérin qui évolue plus rapidement, ou à toute autre tumeur abdominale.

IV. **Fibromes à type métritique.** — Ils font penser parfois à :

1° Un *cancer du corps* utérin; un curettage suivi d'examen histologique des débris retirés jugera généralement le débat.

2° Une *métrite hémorragique* donne rarement un utérus aussi gros que le fibrome. Elle peut d'ailleurs être due à la fibromatose elle-même.

TRAITEMENT. — I. **Le traitement médical** palliatif peut être essayé chez des malades pusillanimes, approchant de la ménopause ou quand on a des raisons sérieuses pour redouter une intervention. Il consistera en injections salées, en injections d'ergotine, de cannabis indica ou de viburnum prunifolium (!).

II. **Le traitement chirurgical** est le seul traitement rationnel et curatif des fibromes utérins :

1° Le *curettage* est applicable aux fibromes interstitiels avec hémorragies abondantes, mais souvent il faudra aboutir à une ablation secondaire.

2° La *castration* vantée par Hégar et Battey amène une régression des symptômes, mais elle a cependant peu d'indications précises.

3° On a prôné de même la *ligature atrophiante* des deux utérines.

4° L'*ablation de la tumeur* doit être faite, sans attendre que l'anémie hémorragique rende l'intervention difficile à supporter.

Nous n'entrerons pas dans le détail des opérations. Deux sortes d'interventions sont possibles : 1° l'ablation de la tumeur fibreuse en laissant l'utérus; 2° l'hystérectomie.

1° *Myectomie*. — 1. Les polypes fibreux sont enlevés par simple section de leur bord, implantation après ligature ou par torsion.

2. Beaucoup de fibromes peuvent être énucléés de leur loge : *a*. soit après laparatomie abdominale et incision de l'utérus; *b*. soit par voie vaginale avec débridement du col.

3. Les fibromes sous-péritonéaux sont facilement enlevables, mais ils s'accompagnent généralement d'autre fibrome ou de fibromatose généralisée.

2° L'*hystérectomie* peut être faite par voie vaginale ou par voie abdominale et dans ce cas peut être totale ou subtotale. Les indications de ces diverses opérations sont plus souvent faites de préférences personnelles des chirurgiens que de nécessités opératoires créées par la tumeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 83. — SAMEDI 23 JUILLET 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 23 JUILLET 1910. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — *Epreuve clinique.* — Deuxième séance du 20 juillet. — MM. Arloing et Euzière, 19.

Première séance du 21 juillet. — MM. Lereboullet, 19 1/2; Piery et Nattan-Larrier, 19.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Bordeaux. — MM. Petgès, Carles.
Lille. — M. Minet.
Lyon. — MM. Cade, Mouriquand, Arloing.
Montpellier. — M. Euzière.
Nancy. — M. Perrin.
Paris. — MM. Guillain, Bernard, Léri, Gougerot et Rathery.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 20 juillet. — MM. Desmarest, 17; Capette, 15; Kendirdjy, 18; Lardennois, 19; Okinczyc, 17.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Grégoire, agrégé des facultés de médecine (section d'anatomie et embryologie), est attaché à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (fondation de l'Université) pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1910.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 825 décès, au lieu de 786 pendant la semaine précédente et au lieu de 808, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On a compté 2 décès par méningite cérébro-spinale.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. — COURS DE VACANCES. — Douze leçons sur *la tuberculose des os et des articulations*, du 1er au 13 août 1910, par les docteurs MÉNARD, chirurgien en chef, ANDRIEU et CALVÉ, chirurgiens-assistants.

PROGRAMME DES COURS. — *1er août.* — M. MÉNARD : *Généralités sur la tuberculose osseuse et articulaire.* Evolution et traitement.

2 août. — M. MÉNARD : *Coxalgie.* Anatomie pathologique. Examen de pièces. Radiographies.
3 août. — M. CALVÉ : *Coxalgie.* Diagnostic et traitement.
4 août. — M. MÉNARD : *Mal de Pott.* Anatomie pathologique. Examen de pièces et de radiographies.
5 août. — M. MÉNARD : *Mal de Pott.* Diagnostic et traitement.
6 août. — M. ANDRIEU : *Tuberculose du genou.*
8 août. — M. CALVÉ : *Spina ventosa.*
9 août. — M. ANDRIEU : *Tuberculose du coude.*
10 août. — M. MÉNARD : *Tuberculose du tarse.*
11 août. — M. CALVÉ : *Tuberculose du poignet et de l'épaule.*
12 août. — M. ANDRIEU : *Adénites tuberculeuses.*
13 août. — M. MÉNARD : *Ostéite tuberculeuse et ostéite syphilitique.*

Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques : appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentations de malades.

Le cours aura lieu le matin à dix heures et demie à l'hôpital maritime. Il sera ouvert aux étudiants en médecine et aux docteurs français et étrangers.

Droit d'inscription : 50 francs. (Les internes des hôpitaux de Paris sont dispensés de ce droit.)

Se faire inscrire par lettre adressée à M. le docteur Calvé ou à M. le docteur Andrieu, chirurgiens-assistants de l'hôpital maritime. Pour les renseignements relatifs au séjour (hôtels, pensions), s'adresser à l'agence Laffillé et Gérardin, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1186.*)

RENSEIGNEMENTS

EXTERNE (service de médecine, Hôtel-Dieu) demande remplaçant du 15 août au 1er octobre. — S'adresser au journal.

ON DEMANDE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE FAINS (Meuse) un étudiant en médecine pour remplacer un interne pendant cinq mois ; 800 francs par an et entretien.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA MALADIE AMYLOIDE (2)

Par M. A. TOURAINE,
Interne des hôpitaux de Paris.

IV

Constitution chimique de la substance amyloïde. — Elle n'est pas encore, à l'heure actuelle, parfaitement définie, et si tout le monde admet aujourd'hui qu'elle est formée par l'union d'un acide et d'une albumine, la nature précise de ces deux éléments est encore discutée.

a. **Procédés pour isoler la substance amyloïde.** — Le procédé habituel consiste à pulvériser l'organe dégénéré, le foie ou la rate surtout, et à passer au tamis. On lave la pulpe à l'eau froide, puis on chauffe à 120 degrés, pour liquéfier et gélatiniser les substances collagènes; on filtre, on épuise le résidu avec de l'alcool à 40 degrés bouillant qui enlève les graisses et la cholestérine. On met le résidu dans l'eau acidulée à deux millièmes et on fait digérer avec la pepsine; l'amyloïde n'est pas détruite. On lave ensuite le résidu avec du carbonate de soude à 2 p. 100 : la substance amyloïde reste avec un peu de tissu conjonctif (A. Gautier).

D'après Kühne, si sur la substance amyloïde, obtenue par un procédé légèrement différent, on fait agir, après dessiccation, de l'éther dans l'appareil de Soxhlet et si, ensuite on chasse l'éther, on obtient une substance amorphe, résineuse, brune, d'odeur de miel et de réaction acide comme la substance amyloïde, mais différente d'elle au point de vue chimique.

Pour Kostjurin, E. Ludwig, l'amyloïde subit l'action de la pepsine en solution acide. Si on neutralise la solution, on a alors un précipité qui se colore en rouge par le violet de gentiane.

b. **Caractères physiques.** — C'est une poudre amorphe, homogène et légèrement translucide. D'un éclat cireux, elle est ferme et légèrement élastique.

c. **Caractères chimiques.** — La substance amyloïde appartient au groupe des substances protéiques et se rapproche des albumines (Schmidt, Friedreich et Kékulé, Kühne et Rüdnew, Carbone et Grandis, Monéry).

A l'incinération, elle brûle avec une odeur de corne brûlée et donne 0,79 p. 100 de cendres calcaires et magnésiennes. Sa formule classique est la suivante : C : 53,6; H : 7; Az : 15; S : I, 3. Hansen donne des chiffres un peu différents : C : 48,5 à 52,8; H : 7,2 à 7,6; Az : 14,2 à 15,6; S : I,26.

Traitée par l'acide nitrique et l'ammoniaque, la substance amyloïde donne la réaction xanthoprotéique; le réactif de Millon lui donne la couleur rouge caractéristique. Les acides étendus n'ont aucune action sur elle; mais les acides forts et notamment l'acide chlorhydrique la dissolvent en donnant des syntonines. Les alcalins la rendent soluble. L'ébullition prolongée à l'eau acidifiée donne de la leucine et de la tyrosine et non du glucose.

La substance amyloïde ne diffère donc que peu des matières albuminoïdes; sa résistance notable à la putréfaction, à l'action du suc gastrique ou de la pepsine sont les principaux caractères qui en permettent la différenciation, et encore ne sont-ils pas absolus (Kostjurin).

d. **Constitution de la substance amyloïde.** — Les opinions anciennes de Virchow (substance amylacée), de Merkel (cholestérine) sont depuis longtemps abandonnées. Oddi (1894) et Kravkov (1894-1897) ont montré que la substance amyloïde est la combinaison de deux substances : l'*acide chrondroïtine-sulfurique avec une albuminoïde mal définie.*

Cette combinaison est analogue à celle qui constitue le cartilage d'après Schmiedeberg, qui, le premier, a découvert dans cette substance l'acide chrondroïtine-sulfurique.

Pour isoler l'*acide chondroïtine-sulfurique*, on plonge l'organe, réduit en pulpe, pendant vingt-quatre heures, dans une solution ammoniacale au cinquième, on exprime, le résidu est soumis à nouveau au même traitement. Le liquide passé est recueilli; il est trouble, même après filtration, l'ammoniaque ayant entraîné l'acide chondroïtine-sulfurique libre ou combiné en même temps que les mucines, le glycogène, etc ; on répète donc l'opération pendant six jours jusqu'à ce que le liquide alcalin soit parfaitement clair, et ne renferme plus d'acide chondroïtine-sulfurique. Sur les liqueurs filtrées, on recherche alors l'acide par l'un des procédés d'Oddi. On obtient des flocons blancs de sulfochondroïtinate de soude (Monéry).

Il s'agglutine facilement et jaunit avec le temps ; insoluble dans l'eau, l'alcool, un excès de soude, il se dissout rapidement dans les acides minéraux ou organiques et donne, à lui seul, les réactions métachromatiques de l'amyloïde (Kravkov). Cependant le sel obtenu par Monéry est différent du chondrosulfonate de soude isolé par Oddi; il a pour formule : Az : 2,40 ; S : 5,48, tandis que ce dernier renferme 4,66 d'azote et 20,81 de soufre. Pour Monéry, le sel obtenu par la méthode précédente se rapproche donc davantage des éthers sulfuriques de la glycosamine.

D'après des recherches plus récentes de Hansen, si on isole la substance amyloïde mécaniquement et non par digestion peptique, on ne peut y retrouver de soufre sous forme d'acide sulfurique. L'erreur vient de ce fait que les organes dégénérés sont riches en cet acide combiné, mais il n'existe pas sous la forme d'acide chondroïtine-sulfurique qui n'entrerait donc pas dans la constitution de l'amylose.

L'*albumine*, le deuxième élément de la substance amyloïde est recherchée dans les résidus de filtration du procédé décrit plus haut et isolée par la méthode de Kravkov, c'est-à-dire par la digestion pepsique. Le résidu est lavé à l'acide chlorhydrique faible puis à l'eau et donne alors les réactions caractéristiques au violet de méthylaniline d'après Kravkov.

C'est une substance albuminoïde amorphe blan-

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 80, p. 1143.

châtre (Kravkov), ou brun rougeâtre (Monéry), qu'on n'obtient qu'en quantité très minime (0g40 par kilogramme de foie dégénéré).

Morochowetz la range parmi les nucléines, eu égard à sa forte teneur en phosphore (3,10 p. 100); Kravkov n'y trouve cependant pas plus de phosphore que dans un foie sain. Tschermak la considère comme une albumine de coagulation, analogue à l'hyaline.

Monéry, reprenant les recherches de Morochowetz, la range dans les nucléo-protéides, abstraction faite de la cause d'erreur commise par les premiers auteurs qui comprenaient dans la substance amyloïde le phosphore contenu dans les tissus.

e. **Nature et parenté de l'amylose.** — Jaccoud considère l'amylose comme intermédiaire aux albumines et aux hydrates de carbone; pour Wagner, il s'agit d'une métamorphose régressive des albuminoïdes, intermédiaire entre ceux-ci et les graisses. D'après Gautier, cette métamorphose la rapprocherait de la kératine et de la conjonctine, dont elle a l'insolubilité dans l'eau froide ou chaude, même en présence d'acides ou carbonates alcalins et l'indigestibilité.

V

Pathogénie de la maladie amyloïde. — Elle est encore bien peu connue, malgré de nombreuses recherches.

1° **Conditions d'apparition de l'amylose.** — Nous savons la nécessité, pour observer l'amylose chez l'homme, d'une infection chronique à tendance cachectisante. Chez l'animal, ces mêmes conditions se réalisent souvent et l'amylose est assez fréquente chez les bêtes à cornes et chez le cheval (Rabe).

La *reproduction expérimentale* est en général facile à obtenir. Les nombreuses recherches qui ont été faites dans ce sens tendent toutes à démontrer que, chez l'homme comme chez l'animal, les mêmes conditions générales sont nécessaires pour la formation de la substance amyloïde et pour sa diffusion dans l'organisme : une suppuration ou une intoxication massive et continue.

Depuis la première reproduction de l'amylose par Birch-Hirschfeld, avec le pus provenant d'un cas de maladie amyloïde, la réalisation de l'amylose expérimentale est devenue courante.

Dans un premier groupe de faits, on a injecté, chez le lapin, et la poule surtout, des cultures microbiennes en nature. Bouchard, Charrin (1888), Nowak employèrent les bacilles pyocyaniques ou tuberculeux; Kravkov, Lubarsch, Nowak, Petrone divers staphylocoques blancs et surtout dorés, avec des résultats un peu inconstants (Kravkov); Gouget le proteus vulgaris; Frisch la bactéridie charbonneuse; Stephanovitch, Ravenna, Dantchakov le staphylocoque doré. Celui-ci, du reste, est actuellement le plus utilisé par les expérimentateurs, quoique Veingeroff ait montré que les succès varient beaucoup suivant la provenance du staphylocoque.

Mais l'injection des toxines microbiennes suffit à elle seule pour provoquer la dégénérescence amyloïde. Bouchard, Charrin l'obtiennent avec la toxine pyocyanique; Condarelli-Mangeri avec celle du bactérium termo; Charrin, Ravenna avec la toxine tuberculeuse; Schoukevitch avec la toxine pesteuse et le sérum antipesteux; Nowak utilise même du pus stérilisé à 100 degrés. Claude réalise l'association, si fréquente en clinique, de l'amylose et de la néphrite avec la toxine pyocyanique. Kravkov, cependant, échoue avec la toxine du staphylocoque doré.

Enfin, dans certains cas, l'injection de substances protéiques suffit pour faire apparaître la substance amyloïde dans la rate, le rein. Déjà Czerny, Lubarsch l'avaient reproduite par des injections de produits d'abcès térébenthiques, mais cette expérience n'avait pas été concluante puisque ces abcès s'étaient ouverts et infectés secondairement. Des conditions meilleures sont remplies par Veingeroff. Schepilevsky réussit plus récemment avec des injections de lab-ferment, de pancréatine. Davidsohn, après avoir obtenu la dégénérescence avec des injections de staphylocoque doré, et de gonocoque, scinde ensuite ses expériences, n'obtient que des insuccès avec les toxines mêmes, mais reproduit couramment l'amylose avec les substances protéiques des sérosités ou des abcès. La rate serait cependant nécessaire, car si, auparavant, on fait une splénectomie, l'amylose n'est plus réalisable.

2° **Le mécanisme de la dégénérescence amyloïde** a été l'objet de nombreuses hypothèses.

a. Origine viscérale par action locale des toxines. — Pour Neumann, l'amylose est due à un fonctionnement morbide des cellules du foie. Celles-ci, normalement, dédoublent en les oxydant les substances albuminoïdes; tout ce qui restreint ces oxydations donne un produit moins propre aux combustions, à l'amylose. Celle-ci est alors entraînée par le sang et se dépose dans les différents organes.

Jaccoud admet une transformation sur place des albuminoïdes, aux dépens des matériaux propres de l'organe, à condition, ajoute Kyber, que ces éléments soient déjà malades.

On connaît les recherches de Maximoff qui montrent, à l'appui de cette transformation locale, la disparition des granulations d'Altmann dans le foie, immédiatement avant l'apparition de l'amylose. Nous devrons donc, sans méconnaître le rôle du foyer initial de suppuration, accorder une certaine importance à cette métamorphose locale.

b. Origine sanguine. — L'ancienne théorie de Dickinson, suivant laquelle, l'amylose ne serait que de la fibrine privée de son alcali normal par la suppuration, est abandonnée.

Pour Jules Simon, les altérations osseuses prolongées provoquent une diminution des éléments plastiques du sang et leur modification moléculaire. L'albumine, ainsi altérée, subit, dans le foie, une dernière modification, et se répand ensuite dans les organes, où elle produit des désordres.

Petrone pense à une transformation spéciale du pigment sanguin, infiltré dans les tissus.

Pour Browicz, l'amylose se constitue aux dépens des hématies qui en forment le matériel. L'apparition de cette substance coïncide avec des altérations des

hématies qui se transforment progressivement en amyloïde, tandis que les cellules endothéliales ne présentent pas d'altérations.

c. ORIGINE LOCALE AU NIVEAU DU FOYER DE SUPPURATION. — Bartels avait déjà admis l'action d'un germe spécifique dû à l'effet de l'air sur les foyers de suppuration et qui transformerait l'albumine organisée en substance amyloïde. Virchow pensait que l'amylose provient du sang qui la puise dans les affections locales suppurées et la dépose, à son passage, dans le foie.

Edens croit que la substance amyloïde se forme par combinaison d'une toxine et d'une substance albuminoïde altérée, soit du fait d'une intoxication générale (amylose générale), soit par une affection locale (amylose locale).

Mais, si c'est à cette théorie que se rangent actuellement tous les auteurs récents, ceux-ci se divisent sur le point de savoir si la substance amyloïde se forme de toutes pièces dans les abcès et se répand ensuite dans les organes, ou bien s'il ne se forme, dans l'abcès, qu'un des éléments nécessaires à la constitution de la matière amyloïde, l'autre, existant, au préalable, dans les organes.

A l'appui de la première théorie (*formation intégrale de l'amyloïde dans l'abcès*), prennent place les recherches de Czerny (1893), de Schtchegoleff, de Petrone, Lubarsch, Schepilevsky qui montrent que, dans l'amylose expérimentale, la dégénérescence apparaît d'abord dans les leucocytes et surtout dans la rate, puis dans le foie, les ganglions lymphatiques. Les cellules dégénérées se voient, au début, à la circonférence des abcès. Schtchegoleff explique la propagation plus rapide des lésions chez le lapin par une fragilité plus grande des hématies de cet animal.

Aussi Tschermak admet-il que l'amyloïde se fait, non par métamorphose locale et intracellulaire, mais par dépôt, dans les organes dégénérés, de l'amylose apportée par les leucocytes, et ainsi s'explique l'abondance des nucléines dans les organes hémopoiétiques transformés par l'amylose.

Castaigne émet une hypothèse qui a l'avantage de tenir compte des lésions si souvent concomitantes de l'épithélium rénal et d'éclairer les liens qui unissent ces deux processus. Les albumines hétérogènes abondent dans les cas d'amylose ; ce sont les nucléo-protéides de Monéry. Or on sait qu'elles ne peuvent se transformer en albumines identiques à celles de l'organisme; celui-ci tend à les rejeter dans les organes qui peuvent soit les détruire (tissu cellulaire, foie, rate, etc.), soit les éliminer (reins, muqueuse intestinale). (Castaigne, thèse de Chiray.) Eliminées, elles lèsent l'épithélium rénal (Castaigne et Rathery); rejetées dans les organes destructeurs, elles entraînent avec elles des albumines et des sels de l'organisme et provoquent, par suite, de la rétention et des œdèmes (Chiray, Bigart); au cours de ce dernier processus enfin, les albumines étrangères encrassent les vaisseaux et s'infiltrent dans leur paroi.

Mais, si ces théories sont très séduisantes, et si l'on doit accepter en entier le mécanisme de la diffusion de l'amylose dans l'organisme, il semble cependant que l'on doive lui apporter quelque modification dans sa première partie. Contre le fait que l'amylose se forme de toutes pièces dans la paroi des abcès, on peut, en effet, objecter qu'on n'a jamais trouvé la substance amyloïde dans les leucocytes en circulation dans le sang.

De plus, Perrone, Tarchetti, reprenant les recherches de Ehrlich, Barfurth, confirment que c'est bien du glycogène et non de l'amyloïde que renferment les leucocytes des abcès; et admettent du reste, avec Trambusti, que c'est là un mode de dégénérescence. Perrone montre que la réaction iodophile est obtenue expérimentalement chez le lapin par des injections d'essence de térébenthine, avec la plus grande facilité et, au surplus, que cette réaction existe spontanément chez le chien (ce qui ôte quelque valeur aux constatations de Czerny), qu'enfin les suppurations continues qui donnent des réactions iodiques persistantes des leucocytes ne donnent aucune cachexie ni de dégénérescence amyloïde dans les viscères abdominaux.

Aussi, un certain nombre d'auteurs admettent-ils que la substance amyloïde *ne se forme qu'en deux pièces dont une au moins est constituée au niveau de l'abcès.*

Pour Chantemesse et Podwyssotsky, les expériences de Litten, confirmées par Gregorieff, montrent que la dégénérescence hyaline est le premier stade de l'amylose ; elle se dépose au niveau des vaisseaux partout où se fera plus tard la dégénérescence amyloïde. Celle-ci se constitue par combinaison avec l'hyaline de l'acide chondroïtine-sulfurique qui se fait au niveau de l'abcès, par action toxique locale et se répand ensuite par la circulation.

Monéry, au contraire, admet que c'est l'albumine qui se forme au niveau du foyer de suppuration ; c'est une nucléo-protéide. La maladie amyloïde apparaît dans les cas d'hypernucléose (cancer, suppurations), avec destruction cellulaire intense. Les leucocytes détruits augmentent la proportion des nucléines dans l'organisme, et celles-ci abondent surtout dans les organes hémopoiétiques; c'est en effet là que la dégénérescence amyloïde est le plus fréquente. Les viscères pourraient peut-être retenir ces nucléines pour faire de l'amylose, en les combinant avec l'acide chondroïtine-sulfurique ou ses dérivés.

Cette dernière partie n'est du reste pas démontrée d'une façon définitive puisque Hansen, nous le savons, nie la présence de l'acide chondroïtine sulfurique et que Monéry rapporte le corps qu'il a isolé, suivant la technique de Oddi, non à l'acide décrit par cet auteur, mais à des éthers sulfuriques de la glycosamine.

VI

Symptomatologie. — L'amylose peut léser profondément les organes sans entraver leur fonctionnement; aussi, est-elle souvent, presque toujours même, méconnue en clinique. Souvent encore, elle est noyée au milieu des symptômes de la maladie causale.

Du reste, les auteurs ne s'entendent pas sur la valeur des signes de la maladie amyloïde. Cornil lui affirme tout un groupe de symptômes qui lui appartiendrait en propre et qui permettrait son diagnostic, sinon avec une certitude absolue, du moins avec une grande probabilité. Pour Jaccoud, il est impossible de retracer son tableau symptomatique complet, chacun des signes étant inconstant et mal défini.

Aujourd'hui cependant, on connaît un certain nombre de symptômes qui permettent de penser à la maladie amyloïde et même de l'affirmer dans un assez grand nombre de cas.

1° **Début.** — Il est, le plus souvent, insidieux et perdu au milieu des symptômes de la maladie initiale, accompagnés des signes habituels des cachexies.

Les premiers signes sont fournis par les principaux organes atteints par la dégénérescence, c'est-à-dire les reins, le foie, la rate, puis l'intestin.

2° **Amylose confirmée.** — Tous les organes atteints peuvent donner des signes nets, au moins lorsque l'amylose les lèse profondément.

Les uns sont fonctionnels, liés aux troubles vasculaires de ces organes (reins par exemple) ; tandis que les fonctions des cellules sont, au contraire, très longtemps conservées, aussi leur examen fonctionnel (étude des sécrétions, des perméabilités) est-il le plus souvent négatif.

Les autres signes sont physiques et relèvent de l'hypertrophie régulière et indolore de l'organe, toutes les fois qu'on peut l'examiner directement; il n'existe pas de réactions conjonctives périviscérales, aucun retentissement donc sur les séreuses.

a. Symptômes urinaires. — Ce sont presque toujours les premiers en date; ils restent les plus importants pendant tout le cours de la maladie. Leur ensemble est assez identique à celui de la néphrite chronique hydropigène; c'est là un point que Castaigne a bien mis en évidence.

La *quantité* des urines émises varie suivant l'époque de la maladie.

Dans une première période, la *polyurie* est le symptôme capital; elle n'atteindrait jamais les 6-8 litres que lui assignait Grainger-Stewart; le plus souvent, elle est peu marquée, oscille entre 2 litres et 2 litres et demi, et s'élève rarement à 5-6 litres; Brault donne une moyenne de 1 litre et demi à 2 litres d'urine. Pour Charcot, la polyurie n'a qu'une faible valeur séméiologique, elle manque souvent, s'il existe de la diarrhée ou de l'asthénie cardiaque.

Plus tard, peu avant la mort, à la période de cachexie, il peut apparaître une anurie relative, échappant à l'action des diurétiques et pouvant descendre à moins de 100 centimètres cubes (Bartels), elle peut même être absolue, durant jusqu'à trente-six heures et coïncide alors avec une diarrhée séreuse incoercible.

Les urines sont limpides, quelquefois claires comme de l'eau, le plus souvent jaune d'or ou un peu verdâtre; elles ne se sédimentent pas au repos. Leur densité est à peu près normale, de 1008 à 1016 pour les classiques; pour Vanderwelde et Stordeur, elle est assez élevée, descend rarement au-dessous de 1020, surtout s'il existe de l'oligurie.

Braun a indiqué, comme un signe de valeur, la présence dans les urines de petits corpuscules amylacés prenant une couleur spéciale à la teinture d'iode; cette constatation n'a pas été confirmée par d'autres auteurs.

L'*analyse chimique* ne présente aucun caractère bien tranché. L'urée est toujours diminuée, elle dépasse rarement 12 grammes et descend assez souvent à 10 et 6 grammes. Les chlorures sont assez irréguliers, et varient en raison inverse de la quantité des urines. Pour Vanderwelde et Stordeur, leur proportion reste normale, dans la plupart des cas, même à la période d'anurie.

L'*albuminurie* est le symptôme le plus important et le plus constant; elle est toujours intense et atteint 20 et 30 grammes. L'amylose est, avec la syphilis, la maladie où l'albuminurie est la plus intense, elle a donc une très haute valeur séméiologique. Elle peut subir, d'un jour à l'autre, d'assez notables fluctuations, mais ne disparaît jamais complètement.

Cependant, on connaît des cas où l'albuminurie a fait défaut; tel est le cas de Straus, avec amylose localisée des pyramides; tels sont ceux de Litten, Rosenstein, Waldenburg, Senator, Lichtheim, Fleisch et Klob à lésions diffuses mais inégales. Lécorché et Talamon attribuent cette albuminurie à l'existence d'une néphrite diffuse subaiguë concomitante et l'absence d'albuminurie équivaudrait à l'intégrité de l'épithélium rénal.

Bartels, Sénator, Edlefsen croyaient cette albumine surtout constituée par de la globuline et opposaient l'amylose aux néphrites où la sérine dominait. Meillère et Lœper, Brault ont montré que le rapport sérine-globuline n'est pas modifié.

Enfin, Bartels avait signalé la diminution de l'acide phosphorique, ce point n'a pas été vérifié.

Au *microscope*, ces urines ne présentent rien de bien spécial. On peut y rencontrer des cylindres; rares au début de la maladie, ils sont plus tard abondants, cireux et colloïdes, compacts, rectilignes ou non, quelquefois granuleux à teinte foncée mais sans réaction métachromatique, et le fait de Munch et Dickinson (cylindres prenant la coloration de l'amyloïde) reste isolé.

Les hématuries sont exceptionnelles; Bartels en rapporte un cas.

La *perméabilité rénale* est normale pour Castaigne, Achard et Lœper. D'après Vanderwelde et Stordeur, le maximum d'élimination du bleu se fait en trois à quatre heures et est terminée en huit heures; elle serait donc assez accélérée.

b. Appareil digestif. — L'anorexie est absolue et très difficile à vaincre; les vomissements sont inconstants, surtout muqueux et bilieux, et surviennent à la suite d'efforts souvent accablants; ils sont rarement alimentaires; il n'existe pas de pyrosis, pas d'éructations nidoreuses.

La diarrhée est très fréquente et d'une haute valeur séméiologique ; c'est une diarrhée séreuse, abondante, sans symptômes douloureux; elle relève de l'amylose intestinale, de l'urémie, des lésions tuberculeuses coexistantes ou de simples troubles digestifs. Elle s'accompagne, dans quelques rares cas, d'hémorragies intestinales.

A l'examen, la langue est rouge vif, vernissée, dépolie; l'estomac et l'intestin sont dilatés, non douloureux spontanément, mais la pression réveille presque toujours, s'il y a de la diarrhée, de la douleur à l'épigastre, à l'hypocondre gauche, aux angles coliques (1).

c. FOIE. — Les symptômes fonctionnels sont le plus souvent nuls; il existe parfois une sensation de gêne, de pesanteur plutôt que de douleur dans le flanc droit. L'ascite, avec circulation abdominale complémentaire, est exceptionnelle ; Frerichs, dans deux cas douteux, a signalé de l'ictère ; Chauffard a noté parfois de l'urobilinurie ; l'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative (Chauffard). Cette pauvreté en symptômes fonctionnels a une réelle valeur diagnostique.

Le foie dégénéré est notablement hypertrophié ; il dépasse le rebord costal et peut atteindre jusqu'à 20 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La forme générale en est conservée, sa surface est lisse, ferme, élastique ; le bord inférieur est mousse, quelquefois cependant aminci.

d. APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE. — L'amylose ne donne pas de signes cardiaques ; le cœur est presque toujours petit, hors les rares cas où la maladie amyloïde se greffe sur un cœur artério-scléreux (Ribail, Moutard-Martin, Letulle) et donne un deuxième bruit aortique éclatant.

La tension artérielle est toujours abaissée, au-dessous de 125 millimètres, pour Vanderwelde et Stordeur.

La dégénérescence des gros troncs artériels ne donne pas de signes spéciaux.

e. SANG. — La déshydratation provoque en général un certain degré de polycytémie (6 200-7 500) ; on note souvent une leucocytose légère (13 000-16 000). L'équilibre leucocytaire est banal, sauf une certaine polynucléose (75-79 p. 100).

La valeur globulaire est normale d'après Vanderwelde et Stordeur, parfois diminuée et a pu descendre à 46 p. 100 dans une observation de Chauffard.

Castaigne, Jousset ont constaté la lactescence du sérum, comme dans la néphrite hydropigène.

Rarement, on a noté une tendance aux hémorragies (Friedreich, Wagner, Lindwurm).

f. RATE. — La rate est dans la grande majorité des cas hypertrophiée et devient accessible à la palpation au-devant du rebord costal. La surface en est lisse, non douloureuse à la pression.

g. PEAU, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ. — On connaît le cas resté isolé de Lindwurm, où la malade présentait cinquante à soixante petites ulcérations cutanées de nature indéterminée cliniquement et que l'examen histologique ultérieur révéla comme dues à l'amylose des artérioles cutanées.

Grainger-Stewart indique comme signes importants la pigmentation de la face et surtout des paupières par un dépôt de pigment brunâtre dans le derme et la rougeur circonscrite des joues par de petites veines cutanées ; de tels faits sont certainement très rares dans l'amylose et n'ont rien de spécifique (Bartels).

Les œdèmes sont peu fréquents et quelquefois absents jusqu'à la mort : ils manquent lorsqu'il existe une diarrhée abondante (Brault). Ils sont toujours discrets, rarement généralisés, le plus souvent péri-malléolaires.

La peau est en général d'une couleur cireuse, pâle, blafarde et donne au malade un facies un peu spécial.

h. ETAT GÉNÉRAL. — Il est presque toujours profondément altéré, tant du fait de la dégénérescence amyloïde que par les progrès de l'infection ou de la cachexie causale.

Les malades sont confinés au lit ; l'asthénie est marquée ; mais, le plus souvent, il n'existe pas de troubles intellectuels liés à l'amylose.

On admet que, d'habitude, la courbe thermique ne présente pas de caractères particuliers. Vanderwelde et Stordeur ont noté des oscillations plus accentuées que chez la plupart des tuberculeux, souvent des chutes thermiques matutinales et d'une façon générale une certaine tendance à l'hypothermie.

VII

Marche. Durée. Terminaison. — Quelquefois l'*évolution* est subaiguë ou même aiguë. Après la guerre de 1870, Cohnheim a vu l'amylose constituée quatre à six mois après une blessure et Odessius deux mois après.

L'évolution de l'amylose expérimentale est parfois plus rapide ; Birch-Hirschfeld a obtenu la dégénérescence en six semaines, Stéphanovitch en un mois, Veingeroff en vingt jours, Dantchakow en deux semaines, Kravkov en deux jours (?).

Mais dans la grande majorité des cas, l'évolution est lente ; elle atteint et dépasse facilement une année. Elle présente assez souvent des périodes plus ou moins longues de rémission ; mais toujours elle reprend ensuite sa marche progressive.

La *guérison*, jadis admise par Bartels, doit être très rare et même douteuse. Nous en avons vu la possibilité en étudiant l'évolution anatomo-pathologique, mais il s'agissait de lésions minimes et presque toujours expérimentales ; en clinique, lorsque l'amylose a pu être diagnostiquée, elle est alors trop avancée pour être facilement réparable.

La *mort* est donc l'aboutissant ordinaire de l'amylose confirmée. Elle peut survenir lentement du fait des progrès de la maladie causale, de l'anémie, de la cachexie, d'auto-intoxication liée à l'altération progressive des parenchymes et aux troubles de sécrétions ou d'éliminations (urémie, ictère grave).

(1) Dans un cas de Steinhaus, l'amylose a pu donner le syndrome d'un cancer du pylore.

Quelquefois, des complications viennent en accélérer l'évolution : affections intercurrentes broncho-pulmonaires ou urinaires, ou complications locales telles que perforations intestinales, hémorragies, etc.

VIII

Diagnostic. — Reconnaître la dégénérescence amyloïde est facile lorsque tous les signes de l'amylose sont réunis; très difficile et même impossible au début ou lorsque la maladie est réduite à quelques-uns seulement de ses symptômes.

On devra surtout s'appuyer sur la notion de la maladie causale toutes les fois que celle-ci pourra être facteur d'amylose, telles que les suppurations prolongées, la tuberculose, la syphilis.

On donnera la plus haute valeur aux signes rénaux qui apparaissent au cours des infections chroniques, puis à l'hypertrophie régulière des grands viscères : foie, rate et quelquefois ganglions lymphatiques, lorsque le sang ne montrera pas de caractères spéciaux, et surtout à ce fait que cette hypertrophie est progressive, non interrompue et résiste à tout traitement.

Dans certains cas, on devra distinguer la dégénérescence amyloïde de quelques maladies générales qui figurent d'ailleurs parmi les causes d'amylose mais peuvent à elles seules donner le même syndrome.

Telle est la *tuberculose*. Tantôt elle provoque une sclérose hypertrophique associée à la dégénérescence graisseuse des organes et notamment du foie; mais ces organes sont plus durs, souvent on peut relever des signes d'insuffisance fonctionnelle, l'évolution en est rapide; il existe de la fièvre. Tantôt elle donne de la dégénérescence graisseuse pure; les organes sont lisses, indolents, mous; mais ici encore les signes sont habituels de troubles variés des sécrétions (foie, reins, etc.). Jamais, du reste, l'albuminurie ou la diarrhée ne sont aussi marquées.

La *syphilis*, à la période secondaire, se reconnaîtra facilement; à la période tertiaire le foie et la rate ne sont hypertrophiés que médiocrement, il n'existe pas de diarrhée.

Le *paludisme*, outre le facies terreux, donne une sclérose des organes avec troubles fonctionnels notables.

Les *cardiopathies chroniques* s'élimineront facilement par l'examen du cœur, les troubles fonctionnels.

L'*alcoolisme chronique* donne des symptômes nerveux, psychiques.

La *leucémie* se caractérisera par l'examen du sang.

Mais toutes ces affections peuvent par elles-mêmes donner lieu à la dégénérescence amyloïde, nous le répétons; il faudra donc toujours, au cours de leur évolution, surveiller l'apparition des premiers signes de l'amylose.

Dans d'autres cas, des affections locales peuvent prêter à erreur avec l'hypertrophie isolée d'un organe dans la maladie amyloïde. Au niveau du *foie*, on saura reconnaître la surface lisse, ligneuse, d'accroissement rapide d'un cancer primitif, la tumeur localisée, le frémissement hydatique, l'éosinophilie d'un échinocoque.

On éliminera la *splénomégalie* des cirrhoses, de la tuberculose, du cancer, des affections sanguines,

On s'efforçait autrefois de distinguer l'amylose de la néphrite parenchymateuse (néphrite chronique hydropigène des auteurs actuels). Aujourd'hui ce diagnostic n'est plus à poser; on connaît la parenté étroite de ces affections dont l'association est si fréquente; et l'amylose fait, en quelque sorte, partie de l'ensemble clinique de la néphrite chronique hydropigène (Castaigne).

IX

Traitement. — Ce qui a été dit de l'évolution de l'amylose, permet de prévoir combien celui-ci est encore impuissant.

Le traitement sera surtout préventif. Il faut tenter d'éviter les suppurations prolongées et s'adresser à la maladie causale; l'iodure sera cependant surveillé de près, au point de vue de son élimination, dans la syphilis.

Le traitement de l'amylose déclarée est assez illusoire; aucun des nombreux médicaments préconisés n'a donné de résultats probants.

Murchison conseille la teinture d'iode à l'intérieur, l'iodure de potassium, l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent; Ranald Martin, les bains d'acide chlorhydrique (30 à 60 grammes par bain).

Les sels ammoniacaux, de soude, ont été employés par Budd, de potasse par Dickinson.

Il faudra surtout relever l'état général par des toniques, l'iodure de fer (J. Simon); activer les fonctions de la peau par des frictions, des bains salés, les oxydations par des inhalations d'oxygène (Papillon).

On soumettra le malade à un régime mixte, peu azoté et chloruré ou même au régime lacté.

Mais, si l'évolution de la maladie amyloïde pourra quelquefois être retardée, jamais on n'obtiendra ainsi de guérison définitive.

X

Amylose localisée. — Nous passerons volontairement sous silence l'étude des corps amylacés que l'on rencontre à l'état normal dans la prostate, les poumons, le système nerveux. « Ils se séparent de l'amyloïde par leur structure et leur répartition dans l'organisme même normal; de plus ils ne présentent pas la réaction caractéristique avec les violets d'aniline. » (Papillon.)

On doit dtstinguer deux formes d'amylose localisée.

Tantôt l'amylose se présente sous le type d'*infiltration* des tissus et ne se différencie de la maladie amyloïde que par ce fait qu'elle est exactement localisée en un point de l'organisme, au niveau même du processus inflammatoire. C'est ainsi qu'on a pu la rencontrer sur les muqueuses, dans le tissu conjonctif, dans certains parenchymes (foie, rate par exemple), dans quelques tumeurs, dans des tissus néoformés, notamment par hyperplasie lymphoïde

(bourgeons granuleux des plaies). Cette amylose ne présente de particulier que son siège, son voisinage par rapport à la suppuration (tuberculose et amylose de la vessie dans un cas de Menetrier, de la rate dans un cas de Ameuille). Pour le reste, elle rentre dans la description générale de l'amylose.

Tantôt, l'amylose locale se présente sous la forme d'une véritable *tumeur*, parfois même exubérante, au point d'égarer le diagnostic et de faire croire à une dégénérescence maligne.

Mais de tels cas sont toujours des raretés, on n'en compte que des observations isolées. On l'a signalée dans le cœur (Beneke et Bönning), les côtes (Edens), le foie (Virchow, Grainger-Stewart), les bronches (v. Werdt), la conjonctive oculaire (Kyber, Leber, Zwingmann, Löwenstein), la moelle osseuse (Hildebrandt, Ophüls, Hedren). Les tissus pathologiques peuvent également en être le siège; Neumann, Rabe, Krause l'ont vue dans des néoplasies conjonctives de l'appareil respiratoire, Balzer dans une inflammation sous-muqueuse de la trachée, Leser dans un enchondrome du poumon, Virchow Kyber dans des cicatrices syphilitiques, Zahn dans un fibrome de la base de la langue. Elle n'est pas très rare dans les tumeurs (fibromes, sarcomes).

L'amylose-tumeur se présente sous la forme de blocs compacts, que l'on peut plus ou moins facilement isoler des tissus voisins. Ce sont des nodules vitreux de toutes dimensions depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à une noisette, parfois nombreux et confluents. A la coupe, leur surface est homogène, semi-transparente.

Au microscope, on constate que ces tumeurs sont entièrement constituées par de la substance amyloïde, que celle-ci présente bien les réactions métachromatiques. A la périphérie, on voit souvent des cellules géantes, plus ou moins nombreuses.

Cette forme d'amylose est susceptible de résorption spontanée et peut disparaître complètement. V. Werdt a vu, dans une amylose des poumons, les cellules géantes voisines se gorger de formations cristalloïdes à peine visibles, et témoigner ainsi d'un processus actif de phagocytose. Ce mode de régression est surtout fréquent dans l'amylose locale de la conjonctive (Mandelstamm, Rogowitsch, Raehlmann).

Le traitement consistera, toutes les fois qu'on le pourra, dans la cautérisation ou dans l'excision de la petite tumeur; on saura cependant que les récidives n'en sont pas rares.

Bibliographie.

1° La maladie amyloïde (anatomie pathologique générale et symptomatologie). — Rokitansky. *Hand. d. path. Anat.*, 1842, t. III. — Christensen. *Lehrb. d. path. Anat*, 1844. — H. Meckel. *Ann. d. berl. Charité Krank.*, 1853, Bd. IV, H. 2. — Virchow. *Arch. f. path. Anat.*, Bd. VI, VIII, XI. — Schrant. *Neederl. Wekbl.*, 1853. — Wilks. *Guy's Hosp. Rep.*, 1856, third séries, v. II. — Beckmann. *Virch. Arch.*, 1858, Bd. XIII. — Pagenstecher. *Ueber Amyloïd Frage*, Würtzbourg, 1858. — Friedreich. *Virch. Arch.*, Bd. IX, XI, XVI. — Wagner. *Arch. d. Heilk.*, 1861, Bd. II. — Jaccoud. Art. amyloïde, *Dict. Jaccoud*, 1865. — Greenhow. *Med. Times a. Gaz.*, 14 janv. 1865. — Cornil. Th. 1864; — Art. amyloïde, *Dict. des sc. méd.*, 1866. — Lancereaux. *Traité d'anat. path.*, 1875, t. I. — Ziegler. *Virch. Arch.*, Bd. LXV. — Eberth. *Virch. Arch.*, 1880. Bd. LXXX. — Kyber. *Virch. Arch.*, 1880, Bd. LXXXI. — Bartels. *Maladies des reins*, trad. Edelmann, 1884. — Rindfleisch. *Hist. path.*, trad. Gross et Schmidt, 1888. — Mallet et Vaquez. *Soc. anat.*, 5 juillet 1889. — Wichmann. *Zieg. Beit.*, 1893. — Letulle. *L'inflammation*, Paris 1893. — Papillon. *Manuel de méd.* Debove et Achard, 1897, t. VII. — Chantemesse et Podwyssotsky. *Les processus généraux*, 1901, t. I. — Vanderwelde et Stordeur. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1907, n° 49.

2° Colorations spéciales. — Cornil. *Arch. de physiol.*, 1875, n° 5; — *Soc. anat.*, 4 nov. 1887. — Balzer. *Arch. de physiol.*, 1882. — Cornil et Ranvier. *Traité d'anat. path.*, t. I, p. 73. — Letulle. *Soc. anat.*, 20 janv. 1888. — Burchardt. *Virch. Arch.*, 1889, Bd. CXVII. — Lindemann. *Centralbl. f. allg. Path.*, 1897, n° 10.

3° Amylose viscérale. — *Reins.* — Fischer. *Berl. klin. Woch.*, 1866, p. 27. — Fehr. Inaug. dissert., Berlin, 1867. — Dickinson. *Med. Times a. Gaz.*, 13 fév.-27 mars 1868. — Cazalis. Th. de Paris, 1875. — Benecke. *Centralbl. f. med. Wiss.*, 1875. — Fürbringer. *Virch. Arch.*, 1877, Bd. LXXI. — Litten, *Berl. klin. Woch.*, 1878, nos 22, 23. — Labadie-Lagrave. Art. rein, *Dict. Jaccoud*, 1881. — Straus. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin 1881. — Lécorché et Talamon. *Maladies des reins.* — Brault. *Traité de méd.* Charcot et Bouchard, 1902, t. V. — Castaigne. *Manuel de méd.* Debove, Achard, Castaigne, 1906. — Sarrazin. *Virch. Arch.*, 1906, Bd. CXCIV. — Chauffard et Lœderich. *Traité de méd.* Brouardel et Gilbert, 1909, f. XXI.

Foie. — Budd. *On diseases of the liver*, Londres, 1857, 3e édit. — Gairdner. *Monthly Journ. of med. Sc.*, mai 1854. — Neumann. *Deut. klin.*, 1860. — Frerichs. Trad. Dumesnil et Pellagret, 1862. — Cornil. *Soc. de biol.*, 1863. — Graves. Trad. Jaccoud, 1871, t. II. — J. Simon. Art. foie, *Dict. Jaccoud*, 1872. — Naumann. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1878, Bd. XXII. — Cornil et Ranvier. *Manuel d'hist. path.*, 1884, t. II. — Birch-Hirschfeld. *Wagner Fest.*, Leipzig, 1888. — Maximoff. *Arch. de Podwyssotsky*, 1896. — Gilbert et Surmont. Maladies du foie, *Traité de méd.* Brouardel et Gilbert. — Chauffard. *Traité de méd.* Charcot et Bouchard, 1902, t. V. — Jomier. *Les maladies du foie et leur traitement*, Paris, 1910.

Rate. — Besnier. Art. rate, *Dict. des sc. méd.* — Lebedeff. Th. de Saint-Pétersbourg, 1873. — Launois. *Traité de méd.* Brouardel et Gilbert. — Ameuille. *Soc. anat.*, 13 mars 1908.

Tube digestif. — Luton. *Dict. Jaccoud.* — Neumann. *Arch. f. Heilk.*, 1868, t. I. — Schwalbe. *Virch. Arch.*, 1889. Bd. CXCVIII. — Galliard. *Traité de méd.* Brouardel et Gilbert. — Steinhaus. *Zeit. f. klin. Med.*, 1902, Bd. XLV.

Appareil circulatoire. — Ribail. *Soc. anat.*, 1883. — Letulle, Moutard-Martin et Letulle. *Soc. anat.*, 27 mai 1887. — Nicolle. *Soc. anat.*, 4 nov. 1887. — R. Marie. *Manuel d'hist. path.*, t. III. — Roger et Gouget. *Traité de méd.* Brouardel et Gilbert, 1907, f. XXIV. — Benecke et Brönning. *Zieg. Beit.*, 1908, Bd. XLIV.

Poumon. — Egoreff. Th. de Saint-Pétersbourg, 1890. — Manasse. *Virch. Arch.*, 1900, Bd. CLIX. — V. Werdt. *Zieg. Beit.*, 1908, Bd. XLIII.

Pancréas. — Podbelsky. *Wratch*, 1889. — Rathery. Tube digestif, *Manuel de méd.* Debove, Achard et Castaigne, t. II. — Mathieu. *Traité de méd.* Charcot, Bouchard, t. V.

Œil. — Strœmberg. Dissert. Dorpat, 1877. — Mandelstamm et Rogowitsch. *Arch. f. Opt.*, 1879. — Zwingmann. Dissert. Dorpat, 1879. — Rählmann. *Virch. Arch.*, 1887. — Vossius. *Zieg. Beit.*, 1888, Bd. IV. — Löwenstein. *Soc. des méd. allem. de Prague*, 23 avril 1909.

Peau. — Lindwurm. *Henle u. Pfeufer's Zeit.*, 1862, Bd. XIV. — Unna. *Hist. d. Hautk.*, Berlin 1894, s. 56.

Muscles. — DURANTE. *Manuel d'hist. path.*, t. II, p. 65. — ZIEGLER. *Virch. Arch.*, Bd. LXV.

Moelle osseuse. — EDENS. *Virch. Arch.*, 1906, Bd. CLXXXIV. — HEDRÉN. *Zeit. f. klin. Med.*, 1907, Bd. LXIII.

3° CHIMIE. — FRIEDREICH et KÉKULÉ. *Virch. Arch.*, 1859, Bd. XVI. — SCHMIDT. *Ann. d. Chim. u. Pharm.*, 1859, Bd. CX. — KÜHNE et RÜDNEW. *Virch. Arch.*, Bd. XXXIII. — CARBONE et GRANDIS. *Giorn. d. reg. Accad. d. Torino*, 1870. — DICKINSON. *Med. Times a. Gaz.*, 22 mars 1879. — ODDI. *Virch. Arch.*, 1894. — TSCHERMAK. *Zeit. f. phys. Chem.*, 20 oct. 1894. — KOSTJURIN. *Wien. med. Jahrb.*, 1886, s. 181. — A. GAUTIER. *Chimie biologique*, 1897. — KRAVKOV. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, 1898. — MONÉRY. *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1902, n° 5. — HANSEN. *Bioch. Zeit.*, 1908, Bd. XIII, H. 3, 4.

4° AMYLOSE EXPÉRIMENTALE. — BOUCHARD et CHARRIN. *Soc. de biol.*, 13 oct. 1888. — SCHEPILEVSKY. *Arch. de Podwyssotsky*, 1889. — GRÉGORIEFF. *Ziegl. Beit.*, 1895, Bd. XVIII. — CZERNY. *Centralbl. f. allg. Path.*, 1896, Bd. VII. — SCHTCHEGOLEFF. *Arch. de Podwyssotsky*, 1896. — NOWAK. *Virch. Arch.*, 1897, Bd. CLII. — LUBARSCH. *Virch. Arch.*, 1897, Bd. CL. — PETRONE. *Arch. de méd. expér.*, 1898. — STEPHANOVITCH. *Rouss. Wratch*, 8 fév. 1903. — RAVENNA. *Lo Sper.* 1903, t. LVII. — SCHOUKOWITCH. *Ann. des Sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, 1906, t. XII. — DANTCHAKOW. *Virch. Arch.*, 1907, Bd. CLXXXVIII. — DAVIDSOHN. *Virch. Arch.*, 1897, Bd. CL, et 1908, Bd. CXCII. — VEINGEROFF. *Wratch*, 4 août et 27 sept. 1908, t. VII. — RABE, *Jahr. d. Thierarz. z. Hann.*, 1884.

5° CAUSES ET PATHOGÉNIE. — HERTZ. *Greif. med. Beit.*, 1863, Bd. I. — BRAUN. *Woch. d. Zeit. d. k. k. Ges. d. Ært. in Wien*, 1864. — HENNINGS. Dissert. Kiel, 1880. — HIELMANN. Diss. Helsingfors, 1890. — BEATTIE. *Brit. med. Journ.*, 24 nov. 1906. — SERGE, *Zeit. f. klin. Med.*, 1907, Bd. LXI, Hft. 3-4. — EHRLICH. *Zeit. f. klin. Med.*, 1883, Bd. VI. — CZERNY. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, 1893, Bd. XXXI. — TRAMBUSTI. *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, 1892, s. 652. — BROWICZ. *Bull. de l'Acad. des sc. de Cracovie*, juillet 1901. — EDENS. *Virch. Arch.*, 1905, Bd. CLXXX. — PERRONE. *Journ. de phys. et de path. gén.*, 1907, n° 5. — CASTAIGNE. *Presse méd.*, 1909, n° 31.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LE TRAITEMENT DE LA CHANCRELLE OU CHANCRE MOU

Par le docteur CONDAT.

Les caractères symptomatiques du chancre mou sont trop connus des praticiens pour qu'il soit utile de les exposer longuement. On sait qu'il s'agit là d'une ulcération suppurante qui s'agrandit progressivement et inocule autour d'elle les tissus. On n'observe pas de chancre mou unique; ils sont toujours multiples, occupant le frein, le sillon balano-préputial, le prépuce et même le bord du gland.

Le diagnostic ne peut être hésitant. Ce n'est, en effet, qu'avec les érosions herpétiques que la confusion est possible. Mais les érosions de l'herpès forment des groupes, des bouquets et suppurent peu. Elles ont, en outre, une forme régulièrement arrondie, polyciclique, tandis que le chancre mou est irrégulier.

On sait aujourd'hui (recherches de Ducrey et Unna) que la cause de la chancrelle est l'inoculation d'un bacille à chaînettes, le bacille de Ducrey. On sait aussi que ce bacille est aisément détruit par les antiseptiques. L'important est de ne pas utiliser des agents caustiques ouvrant des portes d'inoculations nouvelles et empêchant la cicatrisation rapide.

Il faut abandonner dans cette médication la pâte sulfo-carbonée de Ricord, car elle exerce sur les tissus des effets vraiment corrosifs. Il vaut mieux recouvrir la région avec la poudre d'Anios (trioxychlorométhyle de vanadium) et faire tous les deux ou trois jours un léger attouchement avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 10.

Certains auteurs préconisent le mélange suivant :

Talc fin...............	} *ââ* 5 grammes
Poudre d'anios........	

Mais cette formule ne semble pas rationnelle, car le sel de vanadium n'a aucune toxicité, aucune causticité et il est inutile de le dédoubler. Sous l'influence de l'oxygène naissant ainsi produit sur la plaie, la purulence se tarit et en quelques jours la cicatrisation apparaît. En même temps, on constate la régression rapide des adénites inguinales et jamais les bubons ne suppurent. De plus, grâce à cette action germicide et kératoplastique, la chancrelle ne devient pas phagédénique et conserve une évolution bénigne.

Parfois il existe des chancres sous-préputiaux et cette variété doit être connue parce qu'elle peut entraîner du phimosis et de la gangrène destructive.

Pour éviter ces dangers et guérir la lésion on lavera deux fois par jour la rainure préputiale avec une solution d'anios à 1 et même 2 p. 100.

Pour ces lavages, il faut utiliser une seringue de verre aisément stérilisable. Puis, après avoir découvert largement la lésion on la saupoudre d'antiseptique.

Ce traitement du chancre mou est tout à fait pratique parce qu'en étant très actif, il n'a pas d'odeur et ne tache ni le linge ni la peau.

Il est donc supérieur au traitement ancien par l'iodoforme qui décelait même à grande distance la nature du mal, ce qui, dans bien des cas, empêchait un traitement sérieux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — COURS DE VACANCES. — L'association organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre à la fin des grandes vacances (deux dernières semaines de septembre).

La prochaine série aura lieu du lundi 19 septembre au samedi 1er octobre 1910 avec le programme suivant :

M. le docteur Audistère : Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

MM. les docteurs Barbarin ou Judet : Clinique chirurgicale des maladies infantiles. Orthopédie pratique (appareils, gymnastique).

M. le docteur Dubrisay : Présentations et positions. Hémorragies. Infection. Opérations et manœuvres obstétricales.

MM. les docteurs Caboche ou Menier : Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

MM. les docteurs Leredde ou Sabatie : Méthodes générales, clinique et physique, de traitement des dermatoses et de la syphilis.

M. le docteur de Font-Reaulx : Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.

MM. les docteurs Pasteau ou Lavenant : Séméiologie des urines. Urétrites. Cystites. Affection du rein. Les différents cathétérismes.

M. le docteur Roy : Anatomie et pathologie dentaire.

M. le docteur d'Herbecourt : Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

MM. les docteurs Cazin ou Dupuy de Frenelle : Chirurgie générale. Fractures, autoplasties, hernies, appendicite, etc.

M. le docteur Delherm : Electrothérapie, radiothérapie, thermothérapie.

M. le docteur Agasse-Lafont : Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la rate.

Les cours qui ont deux titulaires seront faits en général par l'un d'eux seulement.

S'inscrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes); 2° le lundi 19 septembre, de onze heures à midi, aux Sociétés savantes, où seront distribuées les cartes d'admission au cours.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de neuf à douze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 19 septembre, aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 1er octobre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente. Envoi du programme détaillé sur demande.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La Ve session du cours de vacances de physiothérapie aura lieu du 8 au 31 octobre prochain, à l'Ecole des hautes études sociales (16, rue de la Sorbonne) et dans divers hôpitaux et cliniques.

Elle sera composée :

1° D'une série A, comprenant : électrothérapie, radiumthérapie, photothérapie, radiothérapie, hydrothérapie, par MM. Albert-Weil, Degrais, Dominici, Sandoz;

2° D'une série B, comprenant : massage chirurgical médical gynécologique, rééducation motrice, gymnastique, mécanothérapie, méthode de Bier, par MM. Cautru, Desfosses, Durey, Kouindjy, Leroy, Wetterwald.

Une nouvelle série sera créée : série C, qui comprendra l'enseignement de l'hydrologie, de la diététique et de la climatothérapie. Les leçons en seront faites par MM. Bardet, Blanc, Boursier, Cany, Carron de la Carrière, Durand-Fardel, Martinet et Schlemmer.

Le prix d'inscription à chacune des séries comportant 20 leçons est de 50 francs; on peut s'inscrire à une ou plusieurs séries.

Pour renseignements ou inscriptions, s'adresser à MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, ou à M. le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Par suite de l'ouverture de la ligne « Brioude-Saint Flour », la Compagnie a rétabli ses services directs entre Paris P.-L.-M. et Béziers.

En conséquence, l'express de nuit de la ligne du Bourbonnais a des continuations de Brioude sur Saint-Flour et Béziers, par voitures directes de 1re, 2e et 3e classes.

Départ de Paris P.-L.-M. à 8 h. 30 soir; arrivée à Brioude à 5 h. 50 matin, à Saint-Flour à 7 h. 42 matin, à Béziers à 3 h. 22 soir.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Pathologie gastro-intestinale. Deuxième série. Ulcère et cancer de l'estomac, par le docteur Albert MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. In-8 de 350 pages avec 21 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.



N° 84. — MARDI 26 JUILLET 1910. 83e ANNÉE. MARDI 26 JUILLET 1910. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Récapitulation des points obtenus par les candidats dans la section de médecine générale (Paris) :

MM. Guillain, 108; Bernard, 107 1/2; Léri, 106 1/2; Gougerot, 106; Rathery, 104 1/2; Babonneix, 103 1/2; Lereboullet et Nattan-Larrier, 103; Josué, 102 1/2; Garnier, 102.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 juillet. — MM. Mocquot et Grégoire, 17; Martin, 16; Mathieu, 18; Cauchoix, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel du 20 juillet 1910, sont institués agrégés (section de chirurgie générale) près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie des universités ci-après désignées, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — M. Rocher.

UNIVERSITÉ DE LILLE. — M. Vanverts.

UNIVERSITÉ DE LYON. — MM. Leriche, Thévenot et Tavernier.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — M. Massabuau.

UNIVERSITÉ DE NANCY. — M. Binet.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — MM. Chevassu, Okinczyc et Schwartz.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — MM. Dambrin et Martin.

Les agrégés institués par le présent arrêté entreront en exercice le 1er novembre 1910, pour une période de neuf ans.

— Par arrêté ministériel en date du 21 juillet 1910, M. Bretin, agrégé des facultés de médecine (section de pharmacie), est attaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS. — *Séance du vendredi 15 juillet 1910.* — M. le docteur Alcide TREILLE, expose ses idées sur la transmission de la fièvre paludéenne par les moustiques. A l'encontre des doctrines, officiellement admises, il ne croit pas à ce mode de contagion, et, logique avec lui-même, il propose de se faire piquer pour démontrer l'inanité du rôle de l'hématozoaire de Laveran dans la genèse de la fièvre paludéenne véritable.

M. le docteur P. BARLERIN cite les cas où la méthode de Wassermann (séro-réaction de la syphilis) peut être utile au médecin praticien pour établir un diagnostic certain et instituer ensuite, à coup sûr, le traitement spécifique nécessaire.

M. le docteur Georges ROSENTHAL a pu réaliser d'une façon pratique l'opothérapie nerveuse, en faisant préparer, avec la collaboration chimique de M. Macquaire, les zymases et les lipoïdes du tissu nerveux. Il pense que l'opothérapie nerveuse trouvera surtout son application dans la cure des états de défaillance des fonctions intellectuelles psychiques ou motrices de l'axe encéphalo-médullaire.

M. le docteur LE FILLIATRE présente un modèle très pratique de capoline bavette, permettant d'opérer à l'aise, en évitant toute infection possible du champ opératoire, causée par la tête du chirurgien.

LE SYNDICAT DES MÉDECINS D'ARMENTIÈRES ET DES ENVIRONS, se basant sur ce que :

1° Il n'y avait aucune raison valable pour refuser à certains de ses membres l'accès aux fonctions de médecins de l'hôpital ;

2° Que l'égalité de tous les docteurs en médecine français devant les droits et les devoirs de la profession doit être absolue;

Proteste énergiquement contre les nouvelles nominations faites par la commission administrative du bureau de bienfaisance, au détriment des droits acquis par certains de ses membres.

RENSEIGNEMENTS

ACTION ENDOTHERMIQUE

DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

Par MM. DELHERM et LAQUERRIÈRE.

Depuis les premières publications de d'Arsonval, bientôt suivies de celles de d'Arsonval et Charrin, puis de celles d'Apostoli, c'est-à-dire depuis plus de quinze ans, les courants de haute fréquence ont été étudiés en France ; et actuellement on peut dire qu'ils sont depuis longtemps entrés dans la pratique courante.

Par contre, après s'être jusqu'à ces derniers temps, en Allemagne, cantonné dans une très grande réserve, on a depuis plusieurs mois publié de nombreux travaux sur une application, présentée comme nouvelle, qu'on a appelée *thermopénétration ou diathermie*.

Les discussions qui ont eu lieu au IIIe Congrès de physiothérapie nous ont permis de reconnaître, dans la thermopénétration et sous une autre étiquette, nos courants de haute fréquence.

Pour créer cette nouveauté, il avait suffi de laisser de côté les diverses actions physiologiques de ces courants pour n'en retenir qu'une seule : la production de chaleur.

Or, cet effet thermique, qui constitue une nouveauté outre-Rhin, a été signalé par d'Arsonval dès ses toutes premières recherches.

On peut donc affirmer que haute fréquence et diathermie ne sont pas deux choses différentes, mais bien que la diathermie n'est *qu'une des multiples actions des courants de d'Arsonval.*

Nous étudierons la diathermie en établissant l'antériorité de l'école française et en montrant l'apport très considérable sur ce point particulier de l'école allemande. Nous terminerons en esquissant les indications thérapeutiques des applications de haute fréquence qui sont plus spécialement destinées à développer de la *chaleur*.

*
* *

Esquisse historique. — En 1892, le professeur d'Arsonval signale déjà l'action thermique des courants de haute fréquence puisqu'il dit : « On peut ressentir une sensation de chaleur qui s'accompagne bientôt de production abondante de sueur. » (D'Arsonval. Conférence faite à la Société de Physique, le 20 avril 1892.)

En 1895, il note encore que l'on perçoit un peu de chaleur au point d'entrée et de sortie du courant. (D'Arsonval, *Traité de pathologie générale*, p. 658.)

En 1897, le même auteur précise qu'au-dessus de trois ampères on éprouve une sensation de chaleur désagréable. (*Bull. de la Soc. intern. des électriciens*, 1897. D'Arsonval. Action physiologique et thérapeutique des courants de haute fréquence.)

Vers la même époque, d'Arsonval montre que les applications directes chez les animaux produisent une élévation de température considérable à laquelle fait suite au bout de quelques jours une nécrose des tissus pouvant aller jusqu'à l'amputation des membres; on trouve encore une confirmation de ces faits dans sa communication de 1901. (Académie des Sciences, 30 décembre 1901.)

On est donc en droit de conclure que l'on savait depuis longtemps en France que les courants de haute fréquence pouvaient être utilisés pour produire de la chaleur.

Il est inutile de multiplier les citations d'ordre expérimental, elles n'ajouteraient rien à la démonstration, mais si beaucoup de cliniciens ont fait de la diathermie sans y attacher autrement d'importance, il est intéressant de signaler que quelques-uns, même avec des appareils non disposés pour ce but spécial et bien avant les travaux allemands, ont bien mis en lumière le rôle thermogène de la haute fréquence.

Sommerville entre autres, en 1906, écrit : « Les malades soumis à la haute fréquence remarquent qu'ils se sentent plus chauds. » A l'aide d'un thermomètre spécial il put constater une élévation de la température périphérique allant de 10°4 à 17°4 Fahrenheit. Cette élévation variait du reste suivant le point examiné, le courant employé, et suivant la manière dont était placée l'électrode. Après la séance, la température commençait à descendre lentement, et revenait au point primitif au bout de quinze minutes environ.

Les nombreux graphiques de Sommerville ne laissent aucun doute sur la netteté du phénomène thermique qu'il a étudié. (*Medical electr. and radiol.*, mai 1906.)

Cet auteur pense que cette élévation thermique est due à une vaso-dilatation périphérique.

Nous avons du reste observé, personnellement, cette vaso-dilatation d'une manière presque constante à l'aide du plesthygmographe de Hallion et Comte. (Laquerrière et Delherm. *Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences*, Grenoble 1904, Lyon 1905.)

Il nous paraît aussi important de citer les lignes suivantes de Bonnefoy : « Lorsqu'on suit le traitement par le courant de haute fréquence, on éprouve généralement dès la première séance une légère sensation de fourmillement et de chaleur sur les mains qui reçoivent le courant ; si l'on continue les séances, cette sensation se manifeste successivement aux avant-bras, aux bras, aux épaules, au tronc, aux genoux, etc. (Bonnefoy. *L'Arthritisme et son traitement par le courant de haute fréquence,* Baillière, éditeur, 1907), et c'est uniquement sur ces manifestations thermiques que Bonnefoy se base pour diriger le traitement.

Nous avons pu personnellement, comme tout le monde du reste, vérifier bien souvent cette affirmation de Bonnefoy. Une observation de Legendre est absolument typique à ce sujet. Le malade qui était extrêmement frileux sentait, à la fin de la séance, un état agréable de douce chaleur qui persistait de plus en plus longtemps. (Legendre, *Soc. de thérap.*, 24 janvier 1906.)

Wertheim Salomonson a vu aussi que la température du corps monte lorsqu'on le soumet aux courants de haute fréquence. (*Arch. d'élec. méd.*, 1908.)

Dans une série de travaux s'étendant de 1907-1909 sur les effets thermiques des courants de haute fréquence, Zimmern et Turchini mettent bien en évidence la possibilité de développer de la chaleur dans l'organisme grâce aux courants. Il y a là, disent-ils, un nouveau procédé (1) de thermothérapie, et ils déclarent d'une façon formelle, que les courants de haute fréquence permettent de résoudre un problème qui, jusqu'à présent, n'a pas reçu de solution, l'*apport de chaleur par voie interne*, sans dépense pour l'organisme.

En somme, cliniquement, les actions thermiques, si on ne leur accordait peut-être pas toujours toute l'importance qu'elles méritaient, étaient un phénomène bien connu des physiologistes et des cliniciens français et étrangers avant les travaux de Frantz Nagelschmit (de Berlin), von Bernd [(de Vienne) *Zeit. für Physik und diat. Therapie*, Band XIV, H. 3], Schminke, Laqueur, etc., parus dans ces deux dernières années.

*
* *

Instrumentation. — Tous les appareils de haute fréquence un peu puissants peuvent être utilisés pour faire de la thermopénétration. Il suffit de prendre un solénoïde assez court et de réduire le plus possible, pour un voltage donné, la longueur de l'étincelle; en somme, on s'arrange pour avoir le plus de quantité possible.

L'appareil de Gaiffe, à transformateur à circuit magnétique fermé, de 1904, se prête parfaitement à ces applications ainsi que les divers modèles actuellement en usage en France. Tout au plus peut-il être nécessaire de modifier, pour certains d'entre eux, quelques détails du montage.

On a fait, il est vrai, en Allemagne, des appareils destinés uniquement à la thermopénétration. Ces appareils sont bien compris pour les effets qu'on leur demande, mais ils présentent cet inconvénient, qu'ils ne sont propres qu'à cet usage, tandis que les appareils français ordinaires, tout en donnant en thermopénétration des effets équivalents, permettent d'obtenir toutes les autres applications des courants de haute fréquence; d'autre part, au congrès de physiothérapie, le professeur d'Arsonval a signalé que, depuis 1898, il possédait un appareil capable de donner dans le corps du sujet (si on osait faire l'expérience sur l'homme) des *intensités efficaces* sept fois supérieures aux modèles présentés comme des innovations.

Et il est bien certain que les appareils construits à Paris dans ces toutes dernières années, par exemple, la crédence de Gaiffe avec bobine Rochefort-Gaiffe et condensateur Forsell, ont des puissances encore bien plus grandes, permettant de réaliser facilement et rapidement des élévations de température si considérables qu'on ne peut employer pour des usages *médicaux* ces appareils à pleine puissance si on les règle pour l'effet thermopénétration.

Enfin, il est curieux de faire remarquer que Nagelschmit, voulant faire au Congrès de physiothérapie diverses expériences de diathermie, utilisa bien un appareil spécial pour thermopénétration; mais que cet appareil d'origine française était construit pour le docteur Doyen. Cet appareil à éclateur tournant a été créé spécialement pour les applications *chirurgicales*; mais le fait que, en nous apportant la thermopénétration comme une nouveauté, on a trouvé que l'appareil se prêtant le mieux aux démonstrations par sa puissance était précisément construit en France, montre bien que pour nous la question n'était pas aussi nouvelle qu'elle le paraissait en avril 1910, au moment du Congrès international.

*
* *

Technique. — La manière de disposer l'appareillage est essentiellement variable suivant la source dont on dispose et suivant le but qu'on se propose.

On peut considérer :

1° *Les applications médicales.* — Le procédé le plus employé en France est, depuis longtemps, le lit condensateur. En général l'échauffement au niveau des mains qui tiennent l'électrode se propage peu à peu à tout le membre supérieur, puis, d'une façon plus ou moins marquée, à tout le corps. Mais souvent aussi, les praticiens localisent les effets thermiques en une région du corps, en utilisant, au lieu d'une barre tenue dans les mains, une électrode placée sur la région à traiter. Nous nous souvenons, par exemple, avoir soigné autrefois un malade qui nous avait été adressé par le docteur Bonnefoy pour maladie de Raynaud. Au bout d'une dizaine de séances, avec le dispositif ordinaire, les mains étaient guéries et les pieds allaient beaucoup mieux, nous avons alors pris les pieds comme porte d'entrée en les entourant de plaques métalliques reliées à l'un des pôles et, en huit nouvelles séances, nous avons obtenu une guérison complète qui se maintenait un an après.

On a aussi utilisé le procédé suivant : le malade était placé sur le lit de haute fréquence, l'opérateur mettait la main sur la région malade : on avait ainsi d'abord une action révulsive par petites étincelles éclatant entre la peau du sujet et celle du médecin et, en même temps, une localisation du courant qui développait une certaine quantité de chaleur indépendante de l'action révulsive.

Mais il est certain que ce sont nos confrères allemands qui ont montré l'importance des effets thermiques que l'on peut obtenir en reliant le malade aux deux pôles par des électrodes appropriées aux effets que l'on cherche : suivant la puissance de la source qu'on a à sa disposition, on place des électrodes d'autant plus petites et on fait des applications d'autant plus longues qu'on désire obtenir une chaleur plus grande. Si l'on veut réchauffer un neurasthénique ou un arthritique, on reste dans des doses moyennes, tandis que, pour calmer par la chaleur une névralgie ou pour modifier une arthrite rhumatismale, il est indispensable de pousser beaucoup plus loin le développement de chaleur.

2° *Applications chirurgicales.* — Ces applications sont anciennes; quand on détruisait des cancers

(1) Zimmern et Turchini. Effets thermiques des courants de haute fréquence, *Arch. d'électr. méd.*, 1908.

cutanés avec l'étincelle, on approchait l'électrode de la peau de façon à ce que l'étincelle soit bien nourrie. L'effet obtenu était en grande partie lié au développement de chaleur. Depuis, Keating Hart a, dans sa fulguration, laissé de plus en plus de côté les effets nécrosants de l'étincelle; mais Doyen, par contre, a insisté sur les effets thermiques et il a créé le terme d'*électro-coagulation*.

Depuis quelques semaines, presque quotidiennement, on nous dit que d'ici peu on fera connaître à Berlin un procédé capable de guérir électriquement le cancer. Sans nous montrer trop affirmatifs, nous avons quelques raisons de croire que ce procédé ne diffère pas très sensiblement de la méthode que Doyen a commencé à étudier il y a trois ans et qu'il a dénommée d'abord voltaïsation bipolaire.

Doyen utilise tantôt deux électrodes placées de chaque côté de la région à traiter, tantôt une très grande électrode indifférente (par exemple le lit d'opération lui-même) et une petite électrode active au niveau de laquelle doivent se développer les effets utiles. On pousse plus ou moins l'intensité et l'on fait durer plus ou moins la séance suivant le degré de coagulation et de nécrose qu'on veut obtenir et suivant la profondeur à laquelle on désire les étendre.

*
* *

Actions physiologiques. — C'est une loi générale de physique que toute énergie qui éprouve une résistance se transforme en partie en une autre modalité de l'énergie : on dit qu'elle se dégrade, et le terme inférieur de cette dégradation est la production de chaleur.

Or, le corps humain présente une résistance au passage de l'électricité suffisante pour que l'échauffement puisse être très rapide, seulement certains modes électriques (le courant faradique ou le courant alternatif par exemple) déterminent des réactions physiologiques sensitives ou motrices empêchant d'atteindre des intensités capables de déterminer une augmentation de température.

D'autres, comme le courant continu, produisent des effets chimiques, si bien qu'on a des brûlures électrolytiques avant que l'effet thermique soit appréciable.

Les courants de haute fréquence, au contraire, n'excitent ni le nerf sensitif, ni le nerf moteur, et d'autre part ne produisent aucune modification chimique; il en résulte qu'avec eux on peut augmenter l'intensité jusqu'à production de chaleur bien marquée. En effet, tandis que les doses utilisées en médecine ne vont guère au-dessus d'une centaine de millièmes d'ampères, quelquefois et tout à fait exceptionnellement deux centaines, on peut en haute fréquence faire traverser le corps humain par un ampère, et plus. On arrive jusqu'à quatre ou cinq ampères avec de très grandes électrodes en applications médicales et à huit ou dix ampères avec de petites électrodes en applications chirurgicales.

La chaleur ainsi développée détermine une élévation de température au voisinage des points de contact des électrodes et si l'action est prolongée, et si les électrodes sont appliquées sur de larges surfaces de l'organisme, on obtient les effets des applications de chaleur, mais avec cette particularité que cette chaleur ne venant pas de l'extérieur ne produit pas de réaction spéciale aux points d'entrée.

Quand on fait des applications dans un but chirurgical, l'effet principal est la coagulation intracellulaire de l'albumine; si l'action est très intense ou très prolongée il peut lui succéder une véritable carbonisation, mais cette carbonisation peut être obtenue avec d'autres procédés plus simples, avec le fer rouge par exemple. Les courants de haute fréquence permettent au contraire de déterminer non seulement au point de contact, mais aussi à une profondeur plus ou moins grande, des effets coagulants que l'on peut graduer et qui sont : à un premier degré, une coagulation légère ne faisant mourir les cellules que consécutivement; à un stade plus avancé, une sorte de cuisson donnant à la chair l'aspect du bœuf bouilli; enfin si on le désire, à dose plus élevée, la carbonisation véritable.

*
* *

Indications. — Il est nécessaire de considérer séparément les applications générales et les applications locales des effets thermiques de la haute fréquence.

1° *Applications générales*. — Les applications générales effectuées à l'aide de la cage ou du lit condensateur, sont la médication utilisée chez les arthritiques, goutteux, rhumatisants, etc.; elles donnent souvent des modifications favorables au point de vue des forces, de l'appétit, du sommeil et produisent la réapparition d'un mieux être, la diminution des vertiges, des étourdissements, des sensations de congestions céphaliques, des bouffées de chaleur, des refroidissements des extrémités, des congestions de la face, des migraines, etc.

Il est évidemment possible que pour certaines de ces applications générales, la production de chaleur joue un rôle dans les résultats thérapeutiques; mais pour certaines autres (cage sans contact par exemple), il semble bien que le nombre de calories développées soient assez minime pour qu'il n'y ait pas lieu d'en tenir compte et il convient de rappeler que les courants de haute fréquence ont d'autres actions physiologiques (suractivité des combustions, augmentation de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, modification de la diurèse et des excreta urinaires). D'ailleurs d'Arsonval, il y a déjà bien longtemps — et cela prouve une fois de plus que la possibilité de produire de la chaleur au moyen des courants de haute fréquence n'était pas ignorée en France — a déclaré que les résultats ne pouvaient être assimilés à ceux d'une application de chaleur et qu'il y avait même, pour certaines modalités, antagonisme entre les effets d'une source calorique et ceux des courants de haute fréquence.

2° *Applications locales*. — Arthrites. — Von Bernd a fait des applications locales dans les affections articulaires et surtout dans les arthrites blennorragiques aiguës où il cherchait à détruire le go-

nocoque par la chaleur. Laqueur a injecté des microbes peu résistants à la chaleur, gonocoques, vibrion du choléra dans la cavité articulaire des genoux du lapin. Sans endommager les tissus il a pu soumettre ces articulations à une température de 55 degrés pendant une demi-heure. Ces micro-organismes ont été atténués dans leur vitalité, mais l'auteur n'est pas parvenu à les tuer complètement. Laqueur a eu de bons résultats dans les arthrites rhumatismales suraiguës, dans les arthrites gonorréiques, les arthrites goutteuses, les nodules goutteux.

Le professeur Bergonié a eu aussi des guérisons rapides d'arthrites soit rhumatismales, soit infectieuses. Ciréra Salse a rapporté au Congrès de physiothérapie une série d'arthrites rhumatismales où la diathermie a donné des résultats encourageants.

Nous en avons également observé plusieurs cas; l'un d'eux avait trait à une malade très rhumatisante atteinte d'une arthrite subaiguë de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil qui durait depuis plusieurs mois et avait résisté aux médications habituelles. On l'avait adressée à l'un de nous qui lui fit sans succès des bains locaux de lumière et de l'ionisation. Cette malade fut ensuite soumise à la thermopénétration et, en trois ou quatre séances, la douleur disparut complètement, la peau reprit sa couleur normale et la marche qui était presque impossible à cause de la douleur, put être reprise sans aucune fatigue.

Algies. — Nagelschmit a observé que les applications sur les tempes, le front, la nuque agissent sur les migraines, et il ajoute que peu de secondes suffisent pour faire disparaître des maux de tête violents. Cet auteur insiste sur l'action sédative de la diathermie dans les douleurs sciatiques, les lumbagos, les névralgies de toute espèce, les tics douloureux. Laqueur a eu de bons résultats dans l'achyllodynie et la talalgie ; nous avons observé également un résultat favorable.

Ces auteurs ont vu des crises gastriques, des douleurs fulgurantes, des hyperesthésies de la peau guéries en quelques séances. Nous devons dire que l'un de nous a eu l'occasion de soigner un tabétique atteint d'hyperesthésie dans la région du visage sans obtenir d'amélioration. Par contre, nous avons été très satisfaits de la diathermie dans quelques cas d'algies des plexus abdominaux.

Affections cutanées. — Nagelschmit a traité avec ce procédé le lupus tuberculeux. D'après lui, cette affection serait guérie beaucoup plus vite qu'avec la méthode de de Finsen; on pourrait, en une seule séance d'environ dix minutes, traiter un lupus dont la guérison demanderait quatre à cinq cents heures. Les cicatrices seraient moins belles qu'avec le Finsen, mais l'effet en profondeur est beaucoup plus grand. Ces conclusions sont basées sur 28 cas.

Applications chirurgicales. — L'action destructive des étincelles de haute fréquence a été étudiée depuis longtemps par bien des auteurs, et pour notre part, nous avons publié en 1906 un cas d'épithélioma du visage guéri par cette méthode, guérison qui s'est maintenue jusqu'à la mort du malade survenue quatre ans après.

Dans cette action destructive de l'étincelle, la chaleur intervenait pour une part plus ou moins grande suivant les dispositifs employés ; mais l'action calorifique des hautes fréquences a été employée d'une manière systématique dans le cancer par Doyen qui, dès 1907, décrivait sa méthode de voltaïsation bipolaire (l'électrode est placée à une petite distance du malade) rapidement suivie par celle d'électro-coagulation (l'électrode est en contact avec les tissus).

Quand l'électrode n'est pas en contact avec les tissus, on obtient une carbonisation superficielle suivie d'une coagulation.

Quand l'électrode est en contact, la coagulation se produit sans carbonisation.

Dans un mémoire récent (Traitement local des cancers accessibles par l'action de la chaleur au-dessus de 55 degrés, *Annales d'électrologie*, mai 1910), Doyen apporte de très nombreuses et très intéressantes observations de cancers divers traités par cette méthode.

Conclusions. — Il est bien établi que la « diathermie, thermopénétration, transthermie » des Allemands n'est pas une nouvelle modalité électrique, mais seulement une des multiples actions des courants de haute fréquence.

L'action « thermique » de ces courants a été reconnue par d'Arsonval dès 1892, elle ne saurait donc, au point de vue physique, constituer une nouveauté.

Tous les appareils que les électriciens ont entre les mains depuis cette époque étaient capables de fournir cette action thermique, et concurremment avec les autres actions physiologiques de haute fréquence certains auteurs français ont fait aussi état de l'action thermique.

Mais en Allemagne on a eu récemment le grand mérite pour les applications médicales, d'utiliser la « chaleur », développée par ces courants, d'une manière systématique.

Nous ne pensons pas d'ailleurs que la production de chaleur résume à elle seule la totalité des actions thérapeutiques des courants de haute fréquence, ni que les appareils construits uniquement pour l'effet thermopénétration doivent remplacer les appareils utilisés actuellement.

Quant aux applications chirurgicales de la diathermie, elles ont été effectuées d'abord en France.

FORMULAIRE

POUDRE CUTICOLORE (Unna).

Amidon de riz	40 grammes.
Oxyde de zinc	25 —
Carbonate de magnésie	20 —
— de chaux léger	15 —
Solution alcoolique d'éosine à 1 p. 100	10 —

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1910)

Un cas de leucémie chronique à type splénique pur et à gros lymphocytes. — MM. JEANSELME et TOURAINE rapportent une observation de leucémie dont le début remonte à cinq ans et dont la symptomatologie est exclusivement constituée par une énorme splénomégalie (50 × 36 centimètres). La formule sanguine est la suivante : H = 3210000; L = 154000. L'équilibre leucocytaire est ainsi constitué : petits lymphocytes = 5,9; grands lymphocytes d'Ehrlich = 55,8; mononucléaires en histolyse = 36,5; grands mononucléaires = 0,2; polynucléaires neutrophiles = 0,9; polynucléaires éosinophiles = 0,1; formes de transition = 0,7.

Outre la rareté de la systématisation absolue du processus leucémique sur la rate, cette observation est intéressante, puisque avec les rares cas analogues déjà publiés, elle confirme l'existence d'une leucémie chronique, dérivée des cellules souches de l'appareil leucopoiétique et dont on a, jusqu'à présent seulement, individualisé la forme aiguë. Elle prendrait donc une place à part entre les leucémies lymphoïdes et myéloïdes.

Scléroses polyviscérales (rein, foie, surrénales, vaisseaux). — MM. LE PLAY et SÉZARY rapportent l'observation d'un malade angio-scléreux chez lequel ils ont vu évoluer successivement les syndromes d'insuffisance cardio-rénale, puis d'insuffisance hépatique (cirrhose de Laënnec), et enfin d'insuffisance surrénale (maladie d'Addison). Ce cas est intéressant par le diagnostic différentiel posé avec la cirrhose pigmentaire, par le diagnostic de la nature scléreuse et non caséeuse de la lésion surrénale (grâce à l'apparition simultanée et non successive de la mélanodermie et de l'amyotrophie diffuse), par l'expression clinique enfin, nettement addisonienne de cette surrénalite scléreuse. Les scléroses polyviscérales constatées à l'autopsie paraissent relever de l'alcoolisme, qui aurait frappé en même temps les vaisseaux, les reins, le foie et les surrénales.

Ramollissement de la troisième circonvolution frontale gauche sans aphasie. — MM. Pierre MARIE et BARRÉ présentent le cerveau d'un homme âgé de soixante-seize ans, atteint d'atrophie sénile du cervelet (diagnostic clinique qui fut confirmé par l'autopsie). Il avait présenté pendant sa vie quelques troubles de la parole, du type cérébelleux (parole monotone et scandée), mais jamais d'aphasie. On remarque sur le cerveau un ramollissement étroit et limité de la troisième circonvolution frontale gauche. Comme le malade était droitier, on voit que cette constatation est un argument en faveur de la théorie de l'aphasie telle qu'elle a été proposée par M. le professeur Pierre Marie.

Modifications du cerveau au cours de la néphrite hydropigène. — MM. Pierre MARIE et BARRÉ présentent aussi deux cerveaux enlevés à l'autopsie de malades ayant succombé avec tous les symptômes des néphrites hydropigènes graves. Ils présentent un aspect macroscopique très particulier. Ils sont volumineux; l'un d'eux pèse 1066 grammes avec un volume de 1200 centimètres cubes, ce qui est très supérieur à la normale. Les circonvolutions sont fortement saillantes, la première extrêmement amincie, comme distendue par le cerveau trop volumineux pour elle. A la coupe, la substance cérébrale a une pâleur laiteuse très spéciale, les cavités ventriculaires sont virtuelles, leurs parois s'étant accolées. Il n'y a pas trace d'œdème superficiel, mais il semble, avant même que l'étude histologique n'ait été terminée, qu'il puisse s'agir dans ces cas de processus œdémateux particuliers et qu'on puisse leur rattacher un certain nombre d'accidents observés pendant la vie.

Lésions des centres nerveux au cours d'une méningite. — MM. LE NOIR et AINE rapportent l'histoire d'une malade amenée à l'hôpital avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Elle présentait des accidents méningés subaigus qui s'amendèrent rapidement; mais il persiste encore actuellement, deux mois après le début, de la céphalée, des vomissements auxquels on ne peut attacher qu'une importance restreinte, la malade étant enceinte; et des troubles nerveux complexes : paralysie faciale gauche à type périphérique; paralysie du moteur oculaire externe gauche; paralysie incomplète du voile; surdité gauche; troubles de la démarche et de la station. Ensemble symptomatique conditionné par des lésions complexes qui ont évolué en même temps que la méningite; mais qui, loin de rétrocéder avec les phénomènes méningés aigus, semblent au contraire s'étendre, ainsi qu'en témoigne l'apparition de la réaction de dégénérescence dans le territoire du facial et l'apparition récente du signe de Babinski.

Ces lésions qui sont vraisemblablement dues à la tuberculose semblent constituer un exemple intéressant des lésions concomitantes des centres nerveux au cours des méningites; lésions sur lesquelles M. Claude a insisté récemment.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1910)

Abcès anté-utérin. — M. LEJARS revient sur cette question. Le traitement n'est pas discutable; il faut ouvrir et drainer ces abcès. M. Lejars ne méconnaît pas que, ainsi que l'a soutenu M. Potherat, ces abcès peuvent avoir et ont même le plus souvent une origine annexielle, mais ils peuvent aussi avoir pour point de départ l'appendice et l'intestin. Ce sont ces derniers que M. Lejars a eu seulement en vue dans sa première communication.

M. POTHERAT met en doute l'origine sigmoïdienne des abcès dont a parlé M. Lejars dans son rapport et il n'est pas bien sûr que les annexes fussent saines. A cela, M. Lejars répond qu'il était tout aussi sûr de l'intégrité des annexes que de l'origine nettement sigmoïdienne de l'abcès dans le cas qu'il a rapporté. Il veut bien que ces abcès soient rares, mais on ne saurait, pour cela, en nier l'existence.

Phlegmon symptomatique du cancer térébrant du gros intestin. — M. POTHERAT, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Savariaud, n'a recueilli que trois faits de ce genre en vingt ans.

Premier cas : homme de quarante-trois ans, troubles gastriques, plastron du côté droit du ventre, abcès, incision, mauvaise cicatrisation, au fond de la plaie, masse fongueuse néoplasique, mort en trois mois; à l'autopsie, on trouve un cancer du côlon ascendant.

Deuxième cas : homme de soixante-treize ans, entérite glaireuse, amaigrissement, douleur vive apparaissant brusquement dans le bas ventre, tuméfaction sus-pubienne avec œdème de la paroi, évacuation spontanée d'une grande quantité de pus par l'intestin, amaigrissement rapide, cachexie, mort. M. Potherat pense qu'il s'agissait d'un cancer de l'intestin.

Troisième cas : homme de quarante-sept ans, troubles digestifs, tuméfaction sous-hépatique, incision, évacuation de pus d'abord, puis d'un peu de matières stercorales; on fait la laparotomie, on découvre un cancer de l'angle du côlon, une entéro-anastomose donne une survie de trois mois.

M. QUÉNU a vu un certain nombre de ces abcès. Il a remarqué qu'on les observe surtout dans les cas où la sténose intestinale n'est pas très marquée. Ils résultent de la septicémie qui est en rapport avec la profondeur de l'ulcération.

M. Quénu fait en outre observer que ces abcès sont généralement précédés de diarrhée et que cette diarrhée disparaît après l'établissement d'un anus artificiel.

Le traitement varie selon les cas. M. Quénu estime que l'anus artificiel est le moyen le plus propre à arrêter l'infection.

M. MORESTIN cite le cas d'une femme de trente-deux ans qui fut prise brusquement d'une vive douleur dans le côté gauche, avec empâtement. Aucun signe de péritonite. M. Morestin incise et ouvre un abcès rempli de pus et de gaz fétides. Quelques jours après apparaît au fond de l'abcès une masse dure d'aspect néoplasique. L'état resta assez satisfaisant pendant plusieurs mois. M. Morestin fit alors une laparotomie et tomba sur un cancer du côlon pelvien. Il pratiqua une entéro-anastomose. Le malade vécut encore un an. M. Morestin préfère, dans ces cas, une entéro-anastomose à l'anus artificiel.

Coxalgie fruste simulant une coxa vara. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation communiquée par M. Ombrédanne dans laquelle il s'agissait d'un enfant de quinze ans qui, depuis deux ans, présentait des douleurs dans le membre inférieur droit avec empâtement du genou, raccourcissement et rotation en dehors. Quelque temps après le membre du côté opposé se prit de la même façon.

La radiographie montra que la tête fémorale était bien à sa place à droite et que, du côté gauche, la tête et le col formaient une masse unique.

On doit conclure, dans ce cas, à une tuberculose atténuée et non à une coxa vara.

Appendicite traumatique. — M. BROCA fait un court rapport sur une observation de M. Michel (de Nancy). Un malade reçoit un coup de tête dans le ventre et présente presque immédiatement des douleurs vives dans le ventre. On fait la laparotomie et on découvre un appendice perforé avec de la péritonite autour. M. Broca ajoute que cet homme avait une crise de grippe depuis quarante-huit heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1910)

De la myocardite parcellaire au cours de la fièvre typhoïde. — MM. N. FIESSINGER et L. ROUDOWSKA insistent sur la fréquence au cours des fièvres typhoïdes graves d'une lésion cardiaque passée inaperçue jusqu'alors et qui permet d'expliquer certains accidents que l'on a souvent à tort rattaché aux troubles nerveux. Cette lésion consiste dans une myocardite avec homogénéisation du segment terminal précédant la dissociation segmentaire qui n'apparaît que plus tard. Cette altération serait très fréquente, et se retrouverait dans deux tiers des cas des fièvres typhoïdes mortelles.

Recherches sur le synergisme dans le domaine expérimental. — M. E. MAUREL. 1° Les actions des agents thérapeutiques et toxiques peuvent s'ajouter. 2° Les agents dont les actions peuvent s'ajouter se divisent en deux groupes. Les uns exercent leurs actions sur le même élément anatomique; et l'auteur les a désignés sous le nom d'*Homohistiques*. 3° Pour ces agents, non seulement leurs actions s'ajoutent; mais, en outre, ils peuvent se remplacer dans des proportions qui sont fixées par leurs doses minima mortelles. 4° Les autres agents synergiques exercent leurs actions sur des éléments anatomiques différents, et l'auteur les a désignés sous le nom d'*Allohistiques*. 5° Pour eux, leurs actions s'ajoutent, mais ils ne peuvent pas se remplacer; et quoique dans leurs interventions communes, il faille tenir compte de leurs doses minima mortelles respectives, ces dernières ne peuvent pas nous fixer sur les quantités de chacun de ces agents à donner dans ces interventions.

La détermination du bacille d'Eberth par la recherche de l'agglutinabilité. — MM. J. COURMONT et ROCHAIX montrent que l'agglutinabilité est encore le meilleur signe d'authentification du bacille d'Eberth, cependant certains bacilles, récemment isolés du sang, des selles ou des eaux, ont tous les caractères du bacille d'Eberth, mais ne sont pas ou sont peu agglutinables. Pour les authentifier, il suffit de les cultiver en bouillon pendant dix ou douze générations. Chez le bacille d'Eberth authentique, l'agglutinabilité augmente et atteint, vers la dixième génération, un taux considérable.

Réponse à M. Courmont. — M. F. WIDAL insiste, à son tour, comme il l'a déjà fait, lors de la discussion soulevée au commencement de cette année, à l'Académie de médecine, sur la nécessité de connaître exactement le pouvoir agglutinant du sérum antityphique avec lequel on veut éprouver l'agglutinabilité d'un bacille suspect. Ce pouvoir agglutinant doit être mesuré au contact d'un bacille typhique légitime immédiatement avant l'épreuve, car ce pouvoir peut varier avec le temps. Il est inutile de faire usage pour ces recherches de sérums possédant un pouvoir agglutinatif très élevé; à notre avis, les sérums de choix sont ceux dont le pouvoir oscille entre 1 p. 500 et 1 p. 1000. On évite par leur emploi les dilutions multipliées. Le bacille à authentifier doit être agglutiné à peu près au même taux qu'un bacille typhique légitime.

De quelques prétendues expériences de contrôle de l'aérobisation des microbes anaérobies. — M. Georges ROSENTHAL proteste contre des expériences partielles et faites avec une technique insuffisante qui avaient pour but d'infirmer ses recherches.

La chaux du sang dans quelques états pathologiques. — MM. M. LŒPER et G. BÉCHAMP étudient les variations de la chaux sanguine dans quelques états pathologiques et admettent que la teneur en chaux du sang peut s'abaisser dans certaines maladies au-dessous de 0,05 centigrammes pour 1000 parties de sang frais et s'élever au contraire dans d'autres jusqu'à 0,09, 0,10 et même 0,12. La diminution de la chaux du sang se rencontre surtout dans l'entérite et l'hyperchlorhydrie qui s'accompagnent de déminéralisation intense par l'intestin ; l'augmentation existe dans des états très divers : athérome tout d'abord et aussi néphrites, asystolie, asthme, pneumonie, séuilité, et paraît tenir tantôt à une surproduction de chaux mobile, tantôt à une rétention véritable. Les auteurs émettent l'hypothèse que cette surcalcification joue un rôle dans l'apparition de certains phénomènes morbides et, quand elle se prolonge un certain temps, augmente le coefficient calcique des tissus et des artères et peut y favoriser la formation ultérieure de dépôts calcaires.

Bourse de Fabricius et plaques de Peyer des oiseaux. — MM. RETTERER et LELIÈVRE. Les oiseaux ont un amas de follicules clos dans un diverticule du cloaque (bourse de Fabricius) et des plaques de Peyer dans le reste du tube digestif. L'origine et le développement de ces organes sont les mêmes; ils procèdent de l'épithélium du tractus intestinal sous la forme de bourgeons qui, comme les follicules clos des mammifères, se transforment en tissu réticulé, d'abord plein et compact, plus tard à mailles remplies de lymphocytes. La trame et les lymphocytes dérivent du bourgeon épithélial.

Les follicules clos de la bourse ont une évolution plus rapide que ceux des plaques de Peyer ; ils restent intradermiques, tandis que ceux des plaques deviennent intramusculaires dans leur partie profonde. Ceux de la bourse s'atrophient de bonne heure ; ceux des plaques de Peyer continuent à se développer même chez l'oiseau adulte.

Toxicité des centres nerveux pendant le choc anaphylactique. — MM. Ch. ACHARD et Ch. FLANDIN ont constaté que l'extrait de centres nerveux provenant du cobaye qui vient de succomber au choc anaphylactique provoque chez le co-

baye neuf, par injection intracranienne, des symptômes qui ressemblent au choc anaphylactique et peuvent entraîner la mort. L'extrait du foie, même à dose plus forte, n'en provoque pas. L'extrait de centres nerveux provenant de cobayes sains est également inoffensif; de même encore, l'extrait de centres nerveux provenant du cobaye préparé pour l'anaphylaxie, mais réinjecté avant le délai nécessaire pour la production du choc.

Ces recherches tendent donc à montrer que le principe toxique qui produit le choc anaphylactique (apotoxine de Richet) a pour lieu d'élection les centres nerveux.

Action expérimentale du sérum antiméningococcique sur le méningocoque. — MM. Briot et Dopter rappellent leurs expériences antérieures montrant qu'un mélange de sérum antiméningococcique et de méningocoque, introduit dans les veines de cobaye neuf, amène chez ce dernier des accidents immédiats, entraînant parfois la mort de l'animal. Ils présentent de nouveaux faits où ils ont constaté des troubles identiques quand l'injection du sérum est pratiquée quelques heures avant l'injection de méningocoques.

Par contre, si l'injection de microbes est pratiquée quelques minutes seulement avant l'injection du sérum, aucun accident ne se produit. L'explication de ce fait peut être trouvée dans les constatations fournies par l'examen direct des frottis et des cultures des viscères du cobaye qui n'a reçu dans les veines que l'émulsion microbienne. On observe en effet que, quelques minutes après l'injection, les méningocoques se réfugient en grande partie dans les viscères, le foie et la rate notamment, où ils sont inclus dans les phagocytes, ils sont donc ainsi protégés contre l'action directe du sérum.

C'est ce qui se passe en réalité chez l'homme, où le méningocoque est inclus dans les cellules du pus céphalo-rachidien. Le sérum ne présente donc pas un contact direct avec ce germe et ne saurait déterminer les accidents qu'on observe chez le cobaye.

Causes de la toxicité du sérum sanguin des urémiques. — M. Cawadias. Le sérum des urémiques chauffé à 55 degrés perd sa toxicité. Ceci indique que dans cette toxicité le rôle principal est tenu par les albumines, les colloïdes du sérum. L'expérimentation et la réaction de Bordet et Gengou ne nous permettent pas d'affirmer l'intervention dans l'urémie d'une substance albuminoïde étrangère, d'une néphrotoxine, par exemple. Dans l'urémie il se fait des modifications physico-chimiques des colloïdes normaux du sérum, et ce sont ces modifications qui tiennent sous leur dépendance les particularités (hypertoxicité) qu'on trouve lorsqu'on étudie expérimentalement le sérum des urémiques.

Substances hypotensives des capsules surrénales. — M. Roger. A côté de l'adrénaline qui élève la tension artérielle, les capsules surrénales renferment plusieurs substances hypotensives.

L'auteur signale d'abord un pigment rouge, dialysable, soluble dans l'alcool, donnant avec le perchlorure de fer et l'acide osmique les mêmes réactions que l'adrénaline. Injecté dans les veines, ce pigment amène des abaissements de pression très manifestes, mais passagers.

A côté du pigment rouge existe un pigment noir, non dialysable, qui détermine des hypotensions assez marquées et assez durables.

On peut encore extraire des capsules surrénales des matières grasses, solubles, les unes dans le chloroforme, l'acétone ou l'éther, les autres dans l'alcool amylique. Toutes ces graisses, injectées à l'état d'émulsions très fines, abaissent la pression. Ce sont les graisses solubles dans l'acétine qui sont les plus actives. Introduites à doses suffisantes, elles peuvent faire tomber la pression à 7 ou 8 millimètres. L'animal est sur le point de succomber. Il suffit alors d'injecter une trace d'adrénaline pour relever la pression et empêcher la mort.

Les capsules surrénales renferment donc des substances antagonistes, dont les effets peuvent jusqu'à un certain point se combattre et se neutraliser.

La fixation des essences sur le système nerveux. — MM. G. Guislain et Guy Laroche disent que certaines essences sont nocives pour la névrose et ont en particulier une action épileptogène. Il était intéressant de rechercher si l'on pouvait mettre en évidence la fixation de ces corps sur les éléments nerveux des animaux intoxiqués.

Le système nerveux central du lapin, broyé sans adjonction d'excipient et injecté à la dose de $0^{cm^3}2$ dans la dure-mère du cobaye ne détermine aucun trouble. Au contraire, si avec la même technique on injecte sous la dure-mère du cobaye du système nerveux de lapins intoxiqués avec l'essence de tanaisie, on détermine des crises convulsives et un coma mortel en huit à dix heures. Quand on injecte à des lapins des doses non mortelles d'essence de tanaisie, mais suffisantes pour déterminer des convulsions, on constate que, seul, le bulbe rachidien de ces animaux est toxique.

Les expériences semblent démontrer l'action élective des essences sur le système nerveux central et spécialement sur la région du bulbe. Les physiologistes d'ailleurs ont démontré par d'autres méthodes que l'écorce centrale et la moelle épinière n'étaient pas nécessaires pour la production des crises convulsives au moyen des essences, et que le bulbe réagissait par des convulsions à des doses insuffisantes pour que l'écorce ou la moelle puissent entrer en activité.

Dans une autre série d'expériences faites avec la même méthode, les auteurs ont vu que les substances toxiques de l'urine introduites chez le lapin par voie intraveineuse se fixaient électivement sur le tissu nerveux et en particulier sur le cortex et non plus sur la région bulbaire comme les essences.

Ces expériences démontrent que les modalités cliniques des différentes intoxications peuvent résulter de localisations électives dissemblables des agents toxiques sur les diverses parties du système nerveux.

Note sur deux cas de contagion interhumaine dans la fièvre paratyphoïde. — MM. Fortineau et Ribereau rapportent deux cas de contagion interhumaine qui dénotent un nouveau point de ressemblance entre les bacilles paratyphiques et le bacille d'Eberth dont la transmission par les porteurs de bacilles est actuellement démontrée. Dans le premier cas ce porteur de bacilles était en période d'incubation de sa maladie; dans le second, il était au contraire en convalescence.

Note sur un cas de fièvre paratyphoïde terminé par la mort. Autopsie. — La mortalité dans la fièvre paratyphoïde étant de 1 p. 100 environ, les autopsies pratiquées jusqu'ici sont en petit nombre; MM. Monnier et Ribereau, dans un cas où l'hémoculture avait décelé un bacille du type A, ont noté les lésions suivantes : dégénérescence graisseuse du foie; gros rein blanc, présentant des zones de nécroses; intestin : muqueuse rouge et brillante, aucune lésion des plaques de Peyer, ni des follicules lymphatiques, ni des ganglions mésentériques. Bacilles au niveau de la sous-muqueuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 19 septembre 1910, et comprenant 26 leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin à dix heures et l'après-midi à deux heures. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoires.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par

MM. les docteurs Le Play et Doury, chefs de clinique; Nathan et Sézary, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

PROGRAMME DU COURS. — *Lundi 19 septembre.* — Matin : M. Le Play. Examen du sang : anémies, polyglobulies. Leucocytoses et leucémies. Résistance globulaire. — Soir : M. Le Play. Opsonines. Le pouvoir opsonique du sérum et la recherche de l'indice opsonique, application à la clinique. Cytodiagnostic.

Mardi 20 septembre. — Matin : M. M. Nathan. Analyse bactériologique du pus, recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction du Gram. — Soir : M. Le Play. Technique de l'examen bactériologique du sang; culture du sang.

Mercredi 21 septembre. — Matin : M. Doury. Diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire au début. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Doury. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculation aux animaux. Les tuberculines; les tuberculino-réactions.

Jeudi 22 septembre. — Matin : M. M. Nathan. Diagnostic des méningites. Bactériologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. Sérothérapie méningococcique. Ponction lombaire : technique et valeur sémiologique. — Soir : M. Sézary. Le tréponème de la syphilis ; recherche dans les exsudats et dans les coupes histologiques ; examen ultra-microscopique; imprégnation argentique; inoculation aux animaux. Diagnostic des spirochètes saprophytes et pathogènes.

Vendredi 23 septembre. — Matin : M. Le Play. Etude bactériologique des angines: diagnostic de l'angine diphtérique. La sérothérapie antidiphtérique. — Soir : M. Sézary. Microbes anaérobies pathogènes; isolement, culture. Etude des principales mycoses; actinomycose, sporotrichose, etc.

Samedi 24 septembre. — Matin : M. Le Play. Sémiologie clinique du foie et du pancréas; les ictères, les pancréatites. Insuffisance hépatique et insuffisance pancréatique. — Soir : M. M. Nathan. Syndromes surrénaux thyroïdiens, hypophysaires et polyglandulaires. Principes d'opothérapie. Glycosuries et diabète.

Lundi 26 septembre.— Matin : M. Doury. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Séro-diagnostic : réaction d'agglutination. — Soir : M. Doury. Examen clinique du cœur et des vaisseaux, pression artérielle, application au diagnostic des diverses cardiopathies. L'asystolie et son traitement.

Mardi 27 septembre. — Matin : M. Sézary. Sémiologie du système nerveux : hémiplégie, hémianesthésie, aphasie, épilepsie, tumeurs cérébrales. Indications thérapeutiques. — Soir : M. M. Nathan. Examen clinique des urines ; exploration rénale : urémie. Indications de la saignée ; déchloruration.

Mercredi 28 septembre. — Matin : M. Doury. Sémiologie clinique de l'estomac, chimisme gastrique; étude de la sécrétion à l'état normal et à l'état pathologique. Etude de la motricité gastrique. — Soir : M. M. Nathan. Sémiologie clinique de l'intestin. Examen des fèces. Technique. Valeur des méthodes coprologiques dans l'estimation des fonctions gastrique, duonénale, intestinale, pancréatique et hépatique.

Jeudi 29 septembre. — Matin : M. Sézary. Sémiologie du système nerveux (suite). Les paraplégies. Troubles de l'équilibre : ataxies, tabes, syndrome cérébelleux. Les atrophies musculaires. Syndromes radiculaires et radiculites. — Soir : M. Sézary. Séro-diagnostic : déviation du complément (méthode de Bordet-Gengou) dans le diagnostic des maladies infectieuses. Diagnostic de la syphilis et réaction de Wassermann; méthodes simplifiées. Diagnostic des kystes hydatiques par la méthode de Weinberg.

Vendredi 30 octobre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis, la médication mercurielle. — Soir : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 1er octobre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique : thorax, tube digestif.

Lundi 3 octobre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. Bonnier. Technique de l'examen de l'oreille. Vertige.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1910.) CITELLI : Est-il utile pour la pathologie et la clinique de conserver le terme « polypes saignants du nez » ? — Chanoine DAVRANCHES : Etude clinique du nystagmus calorique dans les suppurations auriculaires.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1910.) CHAVIGNY : Suicide et suicide manqué dans l'armée. — Jean DES CILLEULS : Le suicide dans l'armée française. Etiologie et prophylaxie. — MILLARDET : Docrinasie positive chez un mort-né non putréfié. — ZANGGER : Recherches sur le lait.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 286, 25 mai 1910.) WULLYAMOZ : Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'ionisation salicylée. — E. BORDET : Revue sur l'électro-cardiographie au point de vue clinique. — A. JAUBERT DE BEAUJEU : Sur la méthode de Klingelfuss pour la mesure des rayons X. — (N° 287, 10 juin.) OUDIN : Application thérapeutique locale des courants de haute fréquence en gynécologie. — H. BORDIER : Mécanisme de l'action des rayons X dans le traitement radiothérapique des fibromes. Technique et résultats. — Th. NOGIER : Action biologique de la lampe en quartz de Kromayer.

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1910.) J. COMBY : Appendicite chronique chez les enfants. — J. von BOKAY : Un cas rare de rachitisme tardif. — WEILL et POLICARD : Etude du liquide céphalo-rachidien pathologique. — J. COMBY : Faut-il enlever l'appendice sain ?

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 5, mai 1910.) G. HAYEM : De l'ulcère externe de l'estomac. — Pierre DUVAL : A propos de la péricolite membraneuse. — J.-Ch. ROUX : Constipation cæcale entretenue par des adhérences au niveau de l'angle droit du côlon. — René GOIFFON : Appareil simple et méthode rapide pour apprécier la fermentation des fèces.

Archives générales de chirurgie. — (N° 5, 25 mai 1910.) MONOD et VANVERTS : L'anastomose artério-veineuse (*fin*). — FLORENCE : Un cas de tumeur de la parotide accessoire. — Faxton E. GARDNER : Quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement des suppurations prostatiques d'origine gonococcique. — Denis G. ZEZAS : Traitement de la sciatique par l'extension continue.

Archives générales de médecine. — (Mai 1910.) A. JAVAL : Etude d'un sérum laiteux. — A. SARTORY : Durée de conservation des microbes. — Marcel PINARD : Syphilis et immunité.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 juillet. — MM. Bréchot, 19; Descomps, 20; Gernez, 17; Hallopeau, 15; Marcille, 19.

Ont été déclarés admissibles : MM. Descomps, 67; Lardennois, 66; Gernez et Kendirdjy, 64; Cauchoix et Mathieu, 63; Mocquot, 62. M. Desmarest est *ex æquo*.

La prochaine séance de médecine opératoire aura lieu le jeudi 28 juillet, à neuf heures du matin, à l'amphithéâtre d'anatomie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour deux places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire s'ouvrira le mardi 13 décembre 1910, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans (salle de la bibliothèque).

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

GUERRE. — M. le médecin auxiliaire Paoli, du 163e d'infanterie, a été nommé dans le cadre des officiers de réserve du service de santé au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve, pour prendre rang du 1er avril 1910, et affecté au 109e d'infanterie pour assurer le service médical du fort Saint-Menge.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — La XIVe session de l'association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 6 au 8 octobre 1910, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante :

« Des rétrécissements de l'urètre en dehors de la blennorragie et du traumatisme. » Rapporteur : M. Minet (de Paris).

Les membres de l'association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général : M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris, 8e.

LE CERCLE DES MÉDECINS DE NICE. — Cette année a été créé un cercle des médecins dont font partie non seulement les médecins de Nice, mais où sont admis tous les médecins de passage qui y trouvent une agréable et utile hospitalité.

Ouvert tous les jours et toute l'année, le cercle comprend des salons de conversation, de correspondance, de lecture, salle de conférences, bibliothèque, secrétariat où les médecins ne connaissant pas la Riviera pourront avoir tous renseignements utiles pendant leur séjour.

C'est au cercle qu'ont lieu toutes les réunions des différents groupements qui y ont leur siège social : le Syndicat médical, la société locale de l'A. G.; la Société de médecine. Si lon pense que le cercle compte environ 200 membres, nous voyons qu'il y a là une forte organisation médicale que nous sommes heureux de constater.

Le cercle est situé 33, boulevard Dubouchage; le bureau de 1909-1910 est ainsi constitué.

Président : docteur Gruzu; vice-présidents : docteurs A. Bruant et Rivoire; secrétaire général : docteur Morel de Mages; secrétaires adjoints : docteurs Raynaud et Bonta; trésorier : docteur Raymond; trésorier-adjoint : docteur de Giovanni; conseillers : docteurs Ardoin, d'Œlsnitz et Prat; avocats-conseils : Mes Médecin et Jaubert. (*Province méd.*)

(*Voir la suite des* **Nouvelles**, *p. 1208.*)

RENSEIGNEMENTS

TRAITEMENT DE L'ÉPULIS

PAR LE RADIUM

Par MM. Louis WICKHAM,
Médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis,
et P. DEGRAIS,
Ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Parmi les tumeurs qui se laissent favorablement influencer par les rayons du radium, il en est une, « l'épulis », qui mérite d'être particulièrement signalée.

L'épulis ne peut être considérée du moins au point de vue clinique comme une tumeur positivement maligne, car, s'il est vrai qu'elle est sujette aux récidives, du moins ne s'accompagne-t-elle que bien rarement de métastase. Toutefois ses caractères histologiques qui la rangent dans l'ostéo-sarcome et la large intervention qu'elle nécessite pour mettre le malade à l'abri de toute récidive (ablation de dents et d'une portion osseuse du maxillaire) justifient l'essai d'une thérapeutique par le radium dont l'action sur les néoplasies malignes nous a paru dans certains cas fort utile.

Le cas suivant, que nous avons présenté à la Société de stomatologie, prouve le parti avantageux qu'on peut tirer du radium dans le traitement de l'épulis (1).

C'est incidemment, à l'occasion du traitement d'un nævus, que Mlle S..., âgée de dix-huit ans, nous a montré une tumeur siégeant sur le maxillaire inférieur.

Celle-ci croissait depuis quelques mois de volume et devenait gênante surtout pendant la mastication ; de plus, elle était le siège d'hémorragies fréquentes. Déjà, à l'âge de sept ans, une petite tumeur gingivale pédiculée, siégeant vers la même place en avant de la dent de six ans, avait été extirpée.

Le docteur Médrin, qui a fait l'excision à l'hôpital de Sèvres, avait prévu la récidive, car il avait voulu sauvegarder des dents ; mais, cette récidive n'eut lieu qu'onze ans plus tard, en 1908. La tumeur récidivée est devenue exubérante et, quand en mars 1909, la malade nous l'a montrée, elle offrait les caractères cliniques suivants que le docteur Pitsch, chirurgien-dentiste, a eu l'amabilité de décrire :

« La tumeur présente une surface rugueuse. Elle est composée de deux parties bien distinctes, l'une interne, l'autre externe, reliées par un pont couvrant la seconde prémolaire gauche et la dent de six ans.

Mais, comme la seconde prémolaire est rejetée du côté jugal, l'espace compris entre cette dent et la dent de six ans s'en trouve agrandi et est rempli par le tissu de la tumeur. Il semble bien en réalité que ce soit de ce point même qu'est né le pédicule. Celui-ci s'est étalé ensuite des deux côtés (joue et langue). Du côté mésial en dedans et en dehors un centimètre environ de la tumeur reste libre.

On ne peut mieux comparer cette tumeur qui a la grosseur totale d'une grosse noix — y compris les



FIG. 1. — *Epulis du maxillaire inférieur couvrant deux dents.* — L'épulis avait la grosseur d'une petite noix. La malade est atteinte en même temps de deux taches vasculaires.



FIG. 2. — La tumeur a entièrement disparu depuis six mois ; les dents sont solides. Le nævus vasculaire est en cours de traitement.

(1) Présentation par M. le docteur Pitsch, en mai 1910.

deux dents qu'elle recouvre — qu'à une boule de godiva qu'on aurait séparée en deux parties un peu inégales (la plus grande partie du côté jugal) et aplatie sur l'arcade dentaire et la gencive. Sa couleur rappelle exactement celle du godiva usagé.

La tumeur saigne facilement au contact d'un instrument. Elle saigne surtout sous l'action de la brosse, car la petite malade prend soin de sa bouche et la tient parfaitement propre.

Il n'y a pas d'hémorragie pendant la mastication. La tumeur n'est pas érectile. Les dents intéressées ne sont pas très solides. »

Avant d'entreprendre le traitement nous avons prélevé un fragment qui fut examiné par le docteur Gastou. Il s'agit d'un ostéo-sarcome à grandes cellules géantes à myéloplaxes ; caractères histologiques typiques de l'épulis habituel.

Le moulage de la région a été pris par le docteur Pitsch (voir fig. 1 et 2).

Voici la technique opératoire que nous avons adoptée :

Le volume de la tumeur et sa localisation permettant l'application de notre méthode du « feu croisé », nous avons appliqué simultanément en dedans et en dehors deux toiles radifères de 2 centimètres de côté, contenant chacune 4 centigrammes de sulfate de radium d'activité 500000.

La souplesse de ces toiles permettait de leur donner une forme légèrement concave qui facilitait l'enveloppement de la tumeur par les appareils.

Nous avons interposé entre l'appareil et la tumeur, un écran de Pb de 2/10 de millimètre et dix feuilles de papier pour arrêter les rayons secondaires ; le tout était maintenu par une feuille de caoutchouc imperméable.

Le rayonnement utilisé était donc composé de rayons β moyens en petite proportion, de rayons β durs en grande proportion et de rayons γ.

Nous avons adopté ce filtre pour les raisons suivantes :

Etant donné la brièveté relative et forcée des applications, avec un filtre plus épais nous aurions agi avec un rayonnement d'intensité trop faible. D'autre part, nous pouvions disposer de durées d'application suffisantes pour qu'il fût utile de supprimer les rayons de faible pénétration qui, pendant le temps disponible, auraient produit de l'irritation. Notre technique habituelle consiste, après avoir évalué les temps d'application qui pourront être adoptés, à choisir des filtres qui laissent passer la plus grande somme possible de rayons sans déterminer d'irritation, à moins toutefois que cette irritation ne soit nullement nuisible, comme lorsque nous agissons soit après perforation ou incision des tumeurs, sur le vif même des néoplasies, auquel cas le filtrage n'a plus la même raison d'être.

D'autre part, le fait d'opposer deux appareils vis-à-vis l'un de l'autre nous permettait de concentrer dans la profondeur une somme plus grande des rayons très pénétrants β durs et γ que nous avons dénommés surpénétrants.

Par cette technique nous inondions la tumeur de rayons dans ses diverses couches jusqu'aux plus profondes et nous donnions aux appareils leur maximum de rendement.

Il a été fait une première série d'applications d'une heure répétées dix fois au cours de quinze jours, du 17 mars au 2 avril 1909.

Peu après ce premier traitement la diminution de la tumeur est devenue manifeste.

Une deuxième série en tous points semblable est faite du 2 au 22 mai. Une troisième série de dix heures du 9 au 30 juin. Enfin une quatrième de dix heures encore du 6 au 20 août.

A partir de ce moment, l'emploi des toiles de 2 centimètres est devenu impossible, car il ne reste plus qu'une légère saillie à la face interne du maxillaire et un bourrelet entre les deux dents.

Les hémorragies ont depuis longtemps disparu.

Pour continuer le traitement, nous avons recours à l'emploi d'un tube d'argent de 5/10 de millimètre d'épaisseur (1) contenant 1 centigramme de radium pur, que nous avons fixé, suivant les conseils du docteur Pitsch, avec du godiva.

Durant une heure nous avons laissé cet appareil en place à la face interne de la tumeur entre les deux dents où était sa base d'implantation.

Cette dernière application faite au mois de novembre a abouti à la disparition des derniers vestiges de l'épulis et depuis cette époque il ne s'est produit aucune menace de récidive.

Peut-être serait-il encore prématuré de parler de guérison, mais le résultat obtenu sans qu'à aucun moment il n'y ait eu d'inflammation surajoutée et sans que la malade ait eu à supporter la plus légère douleur nous a paru intéressant à signaler. Les dents ont acquis une solidité normale.

Cette observation n'est pas la première en date. En 1904 le docteur Abbé (de New-York) a traité un cas analogue en perforant la tumeur et en introduisant un tube. La tumeur a complètement disparu et n'a pas récidivé depuis lors.

Ces faits corroborent les résultats qui ont été obtenus sur les ostéo-sarcomes à cellules géantes (2). Dans ces cas particuliers où les métastases sont assez rares on peut se permettre de prononcer le mot de guérison, car les tumeurs disparaissent et ne récidivent que rarement.

Cette méthode de traitement est très certainement supérieure à l'extirpation chirurgicale parce qu'elle sauvegarde les dents et une portion du maxillaire que la pince tranchante aurait à extirper.

Dans le cas que nous avons rapporté, la durée du traitement a été trop longue ; si le sujet consent à une intervention chirurgicale, il y a grande économie de temps, soit à perforer la tumeur vers sa base et à y introduire un tube puissant de 3 centigrammes avec minimum de filtrage en le laissant quarante-huit heures une fois pour toutes, soit à extirper le maximum possible de la tumeur, puis à employer les appareils avec minimum de filtre comme nous le

(1) Nous ne pouvions disposer alors de tubes de 3/10 de millimètre tels que l'industrie en construit actuellement.

(2) Le docteur Abbé vient de publier l'observation de dix cas guéris, les plus anciens datant de 1904.

faisons chaque fois que les appareils sont appliqués sur le vif des tumeurs et qu'il n'y a pas de tissus à ménager.

En résumé, nous pensons que la radiumthérapie apporte un progrès très certain au traitement de l'épulis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1910)

Eaux minérales. — M. MEILLÈRE fait un rapport au nom de la commission des eaux minérales.

De la pyélotomie pour l'ablation des calculs du rein. — M. BAZY. On peut faire l'ablation de la plupart des calculs du rein par la pyélotomie, c'est-à-dire par l'incision du bassinet et du bassinet seul, sans intéresser le parenchyme du rein, sans troubler en quoi que ce soit le fonctionnement du rein, sans en altérer la valeur fonctionnelle.

Il semble donc inutile, dans la grande majorité des cas, de faire subir, au préalable, aux sujets qu'on devra opérer, des interventions exploratrices qui ont la prétention, non justifiée du reste, d'établir cette valeur fonctionnelle, mais qui, en revanche, sont quelquefois péniblement supportées, douloureuses et même dangereuses.

L'opération pourra donc être faite chez tout individu capable de supporter une opération de longueur moyenne et de gravité minime.

Elle convient encore très bien aux cas où le rein opposé est en état de déchéance, où le rein à opérer est le meilleur des deux et doit, par conséquent, être ménagé.

Ces deux conditions existaient dans deux cas où il s'agissait de femmes fatiguées par la souffrance et la suppuration, et déjà d'un certain âge, quarante-huit et cinquante-huit ans.

On peut employer la pyélotomie dans les cas où le bassinet est infecté : la réunion par première intention du bassinet ne paraît pas être entravée par cette complication.

On peut connaître à l'avance, par l'étude des radiographies, si l'on pourra faire la pyélotomie ou si on devra faire la néphrotomie.

La bénignité de l'intervention justifie sa précocité ; celle-ci devra être faite aussitôt que le diagnostic aura été nettement posé.

Le bassinet doit être attaqué de préférence par sa face postérieure.

Carie dentaire. — M. FILDERMANN, en son nom et au nom de Mme Fildermann, fait une communication sur le traitement de la carie pénétrante des dents avec mortification de la pulpe par l'inspiration et l'injection d'oxygène et de vapeurs formolées suivie d'une injection de paraffine chauffée à 100 degrés.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Galippe.

La prochaine séance aura lieu le premier mardi d'octobre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1910)

La rétention calcaire dans les maladies. — MM. M. LŒPER et G. BÉCHAMP admettent au cours de certains états pathologiques une rétention véritable de sels de chaux.

La rétention est locale ou générale suivant que la chaux s'accumule dans un organe, un tissu, ou dans l'ensemble des divers parenchymes de l'organisme. Elle existe dans les artères athéromateuses, dans les exsudats pleuraux et péritonéaux, dans les foyers pneumoniques et tuberculeux, dans l'asystolie, l'urémie et la plupart des états infectieux.

L'urine et les matières sont en général pauvres en chaux tant que persiste la rétention ; elles en contiennent au contraire une quantité considérable lorsque survient la crise dans les maladies.

Capsules surrénales. — M. ROGER a essayé d'établir que les capsules surrénales renferment plusieurs substances hypotensives : un pigment rouge dialysable, un pigment noir non dialysable, des matières grasses.

Le pigment rouge se trouve à l'état de chromogène. Si l'on pratique une décoction de capsules à l'abri de l'air, on obtiendra par la dialyse un chromogène jaune qui deviendra, par oxydation, violet puis rouge. Les liquides ainsi préparés sont riches en adrénaline et hypertenseurs : traités par l'ammoniaque, ils deviennent hypotenseurs.

Si on opère à froid, on peut par l'alcool extraire des capsules le pigment rouge hypertenseur qui devient également hypotenseur par action de l'ammoniaque. Après épuisement par l'alcool, les capsules abandonnent au chloroforme une matière grasse dont l'émulsion injectée dans les veines amène une légère élévation de pression non suivie d'abaissement. Cet effet est dû à la présence d'une trace d'adrénaline. Si on lave la graisse avec de l'eau acidulée, on enlève cette substance et on obtient un effet hypotenseur. Enfin, l'alcool amylique permet d'extraire une autre substance hypotensive. Après l'action de ces réactifs, l'eau n'enlève plus au tissu de substances actives ; celles qui, dans les autres expériences, se dissolvaient dans le liquide ont été coagulées.

Ces recherches nouvelles tendent à démontrer que les matières hypotensives sont multiples et qu'elles ne sont pas des produits artificiels ; elles préexistent dans les capsules.

Modifications évolutives et régressives de la bourse de Fabricius. — MM. Aug. LELIÈVRE et Ed. RETTERER. Après avoir débuté à l'état d'ébauches épithéliales (premier stade), les follicules de la bourse de Fabricius se transforment en tissu réticulé et vasculaire (deuxième stade). Au fur et à mesure que les lymphocytes et les hématies sont emportés par le courant lymphatique ou sanguin, la trame réticulée se modifie elle-même et élabore un tissu conjonctif qui finit par constituer, chez l'oiseau adulte, une masse de tissu inodulaire (troisième stade).

Moyen de prévenir les accidents observés chez le cheval au cours de la vaccination antiméningococcique. — MM. BRIOT et DOPTER ont observé, en comparant l'activité du sérum antiméningococcique avant la vaccination de l'animal, puis une demi-heure, une heure et plusieurs heures après, que cette activité diminuait assez rapidement.

Ils ont alors pensé pouvoir prévenir les accidents observés quand on pratique l'injection intraveineuse totale, en fragmentant ces injections. Des chevaux qui avaient présenté des accidents fort graves ont pu supporter impunément des doses progressivement croissantes : devant recevoir 40 centimètres cubes d'émulsion par exemple, ils ont reçu d'abord 20 centimètres cubes, puis, une heure après les 20 autres centimètres cubes complémentaires. Aucun trouble ne s'est produit.

Ce procédé rappelle la méthode des vaccinations subintrantes de Besredka pour préserver le cobaye de la mort par anaphylaxie sérique.

De l'antagonisme dans le domaine expérimental. — M. MAUREL considère comme agents antagonistes, ceux qui, après leur absorption, s'opposent à la reproduction ou à la continuation d'une action provoquée par un autre agent ou même qui ne s'oppose qu'à la manifestation de cette action.

L'absorption, pour l'auteur, sépare l'antagonisme de l'anti-

dotisme, ce dernier s'exerçant seulement dans les cavités naturelles.

Les actions antagonistes, comme les synergiques, se divisent en allohistiques et en homohistiques selon qu'elles s'exercent sur des éléments anatomiques différents ou sur les mêmes éléments. Il donne quelques exemples du premier; et à ce propos il montre les dangers de la médication des symptômes.

Mais il insiste surtout sur l'antagonisme homohistique; et il prouve, par des faits expérimentaux, que non seulement cet antagonisme existe quand ses agents sont donnés simultanément, mais aussi comme curatifs, même comme préventifs. La principale loi qui se dégage de ces recherches est que les *agents antagonistes homohistiques, pour être efficaces, doivent être donnés dans les proportions de leurs doses minima mortelles.* Si bien que si le toxique est dans l'organisme en quantité double de sa dose minima mortelle, il faut, pour le combattre efficacement, donner également son antagoniste en quantité double de la sienne.

Tout en faisant ces réserves sur le passage de ces faits expérimentaux à la clinique, M. Maurel pense que ces résultats sont déjà suffisants pour inspirer des recherches faites dans ce sens par la thérapeutique.

ANALYSES

MÉDECINE

La maladie de caisson. (M. A. Starr, *Medical Record*, n° 26, juin 1909.) — Le percement de plus d'une douzaine de tunnels sous les bras de mer qui séparent l'île de Manhattan de Brooklyn et de Jersey City a donné aux médecins de New-York une belle occasion d'étudier les désordres, dits « maladie de caisson », qui résultent de la décompression trop rapide des ouvriers remontant de caissons pneumatiques. Starr base son étude clinique sur 310 cas récents. De tous les symptômes, une forte myalgie dans les muscles du dos, et aussi dans les muscles des extrémités est le plus fréquent (105 cas). Ensuite vient un syndrome auriculaire comparable au vertige de Ménière : vertige, vomissements, tintements d'oreille, surdité, courbature générale violente (68 cas). Les arthralgies furent vues dans 60 cas, beaucoup coïncidant avec les douleurs musculaires. Il semble probable que, dans beaucoup de ces cas, il y eut effusion soudaine de liquide dans la jointure, et distension des ligaments; en tout cas, il y a gonflement sans rougeur et sans chaleur. Une paraplégie aiguë survint dans 26 cas, une monoplégie de type cérébral plutôt que spinal, dans 17 cas. Ces symptômes nerveux sont dus à un ramollissement localisé ou à des troubles de nutrition du cortex causés par des bulles de gaz dans les vaisseaux cérébraux. Cependant ces monoplégies et paraplégies ont un pronostic relativement bénin, ainsi que d'une façon générale la plupart des troubles d'origine cérébrale : aphasie, hémiplégie, manie transitoire, surdité ou cécité temporaire. Dans 14 cas, il y eut du vertige cérébral, dû à une embolie gazeuse des artères cérébrales et cérébelleuses : analogue cliniquement au vertige de Ménière, il en diffère en ce qu'il s'accompagne de paralysie des nerfs craniens. Enfin, dans 13 cas, il y eut des symptômes asphyxiques avec faiblesse et irrégularité cardiaques. Tous ces troubles cèdent très vite à la recompression, et au fait de la présence de chambres de recompression dans tous les chantiers est due la bénignité du pronostic dans la statistique de Starr. Si l'on n'a pas de chambre de recompression, la strychnine et l'ergot sont ce qui reste de mieux. F. Gardner.

MÉDECINE INFANTILE

Hypertrophie et suppuration du thymus chez un nourrisson mort subitement. [Communication à la Société nationale de médecine de Lyon, séance du lundi 25 avril 1910 (*Lyon méd.*, 1910.)] — MM. Planchu et Robert Rendu relatent l'observation d'un nourrisson de cinq mois qui, brusquement, en pleine santé, eut une *crise de cyanose* d'une intensité extrême, et qui ne revint à lui qu'au bout d'un quart d'heure de frictions, de sinapisation et de respiration artificielle. Un second accès de suffocation, en tout semblable au premier, survint, sans prodrome, un mois après et emporta l'enfant. A l'autopsie on trouva un *œdème aigu* typique des deux poumons et un *thymus hypertrophié et suppuré* : l'examen histologique montra que le tissu de cet organe était parsemé de *petits abcès miliaires.* Il est possible que, d'une part, l'hypertension résultant de l'abolition de la sécrétion interne du thymus, d'autre part, l'excitation des terminaisons du pneumogastrique par cet organe enflammé aient déterminé ou simplement favorisé l'apparition de cet œdème aigu du poumon. Quoi qu'il en soit, alors même que ses lésions pulmonaires semblent suffisantes pour expliquer la mort d'un enfant ou d'un nourrisson, il importe de toujours examiner soigneusement le thymus : bien des inflammations de cet organe ont dû passer inaperçues faute d'un examen histologique.

L. Gayard.

CHIRURGIE

Recherches sur l'anastomose circulaire des vaisseaux, par suture ou par appareils prothétiques, au point de vue chirurgical et physiologique. Applications à la transfusion du sang et à l'étude de la coagulation. [M. C. Fleig (de Montpellier), *XLVIIIe Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements*, tenu à Paris, 29 mars 1910, et *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 10 déc. 1909.] — L'auteur communique les résultats de ses recherches sur les sutures et les anastomoses de vaisseaux, en particulier sur l'anastomose artérielle circulaire, réalisée soit par simple suture, soit par fixation sur tubes prothétiques à demeure, soit par suture sur tubes prothétiques amovibles, et sur les greffes de segments de vaisseaux suivant ces mêmes procédés, et montre les diverses applications qui en découlent.

Après avoir étudié expérimentalement la technique opératoire de la suture artérielle suivant le procédé de Carrel, et signalé quelques points de technique personnels, il étudie une série de procédés d'anastomoses artérielles circulaires : ce sont les anastomoses par ligature sur tube de Payr ou sur tubes prothétiques qu'il a imaginés (tube de Payr à parois criblées de trous, tube de Payr à crochets, anneaux de magnésium montés sur trépied sectionnable, bagues en tissu artériel durci, bagues de magnésium ou autres montées sur tubes amovibles par section ou sur « double hémi-cartouche » amovible); puis les anastomoses circulaires par suture sur double hémi-cartouche à extrémité circulaire, conique ou pyramidale et les anastomoses par ligature ou suture sur tube à revêtement endothélial interne, inclus dans le vaisseau; enfin les greffes de segments de vaisseaux réalisées aussi sur tubes prothétiques spéciaux placés à demeure ou amovibles (tubes fenêtrés porte-greffes, double hémi-cartouche à double extrémité conique, tubes paraffinés ou à revêtement endothélial interne, chargés du greffon sur leur paroi externe et amovibles après greffe).

Des expériences l'ont amené à préconiser un mode de transfusion du sang consistant à anastomoser, sur support prothétique, un segment de vaisseau d'origine animale entre l'artère du transfuseur et la veine du transfusé, ce segment pouvant lui-même être conservé in vitro pendant très longtemps. La transfusion est ainsi plus commode que dans le procédé par suture artério-veineuse directe et que dans le procédé du tube de Crile. D'autre part, au point de vue physiologique, l'auteur, en se servant de vases à revêtement interne d'endothélium vasculaire pour l'étude de la coagulation du sang, arrive à des conclusions qui peuvent être le point de départ

de recherches d'intérêt général sur la comparaison des propriétés biologiques du sang total, du plasma, du sérum et des globules lavés (en particulier dans l'étude du mécanisme de l'immunité, des ferments du sang, etc.). L'ensemble de ces études permet aussi d'aborder de nombreux problèmes physiologiques au moyen des greffes contemporaines d'organes (rein, cœur, etc.) qui réalisent en quelque sorte à travers ces organes de vraies inoculations artificielles avec un liquide parfaitement physiologique, le sang, et dans des conditions d'irrigation physiologiques, puisque le rythme artériel est conservé dans les organes en question.

Enfin l'auteur groupe une série de considérations, d'ordre expérimental, dans le but d'élucider si les vaisseaux conservés longtemps hors de l'organisme restent vivants ou s'ils ne représentent que des éléments morts, susceptibles de jouer simplement un rôle mécanique lorsqu'on les greffe dans un organisme définitivement ou temporairement.

L. GAYARD.

SYPHILIGRAPHIE

Le traitement de la syphilis par le dioxy-diamido-arséno-benzol (Ehrlich). (TREUPEL. *Münch. med. Wochens.*, 28 juin 1910, n° 26; — NEISSER. *Deuts. med. Wochens.*, 30 juin 1910, n° 26; — SCHREIBER et HOPPE. *Münch. med. Wochens.*, 5 juillet 1910, n° 27.) — Les communications concernant le traitement de la syphilis par le dioxy-diamido-arséno-benzol d'Ehrlich se poursuivent dans les différentes publications allemandes. Toutes constatent, en reconnaissant que les observations sont encore trop récentes pour permettre une appréciation définitive, que le nouveau médicament possède une efficacité remarquable vis-à-vis des manifestations syphilitiques.

Tel est l'esprit d'une présentation de malades faite par Treupel à l'hôpital « Zum heiligen Geist » de Francfort-sur-Mein, le 23 juin 1910 (*Münch. med. Wochens.*, 28 juin 1910, n° 26, p. 1422), d'une lettre de A. Neisser publiée par le *Deutsche medizinische Wochenschrift* (30 juin 1910, n° 26, p. 1212) et d'un article de Schreiber et de Hoppe (*Münch. med. Wochens.*, 5 juillet 1910, n° 27, p. 1430).

La statistique de Treupel porte sur environ 500 cas soignés depuis six mois; celle de Schreiber et Hoppe, sur 150 cas de syphilis récente. Quant à Neisser, il se défend en raison du nombre peu considérable de sujets traités par lui depuis trop peu de temps de donner des conclusions formelles, mais les observations qu'il rapporte en faveur du médicament sont particulièrement intéressantes, venant d'un syphiligraphe d'une compétence aussi avertie.

Le médicament se présente sous forme d'une poudre jaune qui est un chlorhydrate de dioxy-diamido-arséno-benzol, très peu soluble dans l'eau. Il s'emploie en injections intramusculaires ou intraveineuses; les solutions ne se conservent pas et doivent être utilisées immédiatement.

Ehrlich conseille les modes de préparation suivante pour ces solutions :

1° Solution à 1 p. 100 pour injections intramusculaires.

On dissout, en les broyant avec un pilon de verre, $0^{g}60$ de substance active dans 3 centimètres cubes de glycol; l'addition de quelques gouttes d'eau facilite la dissolution. On ajoute $10^{cc}3$ de solution n/5 de soude. On obtient en agitant un liquide clair dont on ramène le volume à 60 centimètres cubes par addition d'eau.

2° Solution diluée pour injections intraveineuses.

a. *Solution A.* — $0^{g}6$ de substance active dans $0^{cc}3$ à $0^{cc}5$ d'alcool méthylique ou 3 centimètres cubes de glycol.

b. *Solution B.* — 240 centimètres cubes ou plus de solution physiologique de NaCl + $10^{cc}3$ de solution n/5 de soude.

On verse la solution A dans la solution B et l'on agite.

Les injections intramusculaires ont été pratiquées par tous les auteurs dont nous analysons ici les travaux et tous sont d'accord pour reconnaître que ces injections sont douloureuses au point de nécessiter un séjour au lit pendant quatre à cinq jours. Treupel, qui s'est adressé surtout à des malades attirés par l'espoir d'une guérison après une seule piqûre, préfère malgré ces inconvénients les injections intramusculaires aux injections intraveineuses. Au contraire Neisser, Schreiber et Hoppe pensent qu'il y a lieu de substituer autant que possible les injections intraveineuses aux injections intramusculaires. Ces dernières ont de plus l'inconvénient de déterminer, si un peu de la solution très alcaline fuse dans le tissu cellulaire ou même reste strictement intramusculaire, des infiltrations considérables et persistant six à huit jours. La résorption du médicament se trouve aussi retardée : Schreiber et Hoppe ont pu retrouver in situ une notable partie de l'arsenic trente-six jours après l'injection.

Les injections intraveineuses ne provoquent aucune douleur. Elles sont parfaitement supportées et l'on est sûr que toute la dose de médicament injectée est résorbée.

Immédiatement après les injections intramusculaires on note parfois une élévation de la température à 38, 39 et même 40 degrés; la température revient à la normale au bout de quatre à cinq jours (Treupel, Schreiber et Hoppe). D'après Schreiber et Hoppe ces poussées fébriles feraient défaut après les injections intraveineuses. Au contraire Neisser les a constatées après ces dernières, accompagnées de vomissements. Dans deux cas, Schreiber et Hoppe ont vu apparaître dix jours après l'injection un érythème scarlatinoïde qui s'effaça en trois jours.

En dehors de ces inconvénients passagers et peu graves, puisqu'il s'agit d'une seule injection et non pas d'une série de piqûres comme dans le traitement mercuriel, on n'a jamais observé d'accidents inquiétants ni du côté des yeux, ni du côté du rein, ni du côté du tube digestif. La toxicité du médicament est très minime.

L'élimination de l'arsenic par l'urine est complète en cinq à treize jours après injection intramusculaire; en deux à quatre jours après injection intraveineuse. Une partie de l'arsenic est éliminée par l'intestin.

Les injections sont de plus suivies d'une leucocytose sanguine pouvant monter jusqu'à 38 000 (Neisser, Schreiber et Hoppe).

Quelle est maintenant l'action du médicament chez les syphilitiques? Il est certain que la plupart des malades ont reçu des doses trop faibles. Treupel et Neisser n'ont jamais injecté plus de $0^{g}30$ à $0^{g}40$.

La plupart des malades de Schreiber et Hoppe n'ont pas été traités d'une façon plus active et récemment seulement ces médecins ont élevé la dose injectée à $0^{g}60$ ou $0^{g}70$.

Malgré tout, les auteurs sont unanimes sur l'activité tout à fait remarquable du dioxy-diamido-arseno-benzol.

Les syphilis graves des centres nerveux, les syphilis malignes, les syphilis ulcéreuses étendues, rebelles au traitement mercuriel et ioduré régressent très rapidement après l'unique injection.

Des accidents primitifs se sont cicatrisés en trois ou quatre jours.

En deux jours des exanthèmes secondaires ont pâli et se sont affaissés.

Parfois on constate au niveau des efflorescences syphilitiques la « réaction de Herxheimer » qui se produit presque immédiatement après la piqûre et qui a été décrite dans le traitement mercuriel. Cette réaction consiste en une accentuation des efflorescences qui deviennent temporairement plus rouges et plus saillantes, pour pâlir au bout de vingt-quatre heures. Cette réaction est due soit à une destruction par le médicament des spirochètes de la lésion et de la mise en liberté de leurs endotoxines, soit à une sorte d'excitation des spirochètes sous l'influence du dioxy-diamido-arseno-benzol.

Elle indiquerait d'après Ehrlich que la dose employée a été insuffisante.

Si l'on pratique la recherche des spirochètes de Schaudinn au niveau des accidents primitifs ou des condylomes, on voit que ces micro-organismes disparaissent complètement des lésions vingt-quatre à quarante-huit heures après l'injection.

Neisser a étudié l'action du médicament chez douze singes syphilitiques; il estime que trois de ces animaux ont guéri d'une façon certaine; chez deux la guérison définitive est possible. Chez les autres elle a fait défaut; mais il ajoute que les doses employées ont été certainement trop faibles. Le médicament possède également, d'après Neisser, une action préventive certaine.

Schreiber et Hoppe ont vu, chez 84,6 p. 100 des syphilitiques présentant une réaction de Wassermann positive, cette réaction devenir négative dans un laps de temps allant jusqu'à cinquante jours après l'injection.

Chez d'autres sujets, la transformation a été plus tardive, ce qui porte en définitive le nombre des cas à 92 p. 100. Neisser a observé que cette transformation de la réaction de Wassermann survient chez les sujets traités peu de temps après le début de l'infection.

En résumé, l'emploi du dioxy-diamido-arseno-benzol semble réaliser un progrès sérieux dans la thérapeutique de la syphilis. Même au prix des inconvénients, réduits au minimum par la pratique des injections intraveineuses, il n'est pas sans intérêt de savoir que nous possédons peut-être à l'heure actuelle un médicament efficace en une seule dose, et dénué, à cette dose, de toxicité. Il est évidemment prématuré de conclure dès maintenant que ce médicament guérit définitivement la syphilis en une seule injection. Mais les doses employées le plus souvent étant notoirement insuffisantes et ayant néanmoins produit des effets surprenants, il est légitime d'espérer beaucoup des doses plus fortes, lorsque l'emploi en aura été définitivement réglé.

Les résultats acquis permettent en tous cas de considérer le dioxy-diamido-arseno-benzol comme un élément remarquable de la méthode thérapeutique préconisée par Ehrlich sous le nom de « therapia magna sterilisans » et doivent encourager cet auteur à persister dans le plan des recherches qu'il s'est tracé.

A. LEMIERRE.

NEUROLOGIE

Hémisection traumatique de la moelle, syndrome de Brown-Séquard. (MM. RAUZIER et RIMBAUD. *Revue neurol.*, 1909, pp. 887-895, avec 4 schémas de sensibilité.) — Un garçon de seize ans reçoit un coup de stylet entre les épaules, et tombe avec une paraplégie complète. Pendant les trente heures qui suivent, le liquide céphalo-rachidien coule en abondance, et reste clair, ce qui ne permet pas d'attribuer, comme l'a fait M. Raymond, la paraplégie initiale, à l'hématorachis. Puis, s'établit le syndrome de Brown-Séquard, mais les troubles sensitifs, du côté opposé à la lésion, sont dissociés : l'anesthésie est absolue à la douleur, avec hypoesthésie à la température, et sensibilité tactile retardée. D'après la systématisation de van Gehuchten, les conducteurs de cette dernière seraient directs, et ici, la sensibilité tactile est troublée du même côté que les deux autres modes, qui auraient des voies croisées, d'après le schéma de van Gehuchten. Enfin, contrairement à la description de Brown-Séquard, le sens musculaire est aboli des deux côtés, et non seulement du côté de la lésion, les sensibilités profonde, articulaire, tendineuse, osseuse étant troublées, du même côté que les sensibilités superficielles, et non de l'autre côté, comme l'indique Grasset. La dissociation entre les sensibilités superficielles et profondes que cet auteur décrit dans le syndrome de Brown-Séquard n'existe donc pas dans tous les cas.

L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES INDICATIONS DU TRAITEMENT HYDROMINÉRAL EN GYNÉCOLOGIE

Par M. le docteur Henri MÉNESCAL.

Il y a des formes de métrite chronique à caractère lent, torpide, qui, chez les lymphatiques et les scrofuleuses, présentent la forme catarrhale et leucorrhéique. Ces formes cliniques se trouveront bien des eaux sulfureuses et on choisira surtout les sources qui ont une action calmante. Il faut savoir, en effet, que les eaux sulfureuses employées sans précaution ou sans discernement exposent à des exacerbations douloureuses et peuvent réveiller des névralgies passées.

Le type des eaux sulfureuses indiquées dans la métrite catarrhale est Saint-Sauveur. Elles sont chaudes et leur minéralisation totale est très faible.

Les eaux chaudes et les eaux de Vernet sont également sédatives et répondent aux mêmes indications que celles de Saint-Sauveur. Celles de Luchon, d'Amélie, d'Ax, sont plus excitantes.

En général, pour augmenter l'action décongestive des eaux sulfureuses et pour maintenir l'utérus dans un état analgésique utile au traitement, on fait placer chaque soir, au coucher, par la malade, un ovule Roche au thigénol (30 p. 100), ou bien on lui met tous les deux ou trois jours un Tampol Roche au thigénol. On détermine ainsi des écoulements thérapeutiques d'abondance variable qui amènent une décongestion puissante et la diminution de la leucorrhée. Le tampol constitue à lui seul un véritable pansement protecteur, permettant aux malades de ne pas se garnir, et semble très pratique pour les villes d'eaux et les voyages ou villégiatures.

Quand les femmes ont une constitution rhumatismale et arthritique, il faut utiliser surtout les eaux alcalines, Vals et Vichy. Si les malades sont anémiques et irritables, il faudra préférer Pougues, Royat.

Dans les métrites à caractère catarrhal très prononcé, il faut avoir recours, en dehors des pansements résolutifs thigénolés indiqués précédemment, aux eaux sulfatées ferrugineuses parce qu'elles sont très astringentes. C'est à Levico et Roncegno aux environs de Trente, qu'il faut envoyer ces malades. Ce sont deux eaux ferrugineuses sulfatées arsenicales que l'on emploie en bains et en boisson.

Les eaux ferrugineuses et acidulées gazeuses de Saint-Moritz sont indiquées surtout dans les ménorragies dépendant de lésions utéro-ovariennes. Mais si l'on craignait l'action excitante de l'acide carbonique on aurait recours aux eaux bicarbonatées mixtes et ferrugineuses comme Lamalou. Ces eaux ont des effets sédatifs et même somnifères tout en gardant une propriété révulsive énergique et reconstituante.

On le voit, la balnéothérapie gynécologique et les traitements par les eaux minérales sont assez nombreux pour qu'il soit utile d'y recourir avant l'hystérectomie totale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE. — La première réunion de l'association aura lieu à Paris, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, les vendredi 29 et samedi 30 juillet 1910.

ORDRE DU JOUR. — *Vendredi 29 juillet.* — Matin, neuf heures, séance administrative.

1° Admission des candidats : MM. Mantoux et J. Lemaire (Paris), Lalesque (Arcachon), Cruchet (Bordeaux), Vignard et Nové-Josserand (Lyon), Caubet (Toulouse), Curtillet (Alger),

Montagnon (Saint-Etienne), Gaudier (Lille), Silhol (Marseille), Langevin (Le Mans), Leenhardt (Montpellier).

2° Désignation du lieu et de la date de la prochaine réunion.

3° Désignation de deux membres provinciaux du conseil d'administration.

A neuf heures et demie, discussion du premier rapport sur le thymus. (Rapporteurs : MM. Weil, Marfan, Veau.)

Soir, à trois heures, séance administrative.

1° Désignation des rapports et des rapporteurs pour la prochaine réunion.

2° Modifications et approbation des statuts; en particulier, question des cotisations et des communications.

A quatre heures, suite de la discussion des rapports sur le thymus.

Communications.

Samedi 30 juillet. — Matin, neuf heures, discussion du deuxième rapport sur les méningites cérébro-spinales. (Rapporteurs : MM. Richardière et G. Lemeure, Moussous et Rocaz, Netter.)

Soir, trois heures, suite de la discussion.

Communications diverses.

Nota. — Les membres de l'association qui n'ont pas payé leur cotisation pourront retirer un exemplaire des rapports chez M. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, contre le versement de celle-ci.

COMMUNICATIONS. — 1° M. d'Œlsnitz : Signes cliniques de l'hypertrophie du thymus.

2° MM. Nobécourt et Tixier : Signes physiques de l'hypertrophie du thymus.

3° M. Roux : Spasme phrénoglottique et hypertrophie du thymus.

4° M. d'Astros : Scorbut infantile.

5° M. Ausset : Bouillies maltées dans les entérites et les dyspepsies de l'enfance.

6° M. Hallé : Méningites aiguës.

7° MM. A. Broca et R. Debré : Quelques aspects chirurgicaux des méningites cérébro-spinales.

8° MM. H. Barbier et Mascré : Retour de la sécrétion lactée et variations physiologiques du lait de femme.

MM. les membres de l'association sont priés de se rendre au dîner qui aura lieu le samedi 30 juillet, à sept heures et demie, au restaurant Ledoyen, Champs-Elysées.

Prix du dîner : 20 francs.

Prière de se faire inscrire dès le début de la première séance de vendredi 29 juillet.

Nota. — Les membres étrangers du comité international venus à Paris à l'occasion de la séance de ce comité, tenue le 28 juillet, assisteront à ce dîner.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — ENSEIGNEMENT DE L'OPHTALMOLOGIE. — I. *Démonstrations d'anatomie normale et pathologique et d'histogenèse de l'appareil visuel* (Enseignement du 2e degré). — M. le docteur MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, fera les mardis et vendredis, à onze heures et demie du matin, avec la collaboration du docteur Magitot, assistant du service, une série de démonstrations avec projections qui commenceront le vendredi 4 novembre 1910, et se continueront jusqu'à la fin de décembre dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

II. *Démonstrations d'ophtalmologie* (Enseignement du 1er degré). — M. le docteur MORAX fera pendant les mois de janvier, février et mars 1911 des démonstrations cliniques et techniques, qui auront lieu les lundis et jeudis matin à neuf heures, dans le service de la consultation ophtalmologique. Ces démonstrations commenceront le lundi 9 janvier 1911. Le vendredi matin à onze heures et demie, conférence avec présentation de malades et de pièces sur les « Manifestations oculaires en rapport avec les affections générales » (syndromes viscéraux, vasculaires et nerveux).

Pendant cette même période, il sera fait un cours pratique d'ophtalmoscopie par MM. Magitot et Landrieux. Ce cours aura lieu l'après-midi. M. Magitot, assistant du service, recevra les inscriptions et adressera sur demande un programme détaillé.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 5, mai 1910.) PELLÉ : Notes médicales sur la mission hydrographique du *Vaucluse.* — BOUAIN : Désinfection du *Borda* par l'appareil Marot. — GUÉGUEN : De l'emploi de l'oléo-réfractomètre dans la recherche des falsifications des huiles en général. — (N° 6, juin 1910.) MICHEL : Les pêcheurs d'Islande en 1900. — PFIHL : Kyste hydatique du rein gauche. — GUÉGUEN : De l'emploi de l'oléo-réfractomètre dans la recherche des falsifications des huiles en général (*fin*).

Archives internationales de neurologie. — (Mai 1910.) F. GARNIECKI : Démence précoce et syphilis (*fin*). — G. G. DE CLÉRAMBAULT : Notes sur l'éthérisme (*suite*). — ROUBY : Pénitenciers militaires.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 4, avril 1910.) M. LETULLE et NATTAN-LARRIER : Adénome complexe du rein (cysto-adénome polymorphe congénital). — ALGLAVE : Recherches sur l'anatomie chirurgicale du segment iléo-cæcal chez l'adulte et chez l'enfant et sur certaines hernies du cæcum.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 mai 1910.) E. ROCHARD : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — G. BARDET : Modifications apportées dans les propriétés thérapeutiques des eaux minérales par la radio-activité.

Bulletin mensuel de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose. — (N° 3, avril-mai 1910.) H. BARBIER : Le sanatorium pour enfants tuberculeux de l'hôpital Hérold. — H. BARBIER et VAUCHER : Dilatation des bronches et tuberculose. — A. JOUSSET : Rapports de l'hydrocèle simple et de la tuberculose.

Bulletin médical. — (N° 41, 21 mai 1910.) E. DUPRÉ : L'expertise psychiatrique; règles générales de l'examen médical. — (N° 42, 25 mai.) L. BROCQ : La série morbide des urticaires papuleuses, des prurigos et des eczémas papulo-vésiculeux. — (N° 43, 28 mai.) HUTINEL : Associations morbides et immunisation. — P. SAINTON et ROGER : Les signes révélateurs de la contracture dans les néphrites. — LŒPER et ESMONET : Point douloureux de l'artère iliaque droite et faux points appendiculaires. — (N° 44, 1er juin.) E. JEANSELME et C. LIAN : Les injections sous-cutanées d'eau de mer (dilution isotonique) dans le traitement de l'eczéma. — H. BARBIER : Le sanatorium économique d'hôpital pour enfants tuberculeux. — (N° 45, 4 juin.) RAYMOND : Des lésions de méningo-myélites au cours des polynévrites. — (N° 46, 8 juin.) Ed. HIRTZ et BEAUFUMÉ : Les paralysies transitoires des cardiaques. Guérison d'un cas par ponction d'ascite. Pathogénie. — (N° 47, 11 juin.) E. APERT : L'ulcération du frein de la langue dans la coqueluche et en dehors d'elle. — Ed. DESESQUELLE : Les préparations de quinine. — (N° 48, 15 juin.) KIRMISSON : Hernies ombilicales; un cas d'ectopie cardiaque. — RAYMOND : Des lésions de méningo-myélites au cours des polynévrites. — LE PLAY et DOURY : Exulceratio simplex avec grandes hématémèses. — (N° 49, 18 juin.) A. POUSSON : Les symptômes vésicaux de la tuberculose du rein. — C. BARDET et DUFAN : L'exercice de la pharmacie dans ses rapports avec la reproduction.

NOTES POUR L'INTERNAT

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ALBUMINURIE

DÉFINITION. — L'albuminurie se définit par la présence dans les urines d'une substance analogue au blanc d'œuf, coagulable par la chaleur en milieu acide. La recherche de l'albumine s'effectue à l'aide de divers procédés sur lesquels nous n'insisterons pas (chaleur en milieu acide, acide azotique, réactif de Tanret, réaction du biuret); il faut se mettre à l'abri de quelques causes d'erreur : précipitation à chaud des phosphates qui se dissolvent par addition d'acide acétique, présence de mucine, de sang, de pus, etc.

L'analyse quantitative s'effectue principalement en clinique à l'aide du tube d'Esbach; pour obtenir un résultat plus précis il faut recourir à la méthode beaucoup plus compliquée des pesées.

L'analyse qualitative peut être parfois utile à pratiquer : il importe surtout de différencier la sérine et la globuline, celle-ci est précipitée par le sulfate de magnésie; on a décrit une albumine acéto-soluble, en réalité cette albumine cesserait d'être acéto-soluble, dès que l'urine cesserait d'être hypochlorurée; il existe en outre dans l'urine des substances albuminoïdes non précipitables par la chaleur, telles la peptone précipitée à froid par l'alcool absolu, l'albumose précipitée à froid par les acides et se dissolvant si l'on chauffe l'urine.

L'importance de ces différentes variétés d'albumines perd chaque jour de son intérêt au point de vue de la valeur séméiologique du syndrome.

Il était classique autrefois d'insister sur la fréquence de l'*albumose* au cours des maladies osseuses; *sérine* signifiait mal de Bright; *globuline*, néphrite aiguë; on insistait également sur la *rétractilité* et la *non rétractilité* de ces albumines, ce dernier caractère paraît plus dépendre de la teneur en sels de l'urine, que de caractères propres à ces albumines. Pour Talamon cependant l'abaissement du quotient albumineux, c'est-à-dire du rapport de la globuline à la sérine, est un indice de gravité.

Autrement important pour établir la valeur séméiologique de cette albuminurie, est l'étude du *syndrome urinaire* (quantité d'urine en vingt-quatre heures, densité, toxicité, résultat de l'épreuve au bleu de méthylène, renseignements fournis par l'examen microscopique), complété à son tour par la recherche de symptômes associés, en particulier syndrome *cardio-vasculaire* (hypertrophie ventriculaire gauche, bruit de galop, hypertension), *les œdèmes*, ainsi que les signes de *petite urémie* (céphalée, mouches volantes, doigt mort, etc.)

Il n'est pas enfin jusqu'aux considérations pathogéniques qui ne doivent entrer en ligne de compte; pour venir aider à préciser la valeur séméiologique d'une albuminurie.

On sait en effet que certains auteurs, Sénator en particulier, ont admis l'existence d'*albuminurie physiologique*, existant en dehors de toute altération rénale; si donc l'on admet comme démontrée l'existence de telles albuminuries, il s'ensuivra qu'en clinique toute une catégorie de faits pourront se rapporter à cette variété physiologique, sortant ainsi du cadre de la pathologie. Mais à la suite de Lécorché et Talamon, on rejette de plus en plus l'hypothèse de ces albuminuries physiologiques, pour rapporter toujours à une cause morbide l'albuminurie constatée, que l'on fasse appel pour en expliquer la production à la *théorie de la dyscrasie* de Gubler et Jaccoud, à la *théorie mécanique* (stase sanguine) ou bien enfin à une *théorie organique*, supposant une altération glomérulaire ou tubulaire, facilitée peut-être par une prédisposition héréditaire, une *débilité rénale congénitale*; plus récemment enfin M. Feuillée a émis l'hypothèse de l'origine *leucocytaire* de l'albuminurie, origine qui est encore loin d'être démontrée.

Cliniquement, lorsque l'on constatera de l'albumine dans les urines d'un individu, on devra donc toujours l'attribuer à une lésion organique qu'il s'agira alors de déterminer.

Pour y arriver on fera un examen clinique complet des malades en insistant tout spécialement sur la recherche des signes de petite urémie, sur l'existence ou l'absence du syndrome cardio-artériel, sur l'élimination du bleu de méthylène, et sur une analyse d'urine complète au point de vue chimique et cytologique.

Une fois en possession de ces divers renseignements il sera assez facile d'attribuer une valeur séméiologique à l'albuminurie constatée.

Pour faciliter l'énumération des différentes causes susceptibles de s'accompagner d'albumine, on peut adopter la classification suivante.

A. Albuminurie transitoire, résultant de troubles passagers, dont la cause est évidente.

B. Albuminurie persistante, liée à une altération rénale incontestable.

C. Albuminurie intermittente, groupe très important et composé d'éléments très disparates (albuminurie cyclique, orthostatique, etc., groupe des albuminuries fonctionnelles.)

I. Albuminuries transitoires, peu abondantes. — *a.* Albuminurie du *nouveau-né*; très fréquente dans les trois à quatre premiers jours qui suivent l'accouchement.

b. Albuminurie de la *grossesse* : il faut distinguer l'albuminurie apparaissant pendant l'évolution de la grossesse s'accompagnant d'œdèmes, de troubles de la vue, d'accidents éclamptiques, importante à dépister, et l'albuminurie extrêmement transitoire du *travail* et du *post partum*.

c. Albuminurie dans les *maladies infectieuses* : albuminurie fébrile, transitoire, légère, de la période de début, disparaissant à la convalescence (scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme.)

d. Albuminurie au cours de certaines *intoxications* (alcoolisme aigu par exemple) ou *auto-intoxications brusques*, telle une *indigestion*.

e. Albuminurie passagère des *cardiaques* (au moins au début, lorsque l'hyposystolie cède facilement au repos et à la digitale).

Dans tous ces cas il s'agit d'albuminurie peu abondante, apparaissant à l'occasion d'une infection, d'une intoxication, ou d'une gêne circulatoire passagère, et disparaissant dès que la cause a disparu.

II. Albuminuries liées à des lésions rénales parfaitement constituées. — *a.* ALBUMINURIES DES NÉPHRITES AIGUËS. — Le type de ces albuminuries est réalisé par la néphrite a frigore ou la néphrite scarlatineuse : les urines sont bouillon sale, souvent hématuriques, il y a de l'oligurie, de la cylindrurie (cylindres hématiques surtout); l'albumine peut exister parfois en abondance, parfois seulement 2 à 3 grammes; on peut en même temps constater des œdèmes, parfois de l'anasarque, il existe souvent du bruit de galop, et chez l'enfant, comme l'a montré Hutinel, une augmentation de la matité hépatique, avec dilatation cardiaque. Les chlorures ne sont pas éliminés, il s'ensuit une rétention chlorurée qui s'accompagne de rétention interstitielle d'eau, avec augmentation considérable du poids du sujet.

Ces néphrites aiguës peuvent s'observer au cours de différents états infectieux ou toxiques (diphtérie, fièvre typhoïde, pneumonie, choléra, ictère grave, empoisonnement par le sublimé, le phosphore, la cantharide, etc.)

La constatation de l'albuminurie dans ces cas doit se compléter au point de vue du pronostic, par l'examen ultérieur des autres qualités de l'urine (quantité, chlorures, etc.). L'existence d'une telle albuminurie est toujours un élément de gravité, soit immédiatement, soit en raison du passage possible à la chronicité.

b. ALBUMINURIES DES NÉPHRITES SUBAIGUËS (anciennes néphrites parenchymateuses). — La quantité d'urine est normale ou légèrement supérieure à la normale; les urines sont claires, mais l'albumine peut y exister en énorme quantité; l'élimination du bleu est avancée et se fait en masse, il est fréquent de constater l'existence d'œdèmes.

Cette variété d'albuminurie s'observe spécialement dans la tuberculose, la syphilis, le paludisme, la dégénérescence amyloïde.

La *néphrite tuberculeuse* (toxine ou microbes) peut revêtir parfois l'allure de néphrite aiguë, mais bien plus souvent revêt le type de néphrite subaiguë (néphrite hydropigène), à gros rein blanc (recherche des bacilles de Koch, inoscopie, inoculation, etc.).

La *syphilis rénale*, avec albuminurie grave, s'observe surtout à la période secondaire de la syphilis, mais aussi à la période tertiaire; l'albuminurie au cours de la syphilis peut être

due au traitement mercuriel (discussion sur l'indication du traitement mercuriel au cours de ces albuminuries).

Le *paludisme*, peut s'accompagner de cette variété d'albuminurie, mais d'habitude il s'agit plutôt d'albuminurie évoluant par crises à la suite des accès palustres.

La *dégénérescence amyloïde* du rein mérite une mention spéciale : le plus souvent il s'agit d'albuminurie massive, en même temps que l'on constate l'existence d'urines claires, abondantes (polyurie même le plus souvent) : il existe presque toujours en même temps des signes de dégénérescence amyloïde d'autres organes (foie, intestin).

c. ALBUMINURIE DES NÉPHRITES CHRONIQUES (ancienne néphrite interstitielle). — Il existe deux variétés de ces néphrites à petit rein rouge contracté granuleux : le *rein saturnin*, le *rein goutteux*; cette néphrite est en outre souvent l'aboutissant à délai plus ou moins éloigné d'une néphrite aiguë (*scarlatine*); elle peut même se rencontrer chez l'*enfant* (Marfan), ou chez les jeunes sujets (chloro-brightisme). Il s'agit d'une albuminurie très minime 0g50 à 1 gramme, souvent même l'albuminurie peut être absente ou n'exister qu'à dose infinitésimale. Ce qui importe surtout dans ce cas c'est le syndrome urinaire (polyurie et pollakiurie, urines claires, densité faible, hypotoxicité, *urohématine*, élimination du bleu retardée, prolongée, intermittente, etc.) et le syndrome cardio-artériel [hypertrophie du ventricule gauche, bruit de galop, hypertension, rôle des surrénales (Vaquez)].

III. Albuminuries intermittentes. — Ce groupe comprend toute une série d'albuminuries très disparates.

a. Albuminuries observées au cours d'*affections cardiaques*, du *système nerveux* (hémorragie cérébrale, épilepsie, etc.).

b. Au cours du *diabète* (balancement avec la glycosurie : albuminurie alternante, substitutive concomitante); au cours de *dermatoses* (eczéma, impetigo, etc.), albuminurie hépatique (albuminurie des cholémiques, des ictériques, etc.).

c. Le groupe surtout intéressant à bien connaître est celui que l'on étudie sous le nom d'albuminuries fonctionnelles.

Ce groupe se distingue par les caractères suivants : apparition à l'époque de l'adolescence, absence d'étiologie, début insidieux et ignoré, durée très longue, terminaison par la guérison, concomitance de troubles fonctionnels d'autres organes, absence de signes cliniques d'insuffisance rénale et de modifications des éliminations provoquées. Suivant les théories pathogéniques invoquées, ces albuminuries ont été décrites sous le nom d'albuminuries de la puberté, de croissance ; on les a divisées en albuminuries cyclique intermittente, digestive, orthostatique ; enfin pour Teissier il s'agit d'albuminurie prétuberculeuse, prégoutteuse hépatogène (ne pas craindre d'insister un peu sur ces formes).

M. Hutinel insiste surtout sur l'albuminurie orthostatique, digestive et cyclique et, les rattachant à un trouble général de la nutrition, il fait de toutes ces variétés de véritables maladies d'évolution. Il est souvent difficile de préciser dans ces cas le degré de la lésion rénale : il faut insister surtout en outre sur la catégorie des albuminuries minima de Talamon (minima post infectieux), (des urémiques prégoutteux), familiale, etc., toutes formes assez variables, capables d'évoluer vers la néphrite chronique définitive, le petit rein rouge contracté.

PRONOSTIC. — Infiniment variable, suivant la cause ; il est subordonné aux constatations fournies par l'étude du syndrome urinaire (oligurie, élimination des chlorures, de l'azote, du bleu, etc.), ainsi que par celles que fournit le syndrome cardio-artériel. L'albuminurie n'est qu'un *syndrome*, et, comme tout syndrome, son pronostic dépend du substratum étiologique et anatomique qu'il accompagne.

TRAITEMENT. — Suivant les cas, diète hydrique, saignée, régime lacté, régime lacto-végétarien, régime déchloruré ; spécialement régime prophylactique. Traiter la cause.

BIBLIOGRAPHIE. — *Gaz. Hop.*, 1907, no 77 ; 1908, no 47 ; 1909, no 111. — HUTINEL, t. III, 1909. — CASTAIGNE, *Maladies des reins.*

La Rachicentèse, par P. RAVAUT, médecin des hôpitaux de Paris, GASTINEL et VELTER, internes des hôpitaux. Grand in-8 (no 60 de l'Œuvre médico-chirurgical). — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 31 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

A dater du 1er août, il ne sera fait droit à aucune demande d'abonnement de vacances.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Médecine opératoire.* — Séance du 28 juillet. — MM. Mathieu, 26; Cauchoix, 27; Gernez, 25; Kendirdjy, 24; Lardennois, 27; Descomps, 29; Mocquot, 28; Bréchot, 20.

Epreuve orale. — Séance du 29 juillet. — MM. Cauchoix, 18; Gernez, 17; Lardennois, 19; Descomps, 15; Mocquot, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Les concours d'internat et d'externat s'ouvriront à l'hôpital de la Charité le 27 octobre, à neuf heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le *Journal officiel* du 29 juillet 1910 publie l'arrêté suivant, daté du 26 juillet :

« ARTICLE PREMIER. — A la Faculté de médecine de l'Université de Paris, un chef de clinique est attaché à chacune des chaires de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale et à chacune des chaires de cliniques spéciales suivantes :

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale;
Clinique des maladies du système nerveux;
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques;
Clinique des maladies des enfants;
Clinique ophtalmologique;
Clinique des maladies des voies urinaires;
Clinique gynécologique;
Clinique chirurgicale infantile.

Chacune de ces chaires est en outre pourvue de deux chefs de clinique adjoints.

ART. 2. — Sont et demeurent abrogées les dispositions des arrêtés des 21 juin 1889, 30 novembre 1891, 24 octobre 1898 et 7 mai 1901, contraires à celles du présent arrêté. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — *Concours d'adjuvat.* — A la suite de ce concours, M. Vanheuwennuyse a été nommé aide d'anatomie titulaire pour deux ans, et MM. Deriencourt et Boiroux ont été nommés aides d'anatomie provisoires pour un an.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES. — Conformément à la décision de l'assemblée générale du IVe Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales qui s'est tenu à Amsterdam en 1908, le Ve Congrès se réunira cette année-ci à Barcelone du 13 au 19 septembre.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour nous citerons les trois suivantes qui sont tout à fait d'actualité :

I. — Unifications de méthodes en électro-diagnostic;
II. — Radioscopie et radiographie du segment abdominal;
III. — Les propriétés thérapeutiques des champs magnétiques oscillants.

Les compagnies françaises de chemins de fer ont consenti, en faveur des congressistes, une très importante réduction de 50 p. 100; les chemins de fer espagnols ont créé des billets circulaires à itinéraires facultatifs, dans des conditions de très grand bon marché.

Le prix de la cotisation est de 25 francs pour les membres actifs et de 10 francs pour les dames et pour les étudiants.

S'inscrire chez le secrétaire général du Congrès, M. le docteur Comas, calle Cortès, 631, pral., Barcelone.

LE Xe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE aura lieu du 30 août au 10 septembre 1910.

Il comprendra les STATIONS DE LA SAVOIE ET DU DAUPHINÉ : Hauteville (sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, La Motte, Uriage.

Le V. E. M. de 1910 — comme les neuf précédents — est placé sous la direction scientifique du professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration : Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 francs pour tous

frais, chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports de bagages, pourboires.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e), ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris (8e).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1910, terme de rigueur.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE (*Paris, 2-7 août 1910*). — PROGRAMME. — *Lundi 1er août.* — Dès le 1er août les bureaux du Congrès seront installés au Grand Palais des Champs-Elysées (entrée avenue d'Antin).

De neuf heures du matin à six heures du soir : MM. les Congressistes pourront demander leur insigne et les volumes déjà publiés en échange du ticket qui leur a été remis avec leur carte.

Mardi, 2 août, à neuf heures et demie du matin, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne (entrée rue des Ecoles) : séance solennelle d'ouverture, présidée par M. le ministre de l'Instruction publique. La musique militaire du 89e régiment d'infanterie, mise gracieusement à la disposition du Comité par M. le général gouverneur de Paris, prêtera son concours à cette cérémonie. L'ouverture des portes de la salle aura lieu à neuf heures.

L'après-midi : visite du château de Chantilly, du musée Condé et des jardins.

Le soir, à neuf heures et demie : au palais d'Orsay, M. le docteur Albert Mathieu, président du Congrès, et Mme Albert Mathieu recevront les congressistes.

MM. les membres du Congrès seront admis à cette soirée sur présentation d'une carte spéciale qui leur sera remise en même temps que leur insigne.

Mercredi 3 août, au Grand Palais (entrée avenue d'Antin) :

A neuf heures du matin : séance plénière, sous la présidence de M. le docteur Gilbert, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Discussion des rapports de MM. les docteurs Méry et L. Dufestel, et de celui de M. James Kerr, sur l'unification des méthodes d'examen des écoliers.

A dix heures : inauguration officielle de l'exposition.

A dix heures et demie : ouverture des séances de section.

Discussion des communications inscrites à l'ordre du jour. Un programme détaillé sera remis à MM. les congressistes, indiquant l'ordre des discussions et des communications mises à l'ordre du jour.

Dans l'hémicycle du Grand Palais, séance de gymnastique comparée, organisée par M. le commandant Converset.

A deux heures : séance des sections.

Discussion d'un des trois rapports de section mis à l'ordre du jour.

Suite de la discussion des communications.

A cinq heures : garden party offerte par Mme L. Landouzy, présidente du comité des dames, sur invitation personnelle.

A neuf heures du soir : soirée musicale et théâtrale, salle Gaveau (rue La Boétie, no 45), offerte par le comité d'organisation.

MM. les congressistes y seront admis sur présentation de leur carte de membre du Congrès. *(A suivre.)*

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 778 décès, au lieu de 825 pendant la semaine précédente et au lieu de 808, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On a compté 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE (hôpital des Enfants-Malades, service de M. le professeur Kirmisson). — COURS DE VACANCES. — M. Ombrédanne, agrégé, commencera le jeudi 8 septembre 1910, à dix heures, un cours de clinique de chirurgie infantile et orthopédique.

Le cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à dix heures, jusqu'au 1er octobre.

Le montant des droits à verser est de 50 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la quittance de versement des droits. (Les étudiants devront présenter, en outre, la carte d'immatriculation.)

Les bulletins de versement relatifs à ces cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis (guichet no 3), de midi à trois heures.

HOPITAL BROCA. — M. P. Armand-Delille fera, du 4 au 10 août, au laboratoire de M. Jeanselme, à l'hôpital Broca, une série de démonstrations pratiques avec manipulation des élèves, sur la technique de la déviation du complément avec application à la méthode de Wassermann.

Ordre des leçons : 4 août. Préparation des animaux pour l'obtention du sérum hémolytique. — 5 août. Récolte du sérum et de l'alexine. Préparation de l'antigène. — 6 août. Mécanisme de l'hémolyse. — 8 août. Déviation du complément. — 9 août. Méthode de Wassermann. — 10 août. Méthode de Bauer.

Les démonstrations auront lieu l'après-midi à deux heures.

Le droit à verser est de 40 francs. S'inscrire par lettre, 20, rue de Tilsitt, Paris.

REVUE GÉNÉRALE (1)

COMPLICATIONS CÉRÉBRALES ET MÉNINGÉES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par J. du CASTEL.

Dans la fièvre typhoïde, en dehors même de toute complication, les symptômes cérébraux occupent une place de premier plan : la stupeur et la somnolence, le délire calme et mobile sont des éléments fondamentaux de l'état typhique; dans certains cas cependant, par leur violence, la brusquerie de leur apparition et pour plusieurs d'entre eux leur rareté, les symptômes cérébraux s'imposent plus particulièrement à l'attention, ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et assombrir le pronostic quoiqu'ils ne soient pas toujours aussi graves que bruyants. Nous étudierons successivement les accidents psychiques, l'aphasie, les troubles de la motilité, enfin ces réactions encéphalo-myélitiques diffuses qui furent groupées par Dupré sous le nom de méningisme et dont l'étude nous conduira à celle de la méningite qui en est inséparable.

Ainsi que le font remarquer Bucquoy et Hanot (2), il est naturel d'étudier isolément les troubles psychiques du début, de la période d'état et de la convalescence; non seulement l'époque de leur apparition leur assigne des cadres différents, mais leurs caractères propres les distinguent nettement les uns des autres.

Les troubles psychiques de la période d'invasion sont plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, le sexe semble sans influence, l'hérédité aurait une importance prépondérante ainsi que l'alcoolisme.

Rougé, qui dans une série d'articles auxquels nous avons largement puisé a minutieusement étudié le psychisme typhique, décrit ainsi les troubles de la période d'invasion : « Sur 32 cas, nous en trouvons 23 avec agitation, ces derniers revêtant la forme de manie aiguë ou de lipémanie anxieuse. Dans beaucoup de ces observations, l'agitation a été précédée par un stade de mélancolie, absolument comme dans la véritable manie. Nous trouvons encore cinq cas d'hallucinations, deux de délire lypémaniaque, l'un avec idées de persécution, l'autre avec idées et tentative de suicide, un cas affectant la forme de paralysie générale et un cas de délire calme (subdelirium) affectant plutôt la forme du délire habituel de la maladie. » A titre d'exemple, nous rappellerons seulement les deux faits suivants : dans un cas de Lacannal, une fille de vingt-trois ans est envoyée de Lourcine à la Salpêtrière, maintenue par la camisole de force ; assise sur un fauteuil, tantôt elle est silencieuse et dans une sorte de stupeur, tantôt elle pousse des cris, se livre à des mouvements convulsifs et s'efforce de se débarrasser des liens qui la maintiennent. Le sixième jour, le coma apparaît, après une courte période de prostration (*avec contracture des membres supérieurs*). L'autopsie montre les ulcérations des plaques de Peyer. Un malade de Motet est pris, au milieu de ses travaux, de tristesse et de découragement; ces sentiments s'accusent peu à peu, le médecin appelé le quatrième jour constate un vague état gastrique, ordonne une purgation; bientôt le malade prend en horreur l'appartement qu'il habite, il y étouffe, il est empoisonné, dit-il, par les miasmes, il veut partir pour la campagne, il faut hâter les préparatifs si l'on ne veut pas que son odieuse maison devienne son tombeau. Dans la soirée surviennent des hallucinations, il devient agressif; dans la nuit, il s'arme d'une canne à épée, sort de sa chambre, fait sauter la serrure qui ferme la porte d'entrée de l'appartement, descend l'escalier, arrive chez le concierge qui, à la vue de l'arme, n'ose refuser d'ouvrir. Il s'élance dans la rue, se dirige vers un poste de police et y réclame aide et protection. Le lendemain, on constate de la fièvre, la langue est humide, peu à peu les symptômes se précisent et la maladie se termine par la mort. Ces deux cas, avec les nuances qui les différencient, montrent bien les difficultés du diagnostic. Cependant, s'il est à peu près impossible au début d'affirmer la fièvre typhoïde, encore peut-on chercher s'il s'agit d'un délire infectieux. On ne se basera guère sur l'analyse des troubles mentaux quoique encore le délire atteigne d'une façon plus diffuse la mémoire, le jugement, et que la folie soit souvent partielle (Foville). Un examen attentif révélera souvent des signes d'embarras gastrique fébrile : langue saburrale, diarrhée légère, courbature, etc. Dumesnil a insisté jadis sur l'importance diagnostique de l'albuminurie, ce signe est bien inconstant. Mais, ainsi que le font observer Bucquoy, Rougé, c'est au thermomètre qu'il faut demander des renseignements plus précis; si l'on ne tient pas compte des oscillations légères, il ne peut prêter à erreur que dans deux cas : la fièvre typhoïde peut survenir chez un aliéné, dans ce cas les anamnestiques et les signes classiques de la fièvre typhoïde sont les seuls arguments dont on dispose; dans le typhus ambulatorius d'autre part, la température est voisine de la normale, mais cette hypothèse ne doit être que bien rarement réalisée, car les formes délirantes précoces de la dothiénentérie sont particulièrement hyperthermiques. A côté de la température, le pouls peut donner des indications utiles quoique ce symptôme nécessite une discussion serrée. Si le diagnostic différentiel se pose entre délire infectieux à forme mélancolique et mélancolie et que le pouls soit fréquent, ce sera un excellent argument en faveur du délire. Quand on hésite entre délire maniaque et manie aiguë, le symptôme perd une partie de sa valeur, la manie aiguë accélérant quelque peu le pouls; cependant schématiquement on peut admettre les aphorismes que pose Rougé : température peu élevée et pouls fréquent; accès de manie aiguë; température plus élevée et pouls relativement calme; fièvre typhoïde. Ainsi les symptômes d'embarras gastrique fébriles, parmi lesquels les plus précis

(2) Bucquoy et Hanot. *Arch. de méd.*, 1881.

sont l'hyperthermie et l'accélération du pouls, fournissent de meilleurs arguments diagnostiques que l'étude même des troubles psychiques. Il ne faudra pas négliger les anamnestiques; le délire survient brusquement chez un sujet dépourvu de toute tare antérieure, il n'en est pas de même des accès vésaniques. Après cet examen clinique on pratiquera le séro-diagnostic, mais on n'en tirera aucun argument s'il est négatif, comme le fait est fréquent à cette période précoce de la maladie.

Le pronostic est grave, d'après Rougé, mais il faut attacher une grande importance à la durée du délire; on le voit parfois tomber au troisième ou quatrième jour, dès lors la fièvre typhoïde suit son cours normal, sinon le cas est sérieux.

Habituellement à la période d'état le principal caractère du délire est la confusion mentale, traduisant l'asthénie psychique. Le typhique adynamique rêvasse sans cesse, ébauchant une idée pour l'abandonner aussitôt, puis restant dans le vague jusqu'à ce qu'une nouvelle lueur effleure son cerveau. Deux anomalies peuvent cependant se présenter : le délire violent et l'idée fixe. La première n'offre en elle-même aucun caractère spécial et nous n'insisterons pas quoiqu'elle constitue une nouvelle cause d'épuisement pour le malade. De l'idée fixe, il importe surtout de mettre en avant les tendances tristes et dépressives. On peut aussi noter, avec Marsat, que c'est habituellement une idée « d'attente ». Les malades *vont* subir les supplices les plus affreux », « on *va* venir les chercher », « les démons *vont* s'emparer d'eux ». Il s'en faut cependant qu'elle offre toujours ces caractères, on peut observer le délire mégalomaniaque ou parfois des idées absurdes manifestement fausses de nature quelconque.

L'idée fixe n'aggrave pas le pronostic de la fièvre typhoïde elle-même, celle-ci peut être aussi bien bénigne que grave; il est intéressant cependant de noter que son apparition coïncide en général avec l'atténuation ou la disparition de la rêvasserie typhique, mais il importe surtout de savoir que, par sa nature dépressive, elle pousse au suicide et le provoque souvent, au moins quand elle se prolonge pendant la convalescence. Brierre de Boismont sur 55 suicides dus au délire fébrile relève 5 fois la dothiénentérie. Le plus souvent heureusement, sauf chez quelques dégénérés, elle s'efface complètement, se désagrégeant quelque peu spontanément et sous l'influence des raisonnements de l'entourage; assez rarement un incident brusque tel qu'une tentative manquée de suicide la fait disparaître subitement (Rougé). La suggestion et la persuasion constituent les seuls moyens thérapeutiques.

Les troubles psychiques de la période d'état peuvent se prolonger dans la convalescence, mais souvent aussi, et d'après Rougé, c'est le cas le plus fréquent, le délire de la convalescence n'apparaît qu'avec elle alors que la température est redevenue normale. Il s'observerait, d'après Deroy, dans la proportion de un cas pour deux cents fièvres typhoïdes.

En général on observe simplement la faiblesse de l'attention et la diminution de la mémoire. Si les symptômes s'exagèrent, tous les caractères de la confusion mentale se précisent. « On ne saurait se figurer, déclare Cadet de Gassicourt, à quel degré d'abrutissement peut descendre un convalescent de fièvre typhoïde; il m'est arrivé plusieurs fois de me demander en voyant ces gens hébétés, ce masque immobile, ces lèvres pendantes, si l'idiotie que je constatais n'était pas antérieure à la maladie ou si jamais ces enfants recouvreraient la plénitude de leurs facultés. »

Les troubles observés diffèrent à la vérité quelque peu chez l'enfant et chez l'adulte : chez celui-ci, les troubles de la mémoire sont beaucoup plus prépondérants, le gâtisme au contraire y est plus rarement observé, enfin la guérison en est plus lente et moins complète; mais, à tout considérer, les ressemblances restent considérables, et l'on observe même, chez l'adulte, le puérilisme mental, bien étudié dans la fièvre typhoïde par Achard. Par suite de l'asthénie typhique le puérilisme du langage est souvent plus net que celui de la mimique et de l'écriture. Refuse-t-on la nourriture à ces malades, ils pleurent et répètent leurs demandes, sans produire d'arguments sur un ton doucereux et enfantin avec ce débit lent et monotone qui ressemble à un récitatif. La mobilité des sentiments, la vivacité des préoccupations contrastant avec la futilité de leur objet complètent le type clinique. Le puérilisme peut être associé à de l'euphorie, comme le fait a été vu également dans certains cas de tumeur cérébrale; il s'associe plus souvent peut-être à l'obtusion, à l'indifférence, à l'apathie, etc. (Achard). Le puérilisme est le plus souvent passager. Ce symptôme serait sous la dépendance directe de l'amnésie : la disparition des souvenirs récents ramènerait l'esprit à un degré d'expérience inférieur et ferait réapparaître le fond primitif de la personnalité (Dupré).

Les idées fixes sont, d'après Rougé, plus fréquentes que la confusion mentale, quoique la systématisation absolue soit rare. On est mal fixé sur les circonstances qui président à leur apparition. Bucquoy et Hanot insistent sur les variations de fréquence suivant les épidémies; l'hérédité névropathique ne paraît avoir qu'un rôle très restreint. Les idées fixes semblent d'origine onirique; chez le typhique, le rêve survit au sommeil et devient du délire, ce rêve est d'ailleurs souvent suggéré par un événement réel de la vie antérieure du malade. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des types observés : pour Griesinger, Guéneau de Mussy, la forme lypémaniaque serait la plus fréquente; pour Morel, Bucquoy et Hanot, Rougé, on observerait plus fréquemment les idées ambitieuses; un malade de Bucquoy s'imagine que Gambetta l'a institué son légataire universel et se lève pour toucher un premier acompte de vingt francs; une jeune fille s'imagine épouser un prince, énumère la beauté de la corbeille, la richesse des équipages et de la toilette, etc., etc. Ce délire mégalomaniaque serait, d'après Rougé, assez spécial à la fièvre typhoïde, cet auteur n'a pu recueillir que deux observations où il est sur-

venu au cours d'autres maladies infectieuses : la scarlatine dans un cas, le choléra dans le second. Il se distingue du délire initial de la paralysie générale, non seulement par les symptômes qui lui sont associés, mais par une cohérence relative des idées qui gravitent autour de l'idée fixe : le typhique par exemple ne s'attribuera pas comme le paralytique général les titres les plus divers et les plus contradictoires. Telles sont les deux principales formes de l'idée fixe, les hallucinations sont plus rares, il s'agit surtout d'hallucinations visuelles, la manie aiguë peut être observée, ainsi que l'amnésie (Rougé).

Ces symptômes s'effacent le plus souvent peu à peu; d'ailleurs, même quand ils sont à leur summum, ils restent parfois assez superficiels pour que le malade soit conscient de son trouble mental. Marandon de Montyel estime qu'un pronostic plus grave doit être porté quand coexiste une paralysie, indice de lésions profondes de l'écorce. Il attribue également une grande importance aux tares héréditaires, Rougé croit qu'il faut laisser celles-ci au second plan et il incrimine bien davantage la virulence du microbe et la gravité de la maladie ; quelle qu'en soit la cause immédiate, la folie posttyphique reste heureusement rare : sur 2 000 typhiques, Griesinger en a observé 23 cas, et sur 2 000 vésanies, Christian trouve 30 fois pour étiologie une maladie aiguë; sur ces 30 cas, il a compté onze fièvres typhoïdes. Le plus souvent le typhique passe sans transition du délire à la vésanie, parfois au contraire il traverse une phase de rémission pendant laquelle le psychisme paraît normal. Chez l'enfant on observe surtout l'arrêt du développement intellectuel, atteignant même l'idiotie.

L'aphasie est une complication rare de la fièvre typhoïde; à cause de sa curabilité surtout, on a voulu la rattacher au mutisme, à l'alalie, rien en réalité ne permet de la distinguer des aphasies motrices, et cette curabilité appartient à toutes les aphasies toxiques. Elle s'observe presque exclusivement chez l'enfant, surtout de cinq à dix ans, atteignant plus fréquemment les garçons que les filles. Dieuzaide estime cependant que le sexe est sans grande influence. Bucquoy et Hanot ont noté de grandes variations de fréquence suivant les épidémies. La complication apparaît presque toujours en période d'état quoiqu'on trouve des exceptions à cette règle. L'âge du malade et l'hébétude typhique ne permettent guère de préciser les caractères de cette aphasie : le langage articulé semble cependant surtout atteint. La durée moyenne de l'aphasie est de deux ou trois semaines, mais on peut observer de grandes variations; la guérison, habituellement progressive, est parfois brusque. Cette complication n'aggrave pas le pronostic de la dothiénentérie.

L'hémiplégie est exceptionnellement observée au cours de la fièvre typhoïde; elle est sous la dépendance, tantôt d'une polynévrite, tantôt d'une lésion cérébrale. Barié et Lian ont réuni 35 cas d'hémiplégie d'origine cérébrale, deux autres observations dues à Laignel-Lavastine et à Lesieur ont été publiées depuis. La nature de la lésion est très variée; on a incriminé tantôt une hémorragie (Merklen), un ramollissement par embolie (Sevestre, Clarus, Huguenin), par thrombose (Barberet et Chonet), de l'artérite (Osler), des altérations cellulaires diffuses d'ordre toxique (Barié et Lian, Laignel-Lavastine), et même, d'après Baylac, l'hémiplégie relèverait souvent de l'hystérie; si intéressants que soient ces diagnostics, il faut cependant reconnaître qu'ils manquent trop souvent du contrôle anatomique, la complication n'entraînant heureusement que dans des cas exceptionnels la mort du malade. Elle survient le plus souvent au cours de la convalescence, quoiqu'elle ait été constatée dès la deuxième semaine; elle est souvent associée à d'autres manifestations corticales, des convulsions notamment. Suivant la nature et le degré des lésions la fonction des membres peut être complètement restaurée en quelques jours, ou, au contraire, la paralysie évoluera vers la contracture. Le diagnostic de la nature de la lésion est seule difficile, son siège et son étiologie sont évidents; nous n'insisterons pas sur ce problème qui n'offre rien de spécial à la fièvre typhoïde.

Les convulsions, que nous avons vu associées parfois à l'hémiplégie, peuvent apparaître isolément; elles avaient été notées par Chomel qui les avait observées cinq fois, par Murchison qui en avait vu six cas sur un total de 2960 fièvres typhoïdes; étant donnée l'ancienneté de ces faits, on peut se demander s'il s'agit de manifestations purement corticales ou de méningites plus ou moins frustes.

P. Marie, le premier auteur qui ait soutenu la théorie infectieuse de l'épilepsie, avait notamment mis en avant le rôle étiologique de la fièvre typhoïde. Bourneville et Dide ont publié un cas où cette étiologie était cliniquement la seule possible. Rougé relate sept cas d'épilepsie consécutive à la dothiénentérie. On peut donc se rallier aux conclusions suivantes, formulées par Dide : « Dans certains cas, des individus exempts de toute tare héréditaire, chez lesquels l'examen anatomo-clinique n'a rien relevé, contractent la fièvre typhoïde; cette maladie si elle est suffisamment grave pourra être considérée comme cause efficiente du morbus sacer. » L'épilepsie est souvent associée à l'idiotie (Rougé). L'influence de la fièvre typhoïde sur l'épilepsie antérieure a été peu étudiée. Féré estimait que la fièvre typhoïde, survenant chez un épileptique, diminue le nombre et l'intensité des crises. Heuzé relate deux cas dans lesquels la fièvre typhoïde survint chez des épileptiques : dans l'un des cas elle augmenta le nombre des crises; dans l'autre, l'épilepsie, après avoir diminué momentanément, réapparut dans la suite avec une intensité nouvelle; aujourd'hui il semble admis par la majorité des auteurs que la fièvre typhoïde, capable de créer l'épilepsie de toutes pièces, exagère les crises d'une épilepsie antérieure à elle. De l'épilepsie on peut rapprocher une autre névrose, la chorée. Pernin qui a étudié dans sa thèse les rapports de cette affection avec la fièvre typhoïde conclut que le plus souvent, mais non toujours, la fièvre typhoïde augmente les mouvements choréiques.

On observe encore dans la dothiénentérie cette série de symptômes, groupés par Dupré sous le nom de méningisme, pour lesquels il est difficile de faire

la part des réactions et des lésions cérébrales, médullaires et méningées; en font partie non seulement la céphalée, les vomissements, les convulsions, mais le signe de Kernig, la raideur de la nuque, les troubles du rythme respiratoire (Nobécourt et Tixier), la bradycardie (Boisseau), la tachycardie (Tchilian), le hoquet d'origine bulbaire (Bombchis) qu'il ne faudra pas confondre avec le hoquet péritonéal. Ces symptômes peuvent se grouper en syndromes variés, Artaud a décrit une forme nerveuse de la fièvre typhoïde, avec contractures, qui serait due à l'imprégnation des centres par la toxine typhique ; leur étude nous mène tout naturellement à celle de la méningite typhique dont il est souvent impossible de les différencier cliniquement (Achard et Grenet) et leur analogie même nous permettra de compléter notre description.

Méningite typhique. — Méry considère que la méningite est surtout fréquente au-dessous de six ans. Giraudet ne partage point cette opinion. D'après Fritz et Chedevergnes, certaines épidémies présenteraient cette complication avec une fréquence insolite; il faudrait donc faire intervenir dans la genèse de la méningite le génie épidémique des anciens auteurs ou si l'on préfère les qualités particulières des diverses races de bacille d'Eberth. La méningite est surtout une complication de la période d'état, elle peut cependant être assez précoce pour masquer pendant quelques jours la dothiénentérie et mériter le nom de méningotyphus. On voit combien sont superficielles nos notions sur le déterminisme de cette complication ; à part les questions de chronologie, nous sommes dans une ignorance à peu près absolue.

Le plus souvent la méningite est déterminée par le bacille d'Eberth lui-même, mais on le trouve parfois associé au staphylocoque, plus rarement au pneumocoque ou à un autre microbe. Quelquefois la méningite est due à un autre microbe, au bacille de Koch par exemple, mais ces cas ne méritent pas à proprement parler le nom de méningite typhique. Dans des cas exceptionnels, on ne trouve aucun microbe; cependant il est difficile de parler de méningite aseptique, le microbe pouvant avoir disparu ou s'être localisé très électivement sur un point des méninges.

C'est par le sang et par la voie artérielle qu'il paraît arriver le plus souvent aux méninges, toutefois l'infection peut se faire dans des cas rares par simple propagation microbienne partie de l'oreille moyenne; ces cas méritent, il est vrai, une place à part, car il s'agit en général d'infections secondaires non éberthiennes.

Considérée dans son ensemble, la méningite typhique évolue avec le cortège symptomatique des méningites cérébro-spinales non suppurées et la spécificité du germe ne lui imprime pas un cachet spécial. Quelques détails cependant, de simples nuances, méritent d'être signalés : les formes frustes sont fréquentes, l'exaspération de la céphalée, du délire, de l'hyperthermie peuvent être les seuls indices de la complication. Dans d'autres cas, les vomissements, la constipation, les modifications du pouls et de la respiration seront en l'absence de convulsions et de contractures les seuls éléments du diagnostic.

Les formes les mieux caractérisées seraient remarquables par un début relativement insidieux, de plus, même dans ces cas, les paralysies et les contractures oculaires font habituellement défaut.

Mais la forme cérébro-spinale n'est pas la seule que puisse prendre la méningite typhique. Elle peut simuler la méningite tuberculeuse. Cette analogie est due à la lésion d'un ou plusieurs nerfs de la base de l'encéphale et à la lenteur de l'évolution qui se prolonge au delà de deux septénaires.

La méningite typhique peut apparaître dans la première enfance : au cours d'un état gastrique vague un nourrisson présente brusquement des convulsions qui vont se répétant et se rapprochant les unes des autres; la mort survient en deux ou trois jours dans le coma et l'autopsie montre une méningite suppurée coïncidant avec des ulcérations typhiques de l'intestin.

Affirmer la localisation méningée de la fièvre typhoïde est déjà difficile, surtout dans les formes frustes; peut-être, pensera-t-on, n'y a-t-il point méningite, mais simple réaction encéphalo-myélitique d'origine toxique.

La clinique, ainsi que l'écrivent Moizard et Grenet, est à peu près impuissante à résoudre le problème; dans les deux cas, en effet, les symptômes sont sous la dépendance du cortex et de la moelle, aussi trouve-t-on, dans l'un et l'autre, la céphalée, les vomissements, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, les troubles du rythme respiratoire et cardiaque; les paralysies oculaires, il est vrai, sont rares dans le méningisme, mais le principal argument doit être tiré de l'étude cytologique, bactériologique et des cultures du liquide céphalo-rachidien. Si l'on trouve à la fois des bacilles et des leucocytes, on peut affirmer le diagnostic de méningite. Si l'on trouve seulement des bacilles, il se peut que les leucocytes soient restés enfermés dans l'épaisseur des méninges ou qu'il y ait réellement infection méningée sans méningite histologique (Menetrier). Si l'on trouve seulement des éléments cellulaires — lymphocytes ou polynucléaires intacts — si les cultures restent stériles, on pourra parler avec Rocaz et Carles de méningite toxique aseptique, mais on ne se cachera pas, comme le font d'ailleurs remarquer ces auteurs, combien un tel diagnostic est hypothétique.

La coexistence d'une fièvre typhoïde et d'une méningite rend sans doute très probable le diagnostic de méningite éberthienne, mais vouloir, par la seule clinique, différencier les méningites éberthiennes et les méningites non éberthiennes survenues au cours d'une dothiénentérie est utopique; l'examen direct du liquide céphalo-rachidien, les cultures, l'inoculation fourniront les seuls arguments valables.

On n'oubliera pas que si la méningite est le plus souvent d'origine sanguine, elle est parfois liée à une otite, d'où la nécessité d'examiner l'oreille.

Telles sont les étapes du diagnostic lorsque les

accidents méningés surviennent au cours d'une fièvre typhoïde confirmée; les difficultés sont plus grandes quand la méningite survient avant que le diagnostic de dothiénentérie ait été posé; comment en effet retrouver la cause de la méningite? Si l'on met à part la méningite tuberculeuse à laquelle sa localisation basilaire et son évolution subaiguë donnent des caractères spéciaux quoique non caractéristiques, tous les arguments seront tirés de deux ordres d'idées : sans épiloguer sur les nuances cliniques d'une méningite, on cherchera par la clinique les symptômes généraux de l'infection générale; cette recherche donnera souvent il est vrai peu de renseignements, car, nous l'avons vu, le diagnostic n'a pas été posé avant l'apparition de la méningite ; d'autre part, on fera l'examen direct du liquide céphalo-rachidien, on le mettra en culture ainsi que le sang, on pratiquera les diverses séro-réactions. Hésite-t-on entre une méningite cérébro-spinale à forme typhoïde et une forme typhoïde compliquée de méningite, on cherchera d'une part l'herpès, le purpura, de l'autre les taches rosées, la diarrhée, la splénomégalie, tout en se rappelant que ces symptômes ne sont pas caractéristiques; pour trancher le diagnostic on mettra le liquide céphalo-rachidien en culture, on pratiquera le séro-diagnostic de Widal, la précipito-réaction de Vincent. Soupçonne-t-on une méningite pneumonique, une méningite grippale, on cherchera les signes habituels de la pneumonie, de la grippe, on mettra toujours le liquide céphalo-rachidien en culture et on ne tirera guère argument des symptômes propres de la méningite. Même lorsque des signes cliniques plus caractéristiques, la lésion d'un ou plusieurs nerfs craniens notamment permettent de croire à la nature tuberculeuse d'une méningite, on n'oubliera pas que la recherche directe du bacille de Koch ou même l'inoculation permettront seules une affirmation catégorique.

Le pronostic de la méningite suppurée est à peu près fatal. Lorsqu'il y a simplement réaction méningée séreuse, même lorsque le signe de Kernig est le seul symptôme clinique, le pronostic reste sérieux, moins à cause de la méningite que de la forme toujours grave de la dothiénentérie (Netter).

Un pronostic aussi sévère laisse prévoir l'impuissance de la thérapeutique; il faudra répéter les ponctions lombaires pour évacuer le pus et remplacer les bains froids par les bains chauds ou tièdes. L'existence de la dothiénentérie et la possibilité d'infections secondaires, parties d'une escarre, interdiront les révulsions sur la région lombaire dont la méningite pourrait suggérer l'idée.

La pie-mérite est à peu près la seule complication méningée de la fièvre typhoïde ; cependant, il nous faut citer un cas d'hémorragie méningée, dû à Barthélemy et Durbin, et un cas d'épidurite purulente publié par Raymond et Sicard.

On voit que la fièvre typhoïde lèse l'encéphale de multiples façons, aussi en présence d'une affection chronique de cet organe devra-t-on chercher la fièvre typhoïde dans le passé de ce malade et, pour terminer, nous rappellerons seulement les observations d'Achard et Demanche qui ont pu lui rattacher un syndrome spasmo-cérébelleux, d'Antony et Dopter qui virent un soldat, indemne de syphilis et d'alcoolisme, mourir d'hémorragie cérébrale, deux ans après une fièvre typhoïde.

BIBLIOGRAPHIE (de janvier 1905 à janvier 1910)

ACHARD. Puérilisme mental dans la fièvre typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905, 3e série, t. XXII, p. 364-369. — ACHARD et DEMANCHE. Troubles spasmo-cérébelleux consécutifs à une fièvre typhoïde, *Revue neurol.*, Paris 1906, t. XIV, p. 1088. — ALLARIA. Contributo allo studio delle complicazioni nervosi dell'ileotifo nell'infanzia, *Gaz. d. osp.*, Milano 1906, t. XXVII, p. 17-21. — ANTONY et DOPTER. Mort subite par hémorragie cérébrale; lésions vasculaires athéromateuses consécutives à une fièvre typhoïde contractée deux ans auparavant, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, Paris 1905, t. XLVI, p. 405-409.

BARIÉ et LIAN. Convulsions épileptiformes et hémiplégie au cours d'une fièvre typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907, 3e série, t. XXIV, p. 1080-1088. — BARTHÉLEMY et DURBIN. Hémorragie méningée typhoïde, *Gaz. méd. de Nantes*, 1906, 2e série, t. XXIV, p. 473-477. — BAUMANN. Typhus und psychose, *Rostock-Friedrich.*, 1906, p. 8. — BEARD (J.). Two cases of meningitis admitted to hospital as enteric fever with treatment medicinal and dietetic, *Edimb. med. Journ.*, 1908, n. s., p. 212-218.

CABANÈS. Syndrome mental et méningé dans la fièvre typhoïde, *Bull. méd. de l'Algérie*, Alger 1908, t. XIX, p. 286. — CESTAN. Délire mégalomaniaque dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, *Toulouse méd.*, 1908, 2e série, p. 257-261. — COIVIE. Typhoid fever simulating cerebro-spinal fever, *Brit. med. Journ.*, London, p. 374.

DELMAS. Sur les complications oto-méningées de la fièvre typhoïde, *Arch. intern. de laryngol.*, Paris 1909, t. XXVII, p. 392-397. — DERVITTE. Méningite pneumococcique au cours d'une fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. de Belgique*, Bruxelles, 1908, p. 308-317. — DILLER. Hemiplegia occurring during the third week of typhoid fever, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1905, t. IV, p. 1685.

FŒRSTER. Ein Fall von Dementia paralytica nach Typhus mit Ausgang in volkommenen Heilung, *Monats. f. Psych. u. Neurol.*, Berlin 1904, t. XVI, p. 583-589.

GIRAUDET. *Complications méningitiques de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, Th. de Bordeaux, 1905. — GROSSI. Un caso di emiplegia spastica infantile posttifica, *N. riv. clin. therap.*, Napoli 1907, t. X, p. 11-19.

HRUSKA. Ein Fall von Typhus abdominalis mit nachfolgender Lähmung und Aphasie, *Prag. med. Wochens.*, 1906, t. XXXI, p. 487-490.

JAGOT. Le système nerveux dans la fièvre typhoïde, symptômes et lésions, un cas de fièvre typhoïde avec méningite terminale, *Arch. méd. d'Angers*, 1904, t. VIII, p. 721-727.

LAIGNEL-LAVASTINE. A propos de la communication de MM. Barié et Lian sur un cas d'hémiplégie dans la fièvre typhoïde, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907, p. 1217. — LAURE. Sur un cas de méningisme avec aphasie au cours et au déclin d'une fièvre typhoïde chez un enfant de dix ans, *Revue neurol.*, Paris 1908, t. XVI, p. 109. — LAVENSON. Typhoid meningitis without oter Lesions, *Univ. Penn. med. Bull.*, Phil. 1907-1908, t. XXI, p. 55-57. — LESIEUR. Hémiplégie d'origine cérébrale au cours d'une fièvre typhoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1907, t. VI, p. 394-398.

NOBÉCOURT et TIXIER. Troubles du rythme respiratoire d'origine nerveuse chez l'enfant, *Arch. de méd. des enfants*, Paris 1907, t. X, p. 661-668.

PERNIN. *Chorée et fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1904. — PIGGOTT. Report of a case of hemiplegia os a complication

of typhoid fever, *Maryland med. Journ.*, Balt. 1909, p. 204-207. — POTTS. A case of acute hemorrhagie encephalitis folloving typhoid fever, *N. Albany med. Herald*, 1905-1906, t. XVII, p. 259.

RAYMOND et SICARD. Epidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, paraplégie, ponction lombaire, laminectomie, guérison, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905, 3e série, t. XXII, p. 860-863. — ROUBIER. Fièvre typhoïde avec pneumotyphus et phénomènes méningés, *Lyon méd.*, 1907, p. 159-164. — ROUGÉ. Du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde, *Ann. méd.-psych.*, Paris 1905, 9e série, t. V, p. 177-376; — Fébricitants délirants pris pour des aliénés; recherches sur la température du corps chez les aliénés, *Ann. méd. psych.*, mars à juin 1903; — De l'aliénation mentale dans la fièvre typhoïde, *Id.*, p. 5 et 22. — ROCAZ et CARLES. La ponction lombaire dans les formes méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Son utilité thérapeutique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1908, t. XXXI, p. 39-43; — *Gaz. des mal. de l'enf.*, Paris 1908, p. 33-37.

STARCKICWICZ. Complications of typhoid fever; cortical aphasia; suppuration of the testiale, *Gaz. lek. Warzowa*, 1906, 2e série, t. XXVI, p. 292-328. — STAUBLI. Meningismus typhosus und meningotyphus, *Deuts. Arch. f. klin. med.*, Leipzig 1904, t. XXXII, p. 90-110-112. — SOUTHARD et RICHARDS. Typhoid meningitis; cultivation of bacillus typhosus from meninges and mesenteric lymph node in a case of general paresis, with note an experimental typhoid meningitis in the guinea pig., *Journ. med. Research*, *Boston*, 1908, t. XIX, p. 513-531.

TARDIOLI. Un caso di afasia nel tifo abdominale, *Med. ital.*, *Napoli*, 1905, t. III, p. 712-715. — TCHILIAN. *La tachycardie d'origine bulbaire dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1905. — TULEY. Aphasia complicating typhoid fever repat of a case in child, *Kentucky med. Journ.*, *Bowling-Green*, 1908-1909, t. VI, p. 413.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1910)

Coxalgie et coxa vara. — Une courte discussion s'engage, à propos de la communication de M. Savariaud, entre MM. Broca, Kirmisson et Savariaud.

M. BROCA maintient que la coxa vara n'est jamais une affection tuberculeuse, que rare dans l'adolescence elle est très fréquente chez les petits rachitiques.

M. KIRMISSON, d'accord avec M. Broca, considère la coxa vara comme une affection non tuberculeuse et rare dans l'adolescence. Il revient sur l'opinion qu'il a déjà soutenue à l'Académie relativement à certaines formes frustres de coxalgie qui peuvent donner lieu à la confusion.

Cancer sigmoïdien. — M. AUVRAY revient sur la communication de M. Savariaud. Il apporte un cas où, même pièces en mains, il fut impossible de savoir s'il s'agissait d'un cancer ou d'une sigmoïdite. Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans habituellement bien portante qui, trente-quatre ans auparavant, avait eu un abcès de la fosse iliaque gauche. Cet abcès fut suivi d'une fistule qui se ferma spontanément. En 1907, cette malade présenta des phénomènes abdominaux, une tuméfaction douloureuse du côté gauche. Les choses s'améliorent. En 1908, nouvelle crise semblable. En 1909, apparut un abcès qui fut incisé et d'où sortit une quantité considérable de pus avec des gaz et des matières stercorales. C'est après cette incision que M. Auvray vit la malade pour la première fois.

Il constata l'existence de deux fistules conduisant à un clapier purulent adhérent à l'intestin. La tuméfaction se perdait dans l'excavation pelvienne.

M. Auvray fit une laparotomie médiane, trouva les annexes saines et l'intestin collé sur la fosse iliaque. Il fit une entéro-anastomose en réunissant le côlon transverse à la partie haute du rectum. Les suites furent simples, mais les fistules persistaient. Cette malade continue à aller assez bien, tout en conservant sa fistule. Elle a eu des crises intestinales avec rétention gazeuse. Mais en somme son état reste assez bon.

Il ne faut pas oublier que chez le malade de M. Savariaud les accidents de cancer sigmoïdien remontaient à onze ans.

Le diagnostic est donc très difficile. Le traitement ne peut être que palliatif.

M. ROUTIER rapporte l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans qui, après une chute de voiture, a souffert du ventre et a présenté des troubles qui semblaient indiquer l'existence d'une tumeur maligne. Il s'agissait d'une sigmoïdite.

Tumeur maligne de l'ovaire. — M. POTHERAT présente une malade qu'il a opérée d'une tumeur maligne de l'ovaire greffée sur le péritoine. L'opération fut difficile; le rectum fut ouvert.

M. Potherat fit une entéro-anastomose termino-terminale et arriva, non sans peine, à une repéritonisation à peu près complète. Les suites de cette grave intervention furent des plus simples. Il y eut une selle normale dès le cinquième jour et depuis l'intestin de cette malade fonctionne très régulièrement.

Ablation de la muqueuse linguale. — M. MORESTIN décrit un procédé permettant d'enlever toute la muqueuse de la langue et de faire ensuite une autoplastie immédiate.

Il montre un malade qui a été opéré par ce procédé. Le résultat est très beau.

— La prochaine séance aura lieu le 12 octobre.

LIVRES NOUVEAUX

L'Orthopédie indispensable, par F. CALOT [de Berck (1)].

En moins d'un an, ce livre est arrivé à sa 3e édition, ce qui est sans précédent.

Si les praticiens ont fait à cet ouvrage un pareil accueil, c'est qu'il y a vraiment très peu de livres qui puissent autant que celui-ci leur rendre service.

« L'ouvrage de M. Calot reflète son enseignement qui est avant tout une leçon de choses; il a toutes ses pages illustrées de nombreux dessins parlant aux yeux comme parlent aux yeux de ses auditeurs de toutes nationalités les nombreux sujets guéris qu'il fait défiler devant eux à ses conférences et dont les observations servent toujours de base à son enseignement.

De sorte qu'avec un auxiliaire aussi précieux, un guide aussi sûr, le praticien consulté pour une coxalgie, un mal de Pott, une luxation congénitale de la hanche, une scoliose, une manifestation rachitique, etc., n'aura plus de raison pour rester inactif. Il lui suffira de lire, de feuilleter même le livre de M. Calot pour être aussitôt documenté sur la conduite à tenir.

En faisant connaître sa pratique, en entrant dans le détail de tout ce qu'il faut faire pour la cure de telle ou telle affec-

(1) In-8 de 782 pages, avec 874 fig.; cartonné. Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine.

tion, l'éminent chirurgien de Berck a rendu un grand service aux malades et aux médecins. » (Prof. Robin.)

« Pourquoi un livre de ce genre n'avait-il pas encore été écrit?

C'est que, pour le faire, il faut non seulement avoir la connaissance approfondie de ces questions délicates, il faut l'expérience prolongée de cette chirurgie infantile si particulière et la compétence chirurgicale qui en résulte, mais il faut avoir aussi le sens de l'enseignement avec cette tournure pratique de l'esprit qui permet de discerner dans les questions ce qu'elles ont d'indispensable à connaître et ce qu'elles présentent de difficultés dans leur application, de manière à les simplifier pour le lecteur tout étonné de les comprendre si facilement.

Ces qualités nécessaires, M. Calot, qui a tant fait pour le développement de cette thérapeutique devenue en ses mains souvent plutôt médicale que chirurgicale, les possède au plus haut degré.

Dans ce livre, où d'ailleurs le texte s'appuie sur un nombre considérable de figures admirablement exécutées, tout est simple et concis, peu de discussions, beaucoup d'aphorismes qui fixent dans l'esprit, mieux que de longues phrases, les règles à suivre dans la thérapeutique à employer. » (Lucas-Championnière.)

L. GAYARD.

Formulaire aide-mémoire de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris (1), par J. GÉNÉVRIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il n'est pas un médecin installé depuis quelques années qui n'ait connu et consulté ce formulaire qui eut cinq éditions successives sous la signature d'un confrère qui a, depuis, quitté Paris.

L'idée première de cet ouvrage, laquelle revenait d'ailleurs tout entière à M. Steinheil, était excellente, mais le travail en lui-même avait besoin à l'heure actuelle d'être remanié et mis au point. Les formulaires, comme les encyclopédies, vieillissent avec les hommes, et Dieu sait si cela va vite!

Pour opérer la rénovation nécessaire, M. Steinheil a eu l'heureuse idée de s'adresser à Génévrier, qui venait de prêter une large collaboration à la seconde édition de ce parfait ouvrage qu'est le « Traité pratique de thérapeutique infantile médico-chirurgicale » de Le Gendre et Broca. Ayant accepté la tâche que lui proposait M. Steinheil, Génévrier vient d'offrir au public médical un *Formulaire aide-mémoire* qui, pour porter le même titre, est tout différent de l'œuvre primitive dont il provient. Il y a eu là une véritable modification allotropique, et je ne dis pas cela uniquement parce que, tel le phosphore, la couverture qui était jaune est devenue rouge.

Opérant d'abord des coupes sombres dans la partie formulaire proprement dite, Génévrier l'a réduite de 483 pages à 336, mais par contre il a écrit une partie personnelle de près de 200 pages, dont il convient de le louer hautement.

Dans la première partie de l'ouvrage, toutes les affections, médicales ou chirurgicales, sont rangées par ordre alphabétique, et pour chacune d'elles le traitement indiqué est celui qu'a recommandé un des maîtres de la Faculté ou des hôpitaux de Paris.

Dans la seconde partie, l'auteur a réuni toutes les notions utiles à l'application des différents moyens thérapeutiques; nous citerons, entre autres chapitres, les différentes formes d'administration des médicaments, y compris l'opothérapie et la sérothérapie, qui sont étudiés avec quelque détail; moyens thérapeutiques externes (révulsion, bains froids, électricité, etc.), avec une description de chacun d'eux pour en permettre l'utilisation; cures thermales, régimes alimentaires pour les nourrissons et pour les malades.

Enfin, cette petite encyclopédie thérapeutique donne, en terminant, un formulaire des médicaments nouveaux et un tableau résumant les innovations du Codex de 1908, d'après lequel sont établies toutes les formules indiquées dans l'ouvrage.

Et voilà, grâce à l'auteur qui l'a excellemment composé, et à l'éditeur qui l'a très élégamment habillé, le *Formulaire aide-mémoire* parti pour un nombre respectable d'éditions nouvelles.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 520 pages. — Prix, relié en peau : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

Syphilis du système nerveux, de l'œil, de l'oreille et du nez (1), par le professeur E. GAUCHER et les docteurs G. MILIAN, F. TERRIEN et A. CASTEX.

Ce volume est le troisième du précis de syphiligraphie que publie le professeur Gaucher.

M. Milian étudie la syphilis du système nerveux. Dans la syphilis cérébrale, une série de chapitres sont consacrés à la pupille, la céphalée, l'insomnie des syphilitiques, puis à l'artérite cérébrale, aux méningites, à l'épilepsie et aux troubles mentaux. Viennent ensuite la syphilis bulbo-protubérantielle, la syphilis du cervelet et de la moelle, puis les névrites, les radiculites, et enfin l'hystérie, la neurasthénie, la paralysie générale et le tabes.

M. Terrien traite la syphilis de l'œil en deux grands chapitres consacrés aux lésions du globe oculaire et aux annexes du globe oculaire (paupières, conjonctive, voies lacrymales, muscles).

M. Castex expose la syphilis de l'oreille et du nez.

Ce volume présente les mêmes qualités de précision et de concision que les précédents et par son intérêt pratique est assuré du même succès.

P. RAVAUT.

Consultations médicales (2), 6e édition, revue et considérablement augmentée, conforme au Codex de 1908, par le professeur GRASSET et le docteur VEDEL, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Lorsqu'un ouvrage médical arrive à une sixième édition, l'éloge en devient superflu; le succès du livre est garant de sa valeur. Il en est ainsi pour les *Consultations médicales* de M. le professeur Grasset; cette édition a été revue et adaptée aux modifications du nouveau Codex, par M. Vedel; elle a été aussi considérablement augmentée, car la thérapeutique médicale s'est beaucoup enrichie en ces dernières années; si quelques produits nouveaux n'ont eu ou n'auront qu'une vogue éphémère, d'autres resteront qui ont déjà fait leurs preuves, et il suffira de citer les métaux colloïdaux, les sérums antidysentériques et antiméningococciques, les préparations opothérapiques, la radiothérapie; toutes ces acquisitions récentes de la thérapeutique sont signalées à la place qu'elles méritent d'occuper dans les prescriptions médicales. Le plan de ces *Consultations médicales* est très simple et en même temps très clinique; à propos de chaque affection, les auteurs rappellent en quelques lignes les principaux symptômes, puis ils rédigent une ordonnance détaillée, avec l'indication du régime à suivre et des médicaments à employer; pour chacun de ces médicaments, ils donnent diverses formules. Ainsi présentées, les *Consultations médicales* constituent un memorandum très complet et très précieux de thérapeutique clinique.

M. BRELET.

(1) In-8 écu, cartonné toile, tête dorée, de 750 pages, avec 70 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(2) In-18. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie, éditeurs, 1910.

PRATIQUE MÉDICALE

ACTION DES OPIACÉS NOUVEAUX; LEUR EMPLOI ÉVENTUEL DANS LA CURE DU MORPHINISME

par M. A. Morel-Lavallée (1).

La méthode la plus commode dans le traitement du morphinisme paraît être celle qui, au début, substitue à la morphine en piqûres des narcotiques voisins ou similaires, administrés en ingestion. Les trois derniers venus dont il faut comparer les résultats sont : l'héroïne (qui ne peut servir à la démorphinisation, parce qu'elle est plus toxique que la morphine); la dionine (qu'on ne peut administrer que par voie hypodermique, et qui coûte très cher), enfin le pantopon.

Le pantopon, découvert et étudié par Salhi de Berne, est de l'opium total injectable, sa composition est constante; il a toutes les propriétés de l'opium complet dans ses effets sédatifs, antitoxiques et psychiques.

M. Morel-Lavallée a établi dans son service des essais comparatifs entre l'opium et le pantopon et il semble possible, dès à présent, de conclure que l'on possède un produit excessivement intéressant, capable de rendre de très grands services dans la pratique journalière.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 21, 27 mai 1910.) H. Lebon : Diathermie et électro-coagulation. — Boulai : Le signe de Koplik. — A. Pelletier : L'hydronéphrose. — E. Bodin : Sur un point de pratique dans la radiothérapie des teignes de l'enfant. — Lahaussois : Luxation traumatique de la hanche gauche (variété ovulaire). — G. Leven : Toux et suralimentation. — (N° 22, 3 juin.) Thomas : Sclérose rénale d'origine tuberculeuse. — Robineau : Traitement des plaies traumatiques récentes par les pansements rares. — L. Wormser : Gonocoques et faux gonocoques. — Wetterwald : Le traitement manuel des névralgies. — L. Pron : Estomac et entéro-colite. — (N° 23, 10 juin.) M. Ségard : Ce qu'est la maladie de Volkmann. — Sabouraud : Analyse clinique et microbienne de la séborrhée vraie, micro-bacillaire. — Rudaux : Conduite à tenir dans la présentation du siège. — A. Pissavy : Syphilis et cardiopathies. — P.-R. Joly : L'action des eaux de Bagnoles-de-l'Orne sur les varices. — Aubourg et Lebon : Réduction considérable du temps de pose et radiographie rapide. — J. Estéoule : Aphte et stomatite aphteuse. — H. Triboulet : Physiologie digestive et coprologie. — (N° 24, 17 juin.) Cantaloube : Formes cliniques de la fièvre de Malte. — Braillon : La fièvre tuberculeuse préméningitique. — Mauclaire : Ankylose du genou. — Brucker et P. Richez : Remise au point de l'aérothérapie. — Oddo : Asthme cardiaque. — Genty : Traitement des sinusites maxillaires.

Echo médical du Nord. — (N° 21, 22 mai.) Vanverts : De la suture en bourse du collet du sac, sans résection de ce sac, dans la cure radicale de la hernie inguinale. — J. Looten et G. Ruyssen : Anomalie de la veine pulmonaire. — Oui : Deux cas de grossesse tubaire avec hématocèle. — P. Haunard : Troubles trophiques dans la paralysie générale. Quatre observations du pemphigus. — (N° 22, 29 mai.) J. Minet et E. Vanhæcke : Goitre exophtalmique et rhumatisme articulaire aigu franc. — Scherrer et Latour : Hémimélie des membres supérieurs avec mains botes et ectrodactylie chez un mort né de huit mois et demi. — (N° 23, 5 juin.) Painblan et Jean Minet : Deux cas d'hippus chez des tabétiques. — H. Damaye : Mesure de l'intelligence chez les arriérés. — (N° 24, 12 juin.) Lemaire : Le scharlachroth (rouge écarlate) et ses propriétés cicatrisantes. — Prouvost : De l'influence du régime déchloruré dans un cas de mort habituelle du fœtus. — (N° 25, 19 juin.) O. Lambret : Echinococcose péritonéale. — Bettremieux : Contribution à l'étude du décollement rétinien. — Paucot : Disparition de la glycosurie chez une diabétique au cours de la grossesse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 mai 1910.) J. Lucas-Championnière : L'antisepsie des plaies des mains par la teinture d'iode. — Tréguier : Le sous-nitrate de bismuth dans les maladies de l'estomac.

Journal de médecine interne. — (N° 15, 30 mai 1910.) Ch. Fouquet : A propos du traitement abortif de la syphilis. — Vinaver : Réactions synthétiques des diastases. — (N° 16, 10 juin.) Vaquez et Cottet : Examen de la perméabilité rénale. — Marcel Nathan : Quelques mots de pathologie exotique.

Journal des praticiens. — (N° 21, 21 mai 1910.) A. Mathieu : Les colites hémorragiques. — A. Terson : La recherche de la simulation et des fraudes visuelles dans les accidents du travail. — Brindeau : L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. — Nobécourt : Syphilis héréditaire pharyngo-laryngée. — (N° 22, 28 mai.) Debove : Méningite cérébro-spinale épidémique. Insuccès de la sérothérapie. — Babinski : Le syndrome thalamique. — G. Ballet : Les stéréotypies. — Chalmet : Diagnostic et importance de l'insuffisance pylorique. — (N° 23, 4 juin.) Broca : Spina ventosa des grands os longs. — S. Jeannel : Intoxication lente par l'oxyde de carbone. — (N° 24, 11 juin.) Reclus : Sur un abcès de la diaphyse humérale. — Amblard : Artério-sclérose et bains lumineux. — Guido Castelli : Les injections de fibrolysine dans un cas de cardiopathie grave. — (N° 25, 18 juin.) Boissard : Traitement de l'éclampsie puerpérale pendant le travail. — Marcel Natier : Surdité et altitude. Rééducation méthodique de l'oreille par des exercices acoustiques au moyen de diapasons.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 19, 7 mai 1910.) Bouchaud : Hémispasme facial du côté droit et hémiplégie faciale du côté gauche. — (N° 20, 14 mai.) Maurice d'Halluin : Diathermie et électro-coagulation. — Jean Poulain : Sigmoïdite et périsigmoïdite. — (N° 21, 21 mai.) D'Halluin et Delobel : Noyau de cerise dans le larynx. Trachéotomie d'urgence. Extraction. Guérison. — Jean Poulain : Sigmoïdite et périsigmoïdite (*suite*). — (N° 22, 28 mai.) A. David : Notes cliniques sur la leucémie. — Jean Poulain : Sigmoïdite et périsigmoïdite (*suite*). — (N° 23, 4 juin.) E. Camelot : Tuberculose rénale et tuberculose génitale. — Jean Poulain : Sigmoïdite et périsigmoïdite. — (N° 24, 11 juin.) R. Desplats : Le traitement des leucémies par les rayons X. — Dekester et Meurice : Extirpation d'une varice spéciale de la jambe gauche. — Edmond Leclair : Un chapitre de l'histoire de la chirurgie à Lille.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris (8 juillet 1910).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie.— La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie.

La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des principales affections chirurgicales dans l'armée, par le docteur A. MIGNON, professeur au Val-de-Grâce. In-8 de VIII-541 pages, avec 183 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

Petite chirurgie pratique, par Th. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon et P. DESFOSSES, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi. Troisième édition revue et augmentée. Grand in-8 de XII-570 pages, avec 325 figures dans le texte, relié toile. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Albuminuries chroniques bénignes et leur traitement (Consultations médicales françaises, fasc. XVII), par le docteur J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Les Ferments digestifs des leucocytes, par FIESSINGER et Pierre MARIE. 185 p. — Paris, Maloine.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1910, par le docteur V. GARDETTE, préface par le docteur A. MANQUAT. In-18 de 300 pages. — Prix : cartonné, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 juillet. — MM. Mocquot et Lardennois, 20; Descomps et Cauchoix, 19.

A la suite du concours, MM. Lardennois et Descomps ont été nommés chirurgiens des hôpitaux.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le jeudi 3 novembre 1910, à huit heures du matin, aura lieu à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination de pharmaciens adjoints des hôpitaux. Les inscriptions seront reçues à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 56, jusqu'au samedi 1er octobre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Marfan est nommé professeur de thérapeutique en remplacement de M. le professeur Gilbert, qui prend la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

ÉCOLES DE PHARMACIE. — Le *Journal officiel* du 29 juillet publie deux décrets organisant le stage des élèves en pharmacie dans les officines ouvertes au public et agréées par le recteur, et réglementant la scolarité et les examens.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs F. Widal et Launois, médecins des hôpitaux, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris; Delaunay, chirurgien en chef de l'hôpital Péan.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Le Pileur, médecin de la prison Saint-Lazare; Morax, médecin à l'hôpital Lariboisière; Marque (de Paris); Bruyère, médecin à l'hôpital Lariboisière; Blanquinque, chirurgien en chef de l'hôpital de Laon; Eveillé, conseiller général de la Charente-Inférieure.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE (*Paris, 2-7 août 1910*). — Programme. — *Jeudi 4 août*, à neuf heures du matin : séance plénière, sous la présidence de M. Lefèvre, doyen de la Faculté des lettres de Lille.

Discussion des rapports de MM. Doléris et Chotzen sur l'éducation sexuelle.

A dix heures et demie : séance des sections.

Suite de la discussion des communications.

A dix heures et demie : séance de gymnastique comparée.

A deux heures du soir : séance des sections.

Discussion d'un des trois rapports de section.

A cinq heures : excursion dans Paris. Visite à l'école de plein air de Saint-Mandé, où M. Durot, directeur, recevra le congressistes.

A huit heures du soir, au casino d'Enghien : réception, dîner et soirée théâtrale, offerts par la société des médecins-inspecteurs de Paris et de la Seine, avec le concours de la municipalité et de l'administration des thermes d'Enghien-les-Bains, aux médecins scolaires français et étrangers, membres du Congrès.

Vendredi 5 août, à neuf heures du matin : séance plénière, présidée par M. le docteur Chantemesse, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Discussion du rapport de MM. Lesieur et Desguin : préparation et choix du médecin scolaire.

A dix heures et demie : séance de sections.

A deux heures : séance de sections.

Discussion des rapports.

A cinq heures : réception à l'Hôtel de Ville par M. le président et MM. les membres du Conseil municipal de Paris.

A huit heures, au Palais d'Orsay : banquet par souscription.

Samedi 6 août. — A la Sorbonne, à neuf heures du matin ; séance solennelle de clôture, présidée par M. le docteur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie de médecine, délégué par M. le ministre de l'Instruction publique, et sous la présidence d'honneur de M. Léon Bourgeois, avec le concours de la musique du 5e régiment d'infanterie.

A cette séance seront présentés les vœux discutés dans les séances de section et adoptés par le Comité permanent international.

Avis. — Les commissaires portent un flot de rubans de couleur différente suivant la langue étrangère qu'ils parlent : *rouge* pour l'allemand, *vert* pour l'anglais, *jaune* pour l'espagnol.

Un programme complet comprenant l'ordre du jour des

sections pour chaque réunion et la liste des excursions journalières sera distribué aux congressistes dès leur arrivée.

Un bureau de poste, téléphone et télégraphe, installé dans les locaux du Grand Palais, côté du quai, en face le pont Alexandre III, fonctionnera pendant toute la durée du Congrès et de l'exposition.

Une boîte aux lettres sera installée directement à la porte d'entrée du Grand Palais.

CONGRÈS DES JOURNALISTES MÉDICAUX. — Ce Congrès, qui devait se réunir le premier samedi de novembre, a dû être renvoyé à une date encore indéterminée, par suite de difficultés que n'avaient pas prévues le comité d'organisation, en raison surtout de la proximité des vacances.

Tous les journalistes médicaux sont invités à envoyer leur adhésion au secrétaire général, 9, rue de Poissy, Paris. Le montant de la cotisation (6 fr.) doit être adressé au trésorier, M. le docteur Le Sourd, 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris.

Les membres de l'association qui adhéreront au Congrès seront dispensés de la cotisation de 1911.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES, 7e CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Le lundi 8 août à trois heures et demie, au palais des fêtes, M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine, fera une conférence sur : « La richesse thermale, climatique et marine de France, étudiée au point de vue de la thérapeutique, de l'hygiène thérapeutique et de la puériculture (crénothérapie). »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ballivet (de Gex); Loumaigne (de Riscle); Gaston Marion (de Libourne.)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de vacances à prix réduits* (1re, 2e et 3e classes), délivrés du 15 juin au 15 septembre, aux familles d'au moins trois personnes. Validité jusqu'au 5 novembre 1910.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix. — Les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Des billets de même nature sont délivrés de toutes gares de l'Est, du Nord et de P.-L.-M., pour toutes les gares de chacun de ces réseaux.

— *Voyages circulaires à itinéraires facultatifs sur le réseau P.-L.-M.* — Toutes les gares du réseau P.-L.-M. délivrent, toute l'année, des carnets individuels ou de famille pour effectuer en 1re, 2e et 3e classes, des voyages circulaires à itinéraires tracés par les voyageurs eux-mêmes, avec parcours totaux d'au moins 300 kilomètres. Les prix de ces carnets comportent des réductions très importantes qui peuvent atteindre, pour les carnets de famille, 50 p. 100 du tarif général.

La validité de ces carnets est de : 30 jours jusqu'à 1500 kilomètres; 45 jours de 1501 à 3000 kilomètres; 60 jours pour plus de 3000 kilomètres. Elle peut être prolongée deux fois de moitié moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du carnet.

Arrêts facultatifs à toutes les gares situées sur l'itinéraire.

Pour se procurer un carnet individuel ou de famille, il suffit de tracer sur une carte, qui est délivrée gratuitement dans toutes les gares P.-L.-M., les bureaux de ville et les agences de voyages, le voyage à effectuer, et d'envoyer cette carte 5 jours avant le départ à la gare où le voyage doit être commencé, en joignant à cet envoi une consignation de 10 fr.

Le délai de demande est réduit à 2 jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement médical des maladies des femmes (1), par Albert Robin, professeur de clinique thérapeutique, et Paul Dalché, médecin de la Pitié.

Il est absolument inutile de faire l'éloge d'un livre dont les deux premières éditions ont été rapidement épuisées, et d'ailleurs la personnalité des deux auteurs serait un sûr garant de la valeur de l'ouvrage.

Plus on va, plus on est convaincu que toutes les affections gynécologiques ne sont pas du domaine de la chirurgie et que bon nombre d'entre elles sont justiciables d'un traitement médical. Encore faut-il que le praticien sache faire le départ de ce qui revient à la chirurgie et à la médecine, et une fois ce départ fait, qu'il sache tirer de la thérapeutique médicale tout ce qu'il est en droit d'en attendre. Le livre de MM. Albert Robin et Paul Dalché sera pour lui un guide sûr, sous ce rapport.

Nous rappellerons sommairement qu'il est divisé en cinq parties dont les deux premières sont consacrées aux *fausses utérines*, et il n'est pas besoin d'être bien vieux dans la carrière pour savoir combien nombreuse est cette catégorie de malades, chez qui des troubles des différents appareils retentissent sur les organes génitaux.

La troisième partie étudie la menstruation normale et pathologique, l'aménorrhée, la dysménorrhée, les métrorrhagies, la ménopause. L'importante question de l'opothérapie ovarienne y est complètement mise au point.

Dans la quatrième partie nous signalerons entre autres une étude très complète et très nouvelle de la syphilis utéro-annexielle.

Enfin, l'ouvrage se termine par le traitement hydrothérapique et hydrologique des maladies des femmes, et l'on ne saurait croire avant d'avoir lu ces chapitres quelles ressources merveilleuses on peut tirer de l'eau chaude ou froide, minéralisée ou non, lorsqu'on sait la manier avec précision dans les cas opportuns.

Nous serions bien surpris si la troisième édition de l'excellent livre de MM. Albert Robin et Paul Daché n'était pas rapidement suivie d'une quatrième, car au milieu de la luxuriante floraison de la littérature médicale, nos confrères savent bien discerner les œuvres réellement pratiques et utiles. Le succès d'une œuvre médicale est certainement plus que partout ailleurs le véritable critérium de sa valeur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Eléments d'obstétrique (2), par le docteur V. Wallich, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

La première édition de ce manuel si précis et si clair a été rapidement épuisée. Une deuxième édition vient de paraître, mise au courant des derniers travaux, et illustrée de cinquante nouvelles figures. Nous ne doutons pas qu'elle obtienne, auprès des étudiants et des praticiens, le même succès que sa devancière.

M. DELESTRE.

(1) 1 vol. de 574 pages. Troisième édition. Prix : 12 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) In-18 de 720 pages avec 135 figures dans le texte, 2e édit. — Prix : cartonné, 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

VALEUR DE LA RADIOTHÉRAPIE

DANS LE

TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES

Par MM. P. OUDIN et A. ZIMMERN.

La thérapeutique des adénopathies subit depuis quelques années une évolution remarquable. Chaque jour la radiothérapie y agrandit son domaine, et gagne la confiance des chirurgiens, assez peu satisfaits en général des résultats des méthodes classiques.

Depuis plusieurs années l'observation clinique s'est enrichie de faits, rigoureusement étudiés et suivis, qui mettent en évidence la puissance de l'action régressive des rayons X sur les processus morbides dont les ganglions sont le siège.

La raison de cette action thérapeutique n'a rien de mystérieux : elle est d'ordre physiologique et réside dans l'atteinte profonde que subit le tissu lymphoïde frappé par le rayonnement röntgénien, notion classique depuis Heinecke.

Nous savons en effet, depuis les recherches de cet auteur sur les petits animaux, que l'irradiation des organes lymphoïdes altère rapidement et profondément leurs éléments constitutifs et qu'à dose suffisante elle est capable d'en amener la nécrose.

Une irradiation, relativement faible si on la compare aux doses employées pour déterminer des altérations du tégument, chez l'homme, est susceptible, chez l'animal sain, de détruire complètement un nombre assez considérable de lymphocytes.

La même dose produira des effets plus accentués encore à l'état pathologique du fait de l'hyperplasie qui augmente le nombre des éléments jeunes, faiblement différenciés, d'autant plus vulnérables par la radiation qu'ils sont moins avancés en âge.

Toutes les variétés d'adénopathie ont reçu le baptême de l'irradiation röntgénienne, adénites inflammatoires simples, adénopathies syphilitiques et bubons, adénopathies de la leucémie, du cancer, adénites tuberculeuses, lymphadénie, maladie de Mickulicz. Partout, ou plus exactement dans l'immense majorité des observations, s'est révélée nettement l'influence dégénérative des rayons sur le tissu lymphatique.

Quel qu'ait été le siège de l'affection, superficiel comme dans les adénopathies cervicales, ou profond comme dans les adénopathies médiastines, presque toujours les irradiations ont amené une évolution régressive des hypertrophies ganglionnaires.

Les radiologistes n'ont même pas épargné les ADÉNOPATHIES INFLAMMATOIRES simples, consécutives à des amygdalites, aux otites, ou persistant après certaines infections, et il semble qu'un petit nombre de séances puisse effectivement réduire leur durée d'évolution.

Herxheimer et Huebner d'abord, Lassueur ensuite ont traité par les rayons les BUBONS du chancre mou. Dans ces cas, la radiothérapie paraît pouvoir retarder ou entraver la suppuration, ou si la collection s'est déjà faite, elle peut moyennant l'évacuation préalable du pus activer la régression de l'hypertrophie ganglionnaire et la résorption de l'infiltration périphérique.

Pour certains auteurs, les adénopathies de la SYPHILIS pourraient également céder à l'action des rayons. D'autres, au contraire, affirment formellement leur inefficacité (Haret).

Les tumeurs ganglionnaires de la LEUCÉMIE LYMPHATIQUE sont, sous l'action des rayons, le siège d'une régression aussi manifeste que la diminution de volume de la rate dans la leucémie myélogène.

La réduction de volume d'énormes masses cervicales, en un temps remarquablement court, la suppression des troubles de compression, relevant de lymphomes médiastinaux, sont des notions aujourd'hui trop universellement répandues pour mériter plus qu'un rappel.

Les ADÉNOPATHIES DU CANCER sont justiciables de la même thérapeutique que le cancer.

Le rôle de la radiothérapie est ici de parachever l'œuvre chirurgicale par l'irradiation post-opératoire, qu'il y aurait tant d'intérêt à faire sur la plaie ouverte, comme le réclament depuis si longtemps les radiologistes.

Dans les formes inopérables, l'irradiation ganglionnaire amène souvent, pour un temps, la diminution d'œdèmes et de douleurs par compression.

Le LYMPHOSARCOME figure également au nombre des affections que la radiothérapie est susceptible de combattre temporairement d'une manière efficace.

De toutes les variétés de sarcome, le lymphosarcome représente en effet l'une des formes les plus sensibles à l'action des rayons.

S'il faut cependant n'accepter qu'avec réserve les relations de guérison de lymphosarcomes médiastinaux, où le diagnostic de malignité ne semble pas nécessairement s'affirmer, et susceptibles par suite d'être englobés dans le groupe des lymphadénomes, il est par contre indiscutable que des lymphosarcomes avérés, reconnus histologiquement, ont pu fondre sous l'action des rayons. Tel le cas initial de Williams (1903) [1], lymphosarcome du cou à cellules rondes, deux fois récidivé, qui rétrocéda et disparut après l'application des rayons.

Des différentes variétés d'altérations ganglionnaires énumérées ci-dessus, l'adénopathie leucémique et le lymphosarcome seuls appellent obligatoirement le traitement radiothérapique. Mais il est deux autres groupes où, du fait des brillants résultats obtenus jusqu'ici, l'indication n'apparaît pas moins pressante : les ADÉNOPATHIES BACILLAIRES et les TUMEURS ALEUCÉMIQUES.

* * *

Tout en abandonnant aux Américains (2, 3, 4) le mérite d'avoir publié les premiers cas d'adénite traités avec succès par les rayons, il faut bien reconnaître que la méthode ne s'est réellement accré-

(1) WILLIAMS. *The Rontgen Rays in medicin and surgery*. New-York 1903.

(2) BISCHOP. *XIIe Congrès annuel de l'Amer. electroth. Assoc.*, 1902.

(3) ZEISSLER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1903.

(4) VALES (Franz). *Med. news.*, 30 janv. 1904.

ditée qu'à partir de l'année où les découvertes d'Heinecke (1905) eurent mis en lumière l'action si spéciale des rayons sur les tissus lymphoïdes.

C'est sans doute grâce au nouveau fondement physiologique sur lequel ils s'étayaient implicitement que les mémoires de Hendrix (1), de Redard et Barret (2), la communication de Bergonié (3) sur l'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies bacillaires ne restèrent pas, telle une simple curiosité thérapeutique, sans lendemain.

Ces premiers auteurs avaient indiqué la voie où s'engagèrent dans la suite Desplats (4), Ferrand et Krouchkoll (5), Rœderer (6), Barjon (7), Kienböck (8). L'analyse de leurs observations conduit à accorder sans conteste, droit de cité à la radiothérapie dans le traitement des adénopathies bacillaires.

Les ADÉNOPATHIES BACILLAIRES se présentent sous des formes multiples et avec une évolution variable. Accompagnant parfois la localisation pulmonaire, le plus souvent apparaissant comme la seule manifestation de l'infection tuberculeuse, elles forment chez l'enfant ou chez l'adulte ces masses ganglionnaires, tantôt isolées, tantôt agglomérées ou en chapelet, produisant ainsi, à la région cervicale, leur siège de prédilection, le collier strumeux bien classique.

Tantôt, en dépit de toute thérapeutique, ces masses persistent avec une ténacité désespérante ; d'autrefois l'affection passe au stade de caséification. La suppuration se fait jour à travers des fistules éternellement suintantes et dont l'occlusion n'arrive à se faire qu'au prix de cicatrices difformes et indélébiles.

Le premier stade, ou stade de réaction du parenchyme ganglionnaire à l'infection tuberculeuse, est constitué par la prolifération des éléments des follicules. Ultérieurement le tissu conjonctif périphérique irrité s'infiltre et le ganglion hypertrophié peu à peu s'enrobe dans une gangue de péri-adénite.

La résorption peut s'effectuer à cette période et l'organisation fibreuse aboutir à la formation d'une petite masse dure, scléreuse, constituée par des travées fibreuses épaisses et denses au milieu desquelles se reconnaissent de petits îlots de parenchyme folliculaire. D'autres fois l'évolution se poursuit, la fonte se produit transformant le tissu ganglionnaire en un amas de cellules détruites, nécrosées et de lymphocytes.

* * *

Lortet et Genoud (1896) inoculent à une série de cobayes des produits tuberculeux sous la peau de la région inguinale. Trois de ces animaux sont soumis à des irradiations quotidiennes de la région inoculée. Après quinze jours, tandis que les cinq animaux témoins présentaient de l'empâtement et des abcès ganglionnaires, les animaux traités n'avaient ni abcès, ni péri-adénites et présentaient seulement des ganglions inguinaux indurés.

Au bout de trois semaines, la suppuration s'installe chez les témoins, tandis que les ganglions des trois cobayes irradiés montrent une notable réduction de volume.

Les rayons X n'agissent ni sur le pus, ni sur la cause de la maladie, le bacille. Mais par contre ils exercent leur action dégénérative sur le tissu lymphoïde, produisant un arrêt de l'activité cellulaire et entravant sa prolifération.

Il est probable que ces effets peuvent s'expliquer par un processus analogue à celui que Menetrier et Touraine ont pu mettre histologiquement en évidence sur le ganglion lymphémique. Celui-ci consiste dans l'apport de grandes cellules à protoplasma rempli de débris nucléaires auxquelles semble dévolu un rôle phagocytaire.

Le terme évolutif de la transformation du ganglion est la sclérose, processus habituel de guérison des lésions tuberculeuses.

* * *

L'observation clinique montre actuellement d'une façon péremptoire :

1° Que les adénopathies bacillaires au premier stade, même les plus volumineuses, offrent à la radiothérapie un champ d'action des plus favorables.

2° Qu'au stade de suppuration la guérison est possible, moyennant l'évacuation préalable des foyers purulents.

3° Qu'au stade d'atrophie scléreuse, les rayons n'ont plus d'action.

a). C'est en effet dans les *adénites chroniques, à évolution sous-cutanée*, qui n'ont pas de tendance au ramollissement, que l'action des rayons est le plus remarquable.

Dès la première séance, si la dose de celle-ci a été suffisante, on voit les masses scrofuleuses diminuer, quelquefois après une phase initiale de tuméfaction douloureuse.

La gangue péri-adénique s'effondre la première, séparant les amas ganglionnaires, isolant chaque ganglion.

Ensuite au fur et à mesure que se succèdent les séances, on sent les ganglions se ramollir légèrement et peu à peu, lentement en général, on assiste à leur diminution de volume progressive. Finalement, l'induration survient et il ne reste bientôt plus qu'un petit noyau scléreux du volume d'une petite noisette ou d'un haricot, vestige de l'organe primitivement hypertrophié.

La disparition totale du ganglion est, semble-t-il, exceptionnelle, et des chaînes ganglionnaires réduites par la radiothérapie donnent par suite l'impression d'une micropolyadénite.

Bien entendu, cette évolution régressive s'accompagne de la régression simultanée des phénomènes douloureux, des troubles de compression et du relèvement de l'état général.

Elle n'est pas cependant, en général, des plus ra-

(1) HENDRIX (de Bruxelles). *Sem. méd.*, 5 juillet 1905.
(2) REDARD et BARRET. *Cong. de la tuberculose*, 1905.
(4) BERGONIÉ. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 29 mars 1905.
(3) DESPLATS. *Congrès de Liége*, 1905.
(5) FERRAND et KROUCHKOLL. *Gaz. des hôpit.*, 20 juin 1905.
(6) RŒDERER. Th. de Paris, 1906.
(7) BARJON. *Arch. d'électr. méd.*, 1910.
(8) KIENBÖCK. *Congrès de physiothérapie*, 1910.

pides. Si, dans les cas où l'on se sera adressé à la radiothérapie suffisamment de bonne heure, la régression s'effectue en quelques semaines, grâce à la plus grande sensibilité du tissu folliculaire aux phases initiales de son hyperplasie, il faut compter, dans les cas déjà anciens, avec plusieurs mois de traitement et un nombre de séances assez élevé.

C'est au moins ce qui ressort des observations publiées il y a quelques années, alors que, par les irradiations à découvert, la menace de radiodermite opposait un obstacle sérieux à la multiplication des séances. Aujourd'hui, sans doute grâce aux perfectionnements de la technique, à l'emploi de rayons filtrés sous aluminium, aux irradiations en feu croisé, grâce aussi à la possibilité d'applications subintrantes, la durée du traitement a pu être réduite dans une certaine mesure. Mais il ne faut pas oublier que l'évolution anatomique exige un temps appréciable pour effectuer son travail de régression. Au bout de cinq à sept semaines on doit avoir une régression manifeste. Si vers la douzième semaine elle ne s'était pas produite, il n'y aurait plus guère à espérer de l'action des rayons.

Le modus operandi qui nous a paru le plus efficace est le suivant :

Au début de l'infiltration bacillaire, alors qu'on ne constate encore que de l'empâtement de la région ganglionnaire, sans adhérences à la peau, sans fluctuation, il faut faire à trois jours d'intervalle trois ou quatre séances courtes ne dépassant pas au total 3/4 ou 1 V (1) avec des rayons très pénétrants et filtrés au travers d'une lame d'aluminium de cinq dixièmes de millimètre. Ainsi nous serons sûrs de ménager absolument l'intégrité de la peau, ce qui est indispensable.

Après une dizaine de jours de repos, si tout s'est bien passé, s'il n'y a pas eu d'élévation de température et si la tumeur ganglionnaire semble en voie de régression, nous recommencerons de la même façon et conduirons ainsi le traitement par petites séries de séances courtes.

Si au contraire la tumeur ne semble pas avoir diminué, nous nous en tiendrons là pour ne pas fatiguer la peau, et attendrons pour continuer le traitement qu'il puisse marcher parallèlement avec les injections. Après chaque ponction et injection nous ferons une séance, toujours avec des rayons très durs et très filtrés, et en n'attaquant les ganglions que par la partie centrale de la tumeur dont la périphérie sera ménagée par une lame de plomb épaisse, de façon que le chirurgien puisse facilement, pour ces ponctions successives, utiliser cette zone périphérique restée absolument à l'abri des rayons X.

(1) Nous avons adopté l'unité V (Villard) comme unité pratique de mesure de quantité en radiothérapie, nullement pour augmenter le nombre de celles existant déjà, mais pour des raisons multiples que nous exposerons dans un travail ultérieur et dont la principale est le besoin de mettre d'accord l'unité de mesure avec l'indicateur dont l'usage est aujourd'hui à peu près universellement répandu, la pastille de Sabouraud-Noiré.

L'unité V répond à l'effet Villard, c'est-à-dire à la teinte étalon (teinte B) indiquée par les posomètres et nous avons convenu d'appeler 1/2 V, 1/3 V, 2 V, les durées d'irradiation correspondant à la moitié, au tiers, au double du temps nécessaire à l'obtention de la teinte B, dans les conditions définies par Sabouraud et Noiré.

C'est d'ailleurs la méthode que nous employons dans le traitement des adénopathies bacillaires par les courants de haute fréquence, effluvation alternant avec les ponctions, et qui nous donne aussi les plus brillants résultats, mais nous n'avons pas à insister ici sur ce point.

Ajoutons aussi qu'une fois l'atrophie totale obtenue, il est indispensable de poursuivre les séances, afin de prévenir un réveil de l'affection.

En ce qui concerne maintenant les résultats éloignés, la majorité des auteurs les considèrent comme favorables. Sans doute la récidive est toujours possible, mais on ne la laissera pas s'installer. Un de nos malades, traité en 1904, d'une adénopathie bacillaire fermée, est resté guéri complètement, après cinq séances, et n'a jamais récidivé.

b). La radiothérapie ne dément pas son efficacité dans les *formes suppurées*. La guérison s'y fait en général assez rapidement et dans des conditions esthétiques qui marquent un progrès tout à fait sérieux dans la thérapeutique de cette affection, si l'on songe aux résultats, si désastreux à ce point de vue, de l'abstention ou de l'intervention chirurgicale.

Barjon, qui a fait une étude approfondie de ces cas, considère séparément ceux où les foyers sont encore fermés et ceux où l'ouverture ou la fistulisation se sont produites.

La collection purulente ne pouvant être influencée par les rayons, il importe dans les formes fermées d'évacuer le pus par ponction aspiratrice ou par incision et expression, si le pus épais et grumeleux ne peut passer par le canal trop étroit d'une aiguille.

Tout à fait favorables sont les cas où la masse ganglionnaire est indépendante de la peau, où il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni inflammation. L'évacuation complétée par un lavage à l'huile iodoformée ou à la teinture d'iode, sera suivie d'une application à la dose de 3/4 V sous filtre. Le nombre des ponctions et des irradiations variera avec chaque cas, suivant son intensité, son étendue suivant l'abondance du pus et le volume ganglionnaire. Une fois la suppuration tarie le traitement devra être poursuivi, jusqu'à réduction complète des masses ganglionnaires non détruites par la suppuration.

Lorsque l'adénopathie suppurée se présente sous la forme inflammatoire, phlegmoneuse, c'est-à-dire avec infiltration périganglionnaire, œdème, douleurs, peau rouge, tendue, adhérente, la réduction s'obtient assez souvent mais moins sûrement et moins rapidement que dans le cas précédent. Souvent la suppuration est favorisée ou accélérée par l'irradiation. L'évacuation, indispensable, oblige alors d'ordinaire à l'incision large et à un drainage de quelques jours. Au fur et à mesure des irradiations la sécrétion change d'aspect, devient fluide et moins grumeleuse et finalement se tarit. En même temps les masses tuméfiées se réduisent. Le rôle de la radiothérapie est ici de favoriser la résorption des résidus ganglionnaires non encore détruits par la suppuration et de prévenir les rétractions cutanées et les bourrelets chéloïdiens, conséquence habituelle des abcès bacillaires non irradiés.

Se trouve-t-on en présence de ces *ulcérations mul-*

tiples faisant communiquer avec l'extérieur d'anfractueux clapiers purulents, partiellement recouvertes de croûtes, laissant s'écouler par expression un pus épais et grumeleux, entourées déjà de bourrelets chéloïdiens rougeâtres, la radiothérapie est encore indiquée comme complément de l'intervention chirurgicale. La désinfection convenablement faite par teinture d'iode ou eau oxygénée, les rayons permettront la réduction des reliquats ganglionnaires hypertrophiés, aideront par leur action excitante à la cicatrisation, et provoqueront l'affaissement des saillies exubérantes.

Ajoutons enfin que leur effet n'est pas moins remarquable sur les fistules persistantes rebelles aux injections modificatrices et qu'un petit nombre d'irradiations peuvent tarir et amener à la cicatrisation définitive. D'après Kienböck, lorsqu'il existe des trajets fistuleux, la peau environnante est particulièrement sensible et ne supporte pas les doses normales qui amèneraient une violente radiodermite avec télangiectasies consécutives.

Quelques auteurs cependant sont venus jeter une note discordante dans le concert des appréciations favorables sur la radiothérapie dans les adénopathies. Déjà autrefois Bergonié et Tissier, Rodet et Bertin-Sans, Mlle Ogus, expérimentant chez des animaux, avaient insisté sur les cas de généralisation rapide qu'ils avaient observés et sur le manque de résistance des animaux irradiés, en même temps que sur les améliorations locales des foyers tuberculeux; mais il faut bien dire que ces animaux étaient exposés à des séances massives, bien plus énergiques que celles qui s'emploient en clinique.

Des phénomènes de généralisation ont été signalés chez l'homme au cours du traitement. Le tuberculome cérébral (Vales), la granulie (Jacobaeus), la pleurésie tuberculeuse (Destot), seraient venus subitement assombrir le tableau clinique. Mais ces accidents ne sont-ils pas assez connus comme complication éventuelle des adénites non traitées pour qu'il n'y ait pas lieu d'en rejeter la responsabilité sur la radiothérapie?

C'est principalement l'élévation thermique survenant parfois quelques heures après l'irradiation qui, mal interprétée, a pu faire naître la crainte d'une généralisation tuberculeuse par la mise en liberté dans la circulation générale de bacilles virulents (Valobra). La température en effet s'élève parfois après l'exposition aux rayons X, notamment après l'application de fortes doses; mais, comme le dit Kienböck, on n'observe jamais ce symptôme avec des allures menaçantes. Il se rencontre du reste dans des conditions analogues dans la radiothérapie des leucémies (Menetrier et Touraine) où on l'a attribué à la mise en circulation rapide de produits libérés par la destruction des leucocytes.

Le fait d'une légère élévation thermique ne doit donc pas conduire à renoncer au traitement.

Aussi, bien qu'un de nos périodiques, négligeant des travaux plus importants, ait retenu quelques faits malheureux pour répandre l'alarme, nous pensons que dans l'état actuel de la science toute adénite chronique tuberculeuse est justiciable de la radiothérapie : de la radiothérapie combinée aux procédés médicaux habituels, arsenic, huile de foie de morue, dans les formes non suppurées, de la radiothérapie combinée à l'aspiration ou au curage dans les formes purulentes.

La méthode est sans danger, et le seul incident auquel elle puisse donner lieu depuis que la réglementation de la technique impose des radiations filtrées est la pigmentation de la peau, surtout chez les femmes.

Bergonié, au début, opérant avec des rayons non filtrés considérait la réaction cutanée comme favorable à l'action thérapeutique. Nous savons aujourd'hui qu'il n'en est rien et que la régression peut s'effectuer sans altération aucune de la peau.

*
* *

Dans le groupe nosologique des LYMPHADÉNIES ALEUCÉMIQUES, les auteurs font rentrer toute une série d'états morbides à localisation ganglionnaire, tels que la maladie de Hodgkin, le lymphadénome. Certaines de ces adénopathies paraissent devoir être rapprochées de la leucémie, d'autres relever de la tuberculose. Cliniquement ces états se caractérisent par l'apparition de volumineuses masses ganglionnaires, souvent symétriques, molles, envahissant les régions cervicale, axillaire, l'aine, le médiastin, sans tendance à la suppuration ou à la crétification.

La rate est parfois augmentée de volume, mais dans des proportions moindres que dans la leucémie vraie.

Il y a d'ordinaire également hyperleucocytose (15 000 à 20 000 globules blancs par millimètre cube) avec prédominance de lymphocytes, mais la leucocytose n'atteint jamais les proportions observées dans la leucémie.

Nous avons pu suivre le processus régressif dans deux cas de ce genre : il est tout à fait remarquable de voir la rapidité avec laquelle, même avec de faibles doses, s'opère la scission des masses ganglionnaires par résorption de la périadénite et la réduction de volume des paquets ganglionnaires eux-mêmes. Les tumeurs de la lymphadénie aleucémique semblent en effet tout particulièrement sensibles à l'action des rayons, et Holzknecht a même proposé la recherche de cette sensibilité comme élément de diagnostic d'avec les adénopathies bacillaires. Une séance d'épreuve de 5H sous filtre (Holzknecht) avec des rayons durs, amènerait dans le premier cas une réduction de volume très considérable et extrêmement rapide : les adénopathies bacillaires seraient par contre beaucoup moins sensibles, beaucoup moins rapidement influençables.

La régression des adénopathies aleucémiques s'accompagne toujours d'une amélioration de l'état général, de la disparition des tiraillements douloureux, des œdèmes par compression. Le sang reprend progressivement ses caractères normaux tant au point de vue du nombre des leucocytes que de la formule leucocytaire. La réduction de volume des ganglions médiastinaux irradiés se reconnaît à la diminution des signes de compression thoracique, et parfois

à l'augmentation de clarté de l'image radioscopique.

Malheureusement les résultats pleins de promesses de la radiothérapie ne sont le plus souvent que temporaires. La récidive est la règle, et le retour des masses ganglionnaires oblige à reprendre les irradiations. Pendant longtemps celles-ci peuvent conserver leur efficacité, mais il arrive toujours, plus ou moins tôt, un moment où, comme dans la leucémie, les ganglions envahis se montrent réfractaires à l'action des rayons. En renouvelant les séances, on imprime donc à la maladie un temps d'arrêt, mais on ne la guérit pas, et le malade finit par succomber à l'anémie et à la cachexie.

MÉDECINE PRATIQUE

LA RÉSECTION DU COLON DANS LA CONSTIPATION REBELLE

(D'après Ernest A. Hall (1).

Pour combattre les cas très graves de constipation avec la toxémie qui en est la conséquence, lorsque tous les moyens médicaux ont échoué, on a tenté la suppression fonctionnelle du gros intestin. L'expérience prouve que l'entéro-anastomose (iléo-sigmoïdostomie), l'exclusion unilatérale de l'intestin (iléo-sigmoïdostomie par implantation avec fermeture du bout distal de l'iléon) amènent une amélioration passagère mais que bientôt par suite d'antipéristaltisme du gros intestin le côlon se remplit de matières fécales, se distend, entraînant des douleurs et de nouveau des troubles de la santé générale par résorption toxique. Nous avons rapporté de ces observations dans notre thèse sur l'exclusion de l'intestin (1902). L'auteur en donne deux cas typiques dus à Groves, où l'on a été finalement amené à la résection du côlon.

En dehors de cette résection on peut concevoir une entéro-anastomose analogue à la gastro-entérostomie en Y, où après l'iléo-sigmoïdostomie, le segment distal de l'iléon est abouché dans l'S iliaque au-dessous de la première anastomose, constituant ainsi un « tout à l'intestin ».

L'auteur décrit cette opération sans indiquer que Monprofit l'a préconisée depuis plusieurs années.

Dans ces cas les préférences de Hall vont à la résection du côlon.

L'opération est relativement simple. Après évacuation aussi complète que possible de l'intestin, laparotomie ; ligature préventive des trois artères coliques (Lane) ce qui simplifie beaucoup l'hémostase dans la section des mésos (dans la ligature de l'iléo-colique il faut prendre un grand soin de ne lier aucune branche se rendant à l'iléon). Section de l'iléon au-dessus du cæcum et du côlon pelvien à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur. Résection de tout le côlon intermédiaire. Fermeture du bout inférieur du côlon avec implantation de l'iléon.

Pour diminuer le shock de cette opération toujours longue (une heure et demie), l'auteur recommande d'injecter une large dose de sérum avant l'opération.

La gravité de cette opération ne dépasserait pas celle des autres opérations abdominales. Ito et Soyesiuece en ont réuni 21 cas avec 14 bons résultats, 5 morts de l'opération, une mort consécutive (diarrhée), un cas sans amélioration. Lowenstein, sur 44 cas, donne 21 morts (48 p. 100), 2 sans amélioration, 7 améliorations, 15 guérisons (34 p. 100). Lane sur 9 cas opérés personnellement n'a eu qu'une seule mort, outre les deux cas cités de Grove, Hall rapporte une observation personnelle avec guérison, et une autre de Sharples avec guérison.

Les résultats fonctionnels donnent : une diarrhée passagère, un raccourcissement du temps de passage des aliments dans le tube digestif de cinq à six heures, une augmentation de 6 à 7 p. 100 du contenu en eau des matières fécales. Quant à la diminution de l'absorption des graisses et des matières azotées, elle est pratiquement nulle (Groves).

Enthousiasmé par ces résultats, Hall se demande si nous n'avons pas là un moyen radical de traitement de toutes les affections dans lesquelles l'auto-intoxication, la congestion abdominale, sont les principaux facteurs, de même que les affections où cette absorption vient surcharger l'élimination de reins déjà fatigués ; et il énumère le rhumatisme, les anémies, les dégénérescences artérielles, l'asthme, les névralgies et angines. Il propose cette intervention « comme une opération de drainage dans l'ascite par lésions organiques du foie, et elle sera l'opération par excellence : 1° en diminuant le volume du sang qui passe à travers le foie, et 2° en augmentant les facilités de drainage ». Il cite encore l'épilepsie essentielle, la neurasthénie, les démences comme pouvant en être justiciables. C'est aller un peu loin. Mettant ses idées en pratique, l'auteur a effectué cette intervention chez un épileptique, chez lequel il existait de la constipation et des troubles digestifs qu'il supposait être la cause des crises. L'opération fut suivie d'occlusion intestinale à laquelle succomba le malade le quatrième jour, bien que le deuxième jour on ait rouvert l'abdomen. L'autopsie montra une obstruction par matières fécales de 40 centimètres au-dessus de l'anastomose.

M. LANCE.

(1) *The Canada Lancet*, fév. 1910, vol. XLIII, n° 6, p. 415 (3 fig., 2 tracés).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1910)

Action des différents caustiques sur les plaques muqueuses syphilitiques par l'ultramicroscope. — MM. Jeanselme et Touraine ont cherché, à l'aide de l'ultramicroscope, le procédé le plus efficace pour stériliser les plaques muqueuses qui sont l'agent de transmission le plus actif de la syphilis.

Il ressort de leurs recherches que la meilleure désinfection est obtenue soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec la teinture d'iode.

Après cautérisation au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode, tous les tréponèmes sont détruits, tant à la surface que dans la profondeur; et cette action paraît se prolonger plusieurs jours.

Après cautérisation au nitrate d'argent en solution aqueuse au cinquième, seule la surface est désinfectée d'une façon satisfaisante et durable.

L'emploi de la pommade au calomel, d'onguent napolitain en simple application et non en friction, semble n'avoir qu'une action très passagère et limitée aux couches les plus superficielles de la plaque muqueuse.

Caractères différentiels de quelques types de Sporotricha tirés de leur culture sur milieu d'épreuve. — MM. E. Jeanselme et P. Chevallier. A. Sur gélose glucosée de Sabouraud, après un mois. — 1° *Sporotrichum Beurmanni*. — Existence de circonvolutions ou plutôt de crêtes ou de rides très sinueuses surélevées au-dessus du milieu et pouvant former des monticules de quatre à cinq millimètres de hauteur. Ces crêtes de nuance brun sale tirant sur le vert paraissent absolument glabres à l'œil nu. Le duvet n'existe que dans la

zone plate et circonférentielle qui entoure le centre montueux.

3° *Sporotrichum Gougeroti.* — Colonies plus ramassées, s'élevant en monticules couverts de mamelons et non de crêtes. Toute la surface est tapissée d'un duvet fin, de nuance gris souris qui atténue la coloration noir charbon de la colonie. La zone circonférentielle d'accroissement plate et rayonnée est réduite à un simple liséré.

3° *Sporotrichum Jeanselmei.* — Les colonies sont assez étalées, simplement ondulées à la partie déclive du tube où la gélose est encore humide; elles se couvrent de mamelons bas et obtus dans les parties où le milieu tend à se dessécher. Toute la surface semble saupoudrée de poussière grise, blanche en quelques points. La zone circonférentielle d'accroissement, rudimentaire dans le sporotrichum Gougeroti, assez développée dans le sporotrichum Beurmanni, est encore plus large dans le sporotrichum Jeanselmei.

4° *Sporotrichum Bombycinum.* — Colonies à accroissement très rapide; d'un blanc de neige; leur surface étalée et plane, presque sans reliefs, est hérissée de véritables épines disposées d'abord en bouquet radié au centre de la colonie. Plus tard, la nappe épineuse occupe toute la surface; la disposition stellaire du bouquet central devient moins nette et l'ensemble de la culture rappelle beaucoup une langue de chat; dans les points où le milieu tend à se dessécher, les épines se couvrent d'un duvet d'aspect cotonneux.

B. Sur gélose peptonée glucosée de Sabouraud, les cultures du sporotrichum Bombycinum n'ont aucune ressemblance avec celles du sporotrichum Jeanselmei. Mais, sur carotte, les colonies de ces deux sporotricha offrent des analogies. Cependant les colonies de sporotrichum Jeanselmei s'accroissent beaucoup moins vite et elles n'ont pas la blancheur éclatante des colonies de Bombycinum; si l'on gratte la nappe épineuse on constate que toute la base de la colonie est très fortement pigmentée en brun noirâtre.

Chancres sporotrichosiques des doigts consécutifs à la morsure d'un rat inoculé de sporotrichose. — MM. E. Jeanselme et P. Chevallier. Une aide servant à maintenir un rat atteint de granulie sporotrichosique fut mordue aux deux pouces. Au niveau de chaque empreinte dentaire, il se développa quelques jours plus tard une nodosité circonscrite, à peu près indolente. Bientôt l'épiderme recouvrant ces nodosités fut envahi par du pus, dont la consistance visqueuse était bien celle du pus sporotrichosique.

L'épiderme abrasé, chacun des nodules apparut surmonté par une ulcération superficielle, grisâtre et atone. Il n'y eut pas de lymphangite appréciable, mais une adénopathie indolente et aphlegmasique, siégeant à gauche.

Dès que la nature de l'infection fut établie par l'évolution et les cultures, la malade fut soumise au traitement ioduré et les lésions entrèrent assez rapidement en régression.

Dans le pus des chancres d'inoculation, les auteurs ont obtenu des cultures pures de sporotrichum Jeanselmei qui infectait le rat.

Sur un cas complexe de maladie osseuse de Paget. — MM. Louis Rénon et Sevestre présentent un malade atteint de maladie osseuse de Paget chez lequel ils ont trouvé la réaction de Wassermann deux fois positive, une abondante lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, des traces de foyers de tuberculose osseuse avec cuti-réaction positive et une évolution très lente de l'affection; quelques-unes des déformations osseuses ayant débuté dans l'enfance.

L'examen radiographique a montré qu'il ne s'agissait pas de rachitisme.

Les auteurs se proposent néanmoins de rechercher dans le tissu osseux le diplocoque trouvé par Arcangeli dans le rachitisme, l'ostéomalacie et la maladie de Paget.

M. Antonin Poncet. Ce malade est un tuberculeux avéré, il a des cicatrices d'anciens abcès symptomatiques d'une vieille coxo-tuberculose, l'intradermo-réaction pratiquée ces jours-ci a été positive. Aussi M. Poncet n'hésite pas, en dehors de toute autre infection, à rattacher les dystrophies osseuses à l'empoisonnement tuberculeux.

L'auteur a observé plusieurs malades de ce genre atteints de malformations osseuses, d'apparence souvent très disparates, avec le masque, entre autres, de la maladie de Paget typique ou plus ou moins fruste, et qui relevaient de l'infection bacillaire.

Hernie diaphragmatique de l'estomac et de l'intestin. Mort rapide. — MM. Pierre Marie et E. Joltrain présentent les pièces d'une hernie diaphragmatique. A travers un orifice du diaphragme dû probablement à une malformation congénitale, l'estomac, le côlon transverse, l'angle colique gauche et le grand épiploon sont passés dans le thorax, occupant la cavité pleurale et repoussant en haut le poumon et à droite le cœur.

Le diagnostic n'a pu être porté pendant la vie; les vomissements, la constipation, l'adynamie, les convulsions et les symptômes pulmonaires ayant tout d'abord fait penser à une localisation méningée.

Tuberculose inflammatoire. — M. A. Poncet dit qu'on lui reproche de voir trop volontiers une origine tuberculeuse à des manifestations pathologiques pour lesquelles on ne donne aucune étiologie.

M. Poncet ne peut ici reprendre une discussion générale sur le rhumatisme tuberculeux articulaire, sur la tuberculose inflammatoire, la Société médicale des hôpitaux, qui lui a souvent prêté une oreille bienveillante, est édifiée sur ce double sujet. Ses contradicteurs trouveront tous les renseignements qu'ils désirent dans *le Rhumatisme tuberculeux* qu'il a publié l'année dernière avec M. Leriche (O. Doin, éditeur, Paris 1910).

Communication faite à la séance du 22 juillet :

Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie. — M. F. Baudouin (de Tours) présente un mémoire où il expose l'observation d'une spléno-pneumonie ayant produit un syndrome de pleurésie simple avec épanchement. A l'autopsie le poumon pesait 1 750 grammes, macroscopiquement il avait l'apparence d'un bloc hépatisé : la plèvre présentait un épaississement qui variait de 1 à 3 millimètres.

L'examen histologique pratiqué par le docteur Caussade montrait des alvéoles remplies d'exsudat avec polynucléaires et cellules uninucléées et surtout une congestion intense des capillaires constituant la caractéristique anatomique des lésions pulmonaires.

M. Baudouin estime à l'encontre de MM. Mosny et Malloizel et en s'appuyant sur une observation personnelle que les altérations de la plèvre ne jouent qu'un rôle accessoire dans la production du syndrome liquidien.

Il pense que le caractère hyperémique très accentué de la lésion pulmonaire est le principal facteur de ce syndrome : le poumon étant gorgé de sang dans ses vaisseaux, rempli d'un exsudat très liquide au niveau de ses alvéoles, se trouve ainsi transformé en un véritable bloc liquide générateur d'un syndrome liquidien que l'auteur oppose au bloc solide de la pneumonie générateur d'un syndrome congestif.

M. Baudouin propose de remplacer le mot spléno-pneumonie, qui n'a jamais satisfait personne pas même M. Grancher, par le vocable pleuro-pneumonie hyperémique. Celui-ci se justifiant parce qu'il indique l'association des lésions pleurales et pulmonaires, en les groupant sous le qualificatif hyperémique, caractéristique essentielle des lésions pulmonaires de la maladie de Grancher, seule lésion capable d'expliquer l'apparition du syndrome liquidien.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JUILLET 1910)

Résultats comparés de la méthode de Wassermann et d'une méthode de simplification pratique. — MM. René BENARD et E. JOLTRAIN ont pratiqué sur 71 sérums comparativement le séro-diagnostic de la syphilis, la méthode de Wassermann et un procédé dérivé de la méthode de Hecht analogue à celui qu'ont récemment décrit MM. Sabrazès et Eckenstein. On mélange au même moment un ambyène composé d'extrait alcoolique de cœur humain, le sérum à analyser frais et des globules rouges de mouton. Au bout de vingt minutes environ il y a hémolyse dans le tube témoin. La réaction est terminée. Les deux méthodes ont donné des résultats identiques dans 62 cas, 8 fois cette méthode simplifiée a été à elle seule insuffisante, une fois elle donna un résultat négatif alors que le Wassermann était positif. Ce pourcentage de 1,4 p. 100 de cas défavorable à la méthode peut donc faire conclure à son emploi sous réserves de contrôle dans les cas de doute.

Modifications de l'îlot de Langerhans du cobaye sous l'influence de l'alimentation carnée. — MM. Marcel LABBÉ et P. THAON ont observé chez des cobayes, auxquels ils ont fait quotidiennement pendant cinq à six mois ingérer 8 à 10 grammes de viande de bœuf crue, une augmentation considérable du nombre des îlots de Langerhans du pancréas. Pour préciser l'intensité de cette hyperplasie ils ont mesuré et compté à la chambre claire les îlots normaux sur des coupes sériées de pancréas provenant d'animaux témoins et comparé ces données aux mensurations et numérations pratiquées sur les pancréas des sujets de leurs expériences. Les îlots sont ici en moyenne trois fois plus nombreux. L'étude histologique de cette prolifération semble venir à l'appui de la théorie du professeur Laguesse et indiquer la liaison d'origine de la partie acineuse et des éléments insulaires de la glande. Cette prolifération semble être le fait d'une excitation prolongée du pancréas ; il n'y a pas à proprement parler d'altérations pathologiques de cet organe.

Tarsonemus hominis Dahl. — MM. BLANC et ROLLET apportent une nouvelle observation concernant la présence de Tarsonemus hominis Dahl dans le conduit uro-génital. Cette observation comme celle qui servit à créer l'espèce a trait à une malade atteinte de cystite douteuse.

Communication faite à la séance du 23 juillet :

Réaction de Fleig, à la fluorescine, pour la recherche du sang dans l'urine. — M. FLEIG a recherché si d'autres phtalines que la phénolphtaline ne pourraient pas être utilisées pour la recherche du sang dans l'urine. Parmi les phtalines qu'il a essayées, la fluorescine lui a paru la plus appropriée. Le réactif à la fluorescine se prépare ainsi : dissoudre 0g25 de fluorescéine dans 100 centimètres cubes d'eau additionnés de 20 grammes de potasse ; ajouter 10 grammes de zinc très finement pulvérisé et porter une minute à l'ébullition en agitant constamment. Filtrer le liquide chaud et le conserver en flacons jaunes, autant que possible à l'obscurité, additionné de 2 grammes de poudre de zinc. (Si à la longue il devient fluorescent, l'agiter et le laisser déposer à nouveau ou filtrer simplement après agitation la quantité à utiliser.)

Pour la recherche du sang, ajouter, dans un tube à essai, à 2 centimètres cubes d'urine, 0cc25 à 1 centimètre cube de réactif de Fleig et III gouttes H^2O^2 (à 12 volumes). Si l'urine contient du sang, il se produit très rapidement une superbe fluorescence, par formation de fluorescéine. La fluorescence obtenue est stable et reste extrêmement nette même après forte dilution du mélange.

La réaction est infiniment plus sensible que la réaction de Meyer originelle et, à l'inverse de celle-ci, n'est pas sensibilisée par l'addition d'alcools-acides (Cf. C. Fleig, soc. biol., 4 juin, 18 juin, 9 juillet, 16 juillet 1910). Les substances médicamenteuses habituellement éliminées par l'urine ne la donnent pas. Les urines purulentes, après ébullition, donnent, suivant la quantité de globules rouges du pus, des réactions plus ou moins marquées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1910)

Simulation et diagnostic précoce de la tuberculose. (*Discussion.*) — M. TOUSSAINT estime que le rôle du médecin militaire est des plus difficiles dans le dédale de la sinistrose. Il cite deux cas de simulation, d'ailleurs déjouée, l'un d'entorse de la hanche avec attitude vicieuse, l'autre de surdité complète avec amblyopie et paralysie des membres inférieurs. Il fait appel à la prudence des experts.

M. BATIER revient, avec des détails nombreux, sur les trois cas de simulation de tuberculose pulmonaire qu'il a rapportés déjà et veut répondre à certaines objections faites par M. le professeur Lemoine à une précédente séance. Il rappelle que c'est à une observation minutieuse et ordonnée des patients qu'il doit d'avoir pu dépister une fraude chez des malades souvent difficiles à confondre. Les médecins cliniciens même avertis sont souvent trompés, parce qu'ils sont un peu hantés par une idée préconçue. Cette hantise tuberculeuse est due en partie à l'enseignement de Grancher, qui disait encore il y a cinq ans : « J'affirme que le diagnostic doit être fait dès qu'une inspiration anormale permanente et localisée s'entend à l'un des sommets du poumon ; j'affirme que ce signe suffit à lui seul pour reconnaître la tuberculose, surtout quand il s'accompagne, ce qui est le cas ordinaire, d'un léger fléchissement de la santé et d'un peu de fièvre vespérale. » Malgré les observations de MM. Barth et Bezançon, ces théories ont puissamment imprégné la majorité des cliniciens, et spécialement ceux de l'armée. Les réformes pour prétuberculose deviennent de plus en plus nombreuses. « Or, dit l'orateur, le problème le plus difficile peut-être de notre profession est d'éviter les réformes injustifiées sans garder dans nos rangs un seul tuberculeux en évolution. » Et cette difficulté est surtout réelle chez les hommes, plus nombreux qu'on croit, dont l'apparence extérieure semble normale, ne présentant ni fièvre, ni palpitations, ni troubles gastriques, etc. En présence d'un tel patient, même s'il existe une anomalie constante du murmure vésiculaire même avec une légère induration, M. Batier préconise l'expectation armée, l'essai loyal du service de corps de troupe ; car c'est au régiment que l'on peut et que l'on doit juger la valeur militaire des latents ou des suspects.

M. SIEUR attire de nouveau l'attention sur les méfaits bien connus de l'obstruction nasale ; il rappelle que l'insuffisance nasale peut entraîner des modifications de la respiration pulmonaire, modifications se rapprochant de ce que décrit Grancher chez les tuberculeux.

M. LAPASSET pense que la simulation de la tuberculose dans l'armée est assez rare ; il craint pour le médecin l'auto-suggestion si fréquente dans les expertises des psychoses et il en cite un exemple typique. Il y a lieu de songer aux cas de dissimulations volontaires ou de tuberculoses ignorées. Il souhaite que les réformes temporaires soient prononcées sans hésitation pour tous les malades atteints de lésions suspectes de tuberculose même torpides et localisées chez des sujets ayant l'apparence d'une santé parfaite.

M. LEGRAND communique l'observation d'un officier qui, pendant de longs mois, présenta avec des alternatives d'améliorations et d'aggravations un syndrome d'origine intesti-

nale simulant la prétuberculose. Les améliorations coïncidaient très régulièrement avec les périodes d'activité et même de surmenage (corps de débarquement de Casablanca). L'orateur pense que le petit entérocolisme qu'on observe si souvent chez les neuro-arthritiques était capable quelquefois de revêtir le masque flou de la germination bacillaire.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er juin 1910.) JABOULAY : Statistique de gastro-entérostomies faites avec le bouton anastomotique qui tient en place sans sutures. — E. DELANGLADE et J. FIOLLE : L'ouverture des abcès du poumon (1 fig.). — G. COTTE et L. MAURIZOT : Sur l'isolement du duodénum et du pancréas (3 fig.). — H. MÜLLER : Les fractures du coude chez l'enfant.

Lyon médical. — (N° 21, 22 mai 1910.) DESGOUTTES : Cas de ligature de la carotide primitive à la base du cou. — ARCELIN : Radiographie appliquée à la recherche des calculs biliaires. — (N° 22, 29 mai.) COLLET : Sténose syphilitique laryngo-trachéale; guérison par la dilatation progressive. — E. VILLARD et TAVERNIER : Suture ovario-mésentérique dans un cas de cirrhose du foie. — (N° 23, 5 juin.) J. BONNAMOUR et P. GAUTHIER : Délire aigu au cours d'une endocardite blennorragique maligne et simulant le rhumatisme cérébral. — THÉVENOT : Traitements locaux par le sérum antidiphtérique.

Marseille médical. — (N° 11, 1er juin 1910.) BILLON : Parotidite postopératoire. — PLUYETTE et WEILL : Statistique du premier service de chirurgie de l'hôpital de la Conception. — (N° 12, 15 juin.) VALLETTE : Grossesses utérines chez une ancienne opérée de grossesse ectopique. — BILLON : Parotidite postopératoire (*fin*).

Montpellier médical. — (N° 19, 8 mai 1910.) J. DELMAS et J. MARTIN : De la voie inguinale dans la cure de la hernie crurale. — (N° 20, 15 mai.) LAGRIFFOUL et ROGER : Sur l'endémicité de la fièvre de Malte dans la région méridionale; quelques cas diagnostiqués par la séro-réaction de Wright plusieurs années après leur guérison. — (N° 21, 22 mai.) ROGER et CHAUVIN : De l'autosérothérapie de l'ascite; insuccès dans un cas de cirrhose de Laënnec. — (N° 22, 29 mai.) C. FLEIG : Nouveaux procédés de suture vasculaire termino-terminale; sutures elliptiques avec ou sans lambeaux, sutures stomatoïdes. — F. CHAVERNAC : Manière facile et expéditive de préparer le grand sympathique.

Nord médical. — (N° 375, 15 mai 1910.) L. CHAVERON : Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse par la voltaïsation intense. — (N° 376, 1er juin.) A. THIBAUT : Traitement du lupus. — (N° 377, 15 juin.) G. LEMOINE : Défense de l'organisme contre les infections et la tuberculose en particulier par les lipoïdes biliaires.

Pédiâtrie pratique. — (N° 15, 25 mai 1910.) D'HALLUIN : Extraction des corps étrangers des voies respiratoires sous le contrôle des rayons X. Bigoudi retiré de la bronche droite d'une petite fille de dix mois. Vingt et un corps étrangers extraits des bronches de six chiens. — L. CONCETTI : Hypothyroïdie et dysthyroïdie chez l'enfant. — L. AGER et O. AVERY : Un cas de méningite grippale. — (N° 16, 5 juin.) HUTINEL : Les associations morbides. — G. BERRUYER : Diagnostic et traitement de l'enrouement chez les enfants. — PONTICACCIA : La morphine dans le traitement du croup. (N° 17, 15 juin.) E. WIELL et MOURIQUAND : Autosérothérapie pleurale chez une fillette de sept ans. Résorption rapide de l'épanchement. — DEBIDOUR : Le Mont-Dore et les complications broncho-pulmonaires de l'adénopathie trachéo-bronchique chez les enfants convalescents des maladies infectieuses. — PONTICACCIA : La morphine dans le traitement du croup.

Presse médicale. — (N° 40, 18 mai 1910.) G. SCHREIBER : Sur la durée des néphrites chroniques. — (N° 41, 21 mai.) L. CHEVRIER : Cicatrices discontinues et renforcement médian dans les laparotomies longitudinales médianes. — C. LEVADITI : Le virus de la poliomyélite aiguë. — Hérard DE BESSÉ : Contribution à l'étude des septicémies colibacillaires. — HULMANN : Recherches sur les gaz de l'estomac. Les gaz dans le traitement des maladies de l'estomac. — (N° 42, 25 mai.) L. BOIDIN : La sérothérapie anticharbonneuse. — Alfred MARTINET : Repos et exercice dans la tuberculose pulmonaire. — (N° 43, 28 mai.) L. RÉNON, E. GÉRAUDEL et L. MARRE : Les procédés modernes de diagnostic dans le cancer broncho-pulmonaire. — Paul AUBOURG : Radiographies de l'appendice iléo-cæcal sur le vivant. — (N° 44, 1er juin.) Jules ROUVIER et LAFFONT : Eclampsie et morphine. — M. LABAUSSOIS : Thrombo-phlébite traumatique aseptique. — (N° 45, 4 juin.) Adrien LUCET : Hémoglobinurie paroxystique a frigore du cheval. — Georges LARDENNOIS : Les ptoses du cæcum. — Emile FORGUE et Georges MASSABUAU : Les lésions et la pathogénie de la dégénérescence microkystique des ovaires. — (N° 46, 8 juin.) DIEULAFOY : Les pachypleurites et les pleurésies intarissables. — (N° 47, 11 juin.) Jean CAMUS et Ph. PAGNIEZ : Variations brusques du nombre des leucocytes en fonction de la pression artérielle. — (N° 48, 15 juin.) J. JOLLY : Les nouvelles recherches sur l'origine et le développement des vaisseaux lymphatiques. — (N° 49, 18 juin.) E. LAGUESSE : Importance des îlots endocrines et de leur cycle évolutif dans la physiologie normale et pathologique du pancréas et particulièrement dans le diabète. — LORTAT-JACOB et SABARÉANU : Syphilis et sciatique. Etiologie et pathogénie. — J. CHALIER : Contribution à l'étude de la résistance globulaire au cours de l'ictère. — R. LERICHE : A propos de la pathogénie et du traitement des hernies du gros intestin. — E. DEVIC et Paul SAVY : La médication vomitive dans la tachycardie paroxystique.

Province médicale. — (N° 21, 21 mai 1910.) L. BÉRARD et L. BUSSY : Lithiase biliaire infectée : cholécystite calculeuse. Lithiase infectée des deux uretères avec ulcération spontanée de l'uretère droit; volumineux abcès rétro-péritonéal ouvert dans le rectum. — Paul SAVY et DELACHANAL : A propos du diagnostic de la cirrhose syphilitique du foie. — L. REVILLET : A propos de la fièvre de Malte dans les Alpes-Maritimes. — (N° 22, 28 mai.) Jules ROUVIER : Rupture, durant le travail, d'un rameau vasculaire dissocié du cordon dans les cas d'insertion vélamenteuse. — A. CADE : Sténoses du pylore. — CANTALOUBE : L'orchite et les autres manifestations génitales dans la fièvre de Malte. — (N° 23, 4 juin.) FINCK : Le régime alimentaire des goutteux. La tolérance aux purines. Manière d'établir cette tolérance. — Léon THÉVENOT : Le traitement chirurgical des plaies de la rate. Etude comparée des diverses méthodes. — Lucien MAYET : Un cas de rougeole évoluant sans fièvre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 88. — JEUDI 4 AOUT 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 4 AOUT 1910. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — A la suite d'un référendum, les étudiants de Bordeaux, Lille, Lyon, Rouen, Montpellier et Toulouse se sont déclarés « partisans du concours dans toute la série des fonctions universitaires ».

— BORDEAUX. — M. Auché, agrégé, est nommé professeur d'hygiène.

M. Lagrange, agrégé, est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

— NANCY. — M. Hoche, agrégé, chargé de cours, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

— ALGER. — M. Curtillet, professeur de clinique des maladies des enfants, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie.

— LILLE. — M. Déléarde, agrégé, chargé de cours, est nommé professeur adjoint.

M. Lambret, agrégé, chargé de cours, est nommé professeur adjoint.

MARINE. — M. le médecin en chef de première classe de la marine Bellot est nommé à l'emploi de chef du service central de santé de la marine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Hutinel, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

GUERRE. — MM. Chauffard et Pinard, médecins principaux de deuxième classe de l'armée territoriale; Hintzy, médecin-major de première classe de l'armée territorale; Lacour, pharmacien principal de deuxième classe de l'armée territoriale.

Au grade de chevalier. — COLONIES. — M. Guillemet, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

GUERRE. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Boussavit, François, Ribierre, Roger, Roulin et Simbat.

M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Bert.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale de Mandre, Jacquemart et Verrier.

M. le médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale Cassagnau.

M. le pharmacien-major de deuxième classe de l'armée territoriale Braémer.

— Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Bardier (de Toulouse), Bretin (de Lyon), Bureau (de Nantes), Cabannes (de Bordeaux), Courmont (de Lyon), Crespin (d'Alger), Déléarde (de Lille), Gayet (de Lyon), Gentes (de Bordeaux), Gosset (de Paris), Gougeon (de Laval), Gouget (de Paris), Michaut (de Dijon), Monnier (de Nantes), Morel (de Toulouse), Nové-Josserand (de Lyon), Riche (de Montpellier), Rispal (de Toulouse), Thiry (de Nancy), Vallée (de Lille), Vilon (de Versailles), Weber (d'Alger), Zilgien (de Nancy.)

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Audan (de Grenoble), Bertin (de Lille), Braillon (d'Amiens), Bureau (de Lille), Caumartin (de Lille), Chevalier (de Paris), Constantin (de Toulouse), Dubreuil (de Lyon), Dumaine (de Tournon), Gault (de Dijon), Gellé (de Lille), Granger (de Lyon), Grosse (de Nantes), Guyot (de Bordeaux), Latarjet (de Lyon), Lesage (de Paris), Limon (de Besançon), Malosse (d'Alger), Nogier (de Lyon), Parelle (de Versailles), Zimmern (de Paris).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — BILLETS D'ALLER ET RETOUR COLLECTIFS DE VACANCES. — La Compagnie délivre, jusqu'au 15 septembre, aux familles d'au moins trois personnes se rendant d'une gare P.-L.-M. à une autre gare de ce réseau située à une distance minimum de 150 kilomètres du point de départ, des billets d'aller et retour collectifs de vacances dont la date d'expiration de validité, primitivement fixée au 1er novembre, est reportée au 5 novembre.

Leur prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical de Bruxelles. — (N° 20, 19 mai 1910.) CONSTANT : Les manifestations cardiaques de l'uricémie. — J. VERHOOGEN et J. NŒVER : Les accidents de la gastro-entérostomie. — (N° 21, 26 mai.) DUJARDIN : Relations d'une forme non décrite de névrodermites avec le psoriasis. — VERHOOGEN et J. NŒVER : Les accidents de la gastro-entérostomie (*suite*). — (N° 22, 2 juin.) R. WYBAUW : De l'action des bains carbogazeux naturels sur la pression du sang, évaluée à l'aide d'un procédé graphique. — VERHOOGEN et J. NŒVER : Les accidents de la gastro-entérostomie (*suite*). — (N° 23, 9 juin.) MAST : Un cas d'hérédo-syphilis. — (N° 24, 16 juin.) HUCHARD : Maladies du cœur et eaux minérales. — Albert DELCOURT : Méningite cérébro-spinale et méningite tuberculeuse. Difficultés du diagnostic différentiel. Utilité de la ponction lombaire.

Journal médical français. — (N° 6, 15 juin 1910.) LEVEN et BARRET : L'exploration radiologique de l'estomac. — DEBOVE : Un cas d'arthrite blennorragique suppurée traitée et guérie par le radium. — DOMINICI : Sur la technique et les résultats de la radiumthérapie. — BÉCLÈRE : La radiothérapie, ses bases scientifiques, son domaine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 29 mars 1910.) WILMS : Le diagnostic et le traitement de l'ulcère non perforé du duodénum. — LAMÉRIS : Le traitement du varicocèle. — KOCHER : Le traitement de la maladie de Basedow. — MERKEL : La recherche du bacille tuberculeux au moyen de l'antiformine. — BLUM : Sur la destruction des acides gras dans l'organisme et sur leurs rapports avec les corps acétoniques. — KRUSE : Rapports entre la plasmolyse, la digestibilité, la solubilité et la colorabilité des bactéries. — FRÄNKEL et MÜCH : Remarques sur l'étiologie de la maladie de Hodgkin et de la leucémie lymphatique. — RIES : Les tumeurs malignes et la mécanique de l'évolution. — JACOBSTAHL : Note sur la théorie et la pratique de la réaction de Wassermann. — FABRY et ZWEIG : Le traitement des verrues vulgaires, du clavus et du tyloma par la neige d'acide carbonique. — GRASER : La pince calcanéenne de von Heinecke pour le traitement des fractures. — BLECHER : Sur le traitement ambulant des épanchements traumatiques du genou avec des bandes de diachylum. — AUGERER : Sur la trousse de désinfection des sages-femmes. — LIEBERMANN : Sur une nouvelle pince à estomac et à intestin. — SCHULTZ : Correcteur plastique de crampe des écrivains. — WALLENSTEIN : Une canule pour l'aspiration des liquides d'injection. — SCHOTTMÜLLER : Endocardite lente. — (N° 14, 5 avril.) SCHLAYER : Sur l'oblitération péricardique adhésive et la cardiolyse. — ZUR VERTH : Sur le dosage de l'hyperémie de stase. — HAHN : Sur la toxine cholérique. — STOBBER : La réalisation de proliférations épithéliales atypiques par injection de Scharlachrot et d'huile d'amidoazotolnol dans le tissu sous-cutané de l'homme. — V. DUNGERN et HIRSCHEELD : Sur une méthode pour distinguer sérologiquement le sang de différents hommes. — LENENBERGER : Sur les conditions de la production du tintement métallique dans l'iléus. — MELTZER : Sur le microcoque tétragène dans les septicémies et les infections mixtes. — BRAÜNING : Recherches sur les rapports entre le tonus, la production d'acide chlorhydrique et le siège du point le plus inférieur de l'estomac. — HAMBURGER : Sur le diagnostic de la diplopie psychogène. — PICKENBACH : Inflammation amygdalienne et rhumatisme. — BELONOWSKI : Sur la simplification du sérodiagnostic de la typhoïde de Mandelbaum. — (N° 15, 12 avril.) IVERSEN : Sur l'action des nouvelles préparations arsenicales d'Ehrlich dans la fièvre récurrente. — HIRSCHEL : Le traitement de la péritonite purulente diffuse par l'huile camphrée à 1 p. 100. — VEIEL : Les avantages du sphygmographe à miroir de Frank pour le dessin de la forme du pouls. — SCHMID : Comparaison du sphygmographe à miroir de Franck et du cardiosphygmographe de Jaquet dans les modifications du rythme du pouls. — GEISSLER : La réaction de l'albumine dans le sang des aliénés. — DÖRFLER : Traitement des troubles gastro-intestinaux les plus fréquents des nourrissons. — ELSCHNIG : Sur le traitement des lésions du cristallin par les éclats de fer. — OSTEN : Sur la casuistique des affections cardiaques traumatiques. — WIEDEMANN : Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine de Höchst et le sérum d'un tétanique guéri. — WETTERER : Procédé de saignée des animaux pour la réaction de Wassermann. — WALTHER : Emploi des préparations d'ergotine en obstétrique. — BIRCHER : Le procédé d'extension de Codivilla dans les fractures. — SCHLAYER : Sur l'oblitération adhésive du péricarde et la cardiolyse.

Medizinische Blætter. — (N° 17, 23 avril 1910.) VYMULA : Les affections de l'amygdale linguale.

Policlinico. — *Section chirurgicale*. (Avril 1910, fasc. 4.) A. AUSTONI et A. TEDESCHI : Etude comparative des effets produits sur le sang par des injections d'extrait d'hypophyse et de glande surrénale. — Oreste CIGNOZZI : Kyste du plancher buccal d'origine thyréoglassique. — Pietro FRASCELLA : Hypoplasie du gros intestin. Mega-iléon partiel congénital. — *Section médicale*. (Mai 1910, fasc. 5.) Alessio NAZARI : L'anatomie pathologique de la myasthénie grave. — S. LA FRANCA et Ugo CAMPESE : Recherches sur la mécanique respiratoire du pneumothorax. — M. PERGOLA : L'isolement du vibrion cholérique. — Salvatore MAGGIORE : Influence de certaines aggressines hétérologues sur l'infection expérimentale par le microcoque de Bruce.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 16, 25 juin 1910.) G. ZIEM : De l'importance des maladies nasales dans les traumatismes de la tête. — (N° 27, 2 juillet.) BRINDEL : Mastoïdites condensantes et algies mastoïdiennes. — (N° 28, 9 juillet.) LUC : Traitement des suppurations de l'antre maxillaire. — (N° 29, 16 juillet.) DELIE : Contribution à l'étude de l'angine de Ludwig. — DELOBEL : Cas de diphtérie laryngo-trachéale mortelle. — (N° 30, 23 juillet.) CHAVANNAZ et Pierre NADAL : Dégénérescence épithéliomateuse probable d'une tumeur mixte parotidienne. — SIEUR et ROUVILLOIS : La désinfection du naso-pharynx.

Riforma medica. — (N° 18, 2 mai 1910.) Umberto GABBI : Le kala-azar dans la seconde enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Etude clinique. — Rosolino CIAURI : L'hémiatrophie faciale progressive. — Ermanno CEDRANGOLO : Les arthropathies tabétiques. — Pietro TIMPANO : Un cas d'anémie splénique infantile par parasites de Leischmann. — (N° 19, 9 mai.) Rosolino CIAURI : La pneumonie intermittente. — Arrigo VISENTINI : Contribution à l'étude du kala-azar en Italie. — Ermanno CEDRANGOLO : Les arthropathies tabétiques. — Giovanni MARCHETTI : A propos d'un cas de hernie étranglée réduite en masse. — (N° 20, 16 mai.) Carlo FORLANINI : L'état actuel de la thérapeutique pneumothoracique dans la phtisie pulmonaire. — Gennaro FUSCO : Quels sont les points où se retirent les trypanosomes pendant la période de latence de l'infection expérimentale. — Carlo SALVETTI : L'hyperémie par stase comme méthode de traitement.

CLINIQUE MÉDICALE

CIRRHOSE BRONZÉE [1]

PAR M. A. GOUGET,
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Le malade couché au nº 16 de la salle Béhier attire immédiatement l'attention par la teinte spéciale de son visage. Si jamais le mot *bronzé* s'est trouvé à sa place, c'est assurément en ce qui le concerne. Il est presque aussi brun, mais d'un brun moins mat, qu'un mulâtre. Cette teinte n'est d'ailleurs pas bornée à la face : elle se retrouve sur le cou, le dos des mains, le pénis et le scrotum, et les mamelons sont d'une couleur presque noire. En somme, cette hyperchromie occupe les régions découvertes (sauf la paume des mains) et les parties normalement plus pigmentées. Elle est uniformément répartie, sans taches plus foncées, ni intervalles de peau saine.

Mais la peau n'est pas seule atteinte. On voit sur le bord de la langue, de part et d'autre de la pointe, trois taches ardoisées typiques.

Enfin, cette pigmentation n'est pas le seul caractère spécial qu'offre le facies de notre malade. Il montre deux autres particularités : du subictère des sclérotiques, d'ailleurs sans réactions de Gmelin ni de Hay dans les urines; et une série de ces petits nævi capillaires et artériels sur lesquels j'ai bien souvent attiré votre attention comme signes révélateurs d'une affection hépatique.

A ce double titre, l'examen du foie s'imposait. L'inspection montre déjà, dans la région de l'hypocondre droit et de l'épigastre, une certaine voussure; le palper permet de sentir le foie uniformément augmenté de volume; le bord antérieur, devenu mousse, descend à droite un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, tandis qu'à la percussion la limite supérieure est restée au niveau normal; la surface paraît lisse, la consistance est très ferme, presque dure.

On voit se dessiner sur la paroi, au niveau des flancs, un début de circulation collatérale, mais il n'y a pas trace d'ascite. La matité splénique est augmentée, sans que la rate soit appréciable au palper.

Voilà donc un malade atteint de mélanodermie et de cirrhose hypertrophique. Cette association dicte le diagnostic : il s'agit d'une *cirrhose pigmentaire* ou mieux *bronzée*, car bien d'autres pigments que celui dont il s'agit ici peuvent se trouver dans un foie cirrhotique.

Il est impossible de faire un autre diagnostic, à moins d'admettre que la mélanodermie et la cirrhose sont complètement indépendantes l'une de l'autre. Gilbert et Lereboullet ont décrit une mélanodermie biliaire, mais, lorsqu'on analyse les cas classés sous cette étiquette, on trouve qu'il s'agit tantôt d'un simple teint gris terreux, tantôt au contraire d'un ictère très foncé (ictère noir de certains auteurs), tel que le réalisent notamment certains cancers du pancréas. Gilbert et Lereboullet, Gandy et Gouraud ont cependant rapporté deux cas dans lesquels il s'agissait d'une teinte pseudo-addisonienne, mais, dans ces cas, la mélanodermie était consécutive à des poussées répétées d'ictère, et le foie était seulement un peu augmenté de volume, sans être dur, nettement cirrhotique, comme chez notre malade. Les deux cas précédents manquent d'ailleurs de la consécration de l'autopsie.

Il ne s'agit donc pas de mélanodermie biliaire. Mais l'hypothèse indiquée plus haut, celle d'une mélanodermie et d'une cirrhose indépendantes l'une de l'autre et plus ou moins fortuitement associées, ne doit pas être repoussée sans examen.

Un cirrhotique peut avoir une mélanodermie arsenicale ou argyrique. Galloway a rapporté un cas de mélanodermie arsenicale chez un malade atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère. Ici, il ne saurait en être question : notre malade n'a jamais été traité ni par l'argent, ni par l'arsenic, sous une forme quelconque. Un cirrhotique peut également avoir une mélanodermie phthiriasique. Macdonald a relaté une observation intitulée : cirrhose hypertrophique avec pigmentation des vagabonds. Le cas publié par Murri sous le titre « diabète bronzé » est, à mon avis, un cas de diabète avec pigmentation phthiriasique, la malade étant atteinte de phthiriase invétérée. Les taches ardoisées de la langue ne seraient pas un obstacle à ce diagnostic, puisque Thibierge, Mossé, Gilbert et Lereboullet ont signalé la pigmentation des muqueuses dans quelques cas de phthiriase. Enfin notre malade accuse un léger prurit. Mais ce prurit s'explique bien suffisamment par l'affection hépatique dont il est atteint.

D'ailleurs la mélanodermie phthiriasique prédomine sur les régions couvertes, notamment entre les épaules, tandis que ces régions sont indemnes chez notre malade; il n'offre aucune de ces stries de grattage si typiques dans la phthiriase, et du reste il est très proprement tenu. En somme, il n'y a même pas lieu ici de discuter sérieusement ce diagnostic.

Nous devons, en revanche, envisager l'éventualité d'une maladie bronzée. J'ai vu et suivi pendant plusieurs années, à l'hôpital de la Pitié, un malade atteint de mélanodermie généralisée; chez cet homme, la teinte de la peau finit par devenir si noire qu'il ressemblait plutôt à un nègre qu'à un mulâtre. De nombreux médecins l'examinèrent; tous conclurent à une maladie bronzée. Pourtant l'asthénie était peu marquée, et l'évolution bien longue, puisqu'elle ne dura pas moins de onze ans! L'autopsie montra une cirrhose pigmentaire, sans augmentation de volume du foie. L'erreur est donc possible, et d'ailleurs la coexistence des deux maladies l'est également. Dans un cas de Rabé, il y avait à la fois cirrhose pigmentaire du foie et dégénérescence tuberculeuse totale des capsules.

On attache généralement à la pigmentation des muqueuses une valeur toute particulière pour le diagnostic de la maladie d'Addison, notamment avec la cirrhose pigmentaire. Assurément cette pigmentation des muqueuses est parfois un bon signe de la

(1) Leçon de clinique médicale faite à l'hôpital Saint-Antoine.

maladie d'Addison; j'ai vu récemment un tuberculeux atteint d'asthénie profonde, sans mélanodermie cutanée, mais avec les plus belles taches ardoisées de la langue. Toutefois cette atteinte des muqueuses peut s'observer dans la cirrhose pigmentaire, et même elle y est moins exceptionnelle qu'on ne le dit. Parkes et Harley, Leva, Parker, Barth, Mossé et Daunic, de Massary et Potier, Richardière, Jeanselme, Ferrannini, Preiswerk la signalent sous forme soit de teinte brun sale des conjonctives, soit de teinte grisâtre des gencives, de taches brunes buccales. Les taches linguales de notre malade ne plaident donc nullement contre le diagnostic de cirrhose pigmentaire.

Je ne vois ici aucun argument, autre que la mélanodermie, en faveur de la maladie d'Addison. Notre malade n'a aucun antécédent tuberculeux personnel ni héréditaire; il n'offre aucun signe de tuberculose pulmonaire, et l'intradermo-réaction à la tuberculine est restée chez lui négative. Il n'a pas non plus l'extrême asthénie des addisoniens. Enfin sa pression artérielle, loin d'être abaissée, est au contraire élevée, puisque nous avons trouvé 20 au sphygmomanomètre de Potain. Je crois donc qu'on peut éliminer absolument la maladie d'Addison et qu'il n'y a pas d'autre diagnostic possible que celui de cirrhose pigmentaire. Mais il reste à en préciser la variété.

On a décrit successivement trois types cliniques de cirrhose pigmentaire. Ce sont, par ordre chronologique :

1° La cirrhose pigmentaire du diabète bronzé, forme individualisée pour la première fois par Hanot et Chauffard en 1882, bien qu'on en trouve quelques observations antérieures dues à Trousseau, Troisier, Beyer, Frerichs. Actuellement, le nombre des cas publiés atteint à peine la cinquantaine (en 1909, Martineck l'évaluait à 42 environ).

2° La cirrhose pigmentaire paludique, décrite en 1887 par Kelsch et Kiener.

3° La cirrhose pigmentaire alcoolique, signalée pour la première fois comme forme spéciale par Letulle en 1894, mais dont on trouve quelques observations antérieures, dues à Parkes et Harley et à Leva. Ce dernier cas avait été pris pendant la vie pour une maladie d'Addison. Depuis l'observation de Letulle, d'autres ont été rapportées, notamment par Gilbert et Grenet, Rabé, Regaud, Walker, Osler, Abbot, Bacaloglu, Rössle, Preiswerk, Ferrannini, mais le nombre en est encore beaucoup moindre que celui des cas de diabète bronzé, et ne dépasse guère une quinzaine.

Tels sont les trois types de cirrhose pigmentaire décrits à l'heure actuelle, auxquels il y a peut-être lieu d'adjoindre, notamment d'après les observations de Toupet et Marchand, un type tuberculeux.

Mais lorsqu'on passe en revue les observations des malades atteints de cirrhose pigmentaire diabétique, on constate que chez presque tous l'alcoolisme est expressément signalé dans les antécédents; de sorte que cette cirrhose, loin de pouvoir être opposée à la cirrhose pigmentaire alcoolique, n'en est au contraire qu'un cas particulier. *Etiologiquement*, il y a des cirrhoses pigmentaires alcooliques, paludiques, tuberculeuses; *cliniquement*, ces cirrhoses évoluent avec ou sans diabète (les cas avec diabète étant presque toujours d'origine alcoolique).

Notre malade n'a aucun antécédent paludique; il n'est pas tuberculeux, ni syphilitique. En revanche, il est nettement alcoolique : il ne fait aucune difficulté d'avouer des excès de boisson, excès de vin surtout.

Il n'est pas diabétique. Non seulement, avec le régime habituel, il n'a pas de glycosurie, mais celle-ci fait défaut même après ingestion de 100 grammes de glycose le matin à jeun. Nous avons fait deux fois l'expérience : elle est toujours restée négative.

Il s'agit donc d'une cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique, sans diabète. Voyons maintenant l'histoire du malade.

C'est un homme de quarante-trois ans, livreur, qui n'a dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde en 1888 et une congestion pulmonaire en 1892.

Au milieu du mois de janvier dernier, donc à près de six mois, remonte le début clinique de la maladie actuelle, dont voici les étapes successives. D'abord il se sent fatigué, ayant fréquemment de petits frissons le soir, et se plaignant d'une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit. Peu après surviennent des hémorrhoïdes. Vers le mois de mars, son entourage remarque qu'il a les yeux jaunes; en même temps apparaît une teinte brunâtre de la face et des mains. L'ictère n'a d'ailleurs jamais été plus accusé qu'actuellement, et les selles n'ont jamais été décolorées.

Puis l'appétit diminue, surtout pour la viande. Le malade mange moins et maigrit (il aurait perdu 6 ou 7 kilos depuis le début de sa maladie).

Au début de mai surviennent des épistaxis répétées. Pendant quinze jours, chaque matin, le malade saigne du nez, parfois assez abondamment. Son état de fatigue fait alors des progrès assez marqués pour le déterminer à entrer dans notre service, où il est depuis bientôt cinq semaines.

En dehors de la cirrhose, nous ne trouvons rien du côté des divers organes. Le poumon, le cœur paraissent normaux. Il n'y a pas d'albuminurie, et la diurèse s'est toujours maintenue entre 1 litre et 2 litres et demi.

L'urée a varié entre 27 et 36 grammes par vingt-quatre heures, avec un régime lacto-végétarien.

Enfin l'urine est assez riche en indican. On a voulu faire de l'indicanurie un signe d'insuffisance hépatique. Cette interprétation est ici difficile à admettre, les autres caractères de l'urine (absence de glycosurie alimentaire, de diminution de l'urée et de la diurèse) plaidant au contraire dans le sens d'un fonctionnement hépatique conservé, sinon même exagéré.

D'ailleurs, depuis son entrée dans le service, le malade, sous la seule influence du repos et du régime lacto-végétarien, a repris des forces et recouvré son appétit. Pourtant, il y a quelques jours, un début d'œdème s'est produit aux extrémités inférieures, mais cet œdème a aujourd'hui disparu, et malgré cela l'augmentation de poids que nous avions enregistrée s'est maintenue presque intégralement. Il pesait 68 kilos à son entrée; il est passé à $75^{k}600$ et pèse aujourd'hui encore $74^{k}300$. Il a ainsi recouvré

son poids normal. Actuellement il se sent très amélioré, et va partir à Vincennes.

L'expression de cirrhose pigmentaire consacre avant tout un état anatomique.

Le foie ainsi atteint est presque toujours augmenté de volume et de poids; il pèse ordinairement 2 kilos et demi à 3 kilos, quelquefois 3 kilos et demi et plus. Sa surface est finement granuleuse, chagrinée, sa consistance dure. Mais son caractère le plus particulier lui vient de sa teinte brun roux, qu'on a comparée à celle du cuir fauve ou de la rouille. Histologiquement, il montre la cirrhose bi-veineuse classique des foies alcooliques, et une infiltration des cellules hépatiques, accessoirement des cellules conjonctives, des endothéliums vasculaires, de l'épithélium biliaire, par un pigment brun noirâtre, sous forme d'une fine poussière ou de véritables blocs.

Ce pigment (pigment ocre de Kelsch et Kiener, rubigine d'Auscher et Lapicque), très résistant, insoluble dans les acides forts et les alcalis, donne les réactions du fer : coloration bleue par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, noire par le sulfhydrate d'ammoniaque. Il s'agirait, d'après Kunckel et Lapicque, d'un hydrate ferrique, bien que sa grande résistance à l'action des acides minéraux forts puisse faire penser à une combinaison un peu moins simple.

Quoi qu'il en soit, on se trouve en présence d'une infiltration, non d'une dégénérescence. Le noyau cellulaire est conservé, sauf au niveau de quelques cellules tellement surchargées qu'elles finissent par être étouffées et détruites. D'ailleurs l'étude du fonctionnement hépatique le montre particulièrement actif.

Le foie n'est pas seul atteint : le pancréas, les ganglions du hile, sont eux aussi sclérosés et pigmentés. La rate est plus ou moins pigmentée et quelquefois sclérosée.

Enfin la pigmentation peut se montrer plus ou moins généralisée. Elle se retrouve dans l'estomac et l'intestin (au niveau de la couche sous-péritonéale), le péritoine, le rein, les capsules surrénales, les poumons, le corps thyroïde, les glandes salivaires, les testicules, la moelle osseuse, le cœur et les différents muscles, la peau. En revanche, la présence de pigment dans le sang n'a été constatée que tout à fait exceptionnellement.

Mais le pigment ne donne pas partout les réactions du fer. Dans certaines cellules hépatiques, et surtout dans l'estomac et l'intestin, le cœur, les muscles, le pigment offre une teinte noirâtre et d'autres réactions : soluble dans les alcalis, il ne paraît pas contenir de fer, ou du moins le fer n'y est pas décelable par ses réactions caractéristiques (comme c'est la règle lorsqu'il est à l'état de combinaison organique). Dans la peau, il y a à la fois dépôt de pigment ferrugineux dans le derme, notamment au niveau des glandes sudoripares, et augmentation du pigment noir de la couche de Malpighi.

S'agit-il de deux pigments absolument distincts? Il est plus probable que c'est un seul et même pigment à deux stades différents comme l'admet Schmidt, et comme paraît l'avoir démontré Carnot.

Cliniquement, la cirrhose pigmentaire alcoolique est une affection de l'âge adulte (les cas publiés s'échelonnent de vingt-huit à soixante-cinq ans), et l'apanage presque exclusif du sexe masculin. Sur une soixantaine d'observations (y compris les cas avec diabète), six seulement concernent des femmes.

Les symptômes éventuels sont de trois ordres : signes de cirrhose, mélanodermie, signes diabétiques.

La *cirrhose* débute par des troubles digestifs, avec une certaine fréquence de la diarrhée, et par une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit. Puis se produisent des hémorrhoïdes, des épistaxis, des hémorragies gingivales, de petits nævi vasculaires. Le palper montre un foie débordant les fausses côtes de plusieurs travers de doigt, gros, dur, lisse, à bord mousse; la matité splénique est un peu augmentée. Il y a un peu de météorisme et de circulation collatérale ; l'ictère, l'ascite, sont souvent assez tardifs, et peu accusés. Les réactions du pigment biliaire, de l'indican, du fer, ne sont qu'exceptionnellement signalées.

La *mélanodermie* varie depuis une teinte enfumée, bistrée, jusqu'à celle du mulâtre ou du nègre, parfois avec un reflet métallique. Uniformément répartie, sans taches distinctes, elle a ses sièges d'élection au niveau de la face, du cou, du dos des mains, des organes génitaux externes, quelquefois aussi des aisselles, des aines, du dos des pieds, et prédomine aux sièges précédents, dans les cas où elle se montre généralisée. Nous avons vu son extension possible aux muqueuses. Cette mélanodermie peut rester stationnaire ou devenir de plus en plus foncée.

Quant au *diabète*, il se manifeste par ses signes habituels. Toutefois la polyphagie manque assez souvent. Le taux de la diurèse et celui de la glycosurie sont très variables, tantôt faibles, tantôt très élevés; le plus souvent, le malade émet quatre à cinq litres d'urine, avec une cinquantaine de grammes de sucre par litre. Cette glycosurie se laisse assez facilement réduire par le traitement, et peut même disparaître passagèrement, pendant quelques mois. Vers la fin de la maladie, il est fréquent de la voir disparaître complètement. Dans un cas de Laignel-Lavastine, qui paraît unique, il s'agissait de diabète insipide avec 15 litres d'urine. Aux signes cardinaux du diabète peut naturellement se joindre toute une série d'autres symptômes, tels que perte des forces (assez prononcée pour faire penser à une maladie d'Addison), amaigrissement extrême, céphalée, insomnie, abolition des réflexes, impuissance, etc.

De ces trois ordres de manifestations, l'un ou l'autre peut ouvrir la scène. Tantôt c'est la cirrhose qui est reconnue d'abord, tantôt le diabète, plus rarement la mélanodermie. L'évolution est généralement rapide, ne dépassant guère une durée de six à neuf mois, tandis que les cas extrêmes varient de quelques semaines à plusieurs années. Le malade succombe soit dans le coma (coma diabétique ou coma hépatique, avec hémorragies répétées), soit dans la

cachexie (avec diarrhée et œdème des membres inférieurs), soit à des accidents d'insuffisance cardiaque, lorsqu'il n'est pas enlevé par une infection intercurrente.

Telle est la forme qu'on peut appeler complète. Elle paraît la plus fréquente. Quant aux formes incomplètes, elles peuvent se présenter sous tous les aspects :

1° Diabète et mélanodermie. La cirrhose, non hypertrophique, n'est constatée qu'à l'autopsie. C'est une éventualité assez fréquente.

2° Diabète et cirrhose. Il n'y a pas de mélanodermie, et l'autopsie seule révèle la nature pigmentaire de la cirrhose, comme dans le cas de Brault et Galliard.

3° Cirrhose et mélanodermie. Il n'y a jamais de diabète. La glycosurie alimentaire peut être négative, comme dans notre cas et un cas d'Osler; Gilbert et Grenet l'ont vue une fois positive, en donnant, il est vrai, 200 grammes de sucre. On trouve d'ailleurs toutes les transitions entre ces cas sans diabète et les cas diabétiques, puisque la glycosurie peut apparaître à un moment donné.

Viennent enfin les cas où le tableau clinique se réduit à un seul ordre de symptômes.

4° Diabète seul. Il n'y a pas de mélanodermie, et la cirrhose pigmentaire est une trouvaille d'autopsie. Tel, par exemple, le cas de Lucas-Championnière, avec cirrhose atrophique.

5° Cirrhose seule. Il n'y a ni mélanodermie, ni diabète, et la nature pigmentaire de la cirrhose n'est constatée qu'à l'autopsie. Letulle en a rapporté un exemple.

6° Mélanodermie seule. C'est une éventualité tout à fait exceptionnelle. Je vous en ai rapporté plus haut un cas typique. Ce malade était foncièrement alcoolique, puisqu'il allait jusqu'à boire l'alcool du laboratoire. Notez chez lui la longue durée de la maladie : onze ans. Il semble en effet que, dans les cas sans diabète, l'évolution puisse être beaucoup plus prolongée.

Il peut enfin arriver que les trois ordres de symptômes fassent défaut, et que l'autopsie montre une cirrhose pigmentaire alors que l'on n'avait constaté pendant la vie ni cirrhose, ni mélanodermie, ni diabète. Tel un cas de Maas, qui avait été diagnostiqué : purpura rhumatoïde.

Vous voyez que le diagnostic peut être tantôt très facile, tantôt impossible. En l'absence de mélanodermie, nous n'avons vraiment aucun moyen de le faire.

Quant à la *pathogénie* de ces cirrhoses pigmentaires, c'est une question encore bien obscure. Entre les trois éléments du tableau clinique complet, cirrhose, pigmentation, diabète, imaginez toutes les relations possibles; il n'en est pas une qui n'ait été soutenue.

Nous avons déjà vu qu'entre la cirrhose pigmentaire sans diabète et la cirrhose pigmentaire avec diabète, il y a identité étiologique et anatomo-pathologique complète. Ne faut-il pas en conclure que le diabète est la conséquence éventuelle et non la cause de la cirrhose? D'ailleurs l'hyperhépatie, qui est la règle dans la cirrhose pigmentaire, paraît être une condition du diabète. Et si celui-ci semble quelquefois précéder cliniquement la cirrhose, il est impossible d'affirmer que cette dernière ne préexistait pas anatomiquement, d'autant plus que l'absence habituelle d'ascite n'attire pas l'attention sur elle. Nous pouvons donc conclure que le diabète est la conséquence soit de la cirrhose pigmentaire du foie, soit de celle du pancréas, qui accompagne l'autre.

Dans les cirrhoses hypertrophiques non pigmentaires, le diabète est l'exception; dans les cirrhoses pigmentaires, il est la règle. Il semble donc que la pigmentation, soit par elle-même, soit à raison des conditions qui lui donnent naissance, favorise le développement du diabète.

Quelles sont, maintenant, les relations de la cirrhose et du pigment?

Il est certain que la cirrhose n'est pas à elle seule la cause de la pigmentation, et, réciproquement, on voit des foies très chargés de pigment ocre sans lésions de sclérose. Mais c'est dans certains foies scléreux qu'on observe les accumulations de pigment les plus considérables. Au lieu du chiffre normal de 15 centigrammes de fer par kilogramme de tissu hépatique, on a trouvé 7 grammes, 11 grammes (Lapicque), 16 grammes (Hess et Zurhelle). Dans un cas d'Anschütz, le chiffre du fer hépatique était centuplé. Quincke a vu un foie de cirrhose pigmentaire diabétique qui contenait 27 grammes de fer, et celui du malade de Hess et Zurhelle en renfermait 38gr7.

Il semble donc y avoir entre la cirrhose et le pigment ferrugineux une certaine affinité. Le pigment favorise-t-il la cirrhose, à titre de corps étranger? C'est possible; mais l'influence inverse me paraît beaucoup plus probable. L'infiltration pigmentaire, purement histologique, du foie, n'est nullement exceptionnelle, comme l'a montré Brault. En réunissant les chiffres de Lapicque et Guillemonat, de Castaigne, d'Abbot, nous trouvons, sur 450 foies pris au hasard, 47 cas d'infiltration pigmentaire, c'est-à-dire un peu plus de 10 p. 100. Mais si l'on ne considère que les foies atteints de cirrhose, le pourcentage devient beaucoup plus élevé : 52 sur 88, c'est-à-dire 59 p. 100, d'après les statistiques réunies de Kretz, Simmonds et Abbot.

Donc la sclérose et la pigmentation ne sont pas plus la conséquence directe l'une de l'autre que la sclérose et la stéatose dans les cirrhoses graisseuses. Elles résultent soit d'un facteur commun, soit de facteurs distincts. Mais la sclérose semble favoriser l'accumulation du pigment. En dehors de la cirrhose, l'infiltration pigmentaire est exceptionnelle chez les diabétiques, et la mélanodermie ne s'observe jamais.

D'ailleurs la même question s'est posée à propos de la relation des scléroses pulmonaires avec les pneumonokonioses, et l'on tend de plus en plus, contrairement à l'opinion primitive, à admettre que l'infiltration du poumon par les poussières est favorisée par la sclérose, qui oblitère les lymphatiques et empêche l'élimination des particules solides.

Il reste à déterminer l'origine du pigment, et c'est là le point le plus obscur de toute la question. Pour

essayer d'y jeter quelques clartés, il faut reprendre les choses d'un peu plus haut.

De même que le foie emmagasine les hydrates de carbone et les graisses, il se charge également de fer : c'est ce qu'on appelle sa fonction martiale. Ce fer s'y trouve sous la forme de combinaisons organiques, ne donnant pas les réactions caractéristiques. Dans les cirrhoses pigmentaires, il y a donc modification à la fois quantitative et qualitative du fer hépatique.

Ce fer a, normalement, une double origine : l'alimentation, et la destruction globulaire. On conçoit que son augmentation puisse résulter soit d'un apport exagéré (d'origine alimentaire ou globulaire), soit d'une élimination insuffisante.

Nous n'avons absolument aucune raison de penser à un apport exagéré par l'alimentation. En revanche, nous savons que la surcharge ferrugineuse, la sidérose, comme l'a appelée Quincke, s'observe dans toute une série d'états caractérisés par une hémolyse exagérée (paludisme, intoxication par l'hydrogène arsénié, la toluylènediamine, l'acide pyrogallique, anémie pernicieuse, ictères hémolytiques, épanchements sanguins, injections intra-péritonéales ou sous-cutanées de sang, etc.). Que les globules soient détruits dans les foyers hémorragiques ou dans la rate, le foie élabore le pigment ocre aux dépens de leurs produits de désintégration.

On s'explique aisément ainsi la cirrhose pigmentaire paludique. On s'explique moins bien la cirrhose pigmentaire alcoolique, l'alcoolisme n'étant pas, au moins habituellement, une cause d'hémolyse exagérée. Rössle invoque de multiples hémorragies capillaires à l'intérieur du foie, il aurait constaté la phagocytose des hématies par les cellules hépatiques. Mais son observation est restée isolée, et il s'agissait d'ailleurs d'un malade atteint d'une sorte de diathèse hémorragique.

Au surplus, dans les observations de cirrhose pigmentaire alcoolique (avec ou sans diabète) où l'examen du sang a été pratiqué, il n'a pas montré, en général, de déglobulisation bien accentuée, comme vous pouvez en juger par le tableau suivant :

	G. R.	G. B.
Leva (pas de diabète)	4 360 000 (hémoglobine, 75 p. 100)	
Walker (*Id.*)	faible diminution	augmentation
Walker (*Id.*)	pas de diminution	faible augmentation
Osler (*Id.*)	plus que la normale	
Lépine et Tolot (*Id.*)	2 300 000 (corresp. à 1 500 000)	
Ferrannini (*Id.*)	4 300 000 (hémoglobine, 75 p. 100)	20 000
Jeanselme et Parmentier (diabète)	légère diminution (hémoglobine normale)	
Gilbert, Castaigne et Lereboullet (*Id.*)	3 333 600	12 710

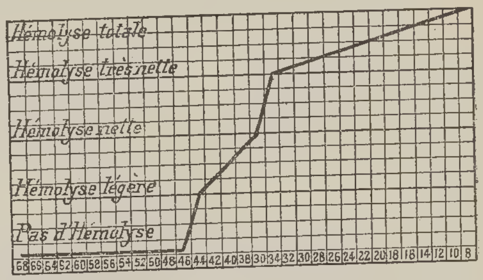
Jamais on n'a constaté d'hémoglobinémie.

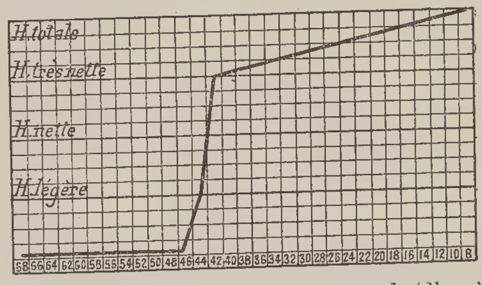
Chez notre malade, l'examen du sang a donné les résultats suivants :

Hématies : 4 460 000. Hémoglobine (à l'hémoglobinimètre de Tallqvist) : 80. Pas d'anisocytose, ni d'hématies nucléées, mais la coloration vitale a permis de constater des hématies granuleuses. Leucocytes : 10 000, dont 68 p. 100 de polynucléaires, 31 p. 100 de lymphocytes et mononucléaires, 1 p. 100 d'éosinophiles. Pas de pigment ocre.

Il est certain qu'on trouve une déglobulisation plus accusée dans bien des cirrhoses sans infiltration pigmentaire. Mais celle-ci n'est pas l'apanage de toute anémie, puisqu'elle manque dans la chlorose et dans certaines cachexies. On ne peut identifier anémie et hémolyse.

Il était donc intéressant, chez notre malade, d'étudier la résistance globulaire. M. May, interne du service, a bien voulu faire à deux reprises cette détermination, en se servant des globules rouges lavés. Les courbes ci-jointes, que j'ai fait précéder d'une courbe de résistance globulaire normale, vous montreront les résultats obtenus.





Types de résistance globulaire normale (d'après MM. Chauffard et Rendu).

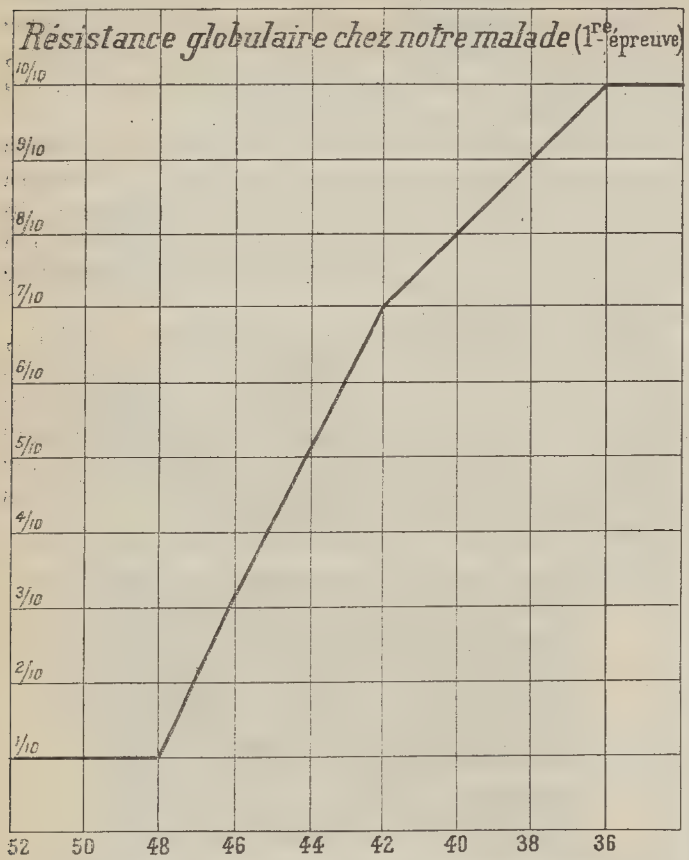
La résistance globulaire a été également recherchée vis-à-vis d'un sérum humain. Il n'y a pas eu d'hémolyse, même avec 2 centimètres cubes de sérum pour 11 gouttes de globules lavés du malade.

La même recherche a été faite avec du sérum de chien, en procédant comparativement avec les globules d'un autre malade. Avec des doses fortes de sérum (1 et 2 centimètres cubes pour 11 gouttes de globules lavés), l'hémolyse a été la même pour les deux espèces de globules; par contre, avec un demi-centimètre cube de sérum, les globules du malade ont été plus fortement hémolysés que les témoins.

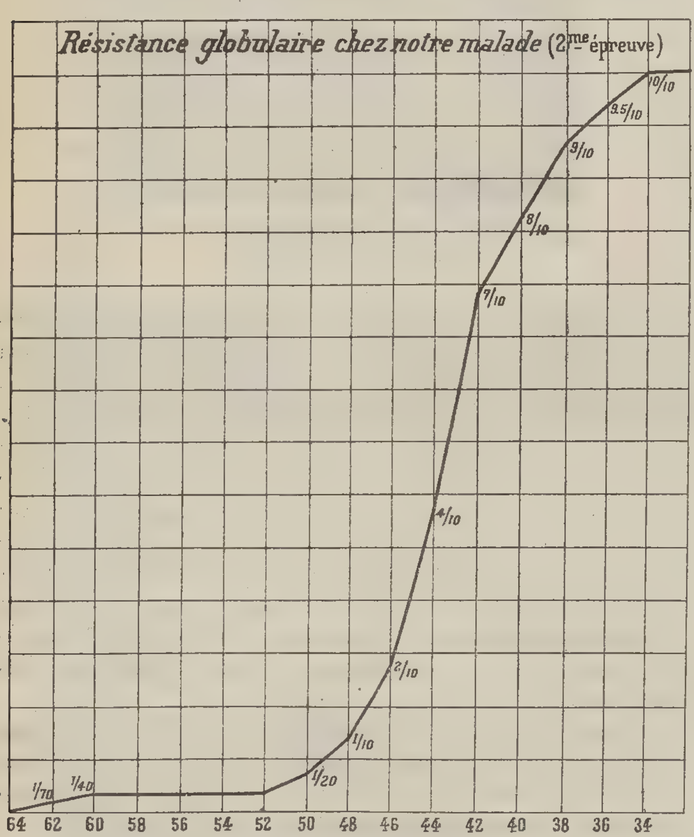
Quant au sérum du malade, de teinte nettement jaune, il ne s'est pas montré hémolysant pour des globules humains, aux doses d'un demi et de 2 centimètres cubes pour 11 gouttes de globules lavés.

Il a été également essayé, comparativement avec un autre sérum humain, vis-à-vis de globules de lapin, et ne s'est pas montré plus hémolysant que le sérum témoin.

En résumé, légère diminution de la résistance globulaire; pas de pouvoir hémolysant du sérum.



Cela suffit-il à expliquer la sidérose, et faut-il voir dans le subictère de notre malade l'analogue de l'ic-



tère observé par Castaigne et Chalier dans quelques cas de cirrhose de Laënnec avec fragilité globulaire? Je me borne à poser la question, sans prétendre la trancher.

Peut-être l'hémolyse légère, mais prolongée, produit-elle la sidérose, tandis que, plus abondante, elle produit l'ictère, et, massive, l'hémoglobinurie. On pourrait ainsi expliquer par une brusque recrudescence de l'hémolyse l'hémoglobinurie passagère observée par Hess et Zurhelle dans un cas de cirrhose pigmentaire alcoolique avec diabète. Mais il faudrait toujours faire intervenir une prédisposition spéciale, car, chez la grande majorité des alcooliques, cette hémolyse ne se produit pas. Il est probable qu'elle s'explique par certaines conditions particulières de terrain.

On pourrait aussi se demander s'il n'y a pas tout simplement emmagasinement exagéré du fer dans le foie, soit par élimination insuffisante (au niveau du gros intestin altéré dans la cirrhose, ou du rein), soit par quelque trouble de la fonction martiale du foie analogue à ceux des fonctions glycogénique ou adipogénique qui amènent l'infiltration glycogénique ou graisseuse. On a cherché, dans cet ordre d'idées, à distinguer deux variétés d'infiltration pigmentaire du foie : l'une d'origine hémolytique, l'autre par simple trouble fonctionnel hépatique. Dans la première, la rate serait très atteinte et le pancréas indemne, tandis que ce serait l'inverse dans la seconde, qui comprendrait la cirrhose pigmentaire du diabète bronzé.

Mais voici, par exemple, un cas de diabète bronzé où l'on trouve, pour 100 grammes de substance sèche, dans le foie : 2g95 de fer; dans le pancréas, 2,65; dans la rate, 2,66. Voici le cas de Hess et Zurhelle où l'on constate de l'hémoglobinurie. Cela semble bien indiquer qu'il n'y a pas de cirrhose pigmentaire sans hémolyse exagérée.

En tous cas, le pigment ferrugineux paraît s'accumuler d'abord dans le foie, puis, résorbé par la voie lymphatique, gagner les organes voisins et enfin se généraliser.

Vous voyez que d'inconnues renferme encore cette question de la pathogénie des cirrhoses pigmentaires. C'est précisément ce qui donne à leur étude un intérêt particulier.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL

D'HYGIÈNE SCOLAIRE

SÉANCE D'OUVERTURE

La séance d'ouverture du IIIe Congrès international d'hygiène scolaire, séance de pure forme, comme toutes les cérémonies de ce genre, a eu lieu mardi dernier, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Elle était présidée par le professeur Landouzy, représentant le ministre de l'Instruction publique.

Auprès de lui avaient pris place M. Albert Mathieu, président du Congrès, et notre confrère Dufestel, qui en est le très zélé secrétaire général, Le président du Conseil municipal, M. Bellan, honorait la cérémonie de sa présence, et l'on remarquait, en outre, sur la tribune présidentielle, MM. Pinard,

Lanson, Ferdinand Buisson, enfin le professeur Griesbach, qui présida, en 1904, le Ier Congrès, à Nuremberg, et sir Lander Brunton qui présida, en 1907, celui de Londres.

Nous voudrions pouvoir citer en entier ici les deux remarquables discours prononcés par MM. Landouzy et Albert Mathieu, mais cela nous est impossible, et nous ne pouvons qu'enregistrer les applaudissements qui ont accueilli ces deux études magistrales du rôle sans cesse grandissant de l'hygiène scolaire. Le docteur Dufestel a apporté des chiffres très intéressants qui prouvent la faveur avec laquelle ce Congrès a été accueilli dans le monde médical et universitaire de tous les pays.

Enfin les représentants des pays étrangers ont pris à leur tour la parole.

Le IIIe Congrès international d'hygiène scolaire paraît appelé à un succès considérable, tant par l'importance des questions à l'ordre du jour que par l'organisation parfaite qu'on lui a préparée.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Les changements d'attitudes et la fréquence du pouls chez l'enfant. (M. C. Garnier. Th. de Paris, 1910; Jouve, édit.) — L'auteur rappelle d'abord combien à l'état physiologique normal, la station verticale accélère le pouls, alors que la position horizontale le ralentit; les convalescents et spécialement les enfants convalescents présentent dans les deux attitudes une différence beaucoup plus grande. Cette constatation est la règle également chez les tuberculeux. Il n'en est pas de même chez les individus fébriles non tuberculeux; les enfants atteints d'affection mitrale avec ou sans symphyse du péricarde ont une invariabilité dans la position couchée, il en est de même des jeunes filles atteintes de chorée à l'époque de la puberté; par contre les enfants atteints d'albuminurie intermittente ont comme les tuberculeux une tachycardie orthostatique plus ou moins accentuée. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Sur le traitement opératoire des côtes cervicales. (Western. *Surg. and gyn. Assoc.*, 19e réunion annuelle, Omaha, 20 déc. 1909.) — Plummer relate deux cas opérés, l'un il y a près de cinq ans chez une femme de vingt-quatre ans dont les symptômes dataient de huit ans. Aujourd'hui, il n'y a que très peu de douleur, mais la force de la main n'a pas augmenté. La seconde opérée fut débarrassée de toute douleur en un mois, mais la sensibilité au froid persista. Les deux cas étaient bilatéraux.

Percy a vu en un an trois cas de côtes cervicales. Aucun ne fut opéré. Deux de ces cas étaient unilatéraux, à gauche, et le troisième bilatéral.

Mc Arthur fait remarquer que tous ces cas ne s'accompagnent pas de douleur. Il a vu un cas bilatéral avec phénomènes paralytiques et atrophie de la main marqués, et qui ne présentait aucun phénomène douloureux. Sa malade a refusé une intervention, car Mc Arthur n'a pas pu promettre formellement que l'opération serait suivie de guérison.

Jonas relate un cas unilatéral. Il n'y avait comme symptômes que de la sensibilité à la pression au niveau de la côte surnuméraire.

Sherman rapporte un cas chez une jeune femme de trente ans. A cause de la douleur dans le bras, la côte fut réséquée. La douleur disparut. Quelques mois après, la douleur revint. La malade était enceinte à ce moment. Sherman se demande si la grossesse avait une influence. Il croit que le nerf, même après opération, garde une susceptibilité particulière.

En somme, ce qui se dégage de cette discussion, c'est que les côtes cervicales ne sont point très rares, et que l'ablation de la cause n'est point toujours suivie d'une guérison complète. Il peut y avoir des rechutes et l'on ne peut pas promettre, à coup sûr, aux malades une guérison permanente. Le point vaut la peine d'être noté. F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Le véronal sodique dans le traitement du mal de mer. (Galler. *Therap. der Gegen.*, 1910, n° 2; — L. Pauly. *Berl. klin. Woch.*, 1909, n° 11.) — Déjà Schepelmann avait utilisé contre le mal de mer l'action antispasmodique bien connue du véronal. Les auteurs se sont servis dans leurs expériences de sa combinaison sodique, le véronal sodique, beaucoup plus soluble et, partant, de résorption et d'action plus rapides, propriétés avantageuses dans cette affection, où il est nécessaire d'obtenir un prompt effet pour calmer les nausées continuelles, et alors qu'on ne peut faire absorber que de petites quantités de liquide, pour qu'il soit toléré.

Pour agir préventivement, il faut faire prendre aux passagers deux doses de 0g50 dans les vingt-quatre heures; quand l'embarquement a lieu le soir une dose de 0g50 au coucher. Si les nausées ont déjà débuté, la même dose, prise avec très peu d'eau, a de grandes chances d'être gardée et elle procure un repos de dix à douze heures; dans les cas où l'affection était bien prononcée, il a fallu à Pauly trois, quatre, et exceptionnellement six doses de 0g25 pour obtenir l'effet désiré.

Cet auteur cite le cas d'une patiente très sujette à de violents accès de mal de mer qui, ayant pris au départ 0g50 de véronal sodique puis, quatre heures plus tard, 0g25 et à chacun des jours suivants, deux doses de 0g25, se sentit très bien pendant tout le voyage. L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES ÉPILEPSIES

Aux dépens de l'épilepsie dite *essentielle*, sans lésions anatomiques encore connues, s'agrandit chaque jour le domaine des épilepsies secondaires symptomatiques, capables de simuler parfaitement la grande crise d'épilepsie.

Après avoir décrit la symptomatologie de l'épilepsie dite essentielle, nous énumérerons les différentes affections qui ont été isolées peu à peu, et qui sont capables de revêtir ce syndrome; nous insisterons cependant, sur certaines particularités qui, précisément, permettront d'en poser le diagnostic; puis nous étudierons l'épilepsie bravais-jacksonienne, qui soulève de multiples problèmes (localisation, causes déterminantes), et comporte un intérêt chirurgical de premier ordre, en raison des discussions relatives à l'épilepsie traumatique, et du traitement chirurgical de certaines formes de ces épilepsies.

L'ÉPILEPSIE ESSENTIELLE TYPIQUE s'observe presque toujours chez des sujets dont l'*hérédité nerveuse* est très chargée : chez les *ascendants* on retrouve l'épilepsie, la paralysie générale, le tabes, etc., ces épileptiques présentent souvent eux-mêmes des stigmates de dégénérescence; asymétrie faciale, affaiblissement intellectuel, arriération mentale; les crises véritables, ou le petit mal, ou les équivalents psychiques s'observent dès la première enfance; au delà de quinze ans l'apparition d'une crise épileptique, chez un sujet jusque-là indemne de toute manifestation épileptique, doit faire préci-

sément songer à l'une quelconque des épilepsies symptomatiques que nous aurons à étudier.

La CRISE d'épilepsie essentielle peut être précédée de *prodromes* lointains, tristesse, mélancolie; elle s'annonce souvent par une *aura* (sensitive, sensitivomotrice, vasomotrice).

La crise débute par un cri *effrayant* suivant l'expression des anciens auteurs; la figure est extrêmement pâle, et le malade tombe brutalement sans connaissance en quelque sorte comme *foudroyé* : il peut tomber n'importe où, il n'a pas le temps de choisir sa place; successivement se déroulent ensuite la phase tonique puis clonique.

Dans la première *phase tonique* existe une raideur tétanique de tous les muscles, avec flexion des pouces dans la main; cette phase est *courte* et *dure* environ trente à quarante secondes rarement beaucoup plus; puis apparaissent les CONVULSIONS, la face devient alors violacée, congestionnée à l'extrême, les yeux sont animés de secousses ainsi que tous les muscles de la face; la langue est souvent projetée hors de la bouche, et c'est pendant cette période qu'elle est le plus souvent mordue. Le malade a de l'écume aux lèvres, et s'il y a eu morsure de la langue, cette écume peut être teintée de sang; tout le corps est agité de convulsions désordonnées; avec une violence extrême le malade se débat; il peut au cours de cette phase se contusionner très sérieusement, se faire même des ecchymoses, des fractures, etc. Pendant cette phase il *perd ses matières et ses urines*. Puis au bout d'un temps variable allant de une minute à quatre à cinq minutes, les convulsions cessent et le malade reste plongé dans un coma profond.

Ce COMA postépileptoïde peut être de courte durée, parfois il peut se prolonger assez longtemps; à la suite de ce coma et de cette crise, on peut observer parfois des paralysies, il existe presque toujours un état d'*obnubilation* qui peut persister un jour ou deux, mais ce qui est remarquable, c'est l'*ignorance* complète du malade, au sujet de la crise qui vient de se dérouler.

Tout récemment MM. Claude et Lejonne ont essayé d'éclaircir la pathogénie de ces crises, ils ont montré que le liquide céphalorachidien des épileptiques en hypertension pendant la crise était toxique, et ils ont pu réaliser expérimentalement ces crises épileptiques, en provoquant chez les animaux de véritables intoxications ou auto-intoxications; MM. Roubinowitch et Paillard ont également étudié les qualités de ce liquide céphalorachidien.

Le *nombre des crises* et leur succession est infiniment variable suivant les individus, le régime suivi, les causes adjuvantes, etc. Parfois très espacées, elles pourront parfois se répéter d'une manière presque subintrante, constituant alors un véritable ÉTAT DE MAL, comportant un pronostic sévère et s'accompagnant alors parfois d'élévation de la température.

A côté de cette grande crise il faut décrire le petit mal et les équivalents psychiques de la crise.

I. — **Le petit mal.** Les manifestations paroxystiques dont il va être question peuvent devancer les crises convulsives, alterner avec elles ou les suppléer.

Ce sont : les VERTIGES, perte brusque et passagère de la connaissance précédée d'un violent tournement de tête; l'ABSENCE, inhibition subite et momentanée généralement très courte du psychisme de l'individu; les ACCÈS FRUSTES, accès soporeux, crise de sommeil, accès apoplectiforme; MM. Euzière et Maillet font rentrer dans ce cadre la *myoclonie épileptique intermittente* de Lundberg, le syndrome de *Kowjenskoff* ou épilepsie partielle continue; le syndrome d'*Unverricht*.

II. — **Equivalents épileptiques ou épilepsie larvée** : *équivalents moteurs* (tremblements, crampes, épilepsie procursive), *équivalents sensitifs* (migraines, tic douloureux de la face), *équivalents vaso-moteurs*, sensoriels (*visuels*, *auditifs*, *olfactifs*).

Equivalents psychiques (impulsion, manie, forme avec dépression ou excitation, fugues); à signaler chez l'enfant la fréquence de l'*incontinence nocturne*, parfois seul symptôme révélateur d'épilepsie insoupçonnée.

Diagnostic. — 1° De L'ACCÈS CONVULSIF : les *accès nocturnes*, souvent méconnus se reconnaissent à la céphalée et à la sensation de lassitude du réveil.

C'est surtout avec l'HYSTÉRIE que le diagnostic doit être fait (recherche des stigmates, influence de la suggestion, inversion chez les hystériques de la formule des phosphates). Il doit être également fait avec les crises d'épilepsie SIMULÉE.

2° Du PETIT MAL : diagnostic des *vertiges*, on observe ces vertiges, dans la sclérose en plaques, la neurasthénie, les lésions cérébelleuses; il faut enfin signaler les vertiges auriculaire, laryngé, hystérique.

3° Des ÉQUIVALENTS : ce diagnostic très délicat se fonde sur le caractère de *violence* et de *brusquerie* des actes réalisés, l'amnésie consécutive; il est à faire avec les manifestations de la paralysie générale, de l'alcoolisme, l'automatisme hystérique, etc.

4° A la période de COMA, ou dans la phase POSTCOMATEUSE, il faudra enfin parfois savoir remonter à l'origine épileptique de ce coma, et même s'il y a phénomènes paralytiques, savoir y songer.

Une fois posé le diagnostic d'épilepsie, il s'en faut que le rôle du médecin soit terminé; c'est alors que les notions d'épilepsies symptomatiques trouvent tout leur intérêt. Bien que parfois ces épilepsies secondaires symptomatiques puissent réaliser au grand complet le tableau de la véritable crise d'épilepsie, en général on peut découvrir quelques *dissemblances*; le cri initial peut faire défaut, la pâleur du visage est moins accentuée, mais surtout l'apparition de ces crises se fait à un âge plus avancé.

ÉPILEPSIES SYMPTOMATIQUES. — Parmi ces épilepsies symptomatiques simulant la grande crise d'épilepsie, il en est tout d'abord qui relèvent de *lésions de l'encéphale* : telles les crises qui s'observent dans les années qui suivent le début d'une hémiplégie cérébrale infantile et qui seraient dues soit à la sclérose cérébrale, soit à la porrencéphalie, soit pour certains auteurs à des phénomènes infectieux surajoutés.

On peut observer de véritables crises d'épilepsie, chez des individus atteints de tumeurs cérébrales (tumeurs, gommes, kystes hydatiques, abcès, etc.), mais on retrouve alors le syndrome clinique de tumeur cérébrale, et l'examen ophtalmoscopique donne de précieux renseignements.

Les crises épileptiques peuvent s'observer également au cours de l'évolution d'une paralysie générale, d'un tabes, d'une sclérose en plaques, quelquefois comme symptôme révélateur de l'une de ces affections nerveuses, jusque-là méconnues.

Les crises pourront reconnaître parfois une origine réflexe (corps étrangers intestinaux, lombrics, tœnia, cicatrice douloureuse, polypes des voies aériennes) mais dans tous ces cas il s'agit de malades prédisposés, ayant un fond morbide spécial, soit héréditaire, soit acquis (hystérique).

Mais parmi toutes les causes capables de provoquer l'éclosion d'une crise d'épilepsie, il faut surtout signaler l'URÉMIE, l'ÉTAT PUERPÉRAL, les INTOXICATIONS et les auto-intoxications, l'ABSINTHISME en particulier.

Sauf en ce qui concerne l'épilepsie relevant d'une origine réflexe, ou secondaire à un traumatisme, d'une manière générale ces épilepsies symptomatiques s'observent à un âge *assez avancé*, qui n'est plus celui de l'épilepsie essentielle. Il faut cependant faire une exception pour la SYPHILIS HÉRÉDITAIRE à laquelle il faut toujours penser chez l'enfant comme étant une cause possible de l'épilepsie constatée.

Aussi, même chez un sujet jeune, avant d'affirmer d'une manière absolue le diagnostic de mal comitial essentiel, faudra-t-il toujours penser à la syphilis, en rechercher les autres stigmates, faire le séro-diagnostic de Wassermann et tenter même le traitement spécifique. (Tout récemment on a signalé l'heureux effet de ce traitement même en dehors d'une origine spécifique, chez un épileptique.) Il faudra également songer à la tuberculose et recourir à la ponction lombaire et se rappeler toute les causes énumérées capables de provoquer l'épilepsie.

De cette énumération se dégage, croyons-nous, le fait matériel suivant : c'est qu'au fur et à mesure que progressent nos connaissances et que se perfectionnent nos procédés d'investigation, le champ des affections dites *essentielles* se rétrécit au profit d'étiologies plus précises reconnaissant un substratum anatomique bien défini suivant chaque cas.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 89. — SAMEDI 6 AOUT 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 6 AOUT 1910. — N° 89

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 3 octobre 1910, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour sept places d'élèves internes.

Nul ne pourra concourir pour l'internat en médecine s'il n'est externe titulaire des hôpitaux de Marseille. Exception sera faite par mesure transitoire pour les internes provisoires nommés au concours de 1909, qui ne se trouveraient pas dans les conditions de l'alinéa précédent. Leur provisoriat leur permettra de prendre part au concours d'internat de 1910,

Les internes et les externes des hôpitaux annexés à une faculté de médecine continueront à pouvoir se présenter directement à l'internat sans passer par l'externat des hôpitaux de Marseille.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu. La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur). Ils auront de plus à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime).

GUERRE. — Par décret en date du 2 août 1910, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer (corps de santé) :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal de réserve Cantellauve.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe de réserve Landouar.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Baudry, Ziegler, Bellamy et Buffon.

MARINE. — Par décret en date du 2 août 1910, M. le médecin général de deuxième classe Guès a été placé dans la deuxième section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine, pour compter du 15 octobre 1910.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Legrand, médecin sanitaire de France à Alexandrie, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Une médaille d'argent a été décernée à M. le docteur Chastenet (de Puteaux) et une médaille de bronze à M. le docteur Sarda (d'Annonay) pour services rendus à l'Assistance publique.

— Une médaille d'or a été décernée à M. le docteur Torel (de Marseille) et une médaille d'argent à M. le docteur Vidal (de Percy) pour le dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE SCOLAIRE. — Si les congressistes ont eu beaucoup de besogne à abattre, ils ont eu aussi de nombreuses et intéressantes distractions.

C'est ainsi, tout d'abord, que le président du Congrès et Mme Albert Mathieu ont reçu les congressistes au palais d'Orsay, le soir même de l'ouverture, et que Mme Landouzy, présidente du Comité des dames, a offert à ces dernières une garden party le lendemain.

Le même soir a eu lieu à la salle Gaveau une soirée artistique des mieux réussies, où la musique, la comédie, la danse et la chanson montmartroise étaient largement et excellemment représentées.

Enfin, jeudi soir, une fête splendide a été offerte aux congressistes par les soins de la Société des médecins inspecteurs des écoles au Casino d'Enghien. La presse médicale avait été aimablement invitée. Le docteur Hélary, maire d'Enghien, a souhaité la bienvenue aux invités, puis a eu lieu une promenade sur le lac. Après la promenade, un dîner somptueux a été servi, pendant lequel ont été exécutés divers morceaux de musique et notamment les hymnes nationaux des divers pays représentés au Congrès.

Un feu d'artifice a continué cette superbe soirée que terminait une représentation de *Paillasse* suivie de danses populaires anglaises.

Pendant le dîner, M. Cayla, président de la société des médecins inspecteurs des écoles, et M. Butte qui en est le zélé secrétaire général, ont prononcé des allocutions fort applaudies.

La Compagnie des chemins de fer du Nord avait organisé, pour la circonstance, des trains spéciaux comme elle sait le faire, c'est-à-dire le mieux du monde.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trentième semaine, 795 décès, au lieu de 778 pendant la semaine précédente et au lieu de 808, moyenne ordinaire de la saison.

On a compté 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique et on signale 1 cas nouveau.

RENSEIGNEMENTS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Appareils plâtrés, par le docteur PRIVAT, assistant du docteur CALOT de Berck. Un beau vol. de 296 p. avec 268 fig. originales. Préface du docteur Calot. — Prix : cartonné, 6 francs. — Paris, A. Maloine.

Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées, par Stéphane LEDUC, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. In-18 de 204 p. avec 57 fi. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE L'URÈTRE

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

Par M. J. TANTON,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

On a considéré longtemps l'épithélioma primitif de l'urètre, soit chez l'homme, soit chez la femme, comme une affection très rare, exceptionnelle même, eu égard surtout à la fréquence assez grande de l'épithélioma du gland, de la prostate, de la vulve ou du vagin, secondairement propagé à l'urètre.

C'était là l'opinion que Birch-Hirschfeld, entre autres, formulait en 1885. Cependant, le nombre des cas publiés en France ou à l'étranger est, à l'heure actuelle, assez considérable et l'affection mérite d'être bien connue dans ses manifestations cliniques surtout précoces, si l'on veut intervenir par une thérapeutique sinon radicale, tout au moins satisfaisante.

I

Historique. — Le premier cas publié de cancer primitif de l'urètre mâle appartiendrait à Thiaudière (*Bull. gén. thérap.*, 1834), puis vinrent ceux de Hutchinson, Thiersch, Bilbroth, Poncet, Guyon et Guiard, Trzebicki, Albert, Witzenhausen, Beck, Buday, etc.

Au congrès français de chirurgie de 1894, Albarran apporte une observation personnelle d'épithélioma primitif de l'urètre chez l'homme et réunit 8 observations identiques; Carcy (thèse de Paris, 1895) réunit 17 observations; Melville Wassermann, 20 observations; Burckhardt (*Handbuch der Urologie*, 1904) collige 34 cas dont 3 personnels; Basil Hall apporte 5 nouvelles observations; Soubeyran inspire la thèse de Malaussère (Montpellier, 1904) et apporte une observation personnelle.

Lavenant publie sur ce sujet un remarquable mémoire, apporte un nouveau cas et réunit 27 observations identiques.

Preiswerk collige 34 cas dont 2 personnels; English réunit 46 observations et écrit un important travail sur ce sujet. Conforti, refusant quelques-unes des observations admises par Preiswerk, arrive à un total de 39 cas. Bonzani ajoute à la statistique de Conforti un cas personnel et 3 autres observations, ce qui porte le total à 43 cas.

Nous avons pu réunir, à la suite des observations des auteurs précédents, quelques nouveaux cas chez l'homme, ce qui porte le total actuel des cas publiés à 65 (2).

Chez la femme, les cas d'épithélioma primitif de l'urètre sont peut-être plus fréquents que chez l'homme. En 1887, Skene admettait son existence, mais comme une rareté clinique.

Lahaye réunit 11 observations de cancer du méat urinaire; Soullier, Dietzer, consacrent leur thèse à ce sujet; M. Wassermann réunit 24 observations de cancer primitif de l'urètre chez la femme, englobant sous le même nom l'épithélioma urétral et l'épithélioma péri-urétral.

Viennent ensuite les thèses d'Otto-Bosse, de Zeitler où sont réunies 29 observations, l'important travail d'Ehrendorfer qui distingua, le premier, les épithéliomas de l'urètre proprement dits (6 cas) et les épithéliomas urétro-vulvaires (21 cas); celui de Karaki, avec un total de 57 observations; les publications de Percy, de Mac-Murtry, etc.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations nouvelles, ce qui porte le total des cas connus à 75 (3).

II

Définition. — On doit entendre, sous le nom d'*épithélioma primitif* de l'urètre, « une néoplasie carcinomateuse, ayant son origine première dans les proliférations atypiques de l'épithélium de revêtement de l'urètre ou de ses glandules », exceptant toutefois ceux qui partent de l'épithélium de revêtement des fistules urineuses. Les cancers qui, ayant pris naissance dans les organes génitaux, gland, prostate, glandes de Cooper, vulve, vagin, envahissent ensuite l'urètre, sont, au contraire, des cancers *secondaires*.

III

Etiologie. — Elle est très obscure, et l'on ne peut, à l'heure actuelle, que se borner à des constatations d'importance étiologique secondaire, entre autres, l'influence de l'âge et des affections antérieures de l'urètre.

En dehors des cas exceptionnels de Hutchinson et de Bosse (22 et 25 ans), l'âge minima auquel cette lésion a été observée chez l'homme est trente-cinq ans (Röptke); mais c'est surtout entre cinquante et soixante ans qu'elle a son maximum de fréquence.

Chez la femme, c'est surtout au delà de cinquante ans qu'on l'observe; toutefois le nombre des cas survenus avant quarante ans est plus considérable que chez l'homme.

Sur un total de 65 cas, chez l'homme, nous trouvons, comme antécédent, 26 fois notée l'existence de la blennorragie chronique, 4 fois d'un traumatisme de l'urètre avec rétrécissement consécutif, 3 cas où les deux étiologies sont concomitantes, dans 22 cas aucune étiologie n'est signalée. Avec Wassermann, Burckhardt, et la plupart des auteurs nous admettrons que ces états anormaux du canal peuvent être des causes prédisposantes à l'apparition d'un néoplasme épithélial : « Le rétrécissement blennorragique, dit Wassermann, est souvent la première étape de l'histoire de l'épithélioma. »

Chez la femme, on a incriminé l'accouchement et surtout la grossesse répétée; ce facteur ne doit pas être retenu, croyons-nous, car on voit l'affection survenir assez souvent chez des nullipares. Plus importants paraissent également chez la femme, les processus inflammatoires chroniques des régions vulvo-vaginale et vestibulaire, les lésions inflammatoires chroniques ou traumatiques de l'urètre avec les métaplasies épithéliales qu'elles entraînent, la leucoplasie et la leucokératose vulvaires dont Robert Weir a signalé l'importance. La transformation de ces plaques leucoplasiques vulvaires en tumeurs malignes est fréquente, et Mme de Magondeau, dans sa thèse, la signale 8 fois sur 10. « Pour l'urètre, dit Noël Hallé, il semble évident que le cancroïde puisse être le terme ultime de cette prolifération épithéliale pathologique liée aux lésions inflamma-

(2 et 3) Les cas nouveaux que nous avons ajoutés sont dus à Ollivier et Clunet, Barney, Peacock, Legueu, Adrian, Bender, Boyd, Braun, Crutcher, Ball, Nadal, Boursier, Eggel, Freund, Brothers, Namba, etc.

toires chroniques, qui, dans l'urètre, débute par l'épidermisation de la muqueuse et la formation de plaques leucoplasiques... L'inflammation chronique débute, elle se complique de transformation épidermique de l'épithélium, cet épithélium pathologique peut être, à son tour, le point de départ d'un cancroïde et il existe entre la leucoplasie bénigne, lésion inflammatoire de surface, et le cancroïde, lésion maligne profonde, des altérations intermédiaires. »

Conforti, à l'encontre de la plupart des auteurs, estime que la blennorragie et le traumatisme n'ont aucune importance dans l'étiologie du cancer de l'urètre, la véritable étiologie réside uniquement dans des circonstances spéciales encore inconnues, réalisant la transformation pathologique de l'épithélium d'un urètre même antérieurement sain. Les arguments, qu'apporte Conforti à l'appui de son opinion sont très spécieux, à savoir : la grande fréquence des blennorragies non suivies de cancer de l'urètre et la fréquence du cancer sur des urètres vierges de toute inflammation ou traumatisme antérieurs, et il fait trop facilement table rase des constatations établies par Hallé. Il y a, dans l'évolution des lésions épithéliales qui débutent par la métaplasie épidermoïdale et la leucoplasie et se terminent par le cancroïde, toute une série d'étapes intermédiaires que, pour des raisons que nous ignorons, certains malades pourront ne pas franchir.

Résumant les diverses théories étiologiques formulées avant lui, et acceptant le rôle important que Virchow accorde à l'irritation chronique, English admet deux causes au développement du cancer urétral :

1° Une prédisposition certaine;

2° L'action de l'irritation chronique.

Le point de départ de l'épithélioma se trouve, ou bien dans des vestiges embryonnaires (hétérotopie des tissus embryonnaires), ou bien dans des transports traumatiques de cellules épithéliales, ou bien dans une transformation sur place des cellules épithéliales en cellules cancéreuses (leucoplasie). L'inflammation préalable et le trauma sont les deux « moments » étiologiques les plus fréquents.

On a signalé, comme cause de la production des carcinomes de l'urètre, chez la femme, la fréquence de la transformation maligne des néoplasmes bénins. C'est ainsi que les caroncules urétrales, qui ne sont autre chose que des tumeurs érectiles polypeuses papillaires, occupant un espace plus ou moins étendu de la muqueuse urétrale et faisant souvent saillie hors de la lumière urétrale et, d'une façon générale, les polypes urétraux ou autres tumeurs bénignes, peuvent faire le lit à une dégénérescence carcinomateuse. De fait, on trouve dans l'histoire de quelques-unes des malades atteintes de carcinome vulvo-urétral l'existence antérieure de tumeurs bénignes, et en particulier de polypes ou de fibromes de l'urètre ou du méat secondairement dégénérés, mais, assurément, comme le fait remarquer Karaki, ce n'est là tout au plus qu'une cause prédisposante, eu égard à la rareté du carcinome par rapport au nombre considérable des polypes urétraux chez la femme.

Siège. — Chez l'homme, le néoplasme intéresse, tantôt la pars pendula de l'urètre et, dans ce cas, assez souvent les premiers centimètres du conduit (fosse naviculaire [Soubeyran, Füller, Lecène]), d'autres fois la partie moyenne de cette portion, tantôt et le plus souvent, l'urètre périnéal. La localisation au niveau de la région bulbaire, de beaucoup la plus fréquente, se superpose à la localisation, au même point, des rétrécissements inflammatoires et par suite, des transformations métaplasiques de l'épithélium urétral avec les leucoplasies qui s'y surajoutent.

Melchiori divisait les cancers primitifs de l'urètre féminin, en cancers *urétraux* proprement dits, prenant naissance dans la muqueuse urétrale même et s'y étendant, et cancers *para-urétraux*, les plus nombreux, nés dans la muqueuse vulvaire et s'étendant dans les tissus para-urétraux sans toucher à la paroi propre du canal.

Ehrendorfer établit la division suivante qui est acceptée par Karaki, Brothers, etc. :

1° Carcinomes urétraux propres, siégeant dans la continuité même du canal et ayant leur origine soit dans l'épithélium urétral, soit dans les glandes qui occupent le plancher de l'urètre sur toute sa longueur;

2° Carcinomes vulvo-urétraux, prenant naissance tout autour de l'orifice urétral externe, tapissé comme on le sait, par un épithélium pavimenteux stratifié qui pénètre même sur la paroi inférieure de l'urètre sur une longueur d'environ 1 centimètre.

Ces derniers envahissent le tissu péri-urétral en profondeur, puis intéressent l'urètre lui-même, la muqueuse paraît tantôt saine microscopiquement, tantôt, au contraire, est épaissie par l'infiltration néoplasique.

La division d'Ehrendorfer répond à des formes cliniques assez bien différenciées, tout au moins au début de l'affection, et doit être adoptée en pratique. Dans sa statistique, Karaki trouve en tout 19 cas de cancers urétraux et 34 vulvo-urétraux, le reste serait d'origine douteuse; les cancers vulvo-urétraux sont donc de beaucoup les plus fréquents. Le siège du néoplasme urétral, chez la femme, se trouve surtout dans le segment terminal de l'urètre et de préférence sur sa paroi inférieure; cette élection peut être expliquée histologiquement par la transition entre l'épithélium urétral propre et l'épithélium vestibulaire, et l'on sait que les zones de transition entre les deux grandes variétés d'épithélium sont des lieux d'élection pour les néoplasmes.

IV

Symptomatologie. — Les symptômes du cancer primitif de l'urètre à son début sont nuls ou à peu près; cette période échappe habituellement à l'examen médical, et les malades ne sont ordinairement vus qu'à la période de tumeur.

Ce sont habituellement les symptômes fonctionnels qui apparaissent les premiers, c'est la diminution du volume et de la puissance du jet d'urine, symptômes qui n'attirent nullement l'attention chez l'homme, puisqu'on a affaire ordinairement à des rétrécis anciens, qui sont plus significatifs chez la femme en raison de la rareté des rétrécissements urétraux.

Puis, apparaissent des hématuries spontanées, ordinairement minimes, très irrégulières, assez souvent terminales, des douleurs vagues dans le canal, parfois une petite sécrétion purulente qui se montre au méat dans l'intervalle des mictions. Ce sont là tous les symptômes de la période de début; ils n'ont, comme on le voit, rien de caractéristique. Et cepen-

dant c'est à cette période qu'un examen urétroscopique avec biopsie, en permettant un diagnostic précis et une thérapeutique hâtive, rendrait les plus grands services.

Albarran, au Congrès de 1904, insistait sur ce point, mais jusqu'ici le diagnostic n'a été fait de façon très précoce et grâce à l'urétroscopie, que chez les trois malades de Grünfeld, de Oberländer et de Berkeley.

La tumeur qui avait dans ces cas une forme papillomateuse ou verruqueuse fut reconnue à l'examen endoscopique et sa nature confirmée par les examens anatomo-pathologiques.

Le plus habituellement, les malades ne sont observés qu'à la période d'état, c'est-à-dire à la période de tumeur et les symptômes objectifs fonctionnels sont, à ce moment-là, suffisamment accusés pour faire soupçonner le néoplasme.

Chez l'homme, lorsque la tumeur siège dans la portion pénienne de l'urètre, le malade se présente avec une verge tuméfiée, uniformément gonflée et dure, avec souvent un phimosis ou un paraphimosis.

Cette rigidité de la verge dans la période préfistuleuse, accompagnée de symptômes de rétrécissement, constitue une forte présomption en faveur d'une tumeur maligne (Binaud et Chavannaz). Le symptôme caractéristique à cette période est l'induration du canal, induration soit limitée, lorsque le néoplasme est encore au début, soit diffuse et étendue à tout l'urètre mobile, lorsque le néoplasme a progressé, induration surtout sensible sur la paroi inférieure de la verge, celle qui est en contact direct avec l'urètre, mais s'étendant assez souvent à la région caverneuse. Le cas de Billroth est typique à ce sujet; l'auteur écrit qu' « au milieu de la verge on sentait une induration qui donnait l'impression d'un morceau de sonde cassée qui serait resté dans le canal ».

Lorsque la tumeur siège au niveau de la région périnéale, bulbaire en particulier, elle est encore facilement perceptible à la palpation, d'autant qu'elle envahit souvent tout l'urètre périnéal et même scrotal; la palpation ne peut se faire que par le toucher rectal lorsque la tumeur intéresse l'urètre membraneux. On sent alors une tumeur médiane, le long de l'urètre, avec un empâtement plus ou moins diffus, nettement isolé de la prostate en haut et de la région des glandes de Cooper, en bas et sur les côtés.

Avec cette tumeur coexistent habituellement, chez l'homme, des abcès et des fistules et c'est là souvent le symptôme qui a amené le malade à l'hôpital. Abcès et fistules siègent, soit à la région pénienne et habituellement sur la face inférieure de la verge (dans le cas d'Albarran, elles siégeaient à la face dorsale de la racine de la verge, au-dessous du pubis, et dans celui de Füller sur le gland), soit, et le plus souvent, à la région périnéale, en arrière et au niveau de la tumeur. Ces abcès ouverts à l'extérieur, soit spontanément, soit par une intervention chirurgicale, laissent échapper tout d'abord un mélange de pus et d'urine, puis, et de façon permanente, une sanie fétide, les fistules sont alors créées, habituellement multiples et s'accompagnant d'un empâtement marqué de toute la région. Au moment de la miction, une certaine quantité d'urine s'écoule à la fois et par le méat et par les fistules, puis, au fur et à mesure que la tumeur progressant l'obstacle urétral augmente, la ou les fistules s'élargissent et bientôt toute l'urine s'écoule par elles, surtout dans les formes bulbo-périnéales. Ces fistules s'ouvrent d'une part dans l'urètre au-dessus de la région stricturée comme nous le verrons plus tard, d'autre part à l'extérieur, en un point variable, le plus souvent au périnée ou dans la région scrotale, parfois elles vont jusqu'à l'ischion (Thiersch) ou s'ouvrent dans le rectum (Schustler). Elles sont très fréquentes et nous les trouvons signalées chez l'homme 24 fois sur 65 cas. Lorsqu'on explore leur trajet au stylet, on le trouve très irrégulier, contournant plus ou moins le bulbe ou les corps caverneux, suivant la situation de l'orifice externe. Ce dernier est ordinairement entouré de bourgeons rouges, épais, saignant au moindre contact, souvent eux-mêmes de nature épithéliomateuse.

Coexistant avec le symptôme objectif de *tumeur*, périnéale ou pénienne, on observe des symptômes fonctionnels à peu près toujours identiques. C'est, d'abord, la *douleur*, douleur spontanée, permanente, sourde, parfois lancinante, irradiée dans les cuisses et vers l'abdomen, augmentée par la pression de la région tuméfiée et exagérée au moment de la miction. Les mictions sont douloureuses, beaucoup plus douloureuses que dans le simple rétrécissement de l'urètre, et c'est là, pour Basil Hall, un symptôme de premier ordre. La douleur est souvent telle que le malade diminue volontairement le nombre des mictions et que certains restent parfois dix heures sans uriner. Cette douleur serait due, pour Wassermann, au passage de l'urine sur les régions ulcérées, mais Hottinger refuse cette explication puisque le cathétérisme n'est pas douloureux. C'est ensuite la *gêne de la miction*; le jet d'urine est diminué de volume et de puissance, sans parabole; le malade se présente accusant une difficulté de la miction comparable à celle que produit le rétrécissement inflammatoire ou traumatique de l'urètre, et ce symptôme important oriente habituellement l'esprit vers une stricture urétrale simple.

La rétention d'urine est fréquente chez l'homme (Füller, Bobbio, Ollivier et Clunet), parfois elle s'accompagne d'incontinence par regorgement; on observe parfois des érections intermittentes durant trois ou quatre heures (Ollivier et Clunet), l'éjaculation est assez souvent douloureuse. Entre les mictions il s'écoule souvent de l'urètre un liquide d'abord séreux, puis séro-purulent et enfin purulent, dont l'examen histologique est très important, car il permet d'y découvrir des cellules épithéliales caractéristiques. Quelquefois on note une *urétrorragie* survenant spontanément soit entre les mictions, soit au début ou à la fin de la miction (Salzer, Durante, Binaud et Chavannaz, Gayet, Soubeyran, Röptke), mais, d'après B. Hall, ce serait là un symptôme assez rare.

Le cathétérisme du canal avec une bougie exploratrice à boule, parfois impossible (Röptke), donne habituellement des renseignements importants.

C'est, tout d'abord, l'existence d'une stricture plus ou moins serrée, souvent infranchissable, en un point correspondant à la tuméfaction, lorsqu'elle est appréciable par la palpation, mais ne correspondant pas toujours au siège de prédilection des strictures blennorragiques ou traumatiques, fait qui, d'après Wassermann, doit mettre en garde contre une erreur de diagnostic.

C'est ensuite, et c'est là pour Albarran et Wassermann un signe de très grande valeur, lorsque la

boule a franchi la stricture, la sensation qu'elle évolue dans une cavité beaucoup plus grande que normalement, due à la destruction des parois urétrales par la tumeur, et qu'elle n'avance plus ensuite. C'est enfin l'*hémorragie*, souvent très abondante, à laquelle donne lieu le cathétérisme qui doit orienter l'esprit vers un néoplasme (Albarran, Binaud et Chavannaz).

Les urines deviennent rapidement troubles, d'odeur infecte, et le malade présente souvent, après plusieurs mois, de la cystite, qui ajoute ses phénomènes douloureux à ceux que crée la tumeur. La vessie ne se vide pas complètement, l'infection urineuse s'établit, la fièvre s'installe, l'état général fléchit, et le malade marche à grands pas vers la cachexie; toutefois les urines peuvent, dans certains cas, rester claires, surtout lorsque le néoplasme est limité à l'urètre balanique (Ollivier et Clunet).

En résumé, on peut dire avec Kaufmann : « Le cancer primitif de l'urètre se développe chez des sujets âgés, sous les manifestations d'une stricture antérieure; il détruit l'urètre et infiltre les tissus voisins; plus tard, par suite du processus de destruction, il apparaît sous les apparences d'un abcès ou d'un phlegmon périnéal, après l'ouverture desquels des détritus cancéreux s'écoulent avec l'urine. »

Chez la femme, les symptômes fonctionnels sont à peu près identiques, urétrorragies assez rares, souvent précoces, et que les femmes ont tendance à confondre avec des métrorragies, survenant quelquefois à la fin de la miction (Lefèvre) et écoulement purulent entre les mictions.

Les douleurs spontanées sont habituelles et violentes, souvent irradiées dans les cuisses et les lombes; la miction est tellement douloureuse que beaucoup de malades ont peur d'uriner et se retiennent plusieurs heures de suite; Simpson raconte qu'une femme, atteinte d'un néoplasme de l'urètre, s'éloignait de chez elle chaque fois qu'elle voulait uriner afin de n'être pas dérangée dans ses cris et ses gémissements. Les douleurs peuvent être telles qu'elles rendent la station assise impossible. La rétention et l'incontinence par regorgement sont fréquentes (Battle), dans certains cas même on dut recourir à la ponction de la vessie, le cathétérisme étant impossible.

Le coït devient excessivement douloureux, surtout dans les formes vulvo-urétrales.

Le siège de la tumeur est habituellement au niveau du méat, de préférence sur son bord inférieur et sur la paroi urétro-vaginale — nous avons vu la prédominance des cancers vulvo-urétraux sur les cancers urétraux — et la malade s'est aperçue de l'existence d'une tumeur dans la région génitale lorsqu'elle s'adresse au médecin; le toucher vaginal permettra alors de sentir l'induration de la tumeur le long de la paroi inférieure de l'urètre et de se rendre compte de ses limites.

L'exploration du canal à la boule, lorsque le méat permet son introduction, car la tumeur le rétrécit quelquefois à un tel point que tout cathétérisme est impossible (Brothers), donne des résultats identiques à ceux qu'il fournit chez l'homme, et une urétrorragie abondante provoquée par cette manœuvre a la même valeur diagnostique. Le toucher vaginal, après introduction d'un cathéter rigide dans l'urètre, réalisant un véritable toucher bimanuel — car il ne saurait évidemment être question, sur un urètre malade, d'exploration digitale suivant la méthode de Simon (d'Heidelberg) — a une grande valeur, en ce qu'il permet l'exploration de la cloison urétro-vaginale et la détermination des limites du néoplasme en profondeur. Dans quelques cas rares, comme dans l'observation de Richet, la tumeur est remplacée par une ulcération siégeant au pourtour du méat.

Lorsque la tumeur est à siège intra-urétral, ce sont les hémorragies, l'écoulement ichoreux et les troubles de la miction dus à l'obstacle intra-urétral qui dominent la scène; la tumeur ne peut être sentie que par le toucher vaginal ou par le cathétérisme de l'urètre, et surtout par la combinaison des deux procédés.

Battle insiste sur les différences cliniques qui existent entre les cancers urétraux proprement dits et les cancers péri-urétraux ou vulvo-urétraux. Les premiers évoluent presque insidieusement jusqu'à l'obstruction complète du canal, et par suite à la rétention et à la distension vésicale; les seconds ont pour eux la tumeur, les douleurs, les hémorragies, etc. Dans ses deux cas, qui tous deux sont des cancers urétraux proprement dits, les malades entrèrent pour rétention d'urine avec distension vésicale, presque sans autre symptôme; le cathétérisme ne provoqua même pas d'urétrorragie.

V

Anatomie pathologique. — Macroscopiquement, la tumeur urétrale se présente avec des dimensions des plus variables, souvent du volume d'un œuf de poule. Sa surface, de couleur habituellement gris rosé, est irrégulière, anfractueuse, bourgeonnante, profondément ulcérée et tapissée de détritus grisâtres en voie de sphacèle. Né de la muqueuse urétrale, le néoplasme a envahi progressivement les tissus péri-urétraux et il apparaît sous la peau, sous forme d'une induration plus ou moins volumineuse qui fait corps avec le canal, ulcérée par endroits et ayant déterminé la formation de plusieurs fistules urétro-cutanées néoplasiques. L'urètre en aval de la tumeur a son aspect normal; en amont du néoplasme, comme dans tout conduit stricturé, il présente une vaste dilatation anfractueuse produite par la stagnation de l'urine; les parois urétrales y sont souvent détruites par l'ulcération néoplasique. C'est dans cette cavité rétro-stricturale que s'ouvrent les fistules dont nous avons signalé l'extrême fréquence et décrit le trajet.

Chez la femme, où la forme vulvo-urétrale du cancer est de beaucoup la plus fréquente, nous avons vu que la tumeur débute, en général, par la partie inférieure de la circonférence du méat, sous forme d'une petite nodosité qui fait saillie dans le vestibule. Elle s'étend ensuite latéralement et envahit circulairement le méat qui se trouve ainsi au centre de la tumeur, sous forme d'un petit orifice très rétréci, et souvent très difficile à cathétériser (Brothers). De par le siège de la tumeur, les fistules sont ordinairement très rares, Winckel, David, signalent cependant des fistules urétro-vaginales.

Son aspect macroscopique est le suivant d'après Wassermann : « C'est une tumeur d'un rouge foncé, charnue, de consistance plus ou moins dure, mamelonnée, à surface bourgeonnante, facilement saignante. Au bout d'un certain temps elle s'ulcère, des cratères se forment à sa surface, un suc ichoreux, une sanie fétide s'écoulent de la néoformation. La tumeur circonscrite au début, ronge les tissus avoisinants, et se transforme en une grande ulcération

à bords déchiquetés, indurés; à l'incision elle est friable et crie sous le scalpel. »

Le cancer propre de la muqueuse urétrale, né de la muqueuse ou de ses glandes, envahit peu à peu tout l'urètre jusqu'à la vessie et se présente habituellement sous forme de productions polypiformes, d'excroissances verruqueuses et papillomateuses de la muqueuse, faisant souvent issue au travers du méat et le maintenant béant. On aperçoit alors une masse en forme de chou-fleur, se présentant à l'orifice externe et atteignant quelquefois la grosseur d'une noix.

Histologiquement, il s'agit dans la grande majorité des cas, chez l'homme, d'un épithélioma pavimenteux (carcinome épithélial, cancer plan cellulaire des Allemands), habituellement lobulé, quelquefois tubulé, quelquefois avec des globes cornés; le revêtement épithélial cylindrique normal entoure nettement le bord de néoplasme.

Chez la femme, le cancer vulvo-urétral est aussi un épithélioma pavimenteux, le cancer urétral un épithélioma à cellules tantôt pavimenteuses, tantôt cylindriques (Richet-Lahaye, Soullier-Picqué), ces derniers semblent être surtout des cancers d'origine glandulaire (Puppel a rapporté tout récemment un cas rare d'adéno-carcinome papillaire et gélatineux de l'urètre chez la femme). L'épithélium des glandes et de la muqueuse urétrale a la même origine et la même structure initiale, et une tumeur peut se développer aux dépens de l'épithélium glandulaire sans l'intermédiaire du processus inflammatoire chronique si fréquent, dont nous connaissons l'aboutissant habituel, l'épidermisation et la leucoplasie.

Les fistules, qui, comme nous l'avons dit, prennent leur origine immédiatement en amont du point rétréci dans la grande cavité qui précède la tumeur et où la boule exploratrice se trouve libre, contournent le bulbe latéralement pour aboutir à la peau du périnée. Leur trajet est habituellement tapissé par un revêtement épithélial pavimenteux stratifié « continu toujours en haut avec l'épithélium urétral pathologique du même type, quelquefois continu en bas avec l'épiderme cutané ». L'orifice externe de ces trajets fistuleux est souvent entouré par des bourgeons épais, rouges, saignant au moindre contact et, comme le dit avec raison Wassermann, l'examen microscopique de ces bourgeons peut, dans de nombreux cas douteux, donner des résultats pour le diagnostic précis de l'affection.

Les boyaux épithéliaux ne se cantonnent pas à la muqueuse, mais ils gagnent également le corps spongieux de l'urètre mâle, puis pénètrent dans l'intérieur des mailles des corps caverneux. Cette propagation se fait par voie veineuse, comme l'a montré Küttner, et l'épithélioma urétral se comporte dès lors comme un épithélioma du pénis.

Dans certains cas, l'extension du néoplasme peut se faire par voie lymphatique et, tout en respectant les corps caverneux, l'infection cancéreuse gagne, par la sous-muqueuse du gland, le derme du fourreau de la verge, démontrant ainsi la continuité des deux systèmes lymphatiques urétral et cutané (Ollivier et Clunet).

Chez la femme, l'extension de l'épithélioma primitif de l'urètre ne se fait pas dans la région vulvo-vestibulaire, mais dans la profondeur de l'urètre. Winckel, après Melchiori, a divisé en trois étapes l'évolution de la tumeur vers les parties profondes. Dans un premier stade, le néoplasme a envahi l'urètre pré-symphysaire, soit 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Dans un second stade, l'urètre est pris dans sa totalité et la tumeur est à la fois urétrale et péri-urétrale, adhérant par sa partie supérieure au périoste du bassin, par sa partie inférieure à la muqueuse vaginale. Dans le troisième stade, le col et le trigone vésical sont envahis, ainsi que les parties molles périphériques.

L'infection des ganglions inguinaux est assez tardive. Chez l'homme, Wassermann la note comme existant dans le tiers des cas environ; chez la femme, elle surviendrait en moyenne au deuxième stade de l'évolution du néoplasme; elle n'apparaît souvent qu'au moment d'une récidive, après une première intervention chirurgicale.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic du néoplasme primitif de l'urètre est assez difficile. Dans la plupart des cas, le diagnostic porté fut, sous l'influence des antécédents du malade, blennorragie unique ou multiple : rétrécissement inflammatoire avec abcès et fistules.

L'urétroscopie, malgré le peu de cas qu'en fait Conforti, doit avoir une place importante, tout au moins au début de l'affection, car, tardivement, elle sera la plupart du temps impossible en raison du rétrécissement du canal, du gonflement de la verge et des hémorragies qu'elle provoquerait. D'après Burckhardt, seule elle permettra le diagnostic au début. « On voit, dit-il, à la place du tissu de stricture blanchâtre, au lieu du tube béant central, une masse de tissu proéminent dans le champ de vision qui se différencie nettement par sa couleur rouge foncé, par sa surface irrégulière ulcérée et tomenteuse, des autres parties de la muqueuse. »

Enfin, la biopsie sous endoscopie est de première importance. On peut trouver, derrière une stricture urétrale, des polypes qui peuvent en imposer pour une tumeur maligne; leur propagation se fait dans l'urètre lui-même et non dans les tissus voisins; leur consistance, même en dehors de l'examen histologique, permet de les différencier du cancer.

L'absence de tout antécédent pathologique urétral, inflammatoire ou traumatique chez certains malades, et la constatation d'un rétrécissement urétral en un point souvent anormal ou tout au moins inhabituel, peuvent mettre sur la voie du diagnostic vrai. L'induration péri-urétrale, les fistules n'ont pas de valeur absolue, nous voyons tous les jours des malades porteurs d'abcès péri-urétraux, présenter des infiltrations péniennes ou périnéales énormes, d'une dureté véritablement pierreuse, s'accompagnant de l'existence d'une ou plusieurs fistules. L'examen microscopique de l'écoulement purulent prend une grande valeur et l'urétrorragie spontanée ou provoquée par le cathétérisme devient significative lorsqu'elle est très abondante et hors de proportion avec le traumatisme léger causé par la boule. Les douleurs à la miction ou spontanées, absentes dans les lésions inflammatoires, habituelles et très vives dans le cancer, ont une grande importance. L'existence d'une infiltration ganglionnaire inguinale aidera au diagnostic, mais il est alors trop tardif, aussi on ne saurait trop insister avec Albarran sur l'importance d'une urétroscopie précoce avec biopsie pour tous les cas douteux, de façon à établir un diagnostic précoce et un traitement rationnel.

Rappelons enfin la grande valeur qu'attribuent

Albarran et Wassermann, à la liberté qu'éprouve la boule exploratrice, lorsque, ayant franchi la stricture urétrale, elle tombe dans la cavité rétro-stricturale.

Le cancer primitif des glandes de Cooper est à séparer du cancer primitif urétral. Wassermann en a donné la symptomatologie qui peut se résumer ainsi : tumeur circonscrite, située en dehors de l'urètre et indépendante de la prostate.

La tuberculose de l'urètre peut, dans certains cas, en imposer pour un néoplasme comme dans les cas observés par Lecène et Prat chez l'homme, où existaient l'induration péri-urétrale et les fistules, par Legueu et Duval chez la femme, où il s'agissait d'ulcérations développées sur d'anciennes tumeurs bénignes. C'est alors à l'examen histo-bactériologique que l'on demandera la solution du problème.

Le carcinome de la prostate envahit rarement l'urètre, en raison de l'absence de communications lymphatiques entre la prostate et l'urètre; lorsque la partie prostatique de l'urètre est atteinte, c'est par propagation d'un néoplasme de l'urètre membraneux.

Quant au diagnostic de l'origine primitive urétrale du néoplasme, il est également difficile et, en dehors de l'examen microscopique, c'est surtout le début de l'affection et sa marche qui permettront de le faire.

Chez la femme, lorsque la tumeur est vulvo-urétrale, le diagnostic doit être fait avec les différentes tumeurs bénignes de l'orifice urétral, en particulier avec les polypes vasculaires, folliculaires, les papillomes.

Ces tumeurs siègent habituellement sur la demi-circonférence inférieure du méat urinaire; elles sont molles, saignantes, multiples, récidivent au même point après ablation, avec les mêmes caractères. Mais c'est à l'examen histologique que l'on devra surtout demander un diagnostic précis, car dans quelques cas (Albarran, Riberi, Lwow) des tumeurs malignes se sont développées sur des tumeurs bénignes existant depuis de nombreuses années.

Le chancre syphilitique a des caractères assez spéciaux et une adénopathie satellitte assez caractéristique pour qu'il n'y ait pas d'erreur possible; le chancre simple s'accompagne fréquemment d'adénite suppurée et ne présente pas d'induration.

Fournier insiste sur la difficulté du diagnostic différentiel chez la femme, du chancre syphilitique du méat et du cancer primitif de l'urètre. « Lorsque le chancre siège exactement sur le méat, en se prolongeant ou non dans l'urètre, l'orifice du canal se présente boursouflé, déformé, béant, rouge, saignant à la pression et offrant au toucher une induration circonscrite des plus accentuées. Il faut vraiment avoir vu plusieurs spécimens du genre pour ne pas se laisser donner le change et ne pas être tenté de rapporter une telle lésion à une production maligne, à un épithélioma. »

Les lésions syphilitiques tertiaires ulcéro-gommeuses peuvent prêter à confusion. Mac-Murtry insiste sur la difficulté de ce diagnostic et Serph rapporte que dans un cas elles induisirent Bardenheuer en erreur en lui faisant méconnaître un cancer du méat. Leur situation péri-urétrale, les commémoratifs, l'absence d'hémorragies, l'examen microscopique et surtout la guérison sous l'influence du traitement mixte, permettront de préciser le diagnostic.

Les ulcérations tuberculeuses ont des bords violacés, décollés, un fond irrégulier et sanieux; l'esthiomène de la vulve est une ulcération torpide entourée de végétations mamelonnées, la base en est empâtée et non indurée.

Les abcès ou les diverses tumeurs du septum urétral peuvent prêter à confusion avec un épithélioma de l'urètre faisant relief dans cette région; leur diagnostic est cependant ordinairement assez facile. Ils font en effet un relief assez accusé soit dans la cavité vaginale, soit à la vulve au-dessous du méat qui n'est pas intéressé et dont la muqueuse reste normale.

En résumé, avec Mac-Murtry nous dirons que, pour éviter les erreurs, il faut examiner soigneusement tous les cas de miction douloureuse.

VII

Pronostic. — Abandonné à lui-même, l'épithélioma de l'urètre continue à évoluer et mène fatalement à la mort dans un délai assez bref, qui varie entre six à douze mois, en moyenne. C'est habituellement, tout au moins chez l'homme, l'infection urineuse ou l'infiltration d'urine qui emportent le malade et, s'il échappe à ce danger, la mort survient par cachexie, par généralisation cancéreuse, par métastase, surtout pulmonaire. La phlébite uni ou bilatérale des membres inférieurs est une complication fréquente au cours de l'épithélioma de l'urètre.

Chez la femme, le pronostic est tout aussi sombre, bien que l'évolution de l'affection soit peut-être un peu plus lente, de quelques mois à deux ans, en moyenne.

L'intervention chirurgicale améliore ce pronostic, mais il reste alors subordonné à l'extension du néoplasme au moment de l'intervention, à l'âge, à l'état général du sujet et à l'infection ganglionnaire.

La récidive est fréquente après l'intervention, et les survies de trois ans, qu'on ne saurait considérer comme des guérisons, témoin le malade de Ruprecht et Oberländer qui récidiva au bout de quatre ans de guérison apparente, sont des plus rares.

VIII

Traitement. — Le traitement est essentiellement subordonné, chez l'homme, au siège du néoplasme. Dans un néoplasme limité à l'urètre pénien, l'amputation du pénis est l'opération de choix. La technique de l'intervention est simple, bien réglée; l'urètre, divisé en deux lèvres, est suturé à la peau pré-pubienne; les résultats de cette intervention sont habituellement bons.

Mais, le plus souvent, le malade se présentera avec des fistules urinaires périnéales et scrotales, les corps caverneux, les tissus du périnée et du scrotum seront indurés, envahis par le néoplasme qui a dépassé largement les limites de la muqueuse urétrale; l'opération indiquée est alors l'émasculation totale, c'est-à-dire l'ablation en bloc des bourses et de la verge, après ligature et section des cordons spermatiques, la dissection des racines des corps caverneux et du bulbe et l'abouchement de l'urètre au périnée (Albarran, Gayet, etc.). Si les ganglions inguinaux sont envahis, l'évidement des deux aines est indispensable; même dans les cas où ils semblent sains, Lavenant conseille, avec raison, leur ablation, car, microscopiquement, ils peuvent déjà avoir subi une infiltration néoplasique.

Bazy pratiqua l'émasculation totale chez son

malade, et dix mois après l'opération il n'y avait pas de récidive ; celui d'Albarran présenta une récidive au bout de neuf mois.

Enfin, lorsque le néoplasme a envahi l'urètre membraneux, son ablation est impossible; le seul traitement palliatif applicable consiste dans la création d'un méat hypogastrique permanent qui, dérivant les urines, supprime les douleurs violentes qu'amène la miction, évite l'infection urinaire et permet de prolonger la vie des malades. Dans tous les cas, même lorsque le traitement palliatif est seul possible, il est indispensable, dans un premier temps, d'inciser au thermocautère tous les abcès, les clapiers purulents, pour combattre l'infection urinaire; dans un deuxième temps, on interviendra directement, s'il y a lieu, sur le néoplasme.

L'intervention chez la femme variera aussi suivant l'extension du néoplasme.

Au premier stade de la division de Melchiori et Winckel, lorsque la tumeur n'a envahi que tout au plus un centimètre de l'urètre, le procédé de Melchiori et Riberi, c'est-à-dire l'ablation de la portion de l'urètre infiltrée par le néoplasme est relativement facile. Une incision semi-circulaire circonscrit la face supérieure de l'urètre, dans lequel une sonde a été préalablement introduite, l'urètre est décollé et sectionné en tissu sain. Péan, Winckel, Frankenthal ajoutèrent à cette section la suture de la muqueuse urétrale du reste de l'urètre décollé et attiré en avant, à la muqueuse vestibulaire, et ce procédé est, à l'heure actuelle, couramment employé.

Au deuxième stade, lorsque l'urètre est envahi presque jusqu'au col vésical, l'extirpation complète est quelquefois possible, et quelques auteurs, comme Reichel, Duret, ont même pu, profitant de la grande laxité du tissu cellulaire péri-urétral, suturer la muqueuse de l'urètre à celle du vestibule.

Legueu et Duval (*Ann. org. g.-u.*, 1903) ont décrit un procédé d'ablation de l'urètre antérieur applicable aux cas où l'amputation ne doit pas dépasser un centimètre et demi environ de longueur du canal; cette amputation se complète par une urétrostomie vaginale.

Dans de nombreux cas, le sacrifice du col vésical et du sphincter doit être fait. Urètre, sphincter et col sont alors enlevés, la vessie fermée dans sa partie inférieure, au niveau de la portion réséquée, et un méat sus-pubien permanent est alors pratiqué. C'est la conduite qu'ont suivie Percy, Battle, Dunn, etc.

Enfin, dans le cas où l'envahissement de la paroi vésicale et des tissus périvésicaux est trop considérable, l'ultime ressource palliative reste le méat sus-pubien définitif.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. Epithélioma primitif de l'urètre, *Assoc. franç. de chir.*, 1894.

Albert. *Lehrbuch der Chir. und Operations*, 1895.

Anzilloti. Cancer primitif de l'urètre mâle, *Clin. chir.*, Milan 1904.

Auvray. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Soc. anat.*, Paris 1904.

Barney. Cancer de l'urètre mâle, deux cas, *Boston med. and surg. Journ.*, 1907, vol. LVII.

Battle. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Lancet*, 1895; — Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Lancet*, 1901.

Bazy et Chevereau. Un cas d'épithélioma primitif de l'urètre, *Gaz. des hôpit.*, 1895.

Beck. A case of primary squamous carcinoma of the bulbous portion of the uretra, *Intern. clin.*, 1893, 2e série, vol. II.

Binaud et Chavannaz. Sur une forme singulière de cancer de l'urètre, *Assoc. franç. d'urol.*, Paris 1897.

Bobbio. Sopra un caso di epitelioma dell'uretra maschile, *Il Policlin.*, 1903.

Bonzani. Cancer primitif de l'urètre, *Folia urol.*, janv. 1909.

Bosse. *Ueber das primäre Karzinom der Uretra*, Inaug. diss., Göttingen 1897.

Boursier. Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1908.

Bröse. Cancer de l'urètre, *Zeit. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1904.

Brothers. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *The Amer. Journ. of obst.*, 1902.

Buday. Beiträge zur Kentniss der Penisgeschwülste, *Langenbecks Arch.*, Bd. XLIX.

Burckhardt. Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der Harnröhre, *Handb. f. Urol.*, Wien 1906.

Cabot. Case of cancer of the uretra, *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. VII.

Carcy. *De l'épithélioma primitif de l'urètre prémembraneux*, Th. de Paris, 1895.

Chevereau. Un cas d'épithélioma primitif de l'urètre, *Gaz. des hôpit.*, 1895.

Colmers. Ueber Sarkome und Endotheliome der Penis, *Beitr. z. pathol. Anat. und allegem. Pathol.*, 1903, Bd. XXXIV.

Conforti. Sul cancro primario del uretra maschile, *Clin. chir.*, 1908.

Delbanco. Primäre uretral Karzinom Sitzumgsbericht, d. 74, *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte*, 1902.

Devèze. Cancer primitif de l'urètre, *Montpellier méd.*, 1905.

Dietzer. *Ueber Karzinom der weiblichler Uretra*, Inaug. diss., Berlin 1893.

Dunn. Cancer de l'urètre chez la femme traité par cystostomie sus-pubienne. Excision de l'urètre et vessie. Clôture de la vessie conservée, *Ann. surg.*, Philadelphie 1894.

Durante. Epithélioma de la verge généralisé, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1903.

Ehrendorfer. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Arch. f. Gyn.*, 1904, t. LXVIII, p. 489.

English. Das Penis Karzinom, *Wiener klin. Woch.*, 1902-1903; — L'épithélioma primitif de l'urètre, *Folia urol.*, 1907.

Füller. A case of cancer of the uretra, *Journ. of cut. and genit. ur. Diseases*, 1895.

Gayet. Cancer de l'urètre, *Lyon méd.*, 1901.

Goldberg. Un cas de cancer de l'urètre, *Centralbl. f. Gyn.*, 1896.

Goldschmidt. *Zur Casuistika der Tumoren der weiblichen Harnröhre*, Inaug. diss., Berlin 1893.

Griffiths. Epithelioma of the male uretra, *Trans. path. Soc.*, London 1887-1888-1889, t. XL.

Grünfeld. Endoskopie der Harnröhre und der Blase, *Deuts. Chir. von Bilbroth und Lucke*, Liefg 51.

Guyon et Guiard. Transformation en épithélioma à marche rapide des trajets fistuleux, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1883.

Basil Hall. Cancer primitif de l'urètre, *Ann. of surg.*, 1904.

Hallé. Leucoplasies et cancroïdes de l'appendice urinaire, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1896.

Hartmann. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Ann. gyn.*, 1896.

Harris. Deux cas de cancer primitif de l'urètre, *Amer. gyn.*, 1903.

Hottinger. Ueber das primäre Karzinom der Harnröhre, *Korrespondenz bl. f. Schweizer Aerzte*, 1897; — Ueber einem Fall von primärer uretral Karzinom, *Centralbl. f. der Krankh. der Harn. und sexual Organe*, Bd. XI.

Hutchinson. Epithelioma cancer of the muc. memb. of the uretra, *Trans. path. Soc.*, London 1861-1862.

Kapsammer. Lymphosarcome bulbi uretræ, *Wiener klin. Woch.*, 1903.

Yasuso Karaki. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, 1907, c. XI.

König. Kankroid. d. bulb. und Pars nuda uretra, *Monats. f. Urol.*, t. VI.

Kynoch. Cancer primitif de l'urètre, *Lancet*, 1901.

Lahaye. *De l'épithélioma de l'urètre chez la femme*, Th. de Paris, 1888.

Lavenant. Epithélioma primitif de l'urètre, *Soc. anat.*, Paris

1904, in Hartmann. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 2e série, 1904.
LECÈNE. Epithélioma de l'urètre balanique propagé au gland, *Soc. anat.*, Paris 1905; — Tuberculose de l'urètre simulant un néoplasme, in *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 2e série, 1904.
LEFÈVRE. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Soc. anat.*, Bordeaux 1906.
LEGUEU et DUVAL. Ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrostomie vaginale, *Ann. des org. gén.-ur.*, 1903.
LEJARS. Les abcès sous-urétraux chez la femme, *Sem. méd.*, 1908.
LIPMANN-WULF. Ueber Harnröhrenfistel und Krebs, *Berl. klin. Woch.*, 1903.
LYDSTON. Néoplasme de l'urètre, *Amer. Journ. of surg.*, New-York 1905.
MALAUSSÈRE. *Epithélioma primitif de l'urètre*, Th. de Toulouse, 1904.
MARTIN. Cancer de l'urètre, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1873.
MATHEWS. Néoplasme de l'urètre chez la femme, *Chicago med. Times*, 1900.
MENOCAL. Epithélioma primitif de l'urètre, émasculation, guérison, *Revue de méd. et de chir. de la Havane*, 1908.
MILLER. Cancer primitif de l'urètre, *Amer. Journ. gyn.*, 1901.
MAC-MURTRY. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Ann. of surg.*, 1908.
NADAL. Epithélioma du tiers inférieur de l'urètre chez la femme, *Journ. méd. de Bordeaux*, 1909.
NAMBA. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Deuts. med. Woch.*, 1904.
OBERLÄNDER. Beit. z. Lehre v. prim. Carc. urethral, *Centralbl. f. der Krankh. der Harn und sexual Organe*, Bd. IV et XI; — Carcinome primitif de l'urètre, *Centralbl. f. der Krankh. der Harn und sexual Organe*, 1900.
ONIZU. *Un cas de cancer de l'urètre*, Tokio 1905.
OLLIVIER et CLUNET. Epithélioma primitif de l'urètre d'origine glandulaire, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, déc. 1907.
ORTHMANN. Un cas de cancer péri-urétral, *Centralbl. f. Gyn.*, 1901.
PARASCANDOLO. Cancer primitif de l'urètre, *Arch. int. di med. e chir.*, Napoli 1898.
PERCY. Cancer primitif de l'urètre, *Ann. gyn.*, 1903.
PETERSEN. Cancer de l'urètre chez la femme, *Ann. gyn.*, fév. 1903.
PONCET. Cancer profond de la verge, *Gaz. hebd.*, 1881.
POSNER. Der Urogenitalkrebs in seiner Bedentung für das Krebsproblem, *Zeits. f. Krebs.*, 1903.
PREISWERK. Cancer de l'urètre chez l'homme, *Zeits. f. Urol.*, 1907.
REMETE. Cancer primitif de l'urètre, *Urologia*, Budapesth 1907.
RUPRECHT. Die Heilbarkeit des frühzeitig erkannter Harnöhrenkrebses bei Mann, *Centralbl. f. Chir.*, 1894; — *Id.*, 1900.
SAND. *Cancer primitif de l'urètre*, Inaug. diss., Kiel 1895.
SANDELIN. Un cas de cancer primitif de l'urètre, *Finska-Lakar Hand.*, Bd. LX.
SHATTOCK. Cancer primitif de l'urètre, *Lancet*, 1906.
SCHRAMM. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Arch. f. Gyn.*, 1899; — Zur Casuistik der primaren Harnröhren, *Karzinom des Weibes*, id. s. 522, ff.
SCHULTLER. Ueber einem Fall von epithelial Karzinom, *Wiener klin. Woch.*, 1881.
SERPH. *Le cancer primitif urétral chez la femme*, Th. de Bordeaux, 1901.
SOUBEYRAN. Epithélioma primitif de la portion pénienne de l'urètre, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1908; — *Gaz. des hôpit.*, 1903.
SOULLIER. *Cancer primitif du méat de l'urètre chez la femme*, Th. de Paris, 1889.
THIAUDIÈRE. *Bull. gén. de thérap.*, 1834.
THIERSCH. *D. Epithelioma namentl. d. Haunt*, 1865.
TRZEBICKI. Ein Fall von primäre Krebs der männlichen Harnröhre, *Wiener klin. Woch.*, 1884.
Hiram VINEBERG. Cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Ann. of surg.*, 1902.
M. WASSERMANN. *Epithélioma primitif de l'urètre*, Th. de Paris, 1895.
WICHMANN. Un cas de cancer isolé de l'urètre, *Beit. z. klin. Chir.*, 1901.
WIESINGER. Création d'une fistule de Witzel dans la vessie, cancer primitif de l'urètre chez la femme, *Centralbl. f. Chir.*, 1894.
WITZENHAUSEN. Das primäre Karzinom der Uretra, *Beit. z. klin. Chir.*, VII.
ZEITLER. *Cancer primitif de l'urètre chez la femme*, Inaug. diss., Würzbourg 1900.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1910)

Essai d'immunisation des animaux contre l'urohypotensine ; action antitoxique du sérum des animaux immunisés. — MM. J.-E. ABELOUS et F. BARDIER. On peut, par des injections répétées d'urohypotensine, immuniser les animaux.

Le sérum des animaux immunisés mélangé in vitro à l'urohypotensine possède une action antitoxique manifeste.

On se rendra compte de l'intérêt de ces premiers résultats si l'on songe que les troubles de l'urémie paraissent devoir être attribués pour la grande part à l'action de l'urohypotensine.

Action abiotique des rayons ultraviolets d'origine chimique (sulfure de carbone brûlant dans l'oxyde azotique). — MM. E. TASSILLY et R. CAMBIER.

Des modes d'extraction de la sécrétine. Un nouvel excitant de la sécrétion pancréatique. — M. E. GLEY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1910)

Rôle du médecin dans les établissements pénitentiaires (discussion). — M. CHERPITEL ne croit guère à la possibilité de la moralisation individuelle des détenus, car la plupart d'entre eux sont des tarés et des incurables.

L'alcoolisme, en particulier, joue un rôle important dans la criminalité militaire.

L'auteur a recherché systématiquement, parmi les détenus de la prison du Cherche-Midi, ceux qui présentaient des signes d'alcoolisme, héréditaire ou acquis. Or, sur 437 condamnés ou délinquants, il a trouvé une proportion de 15 p. 100 d'alcooliques invétérés et de 12 p. 100 ayant des antécédents héréditaires non douteux. Sur 186 insoumis ou condamnés de droit commun, 6 p. 100 étaient alcooliques et 12 p. 100 des héréditaires.

C'est pourquoi il n'a pas beaucoup confiance dans le relèvement moral de ces hommes, précisément parce que ce sont des débiles de volonté et que, d'autre part, si leurs habitudes néfastes ont contribué à en faire des indisciplinés, des délinquants, elles ne sont que l'expression d'un état mental expliquant la criminalité.

Aussi, plutôt que de tenter une thérapeutique moralisatrice dont les résultats seront douteux, vaudrait-il mieux faire de la prophylaxie : dépister ces tarés, les éloigner du rang en raison de leur déséquilibration morale. Avant tout, il serait indispensable de lutter vigoureusement, plus que jamais, contre les progrès croissants de l'alcoolisme, fléau social.

Traitement des luxations récidivantes de l'épaule (discussion). — M. L. Picqué. Dans un travail antérieur, M. Dejouany avait cru pouvoir conclure que le traitement de choix des luxations récidivantes de l'épaule était la capsulorraphie de Ricard. M. Picqué s'élève contre ces conclusions. Il expose que, dans sept cas observés par lui, les lésions chondro-osseuses étaient telles que la résection de la tête humérale lui a paru être le seul traitement applicable. Les résultats fonctionnels, surtout chez ses derniers opérés, furent si excellents qu'ils l'engagent à adopter, d'une façon définitive, la résection de la tête humérale comme le traitement de choix des luxations récidivantes de l'épaule.

M. Sieur a vu des faits analogues à ceux que vient de relater M. Picqué; il appuie ses conclusions.

M. Dejouany croit néanmoins que, si la résection humérale s'impose dans les cas où les lésions chondro-osseuses sont prédominantes, des faits non douteux prouvent que, très souvent, les altérations capsulaires paraissent les seules lésions anatomiques existantes et qu'elles indiquent l'opération de Ricard comme traitement de choix.

Un cas d'anesthésie générale à la cocaïne. — M. Lapasset relate un fait particulièrement intéressant. Chez un soldat qu'il opérait de varicocèle et à qui il avait injecté 4 centimètres cubes de solution de cocaïne à 1 p. 100 (2 centimètres cubes sous la peau, 2 centimètres cubes plus profondément), il a observé une anesthésie générale. Le malade s'endormit et le sommeil dura quarante-cinq minutes, malgré absorption de café. Il ne fut constaté aucun trouble nerveux, ni pâleur de la face, ni sueurs. Rien d'anormal ne fut observé après le réveil.

M. Lapasset croit qu'il a dû injecter la cocaïne dans une veine et qu'il a déterminé, de la sorte, une anesthésie générale.

MM. Moty, Sacquépée et Sabatier ne croient pas qu'il s'agisse d'une anesthésie générale due à la cocaïne mais d'un sommeil naturel, dû à un ébranlement du système nerveux provoqué, soit par suggestion, soit par la frayeur.

LIVRES NOUVEAUX

Montaigne pamphlétaire. L'énigme du « Contr'un » (1), par le docteur J. Armaingaud.

Le livre que je me permets de présenter ici n'a rien de médical en lui-même, mais comme il a été écrit par un médecin, il me semble qu'on est en droit d'en parler dans ces colonnes.

Le docteur Armaingaud, qui d'autre part s'occupe avec ardeur de la lutte antituberculeuse, a une passion qui domine sa vie, et l'objet, digne s'il en fût, de cette passion, n'est autre que Michel Montaigne. Rien de ce qui touche l'illustre auteur des « Essais » n'est étranger à M. Armaingaud, et voici qu'il veut mettre à l'actif de son philosophe favori ce « Discours sur la servitude volontaire » encore appelé le « Contr'un », attribué jusqu'ici sans conteste à La Boétie.

Il ne m'appartient pas de prendre ici parti pour ou contre la thèse de M. Armaingaud, mais il faut reconnaître qu'il la défend avec une force qui lui a valu des adhésions, et non des moindres, dans le monde des historiens. Naturellement il a eu aussi des contradicteurs passionnés, et depuis 1906, époque où notre éminent confrère a exposé sa conviction pour la première fois, la question a fait couler des flots d'encre et a soulevé des discussions ardentes.

Toutes les pièces du procès sont contenues dans le volume qui vient de paraître, et l'on ne peut que rendre hommage, en même temps qu'à son érudition, à la probité avec laquelle M. Armaingaud expose, pour les rétorquer d'ailleurs, les arguments de ses adversaires.

(1) 1 vol. de 341 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette.

Montaigne tient une trop grande place dans la pensée française, et il y a trop de nos confrères qui s'intéressent aux études historiques, pour que le *Montaigne pamphlétaire* de M. Armaingaud ne rencontre pas le plus vif succès auprès du monde médical. Je l'ai lu, pour ma part, avec un intérêt extrême, et je suis certain que beaucoup de confrères me sauront gré de leur avoir signalé cet ouvrage, empreint d'une conviction profonde, et qui soulève un problème dont la solution par l'affirmative transformerait, en la grandissant encore, une des plus belles figures qui honorent notre pays.

A. Gaullieur l'Hardy.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Pédiâtrie pratique. — (N° 18, 25 juin 1910.) Kirmisson : Les varices congénitales. — Nobécourt et Tixier : Considérations cliniques et hématologiques sur quelques cas de purpuras. — J. Billet : Méningite aiguë chez un hérédo-syphilitique. Guérison. — (N° 19, 5 juillet.) Broca : A propos de trois cas de tuberculose du genou. — Cassoute : Œuvre des nourrissons de Marseille. Fonctionnement et résultats. — H. Dominici, H. Chéron et Barbarin : Guérison par le radium d'un hémo-lymphangiome profond des régions cervicale et sous-claviculaire gauches. — J. Comby : Accident grave de l'intradermo-réaction à la tuberculine. — (N° 20, 15 juillet.) Maurice Raynaud : Salies-de-Béarn, station d'enfants. — Broca : Les attitudes vicieuses dans la tumeur blanche du genou. — Barjon : Traitement radiothérapique des adénites suppurées, des ulcérations et des fistulisations d'origine ganglionnaire. — Seilikovitch : Abcès du poumon consécutif à une pneumonie septique par déglutition.

Semaine gynécologique. — (N° 25, 21 juin 1910.) P. Segond : De l'importance d'un diagnostic précis dans le traitement chirurgical des organes génitaux internes de la femme. — (N° 26, 28 juin.) Pichevin : Le cancer de l'utérus et l'hystérectomie vaginale élargie. — (N° 27, 5 juillet.) Pichevin : Radium et cancer; — A propos du pessaire. — (N° 28, 12 juillet.) Pichevin : Du diagnostic certain de la grossesse avant le cinquième mois. — (N° 29, 19 juillet.) Pichevin : De la lutte contre le cancer utérin.

Tribune médicale. — (N° 26, 25 juin 1910.) Legry et du Castel : Poliomyélite antérieure et pachyméningite chez une femme tuberculeuse. — Paul Savy et Victor Cordier : Syndrome de Brown-Séquard d'origine syphilitique (disparition des troubles sous l'influence du traitement). — (N° 27, 2 juillet.) A. Touraine et H. Fenestre : La péritonite de la période éruptive de la scarlatine. — Ferrand et Charles Robert : Ictère congénital par malformation des voies biliaires. — (N° 28, 9 juillet.) Demanche et G. Détré : Recherche de la syphilis familiale par la réaction de fixation du complément. — Barjon : Traitement radiothérapique des adénites suppurées, des ulcérations et des fistulisations d'origine ganglionnaire. — (N° 29, 16 juillet.) Jean Clunet : Action destructive des rayons X sur les sarcomes.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 90. — MARDI 9 AOUT 1910. 83e ANNÉE. MARDI 9 AOUT 1910. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 10 octobre 1910, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination à quinze places d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

LE COMITÉ DE VIGILANCE DES PRATICIENS émet le vœu :

1° Que les médecins désignés par l'Union des syndicats médicaux de France ou des groupements désignés par elle, fassent partie de toutes commissions permanentes dans lesquelles des questions d'ordre médical sont débattues.

2° Que dans toutes les commissions créées par les pouvoirs publics, ceux-ci s'adressent uniquement à l'Union des syndicats médicaux de France, qui sera chargée d'organiser la représentation du corps médical dans celles-ci.

UNE COOPÉRATIVE MÉDICALE. — Notre nouveau confrère, le *Médecin-Pharmacien*, vient de prendre l'initiative de l'organisation d'une coopérative pour l'achat en commun, par les médecins-pharmaciens, de tous les objets de consommation. Ecrire, pour renseignements et adhésions, à M. le docteur Boyer, à Castelsagrat (Tarn-et-Garonne), ou au *Médecin-Pharmacien*, 35, boulevard Bourdon, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Catrin (de Valenciennes).

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Cours de vacances. — L'école d'enseignement médical organise, du 26 septembre au 8 octobre, des cours de vacances essentiellement pratiques, à l'usage des médecins praticiens et des étudiants, avec examens cliniques de malades, applications thérapeutiques et démonstrations de méthodes opératoires. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments et à la pratique des opérations courantes.

Ces cours de vacances comprennent les principales spécialités suivantes :

MM. les docteurs d'Ayrenx : Ophtalmologie; — Cauzard et Faseuille : Oto-rhino-laryngologie; — Pierra : Pratique obstétricale; — Le Fur : Maladies des voies urinaires; — Mayet : Chirurgie infantile et orthopédie; — Lenglet : Dermatologie et syphilis; — Laquerrière : Electrothérapie; — Fleig : Radiologie.

Droit d'inscription : 20 francs pour chaque cours qui comprend de huit à dix leçons. On peut s'inscrire, 18, rue du Luxembourg, tous les jours de deux à six heures, ou par correspondance près du docteur Le Fur (103, rue La Boétie, Paris VIIIe), qui donnera tous les renseignements nécessaires.

Envoi du programme détaillé sur demande.

L'ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL organise, du lundi 19 septembre au lundi 1er octobre 1910, une série de cours et de démonstrations à l'usage des praticiens.

Liste des cours. — I. *A l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente.* — Onze heures. Chirurgie dentaire, M. Roy; — Cinq heures. Accouchements, M. Dubrisay.

II. *Dans différents hôpitaux.* — Huit heures. Chirurgie pratique, MM. Cazin et Dupuy de Frenelle (dispensaire Heine-Fould, 39, rue de la Glacière); — Huit heures. Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, M. Leredde (établissement dermatologique, 31, rue La Boétie); — Quatre heures, M. Sabatié (Clinique, 76, quai des Orfèvres); — Neuf heures et demie. Gynécologie, M. d'Herbécourt (Clinique, 31, rue Ballu); — Neuf heures et demie. Auscultation (poumons et cœur), M. Audistère (Hôtel-Dieu); — Onze heures. Maladies des voies urinaires, MM. Pasteau (Necker) et Lavenant (Clinique, 76, quai des Orfèvres); — Deux heures et demie et neuf heures du soir. Electrothérapie, radiothérapie, etc., M. Delherm (Pitié et Clinique Apostoli-Laquerrière); — Quatre heures. Orthopédie et chirurgie infantile, MM. Paul Barbarin (Clinique, 76, quai des Orfèvres) et Judet (Clinique orthopédique, 33, rue de Grenelle); — Cinq heures. Ophtalmologie, M. de Font-Réaulx (Clinique, 31, rue Ballu); — Cinq heures. Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la rate, M. Agasse-Lafont (Saint-Antoine); — Cinq heures. Oto-rhino-laryngologie, M. Caboche (Clinique, 31, rue Ballu); — Six heures. Oto-rhino-laryngologie, M. Menier (Clinique, 76, quai des Orfèvres).

Les élèves peuvent s'inscrire :

1° Par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes);

2° Le lundi 19 septembre, de onze heures à midi, aux So-

ciétés savantes où seront distribuées les cartes d'admission aux cours.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de neuf à douze leçons.

Les cours qui ont deux titulaires sont faits en général par l'un d'eux seulement.

Tous les cours commenceront le lundi 19 septembre aux heures indiquées et seront terminés le samedi 1er octobre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — HUITIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (avec projections). — Le vendredi 19 août, à trois heures et demie, au palais des fêtes, M. le docteur Jouaust, secrétaire des voyages d'études médicales aux stations thermales et climatiques de France, fera une conférence sur « le traitement hydrominéral des affections gastro-intestinales ».

RENSEIGNEMENTS

EXTERNE cherche remplacement prolongé dans service ou consultation de médecine; peut permuter.

S'adresser au journal E. T.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

L'Encéphale. — (N° 4, avril 1910.) OBREGIA et PITULESCU : L'histologie du sympathique solaire dans différentes maladies mentales. — SÉRIEUX et CAPGRAS : Les interprétateurs filiaux. — J. LÉPINE et TATY : Tuberculose, démence catatonique, méningo-encéphalite. — CHAVIGNY : Un quérulent dans le milieu militaire, précocité et fréquence de ses réactions. — NADAL : Intoxication complexe. Syndrome de paralysie générale évoluant vers la guérison. — (N° 5, mai.) MARINESCO et GOLDSTEIN : Sur l'architectonie de l'écorce temporale et son rapport avec l'audition. — PADOA : Les séquelles éloignées des méningites. — RÉMOND et CHEVALIER-LAVAUR : Note sur un abcès chronique de la substance blanche. — B. KLARFELD : Sur la méningite tuberculeuse spinale au cours du mal de Pott. — Ettore LÉVI : Essai sur la pathogénie des syndromes hypophysaires en général et de l'acromégalie en particulier. — (N° 6, juin.) Gustave MARTIN et RINGENBACH : Troubles psychiques dans la maladie du sommeil. — HALBERSTADT : Stéréotypies dans un cas de stupeur maniaque. — BELLETRUD et MERCIER : Un cas de mythomanie, escroquerie et simulation chez un épileptique. — BOUCHAUD : Tumeurs sanguines et tumeurs séro-albumineuses du pavillon de l'oreille chez les aliénés. — LÉVY-VALENSI : Spiritisme et folie.

Medizinische Blætter. — (N° 18, 30 avril 1910.) KUKULA : Sur une nouvelle méthode de réunion des os au moyen de prothèses résorbables. — (N° 19, 7 mai.) SVOBODA : La surdimutité. — (N° 20, 14 mai.) MÜLLER : Traitement actif du placenta prævia au moyen de dilatateurs métalliques à plusieurs branches. — (N° 21, 21 mai 1910.) LANG : Le traitement du lupus vulgaire en rapport avec la pathogénie.

Presse médicale. — (N° 51, 25 juin 1910.) Heitz BOYER : Cathétérisme urétéral et division intravésicale des urines. — A. ZIMMERN et Paul COTTENOT : Les bases physiologiques de l'électricité médicale. La sclérolyse électrique. — Jacques SILHOL : Les points douloureux de l'abdomen dans l'appendicite chronique. — A. MARINA : Le ganglion ciliaire comme centre périphérique de la réaction pupillaire à la lumière et le phénomène d'Argyll-Robertson. — E. LEUGLET : Les teignes d'après le livre de Sabouraud. — (N° 52, 29 juin.) E. VILLARD et L. TAVERNIER : La transplantation du rein. — (N° 53, 2 juillet.) HUTINEL : Sérothérapie et anaphylaxie dans la méningite cérébro-spinale. — GAUDIER : Un nouvel anesthésique local. Le chlorhydrate double de quinine et d'urée. — Ch. GARIN et Ch. LAURENT : 200 cas de réaction de Wassermann. — G. SCHREIBER : Hygiène sociale. Les œuvres de protection de la mère et des enfants du premier âge dans le département de la Seine. — G. LEVEN et G. BARRET : Contractures et spasmes gastriques essentiels. La chorée de l'estomac. — (N° 54, 6 juillet.) E. PARMENTIER et J. FOUCAUD : La névralgie dite primitive du rectum. — (N° 55, 9 juillet.) Abel DESJARDINS : Technique chirurgicale, résection du rectum par la voie abdomino-anale avec conservation du sphincter continent. — DE BEURMANN et Louis RAMOND : Sporotrichose humaine d'inoculation. — René CRUCHET et LAUTIER : Pleurésies et hydrothorax cardiaques. — ZIMMERN et COTTENOT : Les bases physiologiques de l'électricité médicale. L'électrothérapie dans ses rapports avec la rééducation et la psychothérapie. — GOURDON : L'exploration « tri-digitale » de l'extrémité supérieure du fémur. Son importance pour le diagnostic et le pronostic de la luxation congénitale de la hanche. — MEUNIER : De la mesure du volume total du contenu gastrique et de l'étude de la sécrétion moyenne de l'estomac. — (N° 56, 13 juillet.) ROGER : Les pleurésies syphilitiques. — L. CAMUS : De l'anesthésie générale de courte durée prolongée. Nouveau dispositif instrumental. — (N° 57, 16 juillet.) E. WEILL et MOURIQUAND : Radiologie clinique. Le triangle primitif d'hépatisation pneumonique. — GUDIN : Sur un nouveau procédé de cathétérisme urétéral. — (N° 58, 20 juillet.) TERSON : La cure chirurgicale du strabisme secondaire (déviation inverse post-opératoire). — (N° 59, 23 juillet.) ARTHUS : Etude sur la sérothérapie antivenimeuse. — BERTILLON : Les crues et inondations n'ont aucune influence sur la fréquence de la fièvre typhoïde. — DUCROQUET : Le pied creux équin. Etude fonctionnelle et thérapeutique. — JUDET : Appareil, extension continue pour le traitement des fractures de l'humérus (col chirurgical et diaphyse).

Province médicale. — (N° 24, 11 juin 1910.) JABOULAY : Anévrisme circonscrit de l'artère axillaire gauche d'origine traumatique, traité par l'incision du sac et la suture de la plaie artérielle. — CARRIEN et BOUSQUET : Le traitement du tabes par les injections sous-arachnoïdiennes d'électromercurol. — EUZIÈRE et PEZET : Paralysie générale et chorée. — (N° 25, 18 juin.) J. BRAULT : Note au sujet des fièvres de réinfection durant la période hivernale en Algérie. — LAGRIFFOUL et H. ROGER : Fièvre de Malte et troubles cardiaques. — L. THÉVENOT et Jean REBATTU : Cancer primitif du poumon à type pleurétique (épanchement séreux). De la forme pleurétique pure du cancer pleuro-pulmonaire. — (N° 26, 25 juin.) G. ROQUE et V. CORDIER : Tuberculose du myocarde. — C. FLEIG : Sutures vasculaires elliptiques avec ou sans lambeaux. Sutures stomatoïdes (22 fig.). — (N° 27, 2 juillet.) SPILLMANN et HANNS : Le syndrome abdominal du purpura rhumatoïde. — SAVY et GARDÈRE : Atrophie musculaire d'origine syphilitique. — J.-P. TOURNEUX : Observation d'un lupus vulgaire à développement colossal. — (N° 28, 9 juillet.) JABOULAY : Hanche bote ou coxa vara. — FUSTER : Appendicite et périnéphrite. — C. FLEIG : Transfusion directe du sang par anastomose d'un ou de plusieurs segments de vaisseaux hétérogènes. — (N° 29, 16 juillet.) MÉRIEL : Les cystocèles herniaires méconnues. — PELLIER : Sur un sycosis trichophytique de la moustache. — DUROUX et MALÈGUE : De l'hérédité cancéreuse. — (N° 30, 23 juillet.) TAPIE : Quelques détails de structure et d'organisation des kystes dermoïdes complexes ou tumeurs tératoïdes de l'ovaire. Combinaison d'un embryome et d'un cystome. — GIULIANI : Calculs du rein et de la vessie.

CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES

DEUX CAS D'HÉMIPLÉGIE CHEZ L'ENFANT

Par le docteur L. BAUMEL,
Professeur de clinique des maladies des enfants, Membre correspondant de l'Académie de médecine (1).

Messieurs,

Vous avez pu vous rendre compte, en suivant les cliniques médicales d'adultes, des difficultés considérables que présentent, au point de vue de l'étiologie comme à celui du diagnostic, les affections du système nerveux. Je voudrais, dans la leçon d'aujourd'hui, vous montrer que les difficultés ne sont pas moindres en clinique infantile et que là, comme chez l'adulte, une critique rigoureuse des éléments fournis par l'examen direct et par l'interrogatoire est absolument indispensable, afin de ne pas s'égarer dans la multiplicité des signes et d'établir entre eux cette hiérarchie qui permet de dégager nettement le diagnostic.

J'aurai l'occasion, dans une leçon prochaine sur l'hystérie et l'épilepsie chez l'enfant, de faire ressortir devant vous les difficultés auxquelles se heurte le praticien dans ce domaine des névroses si complexe et encore si mal délimité. Mais ce n'est pas seulement en présence des névroses que vous devrez faire appel à tout votre sens clinique et que le diagnostic vous paraîtra ne se dégager qu'avec peine; même lorsque des lésions apparentes et faciles à reconnaître sembleront devoir vous faciliter la tâche, vous trouverez parfois celle-ci très ardue. Je n'en veux pour exemple que les cas des deux garçonnets, couchés aux numéros 4 et 7 de la salle Pourché, dont je me propose de vous entretenir aujourd'hui.

Ce sont deux malades offrant une certaine analogie : car nous trouvons chez tous les deux de la paralysie à forme plutôt hémiplégique, mais les deux types cliniques sont fort différents, comme vous allez le voir.

L'un de ces petits garçons (salle Pourché, n° 7), actuellement âgé de deux ans et demi, a été pris il y a deux mois de convulsions survenues brusquement en pleine santé apparente. Le lendemain, il était complètement paralysé et ne pouvait faire aucun mouvement. La face était paralysée. Les sphincters étaient atteints.

Peu à peu, les mouvements sont revenus au membre supérieur gauche qui a recouvré rapidement l'intégrité de ses fonctions. Lorsque l'enfant est entré dans le service, une semaine après le début des accidents, il persistait au membre inférieur gauche un certain degré de parésie, surtout marquée pour les mouvements de la cuisse sur le bassin, mais tous les mouvements étaient possibles. La paralysie du côté gauche avait donc presque complètement disparu.

(1) Leçon clinique faite à l'Hôpital Suburbain de Montpellier le 15 juin 1910 et recueillie par Mlle Marthe Giraud, externe des hôpitaux.

Du côté droit, on notait une paralysie flasque du membre supérieur : les mouvements de la main étaient possibles, ceux de l'avant-bras très limités, au bras la paralysie était complète. Pour mettre sa main droite sur sa tête le petit malade la soulevait de sa main gauche. Le membre inférieur, moins atteint, nous présentait cependant de la paralysie flasque très nette, surtout marquée au niveau des muscles de la cuisse.

La face était légèrement déviée à gauche.

Les sphincters avaient repris leurs fonctions.

La sensibilité était normale.

En résumé, à la quadriplégie du début avait succédé très rapidement un type assez nettement hémiplégique, les lésions paraissant à peu près limitées au côté droit.

Depuis que nous suivons et traitons l'enfant, et malgré l'apparition d'une varicelle intercurrente, d'évolution d'ailleurs absolument normale, mais qui interrompit le traitement électrique pendant toute la durée de l'isolement de l'enfant dans un pavillon de contagieux, nous avons assisté à de nouvelles modifications : le membre supérieur droit a recouvré la plupart de ses fonctions, l'enfant s'en sert bien et mange seul. Aux membres inférieurs, il subsiste encore une parésie légère à gauche et une paralysie marquée à droite, prédominante au niveau des muscles de la cuisse. Il n'y a pas d'atrophie notable.

L'enfant n'a aucun antécédent pathologique personnel. Les antécédents héréditaires sont peu nets : on note du côté paternel un chancre mou avec bubon suppuré. La mère est bien portante; mariée deux fois, elle a eu une fausse couche de son premier mari. Elle n'a pas eu d'autres enfants.

A ce type de paralysie flasque, j'opposerai celui de notre deuxième malade, qui réalise le syndrome de l'hémiplégie spasmodique.

Plus âgé que le premier, puisqu'il a actuellement neuf ans, il a vu ses accidents déjà anciens débuter à peu près au même âge. Alors qu'il avait trente mois, il fut pris brusquement à l'école de paralysie du membre inférieur gauche. Trois ou quatre mois après, la paralysie frappait le membre supérieur du même côté. Elle n'a nullement rétrocédé depuis; il n'y a jamais eu ni fièvre, ni troubles de l'état général. La face n'a jamais été paralysée.

Nous notons actuellement de l'atrophie et du raccourcissement du membre inférieur gauche avec un peu de raideur, mais tous les mouvements sont possibles. Il y a quelques mouvements choréiques associés à des mouvements athétosiques nets. Au membre supérieur du même côté, il y a de l'atrophie, marquée surtout à l'avant-bras; la main, en griffe, présente des mouvements athétosiques, associés, comme au membre inférieur, à des mouvements choréiques du bras. Il existe une contracture marquée; l'avant-bras est en flexion, le bras appliqué sur le thorax, les doigts sont habituellement fléchis.

Du côté droit, aucune paralysie. Rien à la face. Aucun trouble de la sensibilité.

C'est en présence de ce tableau clinique que le diagnostic d'hémichorée et hémiathétose post-hémiplégiques a été porté.

Au point de vue des antécédents personnels, nous notons à trois ans et demi une tumeur blanche du coude droit, consécutive à une chute et qui a laissé une ankylose complète. Vers la même époque, l'enfant eut une fluxion de poitrine et nous trouvons encore à l'heure actuelle des frottements pleuraux au niveau des bases.

Les antécédents héréditaires paraissent un peu suspects au point de vue de la bacillose : si la mère est bien portante, le père aurait eu il y a plusieurs années une fluxion de poitrine grave et prolongée; il a eu dix-huit frères ou sœurs, mais ils ne sont plus que cinq vivants. Le petit malade a un frère de sept ans bien portant et a eu une sœur morte à un an de méningite.

Comme vous le voyez, ces deux cas se ressemblent peu. Le premier est un type de paralysie flasque rétrocédant peu à peu, mais régulièrement. Le type clinique, au premier abord, paraît se rapprocher de celui de la paralysie infantile. Cependant, j'attire votre attention sur deux faits importants : l'atteinte des sphincters et la rétrocession à peu près complète de la paralysie qui ne laisse que des reliquats insignifiants : au niveau des membres du côté gauche, la motilité est redevenue presque normale, elle tend de plus en plus à le devenir du côté droit; on ne note aucune atrophie appréciable. Ce n'est guère dans le cadre de la paralysie infantile qui frappe d'atrophie et d'impotence définitives les groupes musculaires auxquels elle reste localisée. C'est pourquoi j'incline, dans ce cas particulier, à penser à une lésion cérébrale, lésion bilatérale, de nature probablement infectieuse, qui a occupé primitivement presque toute l'étendue des deux zones rolandiques et qui régresse régulièrement et d'une façon à peu près complète. La poliomyélite antérieure qui frappe de ramollissement une région plus ou moins étendue de la moelle ne peut disparaître d'une façon aussi complète, puisqu'elle laisse après elle une destruction de la substance nerveuse sur laquelle nous sommes impuissants.

Il est une question qui se pose maintenant et que rien, dans les antécédents de notre petit malade, ne permet de résoudre d'une façon certaine : c'est celle de la cause de cette lésion cérébrale. Nous avons bien noté, il est vrai, quelques antécédents un peu suspects de spécificité : fausse couche chez la mère, chancre mou avec bubon suppuré chez le père. Mais, outre que les rapports de ces paralysies de l'enfant avec l'hérédo-syphilis sont loin d'être nettement établis, le malade, né à terme et normalement développé, ne nous présente aucun stigmate. Je crois cependant qu'on peut songer, chez cet enfant, à une hérédité spécifique, d'abord parce que nous ne trouvons pas d'autre cause aux accidents qu'il présente; or, il est de règle, lorsqu'on ne s'explique pas les troubles que présente un enfant, de songer à la syphilis héréditaire. Je sais bien que le chancre mou n'est pas un accident spécifique, mais le véritable chancre mou demeure rarement unique et d'ailleurs c'est un nom dont beaucoup de malades se servent pour désigner un chancre induré. Il y a donc là tout au moins un point d'interrogation.

Pour ma part, je n'hésite pas à trancher la question dans le sens de l'affirmative et j'ai prescrit ces jours-ci un traitement par la liqueur de van Swieten (XL gouttes par jour) dont nous verrons les effets. C'est, si vous voulez, le traitement pierre de touche que l'on est autorisé à tenter dans des cas semblables.

D'ailleurs, vous avez pu le voir, la paralysie est en voie de disparition. L'enfant suit un traitement électrique sur lequel je compte beaucoup pour favoriser la régression de la paralysie et empêcher autant que possible l'atrophie des masses musculaires intéressées. Vous savez combien l'organisme jeune est élastique et quels résultats merveilleux donne parfois le traitement dans des cas qui sembleraient devoir entraîner des infirmités définitives. Certes, je ne crois pas que n'importe lequel de nos traitements puisse régénérer des masses musculaires disparues ou reconstituer la substance nerveuse détruite. Mais je suis persuadé que l'on peut, dans des cas anciens, limiter le processus d'atrophie et rendre possible l'établissement de suppléances musculaires et nerveuses grâce auxquelles le membre ne perd que très peu de sa valeur fonctionnelle. Et dans le cas que je vous signale, cas récent, où l'atrophie est encore à peine marquée, où la régression se fait bien, je crois que nous pouvons espérer du traitement le maximum d'effet utile et porter un pronostic relativement favorable.

Passons maintenant à notre deuxième malade (salle Pourché, n° 4). Chez celui-ci il y a eu, dès le début, hémiplégie nette et cette hémiplégie est restée ce qu'elle était alors et n'a en aucune façon diminué. De plus, au lieu d'avoir de la paralysie flasque sans contracture ni atrophie, nous trouvons une contracture marquée, une atrophie considérable, signatures de dégénérescences nerveuses et musculaires définitives, que vient encore appuyer l'existence de mouvements choréo-athétosiques. Ce sont ces mouvements qui présentent le type de l'hémichorée associée à de l'hémiathétose qui attirent surtout notre attention à l'heure actuelle. Nous avons eu donc affaire, cette fois, à une hémiplégie consécutive sans doute à des lésions scléreuses des centres, grosse de conséquences et d'une bien plus haute gravité que la précédente.

Quelle est la cause de cette hémiplégie? Nous la trouvons sans doute dans les antécédents : antécédents héréditaires suspects de bacillose (maladie du père, méningite mortelle d'une sœur en bas-âge); et surtout antécédents personnels nettement tuberculeux (tumeur blanche). Cet enfant doit être considéré comme un hérédo-tuberculeux, tuberculeux lui-même, et l'histoire clinique qu'il présente doit sans doute s'expliquer par là.

De même que ce cas diffère du premier par son origine et par ses caractères, il en diffère par son pronostic. Nous sommes en présence de lésions destructives avancées, la sclérose descendante a envahi le faisceau pyramidal, ainsi qu'en témoignent la contracture et l'atrophie. Les membres du côté gauche n'ont plus qu'une valeur fonctionnelle très diminuée, presque nulle pour le membre supérieur.

D'autre part, la tumeur blanche du coude droit a laissé une impotence marquée de ce membre, puisque l'ankylose est complète ; elle est cependant faite en bonne position. L'enfant est donc un infirme, et l'est définitivement, car les lésions qu'il présente sont irréparables par les moyens dont nous disposons.

Si l'état actuel est mauvais, le pronostic est plus mauvais encore. L'enfant se trouve dans des conditions physiologiques très fâcheuses, sa résistance est considérablement diminuée et, même s'il ne présentait aucune tare tuberculeuse antérieure, nous devrions le considérer comme un candidat à la bacillose. A plus forte raison devons-nous craindre pour lui l'avenir puisque son organisme a déjà été atteint par le microbe tuberculeux. Il est une proie toute désignée et tôt ou tard, mais bientôt peut-être, nous verrons apparaître chez lui les localisations pulmonaires auxquelles il devra fatalement succomber, car nous ne pouvons espérer enrayer leur marche dans un terrain si bien préparé et de si médiocre résistance.

Vous voyez que, tandis que pour notre premier malade le pronostic quoad vitam était excellent et le pronostic fonctionnel assez favorable, chez ce deuxième enfant les deux pronostics sont également sombres. Certes, cela ne nous empêche pas de tenter tout ce que nous pouvons pour éviter leur réalisation ; j'ai institué un traitement énergique : électricité (par les courants continus pour ne pas augmenter la contracture), résolutifs (iode), reconstituants (arséniate de soude) et, au point de vue pulmonaire, carbonate de gaïacol ; l'hygiène de cet enfant est surveillée de près et nous l'enverrons à la mer. Mais je ne me fais pas beaucoup d'illusions sur ce que nous pouvons attendre de ce traitement. Nous pourrons peut-être retarder l'échéance ; il n'est pas en notre pouvoir de l'empêcher d'arriver.

SUR QUELQUES POINTS

DU

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES

PAR LE RADIUM

Par M. H. DOMINICI.

Réponse à M. Pierre Delbet.

Le 1er juin de cette année, la discussion ouverte à la Société de chirurgie, sur le traitement des maladies cancéreuses par le radium, a inspiré à M. Pierre Delbet une communication où abondent des critiques dont j'aurais déjà démontré le défaut d'exactitude, si je n'avais pensé que leur auteur les réformerait comme les conséquences d'une improvisation hâtive, sur un sujet dont l'exposé exige une compétence spéciale.

M. Delbet ayant négligé de procéder à cette rectification, c'est moi qui en assumerai la charge et cette entreprise me permettra d'exposer quelques points importants de l'application du radium au traitement des tumeurs malignes.

Pour réaliser ce programme, il me suffira de prendre la contre-partie d'un grand nombre d'affirmations de M. Delbet, à commencer par celles qui visent la méthode du rayonnement ultrapénétrant.

La méthode que j'ai ainsi dénommée consiste à filtrer le rayonnement du radium au moyen d'écrans de métaux denses, tels que le plomb, l'or ou l'argent, de 5/10 à plusieurs millimètres d'épaisseur (1).

Ces écrans interceptent tous les α et la plupart des β. Ils ne laissent passer que les γ et un petit nombre de β qui se confondent, au point de vue thérapeutique, avec les γ, en raison de leur dureté, c'est-à-dire leur puissance de pénétration.

Le faisceau résiduel, qui constitue le rayonnement ultrapénétrant, est de très faible intensité, parce que les rayons β et γ capables de traverser les lames de plomb, d'or ou d'argent de 5/10 à plusieurs millimètres d'épaisseur sont beaucoup moins nombreux que les α et les β arrêtés par ce filtrage.

Le rayonnement ultrapénétrant abandonne très peu d'énergie aux tissus, et c'est pourquoi la plupart des éléments normaux sont exposés sans dommage à son action. Il n'en est pas moins capable de provoquer la régression de certaines tumeurs, parce que les éléments néoplasiques sont en général plus sensibles à son action que les tissus normaux, à la condition de compenser sa faiblesse par la durée de sa mise en jeu.

Telle est succinctement la méthode du rayonnement ultrapénétrant, à propos de laquelle M. Delbet s'exprime comme il suit :

> Dominici a été guidé par l'idée suivante :
>
> Les rayons α et β sont les plus nocifs pour la peau et les moins actifs pour les néoplasmes. Les rayons α sont moins nocifs pour les téguments et plus efficaces contre les tumeurs ; et en filtrant les rayons au travers de lames métalliques, il a arrêté les rayons α et une partie des rayons β.
>
> Il n'emploie donc qu'une partie des rayons β et les rayons γ. C'est là ce qu'il appelle le rayonnement ultrapénétrant. Ce mot heureux fait image, mais peut-être trop. Il semble indiquer et on a pu croire que le procédé augmentait la pénétration des radiations du radium. Il n'en est rien. Le filtrage fait seulement une sélection des rayons les plus pénétrants. Mais les rayons filtrés ne portent pas plus loin que les rayons non filtrés. En réalité, l'activité du radium n'est pas augmentée, elle est diminuée.

Si j'admets que les rayons α et β sont les plus nocifs pour la peau et les moins actifs pour les néoplasmes, tandis que les rayons γ sont moins nocifs pour les téguments et plus efficaces contre les tumeurs, c'est dans des conditions spéciales que M. Delbet oublie de signaler, celle, par exemple, où l'on cherche à irradier une tumeur sous-cutanée à travers la peau saine qui la recouvre. Alors, le tégument externe absorbe tous les α, la plus grande partie des β et ne retient qu'une quantité insignifiante de γ.

L'influence physiologique d'un rayonnement étant proportionnelle à son absorption dans un temps donné, par des tissus de même nature, les γ sont, de

(1) L'absorption du rayonnement est, à peu de chose près, proportionnelle à l'épaisseur et à la densité des écrans qui lui sont opposés.

ce fait, moins capables d'altérer la peau que les α et les β.

Par contre, les γ se montrent *plus efficaces que les autres rayons sur les tumeurs profondes*, parce que les α n'y aboutissent point, parce que les β n'y parviennent que pour s'éteindre en presque totalité dans leurs couches superficielles, pendant que les γ, accompagnés d'un reliquat de β en décroissance rapide, parcourent, dans la masse néoplasique, un trajet qui se continue au delà de ses confins.

Voilà un des cas pour lesquels j'ai créé la méthode du *rayonnement ultrapénétrant*, celle qui met en jeu d'une façon exclusive, les γ et les β les plus durs, par opposition à la méthode du *rayonnement composite* qui utilise à la fois les rayons γ et β ultrapénétrants, et les rayons peu pénétrants qui sont les β moyens et mous, ainsi que les rayons α.

L'objet de cette méthode est, et a toujours été, non pas « d'augmenter la pénétration des radiations du radium », *mais d'isoler les plus pénétrantes de ces radiations.*

A quoi bon alors *m'objecter que le filtrage fait seulement une sélection des rayons les plus pénétrants, puisque cette sélection est le principe même de la méthode.*

A quoi *bon répéter que les rayons filtrés ne portent pas plus loin que les rayons non filtrés*, puisque j'ai soumis les rayons au filtrage, non pas pour en accroître la pénétration, *mais pour élaguer les moins pénétrants d'entre eux* (1).

A quoi bon *proclamer* que l'*activité du radium n'est pas augmentée*, *mais diminuée*, puisque le décroissement de l'intensité du rayonnement correspondant au filtrage est signalé dans mes travaux avec une précision qui fait défaut dans l'argumentation de M. Delbet.

J'ai démontré, avec le concours de M. Baudoin, que les rayons ultrapénétrants, c'est-à-dire les rayons auxquels leur puissance de pénétration naturelle permet de franchir des lames de plomb d'une épaisseur minima de 5/10 de millimètre, représentent moins de la centième partie (1/100) du rayonnement primaire. Cet appauvrissement est tel, qu'il ferait rejeter la méthode, si le déchet n'était constitué par des rayons inutiles ou dangereux.

Ces rayons, les peu pénétrants, sont inutiles dans les conditions que j'envisage actuellement, car j'ai pu constater, avec MM. Chéron et Bader, que la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les tissus sous-jacents interceptaient, sur une épaisseur de 6 à 7 millimètres au maximum, une quantité de rayons égale à celle qu'absorbent 5/10 de millimètre de plomb.

Ils sont dangereux, parce que la quantité énorme d'énergie qu'ils abandonnent aux tissus compromet rapidement la vitalité de ceux-ci.

Néanmoins, on tire de ces rayons, en sachant les manier, un parti remarquable à l'égard du traitement des lésions superficielles où ils sont absorbés en proportions massives.

Voilà pourquoi la suppression des rayons α et β est contre-indiquée pour certains états morbides de surface, et en cela je suis parfaitement d'accord avec Wickham et Degrais, contrairement à l'opinion que M. Delbet exprime en ces termes :

> La suppression des rayons α et β (en partie) peut avoir un avantage pour les lésions superficielles; mais à mon sens, pour les lésions très superficielles, surtout quand elles sont étendues, et à plus forte raison si elles sont ulcérées, le radium n'a pas d'avantage sur les rayons X.

Quel est donc le rôle attribué par M. Delbet à ces α et β peu pénétrants dont il prescrit l'usage pour le traitement des tumeurs profondes, qu'ils ne peuvent atteindre à travers les téguments et les muscles, et dont il proscrit l'emploi pour les lésions superficielles, les seules sur lesquelles ils exercent une action curative rivalisant, dans une certaine mesure, avec celle des rayons X.

C'est là une question à laquelle il paraît donner réponse en conseillant de mettre en jeu les α et les β par l'introduction des tubes radifères dans les masses néoplasiques.

> L'énorme avantage du radium, c'est qu'on peut le placer là où l'on veut qu'il agisse, et il reprend toute sa supériorité pour les tumeurs profondes ou épaisses. Je l'emploie toujours en plantant les tubes soit dans les fongosités, quand il s'agit, par exemple, de cancers du rectum ou de l'utérus, soit dans l'épaisseur même de la tumeur. Dans ces conditions, il n'y a pas de tégument à ménager. Les rayons α et β ne peuvent pas être nuisibles, ils ne peuvent qu'être utiles. Je ne vois aucune raison de dépouiller le radium d'une partie de son activité, et c'est pour cela que je n'emploie pas la filtration.

En vertu de quel prodige M. Delbet a-t-il obtenu des tubes à cavité close contenant du radium tout à la fois capables d'émettre des α et de supporter les manipulations destinées à les introduire et à les maintenir dans l'épaisseur des néoplasmes?

Il n'ignore certainement pas que tous les α sont arrêtés par des lames d'aluminium de 4/100 de millimètre d'épaisseur. Les mêmes rayons sont interceptés par des lames de verre d'une épaisseur moindre que celle des fragiles lamelles usitées en histologie.

En admettant que la paroi des tubes qu'il utilise rivalisât en minceur avec celle d'une bulle de savon et que sa rigidité lui permît de ne point céder aux moindres pressions, comme une simple pelure d'oignon, elle serait destinée, soit à se fracturer au moindre choc extérieur, soit à éclater sous l'influence de la pression intérieure développée par l'émanation, pression qui a provoqué l'explosion de tubes radifères *exclusivement destinés aux laboratoires de physique.*

En réalité, les parois des tubes de M. Delbet ont une épaisseur minima indispensable à les sauvegarder contre les chocs et les pressions, de sorte que

(1) M. Delbet s'est-il mépris sur la signification de la phrase suivante : « La dureté de ce rayonnement, c'est-à-dire sa puissance de pénétration, s'accroît au fur et à mesure de son passage à travers les nouveaux écrans métalliques. » (*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer.*)

La lecture du texte qui encadre cette phrase en éclaire cependant le véritable sens en démontrant que j'attribue au filtrage la propriété d'augmenter la dureté du rayonnement, non pas en accroissant la puissance de pénétration de ses radiations en particulier, mais en ne laissant passer que les plus pénétrantes de ces radiations.

ces parois constituent un filtre très absorbant, quelle qu'en soit la matière.

Il en résulte que, bon gré mal gré, M. Delbet emploie la filtration dans des conditions telles qu'il ne peut *mettre en jeu aucun* α et ne dispose que d'une quantité considérablement réduite de β, alors même qu'il rejetterait les tubes d'argent ou d'or à rayonnement ultrapénétrant pour n'user que de tubes *de verre*, ou d'aluminium à rayonnement composite.

L'absence des α étant établie, voyons quelle est la part des β. Leur nocivité importe évidemment fort peu quand elle s'exerce contre des éléments néoplasiques ; mais nous allons en évaluer l'utilité.

Leur action dépend à la fois des proportions suivant lesquelles ils sont absorbés et de leur portée. Or, les mesures nombreuses que j'ai faites avec le docteur Chéron et la collaboration technique de MM. Faivre et Bader, démontrent qu'une couche de tissu sarcomateux ou épithéliomateux de 5 millimètres d'épaisseur amortit l'excédent d'activité radiante appartenant en propre aux tubes à rayonnement composite.

Si les tubes à rayonnement composite ont un avantage sur les tubes à rayonnement ultra-pénétrant, ce n'est donc point pour le traitement de « tumeurs épaisses », mais pour celui des tumeurs de faible diamètre.

C'est en tenant compte de cette supériorité très relative des appareils du premier genre que j'avais imaginé le dispositif éclectique constitué par :

1° Des gaines d'or ou d'argent destinées à envelopper des tubes radifères d'aluminium ou de verre, à rayonnement composite, de manière à les transformer, le cas échéant, en appareils tubulés à rayonnement ultrapénétrant ;

2° Des tubes creux d'or ou d'argent contenant directement le sel de radium pur et se comportant d'emblée en appareils à rayonnement ultrapénétrant.

Pendant l'année 1908, j'appliquai ces tubes, fabriqués, sur ma demande, par une usine bien connue, au traitement de diverses tumeurs, en les introduisant par moi-même ou en les faisant placer par d'autres dans l'épaisseur même des tissus néoplasiques. Cette époque précède celle où M. Delbet recourut aux mêmes procédés.

Comment pouvons-nous donc interpréter les lignes suivantes :

> Je ne suis pas le premier à avoir introduit des tubes puissants dans l'épaisseur même des néoplasmes ; mon ami Dominici m'a dit qu'en Amérique on l'avait fait avant moi. Mais ce que je sais bien, c'est que Dominici, à qui j'avais demandé de me louer un tube, me voyant introduire dans une tumeur le tube qui lui appartenait et deux autres qui appartiennent à ma clinique, manifesta les plus vives inquiétudes et il tint à spécifier que j'agissais sous ma propre responsabilité et que la sienne n'était pas en jeu. Je crois qu'actuellement tous ceux qui s'occupent de radiumthérapie font l'application intranéoplasique.

C'est en vain que je me suis tourné vers le passé. Cette rétrospection ne m'a pas permis de retrouver la moindre trace de l'émotion éprouvée par moi, au dire de mon distingué contradicteur. J'en conclus que sa mémoire l'emporte sur la mienne jusqu'au point où cette supériorité est contrebalancée par une confusion de ses souvenirs sur les causes de l'anxiété dont il a tracé le tableau à la Société de chirurgie.

Ne semble-t-il pas les attribuer au fait de l'avoir vu substituer la méthode de l'introduction intranéoplasique des tubes radifères au procédé qui consiste à placer les appareils à la surface des tumeurs ?

Si cette version est celle qu'il adopte, je serai obligé de l'infirmer pour les motifs suivants :

Le tube, ou plutôt les tubes radifères que j'ai mis, non pas une fois mais plusieurs fois, à la disposition de M. Delbet avaient été spécialement exécutés suivant mes indications pour être implantés dans l'épaisseur même des tumeurs.

Ces tubes m'avaient déjà servi à cet usage avant l'époque où je les ai, pour la première fois, prêtés à M. Delbet.

Bien plus, le 21 décembre 1908, j'avais montré à la Société française pour l'étude du cancer deux malades, l'un du service de M. Bazy, l'autre du service de M. Tuffier, qui non seulement avaient été traités, mais étaient guéris au moins en apparence par introduction intranéoplasique de tubes à rayonnement ultrapénétrant.

De ces deux malades, l'un, celui du service de M. Bazy, était atteint d'un lymphadénome profond, développé aux dépens du tissu interstitiel de la parotide ; l'autre malade, du service de M. Tuffier, était une femme souffrant d'un épithélioma glandulaire, infiltrant dans sa totalité le maxillaire supérieur du côté gauche.

Ces malades, qui continuent de présenter actuellement toutes les apparences de la guérison, avaient été soignés par la méthode de l'introduction intranéoplasique de tubes radifères à une époque où M. Delbet n'en avait encore jamais fait l'application.

Que reste-t-il pour expliquer la vive appréhension que M. Delbet m'a vu ressentir, sinon la façon d'introduire un tube radifère ou la difficulté inhérente à cette introduction.

M. Delbet suppose-t-il que j'aie éprouvé la moindre angoisse en le voyant mettre en jeu une méthode à l'application de laquelle j'avais assisté, en toute quiétude, dans les services de MM. Bazy, Tuffier, Rochard... et que j'avais pratiquée par moi-même sauf dans les circonstances exigeant quelque expérience en matière chirurgicale ? Etant de ceux qui limitent leurs actes à leur compétence, j'ai coutume de passer les tubes radifères à une main plus experte que la mienne quand leur mise en place nécessite un acte réellement opératoire, si minime fût-il.

Si j'ai ressenti l'appréhension dont se souvient M. Delbet c'est du fait, non pas de la méthode employée, mais de quelque circonstance exceptionnelle, capable d'en accidenter l'application. Si j'ai dégagé ma responsabilité, c'est vraisemblablement à l'égard de l'acte chirurgical et non de l'introduction des tubes radifères que j'avais expérimentée après Morton et Abbe certainement, avant M. Delbet non moins certainement, et que j'avais maintes fois uti-

lisée après l'avoir perfectionnée, pour le traitement des tumeurs profondes (1).

En prônant l'application intranéoplasique des tubes radifères, M. Delbet confirme une opinion que j'ai déjà exprimée à maintes reprises, et le plaisir que j'éprouve à me trouver enfin d'accord avec lui serait sans mélange si je ne me voyais obligé de le contredire lorsqu'il définit le radium : un caustique perfectionné et raffiné.

Ce qui spécifie le radium au point de vue biologique, c'est d'être un modificateur de la nutrition et de l'évolution cellulaire et par conséquent de se montrer capable de jouer un rôle autre que celui qui se réduit à détruire des éléments vivants.

Mais je n'ai pas à insister sur la démonstration de tels faits qui sortent du cadre d'un exposé, lequel n'est, à vrai dire, que le court préambule d'articles plus importants sur le même sujet.

(1) Dominici. Du traitement des tumeurs malignes par le rayonnement ultrapénétrant du radium, *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 21 déc. 1908.

Professeur Gaucher. Traitement de l'épithélioma de la peau et des muqueuses dermo-papillaires par les applications de radium, *Gaz. des hôpit.*, 14 janv. 1909.

Dominici. *Les Agents physiques usuels*, mars 1909, Masson et Cie.

ANALYSES

MÉDECINE

Néphrite a frigore. (B. Polak. *Wiener klin. Wochens.*, 10 mars 1910, n° 10, p. 359.) — Siegel a prétendu que, lorsqu'on maintient pendant dix minutes les pattes de derrière d'un chien dans de l'eau à 4 degrés jusqu'aux genoux, on voit survenir de l'albuminurie et l'on constate au microscope des altérations inflammatoires des reins.

Polak a repris ces expériences et a vu qu'il n'en est rien.

Si Siegel a pu provoquer l'albuminurie, c'est qu'il maintenait ses chiens dans la position verticale pendant la période de refroidissement : c'était une albuminurie de posture ou lordotique et non une albuminurie a frigore.

Polak a répété ces expériences chez des hommes dont il a maintenu pendant dix à vingt minutes les jambes plongées jusqu'aux genoux dans de l'eau à une température variant entre 3°5 et 6 degrés. Cette expérience a été faite treize fois. Dans aucun cas il n'a pu observer dans les urines de ces sujets la moindre trace d'albumine, ni immédiatement, ni les jours suivants. A. LEMIERRE.

Hypertrophie du thymus. Syncope mortelle au début de la chloroformisation. (E. Joüon. *Gaz. méd. de Nantes*, 8 janv. 1910.) — M. Joüon relate l'observation d'un garçon de douze ans, entré dans le service de chirurgie infantile pour être opéré d'une hernie inguinale gauche ; rien ne paraissant contre-indiquer l'opération, celle-ci est décidée ; l'enfant, d'un caractère calme, n'est nullement ému d'être opéré ; on commence à donner le chloroforme quand, après quelques minutes, l'enfant cesse brusquement de respirer ; tractions rythmées de la langue, respiration artificielle, inhalations d'oxygène, injections d'éther et de caféine, tout fut inutilement mis en œuvre pour le ranimer ; M. Joüon fit même une laparotomie sus-ombilicale et le massage du cœur à travers le diaphragme, puis le massage direct du cœur, l'ouverture du péricarde et des injections de caféine et de strychnine dans le myocarde. A l'autopsie, on trouve un énorme thymus recouvrant les gros vaisseaux de la base du cœur ; et on remarque le voisinage très immédiat des nerfs phrénique et pneumogastrique droits avec le lobe droit de ce gros thymus.

Ce fait est à rapprocher d'observations analogues recueillies par M. Lenormant (*Journ. de chir.*, juin 1909) ; il existe plus d'une quarantaine de cas de morts anesthésiques dans lesquels l'autopsie a révélé une hypertrophie plus ou moins considérable du thymus ; tous les anesthésiques figurent dans cette statistique : chloroforme, éther, mélange de Billroth, chlorure d'éthyle. La pathogénie de la mort survenant dans ces conditions est encore mal connue ; il est d'ailleurs probable que dans beaucoup de cas la narcose n'est que l'occasion des accidents syncopaux auxquels sont exposés tous les porteurs de gros thymus ; chez d'autres sujets, cette occasion sera une brusque immersion dans l'eau froide, une injection de sérum antidiphtérique, un examen de la gorge.

Si l'on connaissait bien les symptômes de l'hypertrophie du thymus et si on les constatait chez un sujet, devrait-on alors s'abstenir d'opérer ? Il est à noter que le chloroforme a été bien supporté chez des enfants opérés par Veau pour des accidents de dyspnée dus à l'hypertrophie du thymus ; il est vrai qu'il s'agissait de tout jeunes enfants, qu'on allait droit au thymus et qu'on extériorisait vite l'organe. Mais, en dehors de ces cas, M. Joüon conseille de s'abstenir de l'anesthésie générale pour les sujets chez lesquels on soupçonnera une hypertrophie du thymus. M. BRELET.

CHIRURGIE

Cancer primitif du foie. Relation d'un cas où le sujet est encore en bonne santé deux ans après l'opération. (Frank C. Yeomans. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LII, n° 22, 29 mai 1909, pp. 1741-1743.) — Tout l'intérêt de l'article réside, non pas dans les quelques notions banales données sur le cancer du foie, mais dans le fait clinique rapporté, fait anormal qui soulève le problème si intéressant et si peu connu des dégénérescences des tumeurs malignes sous certaines influences spontanées ou provoquées.

La malade, âgée de trente-sept ans, se plaignait depuis deux ans de nausées, vomissements, tympanisme abdominal et grande faiblesse, le tout sans ictère. Rien dans l'urine. Tumeur dans l'hypocondre droit. A l'incision on trouva cette tumeur dans le lobe droit du foie, recouverte d'un lacis de veines dilatées. La ponction ramena 350 grammes de liquide sanglant. A l'incision, on enleva avec une cuiller mousse une grande quantité de matière pultacée molle. La cavité vidée était plus grande qu'une tête de fœtus. Drainage. Ecoulement d'un liquide fétide très analogue à celui d'un cancer de l'utérus ou du sein ulcéré. Guérison qui se maintient depuis plus de deux ans.

L'examen histologique de fragments des parois fut fait par deux anatomo-pathologistes compétents. Le premier répondit : carcinome nettement malin en voie de nécrose ; le second qui a fait du cancer du foie une étude particulière (Ewing) déclara que la tumeur avait toutes les caractéristiques histologiques d'une tumeur maligne du groupe des carcinomes, avec quelques particularités la rapprochant des périthéliomes ou des hypernéphromes, mais sans pouvoir en préciser l'origine.

Les dégénérescences des tumeurs malignes du foie ne sont pas rares. Eggel les a trouvées plus ou moins avancées dans 51 cas sur 163 de cancer du foie. Il y a en même temps dans ce même cancer du foie une tendance remarquable à la thrombose vasculaire péricancéreuse. C'est à celle-ci qu'il faut attribuer le principal rôle. Il y a peut-être immunisation lente de l'organisme par absorption très lente de principes venant d'une tumeur dégénérée. Enfin, les infections post-opératoires jouent peut-être un rôle, dans certains cas, analogue à celui du streptocoque sur certains sarcomes.

Sous ces influences, et à la période terminale des ca-

chexies, où l'irrigation sanguine des tumeurs devient insuffisante, il n'est pas très rare de voir des tumeurs devenir stationnaires ou même régresser. Mais il n'y a pas un seul exemple à citer de guérison *complète*. Pourtant le cas de Yeomans est un cas d'arrêt de malignité très remarquable étant donnée l'évolution habituelle des cancers du foie. Et l'auteur cite ce cas étrange, mais bien établi, de Wells (1). En 1898, ce dernier fait une laparotomie exploratrice pour carcinose pelvi-péritonéo-intestinale chez une femme de trente-trois ans, juge la condition inopérable, prélève un fragment pour l'examen histologique et referme. Quatre ans après, opération palliative par voie vaginale, exécutée par un autre chirurgien. A la mort de la malade, en 1905, causée par une autre affection, l'autopsie révéla un péritoine dépourvu de grosses tumeurs et lisse. Il y avait seulement de nombreux nodules blancs variant de la grosseur d'un grain de moutarde à celle d'un haricot. Après décalcification, ces nodules montrèrent la structure typique de l'adéno-carcinome, tel qu'on l'avait vu sept ans auparavant.

Ces faits restent malheureusement rares, mais ils méritent d'être connus, tant sont rares les faits encourageants en matière de cancer, et tant est encore incomplète notre connaissance de l'anatomie pathologique de la lésion.

F. GARDNER.

Tétanos provoqué par une application de sangsues. (*Gaceta médica catalana*, 31 mai 1910, n° 790.) — Le docteur José Carreras raconte qu'il fut appelé le 17 mars dernier auprès d'un homme jeune et vigoureux présentant tous les signes d'une pneumonie franche. Notre confrère ordonna l'application de sangsues loco dolenti, et la maladie évoluait rapidement vers la guérison lorsqu'apparut du trismus, et à partir de ce moment on vit évoluer le tétanos qui emporta le malade en sept jours, en dépit d'un traitement énergique et de l'injection de fortes doses de sérum antitétanique provenant de l'Institut Pasteur de Paris.

Ce cas de tétanos ne peut guère être attribué, dit l'auteur, à autre chose qu'à la morsure des sangsues, d'autant plus qu'il n'en existait point chez le pharmacien de la localité, vu la rareté actuelle de l'emploi de ces animaux, et qu'on était allé les chercher directement dans une mare. Il est vraisemblable qu'une d'elles au moins avait des bacilles de Nicolaïer dans son appareil buccal, et les aura inoculés au malade en faisant sa morsure. Il y a là une indication très nette à ne se servir de sangsues que lorsqu'elles auront passé un certain temps dans des bocaux renfermant de l'eau pure.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

DERMATOLOGIE

Du grattage méthodique des lésions cutanées. (R. Lutembacher. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai et juin 1910.) — Dans ce mémoire Lutembacher rappelle tout d'abord l'importance du grattage méthodique préconisé par M. Brocq. Les renseignements qu'il donne venant se joindre aux signes fournis par la vue et le toucher permettent de faire un diagnostic plus exact de la lésion élémentaire, ce qui, pour le dermatologiste, a la même importance que la détermination exacte de l'état anatomo-pathologique du poumon par les procédés d'exploration de Laënnec. Lutembacher montre ensuite, avec de nombreux schémas à l'appui, que chacun des signes fournis par le grattage méthodique a sa raison d'être dans la structure histologique de la lésion, en sorte que, par réciproque, la seule constatation de ces signes par la curette permet de reconnaître ces lésions en l'absence de biopsie.

« Le grattage permet de différencier les lésions épidermiques des lésions dermiques, par exemple le psoriasis des papules psoriasiformes de la syphilis, la lichénification du lichen plan, dans le groupe des lésions épidermiques il permet de mieux limiter le groupe du psoriasis, de le distinguer des parakératoses psoriasiformes et de l'eczéma. Enfin la curette permet de reconnaître les formes sèches des formes exosérotiques des dermatoses... Mais pour que le grattage donne ces notions si utiles au clinicien, il doit être essentiellement méthodique, il faut le pratiquer avec lenteur, patience et extrême attention n'oubliant pas que ce sont des plans histologiques que la curette explore. » Cet article, écrit d'une façon claire et précise, doit être lu par tous ceux qui s'occupent de dermatologie.

P. GASTINEL.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Adénome complexe du rein (cyto-adénome polymorphe congénital). (Letulle et Nattan-Larrier. *Bull. de la Soc. anat.*, 1910, p. 257-267, 3 figures.) — Au pôle supérieur d'un rein chez une vieille femme, les auteurs ont trouvé une tumeur sous-capsulaire continue avec le parenchyme rénal, quoique enkystée par endroits et composée de cavités kystiques séparées par des îlots d'un tissu tumoral, reconnaissable à sa teinte jaune fauve uniforme.

Ce tissu est au microscope un adénome surrénalien du type trabéculaire, sans pigment ni cellules chromaffines, et correspond à « l'adénome alvéolaire » d'Albarran, à « l'hypernéphrome » de Grawitz, que les auteurs préféreraient dénommer « épinéphrome ».

A côté de cet adénome surrénal, existe un adénome « à type rénal, dit papillaire ou cavitaire, ... né, très vraisemblablement de la partie glomérulo-tubulaire du rein en voie de développement définitif ».

Enfin, « les kystes congénitaux, à coup sûr, donnent une sorte d'esquisse du rein polykystique. Cette altération naîtrait du non-abouchement des bourgeonnements nés de la face postérieure du mésonéphros (corps de Wolff) avec les bourgeonnements d'origine urétérale chargés d'assurer en commun le développement du rein. On sait que cette théorie de la double origine du rein définitif est soutenue par Küpfer, Semper, Fürbringer, Balfour ».

Si l'on admet d'autre part, ajoutent les auteurs, « que la substance corticale de la glande surrénale a une origine mésenchymateuse, identique à celle de la portion glomérulo-tubulaire du rein définitif, la coexistence de trois types de malformation dans notre tumeur rénale reçoit une explication plausible. Acceptons, en effet, avec Weldon, que le développement de la glande surrénale provient des bourgeonnements mésenchymateux de la partie antérieure du mésonéphros (corps de Wolff) et nous concevrons sans peine la coexistence de l'épinéphrome et des kystes rénaux; il s'agirait là d'une double malformation contemporaine et d'origine wolffienne ».

« En résumé, le cysto-adénome polymorphe du rein qui vient d'être décrit résulte d'une évolution malformative du corps de Wolff. Cette dysplasie a abouti à l'inclusion de cellules surrénales dans l'intimité du rein définitif, en même temps qu'à la formation de portions tubulaires atypiques isolées et indépendantes des bourgeonnements urétéraux. »

L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Recherches sur quelques anesthésiques locaux. (G. Piquand et L. Dreyfus. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 15 janv. 1910.) — MM. Piquand et Dreyfus ont examiné, dans le service de M. le professeur Reclus à l'Hôtel-Dieu, la valeur des différents produits préconisés pour remplacer la cocaïne, et c'est le résultat de leurs expériences qu'ils publient.

Leurs observations n'ont porté que sur les anesthésiques satisfaisant aux deux conditions suivantes : 1° puissance telle qu'ils suppriment toute sensibilité à la douleur; 2° analgésie persistant assez longtemps pour permettre une opération d'une certaine durée.

(1) Brooks H. Wells. *Amer. Journ. Obstet.*, 1908, p. 403.

Cette étude a été faite successivement sur : 1° le pouvoir anesthésique ; 2° la toxicité ; 3° l'action sur les tissus.

La conclusion de cette étude est que la *cocaïne* paraît être restée le plus puissant des anesthésiques locaux, mais sa toxicité élevée doit en restreindre l'emploi, il n'est pas prudent de dépasser 0g14 à 0g15 en solution à 1/200.

La *stovaïne* est deux fois moins toxique que la cocaïne ; on peut injecter jusqu'à 0g30 de stovaïne, mais on peut lui reprocher la douleur assez vive des injections et surtout une analgésie moins complète.

La *novocaïne* semble le plus recommandable des anesthésiques locaux ; sa faible toxicité permet d'injecter des doses considérables et d'entreprendre des opérations complexes qui n'auraient pu se faire que difficilement à la cocaïne. Elle n'est ni irritante ni vaso-dilatatrice. On remédie à la durée un peu courte de l'anesthésie en associant une goutte de solution d'adrénaline au 1/1000 par 4 centimètres cubes de solution de novocaïne à 1/200. Dans un cas d'extirpation de varices étendues, on a pu injecter sans aucun accident 88 centimètres cubes de solution novocaïno-adrénaline. L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

La Tuberculose pulmonaire (1), par M. Piéry.

Au début de la préface de cet ouvrage, M. Piéry explique pourquoi il a écrit un nouveau livre sur la tuberculose pulmonaire ; c'est qu'il a désiré rendre classiques un certain nombre de « notions cliniques qui n'ont pas trouvé place encore dans l'exposé resté toujours un peu schématique des phtisiologues depuis Laënnec ». Et de fait, on rencontre, à plus d'une page, des idées originales et personnelles dans ce livre, ce qui n'empêche pas d'ailleurs qu'il ne soit en même temps très didactique et très complet en ce qui concerne les descriptions habituelles de la tuberculose pulmonaire. C'est exclusivement une étude clinique, l'étiologie et la prophylaxie, l'anatomie pathologique et le traitement de la tuberculose devant faire l'objet de monographies spéciales dans cette nouvelle bibliothèque. Les troubles fonctionnels, les troubles généraux, les signes physiques de la tuberculose sont très minutieusement décrits ; dans la deuxième partie, ce sont d'abord les formes cliniques des phtisies chroniques et des phtisies aiguës qui sont passées en revue ; à propos des phtisies aiguës, une place importante est faite aux formes récemment signalées de typho-bacillose et de tuberculose septicémique. A propos du diagnostic, signalons un chapitre sur ce qu'on doit entendre par début de la tuberculose pulmonaire ; d'après M. Piéry, les prétendus signes de début de Grancher se rapportent à la tuberculose pulmonaire abortive ou aux reliquats des poussées de pleurite tuberculeuse à répétition ; ils sont donc en rapport dans la plupart des cas, non pas avec un début de tuberculose, mais avec une lésion tuberculeuse presque toujours guérie, ou qui ne va pas tarder à l'être. Enfin le pronostic de la tuberculose pulmonaire est traité dans tous ses détails. Le travail de M. Piéry, qui forme un ouvrage de plus de 800 pages, constitue une des plus importantes et des plus originales monographies parmi celles qui existent actuellement sur la tuberculose pulmonaire. L. BABONNEIX.

Traité pratique d'électricité médicale (2), par J. Larat.

Cet ouvrage est la troisième édition d'un livre qui a eu le plus grand succès ; et les remaniements que contient l'ouvrage présenté au public en 1910 constituent une mise au point à la fois exacte, claire et précise de l'état de l'électrothérapie en ce moment.

(1) In-18 jésus, de la Bibliothèque de la tuberculose. — Paris, O. Doin et fils.

(2) 1 vol. in 8° avec 194 figures. Troisième édition. — Paris, Vigot frères.

La partie physique a été complètement remaniée. Les médecins sont plus familiarisés que leurs devanciers avec la partie technique, aussi l'a-t-on réduite au strict minimum ainsi que le matériel instrumental.

La partie clinique est très largement développée et pleine d'aperçus précieux, tels qu'en pouvait donner un médecin expérimenté et documenté comme M. le docteur Larat.

L'auteur a consacré avec M. et Mme Laborde un chapitre important aux rayons X, au radium, etc.

L'électrophysiologie est des plus complètes, sa lecture sera des plus instructives à tous ceux qui voudront connaître le « pourquoi » de l'action de l'électricité et de la radiation.

L'électrodiagnostic est une des parties de prédilection de l'auteur, qui nous donne des graphiques des contractions musculaires à l'aide d'un myographe de son invention.

Les névroses traumatiques constituent un paragraphe nouveau dans ce chapitre dont la pratique confirmera, il faut l'espérer, la valeur au point de vue du diagnostic.

Le radiodiagnostic médical et chirurgical est aussi très clairement présenté.

L'électroclinique est complètement remaniée sur bien des points, et des aperçus cliniques précèdent, quand c'est nécessaire, la partie électrothérapique.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de tous les chapitres qui sont faits avec un soin égal, et une documentation précise.

En somme c'est un livre vécu, où les résultats acquis sont bien mis en lumière et font de cet ouvrage un excellent guide non seulement pour le médecin, mais encore pour les spécialistes. DELHERM.

La Tuberculose osseuse (1), par MM. H. Delore et A. Chalier.

Cet ouvrage, laissant de côté la description des ostéo-arthrites, ne comprend que l'étude de la tuberculose osseuse proprement dite.

La première partie comporte une étude générale de la tuberculose des os sous toutes ses formes, y compris la tuberculose inflammatoire de Poncet.

La deuxième partie comprend l'étude des tuberculoses osseuses en particulier. Deux chapitres, le mal de Pott, le spina ventosa, ont reçu un développement particulier que justifie leur importance et leur fréquence.

Le texte, clair et concis, est illustré de nombreuses figures et reproductions de radiographies qui font valoir l'importance de ce mode d'exploration dans le diagnostic des tuberculoses osseuses. M. LANCE.

Précis de physique biologique (2), par G. Weiss.

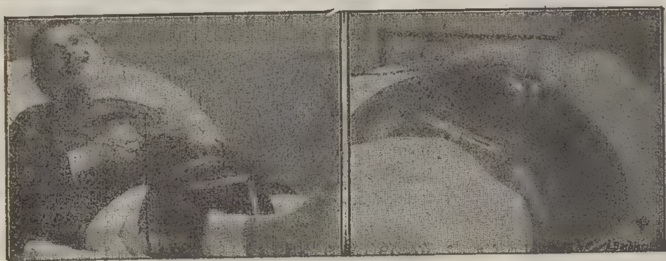
Consacré à celles des principales applications de la physique qui doivent rentrer dans les connaissances d'un médecin à la fin de ses études ; la mécanique et les actions moléculaires (osmose et cryoscopie), la chaleur et les radiations, l'optique, l'électricité (radium et rayons X), telles sont les grandes divisions de ce précis élégant et clair dont cette édition nouvelle consacre le légitime succès. G. LEGROS.

(1) In-12 de 48 pages avec 97 figures, de la Bibliothèque de la tuberculose. — Prix : reliure souple, 5 francs. — Paris, O. Doin.

(2) 1 vol. de XII-556 pages avec 270 fig. Deuxième édition revue. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale sera ouvert le mercredi 26 octobre prochain.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au vendredi 21 octobre.

En se faisant inscrire, les candidats déposeront : 1° leur diplôme de docteur ; 2° leur acte de naissance; 3° la notice de leurs titres et leurs travaux scientifiques.

La durée des fonctions de chef de clinique chirurgicale est de trois ans. Le titulaire entrera en fonctions le 1er novembre 1910 et recevra un traitement annuel de 1 200 francs.

MARINE. — Par décision ministérielle du 8 août 1910, M. le médecin principal Michel, du port de Toulon, a été désigné pour occuper les fonctions de secrétaire du conseil supérieur de santé de la marine.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Une médaille de bronze a été décernée à M. Ott (de Déville).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jobert (de Dijon).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE (rattaché à la Faculté de médecine de Paris). — L'institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session 1910 commencera le 13 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent le diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'école pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, dans les laboratoires suivants : pathologie expérimentale et comparée, parasitologie, hygiène.

L'enseignement clinique sera donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des dames françaises), 93, rue Michel-Ange.

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'école pratique.

L'enseignement clinique deux fois par semaine, le matin à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Stations thermales desservies par le réseau de P.-L.-M.* — AIX-LES-BAINS, CHATELGUYON (Riom), EVIAN-LES-BAINS, GENÈVE, MEUTHON (lac d'Annecy), URIAGE (Grenoble), ROYAT, SAINT-GERVAIS, THONON-LES-BAINS, VALS, VICHY, etc. — *Billets d'aller et retour collectifs (de famille)*, 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix. — Les deux premières paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et les suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets (individuels ou collectifs) quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Il peut être délivré à un ou plusieurs voyageurs inscrits sur un billet collectif de stations thermales, et en même temps que ce billet, une carte d'identité sur la présentation de laquelle le titulaire sera admis à voyager isolément (sans arrêt), à moitié prix du tarif général, pendant la durée de la villégiature de la famille entre le point de départ et le lieu de destination mentionné sur le billet collectif.

RENSEIGNEMENTS

ANCIEN INTERNE, HOPITAUX PROVINCE, FIN D'ÉTUDES, 26 ans, connaissant clientèle, chirurgie urgence, accouchements, peau, yeux, désirerait août à novembre aux conditions ordinaires remplacements. Bonnes références.

Ecrire : bureau Journal, *R. F., 414.*

EXTERNE cherche remplacement prolongé dans service ou consultation de médecine; peut permuter.

S'adresser au journal *E. T.*

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL

D'HYGIÈNE SCOLAIRE

(Paris, 2-7 août 1910.)

RAPPORTS GÉNÉRAUX

Unification des méthodes d'examen physique des écoliers. — MM. les docteurs Méry et L. Dufestel (de Paris). Pour arriver à l'uniformité indispensable, les auteurs essaient de l'établir pour les points principaux sur lesquels doit porter l'examen physique des enfants, et pour ces points seulement afin de limiter le champ des investigations du médecin scolaire. On ramènera donc à trois les mesures à prendre chez l'écolier : le poids, la taille, le périmètre thoracique en inspiration et en expiration avec notation de la différence entre les deux temps ou amplitude respiratoire.

Comme *instruments*, une bascule, une toise et un centimètre souple sont suffisants.

Le mieux est de se servir de la bascule et de la toise enregistrant le poids et la taille sur le même ticket, ce qui, entre autres avantages, permet aux parents de comparer les tickets entre eux.

Le *manuel opératoire* est le suivant. Les enfants étant amenés dans la salle, on les dispose par rang de taille, puis on les fait déshabiller, c'est-à-dire que, les chaussures étant enlevées, les garçons ne conserveront que la chemise et le pantalon, les filles, leur chemisette et leur jupon.

Le poids est alors pris d'abord, la taille ensuite, en se conformant aux prescriptions décrites par le docteur Bertillon.

Pour le périmètre thoracique les auteurs conseillent de prendre le sterno-xyphoïdien et l'axillaire et si l'on n'en prend qu'un de donner le choix au xypho-sternal.

Examen des organes. — L'importance de la lutte actuelle contre la tuberculose à l'école, et la nécessité de la déceler dès le début, mettent au premier plan l'examen physique de la poitrine et le dépistage de la tuberculose ganglio-pulmonaire.

La place nous manque pour suivre pas à pas les auteurs dans la minutieuse et lucide description qu'ils donnent de l'examen clinique de la poitrine. Nous rappellerons seulement que chez l'écolier la tuberculose ouverte est exceptionnelle, 1 à 2 cas p. 1000, tandis que la tuberculose fermée ou ganglio-pulmonaire, comme l'a démontré Grancher, existe chez 14 à 19 p. 100 chez les garçons et un peu plus fréquemment même chez les filles.

Le diagnostic clinique de la tuberculose ganglio-pulmonaire se fera, en ce qui concerne l'adénopathie, sur les modifications de l'expiration, expiration prolongée, les modifications de la transmission de la voix haute et de la voix basse, signe de d'Espine, en tenant compte surtout de l'étendue où se propagent ces modifications. Elles devront atteindre la troisième ou la quatrième dorsales pour avoir une valeur réelle. Certaines modifications de l'inspiration, telle la diminution, seront dans la majorité des cas dues à l'adénopathie; d'autres, telles que l'inspiration rude, saccadée, sont révélatrices d'une altération du poumon.

Dans les cas ressortissant à la troisième étape de Grancher il y aura modification des vibrations, augmentation et élévation de la tonalité.

Pour compléter cet examen clinique de la poitrine on recherchera les ganglions dans les creux axillaires, les diverses régions du cou, et on arrivera ainsi à diviser les écoliers en trois groupes au point de vue respiratoire : normaux, enfants présentant des signes d'adénopathie trachéo-bronchique dont la nature n'est pas forcément tuberculeuse, enfants présentant des signes de tuberculose ganglio-pulmonaire aux trois étapes de Grancher.

Quant aux méthodes de laboratoire, pour les rapporteurs ni la cuti ni l'intradermo-réaction n'ont le droit de pénétrer à l'école, et la radiographie ne paraît pas avoir donné de résultats pratiques suffisants.

Œil. — C'est la détermination du degré d'acuité visuelle que l'on aura surtout en vue. Cette mensuration sera faite au moyen des échelles de Snellen ou de Monnoyer, l'enfant étant placé à 5 mètres. On pourra user utilement aussi de verres correcteurs. Les deux yeux devront toujours être examinés séparément, et on devra noter toutes les modifications apparentes des yeux et des paupières.

Oreille. — L'examen de la puissance auditive pourra être très rapidement fait, soit au moyen de la voix chuchotée, soit, ce qui est préférable, au moyen d'un acoumètre. L'acoumètre le plus simple est la montre, à condition de déterminer d'abord à quelle distance celle dont on se sert est entendue par un sujet normal.

Squelette. — Ce sont principalement les déformations de la colonne vertébrale, cyphose, scoliose, lordiose qui seront intéressantes à rechercher. Pour cela on notera la ligne de direction des apophyses épineuses en marquant au besoin leurs sommets avec un crayon de couleur ou de l'encre de Chine.

Quand une épaule est plus haute que l'autre le fait sera rendu plus évident en indiquant la limite inférieure de l'omoplate par un trait à l'encre.

Il est bon de noter aussi les services que rendra l'examen des modifications des deux triangles de la taille, chacun des deux étant constitué par le bras pendant le long du corps, et d'autre part par deux lignes qui forment le bord latéral du thorax et le bord latéral de la hanche et de la région iliaque venant se joindre à angle très obtus au niveau de la ceinture.

L'examen des autres parties du squelette n'exige aucun procédé spécial.

Pour ce qui est du *cuir chevelu*, son examen et le diagnostic des diverses variétés d'alopécies devront être fréquemment complétés par un examen microscopique des cheveux.

L'examen du *système nerveux* portera sur les antécédents personnels de l'enfant, convulsions, incontinence d'urine, etc. Il faudra aussi rechercher tous les stigmates de dégénérescence dont il serait

trop long de faire ici l'énumération. Les troubles de la parole devront attirer spécialement l'attention du médecin.

Il n'existe aucune méthode spéciale pour l'étude du système cardio-vasculaire, du tube digestif, des reins. Ne pas oublier la fréquence de l'albuminurie intermittente chez les écoliers. Rechercher les végétations adénoïdes.

Unification des méthodes usitées pour l'inspection médicale. — M. le docteur James Kerr (de Londres). Le médecin scolaire a dans ses attributions tout ce qui concerne, d'une façon quelconque, la santé de ceux qui travaillent dans les écoles.

L'inspection médicale vise à deux fins : assurer la prophylaxie des maladies contagieuses, améliorer la santé générale de l'enfant et rechercher chez lui les défectuosités qui peuvent et doivent être corrigées.

La prophylaxie des maladies contagieuses à l'école n'acquiert d'importance que dans les régions peu peuplées. Dans les villes c'est à la maison et dans la rue qu'il faut livrer bataille à la contagion ; confier à l'école le principal rôle dans la prévention de l'extension des maladies contagieuses, c'est aboutir certainement à de mauvais résultats.

L'inspection médicale quotidienne faite dans ce but est une perte de temps et d'argent.

Si l'on considère l'inspection médicale scolaire au point de vue scientifique, c'est-à-dire des enseignements qu'on en peut tirer, il est indispensable d'avoir des faits, relativement peu nombreux, mais classés très soigneusement, et d'une façon complète et définitive.

Au point de vue pratique, la recherche des défectuosités courantes doit être suivie du traitement, sinon elle est sans valeur.

Aussi, pour le rapporteur anglais, il est inutile d'ajouter à une sélection préparatoire des enfants le travail considérable de la rédaction des observations. On devra certes prendre les observations des enfants anormaux, mais d'une façon générale il n'est pas nécessaire de peser et de mensurer les enfants, ni de rechercher minutieusement leurs antécédents personnels et héréditaires. C'est là en effet, pour M. James Kerr, une perte de temps et d'argent qu'on pourrait mieux employer autrement.

L'éducation sexuelle. — M. le docteur Martin Chotzen (de Breslau). Voici sur quelles propositions l'éminent rapporteur a établi les bases de son travail.

L'instinct sexuel, reposant sur des dispositions innées et sur des habitudes acquises, peut être influencé par une éducation qui agit sur l'intelligence et sur le sentiment.

L'éducation sexuelle doit combattre les excitations, en pensée ou en action, capables de nuire à la santé physique ou morale de l'individu et au maintien et à l'évolution du corps social.

Elle doit développer depuis l'enfance les qualités d'énergie susceptibles de résister aux influences éveillant prématurément l'instinct sexuel et amener l'adulte à avoir une pleine conscience de sa responsabilité sexuelle.

L'éducation sexuelle doit, comme toute autre éducation, être donnée simultanément dans la famille et à l'école, l'une complétant l'autre. Dans la famille, en tenant compte des dispositions intellectuelles et psychiques de chaque enfant, les parents saisiront le moment propice pour donner directement une idée des phénomènes sexuels. A l'école, comme il s'agit d'un groupement disparate, on parlera de ces phénomènes en général et sans entrer dans des détails.

Pour M. Chotzen, l'école doit jusqu'à quatorze ans amener l'enfant par un enseignement méthodique basé sur l'étude de la botanique et de la zoologie, à créer lui-même des analogies dans son esprit, de façon à ce qu'il conçoive la reproduction de l'espèce humaine et arrive à y penser sans aucune sensualité.

Depuis l'âge de quinze ans jusqu'à la fin des études supérieures, il faudra par des leçons d'hygiène sur les maladies sexuelles, sur leur gravité pour l'individu et pour la masse, mettre l'écolier en garde contre des rapports sexuels prématurés.

Cependant les enfants ne devront pas être contraints d'assister aux leçons d'hygiène sexuelle, et l'assentiment des parents sera nécessaire.

Les leçons d'hygiène sexuelle seront données par des médecins choisis à cet effet, car momentanément les médecins seuls possèdent les connaissances nécessaires pour ce genre d'enseignement.

Pour que l'éducation sexuelle soit couronnée de succès, il est indispensable que parents et maîtres possèdent eux-mêmes les notions anatomiques, physiologiques, morales, sociales et pédagogiques nécessaires. Ces connaissances si variées et si étendues devront être données aux parents par des sociétés d'instruction populaire, par la presse et la littérature. Elles seront données aux maîtres par l'introduction de la pédagogie et de l'hygiène sexuelles dans les programmes des futurs instituteurs et professeurs, et en instituant des cours complémentaires de pédagogie sexuelle pour les maîtres déjà en fonction.

Ce seront encore les médecins qui seront chargés momentanément de l'enseignement de la pédagogie sexuelle ou de l'instruction complémentaire à donner, en se basant sur l'anatomie et la physiologie et en se plaçant au point de vue psychologique, hygiénique et social. Mais aussitôt qu'il y aura un nombre suffisant de maîtres instruits dans la pédagogie sexuelle, l'enseignement de l'hygiène sexuelle à l'école sera confié aux maîtres.

L'éducation sexuelle dans la famille par la science, par la morale et l'hygiène. — M. le docteur Doléris (de Paris). Pour l'auteur, dans la famille la mère devrait instruire la fille, et le père le fils, mais il reconnaît que les questions sexuelles sont difficilement abordables ainsi de plain pied, et qu'à l'heure actuelle beaucoup de parents se refusent à le faire. Il est évident que notre mentalité n'est pas encore faite à cette idée, et l'exemple du professeur Pinard, invoqué par le rapporteur, est bien typique à cet égard. « J'ai des fils, a dit M. Pinard, eh bien ! nous

avons tous une telle imprégnation atavique, que moi-même j'ai toujours hésité à les entretenir de ces questions! »

Tout ce que l'on peut demander aux parents, c'est de ne point mentir à leurs enfants, de profiter au contraire de leur tendance naturelle à s'instruire, et de répondre nettement aux questions que ceux-ci leur posent, en graduant naturellement la réponse selon l'âge et l'intelligence de l'enfant. Il convient aussi de laisser voir aux enfants les exemples que la nature leur offre.

Mais c'est la science qui sera le mieux à même de former le jeune garçon et la jeune fille de façon logique, saine et morale. Il est vrai que le programme de cette éducation est encore tout entier à créer, la pédagogie sexuelle n'existant pas en France. Voici, d'après M. Doléris, quelles devront en être les grandes lignes : « Parler clairement aux enfants, soumettre le langage scientifique à des formules claires et compréhensibles en commençant par le commencement, comme on le fait pour les études littéraires et mathématiques; et en développant progressivement les détails; en élargissant les thèmes, tel est le point de vue spécial et concret qui s'impose. »

Naturellement cette éducation devra être extrêmement souple et s'adapter à chaque tempérament d'enfant, car nombreuses et profondes sont chez eux les divergences de caractère.

D'ailleurs, pour le rapporteur, la jeunesse d'aujourd'hui est bien désignée pour recevoir cette éducation nouvelle, parce qu'elle est plus consciente et plus dominée par une volonté éduquée et une intelligence plus claire de la vie et de la destinée de l'homme. L'orateur aborde alors l'organisation de l'enseignement sexuel par les maîtres, et là il est complètement d'accord avec le docteur Chotzen. Les maîtres doivent être admirablement préparés à cet enseignement et à ces devoirs nouveaux qui vont leur échoir, et ce sont les médecins qui pourront les préparer par des cours spéciaux institués dans les écoles normales. Ces cours porteront sur les sciences naturelles, l'anatomie et la physiologie, la pathologie, l'hygiène et la morale. Il est d'ailleurs une science qui aidera merveilleusement à assurer graduellement l'éducation sexuelle de l'enfant, c'est la botanique. Dès qu'il connaîtra les phénomènes de la reproduction chez les plantes l'enfant généralisera facilement ce qu'il aura appris, et la génération des animaux et des humains lui apparaîtra simple et sans troublant mystère.

Enfin la morale et l'hygiène seront enseignées afin de devenir les freins nécessaires à l'éveil de l'instinct et à sa mise en œuvre. « Comme il importe que la vie de l'homme soit saine, a dit M. Doléris en terminant, la société a charge de la préparer par un enseignement précoce, complet et convenable. »

Préparation et choix du médecin scolaire. — M. le docteur Ch. Lesieur (de Lyon). L'inspection médicale dans les écoles primaires, grâce à la Ligue française pour l'hygiène scolaire, vient d'être l'objet d'un projet de loi et d'un rapport de la commission de l'enseignement à la Chambre des députés; la question de la préparation et du choix du médecin scolaire est donc très actuelle et très importante.

Quel est d'abord le *rôle du médecin scolaire?* Jusqu'à ces derniers temps il est resté relativement vague et imprécis, mais il n'en est plus de même depuis la réorganisation de l'inspection des écoles de la Seine, et le récent décret instituant cette inspection dans toute la France. Les locaux scolaires et le mobilier, l'hygiène des établissements, l'état sanitaire des élèves et la constitution du carnet de santé individuel, les conditions imposées au personnel, la prophylaxie des maladies contagieuses, etc., sont confiés au médecin des écoles.

Mais c'est là une vaste tâche qui comporte des connaissances extrêmement étendues. *Que doit donc être le médecin scolaire?* Il doit être d'abord, cela va de soi, un bon médecin, ayant fait de solides études et connaissant bien la médecine générale, les sciences médicales dans leur ensemble. Mais, vu le milieu où il est appelé à exercer ses fonctions, il doit s'être familiarisé particulièrement avec les questions de médecine infantile, et avoir acquis les notions essentielles des diverses spécialités, ophtalmologie, rhinologie, etc. Il faut aussi qu'il ait étudié pratiquement l'hygiène et qu'il ait travaillé, au laboratoire, la bactériologie, la chimie, etc. Enfin il faut que les questions de sociologie, de pédagogie ne lui soient point étrangères et qu'il soit capable d'en enseigner les éléments dans des conférences familières.

On peut se demander aussi *ce que le médecin scolaire ne pourrait pas être.* S'il est juste de lui imposer par exemple une pratique de cinq années, il est juste aussi de faire entrer en ligne de compte le temps passé dans les services hospitaliers comme internes par exemple.

On ne peut d'autre part songer à lui interdire la clientèle privée, car alors il faudrait lui donner des appointements très considérables. En réalité il suffit que ses occupations à l'extérieur ne nuisent pas à son service scolaire.

Enfin il ne faut pas que le médecin scolaire nuise aux intérêts légitimes des médecins praticiens. C'est ainsi qu'à l'école il ne doit pas faire de thérapeutique mais seulement de l'hygiène; il ne peut pas non plus, comme médecin scolaire, pénétrer dans les familles.

Comme conclusion, dit M. Lesieur, le choix d'un médecin scolaire sera facile, en présence de candidats bien préparés. Science et conscience, voilà les deux principales garanties à exiger. Le concours, comme on vient de l'instituer à Paris, sera un excellent remède de recrutement.

Il importe en somme de bien choisir et de bien rétribuer les médecins scolaires, car la santé des enfants qui leur est confiée est l'avenir de la nation et de la race tout entière.

M. le docteur V. Desquin (d'Anvers). Les idées de l'auteur diffèrent quelque peu, comme on va le voir, de celles du précédent rapporteur. Pour que la surveillance sanitaire puisse se faire d'une manière efficace, dit M. Desquin, la collaboration du médecin et de l'instituteur est indispensable, et leur programme commun peut se définir ainsi : l'école, considérée, souvent avec raison, comme la source de maladies

et de déformations diverses, doit servir à préserver les enfants de ces maladies, à réparer les déformations dont ils sont atteints, à combattre les prédispositions que l'hérédité ou les mauvaises conditions dans lesquelles ils vivent leur ont imprimées, à fortifier leurs constitutions, en un mot à les rendre aptes, intellectuellement et physiquement, à la lutte pour la vie.

Mais tout en réalisant ce programme, le rapporteur ne veut pas qu'on tombe dans l'exagération, et qu'en envisageant les choses dans un sens beaucoup trop médical on méconnaisse le but de l'école. Pour lui, la fiche sanitaire, tant vantée, est impraticable dans les grands centres où son établissement demanderait un temps énorme, et inutile dans les petites communes où le médecin connaît tout le monde. Les parents se refuseraient d'ailleurs souvent à des investigations ayant un caractère plus ou moins inquisitorial. L'examen direct fait par le médecin de tous les élèves nouvellement arrivés et l'inscription dans un registre de toutes les particularités observées remplacent la fiche sanitaire et ne peuvent blesser personne.

Il importe, dit encore M. Desquin, que le médecin scolaire ne soit pas un spécialiste, mais s'occupe de médecine générale. Les spécialistes finissent par ne plus s'intéresser qu'à leur spécialité, et d'ailleurs les services spéciaux ne manquent pas dans les grands centres.

Il n'y a donc pas de préparation spéciale à demander aux médecins scolaires, et c'est aux administrations ou aux autorités scolaires à avoir assez de sagacité pour faire de bons choix.

PREMIÈRE SECTION

LES BATIMENTS ET LE MOBILIER SCOLAIRE

Le casier sanitaire des écoles. — M. le docteur Hector CRISTIANI (de Genève). Pour faciliter le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles et les rapports de celle-ci avec les autorités compétentes, M. Cristiani propose la création d'un *casier sanitaire de l'école* établi sur le modèle de celui qui fonctionne actuellement à Genève.

Ce casier prévoit pour chaque école un dossier composé de deux feuilles ; la première comprend, par années scolaires, les principaux faits et chiffres concernant l'école, la seconde comprend les différents plans de cette école.

L'établissement de ce casier pour les centres pourvus d'une inspection scolaire médicale est facile et peu dispendieuse.

Les bains-douches dans les écoles. — M. Ch. CAZALET (de Bordeaux). L'orateur fait l'historique des bains-douches à bon marché et montre que la ville de Bordeaux a été la première à marcher dans cette voie. C'est en effet dans cette ville que fut ouvert le premier local payant, en France, et son succès entraîna la création des bains-douches scolaires à dix centimes, savon compris. Dès la première année, on donnait 2 411 bains-douches scolaires. Depuis l'œuvre n'a cessé de prospérer mais elle a encore beaucoup à faire, aussi M. Cazalet propose-t-il le vœu suivant : il serait désirable que dans tous les établissements d'enseignement, les mesures nécessaires fussent prises pour que l'usage des bains-douches devienne obligatoire, et que dans toutes les écoles à construire, les bains-douches fussent considérés comme faisant partie du matériel scolaire obligatoire.

M. GRENNESS, instituteur à Christiana, fait une communication sur le même sujet.

DEUXIÈME SECTION

HYGIÈNE DES INTERNATS

Des conditions hygiéniques les meilleures d'établissement d'un internat. — M. FERTÉ, proviseur du lycée Louis-le-Grand. Les internats doivent être, autant que possible, extra-urbains. Ils doivent être établis sur des terrains libres, en pente, bien aérés.

Pour les bâtiments, il importe que les classes soient toujours au rez-de-chaussée, les études au rez-de-chaussée ou au premier étage, les dortoirs au deuxième ou au troisième étage. Les réfectoires seront séparés des cuisines par une cour. L'infirmerie sera isolée dans une partie boisée de l'établissement.

Pour les classes et les études, l'auteur rappelle l'importance considérable de l'aération, de l'éclairage, du mobilier qui doit être approprié à la taille des élèves, du chauffage qui ne doit jamais être fait par des poêles. Les cours de récréations, aussi vastes que possible, doivent être complétées par des préaux couverts.

Les locaux de l'internat, dortoirs, réfectoires, infirmerie, bains-douches, dépendances, retiennent longuement l'attention du rapporteur qui étudie leurs positions respectives et leur aménagement. Pour lui, les installations les mieux comprises ne sauraient d'ailleurs, dans un internat, avoir d'heureux effets, si la vie n'est pas réglée de façon hygiénique, si l'éducation physique n'y tient une large place, si la durée du travail sédentaire, du sommeil, des récréations, des repas, n'est pas distribuée de façon judicieuse.

M. le docteur C. E. SCHELLY (d'Halleyburg) présente sur le même sujet un rapport tendant à des conclusions identiques.

L'hygiène dans les internats de jeunes filles. — Mlle ALLEGREZ, directrice du lycée de jeunes filles de Versailles, et M. le docteur BROUSSIN (de Versailles). Malgré ses inconvénients, l'internat des jeunes filles est une nécessité sociale. Les auteurs exposent donc dans quelles conditions idéales ils conçoivent cet internat.

Ils veulent créer un milieu où la jeune fille prendrait conscience du prix de la santé pour elle et les autres et accepterait par devoir les règles de l'hygiène. Ce milieu ne peut être qu'une maison aussi restreinte que possible, organisée de façon à subdiviser encore les groupements adoptés. Cette disposition, favorable en elle-même à l'éducation physique de la jeune fille, permet une organisation assez souple pour tenir compte des cas individuels.

Il importe d'ailleurs de compléter l'hygiène phy-

sique par la création d'un milieu moral trempant les caractères.

M. le docteur Waclaw GOZDZICKI (de Varsovie) présente un travail sur la même question. Il prône l'internat du type familial et rural.

Vu l'émotivité et la nervosité des jeunes filles, le rôle du médecin scolaire sera considérable dans les internats qui leur sont destinés, et c'est dans la lutte contre les maladies contagieuses et nerveuses des pensionnaires que son énergie se manifestera le mieux.

TROISIÈME SECTION

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES ET DOSSIERS SANITAIRES INDIVIDUELS. SANCTIONS PRATIQUES DE LEUR MISE EN ŒUVRE.

Rapports du médecin inspecteur des écoles avec les maîtres et avec les familles et leurs médecins. — M. le docteur CAYLA (de Neuilly). L'inspection médicale des écoles et les règlements nécessitent, pour être utiles, l'étroite collaboration du médecin, du directeur et des familles, accessoirement celle du médecin de la famille.

Dans la vie quotidienne, le médecin scolaire peut être appelé tous les jours à prêter son concours au directeur. Il est de plus, à tout instant, le conseiller hygiénique des maîtres.

Le médecin scolaire n'est jamais en rapport direct avec les familles, et ses rapports avec le médecin de la famille doivent être très réduits; il n'a d'ailleurs pas à s'immiscer dans les traitements suivis par l'enfant chez ses parents, et son intervention ne doit nullement se produire en dehors de l'école.

M. le docteur Gustavo GASPARINI (de Florence). Probablement parce qu'il habite un autre pays que le précédent rapporteur, M. Gasparini admet au contraire que le médecin scolaire peut se mettre en rapport direct avec les familles; il peut même faire des visites au domicile des familles sans y avoir été préalablement invité, surtout s'il s'agit de prendre d'exceptionnelles mesures d'hygiène.

Il devra cependant, dans ses rapports avec les médecins des familles, se maintenir toujours dans les règles de la déontologie médicale.

Rapport sur l'organisation de l'inspection médicale pour les écoles de campagne. — M. le docteur GAGNIÈRE (de Thiais). Cette inspection n'existe presque nulle part en France, et il importe de la créer en profitant de ce qui a été fait à l'étranger. Pour cela il faut une loi, et un projet dans ce sens a été, cette année même, déposé et renvoyé à la commission de l'enseignement.

Pour le rapporteur ce projet doit être remanié. Il propose d'imposer l'établissement de la fiche scolaire, la création de chaires d'hygiène scolaire dans les écoles de médecine, d'enlever aux préfets le recrutement des médecins départementaux et d'instituer des concours pour assurer ce recrutement.

Entrant dans les détails de l'organisation, le rapporteur dit quels appointements devraient être assurés aux médecins scolaires départementaux, s'occupe de la délimitation des circonscriptions, et demande que les dépenses nécessaires soient supportées par les communes, le département et l'Etat.

M. Francis FREMANDLE (de Hertfordshire, Angleterre) présente un rapport sur le même sujet.

Il indique notamment que les infirmières scolaires rendent les plus grands services, et que ce facteur important au point de vue de l'hygiène scolaire est destiné vraisemblablement à prendre une extension rapide.

Par qui doivent être faits dans les écoles les examens médicaux des organes spéciaux? — M. le docteur STACKLER (de Paris). Pour assurer le bon fonctionnement de cette partie spéciale de la médecine scolaire, les pouvoirs publics doivent prendre en considération non seulement le but à atteindre et les moyens médicaux et financiers dont ils disposent, mais encore certaines conditions variables suivant les pays et même les localités.

Dans les écoles communales de la ville de Paris, les examens médicaux des organes spéciaux sont confiés aux médecins inspecteurs, et le programme de ces examens, limité uniquement aux questions d'ordre scolaire, paraît suffisant.

M. le docteur OEBEKKE (de Breslau) dit qu'il ne peut être question de recourir au médecin inspecteur s'il s'agit d'un traitement individuel demandé par l'école, la tâche serait trop étendue. La collaboration de médecins spéciaux est indispensable, dans ce cas, pour l'école. Le rapporteur propose de s'adresser soit à des polycliniques, soit à des médecins spéciaux employés par l'administration de l'école, à côté du médecin inspecteur. Il faut tenir aussi un large compte des sœurs infirmières attachées aux écoles, et qui rendent de si grands services en Angleterre et en Amérique.

De l'organisation de l'inspection médicale des écoles en France. — M. le docteur Henri GOURICHON (de Paris). Les conclusions de cet intéressant rapport sont les suivantes. Le service de l'inspection médicale des écoles publiques et privées doit être organisé par l'Etat, et à cet effet les villes et les départements seront divisés en circonscriptions pouvant englober un ou plusieurs quartiers, une ou plusieurs communes. Chaque circonscription comprendra, en moyenne, 500 enfants, campagnes ou villes; cependant ce chiffre pourra être augmenté dans les départements à population dense, et même porté à 1 000 dans les grandes villes. Un médecin inspecteur sera attaché à chaque circonscription et devra l'habiter. Exception est faite pour les grandes villes. Le médecin inspecteur sera nommé par le préfet : dans les villes ayant une Faculté ou une Ecole de médecine, après concours portant sur la pathologie infantile et l'hygiène scolaire; dans les autres villes et les campagnes après concours sur titres et avis du conseil départemental d'hygiène.

Le rapport se termine par l'estimation des indemnités à allouer au médecin inspecteur, indemnités devant être supportées par les communes, les départements et l'Etat.

QUATRIÈME SECTION

ÉDUCATION ET ENTRAINEMENT PHYSIQUES

Rapport sur l'utilité des terrains de jeu pour les écoliers. — M. le commandant Converset (du 102e d'infanterie). Se basant sur ce fait, qu'il développe scientifiquement, que le jeu est une nécessité pour l'enfant, le rapporteur propose les vœux suivants. Les terrains de jeu sont indispensables pour les écoliers, au même titre que l'air et la lumière. Ces terrains doivent être autant que possible, situés à proximité immédiate des bâtiments scolaires, si l'on veut qu'ils rendent réellement les services qu'on doit en attendre pour l'hygiène et l'entraînement physique des enfants. En attendant la réalisation de ces desiderata pour les écoles à créer, il y a lieu pour les municipalités de ménager, dans les jardins publics et dans les parcs, des espaces libres à la disposition des écoliers et des enfants. Les terrains de manœuvre militaires devraient également pouvoir être utilisés pour les jeux des enfants dans des conditions à déterminer suivant entente avec les autorités intéressées. Pour les municipalités qui n'ont pas encore fait entrer la question des terrains de jeu dans les projets d'aménagement de leur ville, il y a un devoir urgent a combler cette lacune.

La gymnastique scolaire suivant les âges et les aptitudes physiques. — M. Demeny. Tout enseignement de l'éducation physique exige deux conditions : un choix et un ordonnancement des exercices d'après leur valeur scientifique, artistique et sociale, une manière d'enseigner qui fasse aimer l'exercice et contribue à sa propagation.

La gymnastique, telle qu'on la conçoit maintenant, a l'avantage de pouvoir être mise à la portée de la femme, et elle peut aussi être facilement graduée selon les âges.

L'important est de former de bons maîtres, ce qui demande longtemps. Il faut les former grâce à une école centrale dont les élèves seront en petit nombre mais fortement poussés du côté théorique et pratique. A leur tour ils se répandront sur la France et créeront des centres d'enseignement et de propagande.

Le travail manuel à l'école. — M. Turin. De l'enquête très approfondie à laquelle s'est livré le rapporteur concernant le travail manuel dans les écoles primaires, secondaires et supérieures, il résulte que pour les deux premiers degrés de l'instruction des enfants il n'a rien été organisé autrement que par l'initiative privée pour les garçons. Pour les filles rien n'a été fait en dehors de l'école primaire. L'enseignement du travail manuel a été par contre poussé à fond aux écoles nationales d'arts et métiers, mais on n'y a jamais organisé de cours d'éducation physique ni de gymnastique rationnelle venant par des exercices appropriés délasser les membres et combattre les tendances aux déformations musculaires professionnelles produites par un travail intensif chez des jeunes gens incomplètement formés.

CINQUIÈME SECTION

PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES A L'ÉCOLE. MALADIES D'ORIGINE SCOLAIRE

Maladies parasitaires des téguments à l'école. — M. le docteur E. Jeanselme (de Paris). L'encombrement, les espaces trop restreints, la multiplicité des contacts et surtout l'absence de soins corporels sont les principales causes favorisant la germination et l'acclimatement des maladies parasitaires cutanées à l'école.

Ce sont surtout les dermatoses parasitaires *tondantes* que le médecin inspecteur doit savoir dépister.

La *phtiriase* d'intensité moyenne n'oblige pas l'enfant à interrompre ses études. La *gale* n'interdit l'accès de l'école que pour un temps très court, à condition que vêtements et literie aient été sûrement et soigneusement désinfectés. La durée des *teignes* est très abrégée depuis qu'on les traite par la radiothérapie. Depuis 1906, les *peladiques* ne sont plus considérés comme contagieux, et partant ne sont plus exclus de l'école.

Le rapporteur insiste sur ce que le médecin inspecteur est appelé à être, en collaboration avec l'instituteur, le véritable éducateur d'hygiène de la démocratie. Son enseignement sera fait, non pas en classe, mais dans une salle annexe munie de lavabos et, si possible, de bains-douches.

Chaque matin les enfants passeront la revue de propreté et seront astreints aux ablutions nécessaires. Les cheveux des garçons seront souvent savonnés, la nurse veillera au brossage des ongles et inspectera narines, bouche, oreilles, paupières, etc.

Il faut graver dans le cerveau des enfants que les maladies cutanées parasitaires sont évitables et arriver à ce que les actes de propreté deviennent pour eux des gestes instinctifs.

M. le docteur Meirowsky fait sur la même question une communication à peu près identique à la précédente.

Des moyens de protéger les familles contre les maladies contagieuses. — M. le docteur Gillet (de Paris). Il faut attirer l'attention des parents sur les mesures d'hygiène capables de s'opposer à la transmission de ces maladies, et l'administration dispose pour cela de feuilles imprimées.

M. le professeur A. Lode (d'Innsbrück) insiste sur les mesures d'hygiène théorique et pratique dont la diffusion s'opposera à la contagion des familles par les écoliers.

Surveillance des écoliers contagieux en dehors de l'école. Conditions de leur réadmission à l'école. — M. le docteur Prosper Merklen (de Paris). Le rapporteur estime que le certificat médical exigé pour la réadmission à l'école, des enfants qui ont été malades, n'est pas toujours réclamé. C'est un tort. Ce certificat devrait d'ailleurs, d'après lui, être établi par le médecin inspecteur.

Deux notions nouvelles font de la durée de l'éviction hors de l'école un point assez délicat, à savoir la contagion fréquente de la maladie durant l'incu-

bation, et le danger présenté par les porteurs de germes après la guérison. A ce propos M. P. Merklen propose des moyennes d'éviction pour les différentes maladies contagieuses.

Le médecin scolaire avisé d'un cas de maladie contagieuse devra s'assurer que les locaux d'habitation, les vêtements, le linge ont été désinfectés, et dans certains cas faire détruire les livres et cahiers appartenant à l'école et que l'enfant a touchés. Quant aux enfants cohabitant avec le malade ils seront en principe écartés de l'école durant la maladie et durant un temps égal à celui de l'incubation compté à partir du dernier jour où l'enfant aura été contagieux.

Naturellement il faut agir avec discernement et ne pas se comporter de la même manière en face de toutes les infections.

Désinfection et destruction des livres, etc., sont indispensables après fièvre typhoïde, variole, méningite cérébro-spinale, diphtérie, scarlatine, poussée de tuberculose. On pourra s'abstenir après la rougeole, la coqueluche, les oreillons, la varicelle, la rubéole, dont les germes ont une faible vitalité.

A propos de la même question, M. le docteur Thomas Harrington (de Boston, Massachusetts) dit qu'une sérieuse coopération entre l'école et la maison est nécessaire.

On pourra espérer beaucoup lorsque le public, enfin instruit et persuadé, aura l'idée bien arrêtée que les maladies contagieuses sont évitables et que c'est une criminelle négligence que de ne pas s'occuper de les prévenir.

SIXIÈME SECTION

L'HYGIÈNE EN DEHORS DE L'ÉCOLE. ÉCOLES DE PLEIN AIR. COLONIES DE VACANCES, ETC.

Les écoles de plein air et les élèves qui doivent en bénéficier. — M. Lacabe-Plasteig, inspecteur de l'enseignement primaire de la Seine. Le rapporteur propose de créer des écoles de plein air pour les enfants des grandes agglomérations. Elles comprendront des internats permanents, et des externats temporaires dont la durée variera selon les climats.

Les élèves seront choisis de préférence dans la classe pauvre, parmi les enfants fatigués, débiles, scrofuleux, atteints de tuberculose ganglio-pulmonaire fermée non contagionnante.

Les écoles de plein air seront aussi ouvertes aux arriérés pédagogiques, car l'enseignement y sera concret, actif et pratique, ce qui pourra chez eux éveiller la pensée.

L'hygiène y sera rigoureuse et l'enseignement donné au dehors dans la plus large mesure possible.

M. Thomas B. Balliet, doyen de l'école de pédagogie de New-York, compte beaucoup sur les écoles de plein air pour amener d'ici peu une ventilation plus effective des écoles en général.

Du rôle des œuvres complémentaires de l'école dans l'hygiène des enfants et des adolescents, Caisse des écoles, mutualité scolaire, associations d'anciens élèves, patronage, cours d'adultes, etc. M. Demest, directeur d'école (de Paris).

Emploi du temps et régime dans les écoles de plein air. — M. le docteur Vigne (de Lyon). L'école de plein air *externat* (type étranger) a une portée purement préventive et doit être réservée aux simples malingres.

L'école *internat*, école-sanatorium de Grancher (type français) a une action curative; elle convient aux enfants porteurs de signes précoces, mais certains, de tuberculose pulmonaire.

Quant au régime alimentaire et à l'emploi du temps proprement dit, ils se résument dans cette formule du professeur Grancher : double ration d'air, double ration de nourriture, demi-ration de travail.

Horaire et emploi du temps dans les écoles de plein air. — M. le docteur Armin Bexheft (de Budapest). Tout doit être combiné de façon à garantir autant que possible l'enfant contre tout ce qui est susceptible de nuire à sa santé, principalement lui éviter tout surmenage physique ou intellectuel. S'efforcer, d'autre part, par la mise en œuvre de tous les moyens dont on dispose, d'améliorer l'état général de sa santé, d'augmenter sa force de résistance, de faire progresser ses facultés physiques et intellectuelles et en même temps de développer son instruction.

(*A suivre.*) A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXII, n° 21, 26 mai 1910.) Joel E. Goldthwait et Llyod T. Brown : Les causes de la gastroptose et de l'entéroptose avec leur importance possible comme un facteur causal dans les affections rhumatismales (avec 19 figures). — John B. Hawes : L'état actuel de la campagne antituberculeuse dans les Massachusetts. — R. H. Gilpatrick : Opération césarienne dans le placenta prævia et dans l'éclampsie puerpérale. — Samuel H. Kagan : La classification nucléaire des leucocytes neutrophiles et ses relations avec les maladies. — Louis A. Goddu : Un cas de lésion typhique de la colonne vertébrale. — (N° 22, 2 juin.) James G. Mumford : La maladie de Graves. — Olivier A. Lothrop : L'amygdalotomie et spécialement de quelques points récents de sa technique. — Léon S. Médalia : Sur la valeur thérapeutique du bacille paralactique. — Edgar Garceau : Nouveau cathéter urétéral (1 fig.). — William G. Quinby : La prostatectomie pour les prostatites à répétition (1 cas.). — Nathaniel R. Mason et H. J. Inglis : Un cas d'œdème aigu du larynx à la suite d'une éthérisation pour application de forceps. — (N° 23, 9 juin.) J. Collins Warren : La chirurgie à Londres au début du XIXe siècle, d'après l'observation d'un chirurgien américain de la vieille école (2 fig.). — Edward F. Otis : Frederick Irving Knight (1841-1909). — James G.

MUMFORD : Charles Burnham Porter. — Thomas ORDWAY : L'enseignement de la pathologie par la méthode clinique complétée par les pièces anatomiques et les examens microscopiques. — Henry O. FEISS : La mensuration des déformations du pied plat (1 fig.). — Frank H. LAHEY : Un cas d'anesthésie par la méthode veineuse de Bier, pour l'opération d'un anévrisme brachial.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 12, 30 juin 1910.) TÉCHOUYÈRES : Les origines de l'instinct.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES ÉPILEPSIES (1)

ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONIENNE. — C'est un *syndrome* caractérisé par des convulsions toniques et surtout cloniques, ayant leur point de départ dans des groupes musculaires circonscrits et dues à une excitation localisée, directe ou réflexe, de l'écorce cérébrale.

Prodromes. — Ils sont analogues à ceux de l'épilepsie essentielle :

a. *Eloignés*, engourdissements, fourmillements, céphalée, troubles visuels, etc.

b. *Immédiats*, plus importants dans cette forme que dans la précédente, aura (motrice, sensitive, organique, etc.).

Accès. — L'accès qui ne s'accompagne le plus souvent ni de cri, ni de chute, ni d'incontinence d'urine, comprend une période tonique qui peut faire défaut et une période clonique.

Ce qui caractérise ces accès, c'est la *limitation* des accès convulsifs : ces convulsions sont ou *parcellaires* restant toujours parcellaires, ou parcellaires au début, se *généralisant* dans la suite. On a distingué plusieurs types convulsifs.

a. *Type facial*, débutant par la contracture des commissures labiales, puis l'apparition de secousses des globes oculaires et de contracture du maxillaire s'étendant ensuite au membre supérieur puis au membre inférieur, avec perte de connaissance avant la généralisation.

b. *Type brachial*, flexion d'un ou de plusieurs doigts; puis les convulsions envahissent l'avant-bras, le bras, l'épaule, s'accompagnant alors de perte de connaissance.

c. *Type crural* rare, flexion ou extension du gros orteil, puis envahissement de tout le membre inférieur et perte de connaissance.

D'une manière générale, cette perte de connaissance est moins complète que dans l'épilepsie essentielle; le sujet conserve la conscience rétrospective de sa crise.

L'accès se termine par une courte période de *stertor* après une durée de quelques secondes à une heure. Il est assez fréquent d'observer à la suite de ces crises des paralysies ; le plus souvent il s'agit d'hémiparésie, parfois cependant la paralysie peut persister longtemps. Les contractures sont rares.

Les crises peuvent devenir *subintrantes* : c'est l'ÉTAT DE MAL jacksonien. Il existe enfin des *équivalents épileptiques* (migraine ophtalmique).

Diagnostic. — Le diagnostic de cette forme doit être fait à plusieurs points de vue.

a. Il faut tout d'abord distinguer cette épilepsie jacksonienne de l'*épilepsie* essentielle et de l'HYSTÉRIE, puis de certaines formes d'éclampsie ou de convulsions de l'enfance. (Nous n'insisterons pas sur ces diagnostics.)

b. Il faut ensuite essayer de LOCALISER LE SIÈGE de l'irritation corticale; longtemps on a cru que seule la zone corticale rolandique était capable, une fois irritée, de déterminer une crise épileptique; en réalité, les recherches les plus récentes ont bien montré que toute excitation d'un point quelconque de la corticalité était capable de déterminer une crise épileptique; même lorsqu'existe à la suite de cette crise une paralysie limitée, M. Raymond se refuse à établir un diagnostic topographique.

Les crises peuvent être provoquées par un excès de pression intracérébrale (voir *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, l'attaque épileptique, 1910, p. 533).

Ces réserves faites, il n'en reste pas moins vrai que l'on devra toujours essayer quand même d'arriver à ce diagnostic de localisation en recherchant d'autres symptômes permanents de *localisation*, en recourant à la *radiographie*, etc.

c. Reste enfin le diagnostic de la CAUSE.

Parfois la cause est évidente : en particulier si l'attaque d'épilepsie s'observe à la suite d'un *traumatisme*. Rochard a bien montré que le traumatisme pouvait provoquer l'épilepsie soit par *compression directe* (esquille osseuse, enfoncement de la voûte), soit par *compression indirecte* (hémorragie méningée). Il faudra se rappeler que les crises peuvent n'éclater que fort longtemps après ce trauma (voir *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, épilepsie traumatique, 1910, p. 281).

S'il n'existe pas de traumatisme antérieur, il faudra aussitôt penser à la SYPHILIS.

Dès la *période secondaire,* la syphilis peut provoquer des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne par *exostoses* de la boîte cranienne; plus tard il s'agira soit encore d'exostoses, soit de productions *gommeuses* ou *scléro-gommeuses*. C'est à la syphilis qu'il faut toujours penser, en présence d'un sujet de plus de trente ans, qui pour la première fois fait une crise d'épilepsie.

Il faut également y penser chez l'enfant; mais chez l'enfant plus souvent il s'agira d'hémorragie méningée, de plaques de méningites, de tubercules, etc.

Enfin, il faut songer à toutes les tumeurs cérébrales sans oublier l'abcès du cerveau, le kyste hydatique, le tubercule ou la plaque de méningite isolée.

On recourra, pour parvenir à ce diagnostic précis, aux renseignements fournis par la ponction lombaire (xantochromie, coagulation massive, réaction de Weinberg, de Wassermann).

On examinera le fond de l'œil; on recherchera l'intégrité des fonctions olfactives, auditives, etc.

Ce diagnostic de la cause entraîne celui du TRAITEMENT; ponction lombaire provoquant une hypotension momentanée et salutaire parfois du liquide céphalo-rachidien ; traitement mercuriel s'il s'agit de syphilis, ou même si l'on ne fait que soupçonner la syphilis [injections intraveineuses, intramusculaires, intrarachidiennes même (nouveau procédé d'Ehrlich)].

Enfin, dans certains cas, TRAITEMENT CHIRURGICAL : la question de ce traitement chirurgical a fait l'objet de travaux nombreux et récents, parmi lesquels il faut citer celui de M. Picqué.

Au dernier Congrès de chirurgie, on a discuté, mais sans enthousiasme, le traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle (ligature du sinus longitudinal supérieur, sympathycectomie, ligature des vertébrales, etc.).

Plus important est le chapitre qui a trait au traitement chirurgical de l'épilepsie *traumatique* et *bravais-jacksonienne*; il faut distinguer les épilepsies traumatiques précoces dans lesquelles le traitement chirurgical est le plus souvent suivi d'heureux effets, et les épilepsies traumatiques tardives auxquelles s'applique la craniectomie avec ou sans ablation de la substance corticale dans la zone altérée.

On pourra tenter une intervention si l'on se croit en présence d'un kyste hydatique.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'épilepsie reconnaissant une origine réflexe, polypes, cicatrice, on pourra enlever chirurgicalement cette cause d'irritation.

En dehors de ces cas on recourra à la médication bromurée associée ou non à l'opium, avec ou sans régime déchloruré.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Maladies des enfants*, t. V. — BERBEZ. Epilepsie jacksonienne, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1888, n° 50. — G. BALLET. L'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1890, n° 85. — MARMIER et VALLET. Epilepsie traumatique, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 21. — E. GELMA. Du rôle de l'infection et de l'auto-intoxication dans l'apparition de l'attaque épileptique, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 38.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 88, p. 1245.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de consultations médicales, par X. ARNOZAN, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux. In-18 colombier, cartonné toile, de 480 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Etudes sur la paralysie générale et sur le tabes. Etiologie. Clinique. Traitement, par MM. Paul SPILLMANN, professeur de clinique médicale, correspondant de l'Académie de médecine, et Maurice PERRIN, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Préface de M. le professeur FOURNIER. In-18, de VI-88 pages, broché. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

N° 92. — SAMEDI 13 AOUT 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 13 AOUT 1910. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1911 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 19 septembre 1910, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, jusqu'au mercredi 31 août 1910 inclusivement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRIX A DÉCERNER EN 1910. — *Prix Marjolin Duval* (300 francs). Prix annuel à l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1910.

Prix Dubreuil (400 francs). Prix annuel, destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie. — Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, avant le 1er novembre 1910.

Prix Laborie (1.200 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. — Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

LE VIe CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE se tiendra à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

Les présidents de section seront : pour la *Pédiatrie*, M. le professeur Kirmisson; pour la *Gynécologie*, M. le professeur Hartmann; pour l'*Obstétrique*, M. le professeur Rouvier.

Voici les questions qui seront l'objet d'un rapport, avec le nom des rapporteurs :

Formes aiguës curables de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant : M. Aviragnet.
Eczéma des nourrissons : M. Rocaz.
Ostéomyélite vertébrale : M. Grisel.
Sténose pylorique des nourrissons : MM. Frédet et Guillemot.
Mégacolon : M. Patel.
Tumeurs solides de l'ovaire : M. Mériel.
Rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et l'accouchement : MM. Audebert et Gilles.
Pathogénie et traitement des vomissements graves de la grossesse : M. Fieux.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Audebert, secrétaire général du Congrès, 1, place Matabiau, à Toulouse.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente et unième semaine, 720 décès, au lieu de 795 pendant la semaine précédente et au lieu de 807, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

On ne compté aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique et on signale 2 cas nouveaux.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Leçons cliniques pour le diagnostic des maladies vénériennes et de la peau.* — Pendant les mois d'août et septembre, le docteur Milian, médecin des hôpitaux, fera dans la salle des conférences du musée de l'hôpital Saint-Louis, tous les mercredis à trois heures et demie, des leçons cliniques pour le diagnostic des maladies vénériennes et de la peau, avec présentation de malades et de moulages.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Assomption.* — A l'occasion de l'Assomption, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 11 août, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 22 août 1910, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

RENSEIGNEMENTS

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXe SESSION (BRUXELLES ET LIÉGE, 1er-7 AOUT 1910)

L'ouverture du Congrès avait été précédée la veille d'une soirée offerte par MM. les présidents Crocq et Klippel.

Lundi 1er août, à dix heures, a eu lieu la séance solennelle d'ouverture dans la salle des milices du magnifique hôtel de ville de Bruxelles. Après un discours du délégué du ministre de l'intérieur et de l'agriculture belge, M. Beau, ministre de France, en quelques mots éloquents, montra l'intérêt que le gouvernement de la République porte au Congrès qui va discuter deux questions capitales, l'une pour la métropole, l'autre pour les colonies. Puis M. Garnier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur, M. le médecin principal Simonin, professeur au Val-de-Grâce et délégué du ministre de la guerre, prirent la parole.

Ce fut enfin le tour des présidents qui unirent leur pensée dans une allocution commune que prononça M. Crocq. Après des paroles de remerciements, l'orateur montra l'importance des lois de préservation et de médecine sociale.

PREMIER RAPPORT

LA MALADIE DU SOMMEIL

M. VAN CAMPENHOUT (de Bruxelles). La maladie du sommeil ou trypanosomiase humaine est due au trypanosome gambiense. L'affection se limite à l'Afrique, spécialement à l'Afrique occidentale et centrale. Elle sévit surtout le long des rives des fleuves et de leurs principaux affluents.

A. NOTIONS ÉTIOLOGIQUES. — Du jour où les Européens ont occupé effectivement le centre de l'Afrique, la maladie y a subi une recrudescence énorme qui a été encore facilitée par la création de nouveaux moyens de communication, le recrutement d'individus atteints de formes plus virulentes de trypanose, etc. Jusqu'à ces dernières années, on croyait que les Blancs étaient réfractaires à la maladie, mais depuis il a été prouvé que toutes les races peuvent être atteintes et on ne compte plus les Européens qui en sont morts.

Le trypanosome gambiense est un flagellé dont on ne connaît actuellement chez l'homme que la forme vivant librement dans le plasma. Large de 2 μ, long de 17 à 28 μ, le parasite possède un flagellum libre qui peut atteindre le 1/4 ou le 1/3 de la longueur totale. Il est pourvu d'un noyau central et d'un centrosome situé près de l'extrémité postérieure, tous deux nettement visibles après coloration au Romanowski ou au Giemsa.

Le trypanosome est inoculable aux animaux. Par ordre de réceptivité décroissante il faut citer la plupart des singes, le chien, le rat blanc, la souris, le lapin, le cobaye, ces deux derniers y étant peu sensibles.

L'intermédiaire indispensable à la propagation de la maladie est la glossina palpalis. La transmission par rapports sexuels, admise par Koch, doit non seulement être une exception, mais semble pratiquement impossible. Jamais par exemple il n'a été fait mention que les nombreux Européens revenus atteints de trypanosomiase aient été cause d'un cas européen.

La mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français mentionne la possibilité de transmission de la maladie par des piqûres de moustiques, mais les cas positifs signalés n'excluent pas du tout l'intervention de la glossina palpalis.

D'autres mouches interviennent-elles, en particulier la glossina morsitans, comme on l'a soutenu, c'est peu probable.

Du reste, il est étrange de voir comme les foyers originels de maladie du sommeil se superposent aux aires de dispersion de la glossina palpalis. Cette mouche se tient ordinairement dans des endroits ombragés, à 50 mètres du bord des eaux courantes, rivières ou fleuves (aire de résidence). Cependant la mouche tsé-tsé ayant un vol puissant peut s'éloigner plus ou moins de son habitat, suivre une caravane, un canot, se fixer sur des wagons de chemin de fer et se transporter à grandes distances (aire de suite).

La glossina palpalis est pupipare. Pour que ses larves arrivent à maturité il faut qu'elles soient déposées en un sol humide et à température relativement fraîche. Dès que, grâce au débroussement, le soleil peut darder ses rayons jusqu'à la terre, celle-ci s'échauffe rapidement, tuant toutes les chrysalides enfouies dans le sol.

Jusqu'à il y a quelques mois, il était admis que la transmission s'opérait mécaniquement: on ne la croyait possible qu'avec des mouches ayant piqué depuis moins de quarante-huit heures un sujet malade.

En réalité, de même que le germe de la malaria se modifie dans le corps des anophèles, de même le trypanosome se transforme dans les voies digestives des glossines (Routeaud). La mouche ne deviendrait infectante que vers le dixième jour, mais le resterait jusqu'au soixante-dixième et même soixante-quinzième.

B. ETUDE CLINIQUE. — On a distingué dans l'étude de la maladie trois périodes précédées par l'*incubation*. Celle-ci débute avec la piqûre infectante, quelquefois mais rarement suivie de phénomènes locaux. Sa durée est variable, difficile à préciser, en moyenne une dizaine de jours.

Première période. — Le principal symptôme est une *fièvre* irrégulière, oscillant de 38 à 40 degrés, alternant avec des périodes apyrétiques. Puis le malade se plaint d'asthénie, parfois accuse une sensibilité exagérée à la douleur, éprouve de la paresse intellectuelle ou présente au contraire des phénomènes d'excitation cérébrale dont le délire au point

de vue médico-légal n'est pas le moins intéressant à connaître.

Les insomnies sont fréquentes. Du côté de la peau on observe souvent des taches, de multiples plaques érythémateuses arrondies, localisées au tronc ou aux membres. Le prurit n'est pas rare. Il est enfin un symptôme d'importance capitale pour le diagnostic précoce : c'est l'envahissement ganglionnaire surtout de la région cervicale postérieure.

Deuxième période. — Les phénomènes précédents s'accentuent. Bientôt apparaissent des symptômes plus graves d'origine cérébrale ou médullaire, tremblement fibrillaire de la langue, tremblement de certains groupes musculaires, changement de caractère et par-dessus tout apathie et somnolence. Cependant l'assoupissement n'existe pas toujours et il est des malades qui se plaignent d'insomnie. Les accès de folie à manifestations variées sontfréquents : tentatives d'homicide, de suicide, etc.

Cette seconde période dure de quelques semaines à quelques mois et une pyrexie intercurrente peut survenir à ce moment et emporter le malade.

Troisième période. — La somnolence devient subintrante. Le malade ne sort plus de sa torpeur : il ne peut ni manger ni boire spontanément. Les phénomènes d'excitation peuvent s'accentuer et se calquer même sur ceux de la paralysie générale. Mort dans le collapsus.

Diagnostic. — Facile aux deux dernières périodes, délicat au stade initial. Les examens de laboratoire sont alors très utiles : 1° dans le sang on peut observer le phénomène habituel de l'auto-agglutination et constater la présence du parasite ; 2° dans le suc retiré d'un ganglion engorgé (Broden) le trypanosome se décèle bien, c'est là le procédé pratique par excellence ; 3° dans le liquide céphalo-rachidien se manifestent des altérations diverses, cellulaires surtout.

C. Traitement. — a. *Curatif.* — La maladie du sommeil était réputée incurable jusqu'à ces dernières années. Depuis 1905, de nouvelles médications ont été essayées avec des résultats favorables. S'il ne faut plus escompter la guérison quand les lésions ont atteint le système nerveux, celle-ci au contraire est fréquente à la première période.

La thérapeutique est analogue à celle de la syphilis, en ce sens qu'on doit faire subir aux malades une série de cures espacées en plusieurs années. Mais il y a là aussi une grande cause d'insuccès, surtout chez les indigènes. Ceux-ci, en effet, aux premiers stades de la trypanose ne se croient pas malades et se soumettent difficilement à une cure méthodique.

L'atoxyl est surtout employé : il est assez efficace. Il n'en faut pourtant pas méconnaître les dangers (phénomènes d'intoxication variables, mais surtout névrite optique). On fait pendant trois mois des injections de 50 centigrammes à raison de deux par semaine. Après un repos de trois mois on reprend la cure. Ce traitement doit généralement être continué trois ans durant. Six à douze heures après l'injection les trypanosomes disparaissent du sang. On a associé à l'atoxyl la strychnine, le mercure, l'orpiment et l'émétique. On lui a substitué avec des succès divers l'arsenophénylglycine, l'acide arsénieux, la soamine, les sels d'antimoine, diverses matières colorantes (trypanroth, afridol, parafuchsine), etc.

b. *Prophylactique.* — 1° *Destruction des mouches* directe ou indirecte par le *débroussement* systématique des abords des rivières, la destruction systématique des crocodiles, du gibier et autres animaux qui servent de nourriciers aux glossines ;

2° Eviter les endroits à tsé-tsé pour bâtir des habitations (postes, stations, villages indigènes) ;

3° Surveiller les routes de caravane, les transports par rivière, par chemin de fer ;

4° Abriter les habitations par des tentures en gaze métallique, les individus par des vêtements spéciaux ;

5° Mesures légales : traitement obligatoire des malades, passeports et certificats, déclaration obligatoire par les chefs des villages indigènes.

La maladie du sommeil et les narcolepsies. — M. J. Lhermitte (de Paris), co-rapporteur. Le terme de narcolepsie fut proposé pour la première fois par Gélineau pour désigner une névrose particulière caractérisée par une série d'attaques d'envies irrésistibles de dormir auxquelles le sujet est forcé de céder.

Cette conception a subi des vicissitudes, et la narcolepsie n'est plus considérée que comme un symptôme commun à des affections très éloignées par leurs caractères cliniques, leur nature, leur pathogénie.

L'invasion du sommeil est plus ou moins brutale : souvent après les repas ou pendant un travail monotone et régulier, le malade ressent au plus haut degré l'appétit du sommeil, sans éprouver cependant le besoin de dormir. Le sujet essaie d'y résister par des réactions de défense dont la plus banale est la marche forcée. S'il succombe au sommeil, généralement la résolution musculaire est complète ; les membres peuvent être déplacés avec la plus grande facilité, le tonus musculaire n'est ni augmenté ni diminué ; les traits sont affaissés donnant parfois un masque de stupeur ; soulève-t-on les membres, ils retombent inertes mais avec, comme dans le sommeil normal, une ébauche de mouvements physiologiques. Les réflexes tendineux sont vraisemblablement abolis. Les fonctions de nutrition sont ralenties ; la respiration diminue de fréquence jusqu'à 10 et 12 par minute, le pouls tombe parfois aux environs de 50. La température ne se modifie pas. L'état des fonctions intellectuelles est variable : chez les uns c'est l'inconscience absolue, chez d'autres une simple obnubilation intellectuelle, chez d'autres enfin des rêvasseries incohérentes se manifestent. La durée de l'attaque est variable : elle oscille de quelques secondes à plusieurs heures. Le réveil est d'autant plus difficile que la crise a été de plus longue durée (Féré).

Dans un certain nombre de cas la narcolepsie constitue toute la maladie ! Mais ce sont des faits

relativement anciens datant d'une époque où se pratiquait rarement l'examen systématique des grandes fonctions organiques. La narcolepsie est surtout symptomatique.

Dans les *tumeurs cérébrales* par exemple il en est peu fait mention, bien qu'elle ne soit pas rare. L'attaque de sommeil a sensiblement les mêmes caractères et se différencie très nettement du coma, de la somnolence, de la torpeur intellectuelle. Le début se fait soit soudainement, soit lentement et progressivement. Il est assez rare que la crise somnolente soit le premier symptôme de l'affection s'il en est parfois la première manifestation apparente.

Dans la *polioencéphalite supérieure aiguë*, on a constaté assez fréquemment le sommeil ou la somnolence profonde. On sait que survenant chez des sujets alcooliques, à la suite de maladies infectieuses ou d'intoxications alimentaires, la maladie de Gayet-Wernicke débute par une violente céphalée, parfois une rigidité de la nuque; puis surviennent de l'apathie, de la somnolence ou du sommeil véritable, accompagné ou suivi de délire et surtout de paralysie des muscles des yeux.

C'est surtout dans les *encéphalites diffuses* que la narcolepsie est fréquente. Si on la voit parfois au cours de la paralysie générale, de la méningite tuberculeuse (Lesage et Abrami), c'est surtout dans la *maladie du sommeil* qu'elle atteint son apogée. Observée pour la première fois par Winterbeltau en 1803, en Sénégambie et sur le littoral du golfe de Guinée, la sleeping-sickness s'est enrichie durant ces dernières années de documents de première importance au point de vue des lésions qui sont à sa base, du germe pathogène qui en est la condition essentielle et de la façon dont s'effectue la contagion. Au point de vue clinique on peut distinguer : 1° une *période initiale* ou *d'infection sanguine* se traduisant surtout par des poussées fébriles, des érythèmes papuleux, des adénopathies cervicales avec spléno et mégalohépathie ; 2° une *deuxième période* ou *période d'infection méningée*. C'est là qu'apparaît la somnolence caractéristique, quelquefois progressive, souvent à type d'accès brusques, véritables attaques narcoleptiques. En règle générale ces attaques de narcolepsie sont précédés de phénomènes importants : ptosis bilatéral et céphalée frontale ou diffuse. Ces crises se rapprochent et s'accentuent devenant de plus en en plus profondes. Les réflexes tendineux sont exagérés. Comme dans la paralysie générale, il est fréquent d'observer un tremblement menu, fibrillaire des muscles de la face et de la langue; 3° une *phase terminale* ou de *cachexie marastique* sans rien de particulier. On a décrit des formes convulsive, délirante, cataleptique, médullaire.

Il existe aussi des *narcolepsies toxiques* soit hétéro soit autotoxiques. Parmi les premières il faut signaler les attaques de sommeil des infections générales, surtout de la *grippe*, de la nona. Parmi les secondes, il y a la narcolepsie de l'*obésité* survenant toujours chez de gros mangeurs, à profession sédentaire et qui peut être le signe avant-coureur d'un *diabète*. Cette dernière affection peut aussi se compliquer de crises de somnolence. De même l'*urémie*, le *myxœdème et l'insuffisance thyroïdienne, l'insuffisance hépatique*.

Rappelons les narcolepsies de l'*épilepsie*, de l'*hystérie*, de l'*hypnose* dans ses variétés cataleptiques et léthargiques, celles plus exceptionnelles des *psychoses*.

Il ne faut pas confondre le syndrome narcolepsie avec des manifestations qui plus ou moins grossièrement peuvent le simuler : sommeil simulé, agoraphobie si le malade reste cloué sur place, le vertige accompagné de syncope ou de chute avec perte de connaissance. Il est plus difficile de préciser les limites qui séparent le sommeil pathologique de la somnolence et du coma. La narcolepsie emprunte au sommeil normal, physiologique, la plupart de ses caractères. Comme le sommeil naturel, l'attaque hypnoleptique est précédée par une sensation spéciale, l'appétit du sommeil ; mais tandis que chez l'individu normal ce besoin de sommeil peut être réfréné, dans la narcolepsie le sujet y succombe fatalement quelle que soit la résistance qu'il oppose à ce besoin. La narcolepsie nous apparaît comme étant essentiellement une exagération, une amplification parfois excessive du sommeil normal, une hypersomnie paroxystique. C'est une aptitude particulière et propre à certains sujets de constitution psychopathique; nous n'en pouvons quant à présent saisir le principe et la nature.

Discussion.

M. Raphaël Blanchard (de Paris). La maladie du sommeil doit s'appeler trypanosomose. La biologie du parasite explique la symptomatologie particulière de l'affection. Au contraire de l'hématozoaire du paludisme, le trypanosome de la maladie du sommeil vit dans le plasma sanguin. Par exemple, le parasite de la tierce est endoglobulaire et évolue en quarante-huit heures. Une fois la reproduction du sporozoaire effectuée, le globule éclate et met en liberté les formes jeunes. Le parasite, et par suite les substances de désassimilation du mérozoïte ne se trouvent dans le plasma sanguin que toutes les quarante-huit heures; l'intoxication ne se reproduit donc que tous les deux jours. Pour la fièvre quarte, l'évolution du parasite est de soixante-douze heures. Il y a superposition absolue entre la biologie du germe et les symptômes. Le parasite de la maladie du sommeil qui est aussi un protozoaire vit continuellement dans le plasma; ses substances toxiques sont dissoutes dans ce milieu qui est sans interruption en rapport avec elles. D'où la progressivité des symptômes.

M. Régis (de Bordeaux). Le nombre des états pathologiques pouvant s'accompagner de narcolepsie est très considérable. C'est ainsi que la syphilis surtout à la période secondaire se complique de narcolepsie (coma sidérant de Fournier). Willis dès le XVIIe siècle avait mis en évidence dans l'insolation « la somnolence continue ». La somnolence irrésistible se rencontre assez fréquemment dans l'artériosclérose. Pour ce qui est de la maladie du sommeil, je suis heureux de voir qu'on tend à rapprocher l'affection de la paralysie générale au point de vue

des lésions; il s'agit, dans les deux cas, d'une méningoencéphalite diffuse. Mais, au contraire de la paralysie générale, la maladie du sommeil apparaît comme une maladie continue où la période d'infection générale n'est pas séparée de la période d'envahissement des centres nerveux par une longue période latente.

L'histoire de la narcolepsie est plus vieille que Gélineau qui a donné seulement un nom nouveau à une chose ancienne.

On ne peut comparer la narcolepsie au sommeil naturel, car ces deux états sont séparés par des différences fondamentales. Je crois que la narcolepsie est un sommeil pathologique. Le sommeil narcoleptique est essentiellement diurne, ne s'accompagne pas d'abolition de la sensibilité. Bien plus, narcolepsie et insomnie peuvent coexister. Je suis très heureux, à la suite des explications de M. Blanchard, de constater qu'il est de mon avis sur la narcolepsie qui est un phénomène d'intoxication. Point n'est besoin d'invoquer une constitution psychopathique. Est-on en effet obligé d'expliquer de la sorte le sommeil par les narcotiques?

M. Thiroux (de Paris). Les indigènes nous semblent devoir être nos premiers auxiliaires en matière prophylactique. Il faudra leur apprendre le rôle de la mouche dans la maladie. On leur indiquera de débroussailler autour de leurs villages. Ils le feront d'eux-mêmes alors pour se protéger. On pourrait édicter la déclaration obligatoire de tous les cas survenus dans les villages.

MM. Gaston Martin et Ringenbosch (de Brazzaville) ont pris des mesures au Congo français; on fait régulièrement chez les fonctionnaires civils et militaires une visite sanitaire.

La théorie toxique déjà soutenue en 1898 par M. Régis est de plus en plus vraisemblable.

Ils signalent l'observation de tirailleurs sénégalais, aux livrets couverts de punitions, qui faisaient de la confusion mentale, de la démence précoce que rien n'expliquait et où les ponctions lombaire et ganglionnaire décelaient la présence de trypanosomes. Une autopsie a montré l'existence d'une infiltration lymphatique périvasculaire.

M. Deny (de Paris). M. Lhermitte détache l'hypnose de l'hystérie. C'est une opinion que je ne partage pas. Les narcolepsies hystériques ne sont-elles pas le produit de la suggestion? Tout sujet hypnotisable est au préalable un malade qui est toujours à quelque degré un hystérique. Du reste il ne faut pas méconnaître chez ces sujets la part de la simulation.

M. Meige (de Paris). Narcolepsie hypnotique et hystérique ne sont que des œuvres de création médicale. Les caractères de la narcolepsie hystérique ne sont pas distinctifs. Le tremblement fibrillaire des paupières, les convulsions des globes oculaires ne signifient rien.

M. Binet-Sanglé (de Paris). Il y a des relations étroites entre le sommeil normal et le sommeil pathologique. La tendance au sommeil se retrouve chez des individus normaux après un repas un peu copieux, une ascension, après la compression des carotides.

M. Claparède (de Genève). Le sommeil est une fonction active de l'organisme dominée par la notion d'intérêt de l'individu. Est normal tout sommeil qui profite, est anormal tout sommeil qui lui nuit, qui n'est pas adapté aux conditions du moment.

M. Dupré (de Paris). La cause des états morbides imputables à l'hystérie gît dans la mythomanie, tendance constitutionnelle de certains sujets à mentir.

M. Granjux (de Paris). Il nous semble qu'au fur et à mesure que l'on connaît mieux la maladie du sommeil, qu'on la diagnostique plus tôt, les excitations cérébrales du début sont signalées de plus en plus souvent; aussi nous sommes porté à croire qu'elles sont, en réalité, assez fréquentes pour faire de la première période de la trypanosomiase en quelque sorte une « période médico-légale ».

C'est, du reste, avec la paralysie générale que sont confondus le plus souvent les troubles cérébraux de la trypanosomiase. Il nous souvient d'une observation communiquée à la Société de pathologie exotique. Il s'agissait d'un jeune officier supérieur qui s'était suicidé au cours, disait-on, de la paralysie générale. L'autopsie montra les lésions de la trypanosomiase.

Ce diagnostic différentiel *post mortem* a une grosse importance, car dans l'armée la paralysie générale n'ouvre pas des droits à une pension pour la veuve et les orphelins, tandis que cette pension est motivée par la trypanosomiase, maladie contractée en service.

Aussi, d'accord avec nos collègues de la Société de médecine tropicale, je me permets :

1° D'attirer tout spécialement l'attention sur les troubles mentaux présentés par les Blancs au début de la trypanosomiase, troubles qui peuvent entraîner, soit le renvoi des employés, soit la comparution des militaires en conseil de guerre;

2° De signaler la nécessité de procéder, chez tout individu ayant séjourné dans une région à tsé-tsé et présentant des symptômes faisant penser à la paralysie générale, à la recherche du trypanosome, et cela que le malade soit ou non syphilitique.

M. Thiroux (de Paris). L'aliénation mentale est fréquente dans les trypanosomiases humaines (10 p. 100 des cas). La mort survient dans le gâtisme. Quand la folie doit présenter le caractère furieux, les malades sont surtout atteints de délire ambulatoire.

Le sang des sujets infectés peut se débarrasser lui-même de ses parasites grâce aux anticorps qui se forment spontanément, mais on peut encore retrouver dans ces cas le trypanosome par ponction lombaire.

M. Demonchy (de Paris). Si le sommeil a été étudié tant au point de vue clinique que thérapeutique, il n'en a pas été ainsi du réveil auquel on n'a pas attaché toute l'importance utile. Or, nombre de gens paraissant éveillés, dorment d'un sommeil plus ou moins localisé. C'est donc la capacité du réveil plus ou moins complet dont l'individu est susceptible qu'il faut pouvoir discerner. Savoir, non pas endormir, mais réveiller l'individu, tout est là.

M. Paul Farez (de Paris) rapporte l'histoire d'une femme d'Alençon sujette à de grandes crises ner-

veuses et qui s'était endormie le 11 juin 1910. Elle dormait depuis quarante jours quand l'auteur l'examina. Elle présentait de la résolution musculaire complète, de l'anesthésie généralisée, de l'abolition des réflexes pupillaire, cornéen, olécranien, cutané, plantaire, les réflexes rotuliens étant conservés. M. Farez a réveillé la dormeuse en procédant par les étapes suivantes :

1° Transformation du sommeil pathologique en sommeil narcotique par le somnoforme;

2° Transformation du sommeil narcotique en sommeil hypnotique;

3° A la faveur de ce dernier, réveil par suggestion.

La malade s'est réveillée lentement et progressivement. Actuellement elle est amnésique et sa rééducation fonctionnelle est presque tout entière à refaire, principalement au point de vue musculaire.

M. Lhermitte répond aux critiques. Si l'intoxication provoque la narcolepsie, elle s'explique par le phénomène sommeil, une même intoxication produisant chez deux sujets des effets différents. Il faut admettre que l'hypersomnie traduit une aptitude réactionnelle particulière.

La narcolepsie hystérique, quel que soit son mécanisme, paraît indéniable et est distincte du sommeil hypnotique dont on peut toujours tirer le sujet à l'inverse de la narcolepsie hystérique.

DEUXIÈME RAPPORT

LA SYSTÉMATISATION DES LÉSIONS CUTANÉES DANS LES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

M. F. Rose (de Paris), rapporteur. Le rapport comprend deux parties.

La première a trait à la systématisation des lésions dans les maladies nerveuses, à proprement parler, et dans ce chapitre ont été éliminées de parti pris les névroses, d'une part, parce que la principale d'entre elles est très discutée actuellement, d'autre part, parce que leur étude ne nous a pas paru pouvoir apporter d'éclaircissements à la question qui nous occupe.

La deuxième partie traite des maladies cutanées à disposition « nerveuse » en dehors de toute maladie du système nerveux.

Avant de procéder à l'examen des faits cliniques, il est naturel de chercher à nous rendre compte de ce que l'embryologie, la clinique et l'anatomie nous enseignent au sujet des troubles de la sensibilité cutanée dans les maladies médullaires, les choses étant trop connues pour le cerveau et les nerfs périphériques pour que nous ayons eu la pensée de les exposer.

D'abord pour le thorax, contrairement à ce que prétendait Brissaud, il est admis d'une façon unanime que distribution radiculaire et distribution métamérique spinale dans le sens de cet auteur se couvrent, c'est-à-dire que les racines innervent elles aussi des bandes horizontales au niveau du thorax supérieur et légèrement obliques plus bas. Bien plus, Fröhlich et Groner ont montré que les nerfs intercostaux se comportent de la même façon.

Restent les membres. L'embryologie d'un côté nous enseigne que l'épiderme se développe sous la forme d'un revêtement continu. Mais d'autre part Bolk a montré que la peau d'un membre entraîne pendant son développement les dermatomères, c'est-à-dire les parties cutanées correspondant aux divers segments vertébraux, les plus proches de sa ligne axiale vers l'extrémité, et que d'une façon générale ces dermatomères tendent à la forme en bandes longitudinales. Ces dermatomères existeraient d'ailleurs en tant que portions différenciées pour Kollmann.

Au point de vue clinique, nous nous rangeons à l'opinion de Max Fohn qui veut que dans la syringomyélie les troubles sensitifs soient le plus souvent à disposition radiculaire.

Enfin au point de vue anatomique, nous n'avons aucune raison jusqu'à présent pour admettre des centres pour chaque segment de membre dans les renflements cervical et lombaires, les schémas bien connus de Brissaud n'étant que des constructions idéales.

On voit donc que la segmentation dite spinale n'a au point de vue des troubles sensitifs aucun argument à son actif.

Dans aucun des divers troubles, sudoraux, vasomoteurs, pileux et trophiques, le zona mis à part, nous n'avons rencontré un exemple de distribution nettement radiculaire.

D'une façon générale et en particulier pour les troubles sudoraux et vasomoteurs qui sont les plus nets, il semble exister des centres en nombre restreint qui agissent sur des territoires cutanés étendus. Lorsque ces centres sont atteints on a une modification de la sécrétion sudorale dans ces divers domaines; lorsque la lésion médullaire siège dans l'intervalle et atteint les fibres sudorales, le trouble occupe toute la moitié correspondante du corps pour les lésions cervicales, sa partie sous-jacente dans les lésions plus bas situées. Pour les troubles vasomoteurs les choses sont encore moins nettes.

Quant aux troubles trophiques l'étude de leur localisation ne nous apprend rien. Les uns résultent d'une modification du trophisme cellulaire, plus une influence extérieure qui détermine sa localisation (mal perforant par exemple), les autres qui ne relèvent que de la première cause siègent en général aux extrémités et il faut se souvenir que les lésions artérielles secondaires y jouent souvent un rôle.

Pour ces troubles, la chose qui mérite surtout de retenir l'attention est leur pathogénie. A ce point de vue il faut se rappeler que les lésions destructives ne les produisent guère, mais plutôt les lésions irritatives.

Pour le zona, il est certain que des névrites et des lésions médullaires peuvent le produire et que, même lorsque la distribution de la maladie est radiculaire, des vésicules aberrantes, siégeant sur le territoire de nerfs voisins et innervés par des ganglions éloignés des ganglions lésés, montrent l'importance des lésions périphériques; il en est de même des névrites sensitives post-zoniques.

Le zona nous montre par contre des troubles vasomoteurs radiculaires que nous n'avons pas vu dans les maladies médullaires. Cela malgré la localisation le plus souvent ganglionnaire du zona est étonnant, car l'irritation ne peut agir sur les vasomoteurs tout comme une lésion médullaire, que par l'intermédiaire du sympathique.

Quant aux lésions cutanées à systématisation dite nerveuse, il semblerait qu'*a priori* on doive distinguer entre les troubles congénitaux et les dermatoses acquises, d'autant plus que celles, parmi ces dernières, qui sont à envisager ici (psoriasis, lichen ruber plan, etc.) rentrent pour la plupart dans les névro-dermites. Alors que pour les premières une topographie nerveuse ne peut exister en principe puisque, au moment où elles apparaissent, le système nerveux n'est pas complètement formé, pour les dernières elle semble vraisemblable *a priori*. Et cependant l'une et l'autre catégorie de troubles occupent des territoires analogues dont la systématisation nerveuse n'est rien moins que démontrée.

D'une manière générale, nous ne demandons pas actuellement que, même pour une même espèce d'accidents, une explication identique se présente pour l'ensemble des cas, tout en avouant que cette indulgence ne saurait être que temporaire. Sur la question de savoir quand on peut dire qu'une lésion cutanée occupe un territoire nerveux, nous avons voulu être indulgents, en admettant qu'une lésion répond à ce desideratum, lorsqu'elle est entièrement contenue dans le domaine d'un nerf ou d'une racine, sans même l'occuper en entier. Cette façon d'envisager les choses nous semble être de mise, en particulier pour les racines, en présence de ce que nous savons sur l'empiètement de leurs territoires respectifs. Mais là encore on ne pourra affirmer une pathogénie nerveuse que lorsque d'autres hypothèses ne pourront donner de la distribution de la lésion une explication équivalente.

Les choses étant ainsi comprises, nous avons cru devoir, dans la classe des nævi, différencier nettement les nævi vasculaires en nappe, accompagnés ou non d'hypertrophie osseuse et de varices, en les attribuant à des perturbations dans le développement embryonnaire, peut-être sous l'influence d'infections maternelles. L'apparente systématisation nerveuse, commune par exemple à la face et au bras, n'est qu'illusoire. Les languettes qui existent presque toujours à la périphérie plaident absolument en faveur de l'origine vasculaire.

Pour les autres nævi (verruqueux, pileux, pigmentaires) en plaques ou en bandes, on a proposé des théories purement nerveuses et cutanées.

Les théories cutanées, suivant lesquelles les nævi en bandes répondent aux lignes de Voigt, aux lignes d'implantation des poils, à la direction des crêtes épidermiques, aux lignes de rencontre et de soudure de territoires cutanés (dermatomères), admissibles dans certains cas (surtout la ligne de Voigt du membre inférieur), font faillite dans d'autres et aucune d'elles n'est capable d'expliquer la formation en S thoracique latéral de certains nævi.

D'une façon générale, on peut cependant dire que les théories cutanées expliquent un plus grand nombre de cas que les théories nerveuses. C'est dire en même temps que nous ne pouvons admettre la division de Klippel et Weill, basée sur la distribution même.

Les mêmes considérations s'appliquent aux dermatoses acquises.

Seul le purpura, dans lequel la participation du système nerveux a été démontrée expérimentalement, peut occasionnellement présenter une distribution radiculaire.

D'une façon générale, il ne semble pas que distribution radiculaire ou segmentaire spinale soient fréquentes dans les manifestations cutanées des maladies du système nerveux et dans les affections cutanées, en dehors du zona. Seuls les troubles vasomoteurs du zona, et du purpura parfois, sont à systématisation radiculaire, contrairement à ceux observés d'ordinaire dans les maladies de la moelle. Favorables à la conception de Brissaud ne sont que deux cas de zona et un d'éphidrose dans la syringomyélie.

Mais, comme aucun argument anatomique ou embryologique ne vient appuyer cette théorie, il se peut que cette métamérisation en tranches ne soit qu'apparente et résulte de ce fait que les fibres, se rendant à un même segment de membre ou en provenant, voyagent de concert à l'intérieur de la moelle. Mais il se pourrait aussi que, pour les troubles sudoraux et vasomoteurs, une étude plus parfaite de leurs centres médullaires nous montre la distribution en centres spéciaux pour chaque segment de membre, d'une façon analogue à ce que v. Gehuchten et Sano admettent pour la musculature. Comme nous l'avons déjà dit, même pour le zona, où les choses semblent le plus claires, aucune certitude ne règne encore sur le point d'attaque qui détermine la lésion cutanée.

M. Fritz Sano (d'Anvers) résume le rapport qu'il aurait dû présenter.

« Il peut paraître audacieux d'ajouter une notice théorique au rapport si documenté de mon confrère Rose.

Mais au cours de son travail, le rapporteur indique clairement combien nos connaissances anatomiques sont insuffisantes pour donner actuellement une explication certaine à beaucoup de lésions cutanées, dont la dépendance à l'égard du système nerveux est cependant probable. D'autre part, les conclusions montrent la diversité des cas, que l'on aurait tort de réunir en une seule classe de phénomènes morbides, répondant à un seul mode de systématisation.

La théorie que nous aurons à esquisser ne sera donc pas la résultante logique et irréfutable des faits rigoureusement contrôlés et clairement élucidés.

Ce sera l'hypothèse fragile et hésitante, qui invitera aux recherches nouvelles, mais qui ne prétend même pas les guider.

Il est un point qui ressort à l'évidence des recherches du docteur Rose, c'est qu'il faut strictement

éliminer des troubles trophiques cutanés, sous la dépendance du système nerveux, les lésions dont l'origine remonte à la formation embryonnaire de la peau, avant même que le système nerveux n'ait eu d'influence sur elle.

Les recherches de Bolk et celles de Winkler et van Rijnberk nous ont montré que les dermatomères en s'étalant sur les bourgeons de croissance des membres ne conservent pas toujours très exactement les mêmes limites; des variations sont fréquentes chez le chien.

Ces dermatomères, ainsi délimitées par la connaissance de la distribution radiculaire sensitive à la surface de la peau, répondent-elles aux régions cutanées issues d'un même segment embryonnaire, tel que nous pouvons nous le représenter idéalement? On ne le saura exactement que quand on aura en même temps retrouvé les territoires cutanés dont l'activité pilo ou sécréto-motrice répond par réflexe simple à l'excitation spécifique de la région sensitive.

Ceci demande une explication. Lorsque l'on sectionne le nerf moteur d'un muscle strié, la chromolyse nous renseigne sur la localisation des fonctions motrices dans la corne antérieure, mais en même temps la chromolyse des cellules sensitives indique la localisation des fonctions sensitives dans la chaîne des ganglions spinaux. Et comme Sherrington le soupçonnait déjà par l'expérimentation physiologique, l'anatomie nous démontre que cette localisation sensitive se fait exactement à la même hauteur que la localisation motrice, dans les neurotomes correspondants. Ainsi l'arc réflexe simple, premier circuit dont la constante activité maintient le tonus musculaire spinal, nous permet de soupçonner que le muscle innervé par lui, et qui forme avec lui un tout, un ensemble neuro-musculaire, appartient aux mêmes segments du corps de l'embryon (métamères).

Une surface cutanée, dont nous pourrions poursuivre l'innervation sensitive et l'innervation pilo ou sécréto-motrice, pourrait être rapportée de même avec quelque probabilité au segment médullaire, auquel appartient l'arc réflexe simple pilo ou sécréto-moteur.

Nous n'oserions rapprocher de cette comparaison les résultats que nous donnerait la connaissance des régions cutanées, dont l'excitation spécifique produirait des réactions vasomotrices localisées à cette région. En effet, les nerfs vasomoteurs forment un système spécial avec les vaisseaux et ceux-ci s'accroissent dans l'embryon en quittant des points souvent fort éloignés de ceux auxquels ils vont aboutir; ils s'avancent, s'insinuent dans les chairs avec une variabilité topographique souvent très grande et leur innervation répond à des influences complexes et éloignées.

Le diaphragme, entraîné loin de son origine embryologique, sous forme de cellules indifférentes, entraîne avec lui son arc nerveux sensitivo-moteur; mais sa vascularisation s'établit ultérieurement sur place. Le cœur et les viscères font de même; seuls ceux dont la vascularisation est faite avant leur migration, entraînent les vaisseaux à distance.

Il pourrait en être de même pour les segments métamériques de la peau: les arcs réflexes primitifs qui en commandent les vaisseaux répondraient à une topographie très différente de celle des dermatomères, sous lesquelles ils s'introduisent pour les besoins de leurs multiples fonctions, après que ces dermatomères ont été entraînées à leur place définitive.

Comme le dit le docteur Rose, la disposition des réseaux vasculaires explique pourquoi les lésions peuvent se produire à l'extrémité des membres. Mais encore l'innervation motrice des artères et des veines peut répondre à des incitations médullaires, qu'il y aurait lieu de mieux connaître avant de conclure.

Les recherches anatomiques expérimentales sur les noyaux moteurs médullaires du grand sympathique sont trop peu avancées.

Si la topographie des circuits réflexes primitifs, sécréto pilo ou vasomoteurs cutanés nous est si peu connue, il nous est bien plus difficile encore d'examiner s'il pourrait exister dans l'intérieur de la moelle des arrangements nouveaux, dont les atteintes détermineraient à la périphérie une répercussion différente de la lésion névritique, radiculaire ou nucléaire.

Si la conception de Brissaud, qui tend à nous expliquer certains faits cliniques d'anesthésie ou d'analgésie, par des arrangements intramédullaires différents des systématisations radiculaires ou périphériques, ne repose sur aucune preuve directe d'anatomie médullaire, il serait cependant exagéré de dire qu'elle n'est même pas justifiée par des preuves indirectes. La conception architectonique que nous sommes en droit de nous faire du système nerveux en général nous y conduit inévitablement, et dans le domaine des voies motrices les preuves anatomiques sont venues appuyer la conception géniale du maître français.

La grande loi de la corrélation morphologique des organes se vérifie ici dans les moindres détails.

Théorie musculaire, théorie segmentaire, théorie fonctionnelle, théorie téléologique! Il semblait extraordinaire que tous eussent vu juste, tout en n'ayant vu qu'un côté de la question : la connaissance approfondie de la structure médullaire nous donna à tous raison et la nature, dans son étonnante et admirable richesse, sut ainsi combler diversement chacun de ses adorateurs.

Mais une nouvelle surprise nous était réservée, et c'est Ariëns Kappers, d'Amsterdam, qui nous en offre le détail dans son étude sur la migration phylogénétique du noyau moteur du facial en rapport avec les modifications de la musculature de la face.

Par une série de travaux, Ariëns Kappers établit que c'est sous l'influence de deux facteurs que cette migration s'est faite : l'intervention croissante de sensations visuelles sur l'opportunité des mouvements des muscles faciaux, et le développement de la voie pyramidale, qui transmet vers le noyau du facial les incitations volontaires de l'écorce. Cette intervention de la voie pyramidale attire, si l'on peut s'exprimer ainsi, le noyau du facial vers la partie ventrale du bulbe; les coordinations fonctionnelles

déterminées par l'effort volontaire répondent à des besoins nouveaux, différents de l'ancienne fonction (purement respiratoire) et la musculature elle-même, à la périphérie, glisse sous la peau en se rapprochant des organes des sens qui en deviennent les incitateurs indirects dominants.

On devine ce que cette nouvelle manière d'envisager les noyaux moteurs peut nous réserver d'explications intéressantes. Ne voyons-nous pas dans la moelle la corne antérieure se fléchir vers le faisceau pyramidal et les noyaux les plus différenciés ne sont-ils pas les plus rapprochés de lui. La zone segmentaire de la main s'en trouve rapprochée le plus près, tandis que les noyaux des muscles du dos s'en trouvent les plus éloignés.

Dans la voie pyramidale elle-même on nous a montré des groupements de fibres, répondant à leur rôle fonctionnel. Au pédoncule cérébral la systématisation est connue ; il paraîtrait que dans la moelle les fibres qui agissent sur les noyaux du membre supérieur se trouveraient dans la partie ventrale, tandis que les fibres innervant les noyaux lombaires seraient rangées en arrière de celles-ci.

Ce groupement des fibres dans la voie pyramidale dérive des localisations dans l'écorce du lobe central et ainsi nous nous expliquons comment des lésions corticales déterminent des paralysies ou des contractions bien différentes des paralysies médullaires.

Cette rapide esquisse peut nous faire entrevoir que dans les voies sensibles aussi des différenciations et des groupements divers, que nous ignorons encore, peuvent exister et elle doit nous engager à la plus prudente réserve. Mais elle nous permet de croire que dans les noyaux vasomoteurs de la moelle que nous pouvons voir, sans savoir cependant les identifier encore, il peut y avoir des différenciations analogues à celles des noyaux moteurs des muscles striés.

Et il importe d'y insister, les troubles trophiques doivent être rapportés bien plus à des lésions des voies motrices, qu'à celle des voies sensitives. C'est donc la connaissance de ces noyaux moteurs médullaires du grand sympathique, qui doit nous mettre sur la voie des explications claires et compréhensives. »

Discussion.

M. MEIGE (de Paris). Le travail de M. Rose est très documenté, mais très impartial aussi vis-à-vis des théories. Aucune ne trouve grâce devant lui. Il les démolit toutes sans rien présenter à leur place. Il a surtout été sévère vis-à-vis de la théorie de M. Brissaud qui, dans l'esprit de son auteur, n'était qu'une hypothèse, par conséquent ni décisive ni définitive.

M. PARHON (de Bucarest) est toujours partisan de la théorie métamérique de Brissaud.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris). J'ai expérimenté sur le sympathique et comme M. Parhon j'ai observé des lésions chromatolytiques et atrophiques des cellules nerveuses de la corne latérale de la moelle dorsale et de la corne antérieure de la moelle, chez le chien, à la suite de l'ablation de la chaîne sympathique thoracique. Si d'autres expérimentateurs ne sont pas arrivés au même résultat, il n'y a pas de raison pour ne faire entrer en ligne de compte que les expériences négatives.

M. ROSE répond aux critiques qui lui sont faites. Je tiens à dire à M. Meige que je suis un admirateur du professeur Brissaud, mais cela ne m'empêche pas de déclarer que je ne partage pas sa manière de voir.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

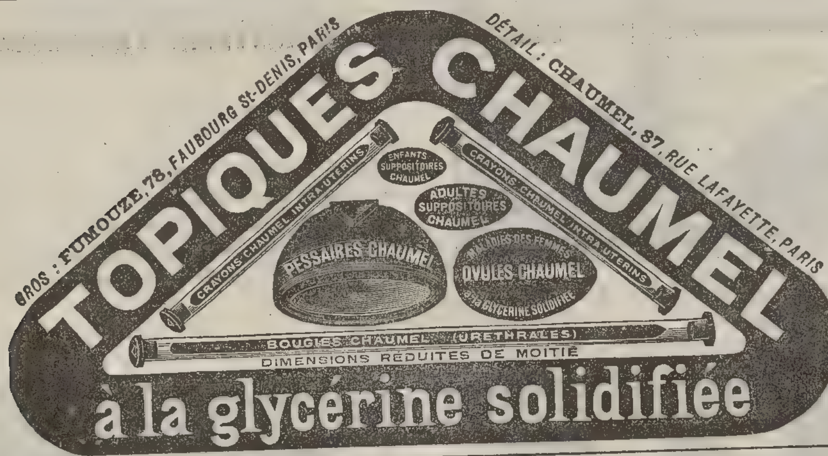
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 17, 28 avril 1910.) MARTIN : Sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine. — MOMM : Contribution à la maladie de Banti. — HNATEK : La chylurie non parasitaire. — TRAUMANN : Un cas d'indigurie. — ZABEL : Réplétion du canal gastro-intestinal par le pus provenant d'empyèmes des sinus de la face. — MÜHSAM : Rupture de la rate, splénectomie, guérison. — BLUMENTHAL : Kystes des parties molles au maxillaire supérieur. — HEIMANN : L'unité de nourriture comme base simple de calcul diététique pour le nourrisson. — DAVIDSOHN : Nouvel appareil Röntgen transportable pour la guerre et la paix. — SCHALL : Nouveautés techniques dans le domaine de la médecine, de l'hygiène et de la thérapeutique. — (N° 18, 5 mai.) MARTIN : Sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine. — ELBE : Sur un cas d'anévrisme de l'aorte rompu dans la veine cave inférieure. — BEHR : Sur l'hémianopsie. — OSANN : Sur la connaissance de la paralysie isolée du nerf musculo-cutané. — KRETSCHMER : Le polymorphisme de la syphilis viscérale. — STRUBEL : Etudes opsoniques sur l'immunité contre le staphylocoque. — BEUSTER : Sur un cas d'insuffisance rénale aiguë traumatique. — MAETZKE : La rupture des cicatrices herniaires abdominales. — TURAN : Le traitement de l'avortement habituel. — SAMUEL : Sur les instruments pour sutures. — — SCHMIDT : Le subacétate d'aluminium comme médicament contre l'oxyure vermiculaire. — SELBIGER : Coryfin en rhino-laryngologie.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 18, 1er mai.) V. SUIREDY : Les inflammations des voies biliaires et leur traitement. — POLYA : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — (N° 19, 8 mai.) GRIMM : L'action de la source et du climat de Savanyukut dans les cardiopathies — POLYA : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — SCHULHOF : Contribution au traitement de la sciatique. — (N° 20, 15 mai.) V. GERLOCZI : Les résultats de la sérothérapie de la diphtérie dans l'hôpital Saint-Ladislas de Budapest en 1908. — LEUKEI : Action des bains d'air sur le nombre des globules sanguins, le contenu en hémoglobine et la viscosité du sang. — POLYA : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



GROS : FUMOUZE, 78, FAUBOURG St-DENIS, PARIS
DÉTAIL : CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS
TOPIQUES CHAUMEL
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
PESSAIRES CHAUMEL
OVULES CHAUMEL
BOUGIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ
à la glycérine solidifiée

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité chirurgical d'urologie, par Félix LEGUEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec. Préface de M. le professeur GUYON, membre de l'Institut. Fort in-8 jésus, de VIII-1 382 pages avec 708 gravures dont 45 en couleurs hors texte, cartonné. — Prix : 40 fr. — Paris, Félix Alcan.

Introduction générale à la thérapeutique positive, par le docteur G. SIEFFERT. In-8 de 407 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

N° 93. — MARDI 16 & JEUDI 18 AOUT 1910. 83e ANNÉE. MARDI 16 & JEUDI 18 AOUT 1910. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1910, à neuf heures, à la Faculté, pour une place de chef de clinique médicale.

Les candidats peuvent s'inscrire jusqu'au 30 octobre.

— Nancy. — La chaire de thérapeutique et matière médicale est supprimée. Il est créé une chaire d'anatomie pathologique.

— Alger. — La chaire de clinique des maladies des enfants est supprimée. Il est créé une chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un concours s'ouvrira le 27 mars 1911, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

EXERCICE DE LA MÉDECINE. — La loi du 14 avril 1910 modifie comme suit le § Ier de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 :

« Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les accoucheuses, sages-femmes sont tenus, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leur titre, à la préfecture ou sous-préfecture, au greffe du tribunal civil de leur arrondissement, et de le faire viser à la mairie du lieu où ils ont leur domicile. Et, s'il s'agit de débutants n'étant pas encore en possession de leur titre ou diplôme, ils devront faire enregistrer et viser, comme il est dit ci-dessus, le certificat provisoire qui leur a été délivré par la Faculté ou par l'Ecole professionnelle dûment autorisée. »

— Dans le département de la Seine, l'enregistrement des diplômes des docteurs en médecine, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes prévu par la loi susvisée se fera à la préfecture de police (2e division, bureau d'hygiène).

Le visa du titre enregistré prescrit par la même loi se fera, pour les praticiens domiciliés dans les communes du département de la Seine, à la mairie de leur domicile. Pour ceux qui sont domiciliés à Paris, la formalité du visa sera effectuée à la préfecture de police, en même temps que l'enregistrement du diplôme.

Les praticiens pourvus du certificat d'aptitude au diplôme, mais non encore en possession de leur diplôme, devront faire enregistrer et viser ce certificat dans les conditions ci-dessus spécifiées.

Ils devront faire enregistrer et viser le diplôme lui-même aussitôt qu'ils l'auront reçu en échange du certificat provisoire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Quétand (de Saint-Lucien [Oran]), et M. Paul Jacques, interne des hôpitaux de Marseille, victime d'un accident de montagne.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 22, 28 mai 1910.) Jaeger : Sur la signification du noyau de Keith-Flack pour le rythme cardiaque. — (N° 23, 4 juin.) Segel : Contribution au traitement de l'asthme bronchique. — (N° 24, 11 juin.) Klieneberger et Carl : La leucocytose digestive chez les animaux de laboratoire. — (N° 25, 18 juin.) Klieneberger et Carl : La leucocytose digestive chez les animaux de laboratoire. — (N° 26, 25 juin.) Pribram : L'urine au point de vue sérologique.

Medizinische Blætter. — (N° 24, 11 juin 1910.) Tobiasek : Heillux valgus. Phalanx vera congenita. Clinodactylia. — (N° 25, 18 juin.) Tobiasek : Heillux valgus congénital. Phalanx vera congenita. Clinodactylia.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 19 avril 1910.) Rolly : Diagnostic et traitement spécifiques de la tuberculose pulmonaire. — Krannhals : Influence des processus fébriles sur les réactions locales à la tuberculine. — Steffen : Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par le tebean. — Zahn : Un nouveau procédé simple de multiplication des bacilles tuberculeux. — Izar : Expériences cliniques avec la réaction à la mésostagmine dans la typhoïde, la tuberculose, le kyste hydatique et l'ankylostomiase. — Hertel : La tropacocaïne gommée pour l'anesthésie lombaire. — Erhard : Sur le résultat de recherches bactériologiques sur des moelles humaines après anesthésie lombaire, la propacocaïne gommée et la tropacocaïne à l'acide arabinique. — Theilhaber et Geischer : Sur l'étiologie du carcinome. — Sievert : Cas rare de luxation radio-carpienne avec fracture concomitante de l'épiphyse inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus. — Hilgenreiner : Sur le traitement opératoire du pouce double. — Bang et Forssmann : La théorie des chaînes latérales d'Ehrlich est-elle compatible avec la réalité. — Plant : La réaction de Wassermann et le médecin praticien. — Mandelbaum : Sur le diagnostic de la typhoïde par ma méthode. — Esch : Complément du travail de Richter sur la thérapeutique par la tuberculine. — Dörfler : Traitement des troubles les plus fréquents de l'estomac et de l'intestin des nourrissons. — Trentlein : Impressions médico-hygiéniques sur la Bolivie. — (N° 17, 26 avril 1910.) Czerny : Les méthodes de traitement du cancer employées dans l'hôpital spécial de Heidelberg. — Richter : Quels services rend la fulguration en gynécologie. — Tiegel : Le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage; son état actuel et son avenir. — Finkelnburg : Sur le diagnostic précoce de la sclérose en plaques. — Schenk : Sur l'augmentation de la réactivité des animaux gravides vis-à-vis des injections sous-cutanées de tissus. — Brauer : De quelle manière agit le mercure dans le traitement spécifique sur l'absence de séro-réaction. — Heisler et Tomor : Traitements anciens et nouveaux des hémoptysies tuberculeuses. — Peters et Frank : Sur l'activité des préparations commerciales de pepsine, de pancréatine et de trypsine. — Ramsauer : Sur un activateur pour injections.

Pester medizinisch = chirurgische Presse. — (N° 21, 22 mai 1910.) Alexander : Sur les images radiographiques. — Gerloczy : Les résultats de la sérothérapie de la diphtérie dans l'hôpital Saint-Ladislas à Budapest. — Polya : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — (N° 22, 29 mai.) B. Alexander : Sur les images radiographiques. — Gerloczy : Les résultats de la sérothérapie dans la diphtérie à l'hôpital Saint-Ladislas de Budapest en 1908. — Polya : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — (N° 23, 5 juin.) Szendeffy et Augustin : Propriétés bactéricides des substances radio-actives. — Alexander : Sur les images radiographiques. — Polya : Méthodes et résultats du traitement act el du cancer. — (N° 24, 12 juin.) Ivanyi : 157 nouveaux cas de syphilis extra-génitale. — Prochnov : Trois cas d'hydatides du foie. — Polya : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — (N° 25, 19 juin.) Remete : Progrès techniques de la cystoscopie et son importance clinique. — Polya : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer. — Goldzicher : Sur les constatations anatomo-pathologiques dans le typhus exanthématique. — (N° 26, 26 juin.) Mohr : Sur la résection musculaire. — Remete : Progrès techniques de la cystoscopie et son importance clinique.

Semaine médicale. — (N° 25, 22 juin 1910.) R. de Bovis : L'hérédité en tant que facteur étiologique du cancer. — (N° 26, 29 juin.) L. Cheinisse : L'iléus spasmodique et l'entérospasme chronique. — (N° 27, 6 juillet.) C.-D. Martelli : Sur quelques complications de la rubéole. — (N° 28, 13 juillet.) Lejars : Les reliquats de l'avortement tubaire et leur diagnostic. — (N° 29, 20 juillet.) Klippel et Pierre Weil : Les formes cliniques des rhumatismes amyotrophiques. — Lejars : Les signes à distance des cancers abdominaux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 28 avril 1910.) Fuchs : Sur la pathogénie de l'attaque épileptique. — Königstein : Sur les rapports entre l'exagération de production du pigment et les capsules surrénales. — Koschier : Sur la question de la bénignité relative de certains sarcomes et carcinomes. — Mayer : Un cas de surdité bilatérale après un traumatisme. — Georgevic et Savnik : Sur la réaction de Wassermann dans la syphilis et le psoriasis vulgaire. — (N° 18, 5 mai.) Mayerhofer : Sur les caractères et le diagnostic différentiel du liquide céphalo-rachidien. — Novak et Rauzel : Sur la recherche des bacilles tuberculeux dans le placenta des mères tuberculeuses. — Hamburger et Schey : Sur la diminution de la sensibilité à la vaccine pendant la rougeole. — Satta et Donati : Sur les différents extraits dans la réaction de Wassermann; remarques sur leur action anticomplémentaire et hémolytique. — Czernecki : Influence d'hérédité sur la genèse de l'ulcère gastrique. — Zumbusch : Traitement du chancre mou et des bubons. — (N° 19, 12 mai.) Blum : Le diagnostic fonctionnel des reins. — Tutsch : Nouveaux points de vue sur les moyens de guérison naturels de la tuberculose. — Kraus : Sur l'immunité tuberculeuse. — Kreibich : Présentation des leucocytes dans les tissus par l'adrénaline. — Ensbruner : Sur le traitement de l'hémoptysie. — Bruck : Sur la possibilité de la réaction de Wassermann dans le psoriasis vulgaire. — (N° 20, 19 mai.) Escherich : Sur les indications et les résultats du traitement par la tuberculine dans la tuberculose infantile. — Flokseder : Insuffisance pylorique et pluricolienne dans l'estomac dans l'achylie gastrique. — Boudi et Neumann : Sur le chemin des particules de graisse dans le sang. — Koller : Un cas de tuméfaction et de transformation myéloïde des ganglions dans le territoire de stase d'une veine thrombosée. — Satta et Donati : Le sublimé a-t-il une action sur la réaction de Wassermann.

RUPTURE TRAUMATIQUE
DE LA
PAROI EXTÉRIEURE DU CANAL INGUINAL
AU-DESSUS DE L'ANNEAU
ET HERNIE DIRECTE CONSÉCUTIVE

Par MM. G. PRIEUR,
Médecin principal de deuxième classe,
et WEITZEL,
Médecin-major de deuxième classe.

Parmi les nombreux problèmes qui sont posés journellement aux médecins experts, il n'en est peut-être pas d'aussi complexe, que celui des hernies provoquées par les accidents du travail. Si autrefois on admettait, assez facilement, qu'un traumatisme était souvent la cause de la lésion, aujourd'hui au contraire, sans nier complètement l'influence du traumatisme, on a en revanche une forte tendance à en limiter l'action. Ringdon n'a-t-il pas dit que la hernie est une maladie et non un accident? Une hernie survenue au cours du travail, ou à la suite d'une contusion, a-t-elle été révélée, aggravée, ou créée par le traumatisme? Ce sont des questions que l'expert doit résoudre et pour cela il a besoin de s'entourer de tous les renseignements possibles pour éclairer son opinion. C'est pourquoi nous avons cru utile de relater l'observation suivante d'autant plus intéressante, croyons-nous, que l'intervention a permis de vérifier le diagnostic.

Vers le début de juillet, D. P., canonnier du 32e d'artillerie, étant monté sur une fourragère chargée de paille, tombe, et, dans sa chute, vient se contusionner l'abdomen contre un des montants de bois de la voiture. Outre des contusions multiples, il en résulta une douleur assez vive à la partie inférieure gauche de l'abdomen, qui n'empêcha pas le blessé de continuer son service après quelques jours de repos, et une légère ecchymose peu étendue apparut très rapidement.

Le 10 août, D. se présente à la visite, se plaignant d'une grosseur, apparaissant dans l'effort et la toux et siégeant à la partie inférieure gauche de l'abdomen. Il entre le 16 à l'hôpital avec le diagnostic de hernie inguinale gauche dont il demande la cure radicale.

En faisant tousser le blessé, nous constatons à la partie inférieure gauche de l'abdomen, une saillie allongée, située sur le trajet du canal inguinal, dont elle ne dépasse pas l'orifice externe, qui n'est pas dilaté.

Le doigt introduit dans le canal ne perçoit pas la sensation de choc que l'on a ordinairement dans les hernies en faisant tousser le blessé, mais après un court trajet, le bout de l'index n'est plus serré entre les parois et rencontre une véritable boutonnière pratiquée dans la paroi antérieure du canal. D'ailleurs si on appuie un doigt à ce niveau, on a la sensation nette de pénétrer dans un orifice anormal.

L'orifice inguinal du côté opposé n'est pas dilaté. On ne trouve pas trace d'une autre hernie quelconque; le sujet est très bien musclé et affirme n'avoir jamais rien ressenti avant son accident. L'examen des divers registres de l'infirmerie confirme d'ailleurs ses affirmations.

En présence de ces symptômes nous pensons à une hernie directe résultant d'une rupture aponévrotique et la cure radicale en est pratiquée le 20 août 1908.

Anesthésie chloroformique. Incision de la peau sur le trajet du canal inguinal. Au-dessous, l'aponévrose du grand oblique qui forme la paroi antérieure du canal présente l'aspect suivant : les deux piliers interne et externe du canal sont normaux, très apparents comme il appartient chez un individu fortement musclé, mais entre eux les fibres arciformes, rompues presque en totalité, ne subsistent plus qu'à la partie inférieure où elles forment une bandelette, de deux centimètres de large environ, limitant par son bord inférieur l'orifice externe du canal. On aperçoit très nettement les bords dentelés, déchiquetés de ces fibres rétractées contre les piliers et, entre elles, la saillie que fait, dans les mouvements respiratoires, le contenu de la cavité abdominale recouvert par le fascia transversalis, qui à ce niveau forme seul la paroi postérieure du canal. Après avivement des bords des piliers, trois points de suture en V au tendon de renne sont placés pour les rapprocher.

Réunion des plans superficiels. Les suites de l'opération furent normales et le 6 septembre, le malade quittait l'hôpital avec une paroi solide. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une hernie directe se faisant par une éventration étroite due à la rupture de la paroi antérieure du canal inguinal sur une certaine étendue. Ces cas sont plutôt rares.

Comme l'a fait ressortir Berger, dans ses relevés du Bureau central et dans le travail paru dans la *Revue de chirurgie* en 1906, la rupture sous-cutanée des plans musculaires et aponévrotiques de la paroi favorisant l'issue d'une hernie est possible. A l'appui de ses dires, il cite d'ailleurs 52 faits de cet ordre; mais dans tous ces cas la hernie avait suivi, dans sa descente, la marche ordinaire, normale, oblique, externe et était apparue à l'orifice externe du canal inguinal.

Legueu, dans ses cliniques, cite lui aussi plusieurs observations de hernies traumatiques, par rupture des parois sous le choc; mais la hernie, se faisant au point directement contus, ne siégeait pas, comme dans notre cas, sur le trajet du canal inguinal.

Duplay, Chardin et d'autres encore ont signalé de ces ruptures partielles des muscles abdominaux suivies de hernies, ou mieux d'éventrations étroites ou larges. Mais le siège anormal de ces hernies faisait ressortir leur rapport avec le traumatisme invoqué. Dans notre cas, l'hésitation eut été possible. C'est qu'en effet, à l'endroit où s'est fait la rupture des fibres arciformes, se trouve la zone faible de la paroi, « le point lâche et mal bâti de la sangle musculo-aponévrotique », comme dit Forgue, par où se font les hernies directes. Comme l'avaient déjà fait ressortir O. Cooper et son annotateur Aston-Rey,

la paroi à ce niveau est réduite, comme plan résistant, au fascia transversalis, seul, renforcé il est vrai par les expansions fibreuses venant des muscles voisins (ligament de Heule et de Herselbach), mais laissant entre elles une zone faible que l'on voit bomber chez certains individus dans les efforts et la toux sans que rien ne vienne sortir à l'orifice externe du canal inguinal.

De plus, le traumatisme invoqué par le blessé était-il la cause directe de la hernie? Comme le dit Berger, rarement une hernie peut être produite par l'action directe d'un corps, d'un choc portant sur la région qui en est le siège. Lorsque la hernie paraît être le résultat d'une action vulnérante de cette sorte, on doit dans le plus grand nombre de cas admettre comme cause véritable de sa production l'effort, la contraction brusque, résultant de la défense de la paroi, et l'accroissement de la tension abdominale, qui en est le résultat, plutôt que la lésion locale produite par l'agent vulnérant.

Forgue et Jeanbrau ne disent-ils pas qu'une hernie pour être reconnue comme accident de travail doit réunir trois conditions nécessaires :

1° La brusquerie et la violence anormale de l'effort;

2° L'apparition de la hernie avec douleurs intenses;

3° La nécessité pour la victime d'interrompre immédiatement son travail.

Or, dans notre cas, la contraction violente de défense, et les mouvements instinctifs qu'a dû faire le blessé en tombant, ont simplement rendu plus facile la déchirure de la paroi antérieure, qui s'est rompue, comme une corde bien tendue se casse au point où on la frappe violemment.

La douleur qui n'a pas été très intense s'est dissipée rapidement, et la hernie n'est apparue qu'ensuite, après la disparition de l'ecchymose qui fut peu étendue, ce qui s'explique d'ailleurs les fibres arciformes, ne donnant pas de sang quand on les sectionne dans la cure radicale. Il faut donc tenir compte largement, croyons-nous, dans l'appréciation des symptômes subjectifs, douleur, impotence de la sensibilité plus ou moins développée, et surtout de la mentalité du sujet.

L'absence de dilatation des orifices du canal inguinal des deux côtés, la musculature normale du sujet et, enfin, l'absence de toute prédisposition aux hernies, constatée lors de son incorporation et des diverses visites sanitaires, étaient en faveur d'une hernie directe, résultant de la rupture traumatique des plans aponévrotiques du canal inguinal, hypothèse qui fut vérifiée par l'intervention. L'absence de sac, la constatation de la déchirure nette des fibres arciformes faisaient éliminer l'idée d'une de ces hernies inguinales par écaillure, décrites par Jaboulay et Patel, et qui se produisent parfois dans des diverticules congénitaux, creusés dans l'épaisseur de la paroi à ce niveau.

La cure radicale fut simple; elle consista, comme on l'a dit, en la reconstitution de la paroi. L'absence de sac, l'intégrité du péritoine sous-jacent rendaient inutile l'ouverture de la cavité abdominale. Les sutures en V au tendon de renne ont amené, par la superposition des plans musculo-aponévrotiques, la coaptation parfaite des piliers et supprimé l'orifice anormal qui existait entre eux.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

(*Toulouse, 1er-7 août 1910.*)

M. le professeur Bergonié ouvre le Congrès en célébrant le dizenaire de la section et en exposant les progrès accomplis depuis sa fondation.

I. La première séance a été consacrée aux rapports de MM. Guilleminot et Laquerrière sur **les traitements électrique et radiothérapique des fibromes de l'utérus**; la méthode d'Apostoli reste toujours le traitement préféré de la majorité des électrothérapeutes; elle n'a pas été sensiblement modifiée ni dans sa technique ni dans ses indications. A côté d'elle la faradisation à interruption lente reste un bon hémostatique immédiat, tandis que l'électrolyse du zinc forme un procédé de premier ordre pour modifier la muqueuse utérine.

Quant aux rayons X, l'expérience personnelle des rapporteurs ainsi que les nombreux travaux d'autres auteurs prouvent leur efficacité indéniable; ils paraissent agir le plus souvent en provoquant une atrophie de l'ovaire surtout utile chez les femmes près de la ménopause; mais en certains cas au moins il semble manifeste qu'ils ont une action directe sur la tumeur elle-même. En somme les traitements électro et radiothérapique de fibromes, qui sont supérieurs et de beaucoup à toutes les méthodes non chirurgicales, doivent *à moins qu'il y ait indication formelle à l'acte chirurgical* être essayées avant de recourir à l'opération.

M. Bordier préconise une posologie spéciale pour le traitement du fibrome par les rayons X; les fibromes jeunes avec hémorragie donnent des résultats plus complets, mais on a des améliorations même dans les fibromes anciens.

MM. le professeur Bergonié et Speder ont eu des observations très favorables; ils ont observé parfois des troubles d'insuffisance ovarienne. Ils n'ont jamais pu, de même que les rapporteurs, arriver à réaliser pratiquement la posologie exacte de Bordier.

M. Escluze apporte deux cas de fibrome symptomatiquement guéri par la radiothérapie.

M. Delherm dit que, pour apprécier la méthode d'Apostoli, il faut se reporter à ce qu'étaient les interventions pour fibrome vers 1885. La mortalité était considérable et Thomas Keith qui l'avait abaissée à 4 p. 100 n'hésitait pas à proclamer qu'avant d'intervenir chirurgicalement il fallait employer la méthode d'Apostoli. Sans doute les indications, devant les progrès croissants de la chirurgie, se sont res-

treintes; mais cette méthode reste un excellent traitement conservateur. En ce qui concerne la radiothérapie il montre par le relevé exact des dates l'antériorité de l'école française.

II. **Les résultats éloignés de la fulguration.** — M. Desplats (de Lille). Après une étude minutieuse de toutes les observations publiées, qu'il s'agisse de ses cas ou de ceux des autres opérateurs, l'auteur conclut que, « si la méthode a été décriée en ces derniers temps, il n'y voit qu'une réaction fatale après les enthousiasmes exagérés du début; on a voulu des conclusions rapides et on les a établies sur des résultats nécessairement mauvais puisqu'on s'est adressé à des cas des plus graves, à des malades abandonnés depuis longtemps par la chirurgie; il eût été préférable de procéder à l'inverse en choisissant des cas moins désespérés, quitte à ajourner les conclusions définitives. Après trois ans d'expérience, il déclare que la *fulguration élargit considérablement le champ de la chirurgie*, et qu'*elle donne au malade des chances de non récidive prolongée supérieures à celles que donne la chirurgie seule.*

III. **Les derniers progrès de la radiographie instantanée et rapide.** — M. le professeur Nogier (de Lyon). La radiographie a fait dans ces derniers mois des progrès considérables au point de vue de l'appareillage. On a actuellement le choix entre des instrumentations qui sont également parfaites et qui permettent de faire passer 50, 80 milli-ampères dans les ampoules. Les principes de la radiographie instantanée sont les suivants : nécessité d'utiliser les rayons durs; emploi d'un voltage élevé, 120 000 volts par exemple à 200 000 volts; appareils actionnés par des courants continus; ampoules à anti-cathode renforcée.

L'écran renforçateur constitue un très gros progrès car il permet des réductions à 1/30 de la pose.

Cet excellent rapport donne lieu à une discussion très suivie.

M. Arcelin insiste sur l'importance d'employer des rayons très pénétrants; il approuve l'emploi des écrans renforçateurs même pour la radiographie rénale.

M. Delherm vante l'avantage des écrans quand on est obligé d'utiliser une installation de puissance trop faible.

M. Speder donne des détails sur la technique de la radiologie abdominale; l'insufflation de l'estomac et du gros intestin facilitent dans certaines conditions l'obtention de l'image du foie et du rein.

IV. **La filtration en radiothérapie.** — M. Belot (de Paris). Les filtres ne mettent pas à l'abri des radiodermites; mais en restreignent en pratique l'apparition d'une façon considérable. Quand on veut faire de la radiothérapie profonde, le filtre est indispensable, car il élimine les rayons qui se seraient amortis dans la peau et seraient nocifs; il permet par contre le passage des rayons pénétrants qui seuls dans ces cas sont utiles.

Suivant la profondeur où se trouve l'organe à traiter on emploie donc des filtres d'épaisseur appropriée de un à cinq millimètres. La filtration constitue un grand progrès; grâce à son emploi, on diminue l'écart entre la quantité absorbée par la peau et celle que retiennent les couches sous-jacentes. On est donc en droit d'espérer de la filtration des résultats beaucoup plus brillants dans le traitement des affections profondes.

COMMUNICATIONS

Parmi les communications, extrêmement nombreuses, nous citerons les suivantes :

M. Nogier démontre que les **écrans renforçateurs ne donnent pas de rayons ultraviolets.**

M. Labeau insiste sur la nécessité d'obtenir en radiographie les travées osseuses pour porter un diagnostic.

MM. Fabre, Barjon et Tilliat exposent les résultats de leurs recherches sur la radiographie du fœtus *in utero.*

M. Marquès montre que, depuis l'emploi de la radiographie, les fractures de l'ischion sont moins rares qu'on ne le pensait.

M. Speder présente des radiographies d'ostéomes multiples post-traumatiques.

M. Arcelin fait une conférence accompagnée de nombreuses projections et concernant la radiographie du rein et des calculs rénaux, uretéraux et vésicaux, dont il tire des conclusions opératoires des plus importantes.

MM. Delherm et Laquerrière présentent un travail sur les **nouvelles idées sur la paralysie infantile** et les conséquences qui en découlent au point de vue électrique. Dans les fausses poliomyélites, le traitement donne en général des résultats incomparablement meilleurs que dans la poliomyélite classique, et l'on peut compter sur des améliorations considérables et des guérisons complètes.

M. le professeur Bergonié montre que la **faradisation généralisée**, pratiquée à l'aide de son ingénieux appareil, fait chez les *asthéniques* travailler les muscles d'une manière appropriée à chaque cas et provoque un exercice qu'on fait progresser suivant les indications. Cette méthode donne d'excellents résultats; en entraînant le malade elle rétablit les fonctions générales.

M. Miramont de Laroquette insiste sur l'importance du **bain local de lumière** dans les suites opératoires, faits confirmés par MM. Bergonié, Laquerrière et Delherm.

MM. Delherm et Darbois. Il est classique de dire que les **paralysies obstétricales** sont en général très bénignes. Mais il n'en est pas toujours ainsi et les auteurs en présentent un certain nombre de cas. Si dans les trois semaines qui suivent la naissance la guérison ne se produit pas, il y a lieu d'intervenir comme dans une paralysie du plexus brachial ordinaire ; les résultats qu'ils présentent sont très favorables.

M. Keating-Hart fait une communication sur l'**action comparée des divers traitements physiques dans le cancer, en particulier sur la fulguration.**

M. Thibaudeau apporte quelques résultats de **diathermie médicale** sur des arthrites anciennes; MM. Delherm et Laquerrière, sur des sciatiques.

MM. le professeur Schatzky et Marquès montrent que les courants de **haute fréquence déterminent l'ascenion d'un thermomètres contenu dans un solénoïde.**

M. Roques insiste sur les rapports qui existent entre les **otopathies et les paralysies faciales,** la guérison de l'une coïncide souvent avec la guérison de l'autre.

MM. Laquerrière et Delherm, dans un **cas d'obstruction intestinale** où le lavement électrique ordinaire n'avait pas donné de résultats, ont eu un succès avec la galvano-faradisation à hautes intensités.

MM. le professeur Marie et Sorel donnent des détails de technique sur le **traitement des angiomes.**

M. Dissés a fait des recherches expérimentales sur les **rapports qu'il y a entre le degré de solidité du cal au point de vue clinique et son aspect radiographique.** Il a constaté que le cal s'épaississait à mesure que la consolidation s'effectuait, mais qu'il était encore un peu plus faible que l'os sain dans les temps qui suivaient immédiatement la réparation clinique.

Dans l'intéressante discussion qui a suivi le rapport de M. Belot, plusieurs auteurs (MM. le professeur Bergonié, Laquerrière, Delherm et Arcelin) ont apporté des cas d'idiosyncrasie manifestes aux rayons X.

M. Labeau a eu de bons résultats par la radiothérapie dans les **cas de tabes douloureux,** M. Marquès dans la **syringomyélie.** MM. Delherm, Julien et Jaulin se montrent plus réservés pour le tabes et confirment les excellents résultats observés dans la syringomyélie.

M. le professeur Bordier donne des indications très importantes sur la manière de placer le filtre d'aluminium par rapport à l'ampoule pour obtenir une irradiation sur l'épaisseur exacte qu'on désire interposer; si on n'y prend pas garde on peut avoir des mécomptes.

MM. les professeurs Bergonié et Bordier préconisent les doses massives de rayons dans les **épithéliomas térébrants.**

M. Marquès (de Toulouse) présente une malade atteinte de **maladie de Raynaud** guérie par la haute fréquence locale.

M. le professeur Nogier fait une série de communications du plus haut intérêt sur les mesures spectroscopiques de la transparence ultraviolette de diverses substances : l'eau est très transparente, mais non le lait.

— La section élit comme président du Congrès de 1911, à Dijon, le docteur Louis Delherm (de Paris) et le professeur agrégé Nogier (de Lyon) comme vice-président. Elle décide de faire déposer une couronne sur la tombe d'Apostoli, l'un des maîtres disparus de l'électrothérapie française.

LAQUERRIÈRE ET DELHERM.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL

D'HYGIÈNE SCOLAIRE

[*Paris, 2-7 août 1910* (1)].

SEPTIÈME SECTION

LE CORPS ENSEIGNANT : SON HYGIÈNE, SES RELATIONS AVEC LES FAMILLES ET LE MÉDECIN SCOLAIRE

Les aptitudes physiques des candidats à l'enseignement. — M. le docteur Breton (de Lille). Le rapporteur s'est demandé si les mesures prescrites quant aux aptitudes physiques exigées, par le gouvernement, des candidats aux écoles normales, ont été couronnées de succès.

Pour se renseigner sur les résultats acquis, il s'est livré à une enquête dans ces écoles normales et pour cela a soumis un questionnaire aux médecins, directeurs et directrices.

Le résultat de l'enquête a été le suivant : les mesures déjà prises sont suffisantes, à condition d'être appliquées avec vigueur. Cependant, pour les rendre plus effectives, le rapporteur propose de les compléter en insistant sur l'étude des antécédents personnels et héréditaires de l'élève et en créant une fiche de santé; en autorisant l'emploi des méthodes nouvelles pour aider un diagnostic douteux et en demandant le secours exceptionnel de spécialistes, auristes et oculistes; enfin, en outre d'autres mesures, en développant les sports physiques, proportionnellement au degré de surcharge des programmes scolaires.

Sur la même question, M. Williamson donne des renseignements intéressants en ce qui concerne l'Angleterre. La principale cause de mortalité parmi les professeurs, dans ce pays, est la tuberculose. Les maladies les plus fréquentes qui causent la mise à la retraite dans cette profession sont les maladies nerveuses, surtout la neurasthénie. Les affections du larynx et du pharynx sont communes.

Rapports des maîtres et des familles; leur organisation pratique. — M. le docteur Oui (de Lille). Dans l'enseignement primaire l'emploi régulier du cahier de correspondance peut servir d'amorce à des relations plus étroites, et d'autre part les infirmières scolaires seraient d'excellents intermédiaires entre l'école et les parents, en ce qui concerne l'hygiène physique.

Dans les grandes villes, le délégué cantonal ou la déléguée cantonale seront les intermédiaires naturels.

Dans l'enseignement secondaire, des relations s'établiront plus facilement entre parents et maîtres, les associations de parents et les associations d'anciens élèves pourront rendre de grands services, enfin la nomination obligatoire de pères et de mères de famille dans les conseils d'administration, l'extension des attributions de ces conseils quant aux questions d'hygiène, sont extrêmement désirables.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 91, p. 1275.

M. Johannes Berninger, instituteur à Wiesbaden, parmi d'autres moyens, préconise les soirées consacrées aux parents telles qu'elles existent déjà dans plusieurs villes d'Allemagne et d'Autriche.

M. le docteur Deléarde (de Lille) parlant de la collaboration du médecin et du maître en hygiène scolaire en montre toute l'utilité et réclame l'introduction d'un médecin dans les conseils d'administration scolaires, les assemblées de professeurs, les assemblées qui répartissent les heures de travail.

M. Théodore Altschul (de Prague) dit que les maîtres sont des pionniers importants pour vulgariser les principes d'hygiène établis par la science médicale. Pour lui, protection de la jeunesse, hygiène scolaire, pédagogie forment un tout inséparable.

HUITIÈME SECTION

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE AUX MAITRES, AUX ÉLÈVES ET AUX FAMILLES

L'enseignement de la puériculture aux maîtresses et aux élèves. — M. le docteur Fruhinsholz (de Nancy). Plus que jamais la France a besoin de sauver les nouveau-nés par la puériculture.

Il faut donc l'enseigner aux jeunes filles et tout d'abord aux maîtresses. Aux maîtresses on l'enseignera avec ses trois chapitres, avant la conception, pendant la grossesse, après la naissance.

Aux élèves on n'enseignera que la puériculture du premier âge.

Dans un éloquent et suggestif rapport, M. Broadbent (de Huddersfield) dit que le moment le plus propice pour enseigner la puériculture aux filles est l'enfance, où la petite fille ignore les sexes et ne connaît pas la fausse pudeur auprès des bébés.

Il faut bâtir l'intelligence sur l'instinct; or, chez nos filles les instincts les plus forts sont laissés ignorés et autant que possible supprimés. L'instinct maternel doit être exploité.

L'enseignement anti-alcoolique à l'école. — M. le docteur Pissavy (de Paris), après avoir rappelé les ravages de l'alcoolisme en France, propose des vœux tendant à faire un enseignement anti-alcoolique énergique dans les écoles normales, à ce que la tempérance soit encouragée chez les enfants par la distribution de livrets d'épargne, à ce que les maîtres qui se signaleraient dans ce sens soient largement encouragés.

M. Hugo Hagelin (de Nyköping) insiste sur la supériorité du système anglo-saxon qui fait de l'enseignement plus qu'une instruction, vise à créer des habitudes chez l'enfant et répartit cet enseignement sur les différentes années de la période scolaire.

MM. les docteurs Hallé (de Paris) et E. Wernicke (de Posen) insistent sur la nécessité d'enseigner aux maîtres l'hygiène scolaire, et Mme Moll-Weiss préconise l'enseignement ménager dans les écoles.

NEUVIÈME SECTION

LES PROGRAMMES ET LES MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT DANS LEUR RAPPORT AVEC L'HYGIÈNE SCOLAIRE

M. le docteur A. Chaillou (de Paris) s'occupe de l'établissement d'un horaire normal pour les enfants des différents âges scolaires, et dit qu'un horaire bien compris ne doit pas tenir compte d'un seul organe, le cerveau, mais de l'organisme tout entier.

Il faut d'abord sélectionner les enfants d'après leur type morphologique (cérébraux, digestifs, musculaires, respiratoires), et même après cette sélection les horaires devront pouvoir être modifiés suivant les moments et les individus.

M. Chaillou propose deux types d'horaires normaux, un pour les enfants de dix à douze ans, l'autre pour ceux de seize à dix-huit ans.

L'inattention. Ses causes, ses remèdes. Moyens de la combattre. Des circonstances qui la favorisent dans les plans d'études et les méthodes d'enseignement. — M. Mendousse, professeur au lycée de Digne. Les formes de l'inattention sont très différentes suivant l'âge des écoliers. Parmi ses causes il faut relever l'influence de la famille, l'indiscipline, les défaillances intellectuelles, diverses causes physiologiques (infirmités sensorielles, lymphatisme, hérédité névropathique, etc.).

M. C. Schuyten (d'Anvers) établit d'abord que l'inattention existe en tant que phénomène naturel constatable par diverses méthodes, que cette inattention peut être accrue par diverses causes et enfin qu'on peut y remédier par l'application rigoureuse des règles de l'hygiène scolaire et l'application des données expérimentales de la psychologie.

Inconvénients et avantages de la dissémination ou de la concentration des matières d'enseignement dans l'établissement d'un programme. — Pour M. Lévy-Wogue, professeur au lycée Saint-Louis (de Paris), il faut arriver à une dissémination initiale des matières réduite progressivement à une concentration dans les programmes.

M. Schrag (de Berne) estime que dans les écoles actuelles on enseigne trop de sujets à la fois; aussi on aboutit au surmenage, au manque d'unité dans l'esprit de l'élève. Il faut donc faire non de la dissémination mais de la concentration.

DIXIÈME SECTION

ÉCOLES SPÉCIALES POUR LES ANORMAUX

L'éducation de l'enfance anormale. Arriérés et instables. — M. Sennelier émet le vœu que des écoles spéciales soient créées pour l'éducation des arriérés et instables; que ces écoles soient des internats.

Avantages et inconvénients des différents types d'établissements pour anormaux psychiques. — M. Schreuder (de La Haye).

Rôle du médecin et sa collaboration avec le maître dans les classes et écoles d'anormaux psychiques. — MM. les docteurs J. Abadie et Dumora (de Bordeaux). La collaboration du médecin avec le personnel pédagogique à tous les degrés est définie par le rôle qu'ils jouent concurremment au fur et à mesure de la création de classes et écoles d'anormaux psychiques et de leur fonctionnement.

Plan et programme d'instruction et d'éducation pour anormaux psychiques des écoles. — M. le docteur

Georges Beauvisage (du Rhône). Depuis deux ans fonctionnent à Lyon des classes de perfectionnement pour anormaux scolaires; il y en a six actuellement. L'éducation normale consiste à développer, en les exerçant, toutes les facultés physiques, intellectuelles et morales des enfants, dans l'ordre naturel de leur apparition et de leurs réactions réciproques.

M. Joseph Montesano (de Rome) et Mlle L. Parisi (de Rome). Il faut distinguer deux catégories d'anormaux éducables : ceux qui peuvent aspirer à l'instruction des écoles élémentaires et même supérieures, ceux auxquels on ne doit apprendre qu'un simple métier manuel.

ONZIÈME SECTION

HYGIÈNE DE LA VUE, DE L'OUIE, DE LA BOUCHE ET DES DENTS DANS LES ÉCOLES

L'éclairage des écoles. — M. le docteur Truc (de Montpellier). Les écoles sont généralement mal éclairées. Une bonne situation et une orientation favorable sont indispensables. Les architectes devront collaborer avec les hygiénistes et les médecins inspecteurs pour obtenir un meilleur éclairement dont M. Truc donne les règles.

Myopie scolaire. Traitement, hygiène et prophylaxie. — M. le docteur Le Prince (de Bourges). Le traitement de la myopie scolaire comporte la correction totale par des verres appropriés, non seulement de la myopie, mais encore de l'astigmatisme et des insuffisances musculaires, notamment de l'insuffisance de convergence.

M. Dufour (de Genève) établit que la myopie est l'anomalie de réfraction la plus dangereuse, parce qu'elle s'aggrave, qu'elle se développe surtout pendant le temps des études et qu'elle atteint surtout les yeux des liseurs, c'est-à-dire de la classe cultivée.

Rapports des affections ou troubles oculaires avec la scolarité primaire. — M. le docteur Frenkel (de Toulouse). Le rapporteur, de même que M. Katz (de Saint-Pétersbourg), réclame la création d'une inspection oculistique des écoles.

Mesure de l'acuité auditive chez les écoliers. — MM. les docteurs Gellé fils (de Paris) et Hennebert (de Bruxelles). Dans leur remarquable rapport les auteurs insistent sur la fréquence extrême des maladies de l'oreille chez les écoliers, elles atteignent en effet le quart des élèves, les conséquences irréparables de la perte totale ou partielle de l'ouïe, le début insidieux de ces surdités, et la possibilité de la prophylaxie dans les deux tiers des cas. Ils demandent donc que l'audition des enfants des écoles soit mesurée systématiquement. Ils indiquent ensuite minutieusement l'organisation de cet examen.

La prophylaxie de la surdité chez les écoliers. — M. le docteur P. Jacques (de Nancy). Le rapporteur conclut dans le même sens que les précédents.

L'hygiène de la bouche et des dents a donné lieu aux rapports suivants :

L'hygiène dentaire dans les internats. — M. le docteur Henri Dreyfus (de Paris).

L'importance de l'hygiène buccale et dentaire pour la préservation de la santé générale des enfants et des adolescents. — M. le docteur Cruet (de Paris).

L'inspection et le traitement des enfants des écoles. — M. le docteur Maurice Roy (de Paris).

Outre les rapports dont nous venons de donner un résumé forcément trop rapide à notre gré dans bien des cas, de nombreuses communications ont été faites dans les diverses sections, et des discussions animées et suggestives ont été soulevées. Des vœux en résultèrent qui ont été présentés à l'assemblée lors de la séance de clôture, et adoptés pour la plupart. Nous ne pouvons les reproduire tous ici. Nous citerons cependant celui qui avait été voté par la section V sur la proposition de M. le professeur Hutinel, et qui est relatif à la surveillance des écoliers contagieux :

« La cinquième section, considérant que les questions les plus intéressantes de l'hygiène scolaire qui ont trait à la dissémination et à la prophylaxie des maladies infectieuses, à l'isolement et à l'éviction des enfants, aussi bien qu'aux soins à leur donner, ne sont pas parfaitement étudiées et sont envisagées de façon différente par les médecins, propose :

La Société des médecins des écoles de Paris est priée de nommer une commission chargée d'étudier et de codifier les instructions qui doivent être données aux médecins scolaires et aux instituteurs, en insistant sur la nécessité de donner des règles simples précises et faciles à suivre. »

La séance de clôture, à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure, a eu lieu le 6 août dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne sous la présidence de M. Henry Chéron. M. Albert Mathieu, président du Congrès, a pris la parole à son tour, et nous ne pouvons que nous associer pleinement aux paroles de félicitations et de remerciements qu'il a adressés à M. le docteur Dufestel, secrétaire général du Congrès.

— Le prochain Congrès international d'hygiène scolaire, qui sera le quatrième, aura lieu en 1913 à Buffalo.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er AOUT 1910)

Contribution à l'étude des échanges azotés. — M. Henri Labbé.

Sur la non-existence de lécithines libres ou combinées dans le jaune d'œuf. — M. N.-A. Barbieri.

Sur l'immunité dans le paludisme des oiseaux. Conservation in vitro des sporozoïtes de « Plasmodium relictum ». Immunité relative obtenue par inoculation de ces sporozoïtes. — MM. Etienne Sergent et Edmond Sergent.

L.-H. FARABEUF

La mort de Farabeuf met en deuil l'anatomie française.

Lorsqu'il y a trente ans, Farabeuf fut nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de Paris, l'enseignement de l'anatomie n'existait pas. Les deux ou trois pavillons de dissection, ouverts aux élèves sur l'emplacement de l'Ecole pratique actuelle, renfermaient à peine une douzaine d'étudiants mal dirigés par deux prosecteurs occupés par les leçons particulières qu'ils donnaient aux élèves en mal d'examen.

Farabeuf arriva à l'Ecole pratique en révolutionnaire; il fit table rase de tout ce qui existait, se mit en campagne pour réunir les cadavres nécessaires à l'enseignement, exigea la présence réelle des élèves aux exercices de dissection et de médecine opératoire, fit nommer huit prosecteurs et vingt aides d'anatomie, organisa des cours, des conférences, des leçons au tableau, des démonstrations sur le cadavre. En un mot, de rien il fit cette chose merveilleuse que fut pendant un quart de siècle l'enseignement à Paris de l'anatomie et de la médecine opératoire.

Cela n'alla pas, au début, sans quelque résistance; l'étudiant n'aime pas à être discipliné. Mais il fut bientôt vaincu, subjugué par le zèle infatigable de ce jeune chef des travaux qui, payant de sa personne, était partout et à toute heure, dans les pavillons, au milieu des élèves qu'il ne quittait pas d'un instant.

C'est alors, à l'Ecole pratique de la rue Vauquelin, qu'il inaugurait ses cours si remarquables d'originalité et de clarté; qu'il imaginait ses « dessins » uniques au monde, modifiait la compréhension de l'anatomie, la précisait dans ces détails, créait de toute pièce une technique opératoire qui restera le chef-d'œuvre en ce genre.

Les étudiants se pressaient en foule au cours de ce maître dont ils admiraient la science et l'originalité si personnelle. Les temps ont singulièrement changé.

Farabeuf se révéla rue Vauquelin, il se confirma à la nouvelle Ecole pratique. Sa nomination à la chaire d'anatomie occupée auparavant par Sappey ne fut que la consécration légitime de ses efforts et de ses succès.

A se dépenser ainsi sans compter, Farabeuf s'usa vite, sa vue s'affaiblit, son acuité auditive diminua, son originalité s'accentua en devenant moins tolérante, et la Faculté, oublieuse des services rendus, subissant l'influence occulte des puissants du jour, eut l'impudeur de demander la mise à la retraite de ce professeur incomparable.

Farabeuf fut éloigné de la Faculté; il est vrai qu'on le nomma officier de la Légion d'honneur et qu'on lui conserva, dans « son » Ecole pratique, un petit coin de laboratoire où il ne cessa de travailler jusqu'à sa mort.

Ce repos forcé, après l'abattement et le découragement du début, réagit heureusement sur sa santé et l'on revit, continuant à errer, dans les couloirs de l'Ecole pratique qu'il ne pouvait quitter, un Farabeuf gai et rajeuni.

Une nouvelle douleur vint attrister les dernières années de sa retraite involontaire, l'enseignement de l'anatomie, cet enseignement qu'il avait créé, auquel il avait consacré l'activité de sa vie, cet enseignement périclitait; Farabeuf eut la vision pénible du dépérissement de l'œuvre qu'il avait créée et il en fut profondément affecté.

Pour nous qui avons vu évoluer ce maître unique, qui avons eu l'inappréciable honneur d'avoir suivi son enseignement, nous envoyons à Farabeuf un souvenir profondément ému.

A. RICARD.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique de puériculture (1), par le docteur DELÉARDE.

Ce livre renferme deux parties. Dans la première, le docteur Deléarde, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, expose l'hygiène et la diététique infantiles; on y trouvera une étude très pratique de l'alimentation du nourrisson, puis de l'allaitement artificiel et de l'allaitement mixte; viennent ensuite de bons chapitres sur le sevrage, la dentition, l'hygiène individuelle de l'enfant, les vêtements; c'est donc bien un guide de puériculture, mais comme les troubles gastro-intestinaux sont à cet âge le gros danger à éviter et comme malgré tout leur fréquence est extrême, M. Deléarde a consacré un chapitre à la thérapeutique des gastro-entérites aiguës. La seconde partie a pour objet la protection de l'enfant; c'est la lutte contre la mortalité infantile, c'est la puériculture avant et après la naissance, avec l'étude de la protection légale de l'enfance et des œuvres privées, telles que mutualité maternelle, consultation de nourrissons et gouttes de lait, crèches et pouponnières. On voit, par cet aperçu rapide, que l'ouvrage de M. Deléarde a été écrit pour être « une sorte de vade-mecum en matière de puériculture » et ce but a été parfaitement rempli.

L. BABONNEIX.

Atlas de radiographie chirurgicale (2), par le docteur GRATHEY, édition française par Th. NOGIER.

Cet atlas complète d'une façon précieuse l'atlas de radiographie de l'homme normal du même auteur. La partie iconographique de l'ouvrage, la plus importante, est un recueil de radiographies, choisies comme particulièrement intéressantes et typiques.

Le nombre de ces documents est considérable, leur choix varié et judicieux, d'autre part les conditions de l'obtention du cliché et quelques notes cliniques brèves accompagnent toujours la reproduction radiographique.

On peut juger de la valeur scientifique des documents présentés dans ces conditions rigoureuses, sur les corps étrangers, les calculs, les affections osseuses et articulaires, les tumeurs, les luxations et les fractures.

G. LEGROS.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (3), par MM. TUFFIER et J. MARTIN.

Conçu dans l'esprit de la collection, l'ouvrage de MM. Tuffier et Martin nous montre brièvement l'effort tenté dans ces dernières années pour traiter chirurgicalement la tuberculose pulmonaire.

La pneumectomie, la pneumotomie, les injections sclérogènes semblent déjà tombées en discrédit; au contraire deux méthodes : d'une part la collapsothérapie, surtout par les injections d'azote dans la plèvre (pneumothorax artificiel) moins traumatisantes que les grands désossements de la cage thoracique (opération de Friedrich), d'autre part la désinsertion de la première côte au sternum (méthode de Freund) ont fourni des résultats pleins d'espoir et qui méritent d'attirer l'attention des praticiens.

M. LANCE.

(1) 1 vol. in-16. — Paris, Félix Alcan.
(2) 1 vol. in-4 de 140 p. avec 64 schémas et 80 planches. — Paris, J.-B. Baillière.
(3) De la collection des monographies cliniques, 28 p., 5 fig. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES POLYURIES

S'il est facile de donner une définition du syndrome polyurie, il s'en faut qu'il en soit de même pour fournir, à propos de ce syndrome, un exposé succinct et clinique des multiples formes qu'il revêt, ou plus exactement des diverses affections qu'il traduit ou accompagne; et cependant son étude est particulièrement intéressante, en ce sens, qu'à côté des problèmes cliniques qu'elle soulève, elle a permis d'élucider bien des chapitres de la physiologie rénale. Néanmoins nous serons brefs sur ce point spécial : après avoir exposé comment l'on doit procéder à l'examen clinique d'un polyurique, nous essaierons un classement général de ces polyuries en les rapportant à leur étiologie; puis, sans nous laisser guider par des considérations anatomo-pathologiques ou physiologiques, nous énumérerons ces différentes polyuries suivant leur FRÉQUENCE en clinique, nous contentant ensuite, en quelques mots, de fournir une explication physiologique de leur mécanisme, d'indiquer leur pronostic et leur traitement.

DÉFINITION. — La polyurie est un syndrome morbide caractérisé par une sécrétion exagérée de l'urine ; à l'état normal, toutes choses égales d'ailleurs, on peut admettre le chiffre de 1 500 grammes comme quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures. On admet qu'il y a polyurie lorsque ce chiffre dépasse 2 litres en vingt-quatre heures. On voit donc combien le terme est imprécis, puisque la polyurie peut s'étendre de 2 à 5 litres, 6 litres, 10 litres et même plus.

CLINIQUE. — Lorsqu'on examine un polyurique, il importe, après avoir fixé à peu près ce taux de la polyurie, de résoudre les questions suivantes :

Depuis quand existe ce symptôme, à l'occasion de quoi paraît-il s'être montré pour la première fois ?

S'accompagne-t-il d'autres troubles morbides, polydipsie, polyphagie, amaigrissement?

Quelles sont les qualités de l'urine : couleur (trouble, claire), réaction, densité, analyse chimique relative surtout à la recherche du sucre, de l'albumine, des phosphates, des chlorures, etc.

Cet examen, qui n'a porté jusqu'ici que sur le seul phénomène polyurie, doit se compléter ensuite par un examen de l'appareil *rénal* (épreuve du bleu, de la phlorizine, glycosurie expérimentale), *génito-urinaire* (examen de la vessie, des organes génitaux), de l'appareil *cardio-artériel* : examen du cœur et des vaisseaux (hypertrophie du ventricule gauche, bruit de galop, hypertension artérielle).

Si l'on soupçonne une lésion tuberculeuse à son début, on interrogera les antécédents du malade, on recourra aux nouveaux procédés d'investigation de laboratoire.

DIAGNOSTIC POSITIF. — Un tel examen permet tout d'abord d'éviter une erreur grossière de diagnostic qui consiste à s'en laisser imposer par un *simulateur*; pour dépister la simulation il suffira de prendre la densité de l'urine immédiatement après une *émission constatée* de visu, et de la comparer à celle de l'urine conservée dans le bocal; on ne confondra pas non plus avec une polyurie une hydronéphrose qui s'est évacuée en une fois (hydronéphrose intermittente).

Le diagnostic avec la potomanie est plus délicat comme nous le verrons, en ce sens que la potomanie peut avoir été commandée par une polyurie.

D'autre part, cet examen clinique permet également une constatation de toute importance, à savoir si l'on est en présence d'une polyurie passagère, ou d'une polyurie durable, permanente.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — **I. Polyuries transitoires.** — Ces polyuries sont peu intéressantes au point de vue clinique, elles le sont surtout au point de vue expérimental et pathogénique.

Elles peuvent résulter : a. *d'ingestions de liquides en abondance*, surtout de liquides alcooliques (cidre, bière, vins); b. *de médicaments*, parmi ceux-ci, les uns exercent leur action diurétique par le cœur (digitale, scille, strophantus), d'autres directement sur le rein (théobromine, lactose, régime lacté); c. *elles peuvent être le résultat de réflexes*, action du système nerveux incontestable dans les polyuries qui s'observent à la suite de coliques néphrétiques, au cours d'affections nerveuses ou de troubles du système nerveux (Basedow, épilepsie, hystérie), rôle de l'émotion, du froid; d. *enfin et surtout elles s'observent à la période terminale, critique, de certaines affections aiguës* : pneumonie, fièvre typhoïde, érysipèle, choléra; elles sont alors symptomatiques d'une amélioration notable de l'état général, à la condition de présenter à l'analyse de l'urine émise une décharge de chlorures, une augmentation de toxicité et une disparition de l'albuminurie; elles s'observent également à la période de résorption des œdèmes (cardiaques ou rénaux) et signifient alors que le filtre rénal est redevenu perméable; elles s'observent aussi à la phase critique des ictères infectieux, parfois pendant l'ictère (réalisant par dilution un ictère acholurique; cette polyurie est de règle dans la cirrhose biliaire avec réaction biliphéique).

II. Polyuries permanentes. — Beaucoup plus intéressante est cette deuxième catégorie de polyuries.

A. DIABÈTES. — Cliniquement, une polyurie permanente doit faire penser tout d'abord au *diabète sucré* : parfois le diagnostic s'imposera, tous les symptômes du diabète étant réunis au grand complet; parfois il faudra au contraire rechercher les petits signes du diabète, jusque-là méconnus, spécialement dans certains cas de diabète arthritique, gras, constitutionnel.

En ce qui concerne plus spécialement les caractères de cette polyurie diabétique, il faut insister sur la fréquence surtout nocturne des mictions, sur la quantité assez considérable des urines, en général 4 à 5 litres, quantité très variable d'ailleurs suivant l'alimentation, le traitement (diminuée par le régime azoté, parallélisme relatif avec le taux de la glycosurie). La coloration des urines varie du jaune pâle au blanc laiteux; elles présentent parfois l'odeur de chloroforme et d'acétone, (importance au point de vue gravité).

La *densité* est de 1 035, 1 040; l'acidité, supérieure à la normale; le sucre varie de quelques grammes à 200 grammes et plus (maltose, lévulose, etc.). A signaler l'importance de l'*azoturie* et surtout de l'*albuminurie* (concomitante, alternante avec la glycosurie); les chlorures, les sulfates sont en excès.

Diabètes insipides. — Il faut signaler, à côté du diabète sucré, la classe des diabètes insipides.

a. *Diabète azoturique* se caractérisant par tous les symptômes du diabète sucré, la glycosurie excepté : les urines sont très abondantes, de 5 à 10 litres; leur densité est faible, leur réaction alcaline, et par le repos elles laissent déposer un sédiment très abondant : la quantité d'*urée* excrétée est très *exagérée*, entre 40 et 130; il en est de même des chlorures et des phosphates; la guérison peut se voir, plus souvent les malades meurent de tuberculose ou d'autres affections surajoutées.

b. *Diabète phosphaturique*, le syndrome classique est polyurie, polydipsie, phosphaturie; les urines sont abondantes, peu acides ; elles présentent des reflets brillants dus à des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens; on y retrouve des phosphates à la dose de 10 à 20 grammes.

L'évolution de cette forme est assez grave; à signaler qu'elle peut se compliquer de diabète sucré : à retenir surtout ce fait que cette forme de diabète s'observe au cours d'états constitutionnels ou infectieux dont elle peut être un mode de début (rachitisme, lithiase, goutte et tuberculose).

c. Il faut également signaler le *diabète hyperchlorurique* de Teissier et Courmont; la polyurie par ingestion excessive de boisson réalise un véritable *diabète hypochlorurique*.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 94. — SAMEDI 20 AOUT 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 20 AOUT 1910. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 17 octobre 1910, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Des concours s'ouvriront le 1er décembre 1910, à neuf heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire pour l'admission à cinquante-cinq emplois de médecin aide-major de deuxième classe et à un emploi de pharmacien aide-major de deuxième classe, élèves à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1910 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine ou en pharmacie qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission s'ils ne sont pas reçus docteurs ou pharmaciens de première classe avant le 15 janvier 1911. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) avant le 15 novembre 1910.

Les programmes arrêtés le 6 mai 1910 donnant les conditions de ce concours sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (P. S.).

MARINE. — M. le médecin de première classe Peyraud, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major à l'arsenal de Dakar.

— Le *Journal officiel* du 19 août publie un décret portant réorganisation, en ce qui concerne les corps navigants, des commissions de classement des officiers susceptibles d'être avancés au choix.

Pour le corps de santé de la marine, la commission comprendra :

Le ministre de la Marine, président;
Le chef d'état-major général;
Deux vice-amiraux désignés par le ministre;
L'inspecteur général du service de santé;
Deux médecins généraux de deuxième classe ou deux pharmaciens en chef de première classe, selon qu'il s'agit d'examiner les titres des médecins ou des pharmaciens de la marine;
Le chef du service central de santé.

Les officiers qui ne sont pas désignés par le ministre ou membres de droit de la commission de classement sont appelés à prendre part aux travaux de cette commission par voie de tirage au sort.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAUCHAMP. — Dimanche prochain 21 août aura lieu, à Chalon-sur-Saône, l'inauguration du monument élevé à la mémoire du docteur Emile Mauchamp, médecin du dispensaire français de Marrakech, au Maroc, assassiné en 1907 par des fanatiques du pays.

La cérémonie sera présidée par M. Pichon, ministre des Affaires étrangères.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Faure (de Saint-Etienne), Richard (de Vanves) et de M. Louis Olivier, docteur ès sciences, fondateur de la *Revue générale des sciences pures et appliquées*, décédé subitement à l'âge de cinquante-six ans.

ERRATA. — Dans le n° 90 : (L. BAUMEL. Deux cas d'hémiplégie chez l'enfant), p. 1264, 2e col., 20e ligne, lire « dans des cas peu anciens » et non « dans des cas anciens »; — (H. DOMINICI. Sur quelques points du traitement des tumeurs malignes par le radium), p. 1265, 2e col., 34e ligne, au lieu de « Les rayons α sont moins nocifs », lire « Les rayons γ sont moins nocifs ».

RENSEIGNEMENTS

LE SAMEDI 24 SEPTEMBRE 1910

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3, à Paris, à l'adjudication, des fournitures d'articles de *pansement, gazes antiseptiques, mackintosch, protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1910.

Le montant des dites fournitures s'élèvent approximativement avant rabais à :

1er lot. *Gaze mousseline purifiée; gaze iodoformée au salol, boriquée; lint boriqué*, 14200 fr., avant rabais.

2e lot. *Mackintosh et protective*, 12125 fr.

3e lot. *Ouate coton hydrophile*. La fourniture totale est évaluée à 100000 kilogr., mais le même fournisseur ne pourra être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE GRANULOME ULCÉREUX DE WRIGHT

CLOU DE GAFSA

Par M. le docteur M. BENOIT.

Synonymie. — Bouton d'un an. Mal des dattes. Clou de Gafsa. Clou de Biskra. Clou de Laghouat. Clou du Sahara. Bouton d'Alep. Bouton du Nil, de Bagdad, du Liban, de Delhi, du Pendjab, du Yemen, de Guzerat. En arabe : Nebta. Anglais : Orient-boil, Orient-alore. Allemand : Orientbeul, Endemische Beulenkrankheit.

Définition. — Le *bouton d'Orient* est une maladie endémique simple, parasitaire, inoculable et auto-inoculable, propre à l'homme et à quelques animaux, spéciale à certains pays chauds et caractérisée par des accidents cutanés à forme le plus souvent ulcéreuse (granulome ulcéreux) dont l'évolution abandonnée à elle-même dure environ une année.

Historique. — *Première période.* — La maladie est reconnue et étudiée dans diverses régions; chaque observateur la décrit à part et la signale comme propre à la localité où il lui a été donné de la rencontrer; de là l'infinité de noms sous lesquels elle a été désignée.

Deuxième période. — Les rapports des médecins qui observaient la maladie permirent de constater les analogies qui existaient entre tant d'affections supposées différentes; un examen plus attentif des cas étudiés aida à reconnaître l'unité des symptômes et à dégager une entité morbide unique de la multiplicité des descriptions existantes. C'est alors que Tilbury Fox lui donna le nom de *bouton d'Orient* qui lui convenait parfaitement tant que le bouton ne fut pas signalé au Brésil. Aujourd'hui où les communications de Juliano nous ont appris sa fréquence dans la région de Bahia, la dénomination de Fox n'est plus suffisante. C'est pour cela qu'il me paraît préférable de lui substituer le terme de *granulome ulcéreux de Wright* ou plus simplement d'*ulcère de Wright*, puisque c'est à Wright que l'on est redevable de la première description exacte du véritable agent pathogène de la maladie.

Domaine géographique. — Le domaine géographique du bouton d'Orient est encore incomplètement connu. La maladie a été signalée et retrouvée dans l'Afrique septentrionale (Maroc, Algérie, Tunisie, Tripolitaine et Egypte), en Asie Mineure, en Mésopotamie, en Perse, dans le Caucase, le Turkestan et l'Inde. J'ai dit plus haut que Juliano l'a fréquemment observée à Bahia (1890). On peut en conclure que le domaine d'endémie occupe une bande de territoire comprise entre 40 degrés de latitude nord et 20 degrés de latitude sud.

Cette zone est vaste, mais il est bon de remarquer que si l'endémie en atteint les limites, elle ne sévit pas également en tous ses points. Elle affectionne les endroits suffisamment humides, ce qui explique la croyance populaire qui assigne à la maladie une origine purement hydrique. Il est de fait qu'en Algérie, en Egypte ou en Mésopotamie, le clou n'existe que dans les oasis, et les régions désertiques en sont absolument indemnes. C'est ainsi que les Chaamba du Souf et les Touareg Hoggar ou Azdjer passent pour ne présenter jamais de cas de granulome ulcéreux. Des observations très sérieuses nous apprennent au contraire que les riverains du Tchad et du Châri en sont fréquemment atteints.

Du reste les populations des oasis où la maladie existe à l'état endémique ont depuis fort longtemps acquis la certitude que les sujets porteurs de boutons guérissent spontanément et dans un laps de temps des plus minimes lorsqu'ils émigrent dans la région des dunes, le Sahara sablonneux.

Cette question du domaine géographique du granulome ulcéreux est loin d'être complètement élucidée. Il n'est pas rare de voir deux oasis, séparées seulement de quelques kilomètres, soumises aux mêmes conditions climatériques, alimentées par des sources de minéralisation semblable, d'expositions identiques, ayant des régimes de vents pareils, différer totalement au point de vue endémique. C'est ainsi que Gafsa est un des points où le clou sévit, tandis qu'El-Guettar, à 18 kilomètres, n'en a jamais possédé un cas.

Tholozan, en 1860, avait déjà été intéressé par ces différences inexplicables. « Il est important, disait-il, de déterminer au juste toutes les localités, grandes ou petites, où se montre cette curieuse affection, et celles où elle ne se montre jamais. C'est par comparaison qu'on pourra peut-être déterminer la cause de cet ulcère. »

Aujourd'hui où l'agent pathogène du bouton est parfaitement déterminé, la notion exacte de répartition et d'endémie de la maladie pourrait nous éclairer sur la question de la pathogénie et de l'étiologie que les hypothèses émises n'arrivent pas à expliquer.

Causes prédisposantes. — La question d'âge, pas plus que le sexe ou la profession, ne joue aucun rôle au point de vue de la réceptivité à la maladie. J'ai soigné des malades de plus de soixante-dix ans et j'ai eu à ma consultation des enfants de dix-huit mois. Les sexes sont également atteints; la race même n'entre pour rien en ligne de compte; et parmi les 87 malades (1) que j'ai pu observer, j'ai rencontré en même temps que des indigènes, des Français, des Italiens, des Grecs et des Israélites; quant aux Arabes, ils appartenaient à des tribus essentiellement hétérogènes, Tripolitains, Marocains, Gafsi, Djeridi, Kabyles, Djebeli, Metellit, etc.

A première vue, l'indigène paraît plus souvent victime de la maladie que l'Européen (16 Européens pour 71 indigènes sur les 87 cas que j'ai eu à soigner); mais si l'on rapproche le nombre des représentants des races, si l'on rétablit la proportion, on trouve au contraire plus d'Européens atteints; il est vrai aussi que tous les indigènes ne se font pas traiter et qu'un bon nombre néglige le bouton parce qu'il est indolore; en tenant compte de l'influence de ces divers facteurs, on doit conclure que la race n'influe en rien sur le degré de réceptivité et qu'il serait insuffisant de tabler sur l'apparence des statistiques.

La saison, par contre, joue un rôle prépondérant. Il est indiscutable qu'en Algérie, en Tunisie, au

(1) Depuis que cet article a été écrit, le nombre des cas que j'ai eu à étudier s'est élevé à 132.

Maroc et en Egypte, les cas soient nombreux au commencement de l'automne et fort rares à partir du printemps, très précoce d'ailleurs dans ces pays.

Les contrées tropicales sont affectées inversement : le granulome ulcéreux, inconnu pendant la période des pluies, affectionne les mois les plus secs de l'année.

I

Anatomie pathologique. — Nous possédons peu d'études anatomo-pathologiques bien faites du bouton d'Orient. Les unes, anciennes, ne signalent qu'une infiltration de cellules embryonnaires, abondante surtout autour des capillaires tant sanguins que lymphatiques. Les autres, inexactes, décrivent des lésions qui ne sont pas du vrai granulome ulcéreux. Cette pénurie de travaux en la matière tient sans doute à ce que l'affection étant essentiellement bénigne par elle-même, il faut avoir recours à l'excision des clous chez le malade pour alimenter les recherches microscopiques et ces biopsies sont peu fréquentes.

En somme, la lésion primitive consiste en une infiltration générale de cellules embryonnaires. L'examen à un grossissement moyen permet de reconnaître de grandes cellules polynucléaires dans lesquelles les parasites peuvent être inclus. Il est malheureusement impossible de donner une description anatomo-pathologique parallèle à l'étude clinique et de décrire les modifications des tissus période par période. Toutefois, dans les accidents jeunes, ces cellules mesurent environ 8 μ et aux stades plus avancés de la maladie arrivent à 20 μ et les dépassent. A leur complet développement elles présentent cinq à six noyaux ayant souvent l'apparence non de noyaux entiers mais de fragments nucléaires. Ils sont situés presque toujours à la périphérie et s'y aplatissent en s'incurvant. Ce sont de véritables cellules géantes et leur protoplasma est clair lorsqu'elles ne renferment pas de parasites (C. Nicolle).

A côté de ces polynucléaires on trouve encore, mais en moindre abondance, des mononucléaires souvent bourrés de parasites.

Ce n'est que secondairement à cette invasion de cellules étrangères que les éléments normaux de la peau paraissent se modifier. Il y a d'abord un épaississement du corps de Malpighi (hyperacanthose) et kératinisation de la couche cornée (parakératose). Les cellules dentelées ne sont plus en contact, un œdème interstitiel les dissocie. Certaines d'entre elles s'altèrent, se déforment, perdent leurs prolongements épineux et se creusent d'une cavité centrale qui parfois isole le noyau et d'autres fois le rejette contre la paroi.

Le processus inflammatoire occupe tout le sous-épiderme où l'on trouve aussi des cellules géantes mono et polynucléaires. Les fibres spiralées multipliées et hyperplasiées dans les stades de début sont souvent détruites par des îlots de nécrose au cours des périodes plus avancées. Enfin les lymphatiques sont engorgés et il existe toujours un retentissement ganglionnaire.

L'examen du sang donne des résultats variables ; je crois utile de reproduire ici trois des examens pratiqués par C. Nicolle (de l'Institut Pasteur de Tunis).

Observation I :

Mononucléaires et lymphocytes réunis..	40	p. 100
Polynucléaires	57	—
Eosinophiles	3	—

Obs. II :

Mononucléaires et lymphocytes réunis..	47	p. 100
Polynucléaires	45	—
Eosinophiles	8	—

Obs. III :

Mononucléaires et lymphocytes réunis..	68,5	p. 100
Polynucléaires	30,2	—
Eosinophiles	1,3	—

La mononucléose et l'éosinophilie ont peu de valeur dans un pays où le paludisme et les affections helminthiasiques sont fréquents. Dans un cas, C. Nicolle a retrouvé dans le sang une cellule géante mais vide de tout parasite.

Pour en terminer avec la question de l'anatomie pathologique du granulome ulcéreux de Wright, je ne crois pouvoir mieux faire que de citer l'excellent schéma de Jeanselme et Rist (*Précis de pathologie exotique*) :

« Au centre, nécrose de coagulation, autrement dit dégénérescence fibrinoïde des faisceaux collagènes et des protoplasmas des cellules conjonctives avec désintégration des éléments libres, polynucléaires, mononucléaires et globules rouges.

Autour des foyers de nécrose, le tissu conjonctif est en réaction.

Plus en dehors, troisième zone, constituée par des infiltrats cellulaires où prédominent les mononucléaires non granuleux sur les leucocytes granuleux (neutrophiles, éosinophiles, mastzellen). »

II

Bactériologie. — On peut diviser en deux périodes les recherches sur le parasite du granulome ulcéreux. La première que l'on pourrait appeler *époque microbienne* et qui a été occupée par des recherches exclusivement bactériennes n'étudia que des microcoques ou des bacilles ; la seconde où, à la suite de Wright, l'attention des savants a été attirée sur le rôle joué par les protozoaires dans le bouton d'Orient.

Première période. — Duclaux (1884) donne comme germe pathogène du clou un microcoque proche parent du *pyogenes aureus* ; dépourvu de spores, immobile, prenant le Gram, se cultivant sur la gélatine qu'il liquéfie plus lentement que l'aureus et sur la pomme de terre où il se colore très rapidement, il a été inoculé au lapin chez qui il produit une poussée furonculeuse. Courmont l'assimile au pyogenes aureus et cite ce dernier comme agent du clou de Biskra.

Le coccus que Chantemesse décrit dans le *bouton du Nil* paraît identique au microbe de Duclaux. Inoculé à l'homme il provoque de la furonculose, généralisée ou localisée.

Poncet (1887) retrouve le microcoque de Duclaux et Chantemesse dans la sérosité du clou de Gafsa ; mais il découvre des bacilles associés ; ces bacilles mesurent de 1 μ à 8 μ et se colorent bien par le violet de méthyle ; inoculés à l'homme, ils ne donnent rien ; ensemencés sur cultures, ils ne produisent jamais de colonies.

Deux ans plus tard, Heydenrich (1889) retrouve

chez 27 sujets porteurs de clous le microcoque de Duclaux et Chantemesse; il en décrit une forme jaune et une forme blanche, ce qui tendrait à prouver que Courmont l'a identifié avec raison au pyogenes, aureus ou albus.

En 1894, A. Le Dantec et Auché (de Bordeaux) examinent le clou de Biskra chez un soldat revenu récemment d'Algérie. Ils découvrent dans la sérosité d'une vésicule secondaire encore fermée un streptocoque blanc accompagné de quelques staphylocoques blancs; ce streptocoque paraissait être de virulence moyenne. Inoculé au lapin, il donna naissance à une éruption généralisée, dont les éléments se recouvrirent de croûtes et évoluèrent vers l'ulcération. Cultivé, il reproduisit des streptocoques blancs.

Ces résultats furent confirmés par Nicolle et Noury bey dans neuf cas de bouton d'Alep. Eux aussi constatèrent la présence d'un streptocoque blanc associé soit au pyogenes albus ou citreus, soit à un streptothrix. Ce streptocoque coagulait le lait, était d'une virulence moyenne pour le lapin, plus violente pour le cobaye.

Quant au streptothrix que Veillon avait retrouvé et regardait comme spécifique, il ne serait au contraire qu'un parasite secondaire.

L'état actuel de nos connaissances nous permet de conclure la question de la pathogénie microbienne du bouton d'Orient. Les formes que je viens de passer en revue ont certainement été observées dans des cas de clous, mais elles ont simplement appartenu à des infections secondaires qui se greffent très facilement sur l'ulcère de Wright; aucun des agents signalés n'est spécifique de la maladie; aucun, inoculé, n'a permis de reproduire des lésions identiques à celles du granulome ulcéreux. Il était donc nécessaire de diriger les recherches d'un autre côté.

Deuxième période. — C'est ce qu'a réalisé Wright en étudiant le bouton d'Alep sur frottis colorés par le Romanowsky modifié et sur des coupes. Dans les mononucléaires dont était bourrée sa préparation, il a découvert de très nombreux éléments d'un protozoaire qu'il a dénommé *helcosoma tropicum*, et qui présente de nombreux points de ressemblance avec le parasite que Leishmann et Donovan ont signalé dans la rate de sujets atteints de kala-azar.

Ross identifie l'*helcosoma* au *cercomonas hominis* qu'il a souvent vu dans les ulcères de Delhi.

Enfin, tout récemment (1907-1908), C. Nicolle et A. Sicre ont étudié le corps de Wright d'une façon magistrale et en ont donné une description aussi détaillée et complète que possible, après une série d'expériences qui demeureront classiques.

Partant de ce principe que les éléments jeunes se prêtent toujours mieux à l'étude que les éléments anciens, infectés la plupart du temps par des germes associés, les auteurs se sont attachés à la recherche de lésions fermées et surtout de la vésicopustule initiale; un chamelier nègre de Tozeur (Djerid), présentant des lésions typiques et dépourvues d'infection banale, leur fournit un excellent sujet. La description qu'ils ont donnée du corps de Wright étant aussi précise que possible, je crois bon de la citer inextenso, telle qu'elle a paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur de Tunis* (juillet 1908).

« Les corps de Wright, en nombre considérable sur les préparations, se présentent sous trois aspects: *isolés, intracellulaires, groupés dans une sorte de gangue.*

Les corps isolés, que nous avons observés, très rarement d'ailleurs, voisinent le plus souvent avec une grande cellule mononucléée; les gangues, de même, se rencontrent à une très faible distance de la masse nucléaire.

L'aspect est identique à celui constaté par l'un de nous sur les préparations d'organes recueillis à l'autopsie d'un cas de kala-azar infantile. Les corps de Wright, comme ceux de Leishman, sont des parasites intracellulaires; les corps isolés viennent de la rupture des cellules parasitées déterminée par le frottis, et les gangues sont les débris du protoplasma leucocytaire. La cellule hôte est presque toujours un globule blanc mononucléaire de dimensions d'autant plus considérables que le nombre des corps de Leishman qu'il contient est plus grand. Le protoplasma cellulaire apparaît alors comme bourré de parasites, la plupart déformés par pression réciproque. On peut compter dans certains macrophages jusqu'à 80 et 100 protozoaires.

En dehors de ces grandes cellules mononucléaires, on peut rencontrer, mais exceptionnellement, des corps de Leishman dans des lymphocytes ou dans des polynucléaires; on n'en voit jamais dans les globules rouges.

Les parasites sont des éléments arrondis ou plus souvent ovalaires, mesurant 4 à 6 μ dans leurs diamètres perpendiculaires.

Isolés, et dans leur forme la plus typique, ils présentent l'aspect d'une vésicule transparente contenant dans son intérieur deux corps nucléaires, le noyau et le centrosome. Le noyau, excentrique, adossé le plus souvent à l'une des extrémités, est arrondi ou ovalaire. Il se colore en violet par la méthode de Giemsa. Quelquefois, il présente un aspect semi-lunaire et limite par son bord convexe l'élément parasitaire, son bord concave étant tourné vers le centre.

Le centrosome apparaît toujours d'une manière très nette et très distincte. C'est un petit bâtonnet coloré en rouge violet par la méthode de Giemsa. Généralement disposé perpendiculairement au grand axe du noyau ou obliquement par rapport à lui, il lui est quelquefois parallèle. Il est situé ordinairement sur le bout opposé de l'élément; on ne le voit que rarement au voisinage ou au contact du noyau.

Quelques *Leishmania* intra-cellulaires ont un centrosome arrondi, mal coloré. Ces mêmes éléments montrent également un noyau un peu indistinct. Il s'agit vraisemblablement dans ces cas de formes modifiées par le travail phagocytaire du leucocyte parasité.

Le noyau mesure en longueur 3 à 4 μ et 2 à 3 μ dans sa largeur.

Le centrosome a une épaisseur de 0,5 μ environ; sa largeur peut atteindre jusqu'à 1 à 2 μ.

Le protoplasma de ces protozoaires est en général peu apparent. La masse cellulaire, en dehors des deux formations chromatiques ci-dessus décrites, semble constituée par une zone presque transparente qui ne retient pas les substances colorantes.

Examen du sang périphérique du malade; absence totale de corps de Wright.

ISOLEMENT ET CULTURE DU PARASITE DU BOUTON D'ORIENT.

Isolement. — L'isolement du parasite du bouton d'Orient a été réalisée par l'un de nous, à Tozeur, sur le malade dont nous venons de décrire les lésions.

Jusqu'à présent la culture de ce microorganisme n'avait pas été encore obtenue.

Cette culture a été faite par ponction de trois des boutons présentés par le malade avec une seringue stérile, la peau ayant été préalablement désinfectée par l'application d'une couche de teinture d'iode. Il a été ensemencé pour chaque élément deux tubes contenant, l'un le milieu classique de Novy-Néal, l'autre le milieu modifié et simplifié par l'un de nous. (Milieu NNN. Suppression de la viande et de la peptone; formule : gélose = 14 grammes, sel marin = 6 grammes, eau = 900 grammes.)

C'est sur ce milieu que nous avons obtenu les cultures les plus abondantes; le milieu de Novy et Néal a donné des résultats positifs mais sensiblement moins bons.

La culture a été faite en raison des circonstances, dans une étuve improvisée et réglée entre 19 et 23 degrés.

Au septième jour, les tubes ont été transportés de Tozeur à Metlaoui en voiture (neuf heures de trajet) par une température de 39 degrés environ, avec toutes les précautions nécessaires.

L'examen pratiqué à Gafsa, le neuvième jour, a montré un développement très abondant du parasite.

Caractères de culture. — A 22 degrés, dans des conditions identiques à celles de la culture du parasite du kala-azar, le protozoaire de Wright se développe lentement, quoique un peu plus rapidement que celui-ci. Jusqu'au troisième jour environ, la culture ne montre aucune multiplication appréciable. Vers le quatrième jour, les formes de division apparaissent; elles sont très nombreuses au huitième ou dixième jour et, à ce moment, la culture offre un aspect luxuriant. La richesse de la culture est toujours plus grande que pour une culture de *Leishmania infantum* du même âge. Les parasites, mobiles pendant la première phase de leur vie, présentent à partir du vingtième jour environ un ralentissement dans leurs mouvements et une tendance à l'agglutination. Ils se groupent alors en rosaces plus ou moins volumineuses. C'est dans le fond du tube ou au contact de la gélose que se fait cette agglomération.

Les déplacements du protozoaire ont lieu le flagelle en avant.

Sur les préparations fixées et colorées au Giemsa, les corps de Wright présentent des aspects variés suivant le stade de leur développement auquel on les examine.

L'élément jeune est à peu près semblable aux corps intracellulaires observés dans le bouton de l'homme (ou du singe), mais d'un volume plus considérable (double ou quadruple). Ovalaires ou piriformes, ces éléments parasitaires possèdent dans les cultures un flagelle de longueur variable, flexueux et très fréquemment double. En ce cas, on observe soit deux flagelles de dimensions égales, soit plus souvent deux fouets inégaux.

Au fur et à mesure de son évolution, le protozoaire s'allonge et tend vers la forme définitive de flagelle typique. De la forme ovalaire et trapue qu'il présentait primitivement, le corps passe à la forme allongée et étroite. Ses dimensions peuvent atteindre alors jusqu'à 40 et 45 μ (flagelle compris) de longueur, sur 2 à 4 μ de largeur. Le flagelle est presque toujours plus long que le corps de l'infusoire. Il mesure à ce stade (formes longues) de 16 à 26 μ; moyenne d'un grand nombre de mensurations : 20 μ 5.

Jamais le parasite ne présente de membrane ondulante.

Au cours de ces divers stades de développement, l'extrémité postérieure du parasite s'effile quelquefois en pointe fine; elle ne présente cependant jamais l'aspect d'un flagelle.

Les formes allongées et pointues paraissent être celles de la période d'état, la forme pour ainsi dire parfaite à laquelle tend le parasite au cours de son développement. Dans les cultures d'un certain âge, on remarque des formes particulières : rondes ou ovalaires, de dimensions un peu moindres que les formes jeunes dont elles rappellent l'aspect, avec un flagelle rectiligne. Sur les préparations non colorées, on s'aperçoit que ces formes sont peu mobiles ou dénuées de tout mouvement. Ce sont des formes de souffrance ou même des individus morts.

Le parasite en culture présente les deux formations chromatiques caractéristiques des infusoires flagellés : le noyau et le centrosome.

Le noyau ovalaire se colore en violet par la méthode de Giemsa : il mesure en moyenne 1,5 μ à 2 μ de long sur 1 μ à 1,5 μ de large. Sa situation est variable; le plus souvent rapproché de l'extrémité antérieure du parasite, il est en général toujours placé près de l'un des bords.

Le centrosome qui affecte la forme d'un petit bâtonnet ou d'un point se colore en violet rougeâtre par le Giemsa; on le voit toujours au voisinage de l'extrémité antérieure du parasite non loin du flagelle auquel il donne insertion. Le flagelle se colore en violet rouge par le Giemsa.

Le protoplasma de *Leishmania tropica* se teinte de deux manières différentes par cette méthode. Certains éléments présentent un aspect vacuolaire, réticulé, extrêmement net; d'autres ont un protoplasma coloré uniformément en violet pâle. Il nous a paru que les éléments à protoplasme réticulé s'observaient plus volontiers dans les cultures très jeunes ou très âgées; les parasites, à la période moyenne de leur évolution, paraissent posséder un protoplasme à affinités colorantes uniformes. Ces caractères se rencontrent également sur les corps de Leishman.

Les formes de multiplication s'observent très fréquemment dans les cultures. Elles paraissent se faire ordinairement dans l'ordre suivant : 1° division du flagelle (précoce : deux flagelles égaux ou deux flagelles inégaux); 2° division successive ou simultanée de deux masses chromatiques; aucun ordre régulier ne paraît présider à cette division bien qu'il nous ait semblé qu'elle commençait plus souvent par le centrosome. La séparaton des deux parasites est le terme ultime de la division.

Dans les rosaces, le flagelle est toujonrs dirigé dans le centre de l'amas. »

Il n'y a rien à ajouter au travail de C. Nicolle et A. Sicre; je l'ai reproduit textuellement, car la connaissance parfaite du parasite est la base de toute étude approfondie du bouton d'Orient. C'est cette connaissance qui permettra sans doute un jour de déterminer exactement les voies de pénétration du virus et de faire la lumière sur cette question demeurée encore si obscure de l'étiologie du granulome ulcéreux de Wright.

Les auteurs précités ont pratiqué de nombreux repiquages sur milieu NNN. Ces repiquages, très faciles à obtenir, à partir du cinquième ou sixième jour, ont une vitalité qui dépasse deux mois (température 22 degrés).

C. Nicolle et A. Sicre terminent leur étude de

Leishmania tropica par une comparaison avec *Leishmania donovani* ou *L. infantum.* Ils concluent que, dans les lésions, les deux corps sont identiques. En culture il existe des caractères différentiels, très légers, mais indiscutables : le flagelle est plus long et flexueux et se divise à une époque plus précoce chez *L. tropica.* Il y aurait donc, au point de vue morphologique, dualité réelle des deux parasites.

Inoculation. — Le granulome ulcéreux de Wright a été inoculé aux animaux et à l'homme.

Pour les inoculations à l'homme, Weber et Murray employaient la croûte du bouton de Delhi ou de Biskra; Deperet et Boinet la sérosité du clou de Gafsa. Tous prétendent avoir réussi. Marzinowsky, qui s'est inoculé récemment à lui-même et avec succès le bouton d'Orient, considère les cas publiés comme tout à fait douteux. Il a été obligé pour réussir sur lui-même d'avoir recours à une technique particulière extrêmement délicate et compliquée.

J'ai essayé à deux reprises de m'inoculer le granulome ulcéreux sans connaître la méthode de Marzinowsky et n'ai réussi qu'à me procurer des abcès superficiels d'infection banale qui évoluèrent très rapidement et cédèrent aux antiseptiques ordinaires.

La présence du bouton d'Orient a été signalée chez le chameau, le cheval et sur la muqueuse nasale du chien. Les cas observés étaient-ils vraiment du clou de Gafsa ou quelque affection similaire et propre aux animaux. Aucun examen bactériologique ne peut résoudre la question, car il n'en a pas été pratiqué. En tous cas, l'inoculation aux animaux n'avait jamais été essayée et c'est à C. Nicolle et A. Sicre que nous devons les premières tentatives dans ce sens, tentatives qui furent du reste couronnées de succès.

Les deux auteurs inoculèrent le *Macacus sinicus* (*bonnet chinois*), avec le virus humain dans les régions suivantes : les deux paupières supérieures et la racine du nez dans le derme, les deux arcades sourcilières, par scarification. Réinoculation cinq jours plus tard sous la peau de la région pré-auriculaire de chaque côté.

Les lésions ont fait leur première apparition vingt-quatre jours après l'inoculation, simultanément aux paupières, à la racine du nez et aux arcades sourcilières. La deuxième inoculation n'a pas donné de résultat.

La lésion sourcilière a constitué en une papule rougeâtre, indolore et qui, en quinze jours, fut cicatrisée.

Les autres lésions ont évolué comme les accidents normaux de l'homme. Papule, pustule, excoriation, suintements légers, croûtes jaunâtres, aréole érythémateuse, ulcération, cicatrisation. La seule différence a résidé dans la durée de la maladie disparue après vingt et un jours, et dans l'absence de retentissement sur les vaisseaux lymphatiques et les ganglions.

Le sang périphérique n'a révélé aucun parasite, tandis qu'on en a retrouvé dans les frottis faits avec des fragments de tissus malades. Beaucoup moins nombreux que dans les cas étudiés chez l'homme, les corps de Wright se présentaient avec tous leurs caractères particuliers.

Ces parasites ont fourni des cultures qui ont pu être repiquées toujours sur milieu Novy-Néal-Nicolle.

Par contre un fragment de bouton, prélevé par biopsie chez le singe inoculé et réinoculé à un autre individu (bonnet chinois), a donné un résultat négatif.

De ces expériences, il faut conclure que l'inoculation, infiniment difficile chez l'homme, est au contraire relativement aisée chez le singe ; en tout cas, les succès qui ont couronné les recherches de C. Nicolle et A. Sicre tendraient à confirmer l'hypothèse de la contagion possible à la faveur d'une solution de continuité des téguments.

Voie de pénétration du virus. — On en est encore réduit aux hypothèses en ce qui concerne la voie de pénétration du virus dans l'organisme. Deux théories sont en présence : les uns admettent une pénétration par le tube digestif; les autres, et ce sont les plus nombreux, incriminent uue perte de substance de la peau qui servirait de porte d'entrée.

1° On a supposé que l'eau potable servait de véhicule à l'agent pathogène et, dans les pays endémiques les natifs ne soupçonnent pas d'autre mode de contage. Aussi, partant de ce principe, on a procédé au nettoyage des citernes d'alimentation et des conduites d'eau ; dans certains centres, cette mesure a coïncidé avec une défervescence de l'endémie. A Biskra au contraire, d'après Laveran, ces mesures n'ont fourni aucun résultat appréciable.

A Gafsa, où l'on n'emploie que l'eau des sources tièdes (Aïn-el-Bordj, Thermid, etc.), ou celle de puits alimentés par une couche souterraine à courant assez rapide, la stagnation ne peut être incriminée. J'ai de plus observé des cas de bouton d'Orient chez des Européens très méticuleux qui n'utilisaient que de l'eau scrupuleusement filtrée.

Enfin, cette théorie n'explique pas comment il se fait que les parties du corps habituellement découvertes sont plus souvent atteintes que les régions protégées par les vêtements.

2° L'hypothèse de la pénétration de l'agent pathologique par une solution de continuité de la peau satisfait davantage et paraît plus en concordance avec les faits observés. Mais il est bon de la subdiviser en deux théories : *a.* pénétration directe; *b.* inoculation par un insecte.

a. *Pénétration directe.* — Une commission d'hygiène, de Delhi, émit l'avis que la contamination devait se faire au niveau de la peau, au moment des ablutions des fidèles. Les médecins anglais, se basant sur ce fait que l'eau destinée aux soins de propreté provenait de puits mal entretenus et souillés, avaient conclu au contage direct.

A Biskra, Laveran a constaté que les plaies banales ont, pendant la saison favorable, une tendance à se transformer en bouton d'Orient. Il en déduisait qu'une érosion de la peau était nécessaire à la pénétration du germe.

Il m'a été souvent donné à moi-même d'assister, chez un sujet déjà porteur de clous, à la dégénérescence granulomateuse des plaies ordinaires en clous de Gafsa; mais je n'ai jamais observé cette modalité en tant qu'accident primitif. Du reste cette constatation personnelle n'infirme en rien les observations précitées et les confirmerait plutôt.

Il est donc probable que *Leishmania tropica* s'introduit dans l'organisme à la faveur d'une solution de continuité ; cette hypothèse explique et l'apparition de l'accident primitif et la transformation des plaies banales.

Mais elle n'est pas complète; le virus peut, en effet, être porté au contact de la peau par l'eau, les vêtements, les poussières, etc., ou être inoculé par une piqûre d'insecte.

b. *Inoculation par un insecte.* — L'opinion la plus répandue à l'heure actuelle incrimine soit un moustique, soit un des parasites de l'homme communs aux pays chauds. On en est du reste uniquement réduit aux conjectures.

Billet soupçonne l'*Anopheles Chaudoyei*; mais il est combattu par les frères Sergent, qui, à Biskra, ont vainement cherché à déterminer le rôle possible de *Grabhamia subtilis*.

Pressat (en Egypte) suppose, sans preuves sérieuses, que le *Phlebotomus* véhiculerait *L. tropica*.

On a aussi, dans le but d'élucider cette question, examiné les parasites tels que poux, puces, punaises, principalement une variété particulière aux oasis; mais les recherches n'ont pas donné de résultats.

Enfin C. Nicolle, se basant sur l'origine canine du kala-azar, origine aujourd'hui prouvée, et sur la parenté de *L. Donovani* ou *infantum* et de *L. tropica*, a cherché parmi les animaux domestiques si l'un d'eux ne serait point l'hôte habituel du corps de Wright.

Plusieurs séries d'expériences, dirigées par C. Nicolle et conduites par Catouillard au laboratoire installé dans ce but à Gafsa par l'Institut Pasteur de Tunis, ont porté sur des chiens, chats, poules, pigeons, lapins, ainsi que sur les animaux non domestiques qui foisonnent dans l'oasis et ses environs : chauves-souris, souris, rats, gondis, tortues, serpents, lézards, ouran, etc., etc. Les résultats ont été négatifs.

Mais ces expériences, entreprises à un moment de l'année (mai, juin, juillet), où le clou est extrêmement rare, ne peuvent pas permettre de conclure à la non existence d'un hôte habituel du corps de Wright et il est très plausible que l'hypothèse de C. Nicolle soit plus tard vérifiée.

L'origine des accidents secondaires de la maladie n'est pas moins obscure. On peut aisément supposer pour les vésicules développées au voisinage et presque au contact des vésico-pustules primitives une propagation de proche en proche, surtout si l'on tient compte de l'envahissement précoce des lymphatiques.

Mais pour les boutons développés à distance de la lésion de début, pour ceux en particulier qui siègent aux régions protégées par les vêtements, il est nécessaire de chercher une autre explication. La théorie de l'auto-inoculation par le grattage peut paraître acceptable dans certains cas, mais elle ne suffit pas à les expliquer tous. Aussi est-il infiniment probable que le corps de Wright ne se cantonne pas au lieu d'inoculation et passe, à un moment donné, dans le torrent circulatoire. De là des ensemencements à distance.

On pourra objecter que les examens de sang périphérique n'ont jamais affirmé la présence du corps de Wright. Mais il faut se rappeler que la recherche en est extrêmement délicate; la coloration surtout doit être exécutée avec un soin extrême (C. Nicolle). D'ailleurs, le parasite du bouton d'Orient ne se trouve jamais avec l'abondance à laquelle nous ont accoutumés certains microbes et il se peut que le nombre des agents pathogènes entraînés dans le torrent circulatoire soit restreint tout en demeurant suffisant pour permettre une réinoculation.

Il ne faut pas oublier que Nattan-Larrier et Nicolaidis ont trouvé le piroplasme dans la circulation locale et cela permet au moins de supposer la possibilité de son existence à un moment donné dans la circulation générale.

Il reste enfin la voie lymphatique, sur laquelle les recherches ne se sont pas encore exercées et qui nous révélera peut-être un jour le mécanisme de l'ensemencement à distance des boutons secondaires.

Je ne puis terminer ce chapitre sans signaler une donnée qui, si elle ne s'appuie sur aucune confirmation scientifique, présente néanmoins un intérêt, au moins au point de vue documentaire, car elle explique en partie la faveur dont jouit encore auprès de certains la théorie hydrique de contamination.

Les habitants des régions où le clou est endémique prétendent qu'il existe des maisons et des quartiers spécialement affectés, et situés toujours au voisinage d'une source. A Gafsa, centre endémique s'il en fût du bouton d'Orient, les « maisons à clous » sont nombreuses; l'ancienne poste, par exemple, située auprès des piscines chaudes, en était une; et, sans vouloir en quoi que ce soit soutenir les dictons populaires, je dois reconnaître que la plupart des employés qui y ont fait un séjour suffisant ont payé leur tribu à la maladie. *(A suivre.)*

CONGRÈS FRANÇAIS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXe SESSION [BRUXELLES ET LIÉGE, 1er-7 AOUT 1910 (1)]

TROISIÈME RAPPORT

ALCOOLISME ET CRIMINALITÉ

MM. LEY (de Uccle) et CHARPENTIER (de Paris). Tous les auteurs qui se sont occupés de la question reconnaissent à l'alcool une influence criminogène manifeste.

Dans la classification des délits alcooliques, on constate une très grande proportion de délits et crimes brutaux. Ferri, dans une étude sur la criminalité en France, montre le parallélisme entre la criminalité et la consommation du vin et de l'alcool. On peut faire remarquer toutefois que l'alcoolisme, à des degrés plus ou moins profonds, est si répandu à notre époque que, le recherchant chez les criminels, on a toujours beaucoup de chance de le trouver. On le trouverait aussi bien chez des gens qui passent pour absolument normaux. Lorsqu'on songe aussi à la complexité du phénomène de la criminalité et à la difficulté qu'il y a de faire le départ exact entre l'influence héréditaire, l'influence du milieu social, de la misère, de la vie oisive, des suggestions mauvaises et l'alcoolisme, on comprend que certains esprits critiques soient restés quelque peu sceptiques devant l'accumulation de faits pourtant considérables de la statistique et de la clinique criminelles.

Cliniquement l'influence perturbatrice de l'alcool sur la conscience et le jugement est clairement établie. A petites doses déjà, on peut observer chez de nombreux individus, au début d'un banquet par exemple, combien le contrôle personnel et le pouvoir d'inhibition morale sont altérés. La tendance

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 92, p. 1287.

érotique est fréquente, les réactions sont plus vives, l'animation est exagérée. Nous trouvons dans cet état d'intoxication légère la clef du mécanisme de l'action de l'alcool sur les centres nerveux et l'explication des réactions brutales et sensuelles de l'alcoolique.

Voyons maintenant quelle influence peut avoir l'alcoolisme sur les manifestations criminelles de la descendance. Il produit l'insuffisance mentale et la dégénérescence des descendants. Son influence est ici immédiate; elle n'apparaît pas aussi brutale que l'influence directe de l'alcoolisme aigu ou chronique chez l'individu. Elle n'en est pas moins très réelle et profonde.

Quel est le mécanisme de production des actes incriminés ?

Il ne suffit pas qu'un acte donné soit dû à l'intoxication alcoolique pour que les conséquences de cet acte doivent nécessairement appeler la même sanction. Le meurtre, pour citer dès maintenant un exemple, peut être l'effet d'une ivresse involontaire, d'un accès d'alcoolisme subaigu ; il peut être relié à l'idée de jalousie d'un alcoolique chronique; il peut aussi être en relation avec une intoxication alcoolique voulue, accomplie sciemment par un meurtrier qui, au dernier moment, veut étouffer le réveil de sentiments moraux.

Dans tous ces cas, l'intoxication alcoolique est démontrée, sa relation avec le crime est évidente, et qui pourtant oserait soutenir que la même sanction s'impose? Tous les inculpés devraient être l'objet d'une expertise.

Envisagée dans son ensemble la criminalité des alcooliques se présente sous un double aspect. Quelle que soit la variété pathologique envisagée, que l'alcoolisme soit transitoire ou permanent, qu'il s'agisse d'ivresse ou d'intoxication chronique, les délits et les crimes se produisent sous l'influence de deux états psychiques différents. Tantôt il s'agit d'un trouble de l'intelligence, de la moralité et de la volonté, tantôt d'un état délirant surajouté. Ce sont les mêmes réactions médico-légales. Les vols, grivèleries, outrages publics à la pudeur et attentats aux mœurs traduisent l'amoralité, la spontanéité des désirs et l'absence du frein inhibiteur volontaire. Les outrages, les menaces, les coups, les violences, le bris de clôture, la dégradation d'objets d'utilité publique, l'incendie volontaire et l'homicide traduisent l'irritabilité, la brutalité et l'exaspération d'une sorte d'instinct destructeur que l'on trouve aussi bien chez les alcooliques chroniquement affaiblis que chez les ivrognes momentanément obnubilés.

Si dans les prisons on faisait une recherche systématique des symptômes et des antécédents alcooliques des prisonniers, on en trouverait bien peu qui ne sont pas marqués de cette tare. Les amoraux constitutionnels, dont Lombroso avait voulu faire des criminels-nés, sont très souvent des alcooliques et plus souvent encore des hérédo-alcooliques.

Les mesures médicales et judiciaires actuelles contre la criminalité alcoolique, internement dans un asile d'aliénés ou condamnation à une courte peine, sont des mesures mauvaises, insuffisantes et dangereuses.

Les alcooliques délinquants et criminels doivent être internés par mesure judiciaire dans des sections spéciales annexées aux asiles de buveurs et soumis aux mêmes règles d'abstinence et de travail. La durée de l'internement doit être limitée, non par la gravité de l'acte commis, mais par la marche de la maladie et l'influence plus ou moins favorable de la thérapeutique.

Parmi les mesures sociales préconisées contre l'alcoolisme, seule la prohibition de l'alcool a donné des résultats véritablement utiles. Son adoption doit être préparée par l'éducation du peuple à l'école, au régiment et dans les sociétés anti-alcooliques.

Discussion.

M. J. Simonin (du Val-de-Grâce). La prophylaxie de l'alcoolisme est organisée dans l'armée française. En voici les fondements :

1° Suppression en temps de paix de toute distribution officielle d'eau-de-vie ou de rhum. En campagne, l'allocation d'une ration d'eau-de-vie de 0l0625 par homme et par jour doit être absolument exceptionnelle.

2° Interdiction absolue de vendre dans les cantines des casernes ou camps ainsi que sur les terrains de manœuvres aucune eau-de-vie, ni liqueur à base d'alcool, ni apéritifs.

3° Création d'un enseignement officiel anti-alcoolique, donné aux officiers, sous-officiers et soldats.

4° Création de mess pour les sous-officiers avec salles de lecture et de jeux.

5° Création de salles de lecture et de jeux pour les soldats, ainsi que de bibliothèques.

6° Suppression progressive, par voie d'extinction, des cantines installées dans les casernes.

7° Remplacement des cantines par des coopératives de consommation dans lesquelles on ne doit consommer que des boissons dites hygiéniques, à l'exclusion d'alcool ou de liqueurs à essence.

8° Organisation d'excursions facultatives faites en commun pour occuper les dimanches et jours de fête.

9° Répression disciplinaire et pénale rigoureuse de l'ivresse et de ses conséquences.

10° Attribution de récompenses variées aux officiers, sous-officiers et soldats qui contribuent à l'organisation et au développement des œuvres d'éducation morale à la caserne.

L'armement anti-alcoolique est dirigé uniquement contre l'alcool et les liqueurs à essence.

Les boissons fermentées sont toujours en usage, la distribution du vin, de la bière ou du cidre, suivant les régions, est même recommandée par les circulaires ministérielles qui considèrent leur usage modéré comme une mesure hygiénique.

L'alcoolisme continue néanmoins à pénétrer dans l'armée française par le recrutement; le soldat français puise aussi le poison à la porte de ses casernes.

L'hygiène sociale et les pouvoirs publics ont encore beaucoup à faire pour conjurer le fléau.

M. Jude, médecin-major (de Lyon). Des recherches faites dans les dossiers des conseils de guerre de Rennes et Lyon, nous donnent les résultats suivants : sur un total de 397 militaires dont nous avons compulsé les dossiers, 141, soit 35,51 p. 100, sont alcooliques.

Si nous divisons les délits en deux catégories, nous trouvons : condamnés pour délits de violence, 164, dont 111 alcooliques, soit 67 p. 100, et 53 non considérés comme alcooliques, soit 32 p. 100.

Condamnés pour délits sans violence : 233, dont 30 alcooliques, soit 12,88 p. 100, et 203 non considérés comme alcooliques, soit 87,12 p. 100.

Le soldat français ne s'alcoolise jamais à la ca-

serne, où tout a été fait pour lutter contre l'éthylisme.

La cause du mal est en dehors de la caserne.

Le soldat s'alcoolise malgré nous dans des débits, souvent dans ces débits à filles, si nombreux près des camps, et où il contracte par surcroît la syphilis ou la blennorragie, voire la fièvre typhoïde en buvant des eaux polluées.

Le remède à l'alcoolisme des militaires réside dans les mesures sociales.

M. Granjux (de Paris). L'alcoolisme et la criminalité alcoolique qui sont, en général, en augmentation dans la population civile, diminuent dans la plupart des armées européennes.

Où s'alcoolisent les militaires ?

L'étude des dossiers a montré qu'aucun des militaires condamnés ne s'est enivré à la caserne. Qu'on y tolère donc la consommation modérée des boissons fermentées : vin, cidre, bière. J'ai longtemps vécu dans la troupe et j'ai fait campagne avec elle en Europe et en Afrique. Je me souviens encore du réconfort que l'on éprouvait, alors qu'on était las et harassé, à pouvoir joindre à l'alimentation un verre de vin. J'ai été élevé en Bourgogne ; j'y ai vu quelques ivrognes, mais très peu d'alcooliques. J'en appelle aux médecins des asiles de la Côte-d'Or et de l'Yonne, qui sont présents à la réunion. Voilà pourquoi j'estime que le ministre de la guerre a raison de ne pas proscrire le vin des casernes, et de l'alimentation du soldat. Je ne crois pas m'avancer en affirmant que c'est là l'opinion des médecins militaires.

Malheureusement, le soldat est attiré par les cabarets borgnes qui encerclent les casernes; il s'alcoolise sur le comptoir et se syphilise derrière. Ces bouges sont l'antichambre des conseils de guerre.

Une répression énergique de l'ivresse peut la rendre exceptionnelle. Mais ce n'est là qu'un palliatif. Le but de la prophylaxie anti-alcoolique doit être dans l'armée de protéger le soldat contre le cabaret.

Dans ce but, on a créé des cercles du soldat dans les casernes. C'est un progrès incontestable, mais insuffisant parce que le troupier est entraîné en ville par la même force irrésistible qui pousse les élèves des écoles de l'Etat à s'en échapper dès que la porte est ouverte. C'est une évasion instinctive, qu'on ne saurait empêcher, ni même blâmer, d'autant qu'on peut la rendre profitable pour le soldat.

Il suffit pour cela d'organiser en ville des « maisons du soldat », des « foyers du soldat », c'est-à-dire des locaux où le soldat est chez lui, où il trouve un abri pour la valise qui contient ses affaires personnelles, du papier à lettres pour faire sa correspondance, des livres, des jeux, et pas d'alcool.

La création de ces locaux mérite donc d'être encouragée, non seulement au point de vue militaire, mais aussi parce qu'elle constitue une œuvre de solidarité sociale et de salut pour la race.

M. Binet-Sanglé (de Paris). Pour la période quinquennale 1904-1908, l'alcoolisme aigu fut environ trois fois plus fréquent dans les compagnies de discipline que dans l'armée algéro-tunisienne prise dans sa totalité, et environ cinq fois plus fréquent dans la prison militaire de l'intérieur que dans la totalité de l'armée métropolitaine.

Pendant la même période, les maladies mentales furent environ cinq fois plus fréquentes dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, que dans la totalité de l'armée algéro-tunisienne, et environ dix-huit fois plus fréquentes dans les prisons militaires de l'intérieur que dans la totalité de l'armée métropolitaine.

Ces résultats statistiques concordant avec ceux fournis par les statistiques civiles, j'estime qu'il y aurait avantage à ce que le Congrès attire l'attention des pouvoirs publics sur la parenté de la folie, du délit et du crime.

En conséquence, je propose au Congrès d'émettre le vœu suivant :

« Le Congrès émet le vœu que les nations civilisées substituent aux régimes pénitentiaires actuels, qui tendent plus à punir le coupable qu'à préserver l'innocent, un régime qui s'assigne uniquement pour but :

1° De mettre le délinquant ou le criminel dans l'impossibilité de nuire;

2° De proportionner la durée de sa peine à la durée de sa nocivité, et, s'il est curable, de le soumettre, dans des établissements appropriés, à un traitement en rapport avec la nature de son crime ou de sa délinquance.

Le Congrès émet également le vœu que toute faculté de droit soit pourvue d'une chaire de criminologie et de pathologie mentale. »

M. Papadaki. Dans cette question de la lutte antialcoolique, les sociétés d'abstinence demeureront sans efficacité si la loi n'intervient pas par des dispositions spéciales.

M. Régis (de Bordeaux). L'alcoolique est dangereux par sa descendance. Les familles d'alcooliques sont celles qui ont le plus d'enfants; mais la nature fait une sélection par une polyléthalité énorme, où la méningite tient la première place. Le nombre des anormaux se trouve réduit de ce fait.

M. Charpentier a fait du délire de jalousie chez l'alcoolique, un délire d'interprétation; il n'en est pas toujours ainsi, car il peut s'agir d'un délire visuel, c'est-à-dire motivé par des scènes que le malade croit avoir vues.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Granjux au sujet du vin. Plus je vais, plus j'ai la conviction absolue que le vin ne conduit pas à l'alcoolisme, et surtout à l'alcoolisme délirant. Ce sont les apéritifs qui y amènent. Dans le Bordelais l'alcoolisme est rare ; je ne le constate jamais chez les ouvriers des chaix qui boivent du vin en quantité cependant; mais je le rencontre chez les ouvriers des quais qui consomment de l'alcool. Nous ne le voyons jamais chez les femmes, parce que, dans notre région, elles ne boivent jamais que du vin.

La consommation modérée du vin ne peut donc être l'objet de critiques, et je ne vois pas pourquoi on imposerait l'abstinence aux directeurs d'asiles de buveurs. C'est une atteinte portée à la conscience humaine, et je suis opposé à toute excommunication, d'où qu'elle vienne.

M. Crocq (de Bruxelles). M. Ley va, dans son exclusion des boissons fermentées, si loin qu'il défend, dans son asile, à tout aliéné, même un verre de bière. En pareille circonstance, je trouve qu'il y a là un acte d'autorité qui prive inutilement un malheureux d'une satisfaction inoffensive, et constitue en quelque sorte une atteinte à la liberté.

M. Graeter (de Bâle). Il y a des cas où la jalousie n'est pas, chez l'alcoolique, le fait de l'alcoolisme mais d'un état psychique antérieur. En Suisse, où nous faisons rentrer dans la démence précoce des

cas qui n'y figurent pas en France, nous voyons beaucoup de déments précoces qui deviennent alcooliques et présentent de la jalousie. Le diagnostic originel peut se faire en se basant sur ce fait que la jalousie d'origine alcoolique est aiguë et prend fin avec l'intoxication, tandis que celle dépendant de la démence précoce est d'allures chroniques mais tenaces.

Le nombre des déments précoces va en augmentant, et a pour conséquence une augmentation de la criminalité juvénile. Or, ces déments précoces sont, pour la plupart, des fils d'alcooliques, d'où la nécessité de lutter énergiquement contre l'alcoolisme.

On ne peut arriver dans cette voie à un résultat que par l'abstinence. Depuis plus de quinze ans nous avons en Suisse des asiles de buveurs et l'expérience a démontré que l'on n'arrivait au succès que là où le directeur de l'asile est abstinent. On niait la cure des buveurs. Nous l'avons obtenue, mais là seulement où l'abstinence est complète, depuis l'infirmerie jusqu'au directeur.

On a dit qu'en l'imposant ainsi on portait atteinte à la liberté individuelle. C'est exact, mais on a le droit d'agir ainsi. Du moment qu'un acte accompli par un individu dans l'étendue de sa liberté propre constitue pour d'autres un dommage, en les incitant à retomber dans leurs mauvaises habitudes, la société a le droit de restreindre la liberté du premier pour sauvegarder les autres.

L'abstinence, du reste, doit être la règle générale.

M. Ley (d'Uccle). Contrairement à M. Crocq, je crois que la bière — ainsi que toute boisson fermentée, *a fortiori* les alcools — doit être proscrite des asiles, en commençant par le directeur. On n'oblige personne à être directeur d'asile de buveurs. Mais comme la direction d'un pareil établissement ne peut être efficace que si le directeur est abstinent, on ne doit nommer comme tel qu'un abstinent.

L'abstinence totale est le seul moyen qui permettra d'enrayer l'alcoolisme.

M. Lienhart (de Moscou). Dans notre pays nous avons, depuis quelque temps, des policliniques où nous mettons en pratique le « traitement ambulatoire » des alcooliques, c'est-à-dire que ces malades viennent volontairement à la policlinique, où on leur fait de la suggestion hypnotique. Nous obtenons ainsi de très bons résultats.

M. Voivenel (d'Auch). Ce que nous observons dans notre région, essentiellement vinicole, se superpose à ce qu'a dit M. Régis. Nous voyons peu d'alcooliques, et ce ne sont pas des paysans, c'est-à-dire des buveurs de vin, mais des ouvriers ou des bourgeois, c'est-à-dire des consommateurs d'apéritifs et d'alcools. On n'a pas de raison scientifique pour proscrire le vin. L'abstinence, telle qu'on nous la présente, est une religion qui évoque le souvenir de l'armée du salut!

M. François (méd. mil. belge) demande que l'on désigne une commission pour reprendre les expériences sur la nocivité propre aux divers alcools ou boissons alcooliques, et proposer l'interdiction de tout ce qui serait reconnu réellement dangereux.

M. X... (de la Loire-Inférieure). L'abstinence — peut-être le traitement idéal — est irréalisable en France. Si on veut l'imposer on n'arrivera à rien, tandis qu'avec la tempérance on obtient des résultats certains.

M. Demongy (de Paris). Je rappellerai l'exemple de l'Amérique qui a retiré l'alcool de la circulation publique pour en faire un médicament et le confier aux pharmaciens.

M. Crocq (de Bruxelles). Nos deux rapporteurs sont des « templiers », des chevaliers de la croix bleue ou autre congrégation rappelant, comme on l'a dit, l'armée du salut; dans leur intransigeance ils veulent imposer leur religion nouvelle.

M. Ley (d'Uccle). Plus que jamais nous tenons à déclarer que, en dehors de l'abstinence totale, on n'obtiendra rien dans la lutte anti-alcoolique.

M. Charpentier (de Paris) se solidarise avec son co-rapporteur.

Le vœu de M. Binet-Sanglé est adopté par le Congrès.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 AOUT 1910)

Expériences faites au mont Blanc en 1909, sur les variations de la glycémie et de la glycolyse hématique à la très haute altitude. — M. Raoul Bayeux. La quantité du glycose du sang diminue à la haute altitude (on peut exceptionnellement la voir augmenter). Cette quantité subit une forte augmentation par le retour à l'altitude inférieure.

Le pouvoir glycolytique du sang diminue toujours à la haute altitude; il augmente en passant à l'altitude plus basse. Cette perturbation est nettement exprimée par le rapport entre la quantité du sucre disparu du sang après une heure de séjour à l'étuve et la quantité qui y était contenue primitivement.

Les animaux dans le sang desquels on constate, à l'altitude, une diminution de 60 p. 100 dans le pouvoir glycolytique, ne survivent pas.

D'autre part, ces variations ne sont pas synchrones aux variations de la température animale.

Données expérimentales nouvelles sur le typhus exanthématique. — MM. Charles Nicolle et E. Conseil. Le sang dans le typhus est virulent pendant toute la durée de la période fébrile. Il l'est encore aux premiers jours de la convalescence.

Une première atteinte de typhus ne confère l'immunité que si l'infection produite a été grave.

Le Magot (*M. inuus*) est sensible à l'inoculation du virus exanthématique.

Présence de l'alexine hémolytique et bactéricide dans le plasma des oiseaux. — MM. C. Jouan et A. Staub.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 95. — MARDI 23 AOUT 1910. 83e ANNÉE. MARDI 23 AOUT 1910. — N° 95

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOTEL-DIEU D'ANGERS. — Le concours de médecin-adjoint des hôpitaux, qui s'est ouvert le 25 juillet 1910, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Denéchau, professeur-suppléant de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de médecine.

ASILE D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Baruk, directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Alençon, est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, en remplacement de M. le docteur Dubourdieu, nommé directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Beauregard, à Bourges.

LA IIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DU CANCER se tiendra à Paris, du 1er au 5 octobre 1910, et siégera à la Faculté de médecine.

Pourront seuls y prendre part en qualité de membres titulaires les membres des sociétés ou comités affiliés à l'Association internationale qui verseront une cotisation de 25 francs. Toutefois les personnes qui n'appartiennent à aucune organisation de ce genre pourront prendre part à la conférence avec l'assentiment du comité national de leurs pays (pour la France, l'Association française pour l'étude du cancer), auquel ils devront adresser leur demande d'adhésion avant le 1er septembre au plus tard.

Les inscriptions seront reçues, pour chaque pays, par son comité national respectif. Pour la France, elles devront être adressées à M. le docteur Ledoux-Lebard, 22, rue Clément-Marot, Paris, 8e.

Les cotisations seront envoyées, pour tous les pays indistinctement, au trésorier de l'Association française, M. le docteur H. de Rothschild, 6, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris, 8e. Tout membre titulaire recevra un exemplaire complet des publications de la conférence.

La conférence se conformera, pour l'usage des langues, aux principes adoptés par les congrès internationaux, les langues officielles étant le français, l'allemand et l'anglais.

SANATORIUM DE SAINT-POL-SUR-MER. — Dans sa séance du 1er août, le Conseil d'administration du sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, ratifiant les propositions de sa commission spéciale, a nommé M. le docteur Claeys, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital maritime de Berck, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Zuydcoote.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 759 décès, au lieu de 720 pendant la semaine précédente et au lieu de 807, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté habituelle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baumgarten (de Mexico), Bourguet (d'Aix-en-Provence).

ÉCOLES D'INFIRMIÈRES. — Le 5 octobre prochain aura lieu un examen pour l'admission de cent élèves à l'école des infirmières de l'Assistance publique (hospice de la Salpêtrière à Paris); cet examen comportera, outre un examen médical, des épreuves écrites : dictées, narration simple, problèmes d'arithmétique élémentaire (programme du certificat d'études) ainsi qu'une épreuve de couture. Les candidates qui ne pourraient être reçues dans une famille à Paris seront, pendant la durée des épreuves, logées et nourries gratuitement à l'école.

L'école des infirmières de l'Assistance publique reçoit des jeunes filles de dix-neuf à vingt-six ans, de constitution robuste. L'administration générale de l'Assistance publique à Paris qui leur donne, outre les prestations en nature (logement en chambre, nourriture, habillement, etc.), une indemnité mensuelle de 10 francs, la première année, de 20 francs, la deuxième année, exigera d'elles l'engagement de servir pendant trois ans dans ses établissements ou de rembourser les frais de pension fixés à 1 095 francs par an. Le régime de l'école est l'internat.

A leur sortie de l'école, les élèves qui ont satisfait aux examens de fin d'études sont pourvues d'un emploi d'infirmière de deuxième classe dans les établissements de l'administration (traitement en argent : 700 francs outre les prestations en nature).

Adresser les demandes le plus tôt possible à M. le directeur de l'Assistance publique (service de la direction), 3, avenue Victoria, Paris.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE CHIRURGICALE

DES BRULURES

ET EN PARTICULIER DE LEUR TRAITEMENT

Par M. THIÉRY (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Nous parlerons aujourd'hui d'une vieille question classique, les brûlures, et nous diviserons en deux parties cette clinique : l'une sera consacrée à la revision de l'étiologie, du classement et de l'évolution en insistant sur quelques points particuliers; la seconde nous retiendra davantage et portera sur le traitement tel qu'il a été fait et tel qu'il devrait l'être.

Les brûlures peuvent se diviser en deux catégories :

Les actuelles, ce sont celles produites par la chaleur rayonnante ou un corps en ignition;

Les potentielles, produites par un agent caustique.

Les premières sont surtout accidentelles, les secondes sont thérapeutiques et dues à la révulsion, sinapisation ou vésication.

A côté des brûlures produites par les solides en fusion, les liquides bouillants, il existe des brûlures dues aux gaz et aux vapeurs : explosions d'alcool, d'éther.

Nous insisterons davantage sur les brûlures de plus en plus fréquentes dues à l'explosion des lampes à alcool; deux points sont à considérer pour expliquer cette grande fréquence : l'alcool se répand de plus en plus dans les ménages d'ouvriers pour l'éclairage et surtout le chauffage; or, les alcools à brûler actuels sont impurs et contiennent des éthers; ils sont donc plus explosibles; d'autre part les lampes sont peu solides et de mauvaise qualité.

Citons enfin les brûlures graves dues au port de certains vêtements essentiellement inflammables et qui tendent à rentrer de plus en plus dans nos mœurs : nous voulons parler des tissus en pilou.

Parmi les explosions donnant lieu à de graves brûlures, il faut citer surtout celles qui se voient dans les fabriques de celluloïd composé de camphre, d'éther et de fulmi-coton, produits manifestement inflammables et explosifs.

Classement des brulures. — On les a classées de deux façons :

La classification de Gerdy suivant l'étendue n'a pas eu grand succès et on adopta celle de Dupuytren basée sur la profondeur de la brûlure.

Premier degré : érythème, répondant en thérapeutique à la sinapisation.

Deuxième degré : phlyctène (avec intégrité du derme), ce degré correspond à la vésication.

Troisième degré : phlyctène (avec atteinte de la couche superficielle du derme).

Quatrième degré : mortification totale du derme.

Cinquième degré : muscles, aponévroses, tendons sont intéressés par la brûlure.

Sixième degré : c'est la carbonisation totale.

Nous avons fusionné les deux classifications et professons la suivante qui se base à la fois sur l'étendue et sur la profondeur des brûlures.

Brûlures superficielles.	brûlures érythémateuses (1er degré).	étendues. / circonscrites.
	brûlures phlycténulaires (2e degré). .	étendues. / circonscrites.
Brûlures intermédiaires (3e degré).....	circonscrites. / étendues.	
Brûlures profondes (4e et 5e degrés).......	totales. / circonscrites.	

Mais une même brûlure peut être à la fois de plusieurs degrés, aussi doit-on ajouter à ce tableau :

Brûlures mixtes......	proximales, degré minimum de brûlure au centre.
	distales, degré miminum de brûlure à la périphérie.

Pronostic et évolution. — Nous n'ajouterons rien à la symptomatologie qui est classique et décrite dans tous les ouvrages et nous nous arrêterons au pronostic et à l'évolution.

Quelle est l'échelle de gravité des brûlures?

Deux principes sont à considérer :

Le pronostic général d'une brûlure est en raison directe de l'étendue de celle-ci.

Le pronostic local est en raison directe de la profondeur de la brûlure.

Les brûlures produites par l'explosion de gaz donnent en général des plaies superficielles mais étendues; de même l'inflammation des gaz dégagés par la combustion des bois et des peintures dans les incendies produisent des brûlures généralisées d'une extrême gravité (incendie de l'Opéra-Comique).

La plupart des brûlures produites par les liquides sont profondes et cette profondeur est en fonction de la densité du liquide, car il y a souvent de l'eau, des sels en solution.

Les solides en fusion donnent des brûlures extrêmement profondes : tels sont le plomb, le sucre fondus.

Les corps chimiques qui en s'unissant aux liquides de l'organisme peuvent donner des composés caustiques exposent à des brûlures graves et étendues.

On dit généralement que les brûlures étendues provoquent plus souvent la mort que les brûlures profondes.

Mais les brûlures localisées peuvent également provoquer la mort, cela dépend de l'état général du sujet : tuberculeux, diabétiques :

En général, c'est en effet au cours des grandes brûlures que meurent les malades :

Avec des phénomènes de congestion,

Ou avec des phénomènes d'intoxication.

Les reins, les poumons sont le siège de congestion active et le tube digestif lui-même participerait à ce processus. Erichsen et Curling ont cité des cas de mort par ulcération puis perforation du duodénum au cours de brûlures.

(1) Leçon clinique recueillie par M. A.-L. Girault, interne des hôpitaux.

La brûlure supprimant la fonction de la peau sur une certaine étendue explique les accidents d'intoxication : en effet si, expérimentalement, on rase et vernisse un tiers de la surface du corps d'un animal, on supprime la respiration cutanée sur autant d'étendue et on provoque la mort de l'animal. C'est ce qu'on appelait autrefois le « perspirabile retentum ».

Ces accidents d'intoxication se traduisent par de la diarrhée, des nausées, des vomissements, de l'inappétence; la langue devient sèche, le pouls accéléré; il est important de bien connaître ces phénomènes d'auto-intoxication pour ne pas les mettre, comme nous le verrons plus loin, sur le compte du traitement.

Traitement. — Il est bien peu de personnes qui dans toutes les classes de la société n'ait pas son moyen infaillible de guérir les brûlures et, comme chacun propose sa thérapeutique au malheureux brûlé, il n'est pas rare qu'au bout de quarante-huit heures il ait appliqué cinq ou six pansements n'ayant généralement de commun que leur inefficacité. Aussi nous arrive-t-il de prononcer souvent cette phrase : Heureuses les brûlures vierges !

Il faut donc avant tout recommander de rien appliquer et de respecter l'épiderme, agent principal de guérison.

Indications du traitement. — Le pansement appliqué aux brûlures doit remplir certaines conditions :

1° Il faut tout d'abord un topique facile à se procurer et facile à conserver;

2° La préparation doit en être simple et le pansement facile à appliquer;

3° Le pansement doit être sec;

4° Il doit posséder certaines qualités.

Il doit être épidermophile, donc capable de conserver et d'augmenter l'épiderme.

Kératogène, donc capable de provoquer la transformation cornée de l'épiderme de Malpighi.

Enfin kératoplastique.

D'autres considérations doivent entrer en ligne de compte :

Le pansement doit être analgésique,

Ne pas être toxique,

Enfin se renouveler très rarement.

Revue des traitements. — Assez amusante est la nomenclature des *pansements du vulgaire :* beurre, pulpe de pomme de terre, fruits pilés, crottin de cheval frit...

Un pansement du vulgaire mérite davantage la considération : le pansement par l'encre.

L'encre moderne n'a aucune valeur, car elle est à base d'aniline.

Mais l'encre ancienne était soit un tannate, soit un gallate de fer, sel de l'acide gallique, corps réducteur et kératoplastique.

Parmi les *pansements gras* on a employé l'huile de millepertuis (fleurs d'hypericum perforatum macérées dans l'alcool ou l'huile),

Le liniment oléo-calcaire,

La vaseline simple,

La pommade de Reclus,

Le pyroléol.

Nous considérons que des pansements gras appliqués aux brûlures ne remplissent pas les qualités exigées, car ils sont kératolytiques.

Nous ne citerons que pour mémoire les pansements humides locaux et les bains de Hébra, à rejeter car ils font macérer l'épiderme, de même les pansements par occlusion, dont le pansement ouaté de Guérin.

Les pansements *pulvérulents* ne doivent guère être employés : l'amidon fermente, la poudre de lycopode est anodine, quant à la pâte de bismuth conseillée par Bardeleben, elle constitue un assez bon pansement.

L'acide phénique donne de mauvais résultats car il est toxique; de même le salol qui est kératolytique.

Actuellement on a proposé le traitement des brûlures par le sérum de cheval et Mme Nageotte un traitement chirurgical consistant à désinfecter la brûlure comme un champ opératoire et à la recouvrir d'un pansement stérilisé.

Le pansement à l'acide pyrogallique est de tout premier ordre et le *pansement à l'acide picrique* est presque universellement employé.

Il est efficace, simple à employer et sans danger.

L'acide picrique présente des avantages indéniables et la solution remplit assez bien les conditions que nous avons demandées à tout topique proposé contre les brûlures.

En pharmacologie l'acide picrique se présente sous forme de lamelles prismatiques jaune paille, de saveur très amère.

La solution qui peut se faire dans l'eau, l'alcool ou l'éther est de coloration jaune plus foncé que le sel lui-même.

Avec un petit volume, l'acide pouvant se conserver en poudre, on peut avoir une grande quantité de solution.

Il est inaltérable.

La préparation de la solution est facile; on l'emploie à saturation (environ 12 grammes par litre).

Le prix est extrêmement faible.

Le pansement conserve les lambeaux épidermiques, supprime la douleur au bout de quelques minutes, assure la kératogenèse et la kératoplastie.

Ce pansement fut employé en 1881 pour la première fois. On ne tarda pas à lui apporter des objections.

Au début les pharmaciens refusèrent de le délivrer, sous prétexte que l'acide était un explosif dangereux.

Or jamais l'acide picrique ne fut explosif et seuls les sels explosent.

On accusa le pansement picriqué de provoquer des érythèmes.

Or les observations fournies concernent des malades chez lesquels toute application thérapeutique peut provoquer des érythèmes; d'ailleurs il n'est pas rare que d'autres médicaments aient été appliqués antérieurement et aient donné lieu à ces érythèmes imputés à tort à la solution picriquée, car, bien au contraire, une application d'éther picriqué sur des érythèmes médicamenteux les fait guérir.

Dans nombre d'observations, on a pu relever des érythèmes dus aux pansements picriqués, mais à la suite d'application de poudre ou de pommade picriquées, méthode absolument déconseillée.

Enfin on a invoqué sa toxicité. Or autrefois on administrait l'acide picrique à l'intérieur sous forme de pilules sans déterminer d'accidents.

D'autre part des accidents sérieux, mais non suivis de mort, ont été observés à la suite de l'absorption par erreur d'une cuillerée à bouche de poudre d'acide picrique, ce qui nous met bien au-dessus de la petite quantité mise en contact avec les brûlures. Le grand brûlé peut mourir d'intoxication, mais non d'intoxication médicamenteuse et l'acide picrique comme nous conseillons de l'employer ne saurait être toxique.

Technique. — En présence d'un brûlé, il faut demander si la plaie a été souillée par d'autres pansements et, s'il s'agit de pansements gras, il faut avoir soin de les enlever à l'alcool ou l'éther ou encore avec une solution de carbonate de soude. S'il existe des phlyctènes, on doit les ouvrir mais non détruire l'épiderme.

Si le point brûlé peut être immergé, on donne un bain picriqué d'une durée de trente minutes dans une *solution froide*, nous insistons sur ce dernier point.

Si l'immersion est impossible, on se sert de compresses imbibées de solution picriquée. On applique les compresses sur les points brûlés et on les maintient par une bande en tarlatane. On peut mettre une légère couche d'ouate, ou s'en abstenir; mais ce qu'on doit bannir de ce pansement c'est la feuille de taffetas gommé, car on doit favoriser la dessiccation du pansement et l'évaporation.

A quelles variétés de brûlures doit s'appliquer le pansement picriqué?

C'est avant tout à celles des 1er, 2e et 3e degrés, car, au delà du 3e degré, l'acide picrique n'est pas meilleur que tout autre antiseptique; il ne s'agit en effet que d'une plaie banale.

La solution picriquée a été employée dans nombre d'autres affections; Gaucher et Brousse l'emploient dans l'eczéma humide, on l'a employée dans le zona (thèse de Delbet), dans l'érysipèle, les métrites (Siredey), les otites (Lermoyez).

Les Anglais l'emploient pour déceler le sucre et l'albumine : c'est l'universal test.

Il reste à parler de l'objection, peu grave il est vrai, que l'on a faite à la solution picriquée, à savoir la coloration des mains de celui qui l'emploie.

On peut y obvier de bien des façons : deux moyens sont simples.

Ou bien prendre des gants de caoutchouc ou s'isoler l'épiderme au moyen de vaseline avant de se servir d'acide picrique.

On pourra décolorer les mains souillées de solution picriquée par les lavages avec de l'eau tiède dans laquelle on aura jeté une pincée de carbonate de lithine ou encore avec du savon noir et de l'ammoniaque.

CONGRÈS FRANÇAIS
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXe SESSION [BRUXELLES ET LIÉGE, 1er-7 AOUT 1910 (1)]

COMMUNICATIONS DIVERSES

Troubles nerveux d'origine médullaire à la suite des traumatismes des extrémités. — M. Bienfait (de Liége). Les divers étages de la moelle contiennent une série de centres associés entre eux et en rapport avec le reste du système nerveux.

Un traumatisme survenant à la périphérie agit sur ces centres par la voie sensitive, il se produit une inhibition de la voie motrice cérébro-spinale et du sympathique, la voie cortico-cérébello spinale semble indemne : de là, la parésie, l'atrophie rapide des muscles et parfois du tissu conjonctif et des os, l'augmentation fréquente des réflexes profonds. Il y a aussi des troubles légers à peu près constants de la sensibilité tactile, ceux-ci permettent de comprendre la genèse de l'insensibilité dans l'hystéro-traumatisme.

Arthropathie suppurée chez un tabétique devenu paralytique général. — M. Chaumier (de Lyon).

Quelques faits sur le cervelet. — M. Antoine Giraud (de Lyon). 1° Il peut y avoir destruction totale d'une grosse partie du cervelet, sans aucun des symptômes cliniques dits cérébelleux.

2° Dans les chorées, le maximum de méningo-encéphalite semble siéger dans le cervelet.

3° Le sens visuel a une localisation dans le flocculus.

4° La loi de Taty dans les démences se vérifie dans l'idiotie. Là, comme dans les démences, le cervelet reproduit les altérations cérébrales avec une diminution dans l'intensité.

Le cas qui nous occupe aujourd'hui ne fait que vérifier une partie des travaux précédents.

A l'autopsie d'une syphilitique, morte paralytique générale, aveugle depuis deux ans, on trouve :

Les altérations types des démences dans le cervelet : raréfaction et atrophie des cellules de Purkinje, pâles et à noyaux rétractés de même caractère que les lésions cérébrales mais en moins avancées; flocculi notablement diminués de volume avec lésions incomparablement plus accusées que les précédentes : des territoires entiers sont privés de cellules de Purkinje et les grains à peu près atrophiés.

La différence de lésions entre ces deux parties du cervelet est absolument superposable à celle observée chez les idiots, aveugles-nés.

Sur un cas de nanisme mitral pluri-glandulaire. — MM. Chevalier-Lavaure et Voivenel (d'Auch). Observation d'un arriéré présentant le syndrome

(1) Fin. — Voir Gaz. des hôpit., 1910, nos 92, p. 1287 et 94, p. 1316.

d'Hertoghe et du rétrécissement mitral. L'examen microscopique montre des lésions de diverses glandes à sécrétion interne.

M. MEIGE se refuse à donner une si grande importance au nanisme mitral.

Le dermographisme et sa valeur diagnostique. — M. FAUCONNIER (de Liége). Le dermographisme pathologique se rencontre sous deux formes : 1° en *relief* sous l'aspect de bourrelets blancs, roses ou rouges, on le rencontre dans l'épilepsie, la démence précoce, la paralysie générale ; 2° le *dermographisme plat* ayant l'apparence de traînées roses ou rouges persistantes, on ne peut attribuer un caractère anormal aux raies hyperémiques que lorsqu'elles subsistent plus d'un quart d'heure.

M. DUPRÉ (de Paris). Le dermographisme se rencontre chez les déséquilibrés de l'émotivité.

Un cas d'œdème hystérique. — M. GLORIEUX (de Bruxelles) présente, sans poser de diagnostic, une jeune fille atteinte d'un œdème éléphantiasique de l'avant-bras gauche. Cet œdème commence exactement au pli du coude. A ce niveau on observe des traces très nettes de constriction par un lien ou une bande, ce qui permet de se douter de la supercherie qu'emploie la malade.

Un cas de trémophobie. — M. MEIGE (de Paris). La *trémophobie* est la peur de trembler. Cette variété de phobie n'est pas rare chez les sujets qui présentent du tremblement de la tête ou des membres, le mot « tremblement » étant pris dans son acception la plus générale, et non dans son sens strictement nosologique.

La trémophobie participe à tous les caractères des obsessions ; elle se rapproche surtout de l'éreutophobie. On la voit apparaître chez des sujets prédisposés, surtout chez ceux qui présentent cette *constitution émotive* que M. Dupré a finement analysée. Rougeur et tremblement ne sont, en effet, que des manifestations réflexes de l'émotivité. Ces phénomènes sont d'ordre banal; mais quand ils viennent à s'accompagner d'un véritable état obsédant, ils offrent davantage d'intérêt pour le psychiatre.

La trémophobie peut avoir pour point de départ un tremblement véritable, tremblement dit constitutionnel, héréditaire, névropathique, tremblement dit sénile, ou toute autre variété de tremblement liée à une affection trémogène, comme la maladie de Parkinson, la maladie de Basedow, la sclérose en plaques, etc.

La peur de trembler se relie aussi à des idées de toutes sortes : idées d'humiliation, idées de déchéance, préoccupations nosophobiques. Beaucoup de trémophobes redoutent que leur tremblement ne soit l'indice d'une affection nerveuse incurable : la trémophobie est fréquente chez les sujets atteints de torticolis convulsif.

L'auteur rapporte un cas très net et très simple de phobie du tremblement, caractérisé principalement par la crainte des conséquences que pourrait avoir ce trouble moteur au point de vue professionnel. Cette phobie est apparue chez un sujet manifestement névropathe et psychopathe (ses crises d'asthme et ses appréhensions vertigineuses en font foi), mais qui est également un trembleur héréditaire.

Au point de vue du traitement, les interventions psychothérapiques, bien dirigées, ont une efficacité non douteuse.

Au point de vue médico-légal, l'appréciation d'un tremblement est toujours chose délicate. Lorsqu'il s'agit d'un tremblement consécutif à des traumatismes, notamment chez des accidentés du travail, il faut, bien entendu, se mettre d'abord en garde contre la simulation, le tremblement étant beaucoup plus facile à simuler qu'on ne serait tenté de le croire.

La base organique de l'éreutophobie. — M. P. HARTENBERG (de Paris), dans cinq cas de phobies de rougir qu'il a observés, a constaté les signes somatiques suivants. D'abord un état d'éréthisme cardiovasculaire très accentué. Le cœur, vibrant et bondissant, bat à coups violents contre la poitrine, même en dehors de toute émotion. Il existe des battements carotidiens qui se propagent dans les artères de la face, de sorte qu'on aperçoit toutes les branches de la faciale et de la temporale battant sous la peau. Ces sujets accusent en plus une tendance aux bouffées de chaleur dans la tête, même en dehors de toute émotion. Ils transpirent aussi facilement, et le front et les joues se couvrent de sueur. Tous enfin ont une tendance marquée au dermographisme.

Il s'agit, semble-t-il, d'un éréthisme cardio-vasculaire, d'une instabilité vaso-motrice anormale, sur lesquels se fixe l'émotion anxieuse pour constituer la phobie.

Cette constatation est intéressante à un double point de vue : d'abord parce qu'elle montre une fois de plus que la plupart des troubles psychonévropathiques ont un point de départ et une base organiques ; ensuite parce qu'elle fournit des indications utiles pour le traitement.

Névralgies faciales et migraines. — M. Fernand LÉVY (de Paris). Les rapports des névralgies faciales et des migraines ont été envisagés suivant deux courants d'idées opposés : les uns ont essayé de dissocier ces deux états, les autres au contraire ont cherché leurs points communs pour les identifier. Si au premier abord la migraine et la névralgie du trijumeau semblent de par leur symptomatologie devoir s'opposer, un examen plus attentif permet de se rendre compte qu'elles ont une foule de points de contact. Tout d'abord elles se développent presque toujours sur des terrains neuro-arthritiques. Leur étroite parenté morbide est encore plus nettement affirmée par leur coïncidence, leur association, leur balancement ou leur alternance chez un même sujet. La migraine se retrouve dans les antécédents des malades qui souffrent de tic douloureux; la migraine s'associe volontiers à la névralgie faciale surtout sus-orbitaire (névralgies-migraines). S'il arrive qu'elle s'accompagne de troubles trophiques, ceux-ci se passent dans le territoire de distribution cutanée de la cinquième paire. Aussi doit-on considérer la migraine comme une névralgie des filets intra-craniens du trijumeau (Thomas).

Il m'a été encore possible de confirmer cette opi-

nion par l'observation de deux malades, anciens migraineux, atteints de névralgie faciale rebelle, que j'avais traités par les injections d'alcool. La réapparition des migraines disparues depuis longtemps suivit immédiatement la cessation des douleurs de la face. Est-il une preuve plus nette des rapports qui unissent les deux syndromes et leur solidarité anatomique pourrait-elle s'affirmer d'une manière plus frappante?

Note sur les rapports du syndrome de Parkinson avec les altérations des glandes endocrines. — MM. Parhon et Goldstein (de Bucharest). Plusieurs faits plaident pour l'existence d'un rapport entre un trouble des glandes endocrines et le syndrome de Parkinson. C'est ainsi qu'on a trouvé ce dernier associé au myxœdème (Lundborg, Luzzato) ou au syndrome de Basedow (Mœbius, Goldstein et Colilocivi), qu'on l'a vu coexister avec la sclérodermie (Luzzato, Panegrotsi et Palmieri, Fraenkel, Lundborg). Les altérations articulaires des parkinsoniens semblent pouvoir être rapprochées de celles du rhumatisme chronique dont on connaît les rapports avec l'hypothyroïdie. Enfin Casteloi, Roussy et Clunet, Alquier et les auteurs eux-mêmes ont trouvé des lésions dans la thyroïde des parkinsoniens.

Lundborg considère ce syndrome comme une insuffisance chronique des parathyroïdes. Dekley, Alquier ont vu des améliorations par l'opothérapie parathyroïdienne, tandis que Roussy et Clunet ont été conduits par leurs recherches thérapeutiques et anatomo-pathologiques à voir dans la paralysie agitante plutôt un syndrome d'hyperfonction parathyroïdienne.

Parhon et Urechie, de Bille ont obtenu l'amélioration de certains symptômes parkinsoniens par le traitement hypophysaire. Brown-Séquard obtint dans un cas des effets remarquables par l'opothérapie orchitique. Le syndrome de Parkinson apparaît d'habitude dans la deuxième époque de la vie, lorsque les glandes génitales entrent en involution.

Les auteurs citent le cas d'une malade qui a eu toujours des troubles menstruels.

Ces différents faits montrent que les troubles des glandes endocrines sont très fréquents chez les parkinsoniens et imposent l'étude systématique (clinique, anatomo-pathologique, chimique) des glandes chez ces malades.

Pour le moment, il ne semble pas possible de préciser le lien qui unit le syndrome en question avec les troubles fonctionnels ou les altérations de ces organes.

Etats neurasthéniques et psychasthéniques post-infectieux. — M. Feuillade (de Lyon). Certains états neurasthéniques et psychasthéniques surviennent à la suite d'infections, sans qu'on puisse trouver dans leur étiologie une cause héréditaire ou une influence morale suffisante pour les expliquer.

Nous attirons l'attention sur le rôle des infections dans certaines asthénies psychiques, commençant à la simple modification du caractère, passant par l'insomnie, l'épuisement nerveux, l'impossibilité de penser, l'affaiblissement de la mémoire, et allant jusqu'à de véritables obsessions et même quelques hallucinations, sans que l'on puisse rencontrer dans les antécédents de ces malades une hérédité bien caractérisée.

Chez les malades dont nous relatons les observations, nous avons employé toutes les ressources de la médecine, en insistant sur l'hydrothérapie, le régime, qui varie avec chaque malade, en même temps que sur la cure morale.

Un nouveau thermo-esthésiomètre. — M. A. Williams (de Washington). L'instrument consiste en un thermomètre (modèle d'échelle Fahrenheit), entouré d'un bloc en cuivre qui est très facilement chauffé ou refroidi à la température désirée dans l'épreuve. Le thermomètre est protégé par un manche en bois pour être porté dans la poche. Il est commode et permet de mesurer les degrés de tiédeur et de fraîcheur appréciable sous la peau des malades dont les nerfs périphériques, les racines sensitives ou la moelle épinière sont lésés.

Ainsi, quand le sujet ne sent pas la température entre 23 et 40° centigrades, tandis qu'il sent bien la piqûre, la glace et l'eau bouillante, nous avons le droit d'affirmer une lésion en dehors de la moelle, chose d'une grande importance pratique quand il s'agit d'une blessure au voisinage de la colonne vertébrale.

Méningite cérébro-spinale à forme intermittente chez un jeune paludéen. — M. Porot (de Tunis).

L'habitus extérieur des névropathes. — M. Bérillon (de Paris). L'habitus extérieur peut donner d'utiles indications pour le diagnostic et le pronostic.

Par exemple, chez les névropathes et les neurasthéniques, on retrouve des signes extérieurs qui, par leur fréquence et par leur constance, indiquent qu'ils sont sous la dépendance de perturbations fonctionnelles dans l'axe cérébro-spinal.

Indépendamment de manifestations de paresse musculaire, de laisser-aller et de tendance à obéir à la loi du moindre effort, on est également frappé de la multiplicité de leurs gestes et de leurs mouvements involontaires et inutiles.

Mais il est une attitude qui est véritablement pathognomonique, d'un degré déjà accentué d'épuisement nerveux et d'irritabilité spinale, c'est celle qui consiste à maintenir, d'une façon à peu près permanente, les cuisses entrecroisées, l'une chevauchant sur l'autre.

L'importance de ce signe se révèle à la difficulté que les névropathes éprouvent à s'en guérir. Sa disparition correspond à l'amélioration générale du système nerveux et la réapparition coïncide avec le retour des troubles.

Inutilité de l'isolement dans le traitement de la neurasthénie et des névroses. La supériorité de la cure libre. — M. P.-E. Lévy (de Paris). 1° La cure libre, en dépit des opinions classiquement enseignées, est-elle possible? C'est ce que démontre à l'auteur son expérience longuement suivie. La presque totalité des névroses de toute nature (neurasthénies, phobies, obsessions, etc.) peuvent être traitées dans ces

conditions. On ne peut faire exception que pour certains cas où l'action exercée sur l'esprit du sujet doit se faire très simpliste, tel que l'aviscie, ceux encore où la forme par trop mentale, l'agitation du malade jettent dans l'entourage de celui-ci une trop grande perturbation.

2° La cure libre est-elle préférable? Il suffit, pour s'en rendre compte, de considérer les rechutes si fréquemment observées après le traitement par l'isolement, même prolongé parfois pendant des semaines et des mois, et qui en sont assurément la conséquence directe : le malade, momentanément séparé des causes qui ont provoqué son affection, retombe, parfois presque soudainement dès qu'il se trouve replacé en contact avec elles.

Ces rechutes ne s'observent pas au contraire après le traitement en cure libre, dans lequel on aura entraîné progressivement le malade à réagir et à s'adapter à ces diverses causes.

Quelques observations de délire aigu. — M. Chaumier (de Lyon).

Contribution à l'étude de la réaction de Noguchi-Moore chez les aliénés. — MM. Chevalier-Lavaure et Voivenel (d'Auch).

Quelques cas de troubles mentaux pellagreux. — MM. Voivenel et Fontaine (de Toulouse).

Maladie de Raynaud chez les aliénés. — MM. Voivenel et Fontaine (de Toulouse) en donnent une nouvelle pathogénie et mettent en cause les glandes endocrines.

La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire. — M. J. Simonin (du Val-de-Grâce). En principe, l'ivresse n'est pas considérée, au point de vue médico-légal, comme une excuse ou une circonstance atténuante lorsqu'elle conduit l'intoxiqué à des violences ou à des crimes.

Et cependant, en fait, les réactions agressives ou excito-motrices dans l'ivresse ne sont pas fatales ni faciles à prévoir; elles paraissent dépendre beaucoup plus de la constitution même du sujet (émotivité, dégénérescence, névropathie, névrose confirmée) ou de la nature du poison ingéré (alcools impurs, essences) que de la volonté du délinquant ou de l'excès proprement dit, c'est-à-dire de la quantité de boisson alcoolique ou spiritueuse absorbée.

Il paraît en résulter que si l'ivrogne est inexcusable du fait qu'il a bu avec un certain excès, c'est-à-dire de son intempérance, il ne semble pas équitable de le rendre complètement responsable de tous les actes délictueux commis par lui dans l'ivresse agressive ou excito-motrice, véritable complication fortuite, que le délinquant ne peut ni prévoir ni maîtriser.

Les conseils de guerre se bornent, en général, à poser à l'expert médical la question de responsabilité générale du délinquant au moment où il a commencé à boire, et n'admettent qu'avec la plus grande difficulté la distinction entre cette responsabilité initiale et la responsabilité limitée que paraît comporter l'accès agressif ou excito-moteur de l'ivresse, réaction toxique inconstante, absolument indépendante de la volonté du sujet. Il en résulte des condamnations dont la gravité heurte le bon sens, surtout si on compare ces verdicts à ceux que la justice civile prononce dans des circonstances analogues, vis-à-vis des citoyens ordinaires.

Il appartient donc aux experts médico-militaires de rechercher, avec le plus grand soin, les raisons qui transforment l'ivrogne en un délinquant ou un criminel, et de faire ressortir devant les tribunaux militaires que la constitution même d'un sujet, ses tares physiques ou intellectuelles, héréditaires ou acquises, comme aussi la nature des boissons ingérées peuvent expliquer la forme particulière revêtue par l'ivresse et constituer, dans certains cas, une véritable circonstance atténuante dont il est juste de tenir compte dans l'application des peines.

La jurisprudence des tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse. — MM. P. Juquelier et A. Fillassier (de Paris). La jurisprudence des tribunaux, d'accord avec la doctrine, refuse de considérer les excès, sévices ou injures graves commis par un aliéné, comme de nature à justifier une action en séparation de corps ou de divorce.

Dès lors, les faits d'ivresse ne sauraient être retenus s'ils sont la conséquence d'un état mental morbide. Il en sera autrement si le désordre mental peut être attribué à une faute volontaire de celui qui en est atteint, et l'ivresse constitue cette faute.

Mais si notre malade n'est pas atteint d'affection mentale, les faits d'ivresse constituent-ils des injures graves suffisantes? Non, disaient, il y a quelques années, les tribunaux. Puis une évolution se produit, mais pour être accueillis, les faits d'ivresse devront être nombreux, scandaleux. Enfin, dans une dernière période, la jurisprudence tend à laisser le juge maître souverain dans l'appréciation des faits; les tribunaux apprécieront les circonstances dans lesquelles les faits se sont produits, la position sociale, l'éducation des parties, etc.

Il importe, dans chaque cas, de caractériser aussi exactement que possible l'anomalie psychique et de déterminer avec soin le discernement du sujet, ainsi que son pouvoir de résistance.

Essai de psycho-pathologie du jugement. Les aphronies et les aphroniques. — M. Bérillon (de Paris). L'*aphronie* (de α primitif et φρονεῖν, avoir du jugement) est un terme par lequel je propose de désigner les troubles psychologiques liés à l'insuffisance du pouvoir de synthèse mentale.

Il n'est pas rare de rencontrer le syndrome aphronie chez des sujets bien doués au point de vue des autres fonctions mentales. Les pédagogues ont souvent l'occasion de constater que chez les enfants il n'y a pas de parallélisme dans le développement des facultés intellectuelles.

Parmi les causes principales qui peuvent, soit retarder l'apparition du jugement, soit en arrêter le développement, il faut noter :

La dégénérescence héréditaire; les arrêts dans l'évolution dépendant d'affections intercurrentes; les tendances sentimentales de l'éducation moderne; les influences déformantes du milieu familial; le

surmenage scolaire ; une tendance naturelle à l'éparpillement mental.

Les caractères de l'aphronie sont absolument distincts de ceux de l'aboulie. Les aphroniques n'éprouvent aucune difficulté à la mise en jeu de l'activité volontaire. C'est dans la sphère des opérations syllogistiques qu'ils sont atteints. Ils ne raisonnent bien que quand ils y sont aidés par la collaboration d'autrui.

Traitement électrique des névralgies. — M. FOVEAU DE COURMELLES (de Paris). Les névralgies faciales, intercostales, sciatiques, ovariques les plus fréquentes, recourent en dernier ressort à la physiothérapie qui doit elle-même varier ses procédés. Le courant galvanique, bien continu, avec pôle positif sur la région douloureuse, donne de très bons résultats et est bien supporté s'il est bien constant, avec de bonnes électrodes. Le courant faradique et le massage vibratoire sont moins fidèles. La lumière bleue, soleil ou électricité, avec verres bleus, est sidérante ; les rayons ultra-violets sont plus puissants ; les rayons de Röntgen, plus encore ; le radium a une action sédative des plus nettes.

Les attaques de catalepsie partielle dans les lésions encéphaliques en foyer. — M. KLIPPEL (de Paris). Parmi les troubles qui surviennent secondairement dans les membres paralysés par lésions cérébrales en foyer, les uns sont permanents, comme, par exemple, la contracture, qui ne varient dans le temps que sous le rapport de leur degré.

Les autres ne surviennent que par accès et offrent des aspects cliniques multiples et variables, comme l'épilepsie symptomatique motrice, sensorielle ou psychique.

Il faut y ajouter des attaques de catalepsie partielle.

Le malade, objet de cette observation, présentait une hémiparésie par lésion cérébrale, suite de fracture du crâne.

Les crises débutent par une aura sensitive.

La main se fléchit sur l'avant-bras ; celui-ci se fléchit lentement sur le bras et le bras lui-même, en se raidissant, s'élève à la hauteur de l'épaule ; l'index entre en extension. Ces mouvements étant faits, le membre tout entier reste alors fixé dans la même position, reproduisant un geste indicateur pendant toute la durée de l'attaque.

Alors l'aspect du malade, le bras levé, les doigts étendus, les yeux et la tête immobiles, figé en cette position, comme s'il désignait de son geste un point précis, est vraiment celui du cataleptique.

Une forme de convulsion faciale bilatérale. — M. MEIGE (de Paris). On admet aujourd'hui qu'il existe deux variétés principales de convulsions faciales : les *tics de la face* et l'*hémispasme facial périphérique*.

L'examen clinique permet de distinguer nettement ces deux phénomènes convulsifs.

Les tics de la face n'ont pas de localisation définie ; ils représentent des actes fonctionnels ou des expressions mimiques plus ou moins exagérées ou défigurées ; ils peuvent siéger sur un seul ou sur les deux côtés du visage. Ils disparaissent pendant le sommeil ; ils cèdent aux efforts de l'attention et de la volonté.

L'hémispasme facial est, au contraire, franchement unilatéral, siège exclusivement dans le domaine du nerf facial ; les contractions musculaires ont un caractère parcellaire, un aspect de contracture frémissante, qui est caractéristique ; elles sont inexpressives ; la volonté est sans action sur elles ; elles persistent pendant le sommeil.

Or, il existe un autre type de convulsion faciale qui diffère à la fois des tics et de l'hémispasme facial.

Les phénomènes convulsifs ont ici pour caractère essentiel d'être bilatéraux et prédominent au voisinage de la ligne médiane. Les muscles les plus atteints sont les orbiculaires des paupières d'abord, puis les sourciliers, les muscles du nez, les pyramidaux, les triangulaires des ailes du nez, les dilatateurs des narines, enfin les faisceaux médians de l'orbiculaire des lèvres, les carrés et les houppes du menton. Les zygomatiques, situés plus latéralement, sont moins atteints.

Les caractères objectifs de ces petites convulsions faciales se rapprochent de ceux de l'hémispasme facial : mêmes palpitations parcellaires, mêmes contractures frémissantes. Les petites grimaces qui en résultent ne répondent à aucune expression mimique : plissements intersourciliers, clignement forcé des paupières, froncement du nez, battements de ses ailes, marmottement des lèvres, tressautement du menton. Par la forme objective des contractions, le phénomène convulsif se rapproche de l'hémispasme facial. Mais il s'en distingue par ce fait que les contractions musculaires sont accessibles aux interventions de la volonté, peuvent être suspendues par un effort d'attention, une émotion, une surprise ; enfin, elles cessent pendant le sommeil.

Le dépistage des anormaux psychiques dans l'armée. — M. HANRY (de Châlons-sur-Marne).

Note sur la teneur en calcium du sang des centres nerveux dans l'insuffisance thyroïdienne. — MM. PARHON et DIMITRESCO (de Bucharest). De trois expériences sur les lapins, de deux expériences sur les chiens, il semble ressortir que l'ablation du corps thyroïde n'influence pas d'une façon évidente la teneur en calcium du sang et des centres nerveux.

Cependant le cerveau d'un chien en état d'insuffisance thyroïdienne s'est montré très riche en calcium.

Volumineux gliome de la base du crâne sans paralysie de la troisième paire. — M. HALIPRÉ (de Rouen).

Démonstrations anatomiques. — M. et Mme VOGT (de Berlin).

A propos de l'hémiatrophie cérébro-cérébelleuse croisée (présentation de coupes).

A propos de la sclérose combinée ou pseudo-combinée de la moelle épinière (présentation de coupes). — M. MÉDÉA (de Milan).

BERNAND LÉVY.

FORMULAIRE

LES FARINES DE CÉRÉALES ET DE LÉGUMINEUSES DIASTASÉES

La tisane de farines de céréales et le potage de farines de céréales et de légumineuses diastasées ont un effet diurétique certain, grâce aux phosphates naturels, aux sels de chaux et aux hydrates de carbone assimilables qui y sont contenus en très notable quantité, elles sont de plus très toniques.

Ces préparations sont en outre facilement absorbées et leur digestion est rapide par suite de la liquéfaction et de la semi-digestion obtenue par l'adjonction de diastase de malt.

Elles constituent donc une ressource très utile pour maintenir la nutrition pendant les maladies et les convalescences.

Voici les formules que recommande M. A. Imbert, chef du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

1° *Tisane de céréales diastasées :*

Farine de gruau de blé	5	grammes
— de riz	5	—
— d'orge	5	—
— de maïs	5	—
— d'avoine douce	5	—
Maltine (Codex 1908)	0g25	

Eau q. s. pour 1 litre de tisane.

Ce mélange est bien divisé dans un peu d'eau froide pour éviter la formation de grumeaux, puis jeté dans un litre d'eau bouillante. Après une cuisson de dix minutes, on ajoute 0g25 de maltine qui liquéfie complètement la gelée obtenue habituellement par refroidissement.

Cette tisane se prépare pure, sucrée ou salée, coupée avec son volume de lait bouilli.

2° *Potages de céréales et légumineuses diastasées :*

Farine de riz	5	grammes
— d'orge	5	—
— de maïs	5	—
— d'avoine	5	—
— de gruau de blé	5	—
— de fèves de marais	5	—
— de pois verts	5	—
— de lentilles vertes	5	—
— de haricots verts	5	—
Tapioca	5	—

(environ une cuillerée à café de chaque).

Maltine du Codex 1908, 0g50, ajoutée après cuisson.

Eau bouillante légèrement salée, q. s. pour obtenir 250 grammes environ.

Après dix minutes d'ébullition lente on obtient une bouillie très épaisse. On retire du feu, on ajoute la maltine qui liquéfie en moins de cinq minutes.

Ce potage se prend toutes les deux heures, tantôt coupé avec son volume de lait, tantôt avec du bouillon dégraissé.

Pour un adulte trois potages par jour seront une bonne alimentation dans la convalescence.

Afin d'obtenir ensuite un aliment complet on ajoute un œuf, émulsionné dans le potage chaud, au moment de servir; cela donne une véritable crème savoureuse.

Pour les enfants il y aura lieu de donner une quantité variable avec l'âge; les proportions ci-dessus pourraient au début d'une convalescence suffire pour vingt-quatre heures.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

LIVRES NOUVEAUX

La Photothérapie, ses avantages dans le traitement du lupus vulgaire (1), par M. le docteur Léon FRIEDMANN.

La photothérapie due à la découverte de Finsen est actuellement un des moyens physiques les plus réputés et employés dans la thérapeutique des affections cutanées; mais surtout elle apparaît comme d'une valeur inestimable quand on étudie les progrès qu'elle a fait faire au traitement du lupus vulgaire; elle est un agent presque spécifique et Finsen a pu dire qu'un lupus non guéri par la lumière n'est pas un lupus.

L'auteur expose les méthodes suivies par chaque expérimentateur et les résultats obtenus, il donne la description des différents appareils aujourd'hui employés, de très nombreux détails de technique, enfin une importante bibliographie termine l'ouvrage. Ce volume scientifique, méthodique et impartial est des plus intéressants et fera autorité sur la question du lupus vulgaire. G. LEGROS.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1910 (2), par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie. Avec une introduction par H. HUCHARD.

Comme le philosophe prouvait le mouvement en marchant, le *Formulaire des médicaments nouveaux* démontre son utilité en paraissant régulièrement depuis vingt ans!

Que dire de plus? Sinon que l'auteur apporte toujours à son œuvre la même conscience et le même soin, et que les nombreuses additions qu'il a faites à la présente édition en font un recueil complet de toutes les nouveautés thérapeutiques. On se doute que ce n'est point là petite besogne, et on doit remercier M. Bocquillon-Limousin, car il évite ainsi aux médecins des recherches souvent longues et difficiles, nécessitées par une clientèle de plus en plus avertie et exigeante. A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Cuisine diététique (3), 500 recettes culinaires à l'usage des dyspeptiques, par MM. le docteur REGNAULT et P. MONTAGNÉ.

Ce livre n'est pas banal, qui a été écrit en collaboration par un médecin et un ex-chef des cuisines du Grand-Hôtel; cette collaboration était nécessaire pour la cuisine diététique, car « l'art du cuisinier, longtemps méprisé du médecin, voire condamné par lui, apparaît aujourd'hui comme un auxiliaire précieux de sa thérapeutique ». Après quelques conseils sur l'art de manger et de boire, après quelques considérations générales sur les aliments, les auteurs indiquent les recettes culinaires ou formules diététiques; celles-ci doivent être bonnes, les titres de M. Montagné en fournissent la garantie; il est probable que beaucoup de médecins utiliseront ces formules non seulement pour leurs malades dyspeptiques mais pour leur propre table. LÉON BABONNEIX.

(1) Un vol. in-8 de 152 p. avec 26 fig. — Paris, Vigot frères.
(2) Un vol. de 348 pages. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) Un vol. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 96. — JEUDI 25 AOUT 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 25 AOUT 1910. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **4** fr. **50**.	— 6 mois : **8** fr.	— 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **7** fr.	». — 6 mois : **13** fr.	— 1 an : **25** fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Thézée, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

M. Turlais, professeur-suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, chef des travaux de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de physiologie.

— Nantes. — M. Achard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est désigné pour présider, pendant la session de novembre 1910, le jury d'examen à l'Ecole de médecine de Nantes en remplacement de M. Chauffard.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE. — Le comité d'organisation du Ve Congrès international d'obstétrique et de gynécologie qui doit avoir lieu à Saint-Pétersbourg au mois de septembre 1910 se croit obligé de faire la communication suivante pour dissiper les appréhensions et répondre aux questions qui lui sont posées à propos du choléra en Russie.

Les données sur le choléra à Saint-Pétersbourg sont exagérées dans la presse étrangère. La maladie sévit surtout dans la basse classe de la population. Le nombre des malades n'est pas bien considérable pour une population de 2 millions d'habitants. Le danger de contagion pour les membres du Congrès est exclu. Le comité d'organisation espère que les nouvelles répandues par la presse générale n'empêcheront pas les membres du Congrès de faire le voyage à Saint-Pétersbourg. Le nombre des malades diminue déjà et nous espérons qu'au moment du Congrès l'épidémie sera complètement éteinte.

RÉUNION SANITAIRE PROVINCIALE DE 1910. — La Société de médecine publique et de génie sanitaire a décidé d'organiser, cette année, comme l'an dernier, une Réunion sanitaire provinciale qui se tiendra à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 novembre 1910.

Les questions mises à l'ordre du jour des séances sont les suivantes :

1° La pratique de la désinfection; rapporteur : M. Ch. Ott.

2° Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde : rapporteurs : MM. Lemoine et Vincey.

3° Rapports des directeurs de bureaux d'hygiène avec les médecins praticiens; rapporteurs : MM. J. Courmont, Pottevin, Martial.

Outre ces questions plus spécialement étudiées et mises en discussion, la Société de médecine publique et de génie sanitaire accueillera avec reconnaissance les communications relatives à l'organisation et au fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène, et en général de tous les services d'hygiène publique.

Les rapports, discussions et communications seront, conformément au règlement de la Société, imprimés, s'il y a lieu, dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, son organe officiel.

La Société a décidé, en outre, d'annexer à cette Réunion sanitaire provinciale une exposition des procédés ou appareils de désinfection approuvés par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, et des procédés ou appareils d'épuration et de stérilisation des eaux.

Le compte rendu des séances de la réunion sanitaire provinciale sera imprimé et publié dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Les auteurs des rapports et des communications en recevront, s'ils en expriment le désir, 50 tirages à part : à titre gratuit, s'ils sont membres de la Société; et moyennant le prix établi d'après le tarif fixé par l'éditeur s'ils n'en font pas partie. La demande de tirage à part doit être faite lors de la remise du manuscrit.

Les démarches nécessaires seront faites en temps utile pour faire accorder, à tous les adhérents à la Réunion sanitaire provinciale, la réduction à demi-tarif du transport par chemin de fer, du lieu de leur résidence à Paris.

Une circulaire ultérieure fera connaître l'ordre du jour des séances, ainsi que le programme des visites aux institutions sanitaires.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1341.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

(Clinique des maladies des pays chauds.)

FIÈVRE DE MALTE

VIOLENTE OSTÉITE DU FÉMUR ET DU TIBIA GAUCHES VASTE OSTÉITE DES OS DU CRANE EXO-ET ENDO-CRANIENNE

Par J. BRAULT (1),

Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de médecine d'Alger.

Il est une affection médicale, à laquelle on ne pense pas toujours assez, même dans les pays où on est habitué à la voir, c'est la fièvre de Malte qui jouit en ce moment d'un regain d'actualité, en raison des nombreux cas qui viennent d'être dépistés en France. Cette infection, grâce à des localisations prédominantes extrêmement variées, peut faire errer le diagnostic clinique et donner lieu même à de graves méprises chirurgicales.

Je ne veux pas répéter ici les cas connus de tous : ostéalgies, pseudo-kystes du foie, signes d'occlusion intestinale, pseudo-coxalgies, qui ont parfois mené à des interventions chirurgicales.

J'ai moi-même assisté à certaines de ces manifestations ; j'ai encore très présent à l'esprit le cas d'une jeune fille, chez laquelle j'avais fait le diagnostic de fièvre de Malte et pour laquelle j'avais pratiqué le séro-diagnostic de Wright des plus positifs ; cette dernière malade présentait une pseudo-coxalgie, avec des douleurs d'une acuité extrême.

Mais pour ce qui est du cas que je vais rapporter ici, c'est la première fois que je vois des manifestations osseuses aussi étendues et aussi marquées, et je ne me souviens pas d'avoir lu quelque chose de semblable.

Voici l'observation résumée de la malade, j'y joins la courbe de la température.

Observation. — R. D..., quarante-cinq ans, Française, entre dans notre service, salle Diday, n° 9, le 28 décembre 1909, pour urétrite et métrite blennorragiques (2), mais elle présente en outre de la fièvre depuis une quinzaine environ; elle se plaint d'avoir toussé et d'avoir ressenti un peu d'oppression; la température oscille entre 38 et 39 degrés, puis elle tombe les 3 et 4 janvier; mais le 5, elle s'allume à nouveau; la grippe sévissait alors, nous y pensons, en raison de quelques râles disséminés de bronchite que nous trouvons à l'auscultation ; nous faisons cependant quelques réserves, en raison de la marche insolite de la température et des caractères des signes thoraciques qui sont un peu mobiles et changeants (3).

A la fin de janvier, le 27, pour préciser, nouvelle baisse de la température ; les signes stéthoscopiques ont disparu.

Durant cette première période, en dehors de ces signes, la malade a présenté divers autres phénomènes, notamment des douleurs articulaires, principalement dans le poignet gauche et le genou droit, de la céphalée, de l'anorexie; enfin une douleur qui occupe toute la partie antéro-interne de la cuisse et de la jambe gauches, cette douleur finit par se localiser sur ce dernier segment et dans la profondeur, on trouve un cordon qui fait penser à de la phlébite.

Ostéite du fémur et du tibia gauches. — L'accalmie que nous venons de signaler plus haut dura une quinzaine de jours et nous crûmes un instant que la malade marchait vers la guérison.

Lorsque brusquement, le 15 février, la fièvre repartit à nouveau, et c'est alors que nous assistâmes aux manifestations capitales de cette observation.

Tout d'abord, la malade accusa une douleur très vive dans la cuisse gauche qui nous parut gonflée dans sa partie inférieure; en raison d'une hyperesthésie véritablement insolite, il nous fut impossible de rien apprécier par la palpation. Deux jours plus tard, *cette hyperesthésie superficielle, tout à fait extraordinaire*, tomba, et alors nous pûmes procéder à un palper discret.

Le gonflement partait immédiatement au-dessus de l'épiphyse et se propageait à toute la moitié inférieure du fémur; l'os semblait au moins doublé de volume; les phénomènes réactionnels étaient très analogues à ce qu'on observe dans l'ostéomyélite aiguë des enfants et des adolescents; la région était chaude, la peau luisante, un peu rosée; la douleur s'exaspérait par les moindres mouvements et par la palpation. Cette dernière donnait la sensation « du membre en bois » où il semble que les tissus mous fassent corps avec le squelette, ou plutôt, qu'il n'y a plus là qu'un gros os recouvert par la peau; je dois ajouter que l'article du genou contenait du liquide.

Ce n'est pas tout, très rapidement survint de la douleur et une tuméfaction formant relief sur le tibia du même côté, les lésions siégeaient à la région postéro-interne, en pleine diaphyse et occupaient l'étendue de 7 à 8 centimètres; là aussi la douleur était exquise.

Le 21 février, un incident se produit : la malade présente des sueurs profuses et a des tendances à la syncope. On lui fait des injections de caféine et d'éther, et on commence à lui pratiquer des injections d'électrargol. Vers ce moment, R. D..., qui a eu surtout de la constipation durant la plus grande partie de sa maladie, accuse de la diarrhée pendant quelques jours (tannigène).

La malade, malgré sa mise en gouttière, continue à souffrir, les phénomènes observés du côté du fémur et du tibia ne semblent pas vouloir s'amender, et je pense sérieusement à intervenir chirurgicalement. Mais à ce moment, laissant de côté et la grippe et la blennorragie (1) qui, grâce aux phénomènes thoraciques et aux arthropathies, m'avaient induit en erreur jusque-là, j'étudie de plus près la température qui avait malheureusement été prise sur des feuilles séparées, et je fais le diagnostic de *fièvre ondulante*. L'idée de *fièvre de Malte* m'était déjà venue (2), mais sans que je m'y fusse suffisamment arrêté.

Quelques jours plus tard, je fais une première tentative de séro-réaction de Wright avec du bouillon, cette expérience reste négative. La malade interrogée ne connaît pas de personnes atteintes de fièvre dans son entourage, elle n'a pas bu de lait de chèvre, elle a mangé du fromage fabriqué avec le lait de cet animal, mais en France, il y a plusieurs années (3). Néanmoins, je n'abandonne pas le nouveau diagnostic qui m'incite à temporiser.

---

(1) Cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine. Voir rapport de M. R. Blanchard, séance du 7 juin 1910.

(2) Je dois ajouter qu'au cours du séjour de la malade à l'hôpital, faisant des essais de réaction de fixation de Wassermann, j'ai eu l'occasion d'examiner son sérum par la méthode complète, la réaction s'est montrée négative. Il n'y avait d'ailleurs aucun signe clinique de syphilis, et l'anamnèse ne révélait rien de ce côté.

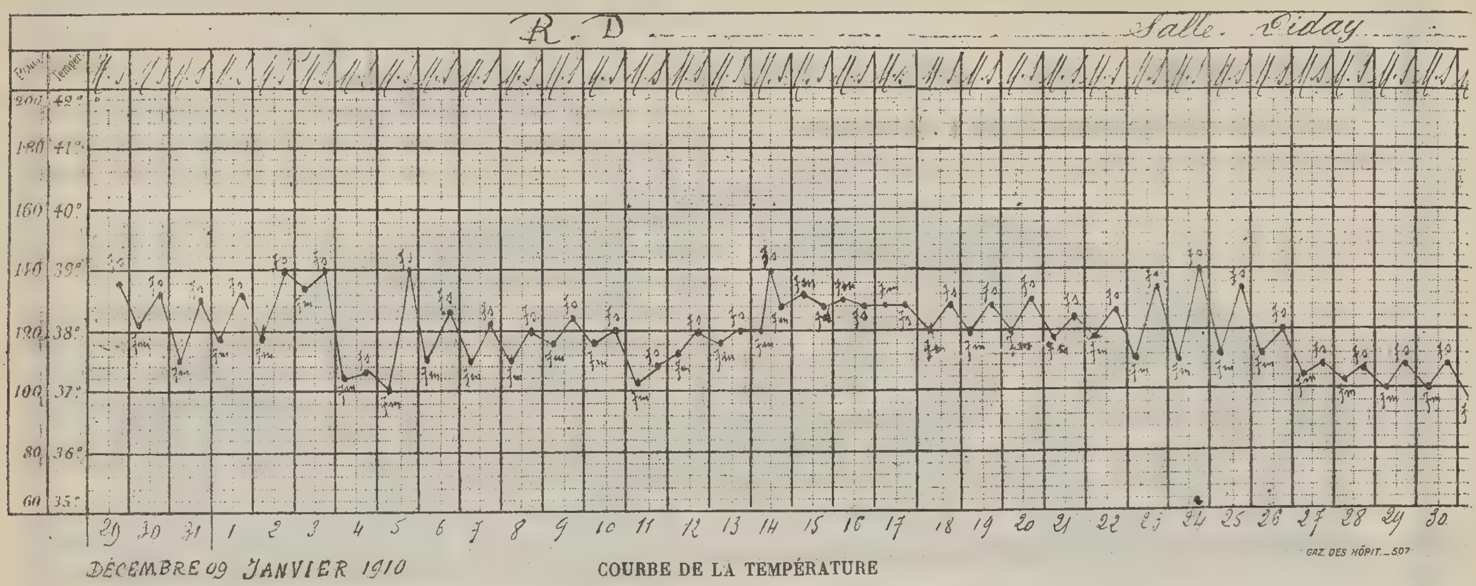
(3) Respiration rude, submatité, râles sibilants, ronflants, muqueux.

(1) J'avais même pensé à une infection sanguine d'origine gonococcique et j'avais pratiqué l'hémoculture (8 centimètres cubes de sang pour 150 centimètres cubes de bouillon), les deux ballons ensemencés sont restés stériles.

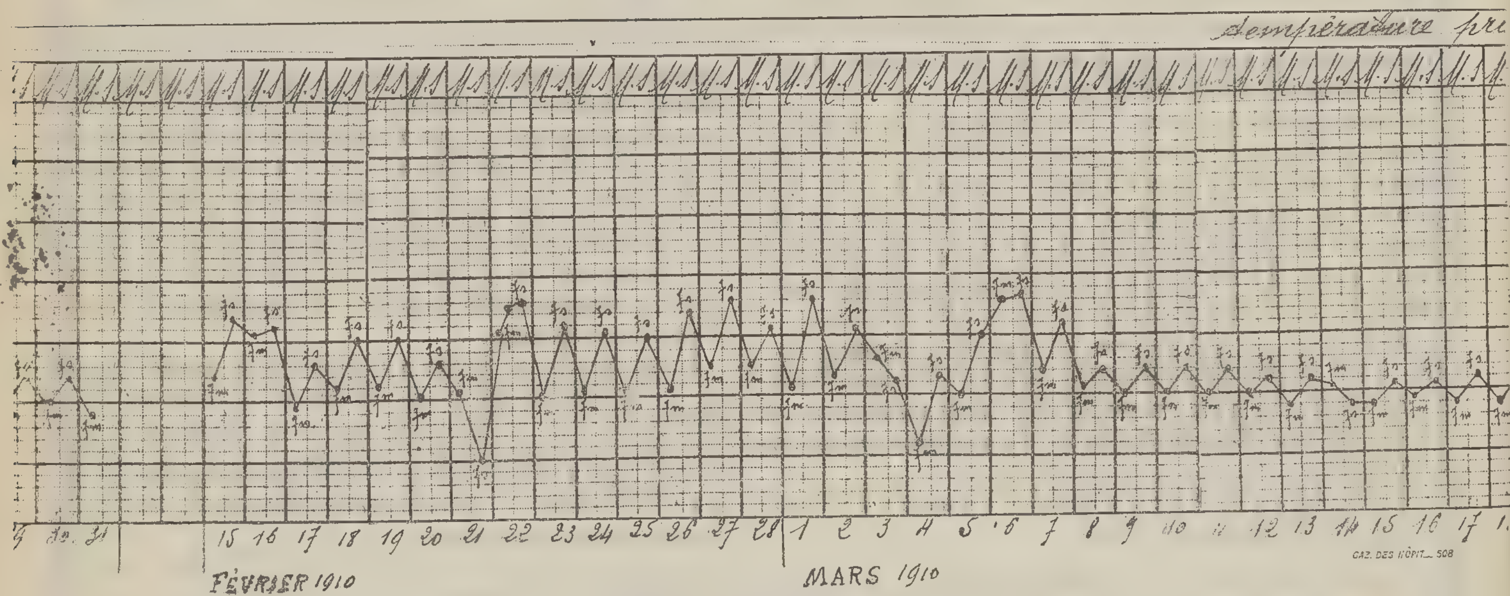
(2) En face de la diversité des symptômes et de la durée de la maladie.

(3) De mœurs plutôt légères, la malade a pu être contaminée par un client de passage, atteint d'une forme ambulatoire.

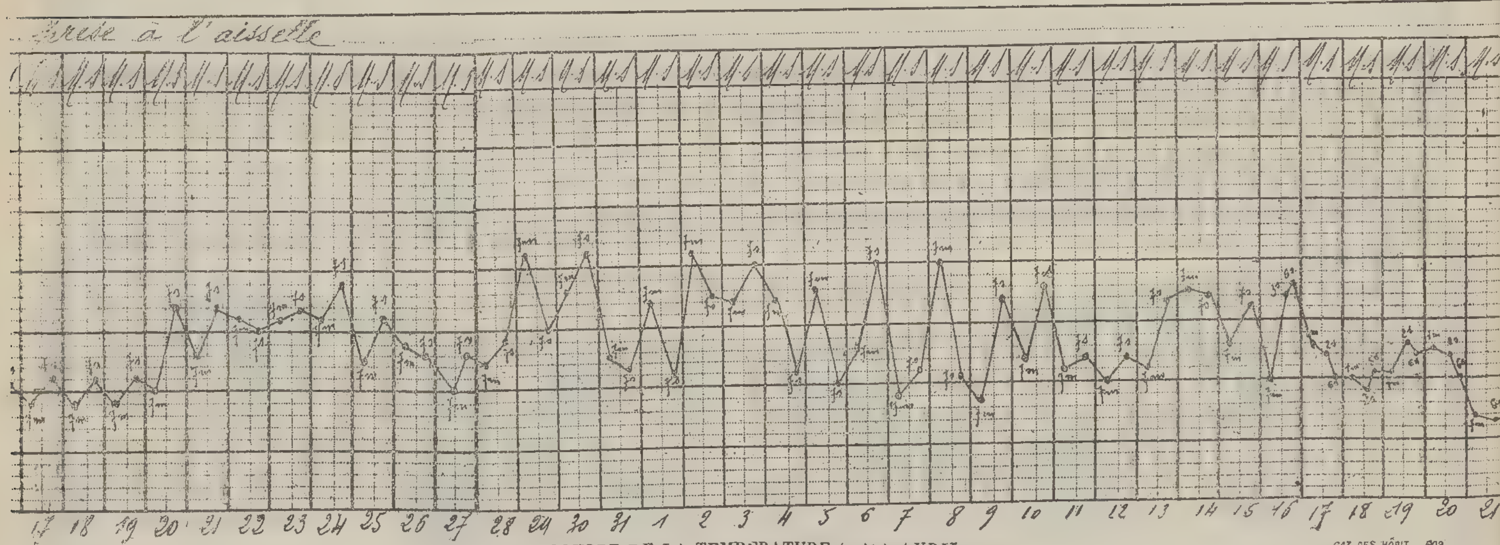
Bientôt, les événements semblent venir me donner raison ; vers la fin de mars, les phénomènes du côté du fémur et du tibia s'amendent sérieusement et on peut retirer la malade de la gouttière.



COURBE DE LA TEMPÉRATURE



COURBE DE LA TEMPÉRATURE (*suite*).



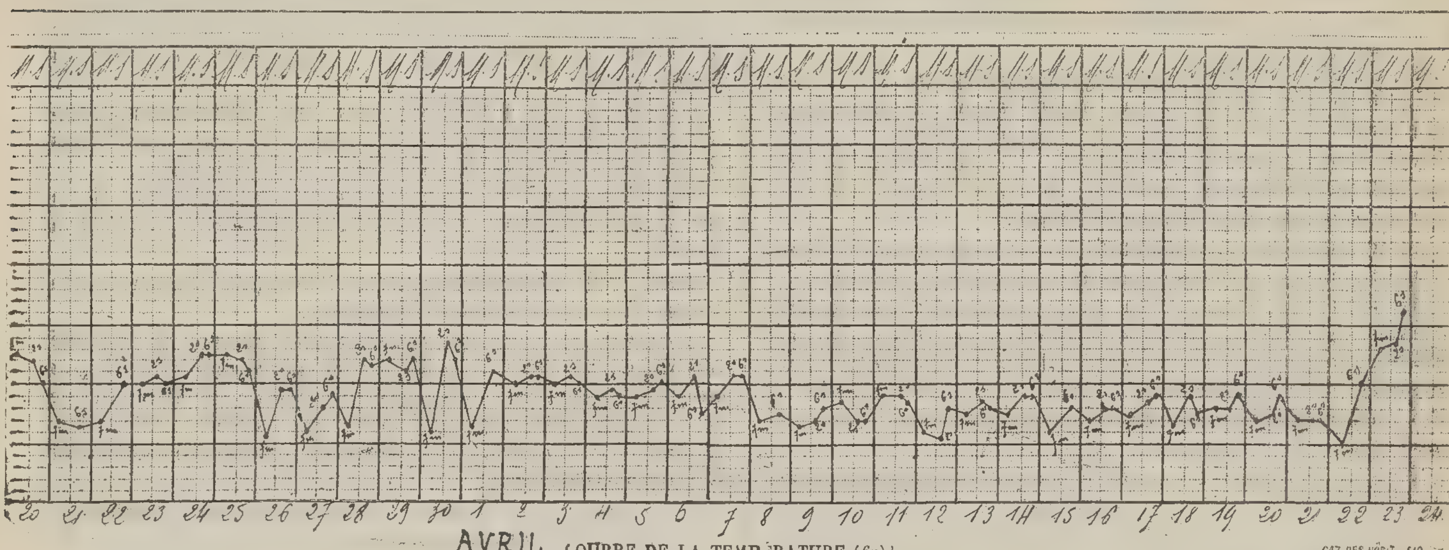
COURBE DE LA TEMPERATURE (*suite*) AVRIL.

Il y a toutefois encore du gonflement et de la sensibilité à la pression.

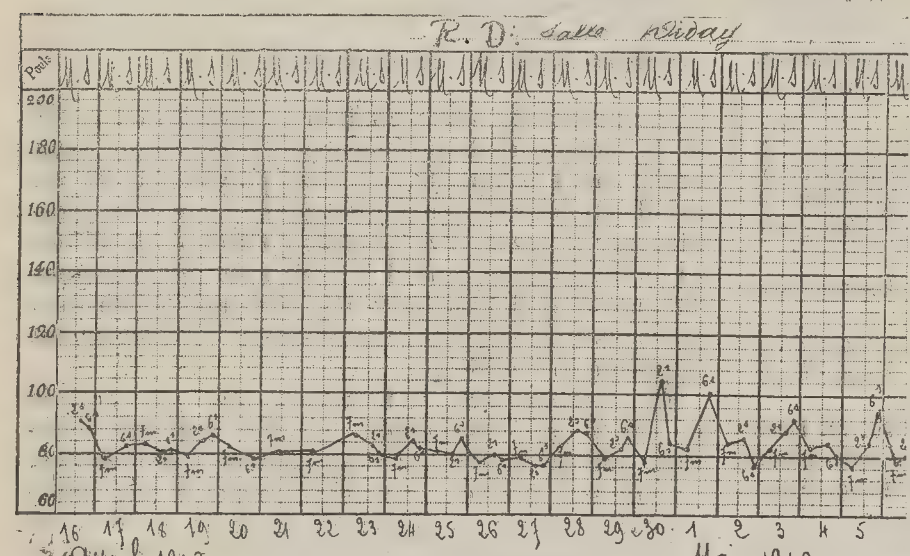
A quelque temps de là, la séro-réaction est de nouveau faite à notre laboratoire, mais cette fois je procède par dilution de

culture sur agar; la *réaction se présente avec la plus grande netteté*, au 1/10, au 1/20, au 1/30, au 1/50 (1).

Malgré l'amendement du côté des lésions osseuses, de nouvelles ondes se produisent. Il y a notamment une violente



COURBE DE LA TEMPÉRATURE (*fin*).



COURBE DU POULS A PARTIR DU 16 AVRIL

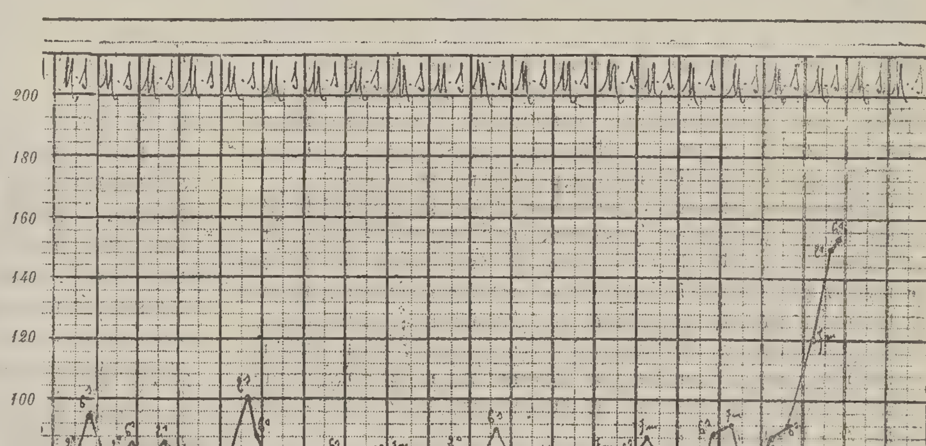
reprise au milieu d'avril; la malade qui allait mieux, qui avait repris quelques forces, commet l'imprudence de se lever; l'asthénie reparaît, les traits se tirent à nouveau, la céphalée reprend, enfin des vomissements éclatent et durent quarante-huit heures. Il revient quelques douleurs au niveau du tibia et du fémur qui est resté gros et inégal (*nouvelle séro-réaction positive* au 1/50).

Sur ces entrefaites, je demande à M. le docteur Edmond Sergent qui possède un cheval immunisé de longue date, de vouloir bien faire un essai de sérothérapie à notre malade qui m'inquiète (16 avril); 25 centimètres cubes de sérum sont injectés; après une ascension dans la journée, l'apyrexie devient complète, mais la malade continue à se plaindre de céphalée et de douleurs dans le genou gauche; nous l'immobilisons à nouveau.

Un peu plus tard, les symptômes s'amendent derechef, la malade quitte la gouttière, le fémur gauche reste bosselé et inégal, surtout en dehors; le relief est beaucoup moindre, au niveau du tibia du même côté.

Ostéite diffuse du crâne. — Je pensais que la malade allait enfin entrer en convalescence, il n'en était rien; en effet, le 4 mai elle attire notre attention sur divers gonflements qui siègent à la tête et la font souffrir. Ces gonflements se tiennent : l'un à la tempe gauche, un autre au sommet du crâne, un autre enfin un peu au-dessus de la région mastoïdienne droite.

Bientôt une de ces tuméfactions s'abcède et devient nettement fluctuante, je la ponctionne et j'en retire seulement quelques gouttes de pus, ce dernier ne renferme pas de melitensis, je n'y trouve en effet que quelques microcoques prenant le Gram, un seul de mes tubes de culture donne une colonie de staphylocoques (1). En ponctionnant avec une grosse aiguille je m'étais très bien rendu compte que le crâne était à nu, mais dans une petite étendue.



COURBE DU POULS (*fin*).

L'abcès ne semble pas se reproduire, mais deux autres

(1) La séro-réaction de Widal est au contraire nulle. La diazo-réaction est restée, elle aussi, absolument négative. L'examen du sang n'a fait déceler aucun hématozoaire.

(1) Il s'agissait peut-être là d'une impureté.

gonflements analogues surgissent dans les régions voisines.

A ce moment la céphalée est toujours vive; d'une façon intermittente, la malade présente quelques vomissements [12 mai (1)]. Je ponctionne les diverses tuméfactions, je n'obtiens pas de pus.

Le 21 mai, une des zones tuméfiées, siégeant à la région sincipitale, étant devenue plus manifestement fluctuante, je la ponctionne et je n'obtiens que quelques gouttes d'un pus blanc, épais, glaireux, visqueux en quelque sorte. Ce pus, malgré de nombreux examens, m'a paru stérile, des cultures multiples ne nous ont rien donné.

A cet instant, la tuméfaction de la tempe gauche et une autre au sinciput paraissent s'être notablement affaissées.

Le dimanche 22 mai, l'état de la malade s'est considérablement aggravé, je la trouve le 23 mai, avec des symptômes méningitiques des plus accentués, il n'y a pas d'inégalité des pupilles, mais la nuque est rigide, le signe de Kernig est des plus marqués; la malade a perdu connaissance, elle urine sous elle, le pouls est à 140.

J'ouvre largement une collection qui se trouve dans la région postérieure, un peu au-dessus de l'occipital et aussi la collection sus-mastoïdienne déjà mentionnée; la première collection qui s'est développée rapidement donne une bonne cuillerée de pus épais, l'autre quelques gouttes seulement.

Une ponction lombaire est pratiquée, dix centimètres cubes d'un liquide céphalo-rachidien très légèrement louche sont retirés.

On fait à la malade une injection d'électrargol sous la peau.

Le soir, à cinq heures, je fais à nouveau une ponction lombaire, le liquide est toujours dans les mêmes conditions, je fais cette fois une injection intrarachidienne de cinq centimètres cubes d'électrargol.

L'état de la malade reste le même. Le 24 mai à sept heures du matin, elle finit par succomber.

Autopsie. — Tout d'abord, mes recherches ont porté sur les régions où j'avais constaté des ostéites : crâne, fémur, tibia gauche.

Crâne. — En décollant le revêtement du crâne suivant la méthode classique, je trouve encore un peu de pus au niveau des abcès ouverts la veille (2), les autres semblent asséchés. On constate une ostéite diffuse superficielle sur toute la surface des pariétaux et du frontal. Ce dernier, très vascularisé, présente un fond rouge, sur lequel tranche une infinité de sugillations osseuses d'un ton blanc jaunâtre; les pariétaux sont plus pâles, un peu jaunis et se montrent dépolis, vermoulus, il en est un peu de même du temporal, à droite.

Après ouverture de la boîte cranienne, qui semble un peu épaisse pour une femme, on retrouve sur la table interne sensiblement les mêmes lésions que sur la table externe, toujours dans des régions à peu près symétriques (3).

En plusieurs points la dure-mère, épaissie, comme le périoste externe, est assez adhérente aux inégalités osseuses; au niveau du pariétal droit, entre la dure-mère et l'os, on trouve un peu de pus séreux. Le sinus latéral droit est atteint de thrombo-phlébite suppurée, il y a aussi de la périsinusite, et il existe là un petit abcès à pus concret. Je n'ai malheureusement pas pu faire d'ensemencement avec ces collections.

Les coupes du cerveau et du cervelet ne m'ont pas fait découvrir d'autre abcès.

Fémur gauche. — L'os, atteint d'ostéite dans toute sa moitié inférieure, est inégal et très bosselé, surtout en dehors. Le périoste épaissi se décolle plutôt difficilement; l'os est environné d'une sorte d'écorce rougeâtre épaisse, très rugueuse et un peu friable. On ne trouve pas de pus. Fendu verticalement, le fémur présente un canal médullaire qui semble un peu agrandi au niveau des lésions; par places, la moelle me montre de grands îlots, d'un rouge foncé. L'article du genou est sain.

Tibia gauche. — A la face interne, là où nous avions constaté de l'ostéite du vivant de la malade, on trouve des lésions identiques à celles du fémur, je ne saurais insister.

Cage thoracique. — Les *poumons* sont sains, toutefois, il y a quelques anciennes et très légères adhérences pleurales à gauche.

Cœur. — Pas d'épanchement péricardique, le cœur est un peu gras, les valvules sont suffisantes.

Abdomen. — La *muqueuse stomacale* montre un piqueté hémorragique, l'*intestin grêle* est un peu vascularisé; le *gros intestin* présente une diminution de calibre sur l'étendue de 50 à 60 centimètres (fin du côlon transverse et côlon descendant); à ce niveau, il est légèrement exulcéré par places et un peu vascularisé.

La *rate* pèse 260 grammes, elle n'est pas trop diffluente.

Foie. — 1k800, un peu graisseux.

Ganglions mésentériques peu volumineux.

Reins congestionnés.

Pancréas un peu dur, comme scléreux (1).

Le liquide céphalo-rachidien prélevé durant la vie de la malade a donné un très faible culot, dans lequel nous avons trouvé des polynucléaires en grande abondance et quelques mononucléaires. Examiné par le Gram, avec double coloration, le résidu n'a montré aucun microbe, d'ailleurs les ensemencements que j'ai faits sont restés parfaitement stériles. Ajoutons que le liquide céphalo-rachidien a nettement agglutiné le melitensis.

En dehors des symptômes que j'ai relatés au cours de l'observation, je dois signaler quelques autres signes : sueurs nocturnes abondantes, revenues à plusieurs reprises, anorexie très marquée (2), anémie, amaigrissement notable, douleurs au creux épigastrique. Le foie est resté normal, la rate n'a présenté qu'un faible accroissement de volume, enfin le pouls s'est tenu entre 80 et 100 pulsations (3) durant la plus grande partie de la maladie; à partir du 16 avril, nous donnons la courbe du pouls qui est devenu plus inégal (voir la courbe).

Durant toute la durée de l'affection, les règles ont été supprimées; les cheveux sont un peu tombés, mais pas comme dans une dothiénentérie; les ongles n'ont pas présenté de troubles trophiques marqués. Les urines ont été analysées à plusieurs reprises, on n'y a pas décelé d'albumine (4) en quan-

(1) Du 16 mai à la fin, les vomissements ont également été notés.

(2) A ce niveau l'os est dénudé dans une certaine étendue.

(3) A l'aide d'une couronne de trépan, j'ai enlevé une rondelle dans la région pariétale la plus malade. J'avais pris également des fragments de fémur que j'avais mis à décalcifier. L'examen histologique de la rondelle pariétale m'a montré des lésions nécrotiques au niveau des deux tables, le diploé était lui-même très enflammé.

(1) Le fémur et le tibia ont été conservés dans le liquide de Riche; en outre, j'ai prélevé des pièces et des liquides pour examen histologique et bactériologique : moelle osseuse, foie, rate, ganglions mésentériques, bile, etc. La moelle osseuse, la bile n'ont pas cultivé. Les coupes du foie n'ont pas révélé le microcoque de Bruce; au niveau des espaces de Kiernan, autour des vaisseaux, j'ai trouvé des infiltrats de cellules blanches (mononucléaires surtout). Sur les coupes de la rate j'ai au contraire trouvé le melitensis, ou du moins un microcoque très semblable ne prenant pas le Gram, les follicules sont un peu volumineux, la pulpe est envahie par de nombreuses hématies.

(2) Langue étalée, humide, légèrement saburrale.

(3) Ayant produit la courbe, je n'insiste pas sur le détail de cette dernière.

(4) J'avais d'autant plus porté mes investigations de ce côté que la malade, à plusieurs reprises, a présenté un peu de bouffissure de la face.

tité appréciable. En dehors de la sérothérapie, qui n'a été tentée qu'en dernière analyse, le traitement symptomatique a consisté dans l'administration de pyramidon, de quinine, d'aspirine, d'exalgine et phénacétine, contre les douleurs; on a donné aussi quelques hypnotiques; la caféine et l'éther ont lutté contre la tendance aux lypothymies; l'électrargol en injections a paru à diverses reprises relever l'état général et amener une certaine détente; l'enveloppement ouaté et l'immobilisation ont été employés vis-à-vis des complications ostéo-articulaires; enfin de l'hémoglobine, des glycéros, de l'arrhénal ont été aussi administrés comme toniques.

Tous ces moyens ne pouvaient rien dans un cas semblable; la chirurgie elle-même eût été impuissante, en raison de la diffusion extrême des lésions.

Tel est ce cas de fièvre de Malte, dont toute l'histoire se résume en quelque sorte dans celle de ces ostéites multiples et diffuses, que nous venons de décrire. Ce sont elles qui ont dominé la symptomatologie de l'affection, ce sont les ostéites craniennes qui ont amené la mort.

En raison du peu de renseignements fournis par le pus des abcès et de la stérilité des cultures (1), il m'est impossible de dire, dans le cas actuel, si ces redoutables complications osseuses ont été le fait du melitensis, ou d'un autre microbe plus ou moins associé, ou agissant pour son propre compte (2).

Cette observation est bien faite pour nous montrer que certaines affections, par leur complexité même et la variabilité de leur symptomatologie, sont de véritables « caméléons », susceptibles, un jour ou l'autre, de tromper, momentanément tout au moins, même ceux qui se tiennent sur leurs gardes; de même que l'hystérie et la syphilis, la fièvre de Malte fait partie de ces affections, dont les caractères protéiformes sont bien faits pour nous abuser.

ANALYSES

MÉDECINE

Le traitement tonsillaire des affections rhumatismales. (P. Schichhold. *Münch. mediz. Wochens.*, 8 février 1910, n° 6, p. 281); — **Sur le rhumatisme articulaire aigu et ses rapports avec les modifications pathologiques des formations pharyngiennes.** (B. Bosangi et Z. v. Lenart. *Pester mediz.-chirur. Presse.*, 6 mars 1910, n° 10, p. 73 et 13 mars 1910, n° 11, p. 81); — **Rapports entre les maladies inflammatoires des amygdales et les maladies infectieuses.** (H. Curschmann. *Münch. mediz. Wochens.*, 8 février 1910, n° 6, p. 284.) — Trousseau fut frappé le premier de la fréquente simultanéité des angines et du rhumatisme articulaire. Après lui Garrod, Fowler et Stewart insistèrent sur les rapports qui unissent les affections du pharynx, et particulièrement l'amygdalite suppurée, avec la polyarthrite. D'après Fowler l'angine est dans 80 p. 100 des cas le point de départ des affections articulaires et cet auteur émit le premier l'idée que, par un traitement préventif de l'amygdalite, on peut prévenir le rhumatisme.

Cette idée fut reprise en 1904 par Gurich-Rosenberg qui passa de la théorie à la pratique et il fut assez heureux pour découvrir dans la plupart des cas observés par lui des suppurations amygdaliennes et pour guérir les arthropathies en soignant le pharynx.

Schichhold adopte entièrement la manière de voir de Gurich. Il recommande dans tous les cas de rhumatisme d'examiner avec soin les amygdales : il ne suffit pas, pour juger de leur état, de les inspecter simplement en abaissant la langue avec une spatule. Le plus souvent c'est seulement après avoir récliné avec un crochet mousse le pilier antérieur du voile du palais que l'on voit s'écouler des quantités plus ou moins considérables de pus hors de lacunes amygdaliennes. Il existe parfois en pleine amygdale de véritables petites poches remplies de pus et l'on comprend comment les agents septiques peuvent passer de là dans la circulation générale et se localiser au niveau des articulations.

Schichhold conseille de ne pas pratiquer dans ces cas la simple amygdalotomie par les moyens usuels; il recommande de rechercher les lacunes amygdaliennes remplies de pus et de les inciser soigneusement. Ce sont les amygdales qui sont le plus souvent le point de départ des polyarthrites, mais il faut aussi s'enquérir de l'état des dents, des fosses nasales et des sinus de la face dont l'infection chronique peut jouer également un rôle.

Ce traitement amygdalien amène en général une régression rapide de l'attaque de périarthrite et fait cesser les récidives. Il peut amener également une amélioration des endocardites qui compliquent trop fréquemment les rhumatismes et reconnaissent la même pathogénie.

Bela Bosangi avait commencé à la même époque que Gurich le traitement tonsillaire du rhumatisme. Les polyarthrites d'origine tonsillaire sont surtout celles dont l'évolution est traînante, et qui ne s'accompagnent pas toujours de réactions inflammatoires très vives. Il existe souvent entre les attaques aiguës ou subaiguës des périodes prolongées pendant lesquelles la santé est parfaite. Chez ces sujets on constate en général des amygdalites lacunaires avec bouchons purulents dans les cryptes. Bosangi a entrepris avec von Lenart l'étude et le traitement d'un assez grand nombre de cas semblables et eux aussi sont d'avis qu'il agit de la façon la plus heureuse non seulement sur les arthrites mais encore sur les endocardites. Les auteurs conseillent de pratiquer soit l'incision et le curage des lacunes amygdales, soit l'amygdalotomie totale par les moyens ordinaires. Ils avertissent eux aussi de ne pas se laisser arrêter par l'aspect souvent normal à première vue des amygdales; il faut non seulement récliner le pilier antérieur du voile, mais encore exercer avec un instrument mousse une pression sur les amygdales, ce qui donne fréquemment issue à des quantités variables de pus.

Curschmann a été depuis longtemps frappé des rapports qui existent entre les suppurations amygdaliennes avec les processus septiques. Il est convaincu que la plupart des septicémies dites cryptogénétiques sont en réalité d'origine amygdalienne. Il a trouvé plusieurs fois à l'autopsie de cas semblables, en plein milieu du tissu amygdalien, un foyer suppuré gros comme une lentille et dont la présence expliquait l'infection générale; le plus souvent ce sont le streptocoque, le staphylocoque ou le pneumocoque qui sont en cause.

Certaines néphrites, en apparence protopathiques ne reconnaissent pas d'autre cause.

Sans aller aussi loin que Gurich et Schichhold, il pense que bien des cas de rhumatisme articulaire aigu à attaques répétées et s'accompagnant d'endocardite chronique sont sous la dépendance d'une angine fossulaire. Il pense que dans cer-

(1) Sauf une colonie de staphylocoques, sur un seul tube.

(2) La malade qui fait l'objet de cette observation habite en haut du quartier de la Casbah, près de la nouvelle gendarmerie; c'est un quartier contaminé par la fièvre de Malte; toutefois pas autant que le quartier, dit de la marine, où j'ai observé un certain nombre de cas, dans ces dernières années. En dehors de ces points, j'ai pu voir des cas de fièvre de Malte, un peu partout à Alger, et même à Mustapha. Ces cas appartenaient à toutes les classes de la société, je n'ai observé qu'un seul cas chez les enfants.

tains cas les agents pyogènes eux-mêmes passent dans la circulation et engendrent eux-mêmes les arthrites; mais le plus souvent ce ne seraient que les toxines qui joueraient ce rôle.

Curschmann est d'avis que les idées de Gurich et Schichhold méritent d'être prises en grande considération et que l'on a le devoir en face d'une polyarthrite d'examiner les amygdales suivant la méthode préconisée par ces auteurs.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Sur l'importance de distinguer les ulcères simples du duodénum, du pylore, de l'estomac. (E. A. CODMAN. *The Boston med. and surg. Journ.*, 2, 9 et 16 sept. 1909, vol. CLXI, nos 10, 11 et 12, avec 11 figures dans le texte.) — Dans cet article très documenté, l'auteur s'efforce de prouver que l'ulcère du duodénum est une affection très fréquente, comparable en fréquence à l'appendicite. Si telle n'est pas l'opinion courante, cela tient à plusieurs causes :

Tout d'abord dans beaucoup de cas l'ulcère se cicatrise sans laisser de cicatrice appréciable, la muqueuse avec ses glandes se régénérant en entier. Il n'est possible de retrouver ces cicatrices que par des coupes des 3 premiers centimètres du duodénum chez des hommes après quarante ans morts d'une autre affection. Le microscope montre une encoche cicatricielle dans la paroi musculaire à l'endroit où a existé l'ulcère.

D'autre part, la discordance apparente entre la rareté chirurgicale de l'ulcère du duodénum et sa fréquence dans les statistiques d'autopsie tient à ce que la plupart des ulcères pyloriques ont une origine duodénale. Il y a des ulcères du duodénum qui, par progression latérale ou par coalescence avec d'autres lésions, deviennent circulaires et tendent progressivement et rapidement à s'étendre vers l'estomac.

On a alors l'impression que l'ulcère siège surtout dans l'estomac, et on prend pour le pylore la lèvre inférieure de l'ulcération.

Enfin la symptomatologie de l'ulcère du duodénum est très variable. L'auteur en décrit huit formes, la dernière comprenant les cas qui ne présentent aucun symptôme.

L'auteur résume les différences de symptomatologie et de thérapeutique des ulcères du duodénum, du pylore et de l'estomac dans le tableau suivant :

I. ULCÈRE AU-DESSOUS DU PYLORE ET NE TROUBLANT PAS SES FONCTIONS. — 1. Hémorragies dans les selles. — 2. Douleurs après le repas. — 3. Douleurs soulagées par de copieux repas (excepté dans les périodes d'exacerbation). — 4. Contenu gastrique normal. — 5. Sensibilité un peu à droite de la ligne médiane. — 6. Marche très chronique en dehors des exacerbations. — 7. Santé bonne en dehors des hémorragies ou de la perforation. — 8. La douleur est souvent le seul symptôme, les vomissements ne se produisent qu'au moment des exacerbations. — 9. Soulagement par le bicarbonate de soude. — 10. Le vomissement ne contient que du mucus. — 11. En cas de perforation, propagation vers le flanc droit, tableau clinique d'une appendicite suraiguë. — 12. Dans la perforation, écoulement de liquide et de bile dans le ventre, souvent absence de gaz. — 13. Aucune statistique n'indique les résultats de la gastro-entérostomie. — 14. Le traitement médical usuel n'est pas entièrement rationnel. — 15. La gastro-entérostomie est irrationnelle. — 16. L'excision est l'opération idéale. — 17. L'opération exploratrice est justifiable.

II. ULCÈRE SIÉGEANT EN AMONT, AVAL OU SUR LE PYLORE ET TROUBLANT SES FONCTIONS. — 1. Hémorragies dans les vomissements et les selles. — 2. Douleur péristaltique. — 3. Augmentée par les aliments. — 4. Présence de stase stomacale. — 5. L'endroit sensible varie de position. — 6. Marche progressive. — 7. Cachexie par famine. — 8. Vomissements parfois longtemps après le repas; leur existence constante. — 9. Aucun soulagement par le bicarbonate de soude. — 10. Vomissements d'aliments fermentés. — 11. Les malades avec perforation ont un passé gastrique. — 13. Les résultats de la gastro-entérostomie sont bons. — 14. Le traitement médical est abandonné par tous. — 15. La gastro-entérostomie est rationnelle. — 16. La pylorectomie est l'opération idéale. — 17. L'opération exploratrice est indiquée.

III. ULCÈRE AU-DESSUS DU PYLORE ET NE TROUBLANT PAS SES FONCTIONS. — 1. Hémorragie dans les vomissements. — 2. Douleur aussitôt après l'ingestion des aliments. — 3. Diminuée par le jeûne. — 4. Le contenu gastrique est plutôt du sang que de la rétention alimentaire. — 5. Le point sensible est à gauche. — 6. Marche aiguë, parfois très chronique. — 7. La dénutrition est en rapport avec la douleur et les vomissements. — 8. Vomissements par suite de la douleur aussitôt après l'ingestion des aliments. — 9. Le bicarbonate de soude par dilatation gazeuse cause de la douleur ou des vomissements. — 10. Les vomissements contiennent des aliments récents. — 11. Dans la perforation il existe un passé gastrique et l'extension peut être généralisée et foudroyante. — 12. Dans ces cas il y a des aliments et des gaz dans l'abdomen. — 13. Le résultat de la gastro-entérostomie est en général bon. — 14. Le traitement médical est rationnel. — 15. La gastro-entérostomie est rationnelle. — 16. L'excision est l'opération idéale. — 17. La laparotomie exploratrice est indiquée dans les cas chroniques, contre-indiquée dans les cas aigus.

M. LANCE.

Polydactilie dans cinq générations successives. (A. G. BLODGETT. *Journ. amer. med. assoc.*, vol. LII, n° 18, 1er mai 1909, p. 1403.) — 1° Homme avec un pouce surnuméraire à droite et un auriculaire surnuméraire à gauche; 2° sa nièce, avec un doigt surnuméraire à gauche; 3° les deux filles de celle-ci, chacune avec un doigt surnuméraire à gauche; 4° une fille d'une de celle-ci, orteil surnuméraire au pied droit, en dehors du petit orteil; 5° un garçon, neveu de la dernière mentionnée, avec la même anomalie.

Il est remarquable de voir l'anomalie se transmette seulement par les femmes qui sont toutes persuadées que l'anomalie est inévitable dans la famille. Coïncidence ou influence nerveuse ?

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Des symptômes dystrophiques et de la diminution temporaire pathologique de l'excitabilité galvanique des muscles dans la paralysie myasthénique. (STCHERBAK. *Revue neurol.*, 1909, p. 539-542.) — Dans un cas accompagné d'atrophies musculaires, certains muscles, ni atrophiés ni paralysés, présentèrent une variabilité pathologique de l'excitabilité galvanique, sur laquelle l'auteur attire l'attention. On se borne généralement à constater l'amélioration de l'excitabilité galvanique, sa diminution temporaire peut avoir une certaine valeur, non seulement pour la pathogénie, mais encore pour l'électro-diagnostic.

La d'Arsonvalisation a été suivie d'une amélioration.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

La Rachicentèse (1), par MM. P. RAVAUT, GASTINEL et VELTER.

Dans cette monographie, les auteurs envisagent la ponction lombaire sous un jour tout nouveau et désignent par rachicentèse les évacuations du liquide céphalo-rachidien faites dans un but thérapeutique. Il n'existait jusqu'ici dans la litté-

(1) Monographie n° 60 de l' « Œuvre médico-chirurgicale ». — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

rature aucun ouvrage d'ensemble cherchant à interpréter, préciser et discuter la valeur de la ponction à ce point de vue. Les auteurs montrent, dans une série d'affections groupées en dix chapitres, quels sont les cas où il faut pratiquer la rachicentèse. Les indications de son emploi y sont non seulement très judicieusement étudiées, mais on y trouve encore le résultat de recherches personnelles intéressantes : c'est ainsi que la question de la ponction dans les hydrocéphalies y est présentée d'une façon vraiment nouvelle. Les auteurs rapportent de curieux cas d'amblyopie sans lésion du fond de l'œil guérie par la rachicentèse. Son action est particulièrement étudiée au cours de certaines dermatoses où elle produit de très heureux résultats. Il semble que le rapport existant entre la tension céphalo-rachidienne et artérielle joue un rôle considérable dans le mécanisme thérapeutique de la ponction.

Aussi les auteurs terminent-ils leur travail par une étude des effets de la rachicentèse sur le système vasculaire et vasomoteur.

Cette monographie, écrite d'une façon claire et précise, avec une compétence toute spéciale, met bien en lumière l'importance que peut prendre, comme agent thérapeutique, la ponction lombaire. L. GAYARD.

Statistica sanitaria dell' armata per gli anni 1903 et 1904 (1), publiée par le ministère de la Marine (Italie).

Les spécialistes trouveront dans cet important recueil une foule de renseignements originaux fort précieux, et nous remercions vivement le Service d'inspection sanitaire du ministère italien de la Marine d'avoir bien voulu nous adresser ce rapport. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du professeur Ernest Masse (de Bordeaux), décédé à Montpellier où il s'était retiré depuis quatre ans.

Né à Montpellier en 1839, notre confrère fit ses études dans cette ville, puis vint à Bordeaux où en 1880 il devint professeur de médecine opératoire. La même année il fonda la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* qui sous son impulsion devint rapidement l'un des premiers organes médicaux de province.

Nous adressons à sa famille et à la rédaction de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* l'expression de notre très douloureuse sympathie.

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — COURS PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES. — Les cours de la série d'hiver à l'usage des médecins praticiens et étudiants s'ouvriront le 2 novembre 1910, à quatre heures, 18, rue du Luxembourg.

Ces cours, au nombre de 20, seront essentiellement pratiques et se feront pendant novembre et décembre, avec présentation de malades et application du traitement par les élèves. Ils comprendront les principales spécialités :

Chirurgie pratique et traumatique : M. Leuret. — Maladies des voies urinaires : M. Le Fur. — Pratique obstétricale : M. Pierra. — Chirurgie infantile et orthopédie : M. Mayet. — Ophtalmologie : M. d'Ayrenx. — Oto-rhino-laryngologie : M. Cauzard; M. Faseuille, suppléant. — Chirurgie dentaire : M. Réal. — Accidents du travail : M. Rondeau. — Gynécologie : M. X. — Clinique thérapeutique. Les régimes : M. de Grandmaison. — Pathologie infantile : M. Meslay. — Puériculture : M. Roger. — Maladies du système nerveux : M. A. Thomas. — Dermatologie : M. Lenglet. — Electrothérapie : M. Laquerrière. — Radiothérapie : M. Fleig. — Massage : M. Rabier. — Physiothérapie : M. Dubois de Saujon. — Hydrologie médicale : M. d'Arbois de Jubainville. — Méthodes de laboratoire : M. Lorrain. — Déontologie médicale : M. Surbled.

Droits d'inscription : 20 francs pour droit d'immatriculation à l'école; 20 francs pour chaque série. (Ce prix donne droit de suivre les vingt cours de la même série.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Rondeau, 18, rue du Luxembourg, Paris, 6e.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — NEUVIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (avec projections). — Le mardi 30 août, à trois heures et demie, au Palais des fêtes, M. le docteur Zuccarelli (de Bastia) fera une conférence sur « Les stations climatiques et eaux minérales de la Corse ».

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 28, 9 juillet 1910.) SCHIPPERS et WENTZEL : Le traitement de la maladie du sérum.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 12 mai 1910.) MARTIN : Sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine. — RISEL : Contribution à l'étude des corps étrangers guéris du cœur. — HEVESI : Contribution au traitement opératoire de la maladie de Little. — TRESPE : Sur les acroparesthésies. — BIRNBAUM : Sur les causes psychiques des troubles intellectuels. — KLOPSTOK : Sur la percussion des sommets du poumon. — TELEMANN : Recherche des bacilles tuberculeux. — STRAUSS : Contribution à la connaissance de l'action du Scharlach R. sur le développement épithélial. — EWALD : Les douleurs dans l'arthrite déformante. — MARTINI et GROLHE : Sur les terres comestibles et leur emploi thérapeutique. — (N° 20, 19 mai.) ORTNER : Le traitement de la péricardite. — POLLAK : Sur la ponction cérébrale. — WARSCHAUER : Sur la genèse de la cirrhose du foie. — LENNÉ : Diététique et guérison du diabète sucré. — HUZELLA : La recherche des bacilles tuberculeux très rares. — BERG : Recherche du spirochæte pallida par un procédé simplifié. — DŒVENSPECK : Néphrite hémoglobinurique dans la pneumonie. — FRANK : La bilharziose de la vessie. — BERG : Sur le diagnostic et le traitement des calculs vésicaux chez l'enfant. — IGERSHEIMER : La kératite parenchymateuse, affection syphilitique. — SALUS : Glaucome noir. — KROMAYER : La prophylaxie de la calvitie. — SCHALL : Nouveautés techniques dans le domaine de la médecine, de l'hygiène et de la thérapeutique.

Medizinische Blætter. — (N° 27, 2 juillet 1910.) JERIE : Contribution au traitement de l'asphyxie du nouveau-né. — (Nos 28 et 29, 9 et 16 juillet.) LACHMANN : Nouvelles recherches sur les émanations du radium.

Pester medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 28, 10 juin 1910.) EISENSTEIN : Sur le traitement des affections oculaires lympho-scrofuleuses. — POLYA : Méthode et résultats du traitement moderne du cancer.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 21, 26 mai 1910.) POPPER et ZAK : Sur l'importance clinique de la recherche des acétates dans les sérosités. — LINNERT : Recherches chimiques comparatives sur le cerveau. — HERZ : Sur la bradycardie, l'hypotonie et la bradycardie hypotonique. — FRANK et JAGIÉ : Sur le traitement par le pneumothorax dans la bronchiectasie. — BONDI : Sur la gravidité ovarienne. — GÖTZL : Contribution à l'opération de Fœrster dans les crises gastriques.

(1) Roma, tipografia Ditta Ludovico Cecchini.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES POLYURIES (1)

B. POLYURIE RELEVANT D'UNE AFFECTION RÉNALE. — Une fois éliminé le diagnostic de diabète, le clinicien, en présence d'une polyurie permanente, devra songer alors à la possibilité d'une affection rénale.

Cette polyurie pourra revêtir d'ailleurs de multiples modalités dont la connaissance sera du plus haut intérêt pour parvenir au diagnostic.

a. *Néphrite chronique.* — Il peut s'agir, en même temps que de polyurie, de pollakiurie : les urines sont claires, peu albumineuses, peu denses, pauvres en chlorures, hypotoxiques; l'élimination du bleu de méthylène est retardée, intermittente; la tension artérielle est élevée, il existe du bruit de galop; il s'agit dans ce cas d'une *néphrite chronique* qui peut revêtir soit le type cachectique, soit le type floride, soit le type chlorotique; il faut rapprocher de cette forme la polyurie des *cardiaques artério-scléreux*, hypertendus, ce sont les *cardio-rénaux.*

Merklen et Martin distinguent deux sortes de polyurie des cardiaques : l'une liée à la médication digitalique, l'autre continue liée à l'hypertension artérielle, à la sclérose rénale et entretenue d'ailleurs par le régime lacté (c'est une polyurie nécessaire).

b. *Dégénérescence amyloïde du rein.* — Ou bien, en même temps que la polyurie, on constate une albuminurie massive et cela chez des sujets cachectiques, syphilitiques, tuberculeux, etc., on pensera alors à juste titre à la dégénérescence *amyloïde du rein.*

c. *Néphrite parenchymateuse, néphrite tuberculeuse, syphilitique, palustre, etc.* — Ou bien il s'agira de malades œdémateux, avec polyurie modérée, albuminurie de 2 à 4 grammes, chez lesquels l'élimination du bleu de méthylène se fait rapidement (filtre percé); il s'agit alors de néphrite subaiguë, de l'ancienne néphrite parenchymateuse; l'étude de cette forme est spécialement intéressante en raison des travaux récents de Landouzy, Léon Bernard, Jousset, sur les néphrites tuberculeuses; la constatation d'une polyurie doit donc éveiller l'idée de tuberculose; nous signalons à nouveau ici la *polyurie phosphaturique* des tuberculeux sur laquelle insiste spécialement M. Teissier, et l'existence de néphrites tuberculeuses dont la connaissance doit entraîner un examen complet de l'urine (recherche des bacilles et de l'albuminurie, inoculations, etc.). Il faut également penser à la possibilité d'une syphilis rénale, de manifestations du paludisme, etc.

d. *Polyuries liées à une affection chirurgicale, du rein, de la prostate, de la vessie.* — La polyurie, avec ou sans hématurie, est souvent le seul symptôme révélateur d'une *tuberculose rénale chirurgicale* ou d'une tuberculose de la *vessie*, etc.

Les lésions vésicales (cystites chroniques, lithiase), l'*hypertrophie prostatique*, les *pyélonéphrites* (*lithiasiques, gravidiques*) s'accompagnent très souvent du symptôme polyurie. On comprend donc la nécessité absolue lors de l'examen de tout polyurique du toucher rectal, de la cystoscopie, etc.

C. POLYURIES OBSERVÉES CHEZ DES MALADES ATTEINTS D'UNE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX. — Dans ces affections, le plus souvent, au lieu d'être l'un des symptômes dominants, la polyurie n'est qu'un épiphénomène. Parmi ces diverses affections il faut signaler la polyurie des dégénérés, et bon nombre de polyuries infantiles.

a. *Polyurie des dégénérés.* — Cette polyurie s'observe spécialement chez les *épileptiques*, les *aliénés*, les *idiots*; elle peut apparaître sans cause ou se révéler subitement à la suite de traumatisme, après une série de crises convulsives, ou pendant la convalescence d'une maladie infectieuse évoluant chez un de ces dégénérés.

Dans ce groupe rentre l'étude des cas de *potomanie* étudiés par Achard et Ramond, et dans lesquels il est difficile de préciser ce qui a commencé et entraîné l'autre manifestation, de la potomanie ou de la polyurie.

b. *Polyuries infantiles.* — La plupart des *polyuries infantiles* ressortissent également à cette pathogénie; mais cependant avant d'étudier ces formes, il faut insister sur la nécessité qu'il y a, chez l'enfant, à penser au DIABÈTE dont on connaît la fréquence, la gravité ainsi que la terminaison fréquente par le coma, à la *tuberculose génito-urinaire*, et même à la néphrite chronique, sur laquelle tout récemment M. le professeur Marfan a attiré l'attention; en dehors de ces cas, il faudra surtout songer : 1° à la *polyurie héréditaire et familiale*, cette forme est souvent une manifestation larvée de l'épilepsie; elle débute en général dès le très jeune âge, elle existe parallèlement à d'autres troubles nerveux, et elle peut très souvent ne se signaler que par une *incontinence d'urine* rebelle et qu'aucun traitement n'améliorera; 2° à la *polyurie essentielle* sur laquelle nous reviendrons plus tard.

c. *Polyuries s'observant au cours d'autres affections du système nerveux.* — La polyurie qui s'observe au cours de certaines affections du système nerveux (hémorragie cérébrale, tumeurs de l'encéphale, méningite tuberculeuse, paralysie générale, sclérose en plaques) ne présente que fort peu d'intérêt, sauf toutefois en ce qui concerne une discussion sur la localisation d'un foyer d'hémorragie, de tumeur, etc.

Nous avons déjà signalé les polyuries qui s'observent au cours de crises d'hystérie, d'épilepsie (rappelons à ce sujet l'importance classique de l'inversion de la formule des phosphates); on a signalé également l'existence de polyurie au cours du goitre exophtalmique.

Les *polyuries réflexes* sur lesquelles M. le professeur Debove a insisté sont plus intéressantes : il s'agit de polyurie constatée au cours de névralgies diverses, spécialement de *névralgies sciatiques*, s'accompagnant souvent alors de glycosurie.

III. **Polyuries dont la cause anatomique en l'état actuel de la science nous échappe.** — Nous désirons décrire dans ce chapitre la POLYURIE DITE ESSENTIELLE et la POLYURIE HYSTÉRIQUE; nous rapprocherons de ces deux formes la POLYURIE TRAUMATIQUE : les raisons pour lesquelles nous groupons en un même chapitre ces trois modalités de polyurie ne sont pas que nous pensions leur reconnaître une même origine, mais bien plutôt que, souvent, ne leur en reconnaissant aucune (ce qui leur vaut l'épithète d'*essentiel*), elles nous paraissent également suspectes; le terme d'essentiel tend à disparaître en clinique; les hémoptysies, les hématuries essentielles n'ont plus beaucoup de défenseurs, alors que s'augmente chaque jour le nombre de ceux qui leur substituent l'épithète tuberculeuse; il en est de même pour l'épilepsie, et chaque jour s'agrandit le domaine des épilepsies symptomatiques; il en sera sans doute de même pour la polyurie essentielle, qui se démembrera au profit d'autres affections : tuberculose rénale, affections insoupçonnées peut-être des surrénales, du système nerveux, etc.; en ce qui concerne les manifestations hystériques, ne savons-nous pas, d'ailleurs, avec quelle prudence nous devons analyser tous les symptômes, avant de conclure à la réalité d'une affection *pithiatique*.

a. POLYURIE HYSTÉRIQUE. — Elle se caractérise par son début brusque : elle peut apparaître à la suite d'excès de boissons, d'intoxication, de choc moral, etc.; elle est en général extrêmement considérable, 20 à 30 litres; l'urine émise est pauvre en matériaux solides, les chlorures exceptés; la polyurie peut durer longtemps ou cesser brusquement (souvent par la suggestion, ou un procédé thérapeutique banal). Il est souvent possible de retrouver à son origine une altération réelle des voies génito-urinaires (cystite blennorragique spécialement).

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 93, p. 1306.

Les Fonctions nerveuses. *Les fonctions bulbo-médullaires.* Deuxième partie : « Fonctions viscérales, sécrétoires, trophiques et thermogéniques », par W. BECHTEREW, professeur de psychiatrie à l'Université de Saint-Pétersbourg. In-18 jésus, cart. toile, de 620 p., avec 42 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes
4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour
la préparation des médicaments organiques

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le lundi 12 décembre 1910, à neuf heures du matin, il sera ouvert entre tous les internes en médecine, en exercice dans les hôpitaux de cette ville, un concours public pour le prix de fin d'année, consistant en une médaille d'or, délivrée par l'administration hospitalière.

Ce concours aura lieu dans l'une des salles de l'hôpital Saint-Sauveur, devant un jury présidé par l'un des membres de la commission administrative des hospices.

— Lyon. — Le lundi 21 novembre 1910, à neuf heures du matin, s'ouvrira un concours public pour la nomination d'un accoucheur des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements de l'administration des hospices civils de Lyon.

— Le lundi 20 février 1911, à huit heures trente du matin, s'ouvrira un concours public pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux, appelé à faire le service dans les établissements des hospices civils de Lyon.

— Rouen. — M. Longuet, professeur de physiologie à l'Ecole de médecine, a été nommé, après concours, chirurgien-adjoint des hôpitaux.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-troisième semaine, 767 décès, au lieu de 759 pendant la semaine précédente et au lieu de 807, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

On compte 1 décès par méningite cérébro-spinale épidémique et aucun cas nouveau n'est signalé.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — La Ve session du cours de physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Degrais, Dominici, Sandoz, Durey, Cautru, Desfosses, Leroy, Wetterwald, Kouindjy, Carron de la Carrière, Schlemmer, Cany, Boursier, Durand-Fardel, Blanc, Bardet et Martinet, aura lieu à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, du 8 au 30 octobre, de quatre heures à sept heures.

Ce cours divisé en trois séries de vingt leçons chacune (série A : électro-radio-radium, photo et hydrothérapie; série B : massage, gymnastique, rééducation, méthode de Bier; série C : hydrologie clinique, climatothérapie, diététique) est essentiellement pratique et est complété par des démonstrations et des manipulations.

On peut s'inscrire pour une série ou pour trois. Le droit d'inscription pour chaque série est de 50 francs.

On peut demander le programme détaillé ou s'incrire dès à présent chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des *fêtes du cinquantenaire de l'annexion de la Savoie à la France*, la Compagnie mettra en marche, le 1er septembre prochain, à 11 h. 38 soir, au départ de Paris, un train spécial, à prix réduits (2e et 3e classes), pour Chambéry.

Prix : aller et retour, 2e classe, 52 francs; 3e classe, 34 francs.

Retour, au gré des voyageurs, jusqu'au 10 septembre inclus, par tous les trains ordinaires, y compris les express, sauf le train 588, dans les mêmes conditions que pour les voyageurs en général.

La délivrance des billets commencera à partir du 20 août, à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux de ville de la Compagnie, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Climatothérapie, par M. Mayer. In-8. — Prix : 10 francs. — Paris, librairie des Arts et des Sciences, 12, rue Jacob.

Aliénés et anormaux, par le docteur J. Roubinouvitch, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre. In-8 de la bibliothèque scientifique internationale, avec 63 gravures, cart. à l'anglaise. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Thérapeutique usuelle des maladies de l'appareil respiratoire, par le docteur Alfred Martinet, ancien interne des hôpitaux de Paris; avec un chapitre de gymnastique respiratoire, par le docteur P. Desfosses (bibliothèque de thérapeutique clinique). In-16 de 295 pages avec 36 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE GRANULOME ULCÉREUX DE WRIGHT

CLOU DE GAFSA

Par M. le docteur M. BENOIT (2).

III

Etude clinique. — Siège du bouton. — Les parties découvertes sont infiniment plus souvent atteintes que les régions protégées par les vêtements. Les indigènes ayant presque tous les bras et les jambes nus, la statistique que Weber donne pour la localisation du clou de Biskra ne fait que confirmer cette règle générale.

Statistique de Weber (Biskra), 186 clous :

Membres inférieurs	87 soit	46,77 p. 100
Membres supérieurs	73	39,25 —
Face	17	9,13 —
Tronc	6	3,22 —
Organes génitaux	3	1,61 —

J'en rapprocherai ma propre statistique portant sur 87 sujets répartis en trois années (1906, 1907, 1908).

Statistique de M. Benoit (Gafsa), 491 clous :

Membres inférieurs	221 soit	45,01 p. 100
Membres supérieurs	210	42,78 —
Face	42	8,55 —
Tronc	13	2,64 —
Organes génitaux	5	1,02 —

La comparaison des deux statistiques donne des résultats sensiblement égaux; à Gafsa, cependant, le membre supérieur paraît plus souvent atteint qu'à Biskra, mais les différences sont insignifiantes.

Nombre des boutons. — Le nombre des lésions primitives et secondaires est excessivement variable; certains sujets ne portent qu'un clou; d'autres en présentent plus de 40.

Statistique de Deperet et Boinet (Gafsa) :

Bouton unique	15 cas
2 à 4 boutons	20
5 à 12 boutons	10

Statistique de M. Benoit (Gafsa) :

Bouton unique	14 cas
2 à 4 boutons	24
5 à 12 boutons	40
13 boutons et au-dessus	7

Ici, les deux statistiques sont en désaccord; la première indique, pour la majorité des cas, de 2 à 4 boutons; la seconde, de 5 à 12; quant à la moyenne, 87 observations m'ayant donné 491 boutons, je l'évalue à environ 5 boutons par individu.

État général. — L'état général ne m'a jamais paru subir le retentissement de l'éruption de clous; en faisant abstraction des situations pathologiques préexistantes ou qui coïncidaient (syphilis, tuberculose, paludisme, misère physiologique, etc.), j'ai toujours trouvé les malades en très bonne forme. La rate, systématiquement examinée, m'a toujours paru indemne, sauf, bien entendu, chez les sujets entachés de malaria. Je crois donc pouvoir affirmer que le granulome ulcéreux de Wright est parfaitement supporté par l'organisme sur lequel il n'a aucun retentissement.

Il n'en est pas de même en cas de complications graves qui peuvent mettre en danger les jours du malade.

Période d'incubation. — Rien de plus obscur que cette question. La période d'incubation peut varier de quelques jours à plusieurs mois. Les cas extrêmes observés très exactement en font foi : on a vu des immigrants, soit européens, soit nomades de la région des sables être atteints de trois à huit jours après leur arrivée dans un centre endémique. D'autres fois les accidents peuvent se déclarer après un séjour plus ou moins long et toujours variable. Les indigènes nés dans le pays ne sont souvent frappés qu'après de longues années. Certains sujets enfin n'ont vu apparaître les boutons que plusieurs mois après leur départ du pays malsain.

L'incubation paraît donc varier de quelques jours à six mois.

Par contre, dans les inoculations expérimentales, ses limites sont beaucoup moins étendues et oscillent entre une semaine et deux mois; chez le singe la durée est exactement de vingt-quatre jours. (C. Nicolle et A. Sicre.)

Sans vouloir chercher à expliquer cette divergence si marquée entre l'incubation naturelle et l'incubation expérimentale, je tiens à rapporter un fait qui pourrait donner naissance à une hypothèse plausible.

Un Européen quitte Gafsa et se rend en France en convalescence d'une maladie banale le 14 avril 190... Le 2 octobre de la même année, au moment de se rembarquer pour la Tunisie, il se découvre un premier bouton d'Orient à la naissance du médius de la main gauche, près de six mois apres son départ du centre endémique.

Je n'ai pas à donner la suite de cette observation qui à part la durée de l'incubation ne présente rien de particulier. Je tiens simplement à constater que la durée du séjour en France de mon malade correspond exactement avec la période *où l'on ne voit jamais à Gafsa de bouton d'Orient*. Il est sûr que l'inoculation a été faite avant le départ de Tunisie : il n'y aurait rien d'impossible à ce que la prolongation de l'incubation soit justement due à la coïncidence de la période d'été avec l'absence du sujet. Il se peut en effet que, pendant les mois chauds, le parasite, bien que préalablement introduit dans l'organisme, demeure en latence et ne se révèle qu'à la saison favorable à sa manifestation.

Je n'ai pas besoin de rappeler les expériences de Pasteur et Trabeznikoff sur la latence du *bacillus anthracis* chez la poule. L'homme de son côté n'est-il pas fréquemment atteint du paludisme latent? Et, bien que le sujet soit en puissance d'hématozoaires,

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 94, p. 1311.

les accès n'éclatent que sous certaines influences, presque toujours les mêmes d'ailleurs.

Mon hypothèse du parasitisme latent n'est évidemment basée sur aucune vérification scientifique; mais elle n'en demeure pas moins vraisemblable.

Période de début. — Comme le granulone ulcéreux de Wright est une affection essentiellement protéiforme et que ses variétés cliniques sont nombreuses, je crois nécessaire de donner tout d'abord une description de la forme la plus commune pour passer plus tard en revue les diverses modalités qui s'éloignent du type classique.

Avant l'apparition du premier bouton, le membre qui sera frappé est presque toujours le siège d'une gêne très vague, accompagnée de prurit fugace et de picotements épidermiques auxquels les sujets prêtent rarement attention. L'état général ne subit aucune modification et ces prodromes durent environ un mois après lequel l'affection débute par une papule rouge, entourée d'une aréole légèrement hyperémiée; cette papule absolument indolore rappelle une piqûre d'insecte, moustique, puce ou punaise et fait quelque peu saillie au-dessus des téguments voisins. Il est à remarquer qu'à ce moment les sensations de prurit et de picotement ressenties auparavant s'amendent et disparaissent au point exact où siège la papule pour s'étendre à la totalité du membre ou de la région atteinte.

Il existe parfois plusieurs papules très voisines les unes des autres; mais dans la plupart des cas, les accidents primitifs ne sont pas groupés; il est rare du reste d'en rencontrer plus de deux ou trois et ce n'est que secondairement que les autres boutons apparaissent.

Période de la vésico-pustule. — Ces papules, au bout d'un temps très variable (deux ou trois semaines, quelques jours, quelques heures dans certains cas), se couronnent de vésico-pustules blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, aplaties ou légèrement acuminées, non ombiliquées et indolores. Elles ressemblent à des pustules d'acné ou à un bouton de varicelle tout à fait au début. L'aréole s'étend et devient d'un rouge plus vif.

Si l'on ouvre cette pustule, on la trouve remplie d'une sérosité blanchâtre ou d'un jaune citrin et vaguement trouble, riche en Leishmania tropica (examen microscopique et cultures de C. Nicolle et A. Sicre).

Au bout de quatre à cinq jours la pustule s'élargit, s'ombilique, rappelant à ce moment une vésicule variolique; l'épiderme soulevé s'affaisse, le liquide sécrété devient plus trouble et plus épais.

Enfin, du huitième au dixième jour d'ordinaire, la paroi supérieure se déchire, la sérosité s'étend puis se concrète en croûtelles jaunâtres, ambrées, qui ne tardent pas à prendre un teinte acajou foncé s'il existe un suintement hémorragique, ce qui se produit dans la majorité des cas.

Pendant ce temps, les sensations de lourdeur dans le membre et de picotements persistent et, parfois, s'accentuent.

C'est à ce moment que l'on peut constater la participation des lymphatiques au processus inflammatoire. Il existe quelquefois de la lymphangite aiguë superficielle ou profonde et fort douloureuse; mais ces faits rentrent dans le domaine des complications et sont dus à des infections banales surajoutées. Ce n'est pas à cette forme que je fais allusion ici.

Je ne veux parler que du retentissement ganglionnaire symptomatique qui existe *toujours* et que l'on doit rechercher.

Dans quelques cas, on peut sentir chez les sujets atteints le cordon formé par les gros troncs lymphatiques engorgés; toujours on trouve les ganglions pris. Mais, contrairement aux lympho-adénites par association parasitaire, vaisseaux et ganglions sont *absolument indolores*. Ce signe est caractéristique.

On recherchera donc et on trouvera la chaîne axillaire et, plus rarement, le sus-épitrochléen dans le cas où le bouton siège au membre supérieur; la pléiade du pli de l'aine, si les clous occupent le membre inférieur, les ganglions sous-maxillaires et occipitaux dans les lésions du cou et de la face. Enfin, dans cette dernière catégorie d'accidents, j'ai toujours constaté un engorgement persistant du ganglion rétroauriculaire, semblable à celui que Reynès (de Marseille) a signalé dans la syphilis; et bon nombre des sujets chez lesquels je l'ai relevé étaient indemnes d'avarie.

Après que la vésico-pustule s'est ombiliquée, il est de règle de voir apparaître autour d'elle, sur la zone occupée par l'aréole, une série de *pustules-filles* qui ne tardent pas à évoluer comme la *pustule-mère* et finissent par se recouvrir de croûtes jaunâtres.

C'est encore à ce stade de la maladie, rarement plus tard, que se produisent les boutons secondaires par un ensemencement à distance dont le mécanisme nous est encore inconnu.

Cette période dure de quinze à trente jours.

Période des lésions ulcérées. — Elle commence dès l'apparition des croûtes de recouvrement. Ces croûtes sont irrégulièrement polycycliques, stratifiées, superposées en nappe, et, contrairement à ce qu'en ont dit les classiques, fort peu adhérentes. Il est toujours très aisé de les soulever avec une sonde cannelée; seulement, lorsque la couche est depuis peu concrétée, qu'elle est encore mince et suffisamment molle, elle se déchire sous les tractions, tandis que la carapace s'enlève en bloc et se détache d'un seul tenant quand elle date de quelques jours et s'est suffisamment épaissie.

La croûte enlevée, on découvre une ulcération bourgeonnante, qui fournit un suintement très léger au début et de plus en plus abondant au fur et à mesure de l'évolution des lésions.

Cette ulcération affecte une forme absolument particulière. Le fond bosselé, tuméfié, se soulève au-dessus du niveau de la peau. L'épiderme a complètement disparu, le derme lui-même est attaqué. Le champignon néoformé, de couleur rosée ou rouge vif, donne à la lésion un aspect caractéristique qu'il est impossible d'oublier lorsqu'on l'a vu une fois.

Les bords ne sont constitués que par un léger épaississement de l'aréole qui limite le bourgeonnement. Ils ne sont ni taillés à pic, ni décollés, ni en bourrelet; ces modalités se retrouvent dans les formes cliniques particulières que j'étudierai ultérieurement.

Les dimensions de l'ulcération sont variables ; de la grandeur d'une pièce de vingt centimes au début, elle arrive, à cette période, à un diamètre de 1 centimètre et demi environ ; l'aréole suit ce développement et déborde toujours l'accident de deux à trois centimètres. Elle ne fait jamais défaut et sa coloration va en se dégradant du rouge vif des bords de la plaie à la teinte normale de la peau saine.

La douleur continue à faire défaut et c'est à peine si quelques sujets accusent une légère sensation de prurit. Quant aux phénomènes primitifs d'hyperesthésie, ils ont totalement disparu.

L'état général reste bon ; la rate est indemne; toutes les fonctions s'accomplissent normalement; l'engorgement ganglionnaire persiste sans augmenter; quelquefois il évolue vers un empâtement en masse du creux axillaire ou du pli de l'aine mais toujours sans douleur. Lorsque les membres inférieurs et en particulier le pied sont le siège de boutons nombreux, on peut voir apparaître de l'œdème, parfois assez prononcé.

Période des lésions fusionnées. — La maladie peut en rester en ce point. Les lésions n'augmentent ni ne diminuent; l'état acquis s'éternise et l'ulcération demeure stationnaire jusqu'au jour où s'établit le processus de cicatrisation.

Mais souvent, il n'en est pas ainsi : l'ulcération s'étend de proche en proche en conservant ses caractères particuliers. Elle peut atteindre de 6 à 8 centimètres de diamètre et au delà; l'aréole s'agrandit parallèlement.

Quand il existe des clous secondaires groupés autour des vésicules-mères, ou lorsque deux boutons primitifs sont suffisamment voisins, leurs bords arrivent ainsi à se toucher, à se confondre et enfin à disparaître. Il y a alors fusion des accidents primitivement distincts; à ce moment, l'aspect de la plaie est profondément modifié et il est difficile, si l'on n'en a pas suivi le développement ou si l'on n'a pas eu de nombreux cas sous les yeux, de préciser d'emblée le diagnostic de granulome ulcéreux.

On a parfois affaire à de véritables plaques dépourvues d'épiderme, d'une coloration rouge vif, sécrétant un ichor jaunâtre et se recouvrant, si on les délaisse, de larges carapaces de croûtes jaunes ou noirâtres. A cette période, les lésions ont un aspect alarmant et si on n'était averti par l'expérience de leur bénignité, on pourrait, malgré l'excellent état général, concevoir des craintes et se réserver pour le pronostic. C'est d'ailleurs le moment d'élection pour l'apparition des complications diverses que je passerai en revue dans un des chapitres suivants et il est même étonnant que de telles pertes de substances ne servent pas plus souvent d'amorce au phagédénisme ou aux infections secondaires graves.

Ces deux dernières périodes durent ensemble de six à dix mois.

Période de cicatrisation. — La cicatrisation survient spontanément lorsque l'on a pas appliqué le traitement spécifique. Elle s'annonce par des modifications progressives de l'ulcère. Le fond tuméfié et bourgeonnant semble s'affaisser, la couleur, de rouge foncé, devient rosée, l'aréole pâlit, les croûtes se font plus sèches et adhèrent fortement aux tissus sous-jacents, la sensibilité s'accentue et le malade ressent de légères douleurs au niveau des clous.

Peu à peu sous les croûtes qui les protègent, de véritables bourgeons charnus se constituent régulièrement, gagnent de proche en proche et finissent par combler le fond de la perte de substance au détriment du champignon granuleux. Bientôt après les croûtes se détachent spontanément, laissant à nu la cicatrice d'abord rosée mais qui ne tarde pas à devenir blanche.

Cette cicatrice est absolument indélébile; elle rappelle les traces de très vieilles brulûres; elle est souvent déprimée, parfois gaufrée et plissée par des adhérences profondes ; elle amène une rétraction très marquée des tissus environnants et quand elle siège au voisinage de l'œil peut provoquer l'ectropion des paupières. Au nez et à l'oreille elle peut produire, par tiraillement des tissus, une déformation irrémiable des traits.

L'engorgement ganglionnaire persiste longtemps après la guérison.

La durée totale de la maladie, dans les formes normales, est d'environ un an avec minimum de huit mois et maximum observé de dix-sept.

IV

Formes ciniques. — **1° Forme abortive.** — Elle est extrêmement rare. La maladie ne dépasse pas la deuxième période. La papule apparaît, la vésico-pustule lui succède, mais dès la formation des première croûtes, le processus de cicatrisation s'établit et dans un laps de temps relativement court (deux à trois mois), il ne demeure qu'une très légère cicatrice.

Les lymphatiques sont peu engorgés.

2° Forme sèche. — Cette modalité réunit les formes desquamante et croûteuse des classiques, et les cas que j'ai observés m'ont paru devoir être rangés dans une classe particulière; je n'ai jamais observé de boutons répondant exactement aux descriptions des auteurs, tandis que la variété que j'ai appelée forme sèche procède du type croûteux par l'abondance des concrétions et du type desquamant par l'exfoliation dont les accidents sont le siège.

Dans la forme sèche, l'évolution de la maladie s'accomplit en un an environ. Mais les lésions ne présentent jamais le bourgeonnement ni les ulcérations confluentes du type normal. L'aréole existe, mais elle est moins marquée. Les lymphatiques sont le siège d'une inflammation atténuée.

Quant aux accidents proprement dits, ils passent par deux phases successives. Caractérisés d'abord par la rareté de la sécrétion et l'adhérence des

croûtes, ils se modifient de par la suite. Au début les croûtes, le plus souvent noirâtres ou brun foncé du fait des hémorragies interstitielles, ne se soulèvent que difficilement et, au-dessous d'elles, le derme est à peine attaqué, la perte de substance très bien limitée est entourée de bords indurés, non décollés et en forme de petits bourrelets.

Plus tard, la sécrétion devenant plus abondante, les croûtes augmentent de volume, se superposent en stratifications qui se détachent et s'exfolient successivement; de larges placards en carapace sont ainsi détachés après que la couche de recouvrement sous-jacente s'est constituée.

Les clous ne se fusionnent jamais et il est rare d'observer autour du bouton-mère ces vésicules-filles si fréquentes dans le processus normal.

La cicatrisation s'effectue à l'abri du revêtement croûteux sans que rien ne décèle à l'extérieur le travail de réparation; les croûtes en tombant découvrent la cicatrice.

Moins rare que la précédente, cette forme n'en est pas moins peu commune.

3° **Forme suppurante.** — Ici, au contraire, les croûtes se présentent sous l'aspect d'énormes masses jaunâtres, molles, suintantes. L'ulcère sécrète un ichor très abondant, parfois fétide qui revêt souvent l'aspect d'un pus mal lié bien qu'il n'existe pas d'affections associées.

La perte de substance est bien ici un véritable ulcère à bords taillés à pic, à fond sanieux, d'une coloration plus pâle que dans les formes ordinaires. Bien qu'indolore, la lésion a moins bon aspect; les vaisseaux lymphatiques et les ganglions sont très engorgés, l'empâtement est considérable.

Les complications par infections surajoutées sont presque de règle, et l'état général s'en ressent.

Cette forme est la plus fréquente après le type normal.

4° **Forme phagédénique.** — C'est la plus grave de toutes, mais aussi une des plus rares; sur 87 malades, je n'en ai observé qu'un seul cas.

Dès le début, les accidents évoluent très rapidement. La papule et la vésico-pustule disparaissent promptement pour laisser à leur place une série d'ulcérations irrégulières qui entament profondément les masses sous-jacentes. Le derme est complètement détruit, le tissu cellulaire infiltré est le siège d'un œdème indolore. A un degré plus avancé, les ulcérations deviennent tortueuses, serpentent sur la peau demeurée saine et peuvent en circonscrire des îlots.

En même temps le processus ulcérant attaque et nécrose les régions voisines. Les plaies, très sanieuses, sécrètent un ichor fétide qui se concrète, non en croûtes plus ou moins sèches, mais en fausses membranes jaunes ou grisâtres. Des hémorragies locales en nappe surviennent parfois à la suite de la nécrose des capillaires hyperémiés.

Le retentissement lymphatique est très marqué, mais les ganglions, pas plus d'ailleurs que les lésions, ne sont douloureux.

Je ne sais quelle aurait été la terminaison du cas qu'il m'a été donné de voir et de suivre pendant quelques jours et auquel j'appliquai le traitement intensif. Toujours est-il que les lésions avaient le plus mauvais aspect et progressaient assez rapidement pour inspirer de sérieuses inquiétudes.

Il ne faut pas d'ailleurs confondre cette forme spontanément phagédénique avec une variété plus fréquente due au phagédénisme des pays chauds qui se greffe sur le granulome ulcéreux. Le phagédénisme spontané s'installe presque d'emblée et succède immédiatement à la vésico-pustule, tandis que le phagédénisme des pays chauds ne s'attaque qu'à des boutons déjà anciens, se surajoute aux clous qui ont déjà parcouru les stades classiques d'une des formes de la maladie. Le premier, en un mot, est une variété clinique du bouton d'Orient, le second est une complication.

5° **Forme rémittente.** — Très rare, elle consiste en une sorte d'arrêt dans l'évolution des clous qui restent stationnaires pendant un temps variable. Puis une nouvelle poussée se manifeste qui s'arrête à son tour, et il en est ainsi à différentes reprises sans que d'ailleurs les boutons diffèrent en d'autres points des ulcères typiques.

6° **Forme surajoutée.** — Une plaie banale, préexistant à l'éruption granulomateuse ou acquise au cours de la maladie, se transforme, évolue et finalement acquiert tous les caractères du bouton d'Orient. L'examen bactériologique n'ayant pas été pratiqué en de pareils cas il est impossible d'affirmer avec Laveran qu'il s'agit bien de bouton d'Orient vrai. Mais un fait milite en faveur de cette opinion, fait que j'ai maintes fois vérifié: c'est que les plaies ainsi modifiées ne sont en rien influencées par les antiseptiques ordinaires et cèdent au contraire immédiatement à l'application du traitement spécifique. Il est donc infiniment probable que la transformation est réellement due à l'invasion de l'accident banal par le parasite de Wright.

Telles sont les principales formes cliniques du granulome ulcéreux. Les types que j'ai décrits sont des formes extrêmes à côté desquelles on peut retrouver bien des processus moins nettement accusés et en quelque sorte intermédiaires. Du reste il arrive souvent qu'un même malade présente dans le nombre de ses clous plusieurs variétés rentrant dans le cadre que je viens de passer en revue.

Cette multiplicité d'aspect peut entraver le diagnostic chez un praticien peu familiarisé avec une maladie aussi bizarre et essentiellement protéiforme. Mais en se rappelant les modalités possibles de l'affection et en recherchant les caractères communs, on doit toujours arriver à reconnaître si l'on a vraiment affaire au bouton d'Orient.

V

Complications. — Les complications apparaissent quelquefois à la période des lésions ulcérées et plus souvent au moment où les lésions deviennent confluentes. Elles sont celles de toutes les plaies des pays chauds et je les passerai en revue sans y insister trop longuement.

La LYMPHANGITE superficielle est presque de règle dans les cas non traités ou soignés tardivement. Elle se manifeste par un œdème du membre atteint; cet œdème occupe le tissu cellulaire tandis que la peau se marbre de plaques érythémateuses et que des sillons rouges se dessinent sur la teinte livide des téguments. Abandonnée à elle-même, cette lymphangite aboutit à une suppuration tenace et, dans les cas graves, élimination de tissus mortifiés. Parfois il se forme des collections soit dans l'épaisseur du derme dissocié, soit au-dessous.

La lymphangite profonde est plus rare; je ne l'ai observée que huit fois. Elle est d'ordinaire peu douloureuse, contrairement aux formes superficielles. Elle s'accompagne d'une sensation de lourdeur dans le membre; l'œdème est volumineux et occupe tous les plans; la température monte parfois jusqu'à 40 degrés, l'état général est mauvais, la langue saburrale, le facies grippé.

L'ADÉNITE accompagne toujours la lymphangite profonde; mais il ne s'agit plus de l'engorgement ganglionnaire indolore qui constitue l'un des symptômes de la maladie.

Celle que l'on observe à la suite de l'inflammation des troncs lymphatiques est une adénite aiguë présentant les caractères classiques connus de tous. La suppuration finit par envahir un ou plusieurs ganglions qui, énormes, douloureux et rénitents font saillie sous la peau et se terminent par une ouverture à l'extérieur. L'état général se ressent, bien entendu, de cette infection secondaire.

Le PHAGÉDÉNISME est rare, aussi rare que le phagédénisme spontané d'emblée dont on doit le différencier soigneusement. J'ai pu en observer deux cas, dont l'un surtout était caractéristique. Le sujet, un indigène, qui en était atteint portait neuf boutons d'Orient depuis huit mois lorsque le phagédénisme s'installa sur un clou siégeant au cou de pied.

Quand le malade se présenta à ma consultation, la complication remontait à quelques jours à peine. C'est du reste le phagédénisme en rendant la lésion extrêmement douloureuse qui l'avait décidé à voir un médecin.

La plaie était recouverte d'un exsudat verdâtre fortement adhérent laissant échapper sur le mauvais pansement que le sujet s'était appliqué des masses bourbillonneuses et des débris sphacélés de couleur grisâtre. Le fond de la plaie était anfractueux et une sanie d'odeur cadavérique s'en écoulait.

Je fus obligé de pratiquer de larges débridements au thermocautère et de curetter la plaie avec la grosse pointe de l'instrument pour parvenir à détacher les masses gangrénées. De larges pansements humides à l'aniodol suivis du traitement spécifique vinrent rapidement à bout des accidents.

L'ÉRYSIPÈLE a été signalé par divers auteurs : je ne l'ai jamais rencontré et le crois peu fréquent; mais il doit constituer, vu l'altération préexistante du derme, une complication très sérieuse capable d'assombrir particulièrement le pronostic.

Certains médecins enfin se sont demandé si le bouton d'Orient n'aurait pas quelque parenté avec la syphilis ou le paludisme. Comme ces deux maladies sont excessivement répandues chez les indigènes, les cas où j'ai pu en constater l'évolution parallèlement à une éruption de clous sont loin d'être rares. Plusieurs fois même j'ai eu à soigner des sujets syphilitiques et impaludés à la fois chez qui je retrouvais le clou. Mais comme bon nombre des porteurs de granulome ulcéreux n'étaient en puissance ni de malaria, ni d'avarie, je puis être affirmatif en concluant qu'une simple coïncidence préside à l'association de ces trois affections essentiellement distinctes.

Immunité et récidive. — Les habitants des centres endémiques sont persuadés qu'une première atteinte confère une immunité définitive. Aussi les Juifs de Mésopotamie, à Bagdad en particulier, ont-ils la coutume d'inoculer les enfants en bas-âge avec la sérosité du bouton et cela en un point du corps masqué par les vêtements. Je ne sais si cette inoculation est bien efficace, car la technique pour la transmission à l'homme est très compliquée et des plus délicates (Marzinowsky). Il est probable qu'elle aboutit seulement à ensemencer des germes d'infections surajoutés et à produire des plaies banales.

Manson croit à cette immunité tandis que pour Laveran les récidives sont loin d'être rares.

C'est à l'avis de ce dernier que je crois devoir me ranger. Chez six sujets, j'ai retrouvé en effet des cicatrices d'anciens clous de Biskra ou d'Alep alors qu'ils présentaient tous les signes d'une nouvelle éruption. Ces cas sont d'autant plus probants que j'ai retenu ceux seulement où les malades se montraient très affirmatifs et me décrivaient exactement leurs anciennes lésions. Chez huit autres malades j'ai relevé des cicatrices semblables, mais comme les intéressés étaient incapables de me donner des renseignements suffisamment précis, j'ai cru ne pas devoir les faire figurer dans une statistique bien que ma conviction personnelle fût faite à ce point de vue.

En résumé, le granulome ulcéreux peut récidiver; cela n'est même pas très rare; et l'immunité qu'il confère, s'il en confère vraiment, n'est en général que temporaire.

VI

Pronostic. — En général bénin, puisque traitée ou non l'affection ne met pas en danger les jours du malade, le pronostic n'est aggravé que dans certaines formes cliniques ou par les complications intercurrentes.

Les formes SUPPURANTE et PHAGÉDÉNIQUE d'emblée sont plus graves que la forme normale; la dernière surtout doit inquiéter le praticien et lui dicter une conduite d'intervention énergique et rapide.

Les complications du côté de l'appareil lymphatique aboutissent d'ordinaire à un processus de suppuration terminé par l'ouverture spontanée à l'extérieur.

Le PHAGÉDÉNISME DES PAYS CHAUDS surajouté doit toujours être traité aussi énergiquement que possible, car il constitue une aggravation dangereuse des

lésions. De ce fait le pronostic est sérieusement assombri et, dans les cas que j'ai eu sous les yeux, je ne sais si les malades n'auraient pas succombé si une intervention rapide n'avait enrayé la marche du mal.

On doit aussi toujours songer aux cicatrices déformantes qui, surtout s'il s'agit d'une femme, devront faire redouter une altération irrémédiable des traits.

VII

Diagnostic. — Diagnostic positif. — Il sera basé sur les caractères qui ont été énumérés à l'étude clinique : succession des périodes, papule, vésico-pustule, ulcération champignonneuse, croûtes, aréole, apparition des vésicules-filles, résistance au traitement par les antiseptiques ordinaires. L'état général demeurera bon et l'évolution de la maladie durera un an environ.

Deux symptômes pathognomoniques compléteront les données des autres signes : l'engorgement précoce des lymphatiques et l'absence de douleur; ils ne font jamais défaut, le premier surtout; quant à l'indolence des lésions elle ne manque que dans les cas compliqués par des infections secondaires.

Le **diagnostic différentiel** sera facile dans la plupart des cas. On pourra hésiter entre les syphilides, les formes cutanées de la tuberculose, et quelques affections particulières aux pays chauds.

Les GOMMES SUPPURÉES, les SYPHILIDES SECONDAIRES ECTHYMATEUSES devront toujours être présentes à l'esprit de l'observateur dans des pays où l'avarie est répandue au point d'atteindre 78 p. 100 de la population. Mais on se rappellera les caractères particuliers de chacune de ces lésions.

La syphilide impétigineuse attaque le derme qui apparaît exhaussé comme dans le granulome ulcéreux; mais les croûtes sèches, cassantes et de couleur ocreuse ont un aspect granuleux spécial qui rappelle l'indépendance des lésions.

La syphilide ecthymateuse superficielle rappelle les accidents varioliques et dure peu, la forme profonde au contraire détruit le derme; elle a des bords taillés à pic; son fond est déchiqueté, inégal, grisâtre, sa sécrétion est purulente, sa cicatrice est noirâtre.

Ces accidents s'accompagnent d'ordinaire d'autres manifestations siégeant sur les muqueuses, et qui font défaut dans le bouton d'Orient.

A défaut de commémoratifs certains concernant le chancre initial, on devra donc rechercher les céphalées, douleurs ostéocopes, la roséole, les plaques muqueuses et tout le syndrome de la syphilis secondaire.

A la période tertiaire, les syphilides pustulo-ulcéreuses débutent soit sous la forme d'impétigo, soit l'aspect de l'ecthyma ou du rupia; mais quel que soit le début, la lésion à sa phase d'état revêt toujours l'aspect d'une ulcération profonde, à bords taillés à pic, très nets. Le derme entier est détruit, le fond grisâtre paraît sphacélé; sous les croûtes stratifiées et écailleuses, la sécrétion est franchement purulente.

Les syphilides tuberculo-ulcéreuses simples ou compliquées de phagédénisme serpigineux pourraient induire en erreur et être confondues avec certaines formes graves du granulome de Wright. On se rappellera que l'éruption a été précédée de tubercules rouges, durs, indolents et lisses, le symptôme douleur ne manquera pas dans les cas graves, la marche sera rapide, l'état général mauvais. Les commémoratifs feront d'autant moins défaut que de tels accidents sont souvent l'apanage des syphilis malignes précoces.

Chaque fois enfin que l'on demeurera dans le doute, le traitement d'épreuve intensif iodo-hydrargyrique sera institué et son action fixera définitivement le diagnostic.

Certaines formes de tuberculose cutanée seront très difficiles à différencier du clou d'Orient.

Les scrofulides ulcéreuses coexistent la plupart du temps avec des lésions pulmonaires ou viscérales de la tuberculose qui pourront diriger l'attention du médecin. Mais on doit se rappeler qu'elles sont constituées par des pertes de substance à fond granuleux, de couleur pâle, qu'elles sécrètent un liquide grumeleux concrétionné en croûtes épaisses et mollasses de teinte claire, et que leurs bords sont minces, déchiquetés, irréguliers et décollés.

Dans les formes moins nettes ou associées à la syphilis, dans les scrofulo-syphilides, la difficulté sera encore plus grande et il faudra parfois avoir recours à l'examen bactériologique pour préciser le diagnostic.

Mais il est un moyen très simple et sans danger de distinguer le bouton d'Orient. C'est de lui appliquer le traitement spécifique auquel il ne résiste jamais et que j'exposerai plus loin.

Il me reste à passer en revue quelques maladies propres aux pays chauds, qui peuvent ressembler à certaines formes du bouton d'Orient et dont l'étude encore à la période embryonnaire les rapprochera peut-être un jour.

1° Le PIAN des Antilles et de la Guyane débute par une éruption frambœsoïde dont chaque papule se transforme soit en un ulcère excavé donnant lieu à une cicatrice déprimée, soit en une plaie bourgeonnante avec cicatrices en forme de kéloïdes qui se recouvre de croûtes jaunes.

Seulement l'éruption est précédée de symptômes généraux, fièvre, courbature, arthralgie; le nombre des ulcérations est très nombreux, la durée de la maladie atteint des années.

2° L'ABOUKOUÉ se rapproche davantage du granulome ulcéreux. Incubation d'environ deux mois, éruption vésiculeuse suivie de la transformation en plaques proéminentes, suintant légèrement, recouvertes de croûtes brun clair, à cicatrices indélébiles évoluant en quinze mois environ. Les vésicules primitives peuvent aussi s'entourer de vésicules filles; mais il y a une période prodromique constituée par des douleurs articulaires, de la courbature, une ascension thermique qui manque au bouton d'Orient.

3° Le BOUBA sévit au Vénézuéla et au Brésil où l'on rencontre aussi de nombreux cas de granulome ulcéreux. On distingue deux formes, le bouba gras et le bouba sec. Le bouba gras est une plaque saillante,

mesurant environ 3 centimètres de diamètre, suintante, recouverte d'une croûte jaunâtre. Il se rapproche de la variété normale du clou de Gafsa.

Le bouba sec est plus petit; il porte des croûtes foncées, adhérentes et ayant une forte tendance à se reproduire si on les détruit; il paraît plus près de la forme sèche du granulome.

D'autres affections, yaws des Indes, changa de Madagascar, bouton d'Amboine, tonga de Mélanésie, coco et patita des Fidji et des Marquises, paranghi de Ceylan, kino du Laos, ont comme caractères communs avec le bouton d'Orient les éruptions multiples débutant par des vésico-pustules, se recouvrant de croûtes et aboutissant à la cicatrisation après un an ou plus d'évolution. Elles se différencient du clou par des symptômes généraux et des prodromes qui manquent au granulome.

Des points de ressemblance aussi peu définis ne permettent pas de conclure à une parenté de ces affections diverses. Mais il est permis d'émettre une hypothèse que des études plus approfondies et des découvertes futures éclaireront définitivement.

Nous ne devons pas oublier en effet que le même parasite ou du moins deux parasites aussi voisins que possible, les corps de Wright et ceux de Leishman-Donovan, donnent naissance à deux maladies absolument différentes, le bouton d'Orient et le kala-azar. Il n'y aurait donc aucune impossibilité à ce que les affections à manifestations cutanées que je passais en revue il n'y a qu'un instant dépendissent de parasites du groupe des Leishmania et dont la présence se traduirait par des manifestations morbides particulières.

VIII

Traitement. — Le bouton d'Orient a passé pendant très longtemps pour résister à tous les traitements essayés. Il était admis que sa durée ne pouvait pas être diminuée et que la cicatrisation se produisait seule, spontanément, de par des circonstances inconnues.

Cependant, bien des modes de traitement ont été expérimentés qui n'ont donné que des résultats négatifs.

On s'est adressé tout d'abord à une médication générale. Les reconstituants, les toniques n'ont pas été épargnés. Le fer, l'arsenic, l'huile de foie de morue, les préparations iodurées, les vins et sirops de quinquina et de kola ont été administrés à tour de rôle. Ce traitement était du reste inefficace, puisqu'il n'influençait en rien les clous, et inopportun, car l'état général (je l'ai signalé déjà) est en règle ordinaire excellent.

Contre les accidents proprement dits on a tout essayé. L'excision du clou a été suivie de récidive; le curettage et le raclage ont eu le même résultat.

Les pointes de feu font souffrir le malade et n'agissent pas efficacement. L'évolution continue.

Les caustiques, teinture d'iode, ammoniaque, pâte de Vienne, potasse n'ont pas mieux réussi.

On s'est adressé aux astringents : le tannin en poudre, les bains d'alun, sans effet.

Tous les antiseptiques connus, depuis l'acide phénique jusqu'à l'aristol, ont été tour à tour expérimentés et abandonnés. On a fait des applications d'emplâtre de Vigo simple ou cum mercurio, des badigeonnages au chloral, des pulvérisations de sublimé à 1/1000, d'éther, de chlorure d'éthyle sans modifier l'évolution des lésions.

Choulguine a tenté les injections de bleu de méthylène. Aucune méthode n'a donné de bons résultats.

Les indigènes appliquent sur les plaies des emplâtres de fénugrec pulvérisé mêlé à de l'huile ou à du goudron de thuya. Je ne rapporte, bien entendu, ce procédé qu'au point de vue documentaire.

Oudiourminsky a eu l'idée d'appliquer au granulome la méthode de Bier et en a obtenu de bons effets. Avant lui, Andrew Duncan avait essayé la compression continue pratiquée au moyen d'une lame de plomb assujettie sur les clous; il retardait peut-être l'évolution de la maladie, mais ne l'enrayait pas.

La méthode de Bier est appliquée au moyen de ventouses dont on coiffe les ulcérations; le vide est pratiqué et maintenu pendant un temps variable, de dix à vingt minutes; il en résulte une aspiration des sécrétions; on peut obtenir de 10 à 40 centimètres cubes de liquide.

Ces applications sont renouvelées quatre à cinq fois chaque jour à quelques minutes d'intervalle. Les boutons traités se dessèchent rapidement et on obtient la cicatrisation en trois semaines environ.

Cette méthode est excellente et le seul reproche qu'on puisse lui adresser est d'être assez douloureuse et surtout à peu près inapplicable aux indigènes. Il est en effet très difficile d'obtenir des malades non européens une assiduité quelconque à un traitement. J'ai essayé le traitement par la méthode de Bier chez quelques-uns; jamais je n'en ai rencontré un qui veuille s'astreindre à revenir chaque jour se faire appliquer des ventouses.

C'est pourquoi je préfère au procédé d'Oudiourminsky le traitement que j'ai préconisé, non parce que j'ai été le promoteur de cette méthode, mais parce qu'elle n'exige qu'un minimum de soins.

L'un des premiers malades que j'eus à observer à Gafsa présentait neuf boutons en pleine évolution et l'aspect de certains me rappela les tuberculomes cutanés. Cette ressemblance apparente me fit aussitôt songer à appliquer au bouton d'Orient un des traitements de la tuberculose locale. Le traitement ayant pleinement réussi, je m'y suis tenu. Aujourd'hui, sur 87 cas observés, j'en ai traité 86 par ma méthode et la guérison est toujours survenue au bout d'un temps variable suivant les lésions mais qui n'a jamais excédé un mois et qui, en moyenne, est de douze à quinze jours.

Deux cas peuvent se présenter.

Les clous sont récents ou anciens.

1° Lorsqu'il s'agit de lésions très récentes et prises tout à fait au début de la maladie (de deux à sept jours), il faut ouvrir les pustules, évacuer le liquide, cautériser avec la pointe fine du thermocautère ou au nitrate d'argent pur et terminer par un pansement à l'airol ou au traumatol. L'aniodol aussi donne de très bons résultats.

2° Lorsque les lésions sont plus avancées, et c'est l'immense majorité des cas, on doit nettoyer la plaie, procéder au décapage des boutons, les débarrasser des croûtes et des concrétions qui les recouvrent et saupoudrer abondamment d'une épaisse couche de permanganate de potasse porphyrisé ; laisser se former la croûte noire due à la réduction du permanganate, attendre de huit à dix jours, puis, dès que la cicatrisation est commencée, badigeonner avec une solution de bleu de méthylène au dixième.

3° Dans le cas où l'on aurait affaire à un sujet particulièrement rebelle au traitement ou porteur de lésions très étendues, faire des applications successives et fractionnées de permanganate avant de recourir au bleu de méthylène.

Tel est le procédé que j'ai appliqué à quatre-vingt-six cas de granulome ulcéreux sans connaître un seul insuccès. La cicatrisation ne s'est jamais fait attendre plus d'un mois et, dans certains exemples favorables, était complète le sixième jour.

J'ai du reste publié les résultats de 17 expériences dans le n° 68 (1907) de la *Presse Médicale ;* les résultats que j'ai obtenus ont été confirmés par Medini, qui à l'hôpital Saint-Vincent de la Compagnie du Canal de Suez a obtenu des guérisons en appliquant sur les boutons une pommade au dixième à base de permanganate de potasse. La cicatrisation se fait par son procédé un peu plus tardivement que par la méthode précédente. Mais le principe n'en demeure pas moins le même et c'est à l'action particulièrement active du permanganate que l'on doit rapporter les succès obtenus.

Je dois ajouter que la sensation de chaleur procurée par la réduction du permanganate qui doit être porphyrisé pour entrer en contact parfait avec les lésions est facilement supportée, même par les malades les plus pusillanimes. De plus ce traitement n'immobilise en rien le sujet et ne l'astreint à aucun repos. Le médecin traitant opère pendant quelques minutes à dix jours d'intervalle et cela suffit. Cette facilité d'action constitue un avantage appréciable étant donné que les malades appartiennent pour la plupart à la race indigène si rebelle aux traitements médicaux.

Quant aux complications, leur médication doit être subordonnée à leurs variétés et à leur gravité. Les collections purulentes seront ouvertes au bistouri, drainées, curettées s'il est nécessaire, puis pansées avec un puissant antiseptique, l'aniodol par exemple.

La lymphangite aiguë cédera aux grands enveloppements humides, aux bains locaux.

L'érysipèle sera avantageusement traité par les pommades icthyolées, les pulvérisations au sublimé, les applications de compresses imbibées de la solution à 1/2000 d'aniodol.

S'il existe une maladie générale associée, on lui appliquera le traitement qui lui est propre, sans négliger la médication spécifique du clou. La syphilis et le paludisme étant les deux affections que l'on rencontre le plus communément dans les pays où le granulome est endémique, il est inutile d'insister sur la conduite à tenir qui est connue de tous.

Enfin, pour prévenir les cicatrices, le mieux est de recourir le plus tôt possible aux applications de permanganate. Si le malade se présente à une période trop avancée de la maladie on pourra essayer la greffe épidermique, sans du reste trop escompter ce procédé qui ne m'a pas donné d'excellents résultats, sans doute à cause du peu de vitalité des tissus attaqués.

ANALYSES

SYPHILIGRAPHIE

Rapport sur 30 cas de syphilis traités par la préparation d'Ehrlich n° 606. (W. Pick. *Münch. med. Woch.*, 12 juillet 1910, n° 23, p. 1523); — *Idem.* (Dörr. *Wiener klin. Woch.*, 30 juin 1910, n° 26, p. 987); — **Nouvelles recherches dans le domaine de la syphilothérapie.** (Hauck. *Münch. med. Woch.*, 5 juillet 1910, n° 27, p. 1471); — **Action du dioxy-diamido-arsenobenzol.** (Michaëlis. *Deutsche med. Woch.*, 14 et 21 juillet 1910, nos 28 et 29, p. 1345 et 1385); — **Courte communication sur des cas de syphilis traités par la therapia sterilisans magna (méthode d'Ehrlich).** (Spatz); — **Expériences avec le dioxy-diamido-arsenobenzol (606).** (Loeb. *Münch. med. Woch.*, 26 juillet 1910, n° 30, p. 1580); — **Court rapport sur 109 cas de syphilis traités par le « 606 ».** (Glück. *Münch. med. Woch.*, 2 août 1910, n° 31, p. 1638); — **Sur des manifestations accessoires inattendues après l'emploi du dioxy-diamido-arsenobenzol (606) d'Ehrlich.** (K. Bohac et P. Sobotka. *Wiener klin. Woch.*, 28 juillet 1910, n° 30, p. 1099); — **La préparation d'Ehrlich n° 606.** (Ehrlich et v. Grosz. *Münch. med. Woch.*, 19 juillet 1910, n° 29, p. 1576); — **Sur la technique des injections de dioxy-diamido-arsenobenzol.** (Wechselmann et Lange. *Deutsche med. Woch.*, 28 juillet 1910, n° 30, p. 1395); — **La préparation d'Ehrlich dans le corps humain.** (P. Fischer et J. Hoppe. *Münch. med. Woch.*, 19 juillet 1910, n° 29, p. 1531). — L'extraordinaire efficacité de la nouvelle préparation n° 606 d'Ehrlich, le dioxy-diamido-arsenobenzol, contre les accidents syphilitiques, est reconnue par l'unanimité des médecins, qui ont eu ce médicament entre les mains et qui ont pu l'expérimenter. Pick (de Vienne), Dörr (de Vienne), Hauck (d'Erlangen), Michaëlis (de Berlin), Spatz (de Pest), Loeb (de Mannheim), Glück (de Serajevo) apportent des statistiques confirmant celles que nous avons précédemment rapportées. Là encore on trouve notées l'extrême rapidité de la rétrocession des lésions récentes et tardives, la disparition en l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures du tréponème de Schaudinn, hors de ces lésions, la guérison par le dioxy-diamido-arsenobenzol de manifestations spécifiques ayant résisté au traitement mercuriel et ioduré. Evidemment il se produit des récidives, mais celles-ci sont relativement rares. Glück, notamment, a été frappé de ce fait qu'ayant traité 81 cas de syphilis récente par une seule injection de « 606 », il n'a encore vu aucun de ces sujets revenir à l'hôpital pour une récidive, bien que plus de la moitié demeurent à Serajevo et n'aient aucun autre moyen de se soigner en dehors de la clinique de la ville.

En ce qui concerne l'influence du nouveau médicament sur la réaction de Wassermann, les avis ne concordent pas : Pick dit que la réaction n'est pas influencée, Loeb qu'elle l'est peu. Glück a étudié cette réaction dans 20 cas. Dans 5 cas elle était négative trente-cinq à quarante jours après le traitement, sans distinction de dose. Dans les 15 derniers cas étudiés, huit à quarante jours après l'injection, la réaction de Wassermann était positive.

Tous les auteurs mentionnés ont constaté quelques accidents consécutifs aux injections : tout d'abord la douleur provoquée par les injections intramusculaires qui est extrêmement

vive pour les uns (Spatz), supportable pour les autres. Ces différences tiennent certainement dans le mode de préparation des solutions qui n'est pas le même pour tous. Tous notent la tuméfaction locale, mais sans suppuration ni gangrène. Comme manifestations générales ils ont observé une fièvre en en général modérée, mais montant parfois à 39 degrés et au-dessus; des vomissements, des sueurs abondantes (Glück), des éruptions scarlatineuses, érythémateuses ou urticariennes. Tous ces accidents ont été bénins. Mais K. Bohac et P. Sobotka (de Prague) ont vu survenir chez 3 sujets, sur 14 qu'ils ont traités par la préparation « 606 », des phénomènes inattendus et plus inquiétants. Chez ces trois malades ayant reçu respectivement, 0g50, 0g65 et 0g30 de dioxy-diamido-arsenobenzol s'est montrée une rétention d'urine ayant duré sept jours dans le premier cas, neuf jours dans le second, une nuit dans le troisième et ayant nécessité le cathétérisme vésical. Dans deux cas s'est montré de plus du ténesme rectal. Enfin les auteurs ont noté chez leurs 3 sujets l'abolition des réflexes patellaires, achilléens et abdominaux. Ces accidents, qui ont du reste guéri, sont assez étranges : c'est la première fois, sur un millier de cas traités jusqu'à maintenant par le dioxy-diamido-arsenobenzol, qu'ils sont signalés, justement dans une statistique ne portant que sur 14 malades. Aussi Bohac et Sobotka pensent-ils que le médicament dont ils ont disposé a subi des transformations spontanées avant d'être utilisé. Il serait intéressant d'être renseigné plus complètement sur la stabilité du dioxy-diamido-arsenobenzol.

Le mode de préparation des solutions à injecter est également l'objet des recherches de différents auteurs qui cherchent à rendre les injections aussi pratiques et aussi peu douloureuses que possible. La technique préconisée par Ehrlich et que nous avons rapportée dans un précédent compte rendu a provoqué l'intervention du professeur von Grosz (de Pest) : cet ophtalmologiste a eu l'occasion d'observer des névrites optiques très graves, avec amaurose définitive, consécutivement à des intoxications par des doses très minimes d'alcool méthylique. Aussi met-il les praticiens en garde contre l'emploi de cette substance dans la préparation des solutions de dioxy-diamido-arsenobenzol. A ceci Ehrlich répond que l'on doit simplement utiliser deux ou trois dixièmes de centimètre cube d'alcool méthylique, juste de quoi humecter le dioxy-diamino-arsenobenzol que l'on doit broyer dans un mortier et qu'une telle dose ne peut avoir aucune action fâcheuse. Au reste on peut, sans inconvénients, remplacer l'alcool méthylique par de l'alcool éthylique.

Les douleurs provoquées par les injections intramusculaires sont dues à l'alcalinité assez forte des solutions employées, le dioxy-diamido-arsenobenzol ne pouvant être dissous entièrement qu'en milieu alcalin.

Wechselmann et Lange semblent avoir réalisé un progrès en préconisant la technique suivante : la poudre de dioxy-diamido-arsenobenzol, en même temps qu'elle est broyée dans mortier, est mélangée à 1 ou 2 centimètres cubes de lessive de soude du commerce, qui la dissout. En ajoutant goutte à goutte de l'acide acétique glacial, on voit se produire un léger précipité jaune que l'on émulsionne dans 1 ou 2 centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. Ensuite par l'addition alternative de solution décinormale de soude et d'acide acétique à 1 p. 100, on arrive à obtenir une solution absolument neutre, ce que l'on évalue facilement au papier de tournesol. De la neutralité de la solution dépend l'absence de douleur au moment de l'injection : la quantité de cette dernière se trouve réduite à 4 à 8 centimètres cubes, Wechselmann et Lange injectent cette préparation, non dans la masse musculaire de la fesse, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-scapulaire.

Le mode d'élimination du dioxy-diamido-arsenobenzol hors de l'organisme a été étudié par Fischer et Hoppe. Après injection de 0g30 de substance dans les muscles, la durée de l'élimination par les urines peut se prolonger pendant treize jours chez les paralytiques généraux; elle est terminée en trois à cinq jours chez les épileptiques, et en dix jours au plus chez les différents syphilitiques. Après les injections intraveineuses l'élimination est terminée en deux ou trois jours chez tous les malades. L'élimination du dioxy-diamido-arsenobenzol est notablement plus lente que celle de l'atoxyl, de l'arsacétine et de l'arsénophénylglycine.

Après les injections intramusculaires on trouve encore des traces dosables d'arsenic dans les matières fécales au bout de dix jours et seulement au bout de cinq à six jours après les injections intraveineuses. Le médicament ne se fixe pas dans l'organisme : suivant l'expression d'Ehrlich, il est parasitotrope et non pas organotrope. Chez un malade autopsié quatorze jours après l'injection on ne peut déceler la moindre trace d'arsenic dans les organes; il en persistait seulement dans les muscles au lieu de l'injection. De même chez un sujet ayant succombé trente-cinq jours après l'injection, on put retrouver 0g01 d'arsenic dans les muscles fessiers. Dans 30 centimètres cubes de sang prélevés quatorze jours après l'injection, il n'existait pas la moindre trace d'arsenic. Du sang prélevé deux jours après l'injection en contenait fixé sur les savons et l'albumine et pas du tout sur les graisses.

A. LEMIERRE.

LIVRES NOUVEAUX

Le Vagabond (1), par M. le docteur A. PAGNIER.

Ce livre est un exposé documenté et une étude originale sur le vagabondage.

Dans un problème aussi complexe, le docteur Pagnier a su voir le côté psychiatrique ainsi que l'intérêt et les facteurs sociaux.

Après une vue rétrospective du vagabond dans l'histoire, depuis le nomade primitif jusqu'à l'époque actuelle, l'auteur étudie les types cliniques du vagabond moderne, ses caractères principaux, ses lacunes morales et volontaires qui en font un inadapté dans la société, parfois même un inadaptable.

Les causes en sont multiples, les unes, les plus fréquentes sans doute, sont individuelles, elles tiennent au terrain psychopathique constitutionnel; les autres sont occasionnelles, extérieures ou sociales : défaut d'éducation et de milieu familial, contagion morale, misère, etc... Basée sur ces données, la lutte contre le vagabondage sera également multiple dans ses moyens. Au dilemme actuel de la prison et de l'asile, elle devra substituer l'hôpital pour le malade, l'assistance pour le miséreux, le travail forcé pour le vicié récidiviste, la prison pour le seul vagabond criminel. La prophylaxie sera surtout efficace par la protection et l'éducation de l'enfant, abandonné de celui qui serait le vagabond de demain. PAUL CAMUS.

L'Electricité de haute tension et de haute fréquence (2), par H. DE GRAFFIGNY.

Ce petit volume est un volume de vulgarisation. Il définit la haute fréquence, en explique la production, en décrit l'appareillage et les phénomènes. De nombreuses réserves sont à faire sur le dernier chapitre, celui des applications médicales et entre autres le traitement des végétations adénoïdes et des ankyloses blennorragiques par la haute fréquence.

G. LEGROS.

(1) In-16 de 244 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot.
(2) In-18 de 100 p. et 35 fig. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 98. — MARDI 30 AOUT 1910. 83e ANNÉE. MARDI 30 AOUT 1910. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — M. Ingelrans, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1910-1911 d'un cours des maladies du système nerveux.

M. Dubois, agrégé, est chargé pendant l'année scolaire 1910-1911 des cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires (enseignement dentaire).

M. Caumartin, chirurgien-dentiste, ancien interne des hôpitaux, est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, directeur de clinique et de travaux pratiques dentaires.

M. Vansteenberghe est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux pratiques de bactériologie.

M. Debeyre est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux pratiques d'histologie.

M. Tondeur est nommé pendant l'année scolaire 1910-1911, moniteur de dentisterie.

M. Maurice Gérard est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, aide de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Boulet, étudiant en médecine, est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, aide préparateur de physiologie.

M. André Paquet est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, aide de clinique médicale infantile.

M. Norel, étudiant en médecine, est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. Caron, étudiant en pharmacie, est nommé, pendant l'année scolaire 1910-1911, moniteur des travaux pratiques de pharmacie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions à dater du 21 novembre 1910.

M. Gedon, docteur ès sciences naturelles, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions à dater du 4 décembre 1910.

— Nantes. — M. Lemoine est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de chimie.

— Rennes. — M. Seyot, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de trois ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

— Tours. — M. Guillaume est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Miquel (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. Simon (de Semur).

LES MAIRES MÉDECINS D'HOPITAUX COMMUNAUX. — Le conseil d'État vient de rendre une décision établissant qu'aucune disposition de la loi n'édicte d'incompatibilité entre les fonctions de président des commissions administratives d'hôpitaux et celles de médecin rétribué de ces établissements.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — Dixième et onzième conférences sur les stations thermales et climatiques de France (avec projections). — Le lundi 5 septembre à trois heures et demie au palais des fêtes, M. le docteur Ferras (de Luchon), vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, fera une conférence : « Aperçu général des sources sulfurées des Pyrénées ».

Le mercredi 7 septembre à trois heures et demie, au palais des fêtes, M. le docteur Bories (du Cannet), président de la Société de médecine de Cannes, fera une conférence sur : « La Côte d'azur ; caractères et indications de son climat »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour de vacances*, à prix réduits (1re, 2e et 3e classes), pour familles d'au moins trois personnes.

Emission jusqu'au 15 septembre. — Validité jusqu'au 5 novembre 1910.

Prix : Les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares de l'itinéraire.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

CANCER DES VOIES BILIAIRES

Par les docteurs CAILLIAU et CARIANOPOL.

Nous avons eu l'occasion de suivre récemment, dans le service de M. Lancereaux, une affection des plus graves, et il nous a paru intéressant d'en rapporter l'étude clinique, anatomique et histologique.

Le malade, âgé de cinquante-sept ans, arthritique et hémorroïdaire, à la suite d'un point de côté droit irradiant dans l'épaule correspondante, avait constaté, le 10 janvier dernier, la coloration brune de ses urines, la teinte subictérique de ses conjonctives.

Les jours suivants l'ictère cutané apparut et persista malgré la disparition des douleurs.

A la fin de mars les membres inférieurs s'œdématient, l'abdomen se développe.

Il entre le 15 avril dans le service de M. Lancereaux.

C'était à cette époque un sujet d'apparence vigoureuse présentant les signes d'un ictère généralisé affectant la peau, les muqueuses et teintant les urines.

L'abdomen est volumineux, arrondi, très proéminent.

Une circulation collatérale très accusée dessine sur l'hypocondre droit des gros troncs veineux parallèles.

Les jambes, le dos du pied et les cuisses sont le siège d'un *œdème dur*, gardant longtemps l'empreinte du doigt.

La main, appliquée à plat le long du rebord costal, perçoit la glande hépatique très hypertrophiée, bosselée et irrégulière, débordant à gauche la ligne ombilicale et descendant inférieurement jusque dans la fosse iliaque. Les doigts perçoivent en effet des masses saillantes à la surface du foie, lobulées, arrondies, assez régulières, non douloureuses à la pression, du volume d'une orange.

Les dimensions du foie sont augmentées à la percussion, la rate paraît un peu volumineuse. Un épanchement assez abondant a envahi brusquement la cavité abdominale, comme l'indique la matité des flancs quelques jours après l'admission du malade. De là une surdistension nouvelle du ventre dont les flancs s'élargissent, dont l'ombilic se déplisse.

En même temps apparaissent des signes d'insuffisance hépatique et des troubles fonctionnels. Ce sont les douleurs initiales qui se reproduisent plus intenses, des épistaxis qui surviennent tous les matins; tandis que les urines (750 grammes par 24 heures), accusant 1018 de densité, sont brunes, acajou, alcalines avec un léger cercle albumineux, pauvres en urée (6 grammes par litre) et présentent des pigments biliaires.

Les matières fécales sont décolorées et grasses.

L'appétit est conservé.

Nous avons pratiqué l'examen du sang qui a révélé chez notre malade une polynucléose intense, des globules nains, des globules déformés, des altérations endoglobulaires.

Les jours suivants les œdèmes, l'ascite ont augmenté, l'ictère s'est accentué, les douleurs deviennent atroces, le facies altéré. La quantité des urines dépasse à peine 30 à 40 grammes par vingt-quatre heures.

Le 20 mai chez ce malade déprimé, qui ne s'alimente plus, qui n'urine plus, qui étouffe, survient un grand vomissement de sang brunâtre avec un long caillot noirâtre.

Le pouls reste faible malgré la caféine, les extrémités froides, le hoquet intermittent.

Le 24 mai le malade succombe dans un effort de vomissement.

Voici donc une affection dont l'évolution rapide (15 avril-24 mai), l'ictère chronique, les troubles digestifs, la profonde atteinte de l'état général nous firent porter le diagnostic de tumeur cancéreuse.

L'absence de tout signe d'insuffisance pancréatique nous permettait d'écarter l'hypothèse d'un cancer du pancréas; les irrégularités et les bosselures de la glande hépatique, l'allure de l'ictère et l'ascite nous décidèrent à diagnostiquer une tumeur primitive des voies biliaires avec propagation secondaire au foie.

L'*autopsie* vérifia ce diagnostic.

A l'ouverture du cadavre gras et très musclé, présentant une teinte jaune verdâtre généralisée, un *liquide hémorragique* très abondant, très rouge, s'échappe de l'abdomen. *Le foie*, énorme, présente sur la moitié antérieure de sa face inférieure une tumeur arrondie, sphérique, lobulée, du volume des deux poings, de consistance assez ferme, avec des points fluctuants, entourée de fausses membranes, ayant contracté des adhérences très vasculaires avec l'estomac sur une étendue d'au moins 10 centimètres. Cette tumeur, après la dissection, apparaît fixée sur le lobe carré qu'elle recouvre complètement, comblant les sillons antéro-postérieurs droit et gauche, entourée de fausses membranes épaisses et très vascularisées.

Elle correspond, *en partie du moins*, à une énorme dilatation du canal hépatique (avant sa jonction avec le cystique).

En effet on met en évidence au milieu des adhérences, d'un côté, le *canal cystique* et la *vésicule* qui occupent leur situation normale et qui, cachés par l'épaississement fibreux, étaient invisibles avant toute dissection; *et d'un autre côté*, continuant l'hépatique, le canal *cholédoque*, d'apparence normale jusqu'à son abouchement à l'ampoule de Vater.

On incise les voies biliaires :

Le canal *cholédoque* est perméable dans toute son étendue, il n'est ni épaissi, ni dilaté, ni altéré.

Le canal *cystique*, disséqué, dans les adhérences est dilaté, épaissi. A l'incision sa surface interne est couverte de végétations en massues dures et blanchâtres, disséminées, qui le rendent difficilement perméable.

La *vésicule*, de forme et de couleur normales, peu volumineuse, un peu rétractée, avec des parois épaissies, sclérosées, blanchâtres, lardacées, présente à l'incision *un calcul* adhérent à son fond, libre et énucléable partout ailleurs; de consistance dure, d'une coloration vert noirâtre, baignant dans une substance molle grasse, jaunâtre, trouble, qui ne ressemble pas à la bile.

La paroi vésiculaire présente une surface inégale, bourgeonnante et des excroissances en massues.

Ces lésions de la vésicule et du cystique sont moins avancées et moins accentuées que celles du *canal hépatique* dont elles semblent être la propagation.

En effet le *canal hépatique* incisé dans le prolongement du cholédoque présente deux portions d'aspect différent : *l'une*, dilatée, épaissie, doublée de volume, couverte à sa surface interne de *végétations* granuleuses confluentes, blanchâtres, dures; l'autre, plus haut située, semble faire corps avec l'énorme tumeur que l'on incise dans le prolongement de l'hépatique.

Cette tumeur incisée forme une *poche* dont les parois sont épaisses, dures, consistantes, plus minces et molles en d'autres points.

L'intérieur de cette poche est tapissé par une *bouillie jaunâtre* dans laquelle on distingue de gros *bourgeons rougeâtres* qui s'effritent sous le doigt et forment un magma de consistance molle.

L'étude histologique des voies biliaires nous révèle les détails suivants :

Sur les coupes du canal hépatique on distingue des travées fibreuses juxtaposées, infiltrées de cellules embryonnaires, formant à la partie profonde des alvéoles incomplets et rompus, tapissés de cellules épithéliales cylindriques avec noyau ovale, prenant bien les colorants; plus profondément ces cellules, libérées par la rupture des alvéoles, sont polyédriques et déformées.

Il semble donc que la néoplasie intéresse l'épithélium de revêtement et non les glandes.

On retrouve les mêmes cellules épithéliales et la même disposition alvéolaire à l'examen histologique du canal cystique et de la vésicule, mais les lésions y sont moins avancées.

Les parois de la poche sous-hépatique reproduisent histologiquement les mêmes lésions et les mêmes cellules épithéliomateuses implantées sur des alvéoles conjonctifs. Mais la lésion est très avancée et ces cellules sont déformées ou dégénérées et nécrosées.

Il est assez difficile de dire, même après l'examen microscopique, si cette poche est une évagination du canal hépatique dilaté, ce qui nous paraît invraisemblable, ou si c'est un noyau de la face inférieure du foie, entouré de fausses membranes glissonniennes.

Le foie est en effet altéré secondairement. Il est hypertrophié et descend jusqu'au bassin; l'hypertrophie porte surtout sur le lobe droit, le lobe gauche dessine une languette mince. Le bord antérieur est épais, arrondi et mousse.

La *coloration* de l'organe est brun foncé, un peu verdâtre, la *consistance* molle surtout au niveau des noyaux, la *surface* granuleuse.

Sur les deux faces on trouve des *noyaux* cancéreux de *tout* volume, convexes, *saillants*, légèrement rosés et vascularisés à la surface, entourés d'une collerette rouge. Certains sont déprimés, *rétractés*; d'autres sont *confluents* et des bosselures du tissu hépatique correspondent à des *noyaux profonds*.

A la coupe, en effet, on trouve en section de gros noyaux à peu près régulièrement *ovales*, bien limités, mais non énucléables, mesurant 6 à 8 centimètres de long sur 4 à 5 de large; d'autres, plus petits, sont *circulaires*; d'autres dessinent des *rosaces* assez élégantes.

La *consistance* et la *couleur* de ces noyaux sont très variables : les uns, *jaunâtres*, sont *fermes*; d'autres, *jaunes* à la périphérie et *hémorragiques* à leur centre, sont ramollis et leur contenu peut être expulsé avec le doigt.

En dehors de ces noyaux le parenchyme hépatique *brun verdâtre* est *cirrhosé*, couvert de granulations jaunes de cirrhose.

A l'étude histologique, le néoplasme se présente sous l'aspect d'alvéoles de tissu conjonctif tapissés d'un revêtement simple ou stratifié de cellules épithéliales cylindriques dont le protoplasma clair et les noyaux allongés prennent bien les colorants.

Le stroma conjonctif est embryonnaire par place, ailleurs il est adulte et très épais, surtout autour des noyaux.

A côté de ces noyaux néoplasiques en pleine évolution, on voit des foyers hémorragiques et des foyers de nécrose.

Une prolifération conjonctive intense sépare les noyaux du parenchyme hépatique voisin. Celui-ci prend mal les colorants, le protoplasma de la cellule hépatique reste faiblement teinté en rose par l'éosine, finement granuleux, atteint par place de dégénérescence graisseuse avec des vacuoles nombreuses. Les noyaux ne sont pas colorés, les travées hépatiques sont segmentées.

Dans ce parenchyme on trouve des grains de matière colorante orangée arrondis, assez volumineux et des calculs verdâtres irréguliers.

Un tissu conjonctif jeune ou adulte, irradiant surtout des espaces portes, circonscrit des îlots de tissu hépatique et étouffe l'élément glandulaire auquel il se substitue peu à peu. Il y a de la cirrhose biliaire avec sclérose péricanaliculaire et périvasculaire, laissant les vaisseaux indemnes, tandis que les canalicules sont un peu dilatés. Il y a des pseudo-canalicules biliaires.

La capsule du foie est épaissie et envoie des travées fibreuses dans l'épaisseur de la glande.

En somme, ces coupes nous montrent l'origine et la variété histologique du néoplasme, les altérations de la cellule hépatique, la difficulté d'écoulement de la bile sécrétée cependant par ces cellules malades, difficulté attestée par la présence de calculs et de matière colorante biliaire au sein du parenchyme.

La veine porte est un peu dilatée, la veine cave et l'artère hépatique, normales. Les ganglions du hile sont envahis et noirâtres. Ceux de l'épiploon gastro-hépatique sont tuméfiés, indurés, bosselés, blanchâtres ou pigmentés.

L'*estomac* est adhérent par sa face antérieure à la tumeur sous-hépatique.

A l'ouverture sa muqueuse est congestionnée, variqueuse, ardoisée par places avec des glandes saillantes et hypertrophiées.

Le *duodénum* est sain.

Les *ganglions abdominaux* sont noirâtres et tuméfiés.

Une graisse abondante entoure le *pancréas* dont la partie moyenne, étranglée, paraît altérée. L'artère *splénique* est grosse et flexueuse, le canal pancréatique, normal.

La *rate* est un peu volumineuse, molle et diffluente.

Les poumons sont congestionnés et recouverts de fausses membranes épaisses. Le cœur est en systole, les coronaires, scléreuses et dilatées, l'aorte, épaissie, avec un aspect noueux et mamelonné de sa surface interne et des plaques calcaires nombreuses disséminées de la crosse aux iliaques.

Malgré cet athérome, le cœur est peu hypertrophié, le myocarde sain. Les iliaques sont scléreuses, les rénales peu altérées. Les reins, gros, lisses, congestionnés, décapsulables, présentent à la coupe une substance corticale épaissie et verdâtre et des pyramides congestionnées.

Les capsules surrénales sont indemnes.

On voit par cette observation combien est difficile parfois le diagnostic clinique de la localisation initiale des processus néoplasiques du foie ou des voies biliaires.

Le diagnostic anatomique lui-même n'est pas toujours très facile puisque, même avec la pièce sous les yeux, nous ne pouvons, avant toute dissection, affirmer le point de départ de la tumeur qu'une étude histologique nous a seule permis de préciser.

Notons en terminant que la loi de Courvoisier, si souvent invoquée dans le diagnostic des tumeurs hépatiques ou canaliculaires, était en défaut dans notre observation, et que la vésicule peut être rétractée et petite dans les obstructions des voies biliaires provoquées par toute autre cause que le calcul.

ABCÈS DU FOIE

CONSÉCUTIF A UNE

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE PURULENTE PUERPÉRALE

CHOLÉCYSTOTOMIE

EXTRACTION DE CINQ VOLUMINEUX CALCULS BILIAIRES GUÉRISON

Par le docteur P.-A. LOP,
Professeur à l'École de médecine de Marseille.

I

Le 25 septembre dernier, j'étais appelé auprès d'une femme de vingt-huit ans, accouchée, depuis une quarantaine de jours, de son cinquième enfant. Cette malade qui, huit jours après son accouchement, avait repris partiellement ses occupations, était de nouveau alitée depuis un mois environ.

L'interrogeant sur son accouchement, qui avait

été normal, j'apprenais que depuis le jour où elle s'était recouchée, elle n'avait pas cessé d'avoir la fièvre et de souffrir du ventre. Cette fièvre revenait régulièrement le soir, vers six heures, s'accompagnait de frissons et de sueurs. La douleur abdominale, qui siégeait dans l'hypocondre droit, un peu au-dessus de la fosse iliaque, était allée en s'exaspérant au point que, depuis plus de quinze jours, la malade ne cessait de souffrir, sans que les deux ou trois confrères appelés successivement auprès d'elle fussent arrivés à la soulager.

On avait parlé d'appendicite, de salpingite probable mais aucun d'eux n'avait fait un diagnostic précis et encore moins un traitement symptomatique efficace.

Je procédai donc à son examen; en la découvrant, quel ne fut pas mon étonnement de trouver dans l'hypocondre droit une voussure considérable de la région hépatique qui s'étendait jusqu'à la fosse iliaque.

En revanche, la matité hépatique normale avait à peu près disparu.

La région était extrêmement douloureuse et difficile à explorer, à cause d'une défense musculaire excessive : l'examen de l'utérus et des annexes me donna un résultat négatif; l'écoulement lochial était insignifiant et sans odeur. La malade allaitait; il n'y avait pas eu de retour de couches. Le tube digestif ne paraissait pas non plus, en dehors d'un embarras gastrique bien explicable, devoir être mis en cause.

Par contre, l'appareil respiratoire laissait fort à désirer; il existait une bronchite disséminée et généralisée avec congestion pulmonaire aux deux bases. Cette bronchite s'accompagnait d'une toux fréquente et pénible avec expectoration abondante, sans caractère particulier.

Lors de ma visite, la température axillaire était de 40 degrés; et le pouls à 120. Pas d'ictère; il n'y en avait jamais eu. Les urines étaient rares, rouges, sédimentaires et sans albumine.

II

En présence d'un pareil état local et général, des renseignements donnés par la malade et d'une puerpéralité récente, dont les suites septiques pouvaient bien être invoquées, il ne pouvait y avoir de doute sur l'existence d'un foyer purulent intra-abdominal.

Bien qu'il me fût difficile de préciser le siège exact de ce foyer, je n'hésitai pas à admettre qu'il devait probablement être au niveau du foie, soit par l'existence d'une pleurésie (type pyopneumotorax sous-phrénique de Leyden) expliquant l'abaissement considérable du foie, soit simplement par une péritonite purulente péri-hépatique.

Malgré l'incertitude du diagnostic anatomique, il y avait urgence à intervenir, et je fis part à la famille de la nécessité d'opérer la malade dans le plus bref délai possible. La famille ne paraissant pas décidée à cette intervention, je m'en allai. Je ne pensais déjà plus à ce cas, lorsque, cinq ou six jours après, l'on me fit demander d'accepter la malade dans ma clinique pour l'opérer.

Je demandais à la revoir, mais ce second examen ne me permit pas de constater un changement appréciable ni dans l'état local ni dans l'état général. La température était toujours très élevée, les souffrances très vives et il y avait plus que jamais urgence à intervenir.

Le 30 octobre, la malade entrait à ma clinique et j'intervenais le lendemain même. Pris les précautions d'usage : grand lavage intestinal, désinfection minutieuse de la paroi abdomidale souillée et macérée par toutes sortes de cataplasmes et de pommades résolutives. Anesthésie, chloroforme et oxygène.

Etant donné le siège de la voussure abdominale (hypocondre droit), je n'hésitai pas à donner la préférence à une laparatomie latérale, quitte à agrandir, s'il le fallait, mon incision. Je n'ai pas eu à regretter ma décision. Par une incision de 15 centimètres partant à trois travers de doigt du rebord des fausses côtes, je tombai immédiatement sur le foie, complètement luxé de sa loge et dont le bord inférieur descendait presque dans la fosse iliaque; cet organe était gros, congestionné, ne paraissait pas, à un examen superficiel, présenter rien de particulier.

Après avoir, par des compresses, isolé la région, je me mis à explorer le foie, convaincu que dans cet organe il devait y avoir du pus. Je fis donc, en différents points, trois ou quatre ponctions capillaires intra-hépatiques qui restèrent sans résultat.

Avant d'explorer la face inférieure (exploration pour laquelle je me proposais d'agrandir mon incision), je fis une dernière ponction, presque au niveau du bord inférieur de l'organe, et j'eus la satisfaction d'amener près d'un centimètre cube de pus. A ce point existait une fluctuation des plus nettes.

Certain alors de la présence du pus, j'ajoutai de nouvelles compresses et j'incisai cet abcès; par cette incision s'écoula du pus en assez grande quantité (environ un verre à madère). Après avoir bien asséché la cavité de cet abcès et l'avoir bourrée de gaze, j'explorai la face inférieure du foie. Celle-ci soulevée non sans difficulté, à cause des nombreuses adhérences, je trouvai la vésicule extrêmement distendue, formant un coude prononcé avec le colon transverse, très abaissé.

Une nouvelle ponction exploratrice vésiculaire donne issue à du pus. On installe immédiatement l'aspirateur de Potain, à l'aide duquel on retire plus de trois litres de pus. Cette évacuation terminée, après avoir renouvelé les compresses supérieures, j'incise, pour l'explorer, la vésicule. Je n'exagère pas en disant que cette exploration ne fut pas aisée, étant donnée la distension considérable de cet organe. Il ne fallut rien moins qu'une curette mousse utérine pour extraire non seulement de la boue et du sable biliaires mais encore cinq calculs dont le moindre avait la grosseur d'une noisette et le plus gros celle d'une grosse noix.

Ceci fait, après avoir asséché soigneusement la région opératoire, on place un drain intra-vésiculaire et sous-hépatique; on referme par quelques points de suture l'abcès du foie. Malgré les nombreuses et solides adhérences, je procède à la marsupialisation de la vésicule.

L'opération avait duré trente minutes. Aucun incident opératoire à signaler. Après avoir reçu une copieuse injection de sérum, la malade est recouchée dans son lit où elle se réchauffe rapidement.

Les suites opératoires eussent été des plus simples si la bronchite dont la malade était atteinte avant l'opération n'avait été une source d'ennuis et d'inquiétude.

Le troisième jour de l'opération, au matin, la surveillante, en arrangeant la literie de la malade, frappée par une odeur des plus fétides, me fit aussitôt appeler. J'examinai la malade, et quel ne fut pas mon étonnement de trouver, au niveau de la région dorso-lombaire, une vaste escarre : je dis vaste, parce qu'elle avait 20 centimètres de long sur 14 de large. Cette escarre n'existait certainement pas avant l'opération, comme on pourrait le supposer, la malade étant restée dans le décubitus presque absolu plus d'un mois avant.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que cette complication nous donna à elle seule plus d'ennuis que le traitement postopératoire et la broncho-pneumonie.

Néanmoins, comme on le verra par le tracé de la température, nous n'eûmes pas trop à nous plaindre de cette peu banale complication, qui me paraît être le résultat d'une embolie septique partie du foyer purulent.



Pendant quelques jours, il se produisit, par les drains, un écoulement assez abondant de bile mélangée de pus, puis, dès le cinquième jour, de la bile pure. Celle-ci se tarit et les sécrétions purulentes devinrent assez minimes pour permettre la suppression du drain sous-hépathique le dixième jour; le vingtième jour, on supprimait le drainage vésiculaire.

Dans l'intervalle, le 30 octobre, à cause de son odeur repoussante, je fis l'ablation, au thermocautère, de l'escarre dont l'élimination lente et la suppuration abondante étaient une cause d'affaiblissement.

Malgré cet incident, la malade sortit de la clinique la plaie opératoire à peu près fermée et avec un état général des plus satisfaisants. La large plaie formée par l'ablation de l'escarre était en bonne voie de bourgeonnement, mais je n'en prévois pas la guérison avant une échéance assez éloignée; je crains même d'être obligé de pratiquer des greffes d'Ollier-Tiersch pour combler cette vaste perte de substance.

30 *novembre* 1909. — Il n'en a rien été heureusement. J'ai revu ma cliente, son état est merveilleux; elle a engraissé de près de 2 kilogrammes. La plaie opératoire est totalement fermée; celle du dos est à peu près comblée. La sécrétion lactée s'est rétablie et l'allaitement, interrompu depuis l'opération, a été repris avec succès.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Sur le rapport entre l'hypotrophie et le développement de l'ulcère duodénal chez les enfants. [Henry H. HELMHOLZ. *Arch. f. ped.*, sept. 1909, vol. XXVI, n° 9, p. 661 (1 fig.).] — L'ulcère du duodénum n'est pas rare chez l'enfant. En dehors des cas de melæna du nouveau-né, on en a rapporté de nombreux cas compliquant la sténose pylorique du nourrisson (Helmholz en cite huit cas), des affections aiguës (pneumococciques, impétigo) et d'autres survenant chez un enfant en bonne santé apparente et succombant rapidement à une hémorragie intestinale.

Les seuls cas d'ulcère du duodénum chez des enfants hypotrophiques sont jusqu'ici ceux de Vanderpoel (colite chronique chez un enfant de dix mois) et de Biak (enfant athrepsique de six semaines).

Dans un article précédent sur ce sujet (in *Deuts. med. Wochens.*, 1909, n° 12), Helmholz en a publié neuf cas recueillis en l'espace de trois mois, et dans les trois mois qui ont suivi il en a collecté sept autres qu'il rapporte ici. Ce total de seize cas en six mois montre combien l'affection est fréquente et méconnue. En effet, à moins qu'une sténose du pylore ou du melæna, de la péritonite n'aient appelé l'attention du côté du duodénum, il est rarement examiné lors de l'autopsie des nouveau-nés athrepsiques. L'auteur montre même par un cas personnel que même à l'autopsie l'ulcère du duodénum peut échapper à cause de la couleur uniforme de la muqueuse et du recouvrement épais de mucosités.

L'auteur conseille, si l'on veut se rendre réellement compte de sa fréquence chez le nouveau-né hypotrophique, de recueillir le duodénum à l'autopsie, l'envelopper dans du buvard, le durcir dans le formol, pratiquer des coupes transversales tous les 2 millimètres qui, à l'examen à l'œil nu, montreront bien la présence ou l'absence des surfaces lisses des ulcérations.

Dans les cas qu'il a observés il n'a pu noter rien qui mette sur la voie de la cause des ulcères. Ils siègent souvent immédiatement après le pylore et on peut en trouver en voie de cicatrisation à côté d'autres ayant amené l'hémorragie fatale.

Dans les sept derniers cas, quatre ne présentèrent *aucun symptôme.*

Dans aucun cas il n'y eut de vomissements. On ne note que de la péritonite ou des hémorragies, et encore une péritonite assez étendue peut passer inaperçue chez le nourrisson. Donc pratiquement, les seuls signes sont l'hématémèse et le melæna qui se produisent le plus souvent un ou deux jours avant la mort.

C'est dire que l'on est le plus souvent complètement désarmé et que la mort est presque fatale.

Dans les cas aigus, Helmholz conseille de tenter la transfusion du sang qui a donné des succès dans le melæna des nouveau-nés. Le sérum sous-cutané ou intra-rectal est indi-

qué. En cas de guérison la reprise de l'alimentation doit être très prudente.

M. LANCE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Leucopathies, métastases, albuminuries et ictères leucopathiques. (Emile FEUILLIÉ. Th. de Paris, 1909; G. Steinheil, édit.) — Cet important travail de pathologie générale ne se prête guère à l'analyse; il demande à être lu, médité et discuté sans doute, car il apporte, presque à chaque page, des idées nouvelles. C'est en somme une étude sur la pathologie du leucocyte qui embrasse une grande variété de troubles atteignant le leucocyte dans sa sécrétion, dans sa motilité, dans sa forme et sa constitution physique, dans sa constitution chimique; cet ensemble de conséquences pathologiques, M. Feuillié le désigne sous le nom de leucopathie. La motilité pathologique des leucocytes est particulièrement importante; l'infiltration des organes par acte leucocytaire est une leucose, tandis que l'exode des leucocytes par les voies naturelles est une leucexose ou exoleucose; et ainsi peuvent survenir des infiltrations, des catarrhes, des fibroses dans le rein, le foie, le poumon et autres organes, sans lésion primitive de l'organe lui-même. La leucopathie peut se manifester dans l'un ou plusieurs de ces organes; après s'être fixée en un point pendant un certain temps, la localisation leucopathique peut passer à un autre organe et c'est l'explication de certaines métastases. Par la leucopathie, on explique les albuminuries sans néphrite, et certaines variétés d'ictère.

M. Feuillié poursuit ses recherches sur toutes ces questions; il annonce devoir publier, dans la suite, de nouveaux travaux dans lesquels il fera « le parallèle des données classiques et de ce que nous aura montré la notion de leucopathie ».

M. BRELET.

CHIRURGIE

Polypose cancéreuse du côlon. (BABLER, NIEBURGGE et FISCH. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LII, n° 16, 17 avril 1909, p. 1235-1239.) — Voici une affection rare, qui n'est pas sans analogie avec le polyadénome gastrique. Une jeune fille de dix-neuf ans se plaint d'une diarrhée sanglante et fétide durant depuis plus de deux ans, sans douleurs. Pas d'antécédents tuberculeux. Vomissements alimentaires fréquents. Emaciation et anémie très marquées. Léger mouvement fébrile vespéral. A la palpation, rien, excepté de la sensibilité sur toute la longueur du côlon. Toucher rectal négatif. Une proctoscopie sous anesthésie ne montre qu'une muqueuse congestionnée. Diagnostic. Affection ulcéreuse du côlon.

L'absence de ténesme et l'âge de la malade étaient embarrassants à expliquer. L'examen des selles ne montra que des cellules épithéliales, du pus et pas de bacilles tuberculeux.

Un traitement par la diète et les irrigations ne donne aucune amélioration. Le sang diminue, mais les douleurs apparaissent. A l'occasion d'une crise abdominale, on ouvre la fosse iliaque droite. L'appendice, long de 15 centimètres, est réséqué. A la palpation, on ne trouve pas de tumeur dans le côlon. Le marasme augmente. Mort le neuvième jour après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite. Le côlon, depuis l'appendice jusqu'à l'anse sigmoïde, est épaissi et est semé de tumeurs polypoïdes, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette et de consistance ferme. Muqueuse uniformément congestionnée. Pas d'ulcérations, ni de rétrécissements. Quelques-uns des polypes avaient un long pédicule. A l'examen, tous les polypes examinés montrèrent une dégénérescence cancéreuse nette, et l'on constata l'existence d'une vraie gaine de cancer entre les fibres musculaires et entre la muqueuse et la sous-muqueuse, et s'étendant depuis la fin de l'intestin grêle jusqu'au rectum. Séreuse non envahie, mais très épaissie. Pas de métastases.

Babler a trouvé six cas analogues dans la littérature. Comme le cancer primitif de l'appendice, ces cancers diffus du gros intestin semblent être des cancers de jeunes, avec peu de tendance aux métastases.

Les faits cliniques ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse écrire des chapitres de symptomatologie et de diagnostic. Il faut y songer quand on voit chez un jeune sujet une colite rebelle non tuberculeuse et non douloureuse, et ne pas hésiter devant une laparotomie exploratrice.

F. GARDNER.

Sur la prétendue botryomycose humaine (Ch. LENORMANT. *Ann. dermat. et syphil.*, avril 1910). — M. Lenormant, dans cet article, fait une étude très intéressante de la botryomycose humaine. Rapportant cinq observations personnelles, il y retrouve tous les caractères cliniques qui, depuis la description de Poncet et Dor, individualisent nettement ces petites tumeurs. Anatomiquement, elles sont constituées par un tissu de granulations se rapprochant du bourgeon charnu riche en tissu fibreux et en vaisseaux. L'auteur s'élève contre l'identification de la botryomycose humaine et de la botryomycose équine qui en diffère par ses caractères anatomiques et surtout cliniques. Il discute enfin la question du parasitisme de l'affection. Considérée comme provoquée d'abord par un champignon, le botryomycès, puis par un microbe, le botryomycoque qui ne serait qu'un staphylocoque, elle paraît, pour M. Letulle, être due à l'action d'une amibe. M. Lenormant n'accepte aucune de ces pathogénies, aussi propose-t-il d'abandonner le terme de botryomycome qui consacre une interprétation, pour la dénomination de granulome pédiculé. Ce terme uniquement anatomoclinique ne préjuge au moins en rien de la nature exacte de cette tumeur.

P. GASTINEL.

Angéiorrhaphie. Suture d'une double perforation par coup de couteau de l'artère et de la veine fémorales. (Fred. B. LUND. *Ann. surg.*, vol. XLIX, n° 3, mars 1909, p. 394-401.) — Le cas est simple. Un couteau tombe par accident sur la partie antéro-inférieure de la cuisse. Hémorragie, puis signes d'anévrisme faux. On ouvre et l'on trouve dans le canal de Hunter une double plaie de l'artère et une double plaie de la veine. Suture, guérison. Sherman a publié un cas presque identique l'année dernière.

Mais, quoique simple, c'est là un brillant succès pour la suture vasculaire. La ligature de l'artère ou de la veine séparément n'eût probablement pas amené de gangrène. Mais la ligature simultanée des deux l'eût causée à peu près certainement et c'eût été la seule chose à faire, il y a encore peu d'années. Lund a pratiqué dans un autre cas une anastomose artério-veineuse pour renverser la circulation; cette anastomose, avec double suture circulaire de vaisseaux, fut faite dans le triangle de Scarpa; théoriquement plus difficile que la simple suture dans le canal de Hunter, elle est en réalité beaucoup plus facile que celle-ci, à cause de la meilleure exposition du champ opératoire.

F. GARDNER.

Emploi intra-abdominal de l'oxygène. (William SEAMAN BAINBRIDGE. *Ann. surg.*, vol. XLIX, n° 3, mars 1909, p. 305-319.) — D'un usage assez prolongé de l'oxygène dans la cavité abdominale, après des interventions chirurgicales, l'auteur conclut que l'oxygène y est complètement absorbé; que c'est un léger stimulant respiratoire et cardiaque; que, lorsque la pression est modérée, il n'a pas d'influence sur la pression sanguine; qu'il tend à faire sortir plus vite de l'anesthésie, qu'une pression de plus de 1m50 d'eau peut amener du collapsus; que l'oxygène empêche la formation des adhérences, change rapidement le sang asphyxique en sang vermeil, excite le péristaltisme intestinal et n'irrite ni le péritoine, ni les viscères.

Sa technique diffère de celle de Thiriar en ce que ce dernier « lave » les organes abdominaux à l'oxygène, tandis que

Bainbridge enferme le gaz dans la cavité abdominale, avant de serrer le dernier point de suture. Le gaz doit être chauffé à 33 38° centigrades. On l'introduit par un drain de caoutchouc.

La quantité varie suivant les cas. Lorsqu'il y a eu distension abdominale par ascite ou tumeur, on remplit l'abdomen jusqu'à ce qu'il reprenne à peu près ses dimensions antérieures; dans les autres cas, on injecte jusqu à ce que disparaisse la matité préhépatique.

Les cas cliniques relatés semblent justifier les prétentions de l'auteur au point de vue de la diminution du shock, de l'hémorragie, des nausées et des vomissements, et de l'utilité de l'oxygène pour rétablir l'équilibre de pression après ponctions d'ascite volumineuses ou ablations de grosses tumeurs; il semble aussi que l'oxygène soit utile dans certains cas de péritonite tuberculeuse et ait une action d'arrêt sur les septicémies abdominales.

L'oxygène est absorbé en quarante-huit à soixante-douze heures; quand il a tout été absorbé, il peut y avoir des phénomènes de shock retardé, qui nécessitent l'emploi d'autres moyens de stimulation. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Deux cas d'amyotrophie chronique consécutive à la paralysie spinale dont un avec examen anatomique. (G. PASTINE. *Revue neurol.*, 1910, p. 466 479, 4 fig.). — Dix-sept et soixante-dix-neuf ans après une paralysie spinale infantile, s'est produite une amyotrophie du type Aran-Duchenne. Dans le deuxième cas, l'autopsie et l'étude histologique n'ont montré « dans la région cervicale de la moelle, correspondante à l'amyotrophie tardive, que des lésious d'une poliomyélite antérieure chronique, pas trace d'un processus infectieux plus ou moins récent ».

L'auteur croit donc « qu'on n'est pas sûr de l'origine infectieuse de ces reprises tardives et chroniques d'atrophie musculaire » et termine son travail en rappelant que, pour beaucoup de neurologistes, l'amyotrophie Aran-Duchenne correspond, lorsqu'elle est pure, à la poliomyélite antérieure chronique. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Aide-mémoire de thérapeutique (1), par MM. G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine, G. POUCHET, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et A. SALLARD, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cet ouvrage, bien imprimé et élégamment relié, réalise sous un volume restreint, sous un titre modeste et sous la forme particulièrement commode d'un dictionnaire, la réunion de deux livres également indispensables au praticien : le formulaire pharmacologique et la thérapeutique pratique. On y trouve en effet, classés par ordre alphabétique : 1° l'exposé du traitement de toutes les affections médicales et des grands syndromes morbides; 2° l'étude résumée des agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques; 3° la mention des principales stations hydrominérales (situation, composition, indications) et climatériques; 4° l'exposé des connaissances essentielles en hygiène et en bromatologie.

(1) Deuxième édition, revue et augmentée, conforme au Codex de 1908. In-18 de VIII-911 p., imprimé sur 2 col. — Prix : relié toile, 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

Ce dont on ne saurait assez louer les auteurs, c'est d'avoir su éviter les deux écueils quasi-inévitables des ouvrages de ce genre, c'est-à-dire la concision sèche, incomplète et dangereuse du formulaire et l'amplification fastidieuse du traité. Chaque article est clair, précis, substantiel, pratiquement complet, en sorte que l'ouvrage se suffit à lui-même et que, à la rigueur, il pourrait constituer toute la bibliothèque du praticien, au moins pour la thérapeutique. C'est ainsi que l'étude de chaque médicament est constituée par l'exposé de ses caractères physiques et chimiques, de ses effets utiles, de ses indications thérapeutiques, de sa posologie, de ses actions nuisibles et toxiques. Des spécimens de formules applicables à la pratique courante accompagnent chaque article. En ce qui concerne le traitement des maladies, le problème du diagostic est supposé résolu et les détails cliniques sont réduits au strict nécessaire.

La première édition de cet ouvrage, fort bien accueillie du public médical, a été épuisée en une année. La deuxième édition n'est pas une simple réimpression; tous les articles ont été revus, un grand nombre (110) ont été remaniés et mis au point, d'autres enfin (70) sont entièrement nouveaux. La matière médicale a été modifiée conformément au texte du nouveau Codex et, pour les principaux médicaments, les auteurs ont indiqué en quoi consistait la modification. Ainsi mis au point l'*Aide mémoire de thérapeutique* restera le vade-mecum indispensable au médecin praticien. L. GAYARD.

Hématolyse et hématogenèse. Bactériolyse et bactériogenèse (1), par M. le docteur FROIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le sang est un foyer d'hématolyse permanente, compensée par une hématogenèse correspondante. L'auteur montre que la destruction du globule rouge est régie par trois substances spécifiques : la sensibilisatrice, la toxine et l'antitoxine hématiques. Ces trois corps spécifiques sont des produits d'élaboration endo-globulaire des hématies et sont inclus, au moment de l'hématopoïèse, dans des substances lipoïdiques. Dans l'hématolyse, un ferment du sang, la lipase, pénètre l'hématie auto-sensibilisée et auto-intoxiquée, liquéfie les lipoïdes globulaires et libère les corps spécifiques qui servent à la destruction de nouvelles hématies; le cycle se poursuit ainsi sans arrêt. En effet, les globules rouges qui meurent sont remplacés par ceux qui naissent, et c'est la toxine hématique, nocive pour les globules rouges sensibilisés, qui se montre excitogénétique pour les germes contenus dans les organes hématopoïétiques. En outre, cette toxine est leucolytique. L'hémolyse (hématolyse et leucolyse) est dirigée par les substances spécifiques du globule rouge : à côté de son action biologique générale (oxygénation), ce dernier joue donc un rôle biologique spécial sur les éléments figurés du sang. Lorsque des corps hématiques spécifiques sont malades, il survient un désordre cellulaire du sang, profond et permanent (anémie pernicieuse, polyglobulie, leucémie, etc.).

Le processus bactériolytique obéit aux mêmes règles fondamentales que le processus hématolytique. Les microbes contiennent les mêmes corps spécifiques que les hématies, et ce sont ces corps, solubilisés par la lipase du sang qui engendrent les réactions physio-pathologiques, entretiennent la bactériolyse et la bactériogenèse. L'auteur étudie avec détails les phénomènes réactionnels suscités par l'hématolyse et la bactériolyse dans les cavités sous-arachnoïdienne et pleurale, en particulier les réactions sanguines, les modifications que leur imprime le siège de l'affection, etc. La notion de la germination microbienne engendrant la maladie est aujourd'hui insuffisante; elle doit être complétée par celle de la

(1) In-18 de 272 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Steinheil.

bactériolyse, facteur primordial pour comprendre les réactions diverses créées par les microbes, ainsi que leur évolution.

Le livre de M. Froin est le premier ouvrage d'ensemble traitant ces questions et leurs rapports directs avec la physiologie et la pathologie. Les travaux antérieurs de l'auteur, les recherches qu'il a poursuivies dans ce sens font de cet ouvrage une œuvre originale et très personnelle, il présente en effet, sous un angle nouveau, la compréhension de phénomènes pathologiques du plus haut intérêt puisqu'il s'agit de la destruction des globules rouges et des microbes.

P. RAVAUT.

Les Dysenteries (1), par Ch. Dopter.

Ce petit livre présente un intérêt particulier puisque nous devons à son auteur quelques-uns des plus beaux travaux qui ont apporté pendant ces dernières années des notions si nouvelles sur la bactériologie et le traitement de la dysenterie épidémique. M. Dopter ne s'attache pas seulement dans cet ouvrage à exposer, avec une grande richesse de documentation, la question des dysenteries telle qu'on doit la concevoir à l'heure actuelle. Il a le souci constant de faire œuvre pratique et c'est pourquoi il met en lumière avec précision non seulement les signes cardinaux constituant le syndrome dysentérique et les particularités cliniques propres à chaque variété étiologique, mais aussi tous les points indispensables à connaître touchant l'épidémiologie et le mode de propagation de ces infections.

A côté du diagnostic clinique, il montre l'utilité du diagnostic parasitologique fondé soit sur la recherche dans les selles des bacilles, amibes, infusoires, helminthes, soit sur l'existence de la réaction agglutinante, et ne néglige aucun des détails de ces examens.

Le traitement est très complètement exposé à propos de chaque classe de dysenterie.

Malgré l'abondance des faits relatés dans cet ouvrage et condensés en un petit volume, il n'y a pas une obscurité, et la lecture en est facile. On sent que l'auteur a une profonde expérience de ce qu'il expose et qu'il veut en faire profiter les autres, en leur évitant les tâtonnements et les recherches inutiles.

A. LEMIERRE.

Précis d'auto-suggestion volontaire (2), par M. le docteur Géraud-Bonnet.

L'homme peut, de lui-même, par sa volonté convenablement éduquée et appliquée, transformer sa nature, diminuer ses infirmités et ses défauts, accroître ses qualités. Il possède pour cela une force dont psychologues et médecins paraissent avoir trop souvent méconnu la valeur : c'est l'auto-suggestion. S'il sait l'utiliser, facilement elle lui permettra de régulariser les fonctions de son organisme, de développer sa vigueur, d'acquérir une énergie et une fermeté de caractère qui sont les conditions aussi bien de la santé physique et morale que du succès et du bien-être social.

L'éducation de la volonté est le but vers lequel doivent tendre tous les efforts. L'auteur donne de sages et utiles conseils pour y parvenir en développant la confiance en soi, la concentration de la pensée, l'énergie dans l'effort. Il montre enfin comment l'homme peut, par la suggestion, agir sur ses semblables soit directement en imposant une idée, soit indirectement en accroissant chez lui-même, par l'auto-suggestion, ce qu'il appelle la puissance personnelle.

P. CAMUS.

(1) Actualités médico-chirurgicales des armées de terre et de mer. — Paris, O. Doin et fils.

(2) In-18 de 300 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Jules Rousset.

La Suggestion et son rôle dans la vie sociale (1), par le professeur Bechterew.

La suggestion est l'inoculation directe d'idées, de sentiments, d'émotions ou de tout autre état psychophysique au psychisme d'une personne, à l'insu de son attention volontaire, c'est-à-dire de son jugement critique, de son aperception.

Différente de la persuasion qui n'est qu'une lente assimilation et exige des conditions intellectuelles particulières, la suggestion, si elle ne heurte pas des convictions enracinées, a toujours une action rapide et sûre. L'auteur l'étudie dans l'hypnose et à l'état de veille. Il indique le rôle adjuvant que joue la foi, idée fixe qui provoque un état émotionnel et une tension psychique propre à en favoriser la genèse.

Successivement, il montre la place et l'importance de la suggestion dans les illusions et hallucinations collectives, dans les rêves prophétiques, dans les grands mouvements psychopathiques des peuples, chez les sectaires, dans les épidémies convulsives de l'histoire, dans celles d'ensorcellement, de possession démoniaque, de pillage, de suicide et de meurtre. Les exemples les plus intéressants sont ceux qu'il nous révèle dans le peuple russe; presque tous sont à teinte mystique et érotique. Il montre enfin le rôle de la suggestion dans les paniques, les grands mouvements populaires et d'une manière générale dans tous les événements importants de l'histoire.

P. CAMUS.

La Beauté de la peau (2), par M. le docteur H. Blanc.

La « beauté de la peau », d'après l'auteur, est susceptible d'être heureusement entretenue au moyen des courants continus et de l'ionothérapie par la soude. Ce traitement débarrasserait les peaux grasses de leur surcharge graisseuse, de leurs microorganismes et demodex nuisibles.

L'auteur s'est efforcé d'écrire à la fois pour le public non médical et pour les médecins, de là un certain flottement pour le lecteur d'abord, mis prudemment en garde contre les batteries qui donnent de violentes secousses ou des éclairs dans les yeux, puis initié au chapitre suivant aux mystères du dosage des ions.

G. LEGROS.

Nouvelles méthodes du séro-diagnostic (3), par Ed. Joltrain.

Dans ce livre se trouvent exposées d'une façon précise les diverses méthodes de séro-diagnostic. Des tableaux synoptiques fort bien compris facilitent la compréhension des faits. Après avoir exposé le séro-diagnostic de la syphilis par les méthodes de Wassermann, Noguchi et les méthodes simplifiées qui en dérivent, l'auteur expose ces techniques et les résultats des séro-diagnostics des mycoses, du kyste hydatique, de la lèpre, du mycosis fongoïde.

L'auteur insiste justement sur la nécessité absolue des expériences de contrôle qui, seules, donnent de la valeur aux résultats de ces méthodes; nul plus que lui n'était désigné pour les exposer et les critiquer avec compétence.

P. RAVAUT.

(1) In-16 de 276 p. — Paris, Boulangé.

(2) In-8°. — Paris, Steinheil.

(3) Un vol. de 90 p. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 28 mai 1910.) MALVOZ : Le tœnia en Belgique. — GENGOU : A propos du diagnostic de la coqueluche chez l'adulte. — G. CORIN : Réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1910.) H. BANG : Sur une trichophytie cutanée à grands cercles, causée par un dermatophyte nouveau (*trichophyton purpureum*, Bang.) — LUTEMBACHER : Du grattage méthodique des lésions cutanées comme moyen de préciser le diagnostic. — C. AUDRY : Histoire d'un lépreux. — (N° 6, juin.) SABOURAUD : Sur l'existence fréquente d'un soi-disant eczéma des doigts et des orteils, dû à l'épidermophytose inguinale. — BRISSON : Quelques considérations sur l'action du soufre en dermatologie. — LUTEMBACHER : Du grattage méthodique des lésions cutanées comme moyen de préciser le diagnostic. — DUBREUILH et BRANDEIS : Note sur la bactériologie des pyodermites.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, juillet-août 1910.) L. LAGRIFFE : Un délire d'interprétation dans l'histoire, Maria-Stella Chiappini, Lady Newboroug, baronne Sternberg (1773-1843.) — Afriano PEIXOTO et Ulysse VIANNA : Le diagnostic de la folie maniaque dépressive. — ARSIMOLES et HALBERSTADT : La paralysie générale juvénile (*suite*). — A. BIAUTE : Les aliénés dans l'armée et devant la justice militaire. — Victor PARANT père : Du droit de visite, des parents ou amis aux aliénés internés, à propos d'une récente décision judiciaire. — Lucien LAGRIFFE : Les fugues et le vagabondage (*fin*).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 288, 25 juin.) BARJOIS : Traitement radiothérapique des adénites suppurées, des ulcérations et des fistulisations. — Georges SEVEREANU : La radiothérapie dans la paralysie générale avec quelques considérations sur la radiothérapie des organes profonds. — ARCELIN : De l'utilisation en radiologie des courants alternatifs triphasés. — (N° 289, 10 juillet.) CHEVRIER : Traitement préventif par le radium des récidives des épithéliomas muqueux et glandulaires après extirpation chirurgicale. — GUILLEMINOT et LAQUERRIÈRE : Electrothérapie et radiothérapie dans le traitement du fibromysme de l'utérus. Echelles de dureté et quantitomètres.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXII, n° 24, 16 juin 1910.) George G. SEARS : La syphilis du cœur. — Irwin H. NEFF : Traitement de l'alcoolisme. — Arthur K. STONE : La tuberculose péritonéale. Plaidoyer en faveur du traitement médical de préférence au traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. — (N° 25, 23 juin.) John C. MUNRO : Les dyspepsies et mauvaises digestions examinées au point de vue chirurgical. — Channing C. SIMONDS : Rapport sur 162 malades traités en 1905 au Massachusetts general Hospital pour hernie inguinale, résultats opératoires éloignés. — W. R. MACAUSLAND et B. E. WOOD : L'arthrodèse et son application dans la paralysie infantile du pied (15 figures). — Henry O. REIK : Les effets du tabac sur l'oreille et les voies respiratoires supérieures. — (N° 26, 30 juin.) E. H. BRADFORD, R. W. LOVETT, E. G. BRACKETT, Augustus THORNDIKE, Robert SOUTTER, Robert B. OSGOOD : Les méthodes de traitement dans la paralysie infantile résumées par le comité de chirurgie orthopédique de l'Université médicale Harvard (avec 9 figures). — Wilfred M. BARTON : L'élimination de l'hexaméthylènamine par les membranes muqueuses de l'oreille moyenne et les sinus du nez. Application au traitement des affections de ces organes. Observations démonstratives.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er juillet 1910.) E. VILLARD et G. COTTE : Quelques nouveaux cas d'hydropisie intermittente de la vésicule. — M. CAUTAS : De la radiumthérapie dans les sténoses cicatricielles du conduit laryngo-trachéal. — Louis DESGOUTTES : Trois observations rares de chirurgie abdominale. — M. LANNOIS et M. JACOD : Incisions et résections du conduit auditif et de la conque après l'évidement pétro-mastoïdien (14 fig.). — H. MULLER : Les fractures du coude chez l'enfant.

Lyon médical. — (N° 25, 19 juin 1910.) H. BORDIER : Absorption des rayons ultra-violets (translucidité et opacité ultra-violettes) par les substances transparentes et incolores à la lumière ordinaire. Applications aux liquides de l'organisme. Conséquences pratiques relatives à l'hygiène (*fin*). — (N° 26, 26 juin.) CADE : Dyspepsies intestinales (*à suivre*). — L. BÉRIEL et Ch. LAURENT : Note sur l'histogenèse des gommes syphilitiques du foie. — (N° 27, 3 juillet.) CADE : Dyspepsies intestinales (*fin*). — (N° 28, 10 juillet.) GUILIANI : Lithiase et tuberculose probable du rein. — JAUBERT : De l'héliothérapie dans le traitement des plaies atones et en particulier de l'ulcère variqueux. — (N° 29, 17 juillet.) P. JOURDANET : A propos de la pelade d'origine dentaire. — (N° 30, 24 juillet.) Victor THÉVENET : Aspirateur sans piston pour ponctions exploratrices. — ROCHET et MÜLLER ; Contribution à l'étude des rétentions chroniques d'urine sans obstacle mécanique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 3 mai 1910.) RÖMER et JOSEPH : Contribution à la prophylaxie de la paralysie infantile épidémique. — STŒBER et WACKER : Nouvelle contribution à la provocation de productions épithéliales atypiques avec des produits de putréfaction de l'albumine. — FRANK et ALWENS : Etudes sur la circulation à la lueur des rayons Röntgen. — ASCOLI et IZAR : La réaction spécifique à la méiostagmine. — ROMMELER : Sur la propagation de la fièvre typhoïde par les nourrissons. — SCHILLING : La radiothérapie dans la bronchite chronique et l'asthme bronchique. — WIRTZ : Sur la rumination chez les nourrissons et les enfants. — KAUMHEIMER : La gonorrhée rectale chez l'enfant. — KNOKE : La méthode de Grossich pour la désinfection de la peau. — ROLLY : Sur la question de la perméabilité des reins pour les bactéries.

Riforma medica. — (N° 23, 6 juin 1910.) P. TRIA : Le sérum de Teissier dans les néphrites expérimentales. — Spiro LIVIERATO : L'anaphylaxie vis-à-vis du suc gastrique et son application au diagnostic du carcinome gastrique. — Sebastiano CANNATA : Contribution à l'étude de l'anémie splénique infantile due aux parasites de Leishmann. Kala-Azar? — Pietro GILBERTI : Sténose œsophagienne infranchissable, par absorption de caustiques. Sa dilatation possible par les voies naturelles après gastrostomie extemporanée. Guérison. — (N° 24, 13 juin.) Gustavo FERRARI : Un cas de syndrome Longhi-Avellis. Forme associée. — Candido MANTELLI : A propos d'une particularité de la cure radicale de la hernie inguinale. — Ferdinando FAZIO : Atrophie musculaire progressive à type Charcot-Marie consécutive à la malaria.

Semaine gynécologique. — (N° 21, 24 mai 1910.) R. PICHEVIN : Rupture cachée de la trompe gravide. Raisons exceptionnelles d'ablation de la trompe opposée. Procédés nouveaux d'antisepsie de la peau. — (N° 22, 31 mai.) D. COURTADE : Technique et indications du traitement électrique des corps fibreux de l'utérus. — R. PICHEVIN : Mort tardive par le chloroforme ou l'éther. — (N° 23, 7 juin.) R. PICHEVIN : L'agrégation. La Faculté. Les pratiques

médicales; — L'avortement au point de vue médico-social; — Salpingite amibienne. — (N° 24, 14 juin.) R. Pichevin : I. A propos de l'anesthésie locale; — II. Cancer et immunisation.

Semaine médicale. — (N° 21, 25 mai 1910.) A. Chauffard et Guy Laroche : Pathogénie du xanthélasma. — (N° 22, 1er juin.) E. Fuld : Une nouvelle méthode d'examen fonctionnel de l'estomac. — (N° 23, 8 juin.) Victor Audibert : La septicémie éberthienne pure subaiguë. — (N° 24, 15 juin.) J. Paviot : Des dilatations d'estomac par lésion du péritoine ou de la paroi de l'organe.

Tribune médicale. — (N° 21, 21 mai 1910.) J. Boisseau : Technique de la microphotographie en couleurs. — Guisez et Bachdassarian : Un cas typique pour servir à l'étude des cardiospasmes idiopathiques à forme grave (étude clinique, diagnostic et traitement œsophagoscopiques). — (N° 22, 28 mai.) Babinski et Barré : Contribution à l'étude de la syphilis familiale (recherches à l'aide de la méthode de Wassermann). — Vaquez et Cottet : Examen de la perméabilité rénale par la diurèse provoquée. — G. Roussy et Pierre Ameuille : Infarctus, anévrismes et ruptures du cœur, leur fréquence chez le vieillard. — (N° 23, 4 juin.) E. Mosny et L. Barat : Psychose aiguë à forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique. — Marcille et Lardennois : Un cas de suture circulaire de l'artère humérale dans un grand traumatisme du bras. — (N° 24, 11 juin.) B. Weill-Hallé et Bloch-Michel : Diagnostic rapide de la diphtérie par la méthode de déviation du complément. — (N° 25, 18 juin.) H. Vaquez et G. Foy : Sur deux cas de leucémie myéloïde aiguë. Importance des cellules intermédiaires ou promyélocytes pour le diagnostic précoce.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 10, 30 mai 1910.) R. Driout : De la méthode oxygénée de Thiriar dans le traitement de la gangrène gazeuse et des phlegmons diffus. — (N° 11, 15 juin.) G. Colleville : A propos d'un cas d'aphasie transitoire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Diagnostic des maladies nerveuses, par le docteur STEWART (de Londres), médecin de l'hôpital de Westminster et de l'hôpital de West End pour les maladies nerveuses. Traduit de l'anglais par le docteur G. SCHERB, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. Préface de M. le docteur HELME. Grand in-8 avec 208 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, Félix Alcan.

La Stabilité de la vie. Etude énergétique de l'évolution des espèces, par Félix LE DANTEC, chargé du cours de biologie générale à la Sorbonne. In-8 de la bibliothèque scientifique internationale. — Prix : cartonné à l'anglaise, 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

L'Aérophagie, par le docteur H. MAUBAN, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy. Préface du docteur Albert MATHIEU. In-16 de 160 pages avec 11 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

Les Métaux colloïdaux électriques en thérapeutique, par MM. L. BOUSQUET et H. ROGER, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier (monographie 61 de l'Œuvre médico-chirurgical). Une brochure grand in-8. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine pour l'année scolaire 1910-1911 et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1911 auront lieu le lundi 17 octobre 1910, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 1er septembre jusqu'au vendredi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saint-Pères, n° 49.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externes; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième année.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Bezançon. — M. le docteur Mandereau, professeur d'anatomie, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et histologie.

M. le docteur Maldiney, chef des travaux pratiques de physique, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de physique.

— Grenoble. — M. Vaillant, maître de conférences à la faculté des sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de physique.

— Marseille. — M. le docteur Brun est chargé du cours complémentaire de clinique chirurgicale infantile.

M. le docteur Platon est chargé du cours complémentaire de clinique gynécologique.

M. le docteur Escat est chargé du cours complémentaire de clinique annexe des maladies des voies urinaires.

M. le docteur Jacob de Cordemoy est chargé du cours complémentaire d'histoire naturelle coloniale.

M. le docteur Gauthier est chargé du cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. le docteur Raynaud est chargé du cours complémentaire d'hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales.

M. le docteur Moitessier, professeur, est chargé d'un cours complémentaire de chimie biologique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Les récompenses suivantes ont été décernées à l'occasion d'épidémies ayant sévi sur l'armée :

Médaille d'or. — M. Monziols, médecin aide-major de première classe au 124e d'inf.

Médailles d'argent. — MM. Tardos, médecin-major de première classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Laval ; Cadet, médecin-major de première classe au 48e d'inf.; Sire, médecin-major de première classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Cahors.

M. Monéger, médecin-major de deuxième classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Tizi-Ouzou.

Médaille de bronze. — M. Feuillié, médecin aide-major de première classe au 18e chass.

— Une médaille de bronze a été attribuée à M. le docteur Danoin de Korea pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1910.) PERREAU : De la protection en justice du nom du médecin. — LAVERAN : Les fosses septiques. — AUBERT : La vidange à Paris et dans le département de la Seine. — BELLON : Travail des textiles. Assainissement des atmosphères confinées. — SCARD : Nouvelle méthode indicatrice de la présence du grisou applicable à toutes les lampes de sûreté.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1910.) ESCAT : Courbes auditives. Leur valeur sémiologique dans le diagnostic topographique des otopathies. — BOURAK : De la restauration des affaissements du nez chez les enfants par la paraffinoplastie. — ABOULKER : Vingt-deux cas de paralysie des cordes vocales.

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1910.) NOBÉCOURT : Le cœur dans le rhumatisme articulaire aigu de l'enfant. — BARBIER : Anaphylaxie pour le lait de vache chez les nourrissons. — E. WEILL et PÉHU : Nature inflammatoire de la sténose dite par hypertrophie musculaire du pylore chez les nourrissons. — NICOLATOPOULOS : Quelques complications d'une épidémie de coqueluche et sa disparition brusque à la suite d'une cause météorologique. — Mathilde DE BIEHLER : Traitement de la coqueluche par le fluoroforme. — COMBY : Sarcomes rétro-péritonéaux infantiles.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 7, juillet 1910.) LAPASSET : Le traitement chirurgical des plaies contuses et des fractures ouvertes par coup de pied de cheval. — PAPON : L'hystéro-traumatisme devant les commissions de réforme. — BOURGEOIS : Mort subite par perforation de l'aorte. — COMTE : Abcès essentiel de la vésicule biliaire. — BORIES : Un cas d'affection syphilitique du biceps. — GUICHEMERRE : Cure radicale sans résection du sac d'une hernie inguinale directe.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 6, juin 1910.) CADE et GARIN : Entérite trichocéphalienne. — WASSERTHAL : Sur le mécanisme des stimulants sécrétoires introduits par voie rectale chez le chien. — MONSSEAUX : Recherches expérimentales sur l'évacuation gastrique de quelques eaux froides prises à jeun.

Archives générales de chirurgie. — (N° 6, 25 juin.) TRÉNEL, WORMS et BOECKEL : Contribution à l'étude des luxations doubles de l'astragale. — FLEIG : L'anastomose circulaire des vaisseaux par suture ou par appareils prothétiques. — JUVARA : Procédé d'ostéo-synthèse pour les fractures des diaphyses par brassière métallique. — MAUCLAIRE : Cæcoplicature et cæcopexie complémentaires de l'appendicectomie.

Archives générales de médecine. — (Juin 1910.) ARCANGELI : Ostéomalacie, rachitisme et maladie osseuse de Paget. — LAHAUSSOIS : « L'accalmie traîtresse », dans l'appendicite gangréneuse d'emblée observée après le deuxième jour.

Archives internationales de neurologie. — (Juin 1910.) Alexandre PILCZ : Les folies maniaques dépressives et périodiques. — G.-G. DE CLISAMBAULT : Notes sur l'éthérisme (*fin*).

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 5, 15 juin 1910.) J. DE FOURMESTRAUX et C. LISSONDE : Sur le traitement des fistules et cavités tuberculeuses par l'injection de pâte bismuthée. — H. PETIT : Appareil en plâtre armé pour coxalgie. — D. GAUDEAU : L'atrophie et l'hypotrophie infantiles. — G. RÉNON : L'hémostase par le procédé de Momburg en chirurgie et en obstétrique. — MARIE et MORICHAU-BEAUCHANT : Angiocholite subaiguë avec hépatomégalie et ictère. Hérédité hépatique remarquable. — POLLE : Un cas de luxation de l'épaule réduite facilement après injection locale de stovaïne. — (N° 7, 15 juillet.) Professeur SALOMONI (de Sienne) : Contribution à l'étude de la chirurgie du cœur (avec figures). — G. RÉNON : De l'opération de Ricard. Désarticulation intertibiocalcanéenne (avec figures).

Bulletin général de thérapeutique. — (30 mai 1910.) R. LAUFER et R. BOURGEOIS : Nouvelle méthode de traitement des entérites par imprégnation de l'intestin avec un milieu électif de sa flore microbienne normale. — (8 juin.) A. ROBIN : Les psychoses d'origine digestive et leur traitement. — R. LAUFER et R. BOURGEOIS : Nouvelle méthode de traitement des entérites par imprégnation de l'intestin avec un milieu électif de sa flore microbienne normale (*fin*). — (15 juin.) H. BOUQUET : Les insectes dans la thérapeutique de jadis. — (30 juin.) A. ROBIN : Les psychoses d'origine digestive et leur traitement. — (8 juillet.) THOMAS : La thérapeutique du cancer. — (15 juillet.) BENI-BARDE : Rôle de l'hydrothérapie dans l'hygiène.

Bulletin médical. — (N° 50, 22 juin 1910.) A. TROUSSEAU : L'invasion des granuleux en France. — E. PERCEPIED : La congestion pulmonaire unilatérale dans les attaques d'asthme. — (N° 51, 25 juin.) TÉCHOUEYRES : Microbiologie de la fièvre typhoïde. — (N° 52, 29 juin.) P. MÉNIÈRE : L'élimination urinaire du mercure et son importance pratique. Nouvelle méthode de dosage. — (N° 53, 2 juillet.) QUÉNU : Luxations récidivantes de l'épaule. — (N° 54, 6 juillet.) A. CHAUFFARD : Le ballottement sus-hépatique, signe nouveau des kystes hydatiques de la convexité du foie. — (N° 55, 9 juillet.) CHARPENTIER : Les maladies nerveuses dans la pratique journalière. — BORIES : L'inspection médicale des écoles, à Arzew. — (N° 56, 13 juillet.) HARDOUIN : L'hémostase par le procédé de Momburg. — CHASSEVANT : Sels de bismuth et radioscopie des organes digestifs. — (N° 57, 16 juillet.) GRANDMAIRE : Quelques réflexions sur le rôle de l' « Anophèle » dans l'étiologie du paludisme. — AUSSET : Un cas de maladie de Barlow, chez un enfant nourri exclusivement avec du babeurre frais. — (N° 58, 20 juillet.) CHANTEMESSE et MOREL : Le choléra en Europe 1904-1910. — LE PLAY et DOURY : Un cas de tétanos aigu suivi de guérison. Discussion du traitement. — (N° 59, 23 juillet.) LAMBRET : Dans l'emphysème pulmonaire, la chondrectomie (opération Freund) doit être précoce. — VIRY : Le fixe-bébé et le paddock à enfant.

Echo médical du Nord. — (N° 26, 26 juin 1910.) OUI : Leçon d'ouverture de la clinique obstétricale de Lille. — VANVERTS : L'écoulement du sang par le mamelon peut s'observer dans les tumeurs bénignes de la mamelle. — (N° 27, 3 juillet.) TONNEL : L'intradermoculture. Son application aux diagnostic, pronostic et traitement des infections. — (N° 28, 10 juillet.) Henri DAMAYE : L'épilepsie; ses lésions méningo-corticales. Obnubilation intellectuelle et démence. — PÉLISSIER : Péritonite bacillaire avec perforations multiples. — (N° 29, 17 juillet.) A. DUCARDE et André PAQUET : L'emphysème généralisé d'origine pulmonaire chez les enfants non tuberculeux. — (N° 30, 24 juillet.) O. LAMBRET : Dans l'emphysème pulmonaire, la chondrectomie (opération Freund) doit être précoce. — ROYER : Epidémie de maison de pemphigus.

CLINIQUE CHIRURGICALE

RHUMATISME ARTICULAIRE TUBERCULEUX

Double pied plat valgus douloureux par poly-arthrites du pied, d'origine tuberculeuse. Exostose astragalienne, calcanéenne, de même nature, etc. (1)

Messieurs,

Je suis très reconnaissant à votre maître, mon excellent collègue et ami le docteur Guinard, de me donner aujourd'hui la parole, dans cet amphithéâtre, à propos d'un malade de son service. Il me permet de développer, devant vous, des idées qui me sont chères sur le *rhumatisme tuberculeux* et sur la *tuberculose inflammatoire*.

Le rhumatisme articulaire tuberculeux n'est, comme je l'ai dit bien des fois, qu'une des manifestations de cette dernière tuberculose au niveau des jointures, et c'est lui qui, avec son absence de spécificité lésionnelle, me l'a révélée, il y a plus de dix ans.

Déjà l'année dernière, à peu près à la même époque, et dans ce même local, toujours grâce à la bienveillance de M. Guinard, je vous avais parlé d'un jeune malade, atteint, lui aussi, d'un double pied plat valgus douloureux de l'adolescence, d'origine tuberculeuse.

Aujourd'hui, j'aborde encore le même sujet, mais, si je puis dire, dans de meilleures conditions de clarté au point de vue de la doctrine que je défends, car, vous le verrez bientôt, de nombreuses manifestations pathologiques sont, dans le cas présent, nettement conditionnées par une seule et même cause, le poison tuberculeux.

La multiplicité des lésions, leur polymorphisme, leur enchaînement sont une preuve de plus, en faveur d'une pathogénie univoque.

Avant d'entrer dans le vif du débat, laissez-moi, messieurs, vous rappeler que, à l'heure actuelle, il n'est plus permis de contester l'existence du rhumatisme articulaire tuberculeux, dont le droit à la vie découle de cette simple réflexion : que la tuberculose, maladie éminemment infectieuse, peut et doit faire ce que font toutes les autres infections.

Or, personne, que je sache, ne met en doute les rhumatismes infectieux, au premier rang desquels se place actuellement, par sa grande fréquence, par ses aspects, si caméléonesques, le rhumatisme tuberculeux.

Il n'est pas posssible, en plus, de récuser la tuberculose inflammatoire.

Cette deuxième grande variété de tuberculose, nous l'avons nettement établi, avec Leriche, avec tous nos élèves, est caractérisée par des lésions inflammatoires banales, sans follicules tuberculeux, sans cellules géantes, etc., en un mot sans le cortège anatomique spécifique, que l'on croyait, jusqu'à nos recherches, indispensable, pour prononcer le nom de lésions tuberculeuses.

Ainsi que sa grande sœur, la tuberculose, classique, spécifique, simplement plus virulente, elle frappe, répétons-nous encore, tous les tissus, tous les appareils, tous les organes.

Après avoir rappelé, messieurs, ces quelques notions fondamentales, j'arrive à l'histoire du malade que vous avez sous les yeux et qui doit faire l'objet de cette leçon.

Il s'agit d'un homme âgé de vingt-huit ans, entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Guinard) le 23 mai 1910, parce qu'il se sent incapable de se tenir debout, et parce qu'il souffre dans ses pieds, pendant la marche (1).

A un premier examen, on le juge vigoureux, bien portant, mais un fait nous frappe, il a la moustache, qu'il porte seule, d'un roux flavescent, et les cheveux d'un noir foncé. Cette variation de couleur du poil suivant les régions, je vous la signale en passant, car elle témoignerait, au dire de divers auteurs, et je suis de cet avis, d'un bon terrain pour le développement du bacille de Koch.

Un tel érythrisme, nous l'avons rencontré, avec Leriche, chez Calvin, qui fut malade presque toute sa vie durant, et qui n'était, depuis son enfance jusqu'à sa mort survenue après une hémoptysie, qu'un pauvre tuberculeux, qualifié, lui aussi, d'arthritique. L'odyssée pathologique du grand réformateur est, vous le dirai-je incidemment, des plus instructives, car il est un des plus beaux exemples que puisse prendre la tuberculose revêtant le masque de l'arthritisme.

Je reviens à notre malade, à ses antécédents, héréditaires, personnels, qu'en pareil cas il ne faut jamais négliger. Son père est vivant, bien portant, mais sa mère est morte à cinquante et un ans de tuberculose pulmonaire, dit-il, elle toussait, elle crachait, elle était restée alitée pendant plusieurs mois. Il eut quatre frères ou sœurs, un est mort noyé, les trois autres sont morts en bas âge, de convulsions, paraît-il.

Retenons, messieurs, cette mortalité collatérale en bas âge, et n'oubliez pas qu'en dehors des fièvres éruptives son grand facteur est la tuberculose, la tuberculose des méninges, la tuberculose des centres nerveux.

Quant aux antécédents personnels de notre malade, ils sont également chargés.

Il ignore s'il eut des convulsions, mais il raconte que tout enfant il fut atteint de la gourme, qu'il avait des glandes, des croûtes dans les cheveux, etc.

A six ans, il eut une scarlatine non compliquée, et à treize ans il fut opéré pour des végétations adénoïdes. Sans adénite cervicale suppurée, sans otite ni ophtalmie, sa première jeunesse fut volontiers ce qu'on appelle délicate, c'est-à-dire coupée d'accidents strumeux, dont nous connaissons les relations intimes avec la tuberculose.

---

(1) Leçon faite, le 3 juin dernier, à l'amphithéâtre Desault, de l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. le professeur Antonin Poncet.

(1) Cette observation a été prise avec soin par M. Weill, externe du service; et par un de mes anciens internes le docteur André Chalier. Les belles photographies et radiographies qui l'accompagnent m'ont été aimablement fournies par le docteur Malméjac.

Nous savons très bien que ce sont là des manifestations de tuberculose plus ou moins atténuée, autrement dit, dans la plupart des cas, des accidents relevant de ce que nous appelons aujourd'hui la tuberculose inflammatoire.

En 1903, nous entrons dans une nouvelle phase pathologique pleine d'intérêt. P..., qui depuis 1901 fait son service militaire en Tunisie, présente en août 1903, à l'âge de vingt et un ans, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu. Elle survint à la suite d'une faction de douze heures. Cette crise fut partielle, elle se localisa aux extrémités des membres supérieurs (articulations des doigts et des poignets); mais elle fut très douloureuse et semble avoir été très aiguë puisque, dès le lendemain, le malade fut porté à l'hôpital, en proie à des frissons, à des sueurs, à de la fièvre: celle-ci aurait atteint 40 degrés et se serait maintenue, pendant plusieurs jours, à une haute température.

Les articulations des genoux et des pieds furent également prises peu de temps après celles des mains, mais d'une façon beaucoup moins aiguë. Le traitement salicylé, appliqué aussitôt *intus et extra*, eut un effet sédatif marqué, mais les choses traînèrent en longueur, puisque le malade fit un séjour de trois mois à l'hôpital, après quoi, *sa gorge et ses crachats ayant été examinés*, il fut réformé et revint en France.

Il affirme que, à ce moment, ses pieds et ses mains n'étaient le siège d'aucune déformation.

Dans l'hiver 1904, nouvelle crise de rhumatisme articulaire aigu, avec pyrexie au début. Cette fois les douleurs furent généralisées à la plupart des articulations des membres et du cou. Mais, ici encore, les phénomènes aigus initiaux cédèrent assez rapidement, pour laisser la place à des phénomènes subaigus d'une ténacité désespérante.

Pendant trois mois, en effet, le malade resta au lit, à l'Hôtel-Dieu, et c'est au bout de ce temps, sans jamais avoir cessé de présenter des douleurs intermittentes dans les pieds, qu'il remarqua une déformation progressive de son gros orteil gauche en valgus.

Une fois sorti de l'hôpital, il reprit son métier de porteur de journaux, se plaignant seulement de douleur et de fatigue les soirs de longue marche.

En 1905, il eut une blennorragie de très courte durée, et, fait à noter, sans le moindre retentissement articulaire. Pas d'autres maladies vénériennes à signaler.

En 1908, troisième crise de rhumatisme articulaire, caractérisée surtout par des douleurs aux cous-de-pied et aux talons. Allure subaiguë. Séjour de quatre mois à l'Hôtel-Dieu.

Enfin, *en novembre 1909*, après avoir, tant bien que mal, vaqué à ses occupations ordinaires, il entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine, accusant une *fatigue rapide* des membres inférieurs, rendant impossible la marche et la station debout prolongée. Celles-ci occasionnent, en outre, des douleurs qui ont leur siège de prédilection en trois points : 1° à l'avant-pied, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes; 2° au milieu du pied, vers l'articulation médio-tarsienne; 3° aux talons et dans les régions tibio-tarsiennes. Ces douleurs sont bilatérales, mais surtout vives à gauche. Elles s'accentuent, au fur et à mesure que le malade marche, pour s'atténuer ou disparaître, sous l'influence du repos de la nuit.

Le malade se plaint, en outre, de déformations survenues au niveau de ses pieds et qui semblent aller, sans cesse, en augmentant.

C'est pour elles qu'il entre à l'hôpital le 23 mai dernier.

Tous ces renseignements, messieurs, sont précieux; s'ils ne nous orientent pas encore définitivement vers un diagnostic pathogénique précis, ils nous expliquent les déformations, les lésions que nous allons constater et les troubles fonctionnels qui en découlent.

A l'examen, au repos, le malade ne souffre pas de ses pieds.

Il accuse seulement une certaine douleur au niveau de la diaphyse de la clavicule gauche.

Celle-ci est manifestement douloureuse à la pression, elle est un peu irrégulière, hyperostosée, sans tuméfaction locale.

Les pieds présentent les déformations suivantes : des deux côtés existe un pied plat valgus, absolument typique avec son effondrement complet de la voûte plantaire (fig. 1).



Fig. 1. — *Face plantaire des deux pieds effondrés. Hallus valgus du gros orteil gauche. Déformation, chevauchement des orteils, etc.*

A droite l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est un peu augmentée de volume et arrondie. Elle est le siège, en outre, de quelques craquements. L'orteil est comme raccourci, rétracté, rentré. Le troisième doigt commence à se déplacer et à se loger au-dessus du quatrième.

A gauche, le gros orteil offre tous les signes d'un

hallux valgus très prononcé, avec des phénomènes d'arthrite chronique, déformante, métatarso-phalangienne (fig. 2).

Les trois orteils du milieu sont comme soulevés par les deux extrêmes qui convergent et qui leur laissent une place insuffisante. Le troisième orteil est particulièrement enserré; son articulation métatarsienne forme une saillie très marquée et très douloureuse à la pression.



Fig. 2. — *Radiographie du pied gauche. Poly-arthrites, chroniques, déformantes du pied, des articulations métatarso-phalangiennes, inter-phalangiennes. Raréfaction des phalanges, etc.*

Ces trois orteils médians s'imbriquent à la façon des tuiles d'un toit, le deuxième recouvrant le troisième et ainsi de suite. Quant au troisième orteil, oblique en dedans et en avant, il donne, par la face dorsale, un point d'appui aux extrémités du troisième et du quatrième.

Les deux talons sont douloureux à la pression lorsqu'on les saisit à pleines mains, les calcanéums sont hyperostosés, mais sans autre déformation appréciable.

Les genoux sont secs, ils craquent, surtout à droite, dans les mouvements plus ou moins rapides et étendus de la jambe sur la cuisse.

Quelques ganglions sans caractères dans les triangles de Scarpa.

Abdomen et colonne sans lésions apparentes.

Aux mains, pas traces des anciennes poussées rhumatismales, sauf, cependant, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche qui est notablement augmenté de volume, dans tous les sens, avec craquements et gêne dans la flexion du doigt.

Pas de synovites, rien aux poignets, aux coudes, aux épaules. Testicules normaux, le cœur paraît sain.

Les poumons sonnent bien en arrière et respirent de même aux bases.

Les *sommets sont submats avec une respiration obscure*, sans craquements, ni râles.

La voix du malade est rauque, voilée, depuis l'âge de treize à quatorze ans, époque à laquelle il eut une *laryngite*. Pas de dyspnée, pas de toux, pas d'expectoration.

La radiographie des deux pieds révèle, entre autres particularités, l'existence d'une petite exostose, sous forme d'une apophyse coracoïde, de crochets, au niveau de la face plantaire du calcanéum. Ces deux exostoses symétriques ne se traduisent à la palpation par aucun signe appréciable (fig. 3).

Les astragales sont aussi irréguliers et hyperostosés au niveau de leur face dorsale. Il existe, de plus, un certain degré d'empâtement subinflammatoire des deux pieds, qui s'accentue par la marche, par la station debout.

Quant aux urines, elles seraient normales actuellement. *Aux divers autres séjours hospitaliers elles étaient albumineuses.*

Telle est, messieurs, sans entrer dans plus de détails morphologiques, l'intéressante observation de ce malade.

Le diagnostic de ces malformations peut se résumer ainsi : double pied plat valgus douloureux tout à fait caractéristique, hallux valgus, déformation progressive des orteils symptomatiques d'un rhumatisme, chronique, déformant, localisé aux diverses articulations des deux pieds, et succédant à quatre attaques, dans l'espace de sept ans, d'un rhumatisme articulaire aigu, etc.

Nous nous trouvons en face d'un rhumatisme articulaire prolongé chez un sujet de vingt-huit ans, atteint également, depuis, d'exostoses, d'une ostéopériostite claviculaire à forme plastique, etc.

Mais ce diagnostic clinique ne nous suffit pas, il faut rechercher la cause de ces lésions multiples, il faut préciser la nature de ces accidents ostéo-articulaires. Cette tâche nous est rendue facile, messieurs, par les antécédents du malade, par son histoire personnelle, par l'évolution, l'enchaînement des lésions, et enfin, par ce que nous savons, depuis longtemps déjà, du rhumatisme articulaire tuberculeux.

Je ne reviendrai pas sur l'hérédité bacillaire de ce jeune homme, hérédité non moins chargée que certaine, et j'arrive, de suite, à ses premières manifestations de l'intoxication tuberculeuse.

C'est à l'âge de vingt et un ans que le malade, soldat en Tunisie, eut sa première attaque de rhumatisme articulaire aigu, survenue après une faction de douze heures, après, semble-t-il, une grande fatigue dont je ne méconnais pas, le moins du monde, toute la valeur occasionnelle. Mais je ne puis en faire qu'une cause adjuvante, la cause véritable était déjà le poison tuberculeux, et, pour l'appeler de son véritable nom, pathogéniquement parlant, ce rhumatisme articulaire aigu était un rhumatisme articulaire aigu tuberculeux primitif. La tuberculose articulaire, dans sa forme, inflammatoire, rhumatismale, ouvrait la scène à d'autres manifestations pathologiques, ainsi que nous l'avons vu bien des fois, dont la nature tuberculeuse s'affirmait de plus en plus dans la suite.

Rappelez-vous, messieurs, que le malade fut, quelques mois après, réformé (sa gorge et ses crachats ayant été examinés). N'oubliez pas non plus qu'à des manifestations articulaires aiguës, améliorées par l'emploi du salicylate de soude, succédèrent d'autres manifestations chroniques, d'une ténacité désespérante (1), enfin l'expérience m'a montré que les arthrites, les sérosites, qui surviennent, principalement, chez les enfants, chez les adolescents, chez les sujets jeunes, et cela, en dehors de toute cause appréciable, de toute infection décelable, étaient des plus suspectes, au point de vue de leur nature tuberculeuse.

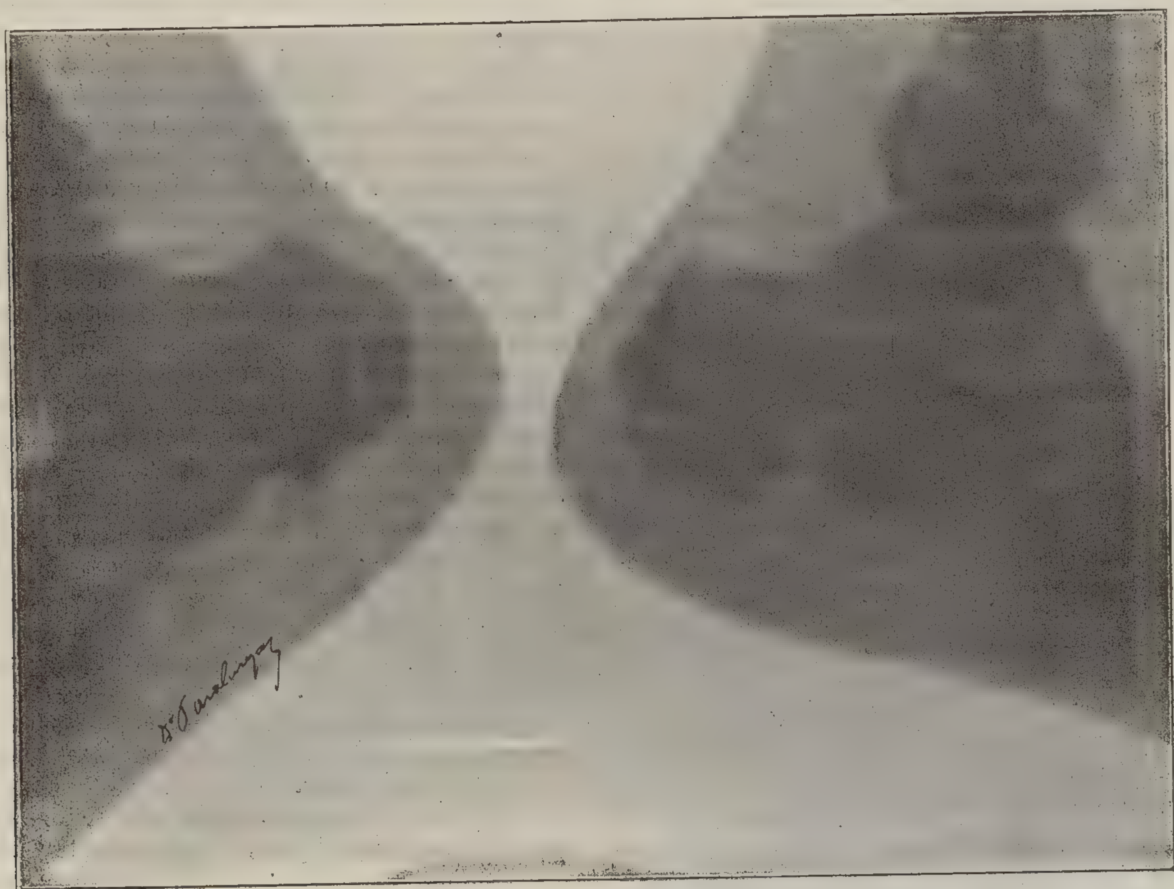


FIG. 3. — *Exostoses en forme de crochet, siégeant sur la face plantaire, développées au niveau de la grosse tubérosité des deux calcanéums, déformés, légèrement hyperostosés.*

Pour toutes ces raisons, je fais donc le diagnostic rétrospectif du rhumatisme articulaire aigu tuberculeux (type Bouillaud).

Nous possédons de nombreuses observations semblables. Vous en trouverez l'analyse dans notre traité du *Rhumatisme tuberculeux* (1). Il en a été de même, au point de vue pathogénique, des autres attaques rhumatismales, aiguës, survenues en 1904-1908 et 1909-1910.

Quant à leur localisation, surtout au niveau des deux pieds, nous en trouvons l'explication, ainsi que celles des déformations consécutives, dans la profession du malade. Il est porteur de journaux, il marche, il court toute la journée, il est un candidat de choix à la tarsalgie.

Je n'insisterai pas sur les malformations existantes, de la voûte plantaire, des orteils. Je vous les ai décrites, la photographie, la radiographie, d'autre part, en donnent une bonne idée. Elles ont succédé

(1) Les préparations salicylées, le salicylate de soude en particulier, n'ont pas toute la valeur diagnostique que nous avions supposée, au début de nos recherches, quant à la nature du rhumatisme. Nous avons vu, en effet, comme dans le cas présent, le salicylate de soude réussir, dans les formes aiguës du rhumatisme tuberculeux, tout au moins partiellement. La fièvre, les douleurs, le gonflement s'atténuent volontiers, mais ces divers accidents ne disparaissent pas complètement, et, ce malade en est un exemple, le rhumatisme devient chronique, traînant, etc. Une telle évolution doit inspirer de grandes réserves.

Déjà Bonnet, D. Mollière avaient signalé la malignité de cette transformation et la marche, alors, de certaines arthrites vers la tumeur blanche.

(1) Paris, 1909. O. Doin, édit.

à des lésions ostéo-articulaires, à des poly-arthrites, et l'on ne peut supposer, un seul instant, qu'elles ont été uniquement d'origine statique.

Ce sujet est un très bel exemple de pieds plats valgus douloureux d'origine tuberculeuse, tels que nous les avons, maintes fois, rencontrés et décrits. Il offre cette particularité que cette double malformation est survenue après l'adolescence, vers l'âge de vingt et quelques années, après des attaques de rhumatisme. Ce fait n'est pas pour nous étonner.

Le pied plat valgus douloureux se rencontre très bien en dehors de l'adolescence, et si la question d'âge établit des catégories, elle ne change pas l'origine des lésions, car beaucoup de pieds plats douloureux de l'adolescence sont, eux aussi, de nature bacillaire.

Je ne vous parlerai pas de l'anatomie pathologique de ces lésions, elles sont celles des arthrites rhumatismales chroniques. Vous ne trouverez là aucune altération tuberculeuse grossière : tubercules, caséification, fongosités, abcès froid, etc., et pas davantage une spécificité histologique : follicule tuberculeux, cellules géantes, etc. Quant aux bacilles, ils font aussi, généralement, défaut.

Le processus est, entièrement ou à peu près, inflammatoire, c'est-à-dire constitué par des lésions d'inflammation banale, sans signature anatomique.

Il s'agit, nous l'avons dit et démontré, bien des fois, avec Dor et Leriche, d'une tuberculose sans spécificité lésionnelle, autrement dit d'une tuberculose qui, par ses caractères spéciaux, mérite bien le nom que nous lui avons donné, de tuberculose inflammatoire.

Quant aux exostoses astragaliennes et surtout calcanéennes, dont le malade est porteur, elles relèvent, comme son ostéo-périostite claviculaire, du même processus infectieux qui est encore, dans l'espèce, un processus tuberculeux. Ce sont des réactions ostéo-périostiques, tout à fait assimilables, étiologiquement, aux autres lésions ostéo-articulaires.

Il y a tantôt dix ans que, avec un de mes anciens internes et collaborateurs, le docteur Mailland, nous avons décrit les *exostoses d'origine tuberculeuse*.

Très probablement, dans nombre de cas, les exostoses sous-calcanéennes si bien mises en lumière et décrites par mon ami le professeur Reclus et son ancien chef de clinique, le docteur Schwartz, sont de cette nature.

Il est un point, messieurs, sur lequel je désire encore appeler votre attention, parce qu'il est susceptible d'augmenter encore votre conviction, s'il était nécessaire, sur l'origine tuberculeuse des divers accidents dont je viens de vous parler.

Ce malade a une ancienne laryngite, il lui reste une voix rauque, voilée, depuis l'âge de treize à quatorze ans; enfin, pendant ses divers séjours hospitaliers, séjours prolongés, au nombre de trois, ses urines étaient, dit-il, albumineuses. Une telle laryngite doit toujours être, en effet, tenue pour suspecte. Il en est de même de l'albuminurie, dite, intermittente, orthostatique, etc., des enfants, des jeunes sujets. De telles albuminuries, nous l'avons montré avec A. Chalier, sont, très souvent, d'origine bacillaire, elles peuvent être, la première, l'unique, manifestation de cette infection, et lorsqu'on parle d'albuminuries, en pareil cas, pré-tuberculeuses, on emploie une mauvaise expression, qui ne répond pas à la réalité des choses, car elles sont, bel et bien, dès le premier jour de leur apparition, de nature tuberculeuse.

En résumé, messieurs, nous avons sous les yeux un cas typique de tuberculose atténuée, de petits maux tuberculeux, si vous le voulez, dont la pathogénie est établie par l'inventaire de ce malade, dans son passé, dans son présent, par la filiation des accidents, et par l'existence, chez lui, d'une infection unique : la tuberculose.

Il synthétise, admirablement, dans son genre, la doctrine que nous défendons, depuis quelques années, du rhumatisme articulaire tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire, l'un et l'autre, fonction de l'intoxication bacillaire.

En raison de la nature de ces diverses localisations pathologiques, en raison du milieu social auquel ce malade appartient, le pronostic général doit être des plus réservés.

Du repos, du soleil, du grand air, une excellente alimentation, etc., forment, comme chez tous les bacillaires, petits et grands, la base du traitement.

C'est en pareil cas, avec de tels malades, qu'il faut se rappeler que les arthritiques, ou prétendus tels, ne sont, la plupart du temps, que des tuberculeux et que les régimes diététiques sont alors, on ne peut plus, néfastes.

Quant aux petites exostoses sous-calcanéennes qui sont un peu, dans le cas présent, comme la mousse sur le toit de la maison, au point de vue de sa solidité, de sa durée, si elles sont, par leur siège, généralement douloureuses, elles sont justiciables d'une ablation qui, entre les mains de mon éminent collègue le docteur Guinard, sera ici certainement, aussi simple, dans son exécution qu'efficace dans ses résultats.

FORMULAIRE

BRONCHITE INFANTILE

En cas de raucité de la voix :

Antipyrine	0g50
Bromure de potassium	1 gramme
Sirop de codéine	10 —
— de fleurs d'oranger	30 —
— de tolu	20 —
Eau distillée, q. s. pour	120 —

Une cuillerée à café d'heure en heure.

CONTRE LE TÆNIA

La veille, mettre 60 grammes d'écorce sèche de racine de grenadier concassée dans un demi-litre d'eau tiède, remuer de temps à autre.

Le lendemain, filtrer et réduire par ébullition le liquide obtenu de moitié. Laisser refroidir et absorber cette dose à jeun.

Dès que les coliques ou tiraillements intestinaux se montreront (ou une demi-heure après l'absorption si rien ne se produit) prendre 30 grammes d'huile de ricin et aller sur un seau au tiers rempli d'eau, en évitant de tirer sur le ver.

(*Nouv. Remèdes.*)

ANALYSES

SYPHILIGRAPHIE

Sur des troubles vésicaux consécutifs à l'emploi de la préparation « 606 ». (Ehrlich. *Wiener klin. Wochens.*, 4 août 1910, n° 31, p. 1131); — **Observations sur 503 cas de maladie traités par le dioxy-diamido-arsenobenzol.** (Wechselmann. *Deuts. med. Wochens.*, 11 août 1910, n° 32, p. 1178); — **Sur le traitement de la syphilis par la préparation « 606 » d'Ehrlich.** (Iversen. *Münch. med. Wochens.*, 16 août 1910, n° 33, p. 1723); — **Traitement avec succès d'un nourrisson syphilitique par le traitement de sa mère, qui le nourrissait, avec le « 606 ».** (Taege. *Münch. med. Wochens.*, 16 août 1910, n° 33, p. 1725). — En présence des cas de rétention d'urine consécutive aux injections de « 606 » publiés par Bohac et Sobotka, Ehrlich a fait une enquête auprès des médecins qui ont reçu du « 606 » en même temps que ces deux auteurs.

Aucun n'a observé de manifestations fâcheuses, Alt et Sellei pensent que les accidents survenus chez les malades de Bohac et Sobotka ne sont pas imputables au dioxy-diamido-arsenobenzol, mais à de l'alcool méthylique, peut-être impur.

Wechselmann, qui un des premiers a expérimenté dans son service le dioxy-diamido-arsenobenzol, a pu dans l'espace de quelques semaines traiter 503 malades par ce médicament. Il constate tout d'abord qu'il exerce une action remarquable sur la nutrition des syphilitiques et que l'on voit le poids du corps augmenter rapidement consécutivement à l'injection. L'amélioration des lésions syphilitiques est souvent très rapide. Wechselmann cite les observations de malades souffrant depuis des années de douleurs ostéocopes rebelles à tout traitement et qui ont disparu une ou deux nuits après l'injection.

Il est impossible de dire à l'heure actuelle s'il existe des spirochètes réfractaires à l'action du dioxy-diamido-arsenobenzol. Wechselmann a observé après la première injection des récidives qui ont cédé facilement à une seconde piqûre.

Il a vu aussi plusieurs fois la réaction de Wassermann négative avant l'injection, devenir positive quelques jours après celle-ci; il pense que la destruction massive des spirochètes fait apparaître dans le sang les substances nécessaires à la réaction de Wassermann.

L'auteur mentionne des cas de syphilis intestinale, hépatique, laryngée, cérébrale, traités avec succès.

Chez un sujet atteint de syphilis cérébrale et chez des tabétiques au début, il a vu reparaître les réflexes pupillaires après l'injection.

Comme accidents consécutifs aux injections, Wechselmann a observé des vomissements, de la constipation, et quelques cas de fièvre intense pouvant s'accompagner d'exanthème.

Iversen (de Saint-Pétersbourg) a traité par le dioxy-diamido-arsenobenzol soixante cas de syphilis, dont beaucoup en raison de la situation sociale, de la négligence et du faible développement intellectuel des sujets, présentaient une gravité qu'il est rare de rencontrer dans l'Europe occidentale.

Iversen combine l'emploi des injections intramusculaires et intraveineuses. Les injections intraveineuses sont indolentes; mais l'élimination de l'arsenic se fait ensuite très rapidement. Les injections intramusculaires permettent une résorption plus lente du médicament dont l'action se prolonge avec avantage; mais l'injection de la dose nécessaire (0g60 ou 0g70) est extrêmement douloureuse. Aussi Iversen injecte d'abord 0g40 ou 0g50 de « 606 » dans les veines, puis fait le lendemain une injection intramusculaire de 0g30 ou 0g40, atteignant ainsi des doses de 0g75 à 0g80.

Lui aussi note, en même temps que l'amélioration des lésions spécifiques, l'augmentation du poids du corps et le relèvement de l'état général.

A plusieurs reprises Iversen a ponctionné des ganglions inguinaux chez des sujets atteints de chancres syphilitiques et a trouvé de nombreux spirochètes dans le suc ganglionnaire aspiré. Il a répété cette recherche trois ou quatre jours après l'injection du « 606 » et n'a jamais pu retrouver de spirochètes.

La réaction de Wassermann a disparu du sang des malades vingt à quarante jours après l'injection; dans certains cas elle s'est accentuée après celle-ci pour s'atténuer ensuite et disparaître.

Traege rapporte l'observation d'un enfant, né d'une mère syphilitique et qui présenta lui-même, neuf jours après sa naissance, des signes indéniables de syphilis héréditaire (coryza, pemphigus, oxyxis, mauvais état général). On injecta alors à la mère, qui nourrissait elle-même son enfant, 0g30 de dioxy-diamido-arsenobenzol. Pendant les deux jours qui succédèrent à l'injection, il y eut chez le nourrisson une exacerbation des phénomènes morbides. A partir du troisième jour les lésions spécifiques commencèrent à disparaître en même temps que l'état général se relevait pour devenir bientôt excellent. L'examen minutieux du lait a montré qu'il n'y passait pas la moindre trace d'arsenic. Traege pense que la destruction brusque des tréponèmes a mis en liberté une grande quantité d'endotoxines ce qui a provoqué la formation d'antitoxines. Ce sont ces dernières qui, passant dans le lait, auraient amené la guérison du nourrisson.

A. Lemierre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Contribution anatomo-clinique à l'étude des granulomes de la moelle. (P. Ciuffini. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1910, p. 299.) — Etude d'un « granulome » occupant le cordon latéral droit au niveau du deuxième segment de la moelle dorsale et empiétant fortement sur les cornes antérieure et postérieure. Évolution en un an; douleurs très intenses, puis paraplégie prédominante à droite, avec les troubles sensitifs habituels d'une myélite transverse. L'auteur insiste sur l'impossibilité de faire le diagnostic anatomique de la nature tuberculeuse ou syphilitique de ce « granulome » dans lequel il n'a pu déceler la présence du bacille de Koch.

L. Alquier.

CHIRURGIE

Hernies mésocoliques ou rétrogastriques. (William J. Mayo. *Ann. of surg.*, vol. XLIX, n° 4, avril 1909, p. 487-490.) — Mayo a opéré deux de ces cas rares en 1908 :

1° Une femme de cinquante-neuf ans, diagnostic d'obstruction pylorique avec vieil ulcère; à l'opération, grosse déchirure du mésocôlon transverse, à travers laquelle tout l'intestin grêle, excepté les premiers 8 centimètres et les derniers 30 centimètres, avait passé dans l'arrière-cavité des épiploons, derrière l'estomac et avait été s'engager dans une seconde déchirure dans l'épiploon gastro-hépatique. Les deux déchirures avaient chacune 13 centimètres de diamètre. L'ouverture dans le mésocôlon était située dans la courbe de l'artère côlique moyenne, à l'endroit où l'on fait la bouche d'une gastro-entérostomie postérieure. Réduction, suture des bords de la déchirure à la paroi postérieure de l'estomac, puis gastro-entérostomie postérieure pour l'ulcère obstruant qui fut trouvé dans le duodénum, tout juste au-dessous du pylore.

2° Femme de trente-deux ans, sténose pylorique. On trouve dans le mésocôlon une ouverture de 10 centimètres de diamètre, dans la même situation que dans le cas précédent, c'est-à-dire dans la portion avasculaire, en avant du ligament de Treitz. Par cette ouverture avait passé 1m50 d'intestin. Ulcère de la première portion du duodénum. Même conduite que dans le cas précédent.

A noter que les deux malades présentaient le type de l'en-

téroptose généralisée de Glénard. Les symptômes d'obstruction chronique étaient très marqués dans les deux cas, dit Mayo, on s'étonne seulement qu'ils ne l'aient pas encore été davantage. Les malades avaient souffert des années avant de se faire opérer. F. GARDNER.

De quelques éruptions survenant après les opérations. (Francis J. SHEPHERD. *The Journ. of cut. diseases*, juillet 1909, vol. XXVII, n° 322, p. 293.) — Les chirurgiens savent bien que des éruptions cutanées peuvent survenir après les opérations. Beaucoup sont causées par l'emploi de substances médicamenteuses diverses, en particulier les produits tirés du goudron. Mais d'après Shepherd, d'autres origines peuvent aussi être invoquées dans certains cas. Il s'agit d'éruptions de caractères variés : le plus souvent une dermatite très prurigineuse d'aspect scarlatiniforme suivie de desquamation, sans élévation de température et angine; d'autres consistaient en une éruption papuleuse diffuse, extrêmement irritante, qui couvrait le corps un jour ou deux après l'opération et finissait au bout d'une semaine ou plus.

L'auteur les attribua d'abord à l'emploi de l'antipyrine, du trional, de l'acétanilide et autres produits du goudron utilisés comme calmants et somnifères; mais après la suppression de ces substances les éruptions se produisirent encore de temps à autre. Shepherd pensa alors que l'agent nocif pouvait être les lavements dont on use si abondamment dans la première semaine qui suit les opérations et dans lesquels on met souvent de l'essence de térébenthine.

Il fit supprimer la térébenthine et on ne se servit plus que de lavements au savon de soude. Malgré cela les éruptions continuèrent à se produire. Pour la confection de ces lavements on se sert de savon commun jaune. Si on le remplace par du savon plus fin à la potasse, les éruptions ne se produisent pas. Si on reprend les lavements au gros savon jaune les éruptions se produisent.

Le savon bon marché commun contient une grande quantité de résine et c'est de là que proviennent dans certains cas les éruptions post-opératoires.

L'éther employé comme anesthésique peut parfois causer des éruptions, mais il s'agit de simples érythèmes.

A la suite de son article, Shepherd rapporte huit observations venant à l'appui de sa thèse où après des opérations et l'emploi de lavements au savon commun on a observé des éruptions scarlatiniformes, ortiées, papuleuses, quelquefois avec des pétéchies. M. LANCE.

NEUROLOGIE

Un cas de paralysie agitante chez une ancienne basedowienne. (GOLDSTEIN et COBILOVICI. *Revue neurol.*, 1910, p. 680-686.) — Les auteurs rappellent, à propos de leur observation, les travaux récents qui « plaident pour l'existence d'une relation entre la paralysie agitante et des modifications de nature endocrine. Notre cas, en outre de ce qu'il vient confirmer de cette relation, précise encore que ce rapport est en première ligne avec l'appareil thyro-parathyroïdien ». L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

La gaïacose dans les affections chroniques des organes respiratoires et surtout dans la tuberculose. (M. R. MASSALONGO (de Gênes). *Allegem. Med. Central-Zeit.*, 1909, n° 34.) — Depuis longtemps, l'auteur ne prescrit plus aucun médicament à toute période de la tuberculose, en dehors des préparations créosotées, qu'il estime être des médicaments antiseptiques et bactéricides dans les maladies chroniques de la muqueuse bronchique et de la muqueuse de l'intestin. Pour le reste, il emploie simplement — comme c'est l'usage général — le traitement physique et diététique. Il reconnaît, avant tout, l'importance de l'albumine de la viande dont la valeur est considérable pour la reconstitution des tissus. Parmi les nombreuses préparations qui interviennent ici, la somatose mérite, sans aucun doute, la plus grande confiance et donne les plus brillants résultats. Elle facilite, d'une façon remarquable, la digestion, elle est bien assimilée.

L'amélioration de l'état général, l'augmentation du poids corporel sont des preuves infaillibles du résultat d'un emploi méthodique de la somatose. Dans les maladies des enfants, la somatose a donné, à l'auteur et à d'autres observateurs, des résultats favorables au delà de toute attente. Dans les maladies infectieuses fébriles la somatose doit être préférée aux autres substances albuminoïdes de la viande, précisément parce qu'elle ne contient pas de matières extractives.

Une nouvelle préparation qui contient, en même temps de la somatose liquide et du sulfo-gaïacolate de calcium, dépourvue, en outre, de tout effet secondaire toxique, était donc pour lui la bienvenue.

Au cours de ces ceux dernières années, il a pratiqué d'une façon systématique et exclusive dans son service d'hôpital, le traitement de nombreux sujets tuberculeux par la gaïacose, sans distinction des cas (tuberculose pulmonaire à tous les degrés) et dans la tuberculose intestinale et péritonéale.

Il n'est pas douteux que la gaïacose soit utile dans presque tous les cas de tuberculose, même dans les cas avancés de la maladie. Elle trouve son indication spéciale naturellement dans tous les cas où les voies digestives, en raison de la diminution de leurs fonctions, supportent mal toute alimentation, même les œufs et le lait. L'auteur a obtenu des résultats absolument surprenants dans la péritonite tuberculeuse avec ou sans symptômes pulmonaires. Dans les autres cas de tuberculose pulmonaire, l'action de la gaïacose s'est fait sentir en un temps relativement court, l'appétit et le poids corporel ont augmenté à vue d'œil, la nutrition et les forces se sont nettement relevées, la toux a diminué tant sous le rapport de son intensité que du nombre des quintes, l'expectoration est devenue moins abondante et a perdu, peu à peu, son caractère purulent; on a pu, également, observer une influence calmante sur la fièvre. Parallèlement à l'amélioration de la toux, de l'expectoration et de l'état général, l'état local des poumons, dans les cas qui n'étaient pas trop avancés, est devenu plus favorable, les râles ont diminué. Il ne manque pas de faire remarquer qu'en rapport avec cette amélioration, l'insomnie pénible a souvent disparu. Même après un emploi de plusieurs mois, il n'a jamais pu constater aucun effet secondaire désagréable. Engagé par ces observations favorables, il a encore employé la gaïacose dans d'autres maladies non tuberculeuses des organes respiratoires, accompagnées de toux pénible et d'expectoration.

Comme dose quotidienne de gaïacose, on fait prendre de trois ou quatre cuillerées à dessert, à trois ou quatre cuillerées à soupe, soit pure, soit plutôt dans une tasse de cacao au lait, de cacao, d'infusion de thé ou de tilleul. L. GAYARD.

L'Education des anormaux. Principes d'éducation physique, intellectuelle et morale, par les docteurs Jean PHILIPPE et G. PAUL-BONCOUR. In-16 de la bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 2 fr. 50. — Paris Félix Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES POLYURIES (1)

b. POLYURIE TRAUMATIQUE. — Il faut en rapprocher la plupart des cas de polyurie traumatique dont la connaissance est importante surtout en raison de la loi sur les accidents du travail, en raison des conséquences de toute nature qu'elle entraîne. Cette polyurie traumatique peut d'ailleurs se compliquer également de *diabète traumatique*; il s'agit le plus souvent de traumatisme ayant intéressé le crâne et le rachis; la polyurie apparaît quelques heures après le traumatisme; il s'agit en général d'une polyurie considérable accompagnée d'une polydipsie très moderée; elle peut durer trois à quatre mois et guérir assez brusquement, ou bien se compliquer d'une *glycosurie* très passagère et curable, ou au contraire d'une glycosurie durable dont le pronostic devient alors extrêmement réservé.

c. POLYURIE ESSENTIELLE. — Connue également sous le nom de *diabète hydrurique* : elle peut s'observer chez l'enfant et chez l'adulte; elle se caractérise par l'excrétion excessive d'urine, une polydipsie assez marquée, rarement compliquée de polyphagie et d'amaigrissement, le début est en général brusque, il existe de fréquentes et abondantes mictions (entre 3 et 15 litres), les urines sont pâles, de saveur nulle, acides et très peu denses; en effet l'excrétion des matériaux solides est sensiblement égale à celle d'un sujet normal.

La polydipsie est constante, excessive, et, fait important à signaler, l'excrétion urinaire est très inférieure à la quantité des liquides ingérés. Les fonctions digestives sont normales, il n'y a pas de troubles nerveux. La marche de cette affection est chronique, et la mort est beaucoup plus souvent le fait d'une affection intercurrente.

Telles sont les modalités cliniques sous lesquelles se présente le plus souvent le syndrome polyurie. Nous allons essayer maintenant rapidement de rappeler ce que les recherches expérimentales et anatomo-pathologiques ont pu apporter comme contribution à l'étude de la pathogénie de ce syndrome.

POLYURIE EXPÉRIMENTALE : ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous nous contentons de signaler sans y insister ici, les recherches de Lamy, Mayer, Mayer et Rathery, sur les polyuries expérimentales réalisées à l'aide de différentes solutions (sucre, sel, urée, etc.). A l'occasion de ces expériences, ces auteurs ont fourni des explications fort ingénieuses sur le mécanisme de la sécrétion rénale (en particulier sur le rôle du glomérule de Malpighi qui fonctionnerait à la manière d'un corps de pompe). Parmi les constatations anatomiques, peu de choses intéressantes; quelquefois, un rein hypertrophié, avec quelques lésions cellulaires, spécialement au niveau des tubuli contorti et des artères, mais en résumé rien de bien caractéristique.

En ce qui concerne l'*anatomie pathologique* des polyuries relevant d'une affection rénale, nous ne signalerons pas ici les lésions constatées; ce sont des lésions appartenant à l'affection incriminée, et nullement exclusivement à la polyurie. Il nous reste à essayer de rappeler les diverses pathogénies actuellement en cours pour expliquer le syndrome polyurie.

PATHOGÉNIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Plusieurs théories ont été successivement invoquées pour expliquer la polyurie.

a. **Rôle de la circulation, de la pression sanguine.** — Il suffit de rappeler les discussions physiologiques de Ludwig, Bowmann, sur le rein, simple *filtre* ou glande à *sécrétion*.

En ce qui concerne les modifications de la tension sanguine, il faut signaler spécialement, parmi les facteurs importants capables de modifier cette tension, les lésions des glandes surrénales que les travaux récents de Waquez, Aubertin, ont bien mis en évidence.

b. **Rôle du système nerveux.** — On se rappelle l'existence d'un centre de la polyurie (Cl. Bernard), au niveau du plancher du quatrième ventricule; signalons la réalisation de polyuries par Kahler, par injection de nitrate d'argent dans le bulbe, et par section des splanchniques.

c. **Rôle de la cellule rénale.** — Par le procédé des circulations rénales artificielles entreprises par Schmiedelberg, Bung, poursuivies par Lamy et Mayer, on a pu démontrer que les substances diurétiques agissent surtout en provoquant un fonctionnement exagéré de l'épithélium rénal; parfois il peut s'agir d'un hyperfonctionnement total du rein.

d. **Rôle du mécanisme régulateur de la composition du sang.** — Cette théorie toute récente est la conséquence des travaux de Achard et Lœper. Ces auteurs ont montré que presque toutes les polyuries étaient précédées d'une véritable étape sanguine.

Ainsi, après l'absorption de deux litres de liquide en une heure par exemple, la masse du sang augmente en eau de telle sorte, que la concentration moléculaire diminue de 1/100, que NaCl s'abaisse de 0,15 à 0,20, l'albumine de 9 à 10 grammes, et les hématies de 400 000 à 600 000. L'équilibre ne se rétablit que lorsque la polyurie apparaît.

Si le liquide est isotonique, il y a dilution sanguine (Chiray); si le liquide est hypertonique il se produit d'abord appel d'eau pour rétablir l'équilibre, puis polyurie; c'est également ce qui se passe au cours du diabète, des maladies infectieuses (rétention des chlorures, etc.).

On conçoit donc l'importance de la dilution sanguine dans le mécanisme de la polyurie : d'ailleurs cette dilution peut relever de divers facteurs, elle peut être due à l'introduction dans le sang d'une substance qui produit un appel d'eau, à un vice de fonctionnement du rein (rétention des chlorures), enfin à l'absorption excessive de liquides isotoniques ou hypotoniques.

PRONOSTIC. — Le pronostic d'une polyurie observée en clinique est éminemment celui de la cause déterminante, et par cela même il est extrêmement variable et difficile à préciser suivant les cas.

TRAITEMENT. — Il ne faudra pas tout d'abord s'opposer à l'ingestion abondante de liquides; la suppression brusque des liquides peut provoquer de graves accidents, par déshydratation brusque de l'organisme. On veillera seulement à donner des liquides capables de ne pas léser les organes digestifs, et l'on veillera chez les dégénérés, les idiots, à ce qu'ils ne souillent pas les liquides qu'ils ont à leur disposition.

On instituera surtout le traitement de l'affection causale; on se rappellera que la tuberculose peut être à l'origine de ces polyuries, et que bon nombre d'entre elles sont justiciables d'un traitement chirurgical (tuberculose rénale, vésicale, hypertrophie prostatique).

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Maladies des enfants*, t. III. — CASTAIGNE. *Maladies des reins*. — ENRIQUEZ, LAMY, BERGER, LAFFITE. — *Gaz des hôpit.*, 19 décembre 1907 : BABONNEIX et ROUSTAN.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 93, p. 1306, et n° 96, p. 1342.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Les Intoxications tuberculeuses. Etude clinique et thérapeutique, par Jozsef Hollos, prosecteur général à l'hôpital général de Szeged, avec une préface par M. le professeur A. Poncet. In-8° de 95 p. — Prix : 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie.— La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie.

La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

N° 100. — SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 3 SEPTEMBRE 1910. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Monthus, Coyon, Decloux, Weil, Chifoliau, Lardennois, Descomps et Jeannin.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — M. le docteur Buy, professeur, est chargé des fonctions de chef des travaux d'anatomie et histologie.

M. le docteur Billard, professeur, est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. le docteur Dionis du Séjour, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

M. le docteur Bruyant, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— POITIERS. — M. le docteur Léger est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours d'histoire naturelle.

M. le docteur Berland, chef des travaux d'anatomie et de physiologie, est prorogé pour un an dans ses fonctions, à dater du 20 octobre 1910.

— Un congé d'un an est accordé, sur sa demande, à M. le docteur Taboury, suppléant des chaires de physique et de chimie.

GUERRE. — Liste des candidats nommés à l'école du service de santé militaire, à la suite du concours de 1910 :

1. MM. Delacarte, Mayer, Vogelin, Tricoire, Haton, Alinat, Pretet, Jarry, Jausion, Cordier,

11. Avinier, de Vernejoul, Nadaud, Gay, Villain, Abadie, Merland, Daydé, Leguay, Dumas,

21. Dreyfuss, Chanal, Maillet, Dirat, Faure, Membrey, Pourquier, Taufflieb, Collet, Moins,

31. Billot, Loiseau, Moreau, Laborde, Lortholary, Binet, De Bernard-Seignerens, Audouy, Dano, Guiliani,

41. Maire, Pierson, Godard, Bergis, Vérit, Mélin, Birbis, Codvelle, Bernardin (L.-E.), Fontaine (R.-M.),

51. Rambault, Boutin, Mercier, Guyot, Mynard, Laban, Baixe, Bravet, Robin, Bergès,

61. Aublant et Sallès, *ex-æquo* ; Bresson, Combaud.

UNION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE DU PREMIER AGE, « GOUTTE DE LAIT ». — Le IIIe Congrès international pour la protection de l'enfance du premier âge, « Goutte de Lait », aura lieu à Berlin du 11 au 15 septembre 1911, sous la présidence du professeur Dietrich, de Berlin. Le secrétaire général est le professeur Keller, de Charlottenbourg. Tous les renseignements sur l'organisation du Congrès sont fournis par le secrétaire du Comité français, M. P. Grasset, 27, rue de Clocheville, à Tours.

CLINIQUE BAUDELOCQUE (DEUXIÈME SÉRIE DES COURS DE VACANCES.) — Ce cours fait par MM. les docteurs Couvelaire et Wallich, professeurs agrégés, commencera le lundi 26 septembre 1910 à dix heures du matin et se terminera le 8 octobre.

Programme : Le matin de dix heures à midi. — Exercices cliniques de diagnostic et de pratique obstétricale Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes, des nouveau-nés, et à la pratique des accouchements.

L'après-midi de deux heures à quatre heures. — Manœuvres et opérations obstétricales.

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — COURS DE VACANCES. — L'école d'enseignement médical organise, du 26 septembre au 8 octobre, des cours de vacances essentiellement pratiques, à l'usage des médecins praticiens et des étudiants, avec examens cliniques de malades, applications thérapeutiques et démonstrations de méthodes opératoires. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments et à la pratique des opérations courantes.

Ces cours de vacances comprennent les principales spécialités suivantes :

MM. les docteurs d'Ayrenx : Ophtalmologie; — Cauzard et Faseuille : Oto-rhino-laryngologie; — Pierra : Pratique obstétricale; — Le Fur : Maladies des voies urinaires; — Mayet : Chirurgie infantile et orthopédie; — Lenglet : Dermatologie et syphilis; — Laquerrière : Electrothérapie; — Fleig : Radiologie.

Droit d'inscription : 20 francs pour chaque cours qui comprend de huit à dix leçons. On peut s'inscrire, 18, rue du Luxembourg, tous les jours de deux à six heures, ou par correspondance près du docteur Le Fur (103, rue La Boétie, Paris VIIIe), qui donnera tous les renseignements nécessaires.

Envoi du programme détaillé sur demande.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 25, 24 juin 1910.) SABOURAUD : La désinfection cutanée est-elle possible? — J.-CH. PLATON : Le traitement de la grossesse extra-utérine. A propos de vingt cas personnels. — Victor PAUCHET : Le thymus. Son intérêt médico-chirurgical. Hypertrophie thymique. Symptômes et traitement. — TRIBOULET : Prophylaxie et traitement du scorbut infantile. Maladie de Barlow. — GOUGET : Les formes cliniques de la lithiase vésiculaire. — Paul SAVY : L'hémiplégie hystérique chez le vieillard. — (N° 26, 1er juillet.) PLATON : Les œdèmes péri-utérins. Symptômes et diagnostic. — COURTELLEMONT et COLIN : Traitement de la péritonite tuberculeuse par la recalcification. — G. LUYS : Quand faut-il laver les blennorragies aiguës? — EMERY et LACAPÈRE : Quelques observations sur l'emploi de l'hectine. — Léon DELMAS : De la suralimentation par le sucre. — L. FRIGAUX : Le rein mobile (clinique). — (N° 27, 8 juillet.) O. JACOB : Des blessures articulaires de la hanche par projectiles de guerre. — PISSAVY : Les poliomyélites antérieures aiguës. — RUDAUX : Des manifestations hérédo-syphilitiques du nouveau-né. — GARDNER : Tuberculine et tuberculose génito-urinaires. — (N° 28, 15 juillet.) GUILLON : Les vampires. — PAUCHET : La rééducation alimentaire chez les gastro-entérostomisés. — FRIGAUX : Anomalies congénitales du rein. — PERDRIZET : Sensibilité vibratoire. — MACÉ de LÉPINAY : Des hyperesthésies douloureuses de la fièvre typhoïde. — (N° 29, 22 juillet.) LABOURÉ : Traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire. — CADE : Vers intestinaux.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 26, 26 juin 1910.) SABRAZÈS : Leçon clinique sur un cas de lymphocytémie chronique avec anémie grave. — R. LAUTIER : Conception nouvelle sur le mode de formation des épanchements d'origine dite mécanique. — (N° 27, 3 juillet.) R. LAUTIER : Conception nouvelle sur le mode de formation des épanchements d'origine dite mécanique (*fin*) — (N° 28, 10 juillet.) CHAMBRELENT : Sur une forme rare d'infection puerpérale traitée et guérie par la méthode des abcès de fixation. — (N° 29, 17 juillet.) MOULINIER : Le tracé cardiographique obtenu à la pointe du cœur est-il un cardiogramme négatif dans les cas de dilatation ou d'hypertrophie du cœur droit? (2 fig.). — MICHELEAU : Hyperchlorurie et tuberculose. — (N° 30, 24 juillet.) CODET-BOISSE : Coxalgie ancienne avec attitude vicieuse chez une malade de trente ans. Ostéotomie sous-trochantérienne. Guérison (6 fig.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 25, 19 juin 1910.) R. VERGER : Le bilan de l'hystérie d'après les discussions récentes. — P. MAURIAC : Étude critique du séro-diagnostic de la syphilis. — (N° 26, 26 juin.) A. POUSSON : Diagnostic raisonné d'une tuberculose rénale à ses débuts. — (N° 27, 3 juillet.) P. BARRÈRE : Note sur la pratique des affections gastro-intestinales en Belgique et en Suisse. — (N° 28, 10 juillet.) ARDENNE : Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. — (N° 29, 17 juillet.) R. LAUTIER : Sur un cas de pouls lent permanent. Maladie de Adams-Stokes ou heart-block auriculo-ventriculaire complet. — VERDELET : Note sur un cas de contusion herniaire. — (N° 30, 24 juillet.) R. LAUTIER : Sur un cas de pouls lent permanent. Maladie de Adams-Stokes ou heart-block auriculo-ventriculaire complet (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 juin 1910.) LAPEYRE : Cancer primitif du poumon. — (10 juillet.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les indications et les emplois de l'eau oxygénée en chirurgie. — HUTINEL : Les hémorragies chez les goutteux.

Journal de médecine interne. — (N° 18, 30 juin 1910.) VINAVER : Réactions synthétiques des diastases, synthèse des glucosides. — LACAPÈRE et COMBES : Le traitement de la leucoplasie. — (N° 19, 10 juillet.) L. ZADOC-KAHN et B. VINAVER : Appareil permettant de réaliser le drainage continu, hors de l'organisme, de certaines ascites à répétition fréquente. — (N° 20, 20 juillet.) H. HALLOPEAU et CH. FOUQUET : Evolution dans l'organisme humain et action pathogénique du tréponème pâle. — L. SALIGNAT (de Vichy) : Influence de l'utérus sur l'estomac.

Journal des praticiens. — (N° 26, 25 juin 1910.) BAUMEL : Un cas de mégacolon observé chez un enfant atteint de paralysie infantile. — BENSAUDE : La constipation. — (N° 27, 2 juillet.) DEBOVE : Accidents saturnins multiples. — RAYMOND : Syringomyélie. — S. JEANNEL : Un cas d'intoxication lente par l'oxyde de carbone. Anémie grave à caractère pernicieux. Mort. — (N° 28, 9 juillet.) VIRES : Traitement des dyspepsies hypersthéniques permanentes. — DIEULAFOY : La surdité syphilitique. — CATHELIN : Ce qu'il faut penser de la néphro-capsulectomie chez les cardio-rénaux. — (N° 29, 16 juillet.) GUINARD : Les abcès pelviens d'origine appendiculaire. — GAUCHER : Le lichen plan. — MARION : Les anuries. — RAYMOND : Fugues et absences épileptiques. — PRON : Cancer de l'estomac et diagnostic de laboratoire. — (N° 30, 23 juillet.) BAUMEL : Hématurie symptomatique d'une tuberculose rénale chez une fillette de six ans. — Pierre DELBET : Ectopie du testicule. — BABINSKI : Association hystéro-tabétique. — HUTINEL : Deux cas de néphrite aiguë. — SABOURIN : La douleur locale à la pression du doigt chez les tuberculeux.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 25, 23 juin 1910.) Jules BORDET : Robert Kock, 1843-1910. — (N° 26, 30 juin.) F. GALLARD : Les eaux chlorurées sodiques françaises — J. VERHOOGEN et J. NOEVER : Les accidents de la gastro-entérostomie. — (N° 27, 7 juillet.) Lucien HÉNAULT : O. Maculo. Le Maculo. — F. GALLARD : Les eaux chlorurées sodiques françaises (*suite*). — J. VERHOOGEN et J. NOEVER : Les accidents de la gastro-entérostomie (*suite*). — (N° 28, 14 juillet.) V. PECHÈRE : Institution d'un ordre des médecins et de conseils de discipline. — J. VERHOOGEN et J. NOEVER : Les accidents de la gastro-entérostomie (*suite*). — (N° 29, 21 juillet.) F. LALESQUE : La cure marine dans les affections pulmonaires. — J. VERHOOGEN et J. NOEVER : Les accidents de la gastro-entérostomie (*suite*).

Journal médical français. — (N° 7, 15 juillet 1910.) CASTAIGNE et RATHERY : Les urines des diabétiques. Comment leur examen méthodique peut servir au diagnostic, au pronostic et au traitement. — Marcel LABBÉ : Les diabètes sucrés.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 1, 1910.) H. DELAUNAY : La question de l'alimentation carnée à l'heure actuelle. — MATIGNON : Quelques renseignements pratiques et cliniques sur la coprologie. — (N° 2.) MATIGNON : Quelques renseignements pratiques et cliniques sur la coprologie (*suite*). — (N° 3.) BOUCHET : Rétention chlorurée.

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1910.) POUCEL : A quel moment faut-il opérer l'appendicite? — THOMAS (d'Aix) : Une cause rare de fracture de côte. — CLÉMENT : La position de Couteaud. — (N° 14, 15 juillet.) ROUX DE BRIGNOLES et AURIENTIS : Gangrène symétrique. — BATUT : Statistique opératoire biennale (1908-1910). — FIOLLE (P.) : Chirurgie des organes génitaux de l'homme.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE

MÉDECINE LÉGALE

DE BRUXELLES

Le Congrès international de médecine légale s'est tenu à Bruxelles du 4 au 10 août. Il a été solennellement ouvert par le ministre Schollaert qui a souhaité la bienvenue aux congressistes. Il a été présidé avec une bonhomie et un entrain charmants par M. le docteur Dewez (de Mons); le secrétaire général était M. le docteur C. Moreau (de Charleroi) qui, empêché de prendre part à l'assemblée, a été suppléé par le trésorier, M. le docteur Héger-Gilbert, lequel s'est acquitté à merveille de ses délicates fonctions. Tous deux ont été assistés du docteur de Laveleye, créateur du service d'identification judiciaire à Bruxelles dont la cordialité a été appréciée unanimement.

L'organisation d'ailleurs avait été fort judicieusement dirigée; les questions proposées avaient été bien choisies, ou du moins — ce qui est le principal pour un Congrès international — répondaient bien aux préoccupations du moment. Les réceptions ont été exquises et jamais accueil plus cordial n'a été fait à des congressistes, tous garderont le souvenir de l'excursion à Mariemont où ils ont été les hôtes de M. Waroqué, questeur de la Chambre des députés, bienfaiteur à la bourse toujours ouverte de l'Université libre de Bruxelles; tous se rappelleront les réceptions plus intimes, mais non moins charmantes du président du Congrès, du docteur de Laveleye, et celle de Tervueren, offerte par notre si distingué collègue Corin (de Liége) qu'une raison de force majeure a retenu loin de nous. Un seul point a laissé à désirer : l'affluence des congressistes. Il y avait, je crois, de nombreuses inscriptions, mais il y a eu peu de présences. Le Congrès international a été peu connu en France, faute peut-être d'une publicité assez large et d'une direction française qui n'a pas été demandée. Et cependant, si peu nombreux fussent-ils, nos compatriotes — parmi lesquels je citerai le président et le vice-président actuels de la Société de médecine légale, le docteur Vallon et le signataire de ce compte rendu, l'ancien président et le secrétaire de ladite Société, MM. Rocher, avocat à la Cour d'appel et le docteur Granjux, le professeur Sarda (de Montpellier) — formaient encore la représentation étrangère la plus nombreuse. D'Allemagne et d'Autriche étaient venus le professeur Ziemke (de Kiel), le docteur Fraenckel, le si distingué assistant du professeur Strassmann (de Berlin), le docteur Revenstorf (de Breslau), le docteur Jelineck, etc. D'Italie étaient venus le professeur Ottolenghi (de Rome), les docteurs Cevidalli et Perrando (de Pise), etc; de Suisse, le professeur Mégevand (de Genève).

Nos confrères belges étaient naturellement les plus nombreux : médecins et jurisconsultes belges ont pris une part active aux séances; je citerai outre MM. Dewez, Héger-Gilbert et de Laveleye déjà nommés, le conseiller de Busschère, MM. de Boëck, de Rycken, les docteurs Stockis (de Liége), de Nobele (de Gand), Lebrun, van Engelen, R. Sand, E. de Craëne (de Bruxelles), etc.

Les questions principales proposées au Congrès étaient les suivantes :

L'examen médico-légal du sang,
La responsabilité,
Le diagnostic de la mort par submersion,
Les accidents dus à l'électricité,
Les attentats aux mœurs.

Des questions diverses, dont quelques-unes fort intéressantes, ont été en outre traitées par divers membres du Congrès.

Mais une question générale a tout d'abord été développée à la demande des organisateurs du Congrès par notre collègue, M. Rocher, celle de l'*expertise médico-légale.*

M. Rocher a soumis à l'appréciation du Congrès les modifications dans la procédure d'expertise que nous poursuivons vainement depuis de nombreuses années, que le professeur Brouardel a exposées dans maint rapport, que la Société de médecine légale de France a adoptées. Ces modifications les voici en deux mots : l'expertise au criminel est aujourd'hui confiée à un seul médecin; nous demandons qu'elle soit désormais confiée à deux médecins dont l'un sera désigné par le juge d'instruction, et dont l'autre sera choisi par l'inculpé, mais sur la liste des experts agréés par le tribunal. Cette modification qui donnera toute garantie à l'inculpé et qui évitera bien des ennuis aux experts eux-mêmes, la Chambre des députés l'avait adoptée sur un rapport de M. Cruppi; le projet de loi alla au Sénat; il y a joué de malheur; tous ceux qui avaient été chargés de le rapporter sont morts ou n'ont pas été réélus aux renouvellements divers survenus depuis le dépôt du projet et celui-ci continue à dormir d'un sommeil ininterrompu dans les cartons. Puisse l'adhésion que le Congrès a donnée unanimement aux vues exposées par M. Rocher le réveiller! Mais gardons-nous de toute illusion : une réforme simple et pratique met pour le moins un demi-siècle à aboutir, et celle-ci n'est devant les pouvoirs publics que depuis quelque quinze ans!

L'*examen médico-légal du sang* a fait l'objet de rapports de MM. O. Leers (de Berlin), Stockis (de Liége), Renaux et Sarda (de Montpellier).

Le rapport de M. Leers qui a publié récemment un si bel opuscule sur l'examen médico-légal du sang ne traitait qu'un point très limité de la question, à savoir les reproches faits à tort à la valeur de la réaction de précipitation. C'est aussi de sérologie médico-légale que traitait seulement le rapport de Renaux.

Le rapport de Stockis est au contraire un exposé complet de la question. Tout le monde connaît la compétence spéciale de M. le docteur Stockis dans ces questions d'examen de sang, comme dans les questions de sperme, de submersion, d'identification

judiciaire. Ses travaux ont, comme ceux de son maître Corin, donné une grande réputation au laboratoire de Liége.

En présence d'une tache probable de sang on pratique d'abord les recherches d'*orientation* : M. Stockis cite les réactions bien connues de van Deen (teinture de gaïac ozonisée) et de Schönbein (eau oxygénée).

Puis vient l'extraction du sang de la tache et le meilleur extracteur est pour M. Stockis l'ammoniaque pur.

La solution d'extraction fournit le liquide sur lequel on va faire les recherches caractéristiques : *cristallisations* ou *réactions spectroscopiques*.

Laissant de côté les cristaux d'hémine, M. Stockis recommande la production des cristaux d'hémochromogène, et se rallie au procédé de Donogany : traitement de la solution par une goutte de pyridine puis par le sulfhydrate d'ammoniaque qui transforme l'hématine alcaline en hémochromogène. On voit alors se former une multitude de petits cristaux allant du jaune orangé au brun rouge foncé, en formes d'aiguilles, de prismes groupés ou isolés.

Pour l'examen spectroscopique ordinaire ou microspectroscopique, Stockis vante la valeur du spectre de l'hémochromogène, d'ailleurs partout admise aujourd'hui.

La recherche directe des globules a perdu de son intérêt; pourtant la recherche sur objets opaques avec l'appareil spécial de Florence-Nachet est une méthode de haute valeur.

Enfin, parmi les méthodes biologiques destinées à caractériser le sang dans sa provenance, la réaction de précipitation de Wassermann-Uhlenlut reste jusqu'ici sans rivale.

Le professeur Sarda est resté fidèle à la caractérisation du sang par la recherche des cristaux d'hématine : il a de nouveau traité la question avec toute sa compétence, rappelé la méthode initiale de Teichmann (1853), action du chlorure de sodium et de l'acide acétique glacial; la modification par le procédé de Husson (1875) : substitution au chlorure de sodium d'une solution de bromure ou d'iodure et obtention de cristaux d'iodo ou bromo-hématine; puis la méthode de Donogany (cristaux d'hémochromogène, v. ci-dessus) dont il se montre peu partisan; la méthode enfin de Lecha Marzo qui n'est pas la simplicité même.

Les rapports ci-dessus ont donné lieu à une courte discussion. La méthode des cristaux d'hémochromogène a soulevé quelques objections sérieuses, en particulier, si nous avons bien compris, de la part du professeur Ziemke.

Les allusions faites aux réactions d'orientation en général (sang et sperme) ont amené l'intervention du docteur Dervieux qui considère que ces réactions sont non pas des réactions de *probabilité* mais seulement des réactions de *possibilité*. Quant à la valeur *négative* de toutes ces réactions, il résulte des expériences du docteur Dervieux qu'elle est absolument nulle; il importe donc de ne pas conclure de l'absence de ces réactions à l'absence du sang ou du sperme; on risquerait de commettre les erreurs les plus graves. Le docteur Dervieux émet enfin le vœu que les expertises de sang et de sperme soient non plus confiées à des personnes souvent très étrangères à la médecine légale, mais exclusivement à des médecins seuls qualifiés pour entreprendre ces recherches qui sont non pas chimiques, mais bien d'ordre biologique.

Le docteur Fraenckel (de Berlin) dit que ses observations personnelles corroborent les résultats que le docteur Dervieux a exposés relativement à ces réactions du sang et du sperme et il s'associe pleinement au vœu formulé par le docteur Dervieux.

Le professeur Ziemke a présenté au Congrès le résultat de ses recherches sur la spectroscopie des régions violettes et ultra-violettes et sa valeur pour la démonstration médico-légale du sang. La bande la plus caractéristique du violet est fournie par le cyanhémochromogène. La finesse et l'exactitude du procédé paraissent dépasser, dit Ziemke, ce que l'on obtient avec les autres méthodes spectroscopiques.

A l'étude du sang en médecine légale se rattachent les indications que peuvent fournir à la justice les projections et les éclaboussements du sang dans l'endroit où un crime a été commis. Les indications que donnent à ce sujet les ouvrages classiques ont paru sujettes à caution au docteur E. de Craene qui a été amené à les reviser expérimentalement à propos, croyons-nous, d'une affaire d'assises récente.

Il a étudié les traces obtenues par la chute libre et par la projection des gouttes de sang, ainsi que par la projection des jets de sang sous des conditions précises de direction, de pression et de distance. C'est là une de ces études de bonne pratique médico-légale qu'on néglige un peu trop aujourd'hui pour les pures recherches de laboratoire.

Le docteur E. de Craëne est arrivé aux intéressantes conclusions que voici :

« 1° La forme des traces produites par des gouttes tombant librement dépend non seulement de l'angle de chute, mais aussi de la hauteur de la chute et de la nature du plan récepteur; de plus, dans certaines conditions une goutte de sang peut se fragmenter et les gouttelettes ainsi obtenues peuvent paraître avoir été projetées.

2° Les traces obtenues par la projection de gouttes, par exemple en secouant un instrument humecté de sang, peuvent parfois simuler par leur groupement la projection d'un jet de sang; toutefois ces gouttes peuvent aussi être lancées dans des directions très différentes, parfois même diamétralement opposées.

3° La trace d'une goutte isolée ne permet pas de déterminer le plan de sa trajectoire mais seulement la direction de la projection du dernier élément de cette trajectoire sur le plan récepteur et dans une certaine mesure l'angle de chute.

4° L'étude de l'ensemble des traces produites par un jet de sang permet sous certaines conditions de retrouver le plan de sa trajectoire et le sens du jet : toutefois dans bien des cas sa direction initiale exacte ne peut pas être établie.

5° On peut commettre des erreurs graves en se basant sur les données simplistes généralement ad-

mises : aussi est-ce avec la plus extrême prudence que doivent être interprétées ces traces surtout lorsqu'elles sont relevées sur des objets ayant pu être déplacés. »

La question de la *responsabilité* des criminels a fourni une bien intéressante discussion à laquelle ont servi de base les rapports de MM. DE BOECK, LEBRUN, SIMONS (de Bruxelles), et MATHÉ (de Paris). MM. GRANJUX, SARDA, ROCHER, VALLON pour la France, BONNEVIE, DE BUSSCHÈRE, DE RYCKEN pour la Belgique y ont pris une part brillante.

Cette discussion s'est terminée par la résolution suivante :

« Dans le cas où la responsabilité serait considérée comme atténuée, le juge appliquera la peine en rapport avec le plus ou moins de responsabilité du délinquant mais la peine sera subie dans un asile spécial. A l'expiration de sa peine le condamné à responsabilité atténuée sera soumis à une nouvelle expertise médicale et suivant le résultat sera mis en liberté ou placé dans un asile d'aliénés. »

MM. de Rycken et Dewez avaient demandé l'établissement d'un casier sanitaire personnel contenant pour chaque citoyen tous renseignements utiles à sa personnalité psychique et physique. Cette proposition trop contraire au secret professionnel a été écartée. Mais à l'unanimité il a été demandé qu'il fût procédé au dépistage et au traitement des enfants anormaux parmi lesquels se recrute l'armée sans cesse croissante des criminels juvéniles.

Le *diagnostic de la mort par submersion* est avec les questions relatives à l'examen du sang une de celles qui se partagent actuellement la faveur des travailleurs. On y a été de tout temps à la recherche de la pierre philosophale, c'est-à-dire du signe *unique*, *simple*, qui permettrait de trancher par un *oui* ou un *non* cette délicate question. Les espérances qu'avait fait naître la cryoscopie se sont évanouies : elle reste en défaut absolu dans les cas seuls où on aurait besoin d'elle à savoir chez le noyé putréfié. Puis sont venues les recherches bien connues de Revenstorf (de Hambourg) et de Corin et Stockis (de Liége). Et c'est justement par REVENSTORF et STOCKIS que la question a été reprise au Congrès.

La méthode de Revenstorf est basée sur la présence dans les fines ramifications bronchiques du *planchton* qui y a été amené par l'eau déglutie par les actes d'inspiration énergique du noyé. La méthode extrêmement ingénieuse n'est pas des plus simples : elle a été peu contrôlée jusqu'ici.

Corin et Stockis ont basé le diagnostic sur la pénétration dans la circulation chez l'individu qui respire dans l'eau des particules cristallines quartzeuses et siliceuses que contient l'eau de rivière. La recherche se fait dans le sang du cœur ou dans l'eau de lavage des cavités cardiaques si la putréfaction les a vidées ; on traite par l'antiformine pour détruire le stromaglobulaire ; on centrifuge et on recherche dans le culot à l'aide du microscope polarisateur le *planchton cristallin*. L'avenir dira si le signe pathognomonique rêvé est fourni par cette très ingénieuse méthode sortie du laboratoire de Liége à qui la médecine légale contemporaine doit déjà tant de belles acquisitions.

La question des *attentats aux mœurs* a été l'occasion d'un très bel exposé de M. le conseiller DE BUSSCHÈRE qui a essayé de faire formuler par le Congrès une définition juridique du viol et de l'attentat à la pudeur que le code pénal français a complètement passée sous silence. Nous avons demandé M. GRANJUX et moi que le Congrès ne s'immisçât point dans une de ces délicates affaires de jurisprudence qu'il faut laisser aux juriconsultes et aux magistrats.

Le professeur ZIEMKE a étudié les lésions du rectum dans la pédérastie. En France depuis la faillite des signes de Tardieu l'expert le plus occupé ne voit pas un cas de pédérastie par an. En Allemagne où la loi punit les rapports contre nature même consentis — ce que ne fait pas notre code — le terrain d'observation est plus favorable. Le professeur Ziemke a montré la prépondérance dans la production des lésions ano-rectales étendues et graves de l'action des corps étrangers et des doigts.

Le docteur PERRANDO (de Pise) a exposé la séméiologie et la valeur médico-légales des déformations de la région ano-vulvaire dont la plupart n'ont rien à faire avec la sodomie passive mais sont d'origine infectieuse ou congénitale.

Les *accidents dus à l'électricité* ont fourni matière à de très intéressants exposés, marqués au coin d'une grande originalité, de MM. JELINECK (de Vienne) et de NOBELE (de Gand).

Les questions diverses exposées par quelques membres du Congrès ont corsé un programme déjà bien rempli.

L'une de celles qui ont rencontré le plus de faveur est la *contribution au diagnostic histologique de l'avortement en médecine légale* du docteur P. FRAENCKEL (de Berlin). Rien de plus difficile que le diagnostic d'avortement ou de grossesse dans les tout premiers mois, même sur le cadavre quand on ne trouve ni fœtus, ni membranes. Le nouveau signe proposé par Fraenckel est la présence dans le tissu musculaire utérin de grandes cellules bizarres et de différents types, cellules d'origine fœtale (migration) ou pour préciser d'origine *choriale* et qui ont été étudiées récemment par R. Meyer. Ces cellules pénètrent souvent très avant dans la musculaire, jusque dans le deuxième tiers de l'épaisseur de la paroi ; on les a vues depuis le deuxième mois jusqu'à quelques semaines après l'accouchement normal. Elles ne se trouvent naturellement dans l'utérus qu'à l'endroit même de la greffe.

M. FRAENCKEL a montré au Congrès de démonstratives préparations.

M. HÉGER-GILBERT a attiré l'attention sur une affection traumatique assez peu connue : la *spermatorrhée* ; il en a rapporté deux observations consécutives à des traumatismes du périnée et des organes génitaux.

Le professeur MÉGEVAND a fort intéressé le Congrès avec la relation d'un cas sans doute unique ; la

mort d'un enfant par pénétration d'un pétard dans l'orbite : le crâne présentait de remarquables fractures par éclatement.

M. le docteur R. SAND à qui la pathologie des accidents du travail doit une contribution si importante déjà a communiqué un travail fort original qui peut nous aider à distinguer le vrai du faux dans les accidents nerveux. Par l'emploi du sphygmomanomètre de Wybauw, appareil qui inscrit graphiquement la tension sanguine de l'artère humérale il démontre que cette tension est identique à droite et à gauche, sauf :

1° Dans les affections unilatérales (hémiplégie, monoplégie, etc.), ou à prédominance unilatérale (paralysie plus prononcée d'un côté que de l'autre, athérome asymétrique, etc.);

2° Dans les névroses, alors même que les manifestations de celles-ci sont parfaitement symétriques.

Ce signe se rencontrant dans deux cas de névrose sur trois peut servir à démontrer *objectivement* la réalité des symptômes allégués par le malade. Il peut donc, dans certains cas difficiles, rendre des services en médecine légale.

Les *phénomènes cadavériques* ont fait l'objet de communications de MM. CORIN et LATTES.

Enfin l'*identification judiciaire* a donné lieu à des rapports de MM. STOCKIS et de LAVELEYE dont les noms font autorité en cette matière.

On s'est donné rendez-vous à Berlin en 1913.

L. THOINOT.

MÉDECINE PRATIQUE

LA DYSPEPSIE APPENDICULAIRE

Si l'on consulte les vieux auteurs, on est étonné de la place considérable occupée dans la pathologie gastrique par les « dyspepsies » et les formes multiples qu'on leur assigne. C'est ainsi que Gubler, pour citer une des classifications simples, les divise en dyspepsie douloureuse, atonique, catarrhale, inflammatoire.

Mais, même dès cette époque, cette classification n'était considérée que comme provisoire. Trousseau considère la dyspepsie comme un symptôme commun à une foule de maladies aiguës ou chroniques, et, dans les cas où elle devient assez prédominante pour sembler devoir constituer une entité morbide, elle reste subordonnée à des états pathologiques très différents les uns des autres.

Brinton, il y a cinquante ans, annonçait prophétiquement que le terme vague, mais utile, de dyspepsie se limiterait à mesure que nos moyens d'investigation découvriraient les lésions véritables qui occasionnent les dyspepsies.

En 1882, Reichmann a voulu substituer à l'ancienne dyspepsie acide ou irritative une affection nouvelle bien définie, la gastrosuccorrhée, caractérisée essentiellement par des crises de douleur et la présence de suc gastrique et d'aliments le matin à jeun, avec excès d'HCl libre.

Dans ces dernières années, grâce surtout aux constatations faites par les opérations, le démembrement de l'ancienne dyspepsie est chose accomplie.

A l'ulcère de l'estomac et du duodénum, à la lithiase biliaire reviennent la plus grande partie des dyspepsies acides et une partie des dyspepsies flatulentes.

De ce dernier groupe, M. Mathieu et ses élèves ont aussi isolé le type clinique de l'aérophagie. Si l'on y joint les troubles dyspeptiques du cancer de l'estomac, des pancréatites, de la tuberculose pulmonaire, de la tuberculose iléo-cæcale, du mal de Bright, de l'anémie pernicieuse, il reste bien peu de cas dont l'explication n'est pas trouvée. Or, parmi ces cas de dyspepsie d'origine inconnue, le plus grand nombre reviendrait à des cas d'appendicite larvée méconnue.

Au même titre qu'il existe une dyspepsie par calculs vésiculaires, il faudrait faire place à une dyspepsie appendiculaire.

Depuis plusieurs années déjà Ewald, Senator avaient signalé ces appendicites larvées avec troubles gastriques (*Berl. klin. Wochens.*, 1899, n° 24, p. 532).

En France, Walther et ses élèves (voir Wagon, Th. de Paris, 1904-1905; — Louis Brin, Revue générale, *Gazette des hôpitaux*, 6 et 13 mars 1909, nos 27 et 30) décrivent dans l'appendicite chronique d'emblée un type gastrique qui emprunte « le tableau habituel de la gastrite chronique avec hyper ou hypochlorhydrie ».

Mais c'est en Amérique et en Angleterre que la question semble avoir été étudiée en détail avec Moynihan, Ochner, Deaver et spécialement les frères Mayo.

Au début de cette année, plusieurs articles importants ont paru sur la question (B. G. A. Moynihan. Remarques sur la dyspepsie appendiculaire, *The Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1910, n° 2561, p. 241. — W. Soltan Fenwick. Signification clinique de l'hypersécrétion gastrique et ses connexions avec les affections latentes de l'appendice, *The Lancet*, 12 mars 1910, n° XI, vol. I, n° 4515, p. 706. — Herbert J. Paterson. Remarques sur la dyspepsie appendiculaire, *The Lancet*, 12 mars 1910, n° XI, vol. I, n° 4515, p. 708. — Christophe Graham et Donald Guthrie. Le type dyspeptique de l'appendicite chronique (pyloro-spasme), *Journ. of amer. med. Assoc.*, 19 mars 1910, vol. LIV, n° 12, p. 960) et c'est principalement en nous inspirant d'eux que nous allons essayer d'en esquisser la description.

Voyons d'abord sur quelles bases repose l'existence de cette affection.

Premièrement, depuis longtemps les chirurgiens ont été frappés de la fréquence de troubles dyspeptiques graves et anciens chez les malades atteints d'appendicite, troubles qui disparaissaient après l'opération. Chez les enfants, ce que l'on observe souvent avant l'attaque d'appendicite aiguë franche, ce sont des crises d' « attaques bilieuses », de « mouvements de bile », constituées par des crises de douleurs abdominales aiguës avec céphalée, vomissements, état de langueur et de malaise constants et souvent associés à de la constipation. Parfois même, chez l'enfant, ces troubles peuvent prendre la forme connue de vomissements cycliques. Après une crise d'appendicite franche, amenant l'ablation de l'organe malade, rien de cela ne se reproduisait.

En second lieu, et ce sont les frères Mayo qui ont bien montré ce point, lorsque des malades viennent trouver un chirurgien avec les signes cliniques d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, pour subir une gastro-entérostomie, si la laparotomie ne prouve pas la présence d'un ulcère stomacal ou duodénal, si l'exploration ne montre aucune lésion du pancréas et de la vésicule biliaire, la gastro-entérostomie ne soulagera pas le malade. Bien souvent il se retrouvera plus mal par la suite. Or, chez ces malades gastro-entérostomisés sans succès, il y en a beaucoup qui dans les années suivantes font une crise d'appendicite souvent très grave (Fenwick-Paterson). On leur enlève l'appendice et on voit alors tous les troubles attribués à un ulcère, et non soulagés par la gastro-entérostomie, disparaître. C'est ce qui a amené les frères Mayo et à leur suite Moynihan, Paterson, à accepter cette règle que lorsqu'on opérait un malade pour des troubles gastriques simulant l'ulcère gastrique ou duodénal, si l'exploration ne montrait rien dans ces organes ni dans la vésicule et le pancréas, on ne devait pas pratiquer la gastro-entérosto-

mie, mais aller découvrir l'appendice : on le trouvait alors toujours chroniquement enflammé.

Enfin, la preuve la plus convaincante de l'existence de cette dyspepsie appendiculaire est que, dans les conditions citées ci-dessus ou lorsqu'on a fait d'emblée le diagnostic de troubles gastriques dus à une appendicite larvée, l'appendice étant trouvé malade et enlevé, les symptômes disparaissent.

Dans la majorité des cas, surtout s'ils sont récents, ce retour à la santé est très rapide; dans les cas plus anciens où des lésions réelles de gastrite se sont établies, la convalescence peut être longue. Voici d'ailleurs les résultats obtenus par l'ablation de l'appendice dans 115 cas de dyspepsie appendiculaire (Graham et Guthrie) :

Guéris	89	77,4 p. 100
Très améliorés	7	6 —
Améliorés	13	11,3 —
Non améliorés	9	5,2 —

En même temps, après une augmentation passagère de l'HCl libre dans quelques cas, on observe après l'appendicectomie un changement notable de la sécrétion gastrique et de l'évacuation de l'estomac et tendance au retour à l'état normal (Paterson).

Leur existence étant établie, quelle est la fréquence de ces cas? Soltan Fenwick a cherché à l'établir. Pendant deux années, lui-même et plusieurs chirurgiens à sa demande ont examiné à l'opération les viscères des malades entrant pour des signes d'hyperchlorhydrie douloureuse et d'hypersécrétion chronique. Sur 112 cas, voici ce qu'ils ont observé :

Ulcère chronique de l'estomac seul	13 cas	cardia.	4
		centre.	3
		pylore.	6
Ulcère chronique du duodénum seul	46 cas		
Calculs biliaires	12 cas		
Appendicite	22 cas		
Ulcère gastrique et duodénal	3 cas		
Ulcère duodénal et calculs	3 cas		
Ulcère stomacal et appendicite	5 cas		
Ulcère duodénal et appendicite	4 cas		
Cancer du pylore	4 cas		

Et par les opérations comme par les autopsies, S. Fenwick avait depuis 1907 cette conviction « que 88 p. 100 des hypersécrétions chroniques sont accompagnées de lésions démontrables du tube digestif et que dans les 12 p. 100 restant on ne trouvait pas de lésions ». Il est convaincu maintenant que ces 12 p. 100 correspondent à des cas d'appendicite chronique larvée.

Le sexe semble avoir peu d'influence sur l'affection. Si sur 24 cas, J. Paterson note 20 femmes; sur 115 cas, Ch. Graham et D. Guthrie relèvent 58 femmes et 57 hommes.

L'âge moyen pour le premier serait trente-deux ans (extrêmes vingt et un et quarante-deux) et pour les seconds trente-quatre ans.

Les lésions observées dans l'appendice semblent au premier abord très variables. Graham et Guthrie donnent le tableau suivant :

Appendicite chronique avec concrétions fécales	58
Appendicite chronique avec adhérences	20
Appendicite chronique	14
Appendicite chronique oblitérante	8
Appendicite chronique type kystique	6
Cancer de l'appendice	1
Tuberculose appendiculaire	1
Appendicite aiguë	1

Mais tous les auteurs s'entendent pour les résumer ainsi :

En dehors des cas rares d'appendicite aiguë ou de cancer et de tuberculose, on trouve toujours des appendices macroscopiquement pas très malades et qui répondent à deux types. Tantôt on a affaire à un appendice surtout épaissi, adhérent à la paroi ou à des anses intestinales, chroniquement enflammé à la suite d'une poussée aiguë ancienne; tantôt, et de beaucoup le plus souvent, on a affaire à un appendice chroniquement enflammé d'emblée, quelquefois il est presque normal à l'aspect extérieur, sa surface au lieu d'être d'un jaune pâle uniforme présente seulement un réseau de petits vaisseaux, à la palpation il est plus épais que normalement, à la coupe on trouve des matières dans la lumière, une petite concrétion avec de la congestion de la muqueuse, de petites exsudations sanguines ou même une petite ulcération, le microscope montre des lésions d'inflammation chronique; plus souvent les lésions sont plus marquées et l'appendice affecte la forme d'un battant de cloche, la moitié de l'appendice qui tient au cæcum paraît saine, la moitié libre est au contraire renflée et à la section sa lumière est très dilatée, contenant une volumineuse ou plusieurs concrétions stercorales; enfin, rarement, l'appendice a subi la transformation kystique.

Quel est le mécanisme par lequel ces lésions appendiculaires causent des troubles dyspeptiques? C'est par l'intermédiaire du spasme du pylore. Ce spasme, Moynihan, Mayo l'ont observé de façon constante chez leurs opérés. Dès 1904, Moynihan l'avait décrit (*Brit. med. Journ.*, 1904, I, p. 414); en ouvrant l'abdomen de malades soignés en médecine pour ulcère stomacal et non améliorés par le traitement médical, il a observé parfois qu'on ne trouve aucune lésion apparente de l'estomac. Cependant, si avant de le toucher on l'observe en place, on remarque que toute la portion pylorique se contracte vigoureusement; du point de réunion de la portion verticale et horizontale partent des ondes de contraction qui se dirigent vers le pylore; l'estomac devient épais, contracté, pâle, et si on cherche à invaginer un doigt vers le pylore en le coiffant de la paroi stomacale, on ne peut y parvenir. J. Paterson n'a trouvé ces contractions que 7 fois sur 18 estomacs explorés.

Comment les lésions de l'appendice causeraient-elles ce spasme du pylore?

On sait, à la suite des travaux de Pawlow, que le jeu du pylore est réglé par l'antagonisme des excitations gastriques et duodénales et qu'un réflexe parti du duodénum ferme le pylore jusqu'à ce que le contenu acide projeté de l'estomac ait été modifié dans le duodénum. W. B. Cannon et F. T. Murphy (*Ann. of surg.*, 1906, t. I, p. 512), expérimentant chez le chat au moyen d'ingestion de bouillie bismuthée et de radioscopie, ont montré qu'après une opération intestinale le pylore restait fermé cinq à six heures, pendant lesquelles les vagues de contraction de l'estomac ne peuvent l'ouvrir; le pylore protège l'intestin pendant le temps nécessaire à sa réparation. Le pyloro-spasme des lésions appendiculaires doit être de même origine.

Cette théorie du pyloro-spasme défendue par W. J. Mayo et Moynihan est attaquée par Paterson qui pense qu'il s'agit plutôt de stase intestinale avec troubles gastriques d'origine toxique.

Quelle que soit la pathogénie de ces troubles dyspeptiques, ils se présentent sous des formes multiples. Moynihan distingue trois types principaux selon que la symptomatologie simule l'ulcère de l'estomac, l'ulcère du duodénum ou la colite muqueuse.

Premier type : c'est le plus fréquent.

Il s'agit d'un malade présentant depuis quelques années des crises de troubles gastriques, indigestions, crises bilieuses, dont l'origine remonte souvent à l'enfance et quelquefois a débuté par une crise plus violente avec vomissements, fièvre, qui a été une crise d'appendicite aiguë. D'ordinaire le début a été insidieux et le malade ne peut le fixer exactement.

Le caractère capital de la crise est la douleur. Elle débute en un temps très variable après le repas, quelquefois immé-

diatement, le plus souvent une demi-heure, une heure plus tard. Cette douleur existe ensuite de façon continue. Il n'y a pas de soulagement net après l'ingestion des aliments. Chez beaucoup de malades c'est une gêne, une sensation de malaise; chez d'autres cependant c'est une véritable douleur qui peut parfois atteindre une intensité considérable nécessitant le séjour au lit; les exercices violents, le travail corporel l'augmentent; aucune diète ou traitement ne la soulage et le bicarbonate de soude l'augmente.

Son siège est rarement très précis; située d'ordinaire à l'épigastre ou à droite de l'ombilic, elle irradie surtout vers l'ombilic, la partie inférieure de l'abdomen, quelquefois vers la fosse iliaque droite, et cette sensibilité épigastrique peut être réveillée par la pression sur l'appendice. Dans un cas de J. Paterson où la douleur irradiait vers la fosse iliaque gauche, le cæcum et l'appendice furent trouvés dans la fosse iliaque gauche. Pour Paterson, cette irradiation de la douleur dans la partie inférieure de l'abdomen lui semble un signe des plus importants pour le diagnostic; il ne l'a jamais vu dans les ulcères duodénaux ou gastriques.

En même temps que de douleur, le malade se plaint de tension, de gêne, de flatulence. Il a des renvois acides abondants qui le soulagent un peu, très souvent des nausées ou même des vomissements. Ceux-ci sont surtout alimentaires, calment un peu la douleur sans la faire disparaître complètement. Enfin, dans certains cas, il se produit des hématémèses qui peuvent être très abondantes (1 800 grammes en vingt-quatre heures dans un cas de Moynihan) sans qu'il y ait d'ulcération stomacale. Dans un cas semblable, J. Paterson, ouvrant l'estomac, constate que toute la muqueuse est couverte d'innombrables petits points hémorragiques, la muqueuse « pleure du sang ». Ces hématémèses abondantes de l'estomac sans ulcère, ce suintement de toute la muqueuse par irritation a été bien décrite sous le nom de gastralgie hémorragique par Bertrand Dawson (*Brit. med. Journ.*, 1905, vol. II, p. 1032) et de gastrotaxis par Hale White (*The Lancet*, 1906, vol. II, p. 1189). Le melæna est plus rare, mais dans le cas d'hématémèses abondantes il peut exister (un cas de J. Paterson).

Après la fin de la crise, il se produit une amélioration considérable, mais jamais, les auteurs sont unanimes sur ce point, un retour complet à la santé.

Il subsiste une gêne, une tension de la région épigastrique, des régurgitations acides fréquentes.

Le malade redoute certains aliments : les viandes rouges surtout, les sauces, les aliments gras (Walther). Il persiste une acidité constante du contenu gastrique.

La répétition des crises est fréquente, mais irrégulière, et dépend un peu du mode d'alimentation, du genre de vie du malade.

En général le malade maigrit rapidement et perd notablement ses forces, en même temps qu'il devient triste, hypocondriaque.

L'affection est d'ordinaire très longue. Sur 24 cas de Paterson, la moyenne de la durée lorsqu'il vit les malades, était déjà de six ans.

A côté de cette forme ordinaire, Moynihan en décrit deux autres plus rares.

Deuxième type : simulant l'ulcère du duodénum. Là la douleur débute plus tard, deux à quatre heures après le repas, mais non d'une façon constante, mathématique, elle est capricieuse. Le malade se plaint de flatulence, d'éructations et de renvois acides.

Entre les crises il présente une gêne constante, épigastrique et abdominale. Cet état se prolonge plusieurs années.

Troisième type : simulant la colite muqueuse. Le malade présente de mauvaises digestions, de la gêne après le repas, sans douleur vive. Il lui est impossible de manger beaucoup. Il présente des flatulences, des coliques, de la diarrhée.

Dans tous les cas, l'analyse du suc gastrique, après repas d'épreuve, montre des altérations. De l'examen de 17 cas, J. Paterson tire les conclusions suivantes :

Dans 2 cas, la proportion d'HCl libre était très forte.

Dans 6 cas, la quantité d'HCl libre différait très peu de la normale.

Dans 9 cas, il était absent ou presque, l'analyse du suc gastrique donne alors des résultats analogues à ceux qu'on obtient dans la gastrite chronique, sauf que l'HCl en combinaison organique est en quantité anormale.

Dans la majorité des cas, il y a augmentation des acides volatiles.

Dans 5 cas, il y avait de l'hypersécrétion avec rétention le matin à jeun.

En résumé, hyperchlorhydrie avec absence de HCl libre.

Ces résultats diffèrent d'ailleurs selon le temps de durée de l'affection et la nature des lésions appendiculaires. Pour S. Fenwick, quand l'appendice présente des poussées inflammatoires, que la muqueuse est ulcérée, avec des calculs dans sa cavité, que sa lumière présente une dilatation extrême, il y a de l'hyperacidité avec rétention alimentaire. Et la douleur, les éructations acides, les vomissements sont des phénomènes importants.

Si l'appendice est surtout épaissi, adhérent à la suite d'une attaque aiguë antérieure, l'hyperacidité est inconstante, le malade souffrant depuis de longues années est maigre, anémique, neurasthénique. Il souffre tout le temps, que l'estomac soit à jeun ou non, d'une distension avec éructations, nausées, il manque d'appétit, ne dort pas, a constamment un mauvais goût dans la bouche et est constipé. (*A suivre.*)

ANALYSES

MÉDECINE

L'acide camphorique contre les sueurs profuses des tuberculeux. (Ernesto Lévi. *Gazz. degli ospedali e delle cliniche*, 8 mars 1910, n° 29.) — Au cours d'une étude sur le mécanisme de production des sueurs profuses chez les tuberculeux, le docteur Ernesto Lévi a été amené à expérimenter et à comparer divers anhydrotiques tels que l'atropine, l'infusion de sauge, le mélange de phosphate de chaux et d'acide gallique, le tellurate de soude et l'acide camphorique. Il a laissé de côté, vu leur action toxique, la picrotoxine et l'agaricine.

C'est l'acide camphorique, à la dose de 2 grammes *pro die*, qui s'est montré le plus actif, même chez des malades qui n'avaient retiré aucun bénéfice des autres anhydrotiques. Ce n'est qu'exceptionnellement, et chez des malades très gravement atteints, que l'acide camphorique fut inefficace, si bien que l'on peut dire que l'inefficacité de cet agent médicamenteux doit faire porter un pronostic très sévère.

Quant au mécanisme de son action, on peut supposer soit qu'il détruit les produits des bacilles tuberculeux, soit qu'il agit sur le système nerveux central ou périphérique, soit enfin qu'il a une action complexe et multiple.

En tout cas, comme il est bien toléré et ne donne pas lieu à des phénomènes toxiques, on doit le préférer aux autres anhydrotiques, l'organisme des tuberculeux étant déjà suffisamment intoxiqué par les poisons spécifiques.

Un bon adjuvant du traitement par l'acide camphorique consiste à pratiquer des frictions à l'alcool camphré sur le thorax et les membres, mais ce procédé est généralement insuffisant pour faire disparaître, à lui seul, les sueurs profuses des bacillaires. A. GAULLIEUR L'HARDY.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Contributions à l'étude des néoplasies rénales dites tumeurs de Grawitz ou hypernéphromes. (D. Gellé. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1909, p. 173-216, 6 fig.). — En 1884,

Grawitz considérait comme des hypernéphromes les tumeurs à cellules claires, disposées en cordons, avec un axe conjonctif central, qu'il considérait comme représentant la médullaire, tumeurs encapsulées, situées sous la capsule du rein, à cellules riches en graisse.

L'an dernier, Stœrk s'élevait contre cette manière de voir et faisait remarquer qu'il s'agit là de tumeurs papillomateuses, à vaisseaux sanguins disposés en éperon, et contenant souvent des tubes creux; il leur attribue une origine rénale. M. Gellé a cherché à se faire une opinion, basée sur l'étude histologique de six de ces tumeurs. Deux sont exclusivement formées de cordons pleins et paraissent à l'auteur être d'origine surrénale, l'une est encapsulée comme le décrit Grawitz, l'autre présente une capsule dissociée comme Stœrk l'assigne aux germes surrénaliens intra-rénaux. Les quatre autres sont aussi formées de cellules claires, disposées en cordons et riches en graisse, et entourées d'une capsule. Mais les cellules n'ont pas la petitesse et la régularité des deux précédentes, les cordons sont plus volumineux, on trouve des « plages cellulaires » très étendues, sans cloisonnement, ces tumeurs renferment des productions tubulaires nettes, l'une présente même des kystes papillomateux et un adénome rénal situé sous la capsule même de la tumeur.

L'auteur rappelle, d'autre part, que, de tous les arguments de Grawitz, le plus important est la structure en cordons, et l'aspect clair des cellules, l'encapsulation n'a pas une valeur absolue, l'axe conjonctif central ne saurait représenter la médullaire de la surrénale. Ces tumeurs sont plus riches en graisse que les cancers du rein nettement autochtones, mais il estime impossible d'essayer de différencier microscopiquement la graisse de l'hypernéphrome et celle d'un cancer du rein, soit par la coloration, soit par la polarisation. D'un autre côté, la présence de tubes creux est admise, pour la surrénale normale, par Kœlliker, et pour les tumeurs primitives de la surrénale, par MM. Hartmann et Lecène.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Traitement post-opératoire des perforations typhiques. (Peregrine WROTH. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 5, nov. 1909, p. 842-854.) — Dans l'année qu'il passa comme chirurgien résident dans un hôpital de Baltimore, l'auteur eut l'occasion d'opérer quatre cas de perforation typhique. Tous les quatre guérirent, ce qui est beau en face de la mortalité habituelle de ce genre de lésion, et ce qu'il faut attribuer, sans doute, à la précocité de l'intervention et au traitement post-opératoire.

Wroth a eu recours au traitement de Fowler-Murphy, actuellement très en vogue en Amérique, et qui donne des résultats vraiment remarquables. Ses malades furent, après l'opération aussi courte que possible, placés dans la position complètement assise; et on fit de l'irrigation continue du rectum avec du sérum artificiel. Malgré l'opinion courante que le repos dans le décubitus dorsal est nécessaire aux typhiques, la position assise n'eut aucun inconvénient.

Le seul symptôme constant fut une douleur forte, aiguë et paroxystique. Le seul signe physique constant fut de la rigidité abdominale, de degré variable. Les quatre cas se résument ainsi : 1° homme de trente-huit ans, opération huit heures après le début de la douleur; quatre perforations à 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale, l'une d'elles assez large pour admettre le pouce; fermeture des trois petites par une suture en bourse, fixation de la grande à la paroi, entérectomie secondaire, guérison; 2° fillette de huit ans et demi; opération quatre heures après le début de la douleur, une seule perforation; 3° fillette de six ans, opération sept heures après le début de la douleur, une seule petite perforation; 4° garçon de douze ans, opération trois heures après le début de la douleur; une seule grande perforation, fermeture par une suture en bourse; crise d'obstruction intestinale, entérostomie, fistule fécale, guérison.

A remarquer que les deux derniers malades étaient frère et sœur; un autre frère eut, au cours d'une fièvre typhoïde au même moment, une péritonite sans perforation; l'opération montra le cæcum tout entier violacé, mais non perforé. L'autopsie confirma l'absence de perforation. Un quatrième membre de la famille eut, à la même époque que les trois autres, une typhoïde normale.

F. GARDNER.

Extraction d'une aiguille à repriser de l'épigastre d'un nourrisson. (A. T. HUBBELL. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LII, n° 15, 10 avril 1909, p. 1180.) — L'intérêt de ce cas réside dans l'âge du sujet, bébé de dix semaines, nourri au sein. De fait, s'il n'est pas rare de voir des enfants plus âgés avaler des épingles et des aiguilles, on se demande comment un nourrisson de cet âge a bien pu le faire; et en présence d'une tuméfaction à l'épigastre dans un cas analogue, il est certain que l'on pensera à tout, excepté à cela. L'extraction fut facile à travers une courte incision de la peau, au point saillant.

F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Perforation de la cloison nasale par la poussière de sel. (Dan MACKENZIE. *Soc. royale méd. de Londres*, 5 nov. 1909 [section de laryng.], in *Revue hebd. d'oto-rhino-laryngol.*, n° 16, p. 458, 1910.) — Il s'agit d'une femme de vingt ans, emballeuse de sel de table à la mode ancienne; par un temps sec et chaud, le sel se répand en fines poussières que cette femme respire depuis neuf mois; elle présente une perforation de la cloison nasale, étendue à la plus grande partie de sa portion cartilagineuse. Des coupes de la muqueuse de ses bords ont montré des cellules géantes typiques. Sur sept ouvrières, travaillant dans le même endroit, quatre avaient de petites perforations plus petites que celle présentée à la Société; un homme qui y travaillait depuis deux ans, n'en avait pas. Tous étaient bien portants et il n'y avait pas de suppuration du nez.

Dans la discussion qui suit cette communication, Dundas Grant trouve curieux le fait d'avoir trouvé des cellules géantes et ne doute pas de l'étiologie de ces cas qui rentrent dans ceux qu'a décrits Morell Mackensie dans son *Traité*.

De Santi dit que, s'il n'y avait pas plusieurs cas réunis, on aurait pu prendre la perforation de la malade présentée pour due à la syphilis.

Legge dit avoir vu ces mêmes lésions souvent, chez des ouvriers maniant du bichromate de potasse ou de soude; sur 176 hommes d'une manufacture d'Ecosse, 126 avaient cette lésion; 30 autres, une ulcération qui devait y aboutir. Dans ces cas, la perforation allait jusqu'à l'union de l'ethmoïde et du cartilage, plus grande que dans le cas présenté; elle s'étendait en arrière du vomer, mais les bords supérieurs et inférieurs du cartilage étaient intacts. Deux cas de nez affaissé.

La même lésion fut vue par lui chez des ouvriers employés au lavage de la laine avec de l'arsenic blanc, de la soude caustique chez les broyeurs de métaux.

Davis, en 1905, montra un de ces cas, c'était un ouvrier en fécule et sans cesse exposé aux poussières, et il en connaît d'autres cas.

Clayton Fox dit que Kyl a signalé les effets irritants comme cause de ces perforations, entre autres l'arsenic, fécule, ciment et poussière de toute sorte. Il s'étonne de la présence des cellules géantes et pense que la moindre résistance de la cloison a pu aider à l'invasion des bacilles tuberculeux.

Rose dit, avec raison, que la présence des cellules géantes est très souvent constatée, un corps étranger ou une irritation quelconque peut donner lieu à des cellules géantes dans un tissu granuleux.

Le président demande s'il y avait dans les cas signalés déviation de la cloison dans sa partie antérieure; il pense

qu'une imperfection mécanique jointe à la présence de fragments angulaires suffit à causer une perforation, mais qu'il faut les deux causes pour la produire. Mackensie ne connaît pas d'autres cas, causés par le sel, publiés comme les siens; pour lui, le sel agit non pas comme un corps neutre, mais par son action hygroscopique. On ne peut parler dans son cas de syphilis, car les bords de la perforation, chez sa malade, ont guéri dès qu'elle a cessé ce métier et que ses compagnes avaient la même lésion. Il convient que la déviation de la cloison peut avoir facilité la perforation dans le cas présenté par lui et qui l'avait plus grande. P. VIOLLET.

LIVRES NOUVEAUX

Actualités médico-chirurgicales des armées de terre et de mer.

Sous cette rubrique générale MM. O. Doin et fils ont commencé à éditer une série de petits volumes, très élégamment présentés, et dus à la plume de médecins de l'armée et de la marine. La publication de cette collection nouvelle se fait sous la direction scientifique de MM. Bertrand, médecin général de 1re classe de la marine, Grall, médecin inspecteur général des troupes coloniales, Nimier, médecin inspecteur de l'armée. Le secrétaire est M. le docteur Ed. Laval.

La Tuberculose dans l'armée et la marine. Diagnostic de la Prétuberculose (1).

Ce volume est dû au docteur G.-H. Lemoine, médecin principal de 1re classe, professeur d'hygiène militaire au Val-de-Grâce.

L'auteur reprend l'histoire statistique de la tuberculose dans l'armée depuis 1862 jusqu'en 1905, puis, abordant les causes qui favorisent l'éclosion des tuberculoses latentes au régiment il les passe en revue par ordre d'importance.

Enfin un dernier chapitre est consacré au traitement social des tuberculeux militaires.

Les Grands abcès du foie (2).

L'auteur de cette monographie est le docteur J. Fontan, médecin général de la marine en retraite. C'est là avant tout un livre de pratique destiné à résumer les connaissances les plus utiles pour arriver au diagnostic et à la cure chirurgicale de l'hépatite suppurée des pays chauds. Il ne vise directement que les grands abcès du foie développés presque toujours dans les pays tropicaux et ayant la dysenterie pour cause pathogénique presque exclusive.

Eléments de stomatologie (3).

Cet ouvrage est dû à la plume du docteur Jean Monod, médecin-major de 2e classe, chef du service de stomatologie à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce. Destiné à permettre aux médecins militaires de soigner les accidents bucco-dentaires qu'ils sont à même de constater chaque jour, ce livre rendra de grands services à beaucoup de médecins civils, notamment à ceux qui habitent la campagne et sont forcés de pratiquer tant soit peu l'art dentaire. La grande expérience du docteur Jean Monod leur servira de guide.

Du choix des conscrits (4).

Certes le sujet de ce livre, dont l'auteur est le docteur Bonnette, médecin-major, intéresse tout particulièrement nos confrères de l'armée, mais néanmoins tout le monde pourra y puiser des renseignements utiles et intéressants. Le chapitre qui traite des indices de robusticité physique est certainement d'un très grand intérêt général, et les pages où est discutée la question des hernieux au régiment seront lues, elles aussi, avec le plus grand profit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 204 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Un vol. de 135 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.
(3) Un vol. de 258 p., avec 54 fig., dans le texte.— Prix : 4 fr. — Paris, O. Doin.
(4) Un vol. de 170 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

La Pratique des Maladies des Enfants (diagnostic et thérapeutique). — Fascicule III. *Maladies de l'appendice et du péritoine, du foie, du pancréas, des reins, du sang, des ganglions et de la rate* (1), par MM. HAUSHALTER, CASTAIGNE, G.-L. SIMON, LEENHARDT.

Nous avons déjà présenté aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* le premier volume de la *Pratique des maladies des enfants*. Le fascicule III qui vient de paraître a été rédigé avec la même compétence et la même méthode, avec le souci constant d'insister sur le diagnostic et la thérapeutique clinique. Le professeur Haushalter a décrit les maladies de l'appendice et du péritoine ; MM. Castaigne et G.-L. Simon exposent les maladies du foie, du pancréas, des reins et des surrénales; à signaler particulièrement l'étude des surrénalites et des syndromes surrénaux, dont plusieurs travaux récents ont montré toute l'importance. Enfin M. Leenhardt passe en revue les maladies du sang, des ganglions et de la rate; c'est peut-être, surtout en ce qui concerne les maladies du sang, un des chapitres les plus difficiles à écrire actuellement pour un livre didactique; M. Leenhardt a su répandre de la clarté sur ces questions encore bien obscures. M. BRELET.

Quelques Dissections d'anatomie (2), par M. Paul HALLOPEAU, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique chirurgicale, et M. Eugène DOUAY, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, interne des hôpitaux.

Parmi les préparations qui se donnent à l'examen d'anatomie et dans les concours, les auteurs ont choisi les plus importantes, et particulièrement celles dont l'exécution est malaisée. Ils se sont efforcés de montrer les points délicats de la dissection, d'indiquer les moyens pratiques facilitant la recherche des organes difficiles à conserver, d'expliquer enfin la façon la plus simple de mettre la préparation en valeur.

Des figures en deux teintes, dessinées d'après nature, reproduisent avec une scrupuleuse exactitude les diverses régions anatomiques avec leurs aspects successifs, montrant les étapes que l'élève devra suivre pour arriver au résultat définitif. Ce manuel de technique répond à un besoin qu'ont éprouvé tous ceux qui se sont occupés de dissection : il sera précieux à l'étudiant en le guidant à chaque instant dans l'exécution de sa préparation d'examen, il sera utile au candidat aux concours en lui rappelant les temps délicats et les procédés fidèles et rapides d'exécution. L. GAYARD.

Consultations et formulaire de thérapeutique infantile (3), par M. le docteur M. DEGUY.

Comme son titre l'indique, cet ouvrage de M. Deguy es divisé en deux parties. Dans la première, consultations, les diverses maladies de l'enfance sont classées par ordre alphabétique; à propos de chacune d'elles, M. Deguy expose le traitement à instituer, et les formules qui peuvent être utilisées. Dans la seconde, formulaire, on trouvera, pour chaque médicament, les renseignements suivants : aspect, solubilité, saveur, incompatibilités, doses suivant l'âge et exemple de formule. Ce formulaire, mis d'accord avec le nouveau codex, sera certainement très apprécié des praticiens. M. BRELET.

(1) Grand In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8. de IV-114 pages, avec 55 planches en noir et en couleurs. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.
(3) Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Débris épithéliaux paradentaires, d'après les travaux de L. MALASSEZ, directeur adjoint des Hautes-Etudes, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de biologie, publié par son élève et ami, le docteur V. GALIPPE, membre de l'Académie de médecine. In-8 de XXVI-270 pages avec 60 figures dans le texte et un portrait hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses, par L. THÉVENOT, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon. (Bibliothèque de la tuberculose.) In-18 jésus, relié peau pleine, de 425 pages avec 51 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Manipulations de physique biologique, par le docteur H. GUILLEMINOT, attaché au laboratoire des travaux pratiques de physique biologique ; préface de M. G. WEISS, professeur agrégé, chef des travaux, membre de l'Académie de médecine. In-16 de 272 pages avec 242 figures dans le texte. — Prix : cartonné, 4 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

N° 101. — MARDI 6 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 6 SEPTEMBRE 1910. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Coyon, Decloux, Weil, Chifoliau, Descomps, qui ont accepté ; Monthus, Lardennois et Jeannin, qui n'ont pas fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 28 octobre 1910.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie ; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements. — Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — Un concours s'ouvrira le 6 mars 1911, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et histologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 3 septembre 1910, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortis de l'école d'application du service de santé militaire dans l'ordre ci-dessous, qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe (art. 24 du décret du 29 octobre 1898) ont reçu les affectations suivantes (service) :

MM. Pilod, hôpit. milit. du Val-de-Grâce (bactériologie) Rasse, hôpit. milit. du Val-de-Grâce (diagnostic spécial) Bernard, hôpit. Saint-Martin (Paris) ; Bolotte, hôpit. de Versailles ; Barral, hôpit. Bégin (Saint-Mandé) ; Bureau et Bertet, hôpit. de Nancy ; Barbier, 106e d'inf. ; Lambert, 10e bat. chass. à pied ; Rougeux, hôpit. de Briançon ; Bendon, 10e d'inf. ; Martin, salles milit. de l'hosp. mixte de Châlons ; Rolland, 68e d'inf. ; Lombardy, 21e d'inf. ; Ehringer, hôpit. de Maubeuge ; Ferry, hôpit. du camp de Châlons ; Scharenberger, salles milit. de l'hosp. mixte d'Epinal ; Brunhammer, hôpit. de Belfort ; Söderlindh, 152e d'inf. ; Rossi, hôpit. de Bastia ; Renaud, 147e d'inf. ; Ayrolles, 162e d'inf. ; You et Wulliam, hôpit. de Toul ; Olive, place et hospice mixte de Verdun ; Bret, salles milit. de l'hospice mixte de Toul ; Larnaudie et Vaton, salles milit. de l'hospice mixte de Saint-Mihiel.

MARINE. — Par décret en date du 31 août 1910 ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 1er septembre 1910, savoir :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les mé-

decins de troisième classe Auguste, Rouiller, Boutin, Lescan du Plessix, Ratel.

— Les médecins de deuxième classe de la promotion de 1910 sont rattachés aux ports ci-après, savoir :

Au port de Cherbourg : M. le médecin de deuxième classe Ratel.

Au port de Brest : M. le médecin de deuxième classe Rouiller.

Au port de Lorient : M. le médecin de deuxième classe Boutin.

Au port de Rochefort : M. le médecin de deuxième classe Lescan-Duplessix.

Au port de Toulon : M. le médecin de deuxième classe Auguste.

— Par décret en date du 1er septembre 1910, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Renault.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de première classe Gaubin.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Despeignes (de Chambéry), Labat (d'Ozourt).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Charrière (de Saint-Gemès), Guillaud et Lasmère (de Bordeaux), Haret, Kuss, Louët et Selle (de Paris), Pradel (de Chef-Boutonne), Rey (d'Arles).

VIe CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (TOULOUSE, 22-27 septembre 1910). — I. *Horaire des séances.* — Jeudi 22, à trois heures, séance d'inauguration à l'hôtel d'Assézat et de Clémence Isaure (rue de Metz). — A cinq heures, réception au Capitole par la municipalité de la ville de Toulouse.

Vendredi 23 et samedi 24, à neuf heures du matin. Communications dans chaque section, à deux heures et demie du soir. Séance plénière à la Faculté de médecine.

Vendredi soir 23, banquet du Congrès.

Dimanche 25, excursion à Carcassonne (15 francs par personne).

Lundi 26, séance de section, matin et soir.

Mardi matin 27, séance de clôture. A une heure, départ pour le voyage circulaire dans les Pyrénées (80 francs par personne).

II. *Excursions.* — Première excursion, voyage à Carcassonne (par le train). Le dimanche 25 septembre. Visite de la Cité ; déjeuner sur l'esplanade. Prix approximatif : 15 francs par personne.

Deuxième excursion, voyage circulaire dans les Pyrénées. Départ de Toulouse, le mardi 27 septembre, à une heure du soir, après la fin du Congrès ; arrivée à Montréjeau à trois heures.

Depuis ce moment jusqu'à la dislocation à Lourdes, tout le voyage s'exécutera en automobile.

De Montréjeau à Luchon, par Saint-Bertrand-de-Comminges.

Le mercredi 28, dans la matinée, excursion à la Vallée du Lys et à la rue d'Enfer ; le soir, départ pour Bagnères-de-Bigorre par le col d'Aspin, avec pointe sur la vallée d'Oueil.

Le jeudi 29, arrivée à Luz-Saint-Sauveur, par le col du Tourmalet.

Le vendredi 30, excursion au cirque de Gavarnie ; retour à Lourdes et dislocation.

A Luchon, à Bagnères-de-Bigorre et à Luz-Saint-Sauveur, un banquet suivi d'une réception, sera offert aux congressistes par les médecins de la station et la municipalité.

Prix approximatif : 80 francs par personne (tous frais compris).

Dans le cas où un certain nombre de congressistes le demanderaient, de Luz-Saint-Sauveur il serait très facile de faire, dans d'excellentes conditions, l'ascension du Pic du Midi.

Note très importante. — Les congressistes sont instamment priés de préciser en s'inscrivant :

1° L'itinéraire qu'ils suivront pour se rendre à Toulouse et en repartir.

2° S'ils désirent prendre la parole dans la discussion des rapports.

3° S'ils ont l'intention de faire une communication afférente à une des trois sections du Congrès ; dans ce cas, il serait très utile d'adresser le plus tôt possible le titre de la communication au secrétaire général ;

4° S'ils veulent prendre part à une des excursions ci-dessus désignées et au banquet officiel du Congrès, qui aura lieu le vendredi 23 septembre.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le professeur Audebert, secrétaire général du Congrès, 1, place Matabiau, à Toulouse.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — DOUZIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (AVEC PROJECTIONS). — Le samedi 17 septembre, à trois heures et demie, au palais des fêtes, le docteur Léon Blanc (d'Aix-les-Bains), ancien médecin inspecteur, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, fera une conférence sur « Aix-les-Bains, station thermale et climatique ».

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Bains de mer de la Méditerranée* : Agay, Antibes, Bandol, Beaulieu, Cannes, Cassis, Cette, Golfe-Juan, Vallauris, Hyères, Juan-les-Pins, La Ciotat, La Seyne, Tamaris-sur-Mer, Le Grau-du-Roi, Menton, Monaco, Monte-Carlo, Montpellier, Nice, Ollioules-Sanary, Palavas, Saint-Cyr-la-Cadière, Saint-Raphaël-Valescure, Toulon et Villefranche-sur-Mer. — Billets d'aller et retour, 1re, 2e et 3e classes, à prix très réduits, délivrés dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. jusqu'au 1er octobre.

Validité : 33 jours, avec faculté de prolongation.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

1° Billets d'aller et retour individuels : le prix des billets est calculé d'après la distance totale aller et retour résultant de l'itinéraire choisi et d'après un barême faisant ressortir des réductions importantes.

2° Billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins deux personnes : la première personne paie le tarif général, la deuxième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la troisième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs aux gares situées sur l'itinéraire.

Demander les billets (individuels ou collectifs) quatre jours à l'avance, à la gare de départ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires. 2 vol. — Prix : 6 francs. — Paris, Lavauzelle.

Précis de technique microscopique de l'œil, par MM. A. MONTHUS, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, et OPIN, ophtalmologiste de l'hôpital de Toulon. Préface de M. le professeur DE LAPERSONNE, 2e édition 1910. In-18 de XII-386 pages avec 19 figures dans le texte. — Prix : cartonné toile, 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Annuaire général des officiers du service de santé. — Prix : broché, 3 francs ; franco, 3 fr. 50 ; relié toile, 4 francs ; franco, 4 fr. 50. — Paris, Lavauzelle.

LES MÉTHODES D'ÉLECTROTHÉRAPIE

DANS LA CURE DES ANÉVRISMES

Par M. Paul-Charles PETIT.

En face d'une aussi grave affection, toute méthode efficace a le droit d'être utilisée, cette courte revue n'est qu'un article d'histoire et d'attente; mais l'efficacité de l'électrothérapie y sera, je l'espère, justifiée. La lecture attentive des travaux français ou étrangers permet d'affirmer que cette méthode ne le cède en rien aux autres procédés dans la cure *tant des anévrismes externes et accessibles que des profonds ou inaccessibles.*

Le professeur Pereira Guimaraës (1874) a traité un anévrisme de la carotide primitive gauche. Tel auteur qui le cite parle de courants faradiques, tel autre de courant statique cutané. N'ayant pas vérifié le texte original, je cite le cas pour mémoire, sans le faire rentrer dans un des procédés connus.

Courant galvanique (continu ou voltaïque). — C'est au courant continu que s'adressent les premiers auteurs, tels Pravaz et Guérard (1831), Philips, Pètrequin (1845), etc., qui l'appliquent aux anévrismes externes sous forme de *galvano-puncture.* Pour la première fois, Ciniselli l'utilise dans les anévrismes de l'aorte (1856).

Méthode de Ciniselli ou méthode italienne. — L'auteur enfonce dans l'anévrisme trois à six aiguilles d'acier à une distance de deux centimètres environ. L'une d'elles est reliée au pôle positif d'un courant galvanique; le négatif est une large plaque métallique qui avoisine la tumeur. Bientôt l'aiguille s'oxyde, on l'unit alors au pôle négatif, et une deuxième reçoit le courant positif et ainsi de suite pour toutes les aiguilles. Le pôle positif reste en contact jusqu'à ce qu'autour de l'aiguille se montre une aréole brunâtre; le négatif jusqu'à l'apparition d'une aréole blanchâtre. Les instruments de mesure étant inconnus, l'intensité du courant se réglait sur les réactions chimiques des piles.

Ciniselli se préoccupait avant tout de coaguler le contenu de la poche. Un courant agissant sur le sang d'une artère par le moyen de deux aiguilles enfoncées dans sa paroi, forme un caillot qui peut obturer le vaisseau. Cette coagulation se produit d'abord et surtout au pôle positif; Ciniselli pensait que l'usage simultané du négatif la favorisait beaucoup.

La théorie des ions explique mieux aujourd'hui ce qui se passe au niveau des aiguilles. A la positive se rendent de l'oxygène et des acides, d'où l'oxydation de l'aiguille; à la négative apparaissent de l'hydrogène et des alcalis. Ciniselli, nous l'avons dit, ne faisait passer le courant négatif qu'après oxydation de l'aiguille, ce qui empêchait l'escarre négative. Mais le courant négatif agissant à son tour, et en sens inverse, détruit cette protection due à l'oxydation; son temps de passage doit donc être court.

Pendant la séance, le patient perçoit une certaine douleur qui persiste plus ou moins longtemps. Puis la tumeur donne une sensation de tension; on a même noté quelques phénomènes généraux passagers. Tout rentre bientôt dans l'ordre et peu à peu la tumeur diminue et se rétracte.

Ciniselli admet que l'anévrisme sacciforme est à peu près seul redevable de sa méthode. Il ajoute comme conditions favorables l'étroitesse de l'orifice de communication et l'absence d'artère importante sur la paroi du sac, à cause d'embolies possibles ou aussi, par suite du coagulum, de la suppression de la circulation dans une région étendue du corps.

Méthode d'Anderson ou méthode anglaise. — Elle utilise comme Ciniselli la galvano-puncture. L'aiguille positive est enfoncée dans la tumeur, le pôle négatif est placé près d'elle. (Dujardin-Beaumetz le mettait sur la cuisse, pour éviter les petites secousses dues à la respiration.) Jamais on ne relie l'aiguille au courant négatif, l'action sur l'anévrisme est uniquement positive. C'est la méthode employée en France par Dujardin-Beaumetz, Tripier, Proust, Bucquoy, Sevestre, Lecadre, Verardini, etc.

Dujardin-Beaumetz et Proust rejettent l'emploi de l'aiguille négative dans la tumeur de peur d'hémorragie et aussi à cause de la douleur qu'elle provoque. Ils ne croient pas qu'elle augmente en quoi que ce soit la coagulation. Tripier fait les mêmes reproches en y ajoutant le danger de l'escarre négative. La galvano-puncture utilisée à la tête produit, d'après Tripier, des phosphènes aux interruptions du courant, et une céphalée avec vertiges qui persiste plus ou moins longtemps. A cette époque, Tripier, dépourvu d'instruments de mesure, utilisait la tension de quinze ou vingt couples de Bunsen.

Les auteurs ont tous admis ici encore la coagulation, confirmée d'ailleurs par quelques autopsies. Dujardin-Beaumetz et Proust, relevant six cas traités par divers, accusent une guérison, et cinq améliorations.

Méthode mixte. — On connaît la méthode qui consiste à introduire dans la poche anévrismale un fil métallique, un ressort de montre, etc., méthode qui escompte une coagulation autour de ce corps étranger. Certains électriciens ont pensé utiliser cette méthode en unissant le corps étranger au courant. Ainsi A. Bernheim (1900) introduit un ressort de montre qu'il réunit au courant continu; Hace (1901) fait de même avec un fil métallique. L'observation de Stewart (1892) expose bien toute l'économie du procédé.

Il s'agit d'une tumeur pulsatile de la région lombaire supérieure gauche, très étendue et battant sous la main. Stewart enfonce un fil d'argent et fait passer par ce fil pendant une heure un courant continu sous une intensité de 70 milli-ampères. L'électrode négative est sur l'épaule droite. Il remarque que les battements cessent seulement dans la partie de la tumeur soumise au traitement. Un jour le malade rompt sa poche à la suite d'un coup de poing. L'autopsie montre qu'on a introduit 75 centimètres de fil; des caillots durs, adhérents, remplissent une partie du sac et le fil y est solidement engagé. Stewart recommande un fil ni trop long, ni trop dur, tel que l'argent; il rejette le fer, car le chlorure et l'oxyde

de fer formés peuvent devenir le point de départ d'embolies. Il craint que la coagulation intense n'augmente trop la pression dans la poche, d'où rupture possible.

MÉTHODE BRÉSILIENNE. — Elle repose sur l'emploi du courant continu appliqué *par la peau*. Quoique Vizioli et Martino (1876) aient employé le courant continu dans un anévrisme du tronc brachio-céphalique, et dans un de la sous-clavière; ce sont les médecins brésiliens qui ont mis au point cette méthode et l'ont édifiée tout à fait. Nous conserverons donc à la *voltaïsation cutanée positive* le nom de méthode brésilienne à laquelle restent attachés les noms de Martins Costa, Barbosa Romes, Ribeiro de Mendonça, Britto et surtout Arthur Silva (1886). Le docteur de Toledo Dodsworth en a bien résumé la technique et l'action au IIIe Congrès international de physiothérapie (Paris 1910) et je lui emprunte ces lignes.

« Le *pôle positif doit être appliqué sur la tumeur* (sur la peau), et le négatif loin de la tumeur, mais sur la même région du côté opposé... Il faut toujours employer les *électrodes de grandes dimensions*, soit : 8×11, 11×16, 16×24, selon les dimensions de l'anévrisme. Les électrodes doivent être des plus simples, *très malléables* pour pouvoir s'adapter parfaitement à la surface du corps, de façon à éviter la formation d'une escarre... On doit interposer une couche de flanelle entre l'électrode et la peau pour diminuer les effets caustiques du courant et pour ne pas opposer une grande résistance à son passage.

La flanelle doit être imbibée dans *l'eau tiède pure*, pour faciliter l'entrée du courant en ramollissant la couche cornée de la peau et pour ne pas faire éprouver au malade la sensation désagréable de l'eau froide. L'eau salée ne doit pas être employée à cause non seulement de son action électrolytique, mais aussi de la rapide détérioration des plaques. Les électrodes doivent être fort bien fixées à la peau par une bande de caoutchouc, qui maintiendra le contact absolu et parfait.

L'intensité doit être de *dix à vingt milli-ampères, par séance de dix à vingt minutes*. Tous les malades ne supportent pas facilement la dose maxima dès la première séance. »

De Britto fait une séance quotidienne jusqu'à la première amélioration, qui se montre en moyenne après huit à douze jours, au maximum après deux mois; et ensuite trois séances par semaine; de Freitas dit qu'il y a peu d'amélioration perceptible avant 40 séances. Les auteurs brésiliens parlent de 60 et même de 150 séances; c'est là un inconvénient du procédé.

Après quelques séances, la douleur disparaît. Puis la tumeur devient moins pulsatile, durcit et va en diminuant jusque même disparaître et ceci, on le comprend, va de pair avec des modifications dans les symptômes de compression.

Tels sont les faits; la plupart ont été contrôlés par des examens radioscopiques, véritable biopsie, et portent sur des centaines de cas. On sait la fréquence des anévrismes au Brésil.

La méthode, au dire de ses partisans, est applicable à tous les anévrismes, de Britto fait cependant remarquer l'action moins intéressante sur les anévrismes récurrents et aussi les abdominaux au-devant desquels l'intestin vient gêner la pénétration du courant.

On sait aujourd'hui, depuis les nombreux travaux sur l'électrolyse, que toute application électrique suppose un double courant d'ions (positifs et négatifs), un double échange entre des ions des électrodes ou des solutions qui les imbibent et des ions de l'organisme; le sens de ce courant est commandé par le signe électrique des ions se dirigeant toujours vers le pôle de sens opposé à leur signe propre. C'est à ce courant d'ions qu'il faut demander le pourquoi de la coagulation du sang anévrismal, de la formation de caillots adhérents et rétractiles. C'est par lui que s'explique la sédation de la douleur, comme aussi d'ailleurs par la rétraction de la tumeur qui fait cesser les compressions nerveuses. En lui encore doit s'expliquer l'action sur la paroi même de la poche qui s'atrophie et se rétracte tout en augmentant d'épaisseur et de résistance, et ceci n'est pas le côté le moins intéressant de la méthode. Huchard avait depuis longtemps fait remarquer qu'une méthode rationnelle devait agir sur le contenu aussi bien que sur le contenant. Les Brésiliens affirment réaliser cette condition et ainsi ils évitent que la pression due à la coagulation ne rencontre une paroi trop faible et trop disposée à se rompre. D'ailleurs, Modesto Guimaraës a essayé expérimentalement (1891) l'action polaire sur des fragments d'aorte dans lesquels circule un liquide albumineux. Il constate que le pôle positif amène un rétrécissement marqué de la paroi et une augmentation de la consistance; le négatif au contraire amène une fragilité plus grande de cette même paroi. Il faut ajouter qu'après la séance certains auteurs ont placé la plaque positive sur le trajet des nerfs douloureux.

Dans son *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, Huchard dit : « On a proposé d'appliquer les courants continus à la surface extérieure du sac. Mais l'application d'un rhéophore sur une peau tendue et luisante peut avoir des inconvénients et cette méthode n'a donné aucun succès. »

La méthode brésilienne n'est pas du tout cela. Elle applique le courant sur la peau et non sur la tumeur elle-même et elle demande qu'on lui confie des anévrismes lorsqu'ils sont diagnostiqués, et non lorsque, après l'échec de toutes autres méthodes, les heures du malade sont comptées, et l'anévrisme prêt à se rompre. L'électrothérapie n'a pas la prétention d'être un remède pour les moribonds.

IONISATION. — On sait qu'un ion médicamenteux peut pénétrer dans l'organisme grâce au courant continu. On peut, dit Leduc, introduire sous l'anode (pôle +) tous les cations (ions —), sous la cathode, tous les anions.

Il était naturel que, à l'action même du courant galvanique, on tendît à ajouter, par son intermédiaire même, la pénétration d'ions médicamenteux qui chemineraient ainsi jusqu'à la poche anévrismale. Il

était naturel aussi de s'adresser à l'ion iode d'une solution d'iodure de potassium. Mais les médecins brésiliens ne semblent pas avoir obtenu des résultats bien supérieurs à ceux de la voltaïsation simple. De Freitas est peu affirmatif et de Britto repousse l'ionisation iodée; le malade, dit-il, est bourré déjà d'iodure à dose suffisante et de plus la pénétration de l'ion iode par la peau irrite celle-ci et oblige à diminuer la dose de courant employé. De Britto repousse pour les mêmes raisons l'ion salicylique. De Freitas serait assez partisan de l'ion zinc qui favoriserait (sous forme de bromure de zinc en solution) l'action coagulante du pôle positif sur la fibrine du sang.

Haute fréquence. — *Méthode générale.* — L'action de la haute fréquence sous forme d'auto-conduction (cage) ou de lit condensateur est bien connue sur l'artério-sclérose, l'hypertension, l'arthritisme, en un mot sur l'appareil circulatoire. Et c'est précisément pour des affections de ce genre que des sujets porteurs d'anévrisme furent traités et l'anévrisme en bénéficia.

En 1907, Bellemanière en rapporte un cas confirmé par la radioscopie.

Le lit condensateur fait cesser douleurs et insomnie; un an après, l'amélioration s'est maintenue. Au IIe Congrès de physiothérapie (Paris 1909), le même auteur cite le cas d'un vieillard de soixante-seize ans, dilaté de l'aorte et incapable d'aucun effort. Après deux mois de traitement, une promenade quotidienne est possible.

Dans ces deux cas, il y a eu modifications parallèles des signes stéthoscopiques et radioscopiques.

L'auteur n'attache d'ailleurs à ce traitement qu'une valeur symptomatique.

Méthode locale. — Elle est la plus récente et due à Malméjac qui l'a bien exposée au même Congrès, à la Société d'électrothérapie et dans la *Gazette électrique* (mai 1910). Elle exige différentes précautions et est ainsi présentée par son auteur: « L'interrupteur joue un rôle particulièrement important. Il doit fournir un débit régulier et, pour cela, être mis tout à fait au point; il ne doit également donner que des interruptions relativement lentes. (Relativement s'entend par rapport aux interrupteurs actuels auxquels on cherche à donner une vitesse de plus en plus grande et un nombre d'interruptions de plus en plus élevé.)

Les interruptions doivent être nettement appréciables par l'opérateur.

Enfin, nous nous servons du condensateur à pétrole et de la bobine d'Arsonval-Tesla montée en monopolaire; non pas avec un pôle à la terre, car alors (j'en ignore la raison) cela marche beaucoup moins bien. Il faut prendre un des pôles du condensateur au pôle d'origine du petit solénoïde.

On recueille ainsi à l'autre pôle des effluves longs et qui présentent des qualités différentes des effluves obtenus en mettant un pôle à la terre.

L'appareil étant ainsi monté, le malade, le torse nu, est assis face au petit solénoïde.

Une main labile ou plutôt un ou deux doigts appuyés le long du bord de la colonne dorsale ferment le circuit tandis que l'autre main tenant une électrode isolée effluve le thorax ou mieux la région préaortique en suivant le sens du courant sanguin.

Malméjac insiste sur les détails de la technique, tous importants et se commandant « comme les roues d'un système d'horlogerie ».

Cette méthode ferait baisser la tension artérielle bien plus que la cage ou le lit condensateur. Au point de vue aortique, Malméjac a rapporté ses observations au IIe Congrès de physiothérapie (Paris 1909), toutes soumises au contrôle de la radioscopie et d'une clinique méticuleuse. Il a pu ainsi noter la sédation de tous les symptômes fonctionnels, la disparition des battements, la diminution de la matité, des modifications du pouls, la disparition de circulations collatérales cependant très développées. En même temps l'écran montre dans plusieurs cas une régression des symptômes physiques eux-mêmes.

La méthode demande un peu de prudence; elle peut amener des syncopes qu'il suffit de prévenir en interrompant la séance ou en éloignant l'électrode quand la pâleur du visage s'accuse.

Il semble bien qu'il y ait là une méthode vraiment active et commode. »

Nos liens d'amitié avec l'auteur nous ont permis d'apprécier la technique d'un peu près et d'asseoir plus solidement notre conviction.

L'idée qui doit tout d'abord se dégager de cette étude historique est que les différentes techniques d'électrothérapie veulent s'adresser aussi bien aux anévrismes et aux dilatations artérielles profondes, tels ceux de l'aorte, qu'aux anévrismes superficiels. Toutes ces techniques ayant compté des succès non douteux, il paraît assez délicat de choisir entre elles. On peut cependant réserver aux méthodes de galvano-puncture (spécialement la technique d'Anderson) les cas de tumeurs superficielles et accessibles. Quant aux anévrismes profonds, beaucoup sont peu accessibles à ce moyen et c'est là qu'interviennent la méthode brésilienne (courant continu par la peau) et celle de Malméjac (haute fréquence locale). La première a pour elle son ancienneté, le nombre de ses parrains et des observations publiées, mais le traitement est long. La technique de Malméjac est encore récente, mais elle est d'application aussi commode que la brésilienne et, en tous cas, beaucoup plus courte (deux à trois mois en moyenne).

L'électrothérapie faite avec soin ne peut en aucune façon nuire aux malades; il paraît bien que sa place se justifie à côté des autres méthodes de thérapeutique dans les anévrismes et les dilatations artérielles tant superficielles que profondes.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Anstie. Galvano-puncture dans un cas d'anévrisme abdominal, *Lancet*, t. II, 1874.

A. Bernheim. Traitement par électrolyse et ressort de montre introduit dans le sac, *Deuts. med. Wochens.*, 23 août 1900.

(1) Cette bibliographie n'est qu'un guide qui permet de reconstituer aisément la liste complète des travaux parus sur la cure électrique des anévrismes.

BRITTO. *Bull. méd.*, 10 déc. 1904; — *Soc. d'électr.*, 16 juillet 1908.
BROWNE. Case of aortic aneurism treated by galvanopuncture, *Lancet*, t. II, 1878.
BUCQUOY. Anévrisme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique, *Acad. de méd.*, 1873, et *Union méd.*, 1879.
CINISELLI. *Sulla electro-punctura nella cura degli aneurismi*, Crémone 1856; — Même sujet, *Ann. univ. di med.*, nov. 1870; — Même sujet, *Giornale della R. Accademia di Torino*, 1873; — Même sujet, *Galvani*, 1873 et 1874; — Même sujet, *Bull. de thérap.*, t. I, 1877.
DUJARDIN-BAUMETZ. Sur un cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte traité par l'électro-puncture, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris 1877.
DUJARDIN-BAUMETZ et PROUST. Sur le traitement des anévrismes de l'aorte par l'électro-puncture, *Congrès de l'assoc. pour l'avancement des sciences*, Paris 1878.
DE FOREST-VILLARD. Anévrisme de l'aorte thoracique, traitement électrique, *Ann. of surg.*, juillet 1901.
HACE. Electrolyse, fil métallique dans le sac, *Therap. Gaz.*, Détroit, 15 juillet 1905.
LECADRE. Contribution à l'étude de l'électrolyse dans le traitement des anévrismes, *Congrès de l'assoc. pour l'avancement des sciences*, Le Havre 1877.
ŒTTINGER. Art. ANÉVRISMES du *Traité de méd.* Charcot-Brissaud-Bouchard.
SEVESTRE. *Revue des sc. méd.*, 1879, p. 744.
SIMPSON. Two cases of thoracci aneurism in which galvanopuncture was used, *Brit. med. Journ.*, t. II, 1877.
STEWART. *Amer. Journ. of the med. sc.*, oct. 1892.
SOUKHANOFF. Quelques cas d'anévrisme de l'aorte traités par l'électrolyse, *Revue de méd.*, 10 mai 1897.
DE TOLEDO DODSWORTH. Traitement des anévrismes par la voltaïsation cutanée positive, *IIIe Congrès intern. de physiothérapie*, Paris 1910.
TRIPURI. Galvano-puncture dans l'anévrisme circoïde, *Tribune méd.*, 1867.
DAWSON TURNER. Le traitement électrique des anévrismes, *Brit. med. Journ.*, 13 juin 1908.
VERARDINI. Anévrisme de l'aorte traité avec succès par l'électrolyse, *Alger méd.*, 1878.
VERHOOGEN. Traitement des anévrismes par l'électrolyse, *Revue intern. d'électr.*, 1893, n° 12.
BOINET. Quelques cas d'anévrisme de l'aorte : 1. rompus à l'extérieur; 2. traités par l'électrolyse; 3. guéris spontanément, *Revue de méd.*, 10 mai 1897; — *Sem. méd.*, 1896, n° 42.
BELLEMANIÈRE. A propos du traitement des dilatations aortiques, *IIe Congrès de physioth.*, Paris, avril 1909; — Action des courants de haute fréquence, *Soc. d'électr.*, 1907.
MALMÉJAC. Le traitement des dilatations aortiques, *Soc. d'électr.*, 1909; — De la haute fréquence dans la dilatation de l'aorte, *IIe Congrès de physioth.*, Paris 1909; — Haute fréquence (méthode locale et hypertension), *Gaz. électrique*, avril et mai 1910.

MÉDECINE PRATIQUE

LA DYSPEPSIE APPENDICULAIRE (1)

La description des symptômes suffit à faire deviner les difficultés du diagnostic et à faire comprendre la confusion si longtemps commise.

Il est cependant possible par un examen serré des faits de faire un diagnostic correct. Sur les 24 cas de dyspepsie appendiculaire qu'il a observés, J. Paterson a cru pour les 16 premiers à un ulcère du duodénum ou de l'estomac, mais pour les 8 derniers le diagnostic a été correctement posé sept fois par lui ou par S. Fenwick.

La symptomatologie offre parfois de grandes ressemblances avec l'ulcère de l'estomac. Cependant, dans les premières années de l'évolution de l'ulcère, la symptomatologie offre un type plus clair, plus défini. Les accès de douleur sont réguliers, mathématiques. Le malade commence à souffrir une heure à quatre heures après le repas qui a été pris de bon appétit. La douleur est plus tardive si les aliments ont été lourds et grossiers. La douleur est vive, pas assez cependant pour obliger le malade à s'aliter. Elle siège au creux épigastrique ou sous le bord costal gauche; la région est sensible à la pression. Les irradiations se font surtout vers le dos constituant la douleur en broche. Cette douleur subit des variations saisonnières, le malade est susceptible au froid, à l'humidité et se porte mieux en été.

Le malade présente des gaz, des éructations acides, rarement des vomissements formés surtout de suc gastrique âcre, et peu abondants. La motilité de l'estomac est normale, excepté si l'ulcère siège sur le pylore, il peut alors y avoir de la rétention alimentaire. La douleur est soulagée par l'exercice, par le grand air; elle disparaît immédiatement par l'ingestion d'une nouvelle quantité de boissons ou d'aliments, de lait surtout. Le vomissement est de même suivi d'une sensation de complète délivrance. Le lavage de l'estomac, les alcalins, le bismuth font disparaître la douleur.

Après la crise, l'état de santé redevient généralement bon, moyennant certains ménagements que connaît bien le malade. Celui-ci conserve une santé, un embonpoint satisfaisants, à moins qu'il ne se produise des hématémèses, le teint reste coloré, et en dehors des crises il retrouve sa gaieté habituelle.

Cette régularité dans l'apparition des douleurs après le repas, sa disparition par l'alimentation ou par une médication ne se retrouve pas dans la dyspepsie appendiculaire. Mais si ce tableau typique existe au début de l'ulcère de l'estomac, il change plus tard quand des complications se sont produites; après des alternatives de crises et de rémissions de durée variable, au bout de cinq, dix, quinze ans, les symptômes perdent de leur netteté; les aliments ne soulagent plus la douleur mais l'augmentent; la douleur elle-même est plus continue, il n'y a plus dans l'intervalle des crises des périodes de vrai repos, les vomissements sont moins fréquents, plus abondants, suivis d'un soulagement incomplet, la nutrition se fait mal, l'appétit tombe, les forces diminuent.

Mais, d'une part, l'histoire antérieure du malade est là pour éclairer le clinicien et, de plus, l'examen montre la présence d'une tuméfaction épigastrique. Moynihan pose ceci comme un axiome : « Si un ulcère gastrique a produit des symptômes de caractère sérieux pendant une période de cinq, dix, quinze, vingt ans et plus, l'ulcère a gagné le péritoine, la paroi de l'estomac est augmentée de volume, il existe une tuméfaction visible, démontrable. »

L'ulcère du duodénum est plus difficile à différencier de la dyspepsie appendiculaire, la majorité des cas de cette dernière affection ont été mis sur le compte de l'ulcère duodénal. C'est la même histoire d'attaques douloureuses, intermittentes, mais il y a quelques différences. Dans l'ulcère du duodénum, la douleur débute nettement trois à quatre heures après le repas, et cela de façon régulière. Comme elle disparaît après l'ingestion des aliments, elle prend ici le type de la « douleur de la faim ». La douleur est violente, les crises sont les plus douloureuses de ces diverses affections, liées sans doute, au moins au début, à une notable proportion d'HCl libre dans le contenu stomacal (J. Paterson).

La douleur siège au creux épigastrique, vers l'ombilic et à droite, sans irradiations vers les parties inférieures de l'abdomen. Les attaques cessent brusquement, et dans l'inter-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 100, p. 1386.

valle le malade est dans un état de santé complet, ne conservant aucune gêne après le repas.

Naturellement, lorsque l'affection se prolonge, les symptômes perdent de leur netteté, les complications gastriques ne tardant pas à se produire.

La dyspepsie appendiculaire peut aussi prêter à la confusion avec la lithiase vésiculaire; du moins à certains de ses stades.

On peut reconnaître à la symptomatologie de la lithiase vésiculaire, quatre périodes successives :

1° Au début, le malade ne se plaint que de quelques troubles gastriques auxquels ni lui, ni le médecin n'attachent grande importance. Presque aussitôt après le repas, ou parfois un peu plus tard, brusquement le malade ressent une gêne, une tension de la partie supérieure de l'abdomen. Après quelques moments, une éructation, des renvois acides, un petit vomissement, et la crise, de durée courte ordinairement, cesse d'elle-même ou sous l'influence d'un médicament. Ce sont ces petites attaques soudaines, irrégulières, courtes, à terminaison rapide, sur lesquelles Moynihan en particulier a attiré l'attention, comme caractéristiques de la lithiase biliaire au début.

2° Il y succède des attaques plus graves, plus prolongées, souvent espacées par de longs intervalles (deux à trois mois). La douleur se produit à un moment qui n'a parfois pas de rapport net avec les repas. Le début est soudain, c'est une douleur épigastrique, étendue à l'hypocondre droit et à toute la région du foie, en arrière du thorax et vers le dos, douleur sourde, profonde, augmentée par l'ingestion d'aliments, par les mouvements, les efforts, par les mouvements respiratoires profonds. L'attaque peut être longue, prolongée. Elle se termine brusquement, souvent à la suite d'éructations très abondantes, de régurgitations acides. L'hyperchlorhydrie est en général très forte et l'Hcl libre en proportion très augmentée (0,040 à 0,100). Une fois la crise terminée, la santé redevient bonne, le malade reprend sa gaîté jusqu'à l'attaque suivante.

C'est surtout pendant ces périodes de début que la confusion avec la dyspepsie appendiculaire serait possible. Les différences sont cependant appréciables; en faveur de l'origine vésiculaire on tiendra compte du sexe (femme), du siège de la douleur dans la région de la vésicule, de la persistance des éructations et régurgitations acides, du début et de la terminaison brusques de la crise.

3° Plus tard s'établissent les crises typiques de coliques hépatiques, sur lesquelles nous n'insisterons pas. Ici le diagnostic devient plus facile.

4° Mais, plus tard encore, lorsque la cholécystite chronique s'établit avec péricholécystite, adhérences, obstruction des voies biliaires, pancréatite chronique, souvent les signes gastriques prédominent et peuvent simuler l'ulcère, ou la dyspepsie appendiculaire. Mais l'histoire antérieure du malade sera là pour éviter l'erreur.

Une grosse difficulté du diagnostic provient ici de la grande fréquence de l'association de l'appendicite chronique et de la lithiase vésiculaire (1/3 des cas de lithiase d'après Ochsner).

Enfin, dans certains cas mais plus rarement, on pourrait hésiter entre une dyspepsie ou une colite muqueuse, mais celle-ci est rarement chronique d'emblée, elle aura été précédée de crises aiguës. L'examen attentif des selles montrera la véritable cause des crises douloureuses.

Le pronostic de la dispepsie appendiculaire est loin d'être bénin.

Tout d'abord les troubles gastriques en eux-mêmes sont graves par la gêne de la nutrition qu'ils entraînent, la perte des forces du malade et souvent son état d'hypocondrie. D'autre part, à la longue il se crée un véritable état de gastrite qui peut amener des complications graves comme les hématémèses. De plus, Moynihan, Soltau Fenwick, J. Paterson y insistent, dans ces cas, il éclate souvent une crise d'appendicite aiguë et celle-ci est d'ordinaire grave, parfois mortelle, ils en rapportent des exemples. Il y a donc un intérêt majeur à tenter de faire le diagnostic, et en tout cas à intervenir. Voici en quels termes J. Paterson pose ces indications opératoires :

« Excepté dans les cas où il y a une lésion organique certaine de l'estomac (cancer, sténose du pylore, estomac en sablier), on doit essayer le traitement médical, c'est-à-dire le repos et la diète pendant six mois au moins. Quand on a une raison de penser que la dyspepsie est d'origine appendiculaire et que le traitement médical est resté sans effet, il faut opérer. Dans les cas où on ne trouve aucun signe physique ou chimique de lésions organiques de l'estomac, si, en plus, la région appendiculaire est douloureuse, il faut opérer. »

« S'il existe des attaques répétées et vives de gastralgie, il faut opérer, surtout si la douleur irradie vers le bas de l'abdomen. »

On pratiquera donc une laparotomie médiane sus-ombilicale permettant d'explorer l'estomac, le duodénum, la vésicule biliaire et le pancréas, et si l'on ne trouve aucune lésion expliquant les douleurs, au lieu de pratiquer une gastroentérostomie qui serait inutile, par une deuxième incision, dans la fosse iliaque droite, on ira enlever l'appendice.

L'opération ne sera pas tout le traitement.

Dans la majorité des cas, nous l'avons vu, l'amélioration est rapide et complète. Dans d'autres cas, surtout anciens, il subsiste des lésions de gastrite qui demandent un traitement diététique. J. Paterson conseille de maintenir pendant trois mois une diète au lait et au poisson avant de revenir à l'alimentation normale. Paterson a noté que dans certains cas l'opération était suivie d'une augmentation passagère de l'Hcl libre. Il attribue cela à l'action d'inhibition sur le pylore causée par la cicatrisation du moignon appendiculaire. Cet état disparaît rapidement.

Que conclure pratiquement de tout ceci ?

Tout d'abord qu'il existe un ensemble de troubles dyspeptiques graves, liés à des appendicites chroniques larvées; que par un examen attentif des symptômes il est possible de différencier cette affection des ulcères stomacaux, duodénaux, des troubles de la lithiase biliaire et de la colite chronique; que dans tous les cas d'ulcère supposé on ne devra pas opérer avant d'avoir examiné avec soin la région de l'appendice et le passé appendiculaire possible du malade.

Que dans les cas où le diagnostic est en suspens, et qu'on pratique la laparotomie, en absence de lésions organiques palpables on ne doit pas pratiquer la gastroentérostomie. Celle-ci ne guérit pas l'appendicite. Dans ces conditions, on devra aller par une nouvelle incision enlever l'appendice. Il ne faudra pas s'en tenir à cette intervention et se rappeler qu'il peut être nécessaire de maintenir ensuite le malade à un régime alimentaire spécial.

M. LANCE.

FORMULAIRE

BRONCHITE CHRONIQUE A SÉCRÉTION ABONDANTE

Un moyen commode d'exposer le malade à une inhalation de longue durée, sans l'y contraindre, consiste à placer dans différents points de la chambre 6 à 8 morceaux de papier buvard imprégnés chacun de II à III gouttes du mélange :

Menthol	*āā* 3 parties
Eucalyptol	
Essence de térébenthine	*āā* 5 parties
Essence de genièvre	
Essence de pois pumilio	

Mélangez. (*Nouveaux remèdes*)

ANALYSES

MÉDECINE

La néphrite congénitale. (Howard T. KARSNER. *Proc. of the pathol. Soc. of Philadelphia*, fév. 1909, new serie, vol. XII, n° 1, p. 16.) — Les affections que le nouveau-né présente au moment de la naissance sont multiples; on en signale constamment de nouveaux cas (voir récemment : A. Peiser. La péritonite fœtale, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1908, LX, 1-2; — Lefour et Fieux. Un cas d'endocardite fœtale congénitale, *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1909). Par contre la littérature est très pauvre sur la néphrite congénitale. Comme le fait remarquer Karsner dans son travail sur la question, chez le nouveau-né et le petit enfant le rein est tellement délicat que, en dehors des causes habituelles, on relève des néphrites occasionnées par des causes très minimes : indigestions, inflammations du tube digestif, bains froids, exposition à une trop grande chaleur, dépôts calcaires et hématiques, hémorragies interstitielles, ictères. La vaccine a pu causer des néphrites. Les infarctus uriques de l'enfance sont bien connus, mais il n'est pas prouvé qu'ils soient congénitaux. C'est la syphilis qui est le facteur habituel des néphrites du nouveau-né, du prématuré ou du mort-né. C'est d'ordinaire une néphrite interstitielle, mais dans des cas qui ne sont pas rares elle affecte le type parenchymateux. Dans une étude sur 18 cas de syphilis rénale héréditaire, Cassell (*Berl. klin. Woch.*, 1904, n° 21) a montré que dans 16 cas il y avait des lésions parenchymateuses étendues, alors que le glomérule semblait peu frappé.

En dehors des cas de syphilis, Karsner n'a trouvé dans la science que trois cas de lésions rénales vraiment congénitales. Un cas de Cahen (1853) où, chez un enfant de deux jours mort de convulsions, on trouve un rein volumineux et l'urine albumineuse. Un cas de Kast, où il s'agit d'une congestion rénale intense chez un enfant mort cyanotique.

Le cas d'Ashby est beaucoup plus net; il s'agit d'un enfant de quatre semaines qui devint hydropique le lendemain de sa naissance et resta avec de l'anasarque jusqu'à sa mort qui se produisit dans des convulsions. Les reins, très pâles, présentaient des lésions identiques à celui de la néphrite scarlatineuse, pas de trace de syphilis.

Karsner rapporte un cas personnel très détaillé.

Il s'agit d'un nouveau-né qui mourut au bout de quarante-cinq minutes avec des signes de cyanose intense. L'autopsie montre de la persistance du foramen ovale, de la congestion des poumons, du foie, du pancréas et de la néphrite diffuse, surtout du rein droit. Il y avait aussi des lésions légères inflammatoires de l'estomac et de l'intestin. L'examen histologique montre une néphrite parenchymateuse avec gonflement, dégénérescence granuleuse et graisseuse de l'épithélium des tubes contournés.

On ne trouve pas de syphilis chez la mère et l'enfant (l'examen de coupes du foie ne permit pas de déceler de tréponème pâle), aucune infection aiguë de la mère, aucun essai d'avortement par un médicament (chlorate de potasse), aussi Karsner en est réduit à supposer une néphrite par troubles intestinaux. C'est bien là un cas type de ce que Holt appelle la néphrite primitive de l'enfant. M. LANCE.

La leucémie aiguë. Etude anatomo-clinique. (G. BOUDET. Thèse de Paris 1910; Steinheil éditeur.) — Boudet reprend toute l'étude de la leucémie aiguë. Il insiste sur les grands signes cliniques. Hypertrophie ganglionnaire, splénique, hépatique, douleurs osseuses, hémorragie, lésions de stomatite à type nécrotique, etc. Au point de vue hématologique l'affection est caractérisée par une leucocytose considérable due à la présence d'un mononucléaire anormal. Cellule de taille variable 10 à 20 μ dont le noyau clair se colore faiblement, le protoplasme l'entoure d'un hallo, il est fortement basophile et ne présente pas de granulations. Ce leucocyte répond au grand lymphocyte d'Erlich, au myélocyte basophile non granuleux. Il faut considérer cet élément comme une cellule embryonnaire, une cellule souche pouvant donner dans l'évolution les leucocytes de la série lymphoïde ou ceux de la série myéloïde. D'ailleurs on trouve toutes les transitions entre cette cellule souche et les éléments des deux séries.

L'auteur ne pense donc pas que l'on puisse continuer à diviser les leucémies aiguës en deux types : myéloïde et lymphoïde. Il s'agit toujours, pour lui, de leucémie à cellules embryonnaires et à l'appui de cette thèse Boudet fait valoir une série d'arguments anatomo-pathologiques : on observe en effet dans le foie, la rate, les ganglions et la moelle osseuse une hyperplasie très marquée. Il y a retour à l'état embryonnaire, du tissu conjonctif et de l'endothélium vasculaire. La pathologie comparée fournit dans la spirillose des poules un exemple d'infection où l'on trouve des formations lympho-conjonctives comparables à celles de la leucémie aiguë. Boudet pense, enfin, que la leucémie aiguë est une infection peut-être transmissible qui par ses caractères évolutifs et anatomo-pathologiques se rapproche du groupe des spirilloses.

P. GASTINEL.

CHIRURGIE

Phlébolithes pelviens périurétéraux. (George O. CLARK. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 5, nov. 1909, pp. 913-921.) — Sur les radiographies de bassins de personnes âgées de plus de quarante ans, il est très fréquent, constant même d'après certains, de trouver de petites taches voisines du trajet apparent de l'uretère. L'interprétation est difficile, l'erreur facile, et nombreux sont les cas où l'on a diagnostiqué un calcul de l'uretère pour n'en point trouver à l'opération.

On attribue ces taches à différentes causes, en plus des calculs de l'uretère : défauts de la plaque, artifices de préparation, aires calcifiées dans les ligaments du bassin, ossifications musculaires, concrétions et corps étrangers intestinaux, concrétions appendiculaires, phlébolithes, et encore bien d'autres choses. Clark, à la suite d'une autopsie intéressante, a été conduit à étudier plus particulièrement les phlébolithes au point de vue radiographique. A l'autopsie d'un sujet de soixante-dix-huit ans, mort de pneumonie après une amputation de cuisse pour vieille ostéomyélite, il trouva les plexus périprostatiques thrombosés et pleins de phlébolithes. Rien dans l'histoire clinique du malade ne pouvait attirer l'attention vers l'appareil urinaire. Cette pièce anatomique n'a en elle-même rien de bien extraordinaire : ces phlébolithes sont connus depuis longtemps ; si on ne les trouve pas plus souvent, c'est que l'on n'examine pas souvent les plexus périprostatiques à l'autopsie. Cependant, en 1908, un radiologiste anglais éminent a mis en doute leur existence et a nié qu'ils puissent avoir une influence quelconque en radiographie.

L'étude de Clark démontre le contraire : un phlébolithe donne une ombre radiographique. Cette ombre est voisine de l'uretère; les phlébolithes sont généralement multiples et bilatéraux; si on joint les différentes ombres par une ligne, cette ligne n'est plus le trajet régulier de l'uretère; il y a là un premier élément de diagnostic; ils donnent une ombre plus homogène qu'un calcul de l'uretère. Enfin, dans les cas où le doute persiste, il faut radiographier après avoir placé dans l'uretère un mandrin à âme métallique.

De telle sorte que, si ces phlébolithes n'ont par eux-mêmes aucune histoire clinique, ils ont une importance clinique parce qu'ils peuvent faire croire à quelque chose qui a de l'importance. Ils peuvent expliquer certains nodules vagues sentis par le toucher rectal ou vaginal, et attribués à des calculs de l'uretère, des concrétions vésicales, prostatiques, ou vésiculaires, ou même quelquefois à de la tuberculose péritonéale,

ou lymphatique, voire du cancer de la prostate. Si on les rencontre au cours d'une prostatectomie, il vaut mieux les laisser tranquilles. S'obstiner à les énucléer est simplement s'exposer à une hémorragie ennuyeuse. F. GARDNER.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de gynécologie (1), par le docteur P. BATIGNE.

Cet ouvrage s'adresse, ainsi qu'il est dit dans la préface, à ceux qui ignorent la gynécologie et qui veulent avoir sur les affections qu'elle revendique des notions suffisantes et non des connaissances approfondies. C'est un livre de débutants.

Voilà pourquoi l'auteur s'est attaché à l'écrire dans une langue très simple, aussi clairement que possible, très méthodiquement, et en exposant l'étude des maladies d'une manière aussi mnémotechnique qu'on le pouvait souhaiter, abordant brièvement et sans phrases inutiles les définitions, les causes, les exposés symptomatiques, les lésions, les diagnostics, les pronostics et les traitements, et ne sortant jamais de ce plan quasi-schématique.

A l'heure actuelle, il n'est pas permis de ne pas connaître les affections féminines. Elles tiennent dans le cadre des maladies une place si « en vue », elles se répercutent sur tant d'appareils, elles sont si souvent « une réaction », que l'auteur a cru nécessaire d'aider à leur juste et claire divulgation.

Il y a pleinement réussi ; il sera lu et facilement compris. Son livre est non seulement intéressant, mais il constitue en outre une œuvre particulièrement utile, que nous ne saurions trop recommander aux étudiants. L. GAYARD.

Les Maladies du duodénum et leur traitement (2), par M. le docteur R. GAULTIER. Avec une préface du professeur DIEULAFOY.

Les deux *premiers chapitres* traitent de l'*anatomie* et de la *physiologie* du duodénum.

Le chapitre 3 est l'exposé des méthodes d'*exploration* fonctionnelle de l'intestin par l'examen des fèces, exposé dans lequel l'auteur résume les recherches qu'il a déjà fait connaître dans ses publications antérieures sur *la coprologie*.

Les chapitres suivants sont consacrés aux diverses *affections du duodénum* ; l'auteur passe successivement en revue les anomalies de développement, les affections traumatiques du duodénum, les corps étrangers du duodénum ; spécialement il consacre une très longue étude à l'*ankylostomiase* duodénale ; signalons enfin les chapitres qui traitent de l'ulcère simple du duodénum, du cancer.

Dans un dernier chapitre enfin l'auteur étudie les *dyspepsies duodénales* ou DYSTRYPSIES, c'est-à-dire les manifestations symptomatiques des désordres prenant naissance dans le duodénum, dystrypsies que l'auteur essaie de définir et de classer d'après les résultats fournis par l'examen méthodique des matières fécales.

Chacun de ces différents chapitres se termine par une bibliographie très complète de la question spécialement traitée dans le chapitre. Le livre est d'une lecture agréable ; il est illustré de *60 figures* qui en facilitent encore la compréhension. L. BABONNEIX.

L'Hystérie et les hystériques (3), par P. HARTENBERG.

L'auteur résume ainsi sa conception de l'hystérie : « Ainsi comprise comme une disposition hyperimaginative de la mentalité, l'hystérie n'est, en réalité, la maladie d'aucun symptôme, ne possède le privilège d'aucun trouble, mais peut se surajouter à tous pour leur imposer son cachet personnel.

Elle ne crée pas les crises de nerfs, qui existent en dehors d'elle, mais elle favorise leur répétition en série, de sorte que seront hystériques les crises seulement par hypermnésie ou auto-suggestion.

Elle ne crée pas les auto-suggestions, qui peuvent survenir chez tous, mais leur confère, chez certains sujets, des caractères de perfection et d'achèvement, de sorte que seulement seront hystériques celles qui en seront entachées.

Elle ne crée pas l'émotivité, la suggestibilité, l'impulsivité, les distractions, la rêverie, le mensonge, la vanité, la luxure, qui existent en dehors d'elle, mais elle leur confère, lorsqu'elle s'y joint, son cachet personnel.

Elle consiste tout entière en une disposition mentale qui peut influencer tous ces symptômes, lorsqu'ils se produisent, les marquer de son cachet, mais aussi, ne donner lieu à aucun trouble morbide, si les circonstances provocatrices font défaut.

De cette nature purement subjective de l'hystérie, découle une extrême difficulté de lui assigner des frontières précises et une délimitation exacte. Où commence-t-elle et où finit-elle ? Il est le plus souvent très malaisé de le dire. » L. ALQUIER.

(1) In-8. — Paris, A. Maloine.
(2) Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) 1 vol. de 284 p. — Paris, Alcan.

Cent cinquante consultations médicales pour les maladies des enfants (1), par le docteur COMBY.

Il est inutile d'insister longuement sur l'intérêt de ce petit livre, en raison de la notoriété de son auteur et du but pratique pour nous de cette publication. On trouvera dans ce livre, beaucoup plus instructif à consulter qu'un formulaire, toutes les règles de thérapeutique à observer au cours d'une maladie donnée. Dans sa préface le docteur Comby écrit : « Ces consultations n'ont pas d'autre prétention que de rendre service aux médecins qui ne sont pas suffisamment familiarisés avec la pratique courante des maladies de l'enfance. » Nous pouvons ajouter que le but poursuivi a parfaitement été atteint, et que ces consultations médicales rendront à tous les plus grands services. L. BABONNEIX.

Le Massage plastique dans les dermatoses de la face. Ses indications. Ses résultats (2), par le docteur Raoul LEROY. Préface du docteur Lucien JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Basé sur la conception, bien connue à l'heure actuelle, de M. Jacquet, sur le rôle que joue en pathologie générale l'excitation fonctionnelle et sa projection, le livre de M. Paul Leroy n'aborde qu'un côté de la question, mais il l'étudie à fond. Laissant de côté la partie diététique de la méthode cinési-diététique, il s'attache à poser les règles du massage plastique de la face tel que le conçoit et le pratique M. Jacquet.

Après avoir décrit la technique de divers auteurs, il indique minutieusement les différents préparatifs et la méthode de M. Jacquet, et les effets immédiats que produit le massage plastique. Puis après avoir exposé les recherches expérimentales concernant la question, M. Leroy pose les indications et les contre-indications de ce procédé thérapeutique ; enfin il cite de nombreuses observations destinées à étayer tout ce qu'il avance au cours de l'ouvrage.

C'est là, somme toute, un travail très consciencieux et très patient qu'on lira avec autant d'intérêt que de profit. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Deuxième édition. — Paris, Masson.
(2) Deuxième édition. 1 vol. de 214 p., avec 10 photographies, 7 gravures et 1 schéma. — Paris, Ch. Boulangé.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin de laryngologie, oto et rhinologie. — (1er juillet 1910.) GUISEZ et PHILIP : Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie. — JACQUES et GAULT : Ostéites et périostites isolées du temporal. — JACQUES : Sur la méningite aiguë post-opératoire dans la sinusite fronto-ethmoïdale. — P. CORNET : Surdités progressives bilatérales post-traumatiques. — LAFITE-DUPONT : Ponction de la fenêtre ronde. Appareil aspirateur du liquide labyrinthique. — SARGNON : Contribution à la laryngostomie. — MIGNON : Papillome nasal. — RAOULT : Goitre suffocant suraigu ou strumite suffocante suraiguë. — Henri ABOULKER : Contribution au diagnostic de l'abcès du cerveau. Polypes fibro-muqueux du naso-pharynx.

Montpellier médical. — (N° 24, 12 juin 1910.) C. FLEIG : Diurèse par ingestion ou lavements de grandes quantités d'eau ou de solutions salées ou sucrées hypotoniques. — CARRIEU et L. BOUSQUET : Le traitement du tabes par les injections sous-arachnoïdiennes d'électro-mercurol. — (N° 25, 19 juin.) J. ANGLADA : Contribution à l'étude des myoclonies, à propos d'un syndrome de chorée myoclonie à symptômes complexes chez un polyurique hyperchlorurique. — (N° 26, 26 juin.) EUZIÈRE et J. MARGAROT : Contribution à l'étude des chorées persistantes; réflexions sur un syndrome choréiforme chronique. — ANGLADA : Contribution à l'étude des myoclonies, à propos d'un syndrome de chorée myoclonie à symptômes complexes chez un polyurique hyperchlorurique (*fin*). — (N° 27, 3 juillet.) PICHERAL : Quelques considérations sur l'action sédative de l'air chaud. — (N° 28, 10 juillet.) FERRASSE, PEZET et H. TRUC : L'hospitalisation des aveugles dans la région de Montpellier. — (N° 29, 17 juillet.) C. FLEIG : Le droit de cité en thérapeutique générale et hydrologique des injections intra-tissulaires d'eaux minérales.

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1910.) P. DELBET et DUPONT. Chloroforme. Chloral. Scopolamine. — A. CARREL : Résultats éloignés de la transplantation des veines sur les artères. — A. FAIX : Quinze cas de tumeurs malignes de l'orbite (25 fig.). — LERICHE et COTTE : Classification et pathogénie des tumeurs des mâchoires d'origine dentaire. Enclavomes dentaires. — Ch. CAPDEMONT : Rôle et mécanisme de l'infection dans les accidents de dent de sagesse (13 fig.) — Ch. MONOD et VANVERTS : Du traitement des anévrismes artériels. Documents et remarques. — (N° 7, 10 juillet.) QUÉNU et MATHIEU : Traitement des ankyloses vicieuses de la hanche par l'ostéotomie transtrochantérienne oblique (19 fig.). — PATEL et COTTE : Sur les fistules ombilicales consécutives aux cholécystites calculeuses (2 fig.). — KENDIRDJY et SÉJOURNET : Torsion et étranglement des séro-appendices épiploïques dans les sacs herniaires (4 fig.). — CALVÉ : Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur (21 fig.). — SÉJOURNET : Sur l'hypertrophie chronique et simultanée des glandes lacrymales et salivaires (maladie de Mikulicz). — BŒCKEL : Des luxations traumatiques du scaphoïde tarsien, en particulier des luxations doubles (5 fig.). — HALLOPEAU : A propos d'une suture latérale de la veine porte. — MONOD et VANVERTS : Du traitement des anévrismes artériels. Documents et remarques (*suite*). — PICQUÉ : Des abcès sous-phréniques [2 fig.] (*suite*).

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1910.) SALOMON et HALBRON : Étude comparée des réactions des îlots de Langerhans pancréatiques et des organes lymphoïdes (ganglions et rate) dans la tuberculose expérimentale. — DEVIC et SAVY : Les pleurésies médiastines (2 fig.). — JOB et FROMENT : La poliomyélite aiguë. Étude clinique. — (N° 7, 10 juillet.) VAQUEZ et COTTET : Recherches et considérations cliniques sur le rythme de la sécrétion urinaire et sur la diurèse provoquée par ingestion d'eau (polyurie expérimentale) [9 graphiques]. — LONDE : Forme fruste de la péricholécystite calculeuse (6 fig.). — LASSABLIÈRE : Influence de l'intoxication par une substance anaphylactisante sur le métabolisme azoté (2 graphiques). — THERRE : Etude expérimentale de l'action de l'eau des sources chaudes de Vichy sur la tension artérielle.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 21, 21 mai 1910.) KAUFFMANN : Traitement des synéchies nasales par la dilatation caoutchoutée. — COMPAIRED : L'atrophie ozénateuse et ses complications oto-cranio-cérébrales. — (N° 22, 28 mai.) P. JACQUES. Tuberculose ganglionnaire et cancer de la fosse parotidienne à point de départ auriculaire. — H. MASSIER : Considérations sur quelques cas de rhino-sinusite caséeuse. — (N° 23, 4 juin.) TRÉTROP : Asepsie et antisepsie en pratique journalière oto-rhino-laryngologique. — (N° 24, 11 juin.) P. JACQUES et GAULT : Ostéites et périostites isolées du temporal. — (N° 25, 18 juin.) H. LAVRAND : Pathogénie et traitement des polypes muqueux des fosses nasales.

Revue médicale de l'Est. — (N° 10, 15 mai 1910.) L. SPILLMANN : La clinique de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital municipal de Francfort. — LUCIEN et J. PARISOT : Le thymus dans les maladies de la première enfance. — M. MUTEL : A propos d'un cas de paralysie diphtérique généralisée à forme cardio-pulmonaire. — (N° 11, 1er juin.) S. RÉMY : Grossesses tubaires répétées chez la même femme. — L. HEULLY : Un nouveau cas de luxation du métatarse (luxation totale divergente par torsion). — (N° 12, 15 juin.) A. HERRGOTT : Grossesse gémellaire compliquée de môle hydatiforme. — (N° 13, 1er juillet.) GROSS et HEULLY : Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. — L. MICHEL : De la résection intestinale dans la hernie étranglée. — A. BŒCKEL : Quelques considérations sur les abcès de l'arrière-cavité de l'épiploon. — (N° 14, 15 juillet) A. SPIRE : Le diagnostic précoce de la grossesse. — A. BŒCKEL : Quelques considérations sur les abcès de l'arrière-cavité des épiploons (*suite*).

Revue neurologique. — (N° 9, 15 mai 1910.) G. RAUZIER et ROGER : Hémiparaplégie flasque et douloureuse avec anesthésie du type radiculaire. Compression de la quatrième racine lombaire par un cancer du rachis. Affaissement de la quatrième vertèbre lombaire décelé par la radiographie. — André LÉRI et G. BOUDET : Hémiplégie d'origine bulbo-médullaire chez un tabétique. Contribution à l'étude des paralysies du spinal dans le tabes. — (N° 10, 30 mai.) DE MASSARY et CHATELIN : Méningomyélie méningococcique à localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant la myélite transverse. — P. SAINTON : De l'identité du signe nouveau décrit par V. Néri dans l'hémiplégie organique et du signe de Kernig. — A. BAUDOUIN et H. FRANÇAIS : La réaction de Noguchi et Moore dans le diagnostic des affections syphiliques du névraxe. — (N° 11, 15 juin.) A. BAUDOUIN et G. PARTURIER : Sur les complications nerveuses des leucémies. — GOLDSTEIN et GOBILOVICI : Un cas de paralysie agitante chez une ancienne basedowienne. — (N° 12, 30 juin.) SICARD et FOIX : Méningite cérébro-spinale avec séquelles poliomyélitiques pures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Coyon, Decloux, Weil, Chifoliau, Descomps, Monthus, Jeannin, qui ont accepté; Lardennois, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Le Bunetel, du port de Cherbourg, est désigné pour embarquer dans les délais réglementaires sur le *Victor-Hugo*, dans la première escadre, en remplacement du docteur Gaubin, promu.

IIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR L'ÉTUDE DU CANCER. — La Conférence internationale pour l'étude du cancer se tiendra à Paris, du 1er au 5 octobre 1910, et siégera à la Faculté de médecine.

La Conférence se conformera, pour l'usage des langues, aux principes adoptés par les congrès internationaux, les langues officielles étant le français, l'allemand et l'anglais.

Liste des rapports qui seront présentés a la Conférence internationale. — Première section : *Histologie et diagnostic histologique.* — *a.* Essai d'une nomenclature internationale des tumeurs : MM. von Hansemann (de Berlin), Pierre Delbet (de Paris), Menetrier (de Paris), Herrenschmidt (de Paris). — *b.* Technique histologique : M. Pio Foa (de Turin). — *c.* Histogenèse et diagnostic histologique : M. Brault (de Paris).

Deuxième section : *Statistique.* — *a.* Méthodes statistiques et essai de statistique internationale : MM. George Meyer (de Berlin), Ledoux-Lebard (de Paris). — *b.* Résultats fournis par la statistique : MM. Dollinger (de Budapest), Buday (de Klausenburg). — *c.* Durée des affections cancéreuses : M. Otto (de Copenhague).

Troisième section : *Diagnostic clinique.* — *a.* Revue théorique des travaux récents : M. Paltauf (de Vienne). — *b.* Hémo-diagnostic des cancers : M. Weinberg (de Paris). — *c.* Chimisme des cancers : M. Beebe (de New-York). — *d.* Enseignement professionnel complémentaire et éducation du public : MM. Winter (de Kœnigsberg), Monod (de Paris).

Quatrième section : *Thérapeutique.* — *a.* Thérapeutique chirurgicale : MM. Korteweg (de Leyde), Pierre Delbet (de Paris). — *b.* Thérapeutique non chirurgicale : M. Rovsing (de Copenhague). — *c.* Radiothérapie des tumeurs malignes : MM. Pierre Marie (de Paris), Clunet (de Paris). — *d.* Valeur de la fulguration dans le traitement du cancer : M. Segond (de Paris). — *e.* Sérothérapie des tumeurs malignes : M. Widal (d'Angers). — *f.* Traitement des malades inopérables et questions d'assistance : M. Récamier (de Paris).

Cinquième question : *Etiologie et pathogénie expérimentale.* — *a.* Immunité : MM. von Dungern (d'Heidelberg), Caylord (de Buffalo). — *b.* Parasitisme et formation des tumeurs : M. Borrel (de Paris). — *c.* Traumatismes et tumeurs : MM. Thiem (de Kottbus), Bérard (de Lyon). — *d.* Théories cellulaires : M. Borst (de Wursbourg).

Sixième section : *Pathogénie comparée.* — *a.* Du cancer chez les animaux domestiques : M. G. Petit (d'Alfort). — *b.* Du cancer chez les animaux à sang froid : Mlle Marianne Plehn (de Munich). — *c.* Tumeurs vraies chez les végétaux : M. Jensen (de Copenhague).

Programme provisoire des fêtes et réceptions. — *Le samedi 1er octobre.* — Le matin, séance solonnelle d'inauguration. — Le soir, réception par le président de la Conférence internationale pour l'étude du cancer, S. Exc. le professeur Czerny.

Le dimanche 2 octobre. — Réception chez M. Henri de Rothschild, au château de l'Abbaye.

Le mardi 4 octobre. — L'après-midi, réception de MM. les membres de la Conférence à l'hôtel de ville.

Le mercredi 5 octobre. — Le matin, excursion à Chantilly et déjeuner offert par le président de l'Association française pour l'étude du cancer, M. le professeur Bouchard. — L'après-midi, séance solennelle de clôture. — Le soir, dîner par cotisation (le prix et le lieu du dîner seront indiqués ultérieurement).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gustave Grosjean (de Berck-sur-Mer).

RENSEIGNEMENTS

EXTERNE désire trouver remplaçant pour un mois ou un mois et demi. Indemnité de 30 francs par mois. — Ecrire au journal.

CLINIQUE CHIRURGICALE

ANASTOMOSE ARTÉRIO-VEINEUSE POUR GANGRÈNE SÉNILE

Par M. MAUCLAIRE,
Agrégé, chargé de cours de clinique annexe à l'hôpital de la Charité.

Les sutures vasculaires représentent un des progrès les plus récents de la chirurgie. Les résultats chez l'homme ne sont pas encore en rapport avec les espérances et les hypothèses. Néanmoins il importe, à mon avis, de publier les résultats dans leur intégralité, quitte à se déprécier un peu soi-même quand ils sont négatifs.

Après ce prudent préambule, je vais vous parler de quatre essais d'anastomose artério-veineuse que j'ai faits récemment dans mon service.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme âgée de soixante-treize ans que j'étais allé voir dans un service de médecine pour une gangrène sénile de tout le pied droit, datant de deux à trois mois. Le membre était en flexion du fait de la rétraction des tendons fléchisseurs; la malade, au lit depuis longtemps, maintenait tout le temps sa jambe ainsi fléchie. Le pied était complètement momifié. Au-dessus de la zone gangrénée le membre n'était ni œdématié, ni refroidi. Je ne sentais pas les battements de l'artère poplitée. On croyait sentir ceux de l'artère fémorale, et il semblait que le point thrombosé était au niveau de la pointe du triangle de Scarpa. J'ai essayé chez la malade, l'*épreuve de Moskowicz* qui consiste à mettre une bande élastique sur le membre de bas en haut et à la laisser cinq à dix minutes. Une fois enlevée on voit que la rougeur de la peau s'arrête au niveau d'une zone pâle qui répond à la partie du membre qui n'est plus que très peu irriguée par le sang artériel. En se rappelant la topographie des artères du membre on en déduit le siège de la thrombose artérielle. Or chez notre malade tout le membre resta pâle. Avant l'opération, le 12 avril, j'ai refait la même expérience, elle donna le même résultat. La thrombose devait donc siéger très haut sur l'artère fémorale.

Je tentai néanmoins l'anastomose artério-veineuse de la façon suivante. Incision au niveau de la pointe du triangle de Scarpa comme pour la découverte de l'artère fémorale superficielle. J'ai trouvé celle-ci très volumineuse, indurée à parois très épaisses et crétacées par places. Elle battait bien faiblement.

Je mis une ligature définitive sur la partie inférieure de l'artère découverte et une ligature temporaire sur la partie supérieure; l'artère fut sectionnée entre les deux ligatures. La paroi interne était recouverte de plaques d'athérome en partie détachées.

La veine fémorale fut mise à nu. Elle était plus petite que l'artère. Je mis une ligature définitive sur la partie supérieure de la veine et une ligature temporaire sur la partie inférieure; la veine fut sectionnée entre les deux ligatures. Etant donnée la différence de calibre des deux vaisseaux artériels et veineux, le bout inférieur de la veine fut sectionné obliquement.

Avec des fines aiguilles de Kirby et du fil de lin n° 500 préparé et stérilisé dans de la glycérine, j'ai adossé le bout supérieur de l'artère avec le bout inférieur de la veine par huit points séparés et perforants.

La ligature temporaire de l'artère fut lâchée et je vis le sang artériel entrer dans la veine sur toute la hauteur du segment veineux mis à nu, soit une longueur de 7 à 8 centimètres. De plus, je vis suinter un peu de sang par les points perforants antérieurs. Une légère compression arrêta cette hémorragie très insignifiante. Les parties molles furent ramenées au-devant des vaisseaux anastomosés et tout le membre immobilisé, dans un grand appareil ouaté.

Il n'y eut aucune complication locale. Le pied était trop momifié pour espérer voir rétrocéder la gangrène. — Le membre resta chaud et non œdématié pendant huit jours. Je fis alors l'amputation de jambe, au tiers supérieur, et j'examinai les vaisseaux tibiaux antérieurs et postérieurs. Sur les artères il ne s'écoulait qu'un suintement sanguin bien insignifiant. Par les veines, il ne s'écoulait aucun liquide sanguin artériel. L'anastomose artério-veineuse n'avait donc pas fonctionné. Le lambeau externe se sphacela et, huit jours après, je fis l'amputation de cuisse. Même état des vaisseaux fémoraux. La malade succomba à la cachexie sept jours après, c'est-à-dire le 12 mai.

A l'examen microscopique de la suture artério-veineuse, on voyait une bonne continuité entre l'artère et la veine. Un tissu résistant les réunissait solidement et notre chef de laboratoire, M. Bory, nous en a donné un examen histologique complet qui sera publié.

La cavité de la veine était perméable. Mais dans celle de l'artère il y avait un thrombus qui descendait juqu'au niveau de la suture. J'ajouterai qu'au niveau de la suture il n'y avait aucun rétrécissement. Le résultat anatomique était donc bon, mais le résultat fonctionnel avait été nul.

Dans le *deuxième cas*, il s'agissait d'un homme de soixante-douze ans. Il y a trois mois, le malade avait commencé à ressentir une douleur diffuse dans le pied gauche. Depuis trois semaines la douleur avait augmenté, le pied devint rouge jusqu'aux malléoles et peu à peu jusqu'à mi-hauteur de la jambe. Au-dessus de la zone sphacélée, il n'y a pas d'œdème, pas d'anesthésie, pas de refroidissement. On ne sent pas battre l'artère poplitée. Je crois sentir battre l'artère fémorale. Je n'essaie pas l'application de la bande élastique pour faire l'épreuve de Moskowicz parce que je crains de favoriser la thrombose artérielle du fait de la compression.

Le malade est artério-scléreux, le premier bruit du cœur est très claqué. Les artères sont très athéromateuses.

Actuellement, le malade a un peu d'albumine dans les urines. Il y a quelque temps il avait eu de la glycosurie. Celle-ci n'existe plus actuellement.

Le 26 mai je fis la même opération que dans le cas

précédent. L'artère fémorale ne battait pas. J'en fis la section et sa cavité était remplie par un caillot qui l'oblitérait en grande partie. Avec une sonde cannelée remontant très haut, presque dans l'iliaque externe, j'ai essayé de la déboucher, mais le sang a continué à sortir en bavant.

Je fis l'anastomose artério-veineuse comme dans le cas précédent, par sept points de suture séparés et perforants. Le malade continua à s'affaiblir et il succomba neuf jours après, sans modifications dans l'état du membre. L'examen macroscopique de la pièce montra que l'anastomose n'avait pas fonctionné, ce qui était facile à prévoir.

Dans le *troisième cas*, il s'agissait d'une femme de soixante et un ans ayant depuis plusieurs semaines une gangrène sénile de tout le pied et remontant jusqu'aux malléoles. Au-dessus de la zone sphacélée, le pied était œdématié au point que l'on ne pouvait pas sentir battre les artères du membre, mais les artères du côté opposé battaient fortement car la malade était aortique; elle avait un peu d'albumine dans ses urines.

Malgré toutes ces conditions très défavorables, je tentai l'anastomose artério-veineuse en faisant la rachistovaïne.

Je trouvai l'artère fémorale superficielle battant très fortement, cette fois plus que je ne l'avais désiré. Je fis l'anastomose artério-veineuse avec des points perforants. Après avoir enlevé la ligature temporaire de l'artère, il y avait une fuite de sang en arrière.

Les sutures étaient très tendues, du fait de la pression sanguine très forte, si bien que je crus plus prudent de transformer la ligature temporaire de l'artère en ligature définitive.

La malade succomba à sa cachexie progressive les jours suivants.

Le *quatrième cas* concerne une femme de soixante-six ans qui depuis dix-huit mois avait de violentes douleurs dans les orteils et dans les doigts. Le gros orteil gauche est gangréné depuis trois mois. L'index de la main droite présente une plaque noirâtre de sphacèle à son extrémité.

Les autres orteils du pied gauche présentent une peau tendue, vernissée, rouge, adhérente aux plans profonds. La sensibilité est conservée dans les extrémités qui sont bleuâtres et congestionnées. On sent les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure. L'artère radiale est athéromateuse.

Le pouls radial est lent, hypertendu (23 avec l'appareil Potain). Insuffisance aortique. Il y avait en somme un mélange de gangrène sénile et de maladie de Raynaud.

Dans le but de diminuer les douleurs de la malade et d'améliorer peut-être sa circulation sanguine, je tentai, le 23 juin, l'anastomose artério-veineuse.

L'artère fémorale battait très fortement. Je voulus ici faire une suture en surjet; mais, avec une artère très athéromateuse, ma suture ne fut pas régulière, si bien qu'en enlevant la ligature temporaire de l'artère, il y eut une fuite sanguine en avant. Je l'oblitérai avec des points supplémentaires, mais la pression artérielle m'a paru tellement forte que j'ai cru prudent de faire une ligature définitive sur le bout central de l'artère. Les jours suivants le pied et la jambe se sphacélèrent et je fis l'amputation de la cuisse.

Mais la malade succomba bientôt à des accidents cardio-pulmonaires.

Tels sont les résultats bien peu encourageants de mes essais d'anastomose artério-veineuse, et pour que vous puissiez juger de l'état actuel de cette question, je vais vous exposer « schématiquement » l'évolution des sutures vasculaires.

Les *sutures vasculaires « expérimentales »* datent de loin, car elles ont été essayées par Aumann en 1772, puis ce n'est que cent ans après qu'elles sont reprises par Gluck (1881), von Noroch (1888).

En 1889, Ianinowsky montre qu'il faut essayer de ne pas faire des points perforants, il ne faut pas léser l'endartère pour éviter les thromboses, et enfin les sutures réussissent si la section n'occupe que la demi-circonférence de l'artère.

En 1897, Murphy invente la suture par invagination. En 1899, Dorfler montre que les points peuvent être perforants et qu'une asepsie rigoureuse est indispensable pour éviter la thrombose. Puis Payr, en 1900, invente un bouton prothétique au magnésium pour faciliter la suture.

En 1902, Carrel emploie un procédé particulier de suture; il met des fils qui servent de point d'appui et il adosse les surfaces endothéliales, et ces sutures vasculaires lui permettent de faire des greffes d'organes bien curieuses.

Enfin, récemment, Fleig fait des sutures avec des fragments d'artères servant de prothèse, il fait des sutures elliptiques avec ou sans lambeaux.

Les *sutures vasculaires « chez l'homme »* ne datent pas de loin et il faut successivement citer les cas de van Jœge, Manteuffel (1895), Durante (1896), Djemil pacha, Murphy (1897), G. Marchand (1898), Ricard (1899), Launay (1900), etc.

D'une manière générale on fit d'abord la suture des plaies latérales des artères et des veines. Ensuite on essaya la suture bout à bout, puis les greffes de segments artériels ou veineux dont je vous parlerai prochainement à propos des greffes d'organes.

Les interventions se sont multipliées dans ces dernières années, et Monod et Vanverts, au dernier Congrès de chirurgie, ont pu réunir 100 observations de suture artérielle, 21 cas de suture artério-veineuse et 85 cas de suture artérielle endo-vasculaire pour anévrismorrhaphie, suivant la méthode de Matas.

La *technique* de la suture artérielle est assez simple en ce sens qu'elle peut se résumer en trois méthodes : *suture par invagination* (Murphy), *suture avec tubes d'appui* (Payr), *suture directe avec points d'appui* (Carrel). Les aiguilles suivant la technique de Carrel sont de fines aiguilles Kirby avec fils de lin stérilisés dans la vaseline. Pour éviter la fâcheuse thrombose, il faut aussi peu que possible traumatiser les vaisseaux. On soulève le bout central de l'artère, on y met des pinces très molles, on touche le moins possible aux extrémités des segments pour ne pas lever l'endothélium. On a recommandé de retrousser

le bout central pour adosser les surfaces endothéliales et de retrousser d'abord l'adventice pour le ramener ensuite sur la zone de suture.

On a donc fait des sutures artérielles latérales pour plaies, anévrismes diffus, artériotomie pour embolie ou adénites oblitérantes. On a pratiqué des sutures circulaires pour plaies, anévrismes, greffes d'organes. Enfin on a tenté les anastomoses artério-veineuses pour gangrène sénile, plaies étendues d'artères, greffes d'organes, transfusion sanguine.

Revenons maintenant aux anastomoses artério-veineuses. Expérimentalement elles ont été essayées par F. Frank (1883), R. Petit (1895), Gluck (1898), Vignolo (1902), San Martin y Sabrustegni (1902), Berard et Carrel (1902), Carrel et Thorel (1902), Exner (1903), Hœpfner (1903), Goyanes (1905), Carrel et Guthrie (1905), Stich (1907), Tuffier et Frouin (1907), Watts (1907), Cottard (1908), etc.

Ces anastomoses artério-veineuses ont pour but soit de transporter le sang jusque dans les capillaires (dans le cas de gangrène sénile ou de plaie artériellle étendue), soit de remplacer un fragment d'artère qui a été détruit, soit de transfuser directement du sang dans une veine.

Mais une question préjudicielle se pose. Le sang peut-il descendre jusque dans les capillaires en forçant les valvules veineuses? Le fait a été affirmé expérimentalement chez les animaux, mais le fait n'est pas démontré chez l'homme. Le sang peut très bien remonter par une collatérale dans le bout central de l'artère sans passer par les capillaires et par le court-circuit.

Le plus souvent on a anastomosé l'artère et la veine fémorale, l'artère et la veine poplitée, l'artère et la veine tibiale postérieure, l'artère fémorale et la veine saphène interne soit par anastomose latérale, soit par anastomose avec implantation, soit par anastomose termino-terminale.

Les complications possibles sont les suivantes : rupture de la suture d'où hémorragie foudroyante, anévrisme local, rétrécissement cicatriciel, thrombose locale, embolie à distance. Il est à noter que ces complications ont été rarement observées.

Quels sont les *résultats ?*

Dans un travail récent (*Archives générales de chirurgie*, mai 1910), MM. Monod et Vanverts rapportent vingt-six cas d'anastomose artério-veineuse. Dans seize cas de gangrène confirmée, il n'y a qu'un cas positif, celui de Ballance, mais il n'est pas démonstratif. Dans dix cas de gangrène « menaçante », il y a deux cas positifs celui de Wieting pacha et celui de Tuffier.

Ce n'est pas encourageant!

En somme, les indications de l'anastomose artério-veineuse pour gangrène sénile sont assez restreintes car il faut que l'état général soit bon, que le malade ne soit pas trop âgé, que la gangrène soit peu étendue, que le pouls fémoral soit bien nettement senti, que l'artère ne soit pas trop athéromateuse, car alors l'adossement est impossible.

Toutes ces conditions sont rarement réunies.

Toutefois un point qui me paraît n'avoir pas été suffisamment mis en relief, c'est l'état de la pression sanguine; celle-ci doit être assez forte pour que les valvules veineuses soient franchies. Or dans le cas de gangrène cette condition est rare. D'autre part il ne faut pas que la pression sanguine soit trop forte, car les sutures les mieux faites pourraient ne pas être assez solides.

Vous voyez en somme que si les résultats des anastomoses artério-veineuses sont très brillants chez les animaux, ils sont loin d'être encourageants chez l'homme et des progrès sont encore nécessaires pour voir se réaliser bien des espérances encore prématurées.

ANALYSES

MÉDECINE

Vers intestinaux et fièvre typhoïde. (BARABASCHI. *Gaz. degli Osped. e delle Clin.*, 27 fév. 1910.) — On sait que les rapports entre l'helminthiase et la fièvre typhoïde ont été l'objet d'études récentes. C'est ainsi que Guiard, ayant rencontré le trichocéphale chez 92 p. 100 de typhiques, incrimine le rôle joué par ces vers. Pour lui, la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse d'origine microbienne à porte d'entrée intestinale, et c'est le trichocéphale qui, dans la majorité des cas, créerait la porte d'entrée. Cet auteur en arrive au point de soutenir que les individus indemnes de vers intestinaux peuvent boire impunément l'eau infectée, et que la prophylaxie du typhus doit être basée sur la recherche des vers intestinaux.

Le docteur Barabaschi a repris la question, et il est arrivé à ce résultat vraiment suggestif que sur 20 typhiques examinés 1 seul était indemne de vers intestinaux, soit 95 p. 100 de porteurs d'helminthes, alors que chez les sujets sains il n'a rencontré des vers que dans 28 p. 100 des cas.

Sans admettre les conclusions de Guiard, qu'il considère comme excessives, Barabaschi appelle expressément l'attention sur les faits ci-dessus, qui obligent à élargir nos conceptions prophylactiques et thérapeutiques. Sur ce dernier point, il considère que ses recherches justifient pleinement la méthode italienne, qui consiste à donner des purgatifs répétés au début de la fièvre typhoïde, ce qui tend à débarrasser l'intestin de ses hôtes dangereux. Il ressort aussi de ces recherches le peu d'opportunité de la cure par la diète absolue, car à mesure que l'affaiblissement augmente, la perméabilité rénale croît également. A. GAULLIEUR-L'HARDY.

Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse. (W. MESTREZAT et E. GAUJOUX. *Rev. neurol.*, 30 juin 1909, p. 733-741). — Les auteurs essaient d'établir une formule chimique du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse, et en résument ainsi les principales caractéristiques : 1° teneur élevée mais non exagérée en albumine (1 à 2 grammes); 2° faible proportion de sucre (0,15-0,30); 3° chiffre très bas des chlorures (5 à 6 grammes); 4° extrait abaissé ou normal (10,5-12); 5° Δ généralement diminué (0,45-0,50); 6° perméabilité exagérée aux nitrates (70 à 90 milligrammes). Ce travail est basé sur l'étude de deux méningites tuberculeuses chez un garçon de quatorze ans, et une fille de douze.

L. ALQUIER.

MÉDECINE INFANTILE

La maladie de Still. Description de deux cas. (Donald HINGSTON. *Arch. of ped.*, juin 1909, vol. XXVI, n° 6, p. 417.) — En 1896, George F. Still, médecin d'un hôpital d'enfants de Londres, publia la description basée sur 22 cas qu'il avait observés d'une maladie non encore individualisée et qu'il

caractérisait ainsi : « Une hypertrophie chronique et progressive des articulations, associée avec une hypertrophie généralisée des ganglions et de la rate ».

L'affection débute en général entre la première et seconde dentition, de dix-huit mois à cinq ans, et est plus fréquente chez les filles. Le début est d'ordinaire insidieux par de la raideur d'une articulation qui s'accompagne d'augmentation de volume, dure, fibreuse.

Peu à peu d'autres articulations se prennent. La fièvre est en général très discrète. Exceptionnellement le début est fébrile, rappelant le rhumatisme franc.

Le point essentiel de l'hypertrophie est qu'elle porte sur les tissus périarticulaires; les os et cartilages sont sains sans hypertrophie, même s'il y a des adhérences dans l'articulation.

L article est sensible, rouge, mais l'inflammation n'a jamais abouti à la suppuration. Les mouvements sont très limités et les essais de mobilisation très douloureux. Les muscles correspondants sont rapidement atrophiés. Les articulations le plus fréquemment prises sont les genoux et les poignets, puis le cou-de-pied, le coude, les doigts, parfois la mâchoire et la colonne vertébrale.

L'hypertrophie ganglionnaire porte sur les ganglions épitrochléens, axillaires, cervicaux. Les ganglions sont bien isolés, indolores, sans tendance au ramollissement. Ils semblent normaux à la section.

La rate est volumineuse, parfois palpable; l'examen microscopique la montre normale.

Il s'agit souvent de sujets mal développés et anémiques chez lesquels on trouve parfois deux symptômes curieux : une petite saillie des yeux sans exophtalmie vraie et une teinte cireuse de la face avec gonflement des joues.

Still pensait que le pronostic était toujours très mauvais, se terminant par une ankylose articulaire générale.

Il a modifié son opinion depuis que par un traitement précoce on a vu l'affection s'améliorer.

L'étiologie reste obscure. On a incriminé la mauvaise alimentation, mauvaise hygiène, le rhumatisme, la tuberculose. Poynton et Payne ont recherché sans succès des microorganismes. L'opinion générale est que l'affection est due à un microorganisme spécifique encore inconnu.

Le traitement consiste surtout en massage et mobilisation des articulations, bains chauds et traitement arsenical intensif. Les résultats ainsi obtenus ont été immédiats dans les cas de Hingston. Chez une petite fille ankylosée complètementde toutes ses articulations par une affection progressant depuis trois ans, les mouvements sont revenus rapidement. Le traitement semble devoir être maintenu longtemps, si on ne veut pas s'exposer à des rechutes. M. LANCE.

CHIRURGIE

De l'appendicostomie dans les péritonites aiguës. (Ernest W. Hey GROVES. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, pp. 1334-1340.) — Certains chirurgiens anglais (Mc Ewen, Keetley) ont récemment protesté contre les excès d'ablations d'appendices. Pour eux, l'appendice a une certaine valeur physiologique et chirurgicale. D'autres chirurgiens expriment un certain scepticisme.

Groves attire aujourd'hui l'attention sur la valeur de l'appendicostomie dans le traitement des péritonites. Mieux que la voie rectale, la voie appendiculaire permet l'irrigation saline continue dont on sait l'importance dans le traitement des infections péritonéales. Cela est vrai surtout chez l'enfant où le tube rectal est mal supporté. L'auteur cite quatre cas de péritonite très grave avec deux guérisons.

L'appendicostomie est plutôt plus simple et plus rapide que l'appendicectomie. Il ne faut laisser de l'appendice que juste assez pour conserver le sphincter qui est à la base de l'appendice. La technique la plus simple est la meilleure.

Il vaut mieux réintroduire un tube toutes les fois que cela est nécessaire que d'en lier un en place de façon permanente. F. GARDNER.

Le rôle de la prostate dans la genèse des maladies nerveuses. (Joseph L. BŒHM. *J. Missouri state Med. Assoc.*, mars 1909, vol. V, n° 9, p. 556.) — Dans cet article, le docteur Bœhm, professeur de chirurgie des voies génito-urinaires à la Faculté de Saint-Louis, montre le rôle important que la prostate joue dans les affections nerveuses. Pour lui, la prostate et les vésicules séminales sont pour le mâle ce que l'utérus et les trompes sont pour la femme, et ses lésions entraînent des troubles nerveux aussi marqués que les lésions génitales chez la femme. Cette action s'exerce-t-elle par l'intermédiaire de la sécrétion interne de la prostate, qui jouerait un rôle dans la nutrition du système nerveux, ou par réflexes à la suite d'irritations exagérées des plexus nerveux si riches périprostatiques ? Bœhm discute les deux pathogénies sans conclure.

Il faut incriminer toutes les inflammations prostatiques possibles : aiguës, chroniques d'origine urétrale le plus souvent. Il cite comme souvent méconnue la syphilis de la prostate. A côté de ces inflammations, des états congestifs répétés, à la suite d'excès génitaux ou d'incontinence, peuvent produire le même effet. On observe alors à l'urétroscope une saillie et rougeur intense de la région du veru-montanum.

Les troubles nerveux observés sont souvent des névralgies (nerfs hémorroïdaux, obturateurs, ilio-inguinaux, ilio-hypogastriques, cruraux, sciatiques), coccydynie, douleurs dans le testicule et le cordon, douleurs dans les lombes, la nuque et les épaules, hyperesthésie des yeux; des troubles vaso-moteurs : sensation de froid, d'engourdissement des extrémités. Plus rarement des troubles médullaires. Plus souvent l'asthénopie par épuisement cérébral. Enfin et surtout la neurasthénie d'origine sexuelle, qui s'accompagne souvent de phosphaturie et d'oxalurie.

Bœhm insiste aussi sur la possibilité d'excitation génitale intense, pouvant aller à la manie aiguë par troubles prostatiques, soit qu'il y ait la congestion intense des pervertis sexuels, ou une inflammation gonococcique chronique. Il montre que chez les nègres cet état est très fréquent. En 1899, il a examiné, au Saint-Louis City Hospital, les prostates des nègres et trouvé dans un grand nombre de cas des lésions, bien que le malade n'indique pas de lésion urétrale antérieure. La tuberculose de la prostate et de l'épididyme est fréquente aussi chez eux. Il croit que ces lésions sont la cause des viols, des enlèvements si fréquents commis par les nègres et qui ont abouti aux lynchages. Dans bien des cas, il s'agit de malades et non de criminels; aussi réclame-t-il avec énergie pour que, dans les tribunaux pour délits sexuels, on n'examine pas seulement le coupable au point de vue mental, mais qu'un spécialiste se rende compte de l'état de ses organes génitaux, en particulier de sa prostate. M. LANCE.

Greffes osseuses et réimplantations d'os chez l'homme. (Sir William MAC EWEN. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, p. 959-968.) — Mac Ewen cite quatre cas d'implantation osseuse ancienne avec résultats. Le premier remonte à trente ans et fut pratiqué chez un garçon de trois ans dont la totalité de la diaphyse humérale s'était nécrosée à la suite d'ostéomyélite. On greffa dans un sillon intermusculaire de petits fragments d'os, résultant de la division de coins osseux obtenus sur des tibias courbes. On ne s'occupa point du périoste. La plupart des fragments n'en avaient pas. Aujourd'hui l'opéré a trente-trois ans, son humérus opéré mesure 27cm5, tandis que le normal mesure 35 centimètres, mais à part ce raccourcissement, les deux bras sont aussi bons l'un que l'autre.

Le second cas date de vingt-cinq ans. Dans une fracture du crâne à perte de substance étendue, l'auteur réimplanta 15

fragments dépériostés sauf un, nettoyés et avivés. Ils reprirent complètement.

Le troisième cas date de six ans. Mac Ewen refit une branche horizontale de mâchoire inférieure du côté gauche. Il a un autre cas analogue plus récent. Enfin, le dernier cas est une transplantation de 12cm5 de tibia, datant de vingt ans. Résultat parfait.

Ces résultats à longue échéance sont rares, donc intéressants. Intéressante aussi et contraire aux idées courantes, l'opinion de Mac Ewen que le périoste n'a point d'importance en matière de greffe osseuse. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Histoire critique de l'hystérie. (CESBRON. Th. de Paris, 1909; Asselin et Houzeau, édit.) — Revue générale des théories de l'hystérie, aboutissant à l'exaltation de la doctrine de M. Babinski, qui « rigoureuse, clinique et pratique, entraîne à des conclusions thérapeutiques et médico-légales dont l'importance n'échappera pas aux médecins ». L. ALQUIER.

Rupture du foie par contusion de l'abdomen. (MOUCHET et LEMARCHAL. *Bull. de la Soc. anat.*, 1908, p. 442.) — Un fiacre passe sur l'abdomen d'un enfant de six ans. La seule lésion est une vaste rupture du foie, près du bord postérieur, ce qui est en faveur de l'opinion assignant un rôle prépondérant à la colonne vertébrale dans les ruptures de l'organe, par pression violente de l'abdomen. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie gastro-intestinale. Deuxième série : *Ulcère et cancer de l'estomac* (1), par le docteur Albert MATHIEU.

Avec sa compétence universellement reconnue, l'auteur, en une série de chapitres très clairement développés, étudie successivement les divers problèmes que soulèvent l'ulcère et le cancer de l'estomac. Chacun de ces chapitres prend fin sur une bibliographie très complète des travaux se rapportant précisément à l'objet traité dans le chapitre.

Le livre débute par une étude de l'ulcère, au point de vue macroscopique puis microscopique, étude à laquelle succède une sorte de revue générale des différentes théories pathogéniques invoquées pour expliquer la production de l'ulcère. Nous signalons tout particulièrement la partie clinique qui suit, dans laquelle, après avoir décrit la forme commune de cet ulcus et les multiples formes cliniques qu'il peut revêtir (début brusque, chronique, à rechutes, forme douloureuse, forme hémorragique), l'auteur étudie très à fond ce qu'il faut entendre par le *syndrome de Reichmann*, et en arrive à cette conclusion assez nouvelle que le syndrome de Reichmann de type moyen est dû à l'existence d'un *ulcus pylorique ou juxtapylorique*.

Ce livre se recommande encore par le développement très important donné aux considérations d'ordre thérapeutique, tant en ce qui concerne l'ulcus lui-même que les complications qui peuvent survenir. Avant d'aborder l'étude du cancer, l'auteur étudie encore la biloculation gastrique, les sténoses du pylore, en exposant les procédés radioscopiques, d'exploration gastrique.

Le développement accordé dans ce livre au cancer, à ses manifestations anatomo-pathologiques et cliniques, est moins long qu'en ce qui concerne l'ulcère, mais est d'une lecture très facile et très instructive. Enfin, après une étude de l'ulcéro-cancer, l'auteur aborde le problème de l'*intervention chirurgicale* dans le cancer de l'estomac et rapporte à ce propos sa statistique personnelle, qui l'amène aux conclusions suivantes : il faut opérer de bonne heure; il faut opérer largement, tenir compte du degré de malignité du cancer; en ce qui concerne le traitement chirurgical de l'ulcus, l'auteur formule toute une série d'indications et de contre-indications fort intéressantes, étant donné spécialement la compétence du docteur Mathieu en cette matière.

L. BABONNEIX.

(1) 345 pages avec 21 figures. — Paris, O. Doin.

Tratado de Fisiología. Fisología general (1), por los doctores L. Rodrigo LAVÍN y PI Y SUÑER.

Ceux qui s'intéressent au mouvement scientifique en Espagne verront avec plaisir, et liront avec profit, le premier volume qui vient de paraître, du magnifique traité de physiologie dû aux professeurs Rodrigo Lavín et Pi y Suñer. Ce volume constitue d'ailleurs à lui seul une œuvre complète, tant par son importance que parce qu'il est consacré à cette partie toute spéciale de la physiologie qu'est la physiologie générale. Il comprend trois grandes divisions : physiologie de la cellule en général, physiologie de la cellule différenciée, physiologie du milieu interne.

Le second volume, en préparation, traitera de la physiologie des appareils, et il y en aura peut-être un troisième, de dimensions plus modestes, consacré aux expériences de laboratoire.

Un ouvrage comme celui que nous présentons ici ne saurait s'analyser, mais il suffit de le consulter quelques fois pour s'assurer qu'il tient minutieusement compte des découvertes les plus récentes et que l'exposition en est claire et originale. Grâce à la collaboration constante des deux savants auteurs, il existe d'ailleurs une remarquable unité dans cette œuvre considérable.

Les figures, très soignées, complètent de façon fort heureuse l'ensemble de l'ouvrage, dont l'éditeur, M. Gustavo Gili, a fait un véritable modèle de clarté et d'élégance.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Toxémie neurasthénique : les neurasthénies sont des intoxications (2), par le docteur Maurice PAGE (de Bellevue). Préface du docteur Fr. HELME.

Jusqu'à présent on séparait soigneusement les *vrais* et les *faux* neurasthéniques : les uns, relevant de causes morales, donc psychiques; les seconds, malades du foie, de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus, qu'on classait dans les états dits neurasthéniformes, à causalité physique. Dans un travail fondé sur plus de 200 observations, M. le docteur Maurice Page conteste la légitimité de cette distinction. Il établit que l'action identique de maladies causales si diverses est une lente intoxication qui, après avoir empoisonné longuement l'organisme, atteint le système nerveux et produit les symptômes neurasthéniques. Il montre que, si on analyse patiemment le sang, l'urine, le chimisme stomacal, les selles, les symptômes des prétendus névrosés, on trouve dans leur examen, ainsi que dans leur histoire, la preuve qu'ils sont des intoxiqués.

Tous les neurasthéniques, sans distinction de cause ni de variété symptomatique, sont donc des gens physiquement malades, des intoxiqués; et il est illusoire de les traiter uniquement par la psychothérapie.

La thérapeutique de ces malades sera donc causale d'abord et toujours antitoxique. L. GAYARD.

(1) Un vol. de 810 pages avec de nombreuses figures. — Prix : 18 pesetas. — Barcelone, Gustavo Gili.

(2) In-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU RECTUM ET DE L'ANUS

Nous n'envisagerons dans cette étude que les cancers *primitifs* de la région ano-rectale, et non les cancers secondaires, qui, chez la femme, sont en général le résultat de la propagation au rectum d'un *cancer de l'utérus*.

ÉTIOLOGIE. — Comme en ce qui concerne tous les cancers, la cause directe nous échappe : ce qui est à retenir c'est sa plus grande *fréquence chez l'homme*, son apparition après quarante ans (quelques rares exceptions de cancer chez les jeunes), le rôle favorisant que paraissent jouer certaines irritations *chroniques prolongées* (rectites, hémorroïdes, polypes, etc.).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *a.* Les sarcomes sont assez rares : il peut alors s'agir soit de formes diffuses, soit de formes circonscrites; parfois ils revêtent l'allure de véritables *polypes* et sont diagnostiqués tels, jusqu'à l'examen histologique. On a signalé des *mélanosarcomes*, mais en résumé toutes ces formes sont plutôt des raretés et les vrais cancers de la région ano-rectale sont des *épithéliomes*.

b. Epithéliomes. — Ils peuvent être *généralisés* à tout l'anus et à tout le rectum, c'est l'exception; en général, ils sont *limités*; il s'agit de *cancers partiels*, bien connus depuis la classification qu'en a proposée Finet :

1° *Anal ou cancer sphinctérien*;

2° *Ampullaire*, respectant le sphincter, mais ne remontant pas à plus de 7 ou 8 centimètres;

3° *Sus-ampullaire.*

A ces formes Quénu en a ajouté une quatrième, *cancer recto-sigmoïdien*, siégeant sur la portion la plus élevée du rectum.

FORMES ANATOMIQUES. — Il est classique de répéter que la *forme annulaire* est la forme la plus fréquemment observée; en réalité cette variété est un aspect du cancer à sa période terminale et nullement à son début.

Le cancer débute soit sur la face antérieure du rectum, soit en arrière, plus rarement sur le côté; il se développe dans le sens horizontal plus que dans le sens vertical (forme en croissant), en raison de la disposition des lymphatiques; il se présente en général sous deux formes, forme tubéreuse ou végétante et forme infiltrée.

a. Forme tubéreuse. — Le cancer est constitué par une tumeur saillante, à bords mal circonscrits, de consistance ferme, recouverte d'une muqueuse qui devient rapidement adhérente; il évolue en deux phases, l'une préulcéreuse, l'autre d'ulcération.

A la période d'*ulcération*, il se produit un bourgeonnement rapide des végétations néoplasiques qui prennent rapidement l'aspect de chou-fleur, se laissent effriter sous le doigt et saignent facilement.

b. La forme interstitielle se caractérise par des sortes de plaques, à bords diffus; les ulcérations y apparaissent sous forme de *fissures* ou de *sillons*; quelquefois, sur cette surface ulcérée apparaissent de petits mamelons.

La *forme massive* se définit par l'extension en surface et en profondeur; la lésion est fréquemment *circulaire*; exceptionnellement on peut rencontrer la *forme atrophique*; souvent alors le cancer n'a qu'une très faible hauteur, c'est le cancer en virole; il se produit alors souvent en arrière une rétrodilatation considérable du canal rectal (rôle dans la production des abcès, fistules, etc.).

Le *cancer de l'anus* se présente le plus souvent sous la forme de gros choux-fleurs suintants, quelquefois pâles, œdémateux, c'est alors la variété colloïde; quand il se présente sous la forme infiltrée, le sphincter ne tarde pas à devenir incontinent; le cancer de l'anus gagne du côté de la *peau* ou du creux *ischio-rectal*.

La lymphangite cancéreuse se fait au niveau de la peau sous forme de traînées, aboutissant aux ganglions inguinaux; au niveau du creux ischio-rectal l'extension se fait soit également par les lymphatiques, soit plus volontiers sous forme d'abcès, dont les parois, une fois leur cavité vidée, sont envahies par le néoplasme.

Au niveau de l'*ampoule* l'extension se fait, non seulement en surface, mais aussi en profondeur.

Chez la *femme*, le vagin, la cloison recto-vaginale sont rapidement envahis, et il en résulte la formation de vastes *fistules recto-vaginales*.

Chez l'homme, l'aponévrose prostato-péritonéale semble former une barrière plus résistante, néanmoins elle peut être perforée ; alors la prostate est envahie et même le bas-fond de la vessie; les *uretères* peuvent être comprimés (hydronéphrose, anurie), il se forme souvent des adhérences avec le cul-de-sac péritonéal (péritonite circonscrite); une anse intestinale peut être comprimée, ulcérée même; enfin il faut signaler l'extension possible du cancer au squelette (sacrum, coccyx).

L'*extension* se fait en outre à *distance*; dans les cancers du rectum, l'envahissement a lieu au niveau des ganglions sacrés et lombaires et de la gaine hypogastrique; à la faveur d'infections secondaires surajoutées, peuvent même se développer des adénopathies cancéro-inflammatoires.

Il faut signaler, bien que la constatation en soit rare, des *adénopathies lointaines* (sus-claviculaires, creux de l'aisselle) et des *généralisations*; cette phase à peu près constante au cours des cancers des autres organes fait le plus souvent défaut cependant dans le cancer du rectum; lorsqu'elle a lieu, on l'observe surtout au niveau du foie, plus exceptionnellement encore au niveau du péritoine, de la plèvre (à signaler l'extension à l'ovaire, au pancréas).

HISTOLOGIE. — L'épithélioma de l'*anus* est un épithélioma *pavimenteux*, avec les deux variétés habituelles, tubulée, lobulée. Quénu a fait très justement observer que l'on peut rencontrer également des épithéliomas pavimenteux au niveau du *rectum*, lorsque sous l'influence d'irritations prolongées, l'épithélium de revêtement a subi la *transformation pavimenteuse*.

La structure la plus fréquemment rencontrée des épithéliomas *rectaux* est l'*épithélioma cylindrique*, développé aux dépens des glandes de Luberkühn et se présentant, soit sous la *forme glandulaire*, soit sous la forme *carcinomateuse*. Quénu et Landel se sont attachés à bien préciser les différences qui séparent les épithéliomes glandulaires des adénomes rectaux. (Ces auteurs insistent sur l'existence dans l'adénome de cellules mucipares en grand nombre et dans l'épithélium sur la multiplication rapide des noyaux et la destruction de la membrane basilaire.)

L'*épithélium malin*, le carcinome, peut revêtir la forme *colloïde*, à marche très rapide, ou la forme *squirrheuse*, dont l'extension est infiniment plus lente.

Nous ne revenons pas sur l'existence des sarcomes, des mélano-sarcomes, sur lesquels nous avons déjà attiré l'attention.

CLINIQUE. — Les symptômes sur lesquels il importe d'attirer l'attention sont surtout les symptômes de début : plus tôt, en effet, un diagnostic positif certain sera posé, plus prompte, par là même, sera l'intervention chirurgicale; mais il s'en faut que nous possédions en clinique un criterium absolument pathognomonique de ce début de cancer du rectum (en dehors des données du toucher rectal, de la rectoscopie, complétée parfois par une biopsie).

DÉBUT. — Le début peut être longtemps silencieux, ou peut ne se révéler que par des symptômes de second plan (constipation par exemple), symptômes qui n'alarmeront point le malade, jusqu'au jour où l'apparition d'une hémorragie abondante, d'un trouble permanent de la défécation, le décideront à consulter.

Il s'agira alors souvent d'un néoplasme déjà étendu, même parfois déjà inopérable.

Le malade peut n'accuser que de vagues sensations anormales, gêne et pesanteur dans le bassin, sutout au niveau de la région coccygienne, faux besoins, coliques sèches, légères douleurs à la défécation.

A juste titre, Forgue insiste sur l'importance de deux signes souvent *précoces* : une *poussée hémorrhoïdaire*, des *phénomènes de rectite*.

Systématiquement, on doit faire le toucher rectal de tous les malades accusant l'un ou l'autre de ces deux symptômes, et il sera assez fréquent, grâce à cet examen, de dépister un

néoplasme qu'aucun autre symptôme ne permettait de soupçonner.

Il peut exister quelques troubles *fonctionnels* ; on a signalé la *diarrhée* initiale ; ce que l'on constate plus fréquemment, c'est la CONSTIPATION, avec parfois une émission involontaire de matières fécales s'expliquant par la disparition de la sensibilité rectale, s'accompagnant également de pertes sanguinolentes.

Il est des néoplasmes qui peuvent *rester latents* pendant la plus grande partie de leur évolution ; le malade maigrit, prend une teinte cachectique ; on soupçonne l'existence d'un cancer, mais rien cliniquement ne vient attirer l'attention spécialement du côté du rectum.

Enfin, parfois, ce peut être une *hémorragie* qui ouvre la scène ; il peut s'agir seulement de quelques gouttes de sang au moment de la défécation, ou au contraire d'hémorragies rectales, extrêmement abondantes, apparaissant sans cause, en pleine santé ; il faut également se méfier de l'émission, par l'anus, de glaires sanguinolentes ou rosées.

En résumé, un cancer du rectum peut débuter par des TROUBLES DE LA DÉFÉCATION (*constipation* le plus souvent, quelquefois *diarrhée* ou fausses diarrhées, rectite glaireuse), par des HÉMORRAGIES RECTALES, avec ou sans hémorrhoïdes, par des DOULEURS VAGUES (épreintes, ténesme, etc.) ; il peut enfin pendant assez longtemps rester absolument LATENT ; aussi ne saurait-on trop insister, en présence de l'un quelconque de ces signes, sur la nécessité qu'il y a, pour le clinicien, à pratiquer un TOUCHER RECTAL PRÉCOCE et à le compléter si besoin est par la rectoscopie. (*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (23 juillet 1910.) BENI-BARDE : Effets thérapeutiques de l'hydrothérapie. — (30 juillet.) RIVET : Les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie dans le traitement du tétanos. — BENI-BARDE : Rôle de l'hydrothérapie dans l'hygiène (*fin*). — (8 août.) RIVET : Les injections intrarachidiennes de sulfate de quinine dans le traitement du tétanos (*fin*). — (15 août.) ROBIN : Le traitement de la phtisie pulmonaire, l'alimentation. — (23 août.) BARDET : Les notions de cuisine indispensables au médecin.

Bulletin médical. — (N° 60, 27 juillet 1910.) LE PLAY : Autosérothérapie des épanchements séreux. — (N° 61, 30 juillet.) CHARBONNEL et BERTRAND : Du traitement sanglant des fractures diaphysaires fermées (ostéosynthèse précoce) et du procédé de Lambotte en particulier.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 26 mai 1910.) PAYR : Diagnostic et traitement des fractures du crâne. — FRANKE : Narcose en cas de circulation artificiellement diminuée. — JOCHMANN : Remarques sur le traitement spécifique de la tuberculose au moyen des différentes préparations de tuberculine. — REHFISCH : Bases expérimentales de l'électro-cardiogramme. — LOTS : Sur le traitement de la congestion. — KUCHENDORF : Deux cas de maladie de Basedow influencés très favorablement par la radiothérapie. — ENGEL : Sur la teneur en complément du sang des cancéreux. — GALAMBOR : Sur la facilitation de la palpation de l'abdomen. — JANCKE : Inclusions cellulaires dans la gonorrée uretérale. — BASCH : Sur la provocation artificielle du lait et sur l'état de la sécrétion lactée chez les sœurs unies ensemble Blazek. — SIEGMUND : Infériorité du corps thyroïde et besoin de sucre.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 27, 2 juillet 1910.) J. DELÉPINE : Les exostoses ostéogéniques de l'omoplate. — G. EUSTACHE : Les papes et la médecine au moyen âge et à la Renaissance. — (N° 28, 9 juillet.) J. DELÉPINE : Les exostoses ostéogéniques de l'omoplate (*suite et fin*). — (N° 29, 16 juillet.) DURET : Sur le mécanisme des fractures du crâne. — J. FIÉVEZ : Un cas d'écrasement de la tête par chute. — La gaïacose dans les affections chroniques des organes respiratoires et surtout dans la tuberculose.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 4, 1910.) Snobisme médical et stations thermales allemandes. — FAIVRE : Note rétrospective sur un cas de méningite cérébro-spinale, chez un adolescent. Guérison sans injections de sérum. — (N° 5.) H. VINCENT : Les porteurs latents de germes pathogènes.

Lyon chirurgical. — (N° 2, 1er août 1910.) ROCHET et MURARD : Un cas de tuberculose généralisée à tout l'arbre urinaire, du rein au méat urétral (6 fig.). — ALAMARTINE : Les lésions thyroïdiennes de la maladie de Basedow primitive et du goitre basedowifiant. — GARIN et LAURENT : La réaction de Wassermann, son principe, sa valeur.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 10 mai 1910.) RÖSSLE : Croissance et vieillesse des grosses artères et leurs rapports avec la pathologie du système vasculaire. — SCHNEIDER : L'ulcus serpeus de la cornée ; son évolution et son traitement. — ANTEURIETH et KÖNIGSBERGER : Sur un nouveau colorimètre et son emploi pour l'examen du sang, du fer, de l'indican et de la créotinine. — BÜHLER : Sur la lymphocytose dans la maladie de Basedow. — CAAN : Sur la déviation du complément dans la maladie de Hodgkin. — SCHOTT : Expérimentation chez l'animal à propos du cœur forcé aigu. — BELTZ : Diagnostic différentiel entre la hernie et l'éventration diaphragmatique. — SCHNITTER : Les composants diurétiques de l'action de la fibrolysine. — SCHOMBURG : Sur la question de la diminution de la croissance de l'œil après l'iridectomie dans la première jeunesse. — BAYER : Sur le traitement de la blennorrhée au moyen de la pommade au blennolénicet. — HUBER : Hémorragies cutanées au cours de la fièvre typhoïde. — HILDEBRAND : Sur la technique de la percussion du poumon. — FEIS : Appareil à chaleur pour emploi vaginal. — (N° 20, 17 mai.) WEBER : Contribution au traitement des hémorragies du post-partum. — RÖMER et JOSEPH : Sur la nature et le mode de propagation du virus de la poliomyélite. — FISCHER : Sur la méningite tuberculeuse. — RIEBOLD : Sur les hémiplégies cérébrales passant vite. — SPIETHOFF : Une méthode simple de différenciation de l'iode, de l'indican et du scatol dans la réaction de l'indican de Jaffé. — WASSERMANN : Sur l'emploi cosmétique et thérapeutique de la paraffine dans le domaine des maladies du nez. — MAYER : Blessure pénétrante pendant la gravidité avec terminaison favorable pour la mère et l'enfant. — ZIEKGRAF : Sur l'emploi de limonène à la place d'huile de terpène dans les affections pulmonaires. — HASSLAUER : Une boîte de poche pour le praticien et le médecin militaire pour le traitement des affections du nez, des oreilles et du cou. — SOMMERFELD : Sur l'emploi des bouteilles thermos dans les travaux sérologiques et bactériologiques. — WERNER : Hygiène de l'eau à Venise. — (N° 21, 24 mai.) ERB : Contribution clinique à la pathogénie de la claudication intermittente. — BOSSI : Accouchement par élargissement rapide du col utérin. — Niessl MAYENDORF : La troisième circonvolution frontale ne joue aucun rôle

dans le mécanisme central de la parole. — Ritter : Le traitement de l'érysipèle par l'air chaud. — Riehl : Le traitement de l'ascite par le collargol. — Micheli et Cattoretti : La réaction de la méiostagmine dans les tumeurs malignes. — Hasse : Sur une endémie d'appendicite. — Franke : Un cas de fistule d'une durée de six ans, dans une situation anormale, dans l'appendicite chronique. — Wiesner : Ossification généralisée précoce des cartilages costaux, causée par les rayons Röntgen. — Kopp : Sur la question de l'importance pratique du séro-diagnostic de la syphilis. — Sick : Sur la question de la narcose intraveineuse. — Müller : Cancer de l'utérus et instruction du public. — Mircoli : Le rachitisme humain, maladie infectieuse. — (N° 22, 31 mai.) Lüdke : Recherches sur la nature, le diagnostic précoce et le traitement spécifique de la fièvre typhoïde. — Krüger : Sur l'étiologie du lupus vulgaire. — Wasselewski et Hirschfeld : Sur la recherche biologique des cellules des tumeurs. — Ascoli et Izar : Le séro-diagnostic des tumeurs malignes au moyen de la réaction à la méiostagmine. — Ulrich : Nouvelles communications sur l'emploi pratique du sel dans le traitement de l'épilepsie. — Jacobitz et Kayser : Bacilles acido-résistants dans les instruments à vent et leur importance diagnostique. — Brüning : Idées théoriques contre la narcose intraveineuse à l'éther. — Mohr : Hyperémie de stase comme traitement complémentaire après l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou. — Gross : Une sonde duodénale. — Goldbladt : Sur la symptomatologie de l'hystérie. — Papaïoannou : Un cas de suture artérielle circulaire. — Gutzeit : Un appareil simple, peu coûteux et facile à disposer pour la pose d'appareils plâtrés aux membres inférieurs. — Rolly : Sur la question de la perméabilité du rein aux bactéries. — Erb : Contribution clinique à la pathogénie de la claudication intermittente.

Nord médical. — (N° 378, 1er juillet 1910.) G. Lemoine : Défense de l'organisme contre les infections et la tuberculose en particulier par les lipoïdes biliaires (*suite*). — (N° 379, 15 juillet.) A. Thibaut : Schéma du traitement de la syphilis.

Policlinico. — *Section médicale.* (Juin 1910, fasc. 6.) A. Tomaselli : Etude des Leishmania dans le suc de la rate des enfants atteints de kala-azar. — Vittorio Ascoli : Le pigment malarique. — G. Stradiotti : A propos d'un cas de calcifications multiples du tissu cellulaire sous-cutané d'origine syphilitique. — Nicolo Pende : Les anémies graves avec splénomégalie. — Arturo Petacci : Recherches sur la coloration de Romanowski et méthode rapide pour l'obtenir. — *Section chirurgicale.* (Juin, fasc. 6.) Stefano Allegra Puglisi : Lymphangiome kystique congénital du cou. — Pietro Sabella : L'intervention précoce dans l'ostéite tuberculeuse de la colonne vertébrale. — S. Gussio : Une nouvelle intervention chirurgicale contre les fistules salivaires. — Zapelloni : Les rapports anatomiques et physiologiques chez les rats en parabiose. — (Juillet, fasc. 7.) Dario Maragliano : Anaphylaxie active et carcinome. — Angelo Isaja : L'anaphylaxie passive comme moyen de diagnostic des tumeurs malignes. — S. Gussio : Une nouvelle intervention chirurgicale contre les fistules salivaires. — E. Brugnatelli : Tumeur à siège inconnu, de type surrénal, avec métastases multiples sous-cutanées et sous-muqueuses. — Candido Mantelli : Contribution à l'étude de la hernie inguinale oblique interne ou vésico-pubienne. — *Section médicale.* (Fasc. 7.) B. Gosio : Robert Koch et son œuvre. — P. L. Bosellini : Tuberculose cutanée, érythrodermique desquamative généralisée. — G. Stradiotti : A propos d'un cas de calcifications multiples du tissu cellulaire sous-cutané d'origine syphilitique. — Luigi Panichi et R. Varni : Action des extraits retirés des tumeurs malignes sur l'endocarde.

Semaine gynécologique. — (N° 30, 26 juillet 1910.) Pichevin : De la lutte contre le cancer de l'utérus (*suite*). — (N° 31, 2 août.) De la lutte contre le cancer de l'utérus (*suite*). — (N° 32, 9 août.) De la lutte contre le cancer de l'utérus (*suite*).

Semaine médicale. — (N° 30, 27 juillet 1910.) Babinski : De l'hypnotisme en thérapeutique et en médecine légale. — (N° 31, 3 août.) Le Play : Chloruration et éclampsie.

Tribune médicale. — (N° 30, 23 juillet 1910.) Cailliau : Cancer colloïde du côlon transverse propagé au duodénum par contiguïté et ayant envahi secondairement le foie. — (N° 31, 30 juillet.) G. Delamarre et P. Merle : Kyste épithélial de l'aqueduc de Sylvius et pseudokyste par ramollissement du plancher sylvien. — A. Touraine : Un cas de leucémie chronique à type splénique pur et à gros lymphocytes. — (N° 32, 6 août.) Savariaud : Le cancer térébrant de l'S iliaque. Phlegmons stercoraux et fistules symptomatiques. — (N° 33, 13 août.) Marcel Labbé : Traitement diététique et physicothérapique de l'obésité. — (N° 34, 20 août.) L. Durey : La thermothérapie locale dans les affections articulaires. — (N° 35, 27 août.) F. Lavergne : La balnéation chlorurée sodique.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 14, (30 juillet.) G. Bourgeois : Un chirurgien ardennais au XVIIe siècle : Jean Bienaise (*fin*). — (N° 15, 15 août.) L. Langlet : L'intoxication chloroformique post-anesthésique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 22, 2 juin 1910.) Raimann : Conscience et intoxication. — V. Bokay : Sur l'importance pratique de la recherche de la transparence de Strassburger dans l'hydrocéphalie congénitale. — Goldzicher : Contribution à la pathologie des surrénales. — Schiller et Micen : Sur l'ivresse prolongée par l'éther. — Leiner et Wiesner : Recherches expérimentales sur la poliomyélite aiguë. — Natanson et Königstein : Sur l'état du spermatozoïde dans le tractus génital de la femme au moment de l'éjaculation. — (N° 23, 9 juin.) Weiss : La coagulation du sang dans ses conditions biochimiques et cliniques. — Hamburger et Schey : Sur le temps d'incubation. — Rodella : Etudes sur la putréfaction intestinale. — Biernacki : Sur les rapports entre les échanges minéraux et organiques. — Marek : Hernie ombilicale opérée avec succès. — Selig : Appareil à mesurer la tension en pratique. — (N° 24, 16 juin.) Hochsinger : L'avenir de la santé des enfants hérédo-syphilitiques. — Herz et Wilhelm : La réaction de Cammidje chez les sujets sains et malades. — Benczur : Contribution au dosage clinique de la quantité de diastase dans le sérum sanguin et l'urine. — Schwarz : Observations rœntgenoscopiques de pulsations propres de l'ombre du hile et de ses ramifications. — Csiki et Elfer : Sur l'action du sublimé dans la réaction de Wassermann. — Königsberg : Un cas atypique de varicelle. — (N° 25, 23 juin.) Ternuchi et Toyoda : La séroréaction dans le diagnostic de la syphilis. — Föderl : Contribution casuistique à la suture du cœur. — Grisognono : Un cas de suture du cœur avec guérison. — Tollak et Maulhuer : Sur les symptômes précoces de la maladie du sérum. — Friedjung : Remarques sur l'habitus tuberculeux pendant la première enfance. — Hochsinger : L'avenir sanitaire des enfants hérédo-syphilitiques. — (N° 26, 30 juin.) Raubitscheck : Sur la pathogénie de la pellagre. — Lipschütz : Recherches sur le psoriasis vulgaire. — Wiemer : Sur l'organisation du lait. — Shingu : Sur l'anatomie pathologique des gommes multiples du poumon. — Venns : Sur les tentatives pour guérir les carcinomes par les procédés non opératoires.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin, par A. CADE, médecin des hôpitaux de Lyon. Avec une préface de M. le professeur J. TEISSIER. Un vol. grand in-18 jésus, cart. toile, de 1020 p., avec 162 fig. dans le texte et 2 pl. en coul. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris O. Doin et fils.

N° 103. — SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1910. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Monthus, Coyon, Decloux, Weil, Chifoliau, Lardennois, Descomps et Jeannin.

— PROSECTORAT. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 24 octobre 1910, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration, à partir du jeudi 22 septembre, jusqu'au samedi 8 octobre, inclusivement, de onze heures à trois heures.

MÉDECINE NAVALE. — Une décision ministérielle est en préparation pour donner, sous leur responsabilité, aux médecins de la marine, encore soumis à l'autorisation préalable, toute liberté d'écrire, comme à leurs collègues de la guerre et des troupes coloniales.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — Mme veuve Mader vient de léguer à l'Université de Bordeaux une somme de 100 000 fr. dont les arrérages serviront à distribuer des prix aux étudiants en médecine de l'Université de Bordeaux qui auront soutenu, avant l'âge de vingt-cinq ans, leur thèse avec la mention *très bien*.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 710 décès, au lieu de 713 pendant la semaine précédente et au lieu de 807, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal.

La diphtérie a causé 8 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 34. au lieu de 32 pendant la semaine précédente et de la moyenne 39.

La diarrhée infantile a causé 44 décès de 0 à 1 an, au lieu de 32 pendant la semaine précédente (moyenne 87).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 59 décès, au lieu de 67 pendant la semaine précédente et au lieu de 79, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 177 décès (moyenne 173).

Aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique et aucun cas nouveau n'est signalé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berjoan (de Vinça) et Vidal (de Paulhaguet); de M. Roger Baudouin, externe des hôpitaux de Paris, fils de notre confrère, le docteur Georges Baudouin. Il succombe, victime de son devoir, à une séquelle d'oreillons graves avec méningite, contractés dans son service hospitalier.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et l'Italie (par le Mont-Cenis).* — Aller (départ de Paris) : 2 h. 10 s. V.-L., L.-S.; 1re et 2e classes à couloir pour Rome; 2e classe Paris-Turin; — 10 h. 20 s. V.-L., L.-S.; 1re et 2e classes à couloir jusqu'à Rome; 1re et 2e classes à couloir Calais-Turin.

Retour (départ de Rome) : 11 h. 45 s. V-L., 1re classe Rome-Paris; 2e classe à couloir depuis Turin; — 8 h., m. V.-L., L.-S., 1re et 2e classes à couloir depuis Rome; V.-R. depuis Dijon; 1re et 2e classes à couloir Turin-Bologne; — 3 h. 30 s., 1re et 2e classes à couloir Rome-Paris; V.-R. Dijon-Paris.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 1, 7 juillet 1910.) Frederic Henry Gerrish : Une croisade contre la syphilis et la blennorragie. — Paul M. Pilcher : Les hémorragies rénales. — Francis P. Emerson : La valeur de l'énergie individuelle. — Maurice Vejux Tyrode : Les progrès en pharmacologie et thérapeutique expérimentale. — (Vol. CLXIII, n° 2, 14 juillet.) Robert W. Lovett ; Observations sur la paralysie infantile dans les Massachusetts en 1909 (6 cartes et fig., 44 tabl.). — Philip S. Potter : Les attaques bilieuses chez les enfants. — A. Coolidge : L'étiologie du rhume commun. — (Vol. CLXIII, n° 3, 21 juillet.) James J. Putriam : Sur l'étiologie et le traitement des psychoneuroses. — Frederic T. Lord : Une contribution à l'étiologie de l'actinomycose. Production expérimentale de l'actinomycose sur des cobayes inoculés avec le contenu de deux dents cariées (avec 4 fig.). — Hugh Cabot et W. J. Dodd : Le diagnostic des calculs situés dans la portion pelvienne de l'urètre. Obstacles à l'efficacité de la radiographie et proposition d'un moyen d'y remédier (avec 8 fig.). — William Lowell Putnam : La grossesse, l'allaitement et les soins des nourrissons. Essai de médecine préventive. — A. E. Taft : Les lésions des viscères du tronc et du thorax dans l'épilepsie (49 obs.). — Gilpatrick : La suture des piliers dans le traitement des hémorragies après l'amygdalotomie (avec 2 fig.). — (Vol. CLXIII, n° 4, 28 juillet.) Edwards Reynolds : Les opérations gynécologiques chez les neurasthéniques. Avantages et désavantages, sélection des cas. — C. A. Howland : Les néphrites sans albuminurie (1 tabl.) — M. Vejux Tyrode : Les médicaments dans la pratique. — Elmer S. Tenney : Les expectorations des typhiques comme une source possible de contamination (2 tabl.). — Oliver A. Lothop : La cloison nasale. Quelques points importants de son anatomie et sa résection sous-muqueuse (2 fig.). — Walter A. Griffin : Sur les emplois de la tuberculine au Sharon sanatoriun (2 tabl.).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 7 juin 1910.) Hauser : Sur la question de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère gastrique. — Brückner : Sur l'importance des cas de typhus ambulatorius de l'enfance pour la propagation de la fièvre typhoïde. — Bittorf : Sur les mouvements paradoxaux du diaphragme. — Hohmann : Contribution à la pathogénie et au traitement de la coxa vara. — Strüble : Sur le lavage de l'estomac d'après de nouvelles indications et sous une forme nouvelle. — Funck : Nouvelles contributions à la thérapeutique étiologique de la glycosurie et du diabète. — Brekle : Contribution à l'intoxication par la viande due au bacillus enteritidis de Gärtner. — Reye : Contribution à la tuberculose des nerfs optiques. — Knauth : Expériences thérapeutiques dans la diphtérie avec le sérum de Behring-Erhrlich. — Emmerich : Sur les poisons du choléra. — Ludke : Recherches sur la nature, le diagnostic précoce et le traitement spécifique de la fièvre typhoïde. — (N° 24, 14 juin.) Tabura : Sur la saignée dans les troubles circulatoires et sur son remplacement non sanglant. — Zemgemeister : Sur la dissémination des streptocoques en rapport avec leur infectiosité et leur propriété hémolytique. — Nassauer : L'obstétrique à la maison et à la clinique. — Kielleuthner : Sur le traitement de l'hypertrophie prostatique. — Wassermann et Meier : Le sérodiagnostic de la syphilis. — Siebert : Inclusions cellulaires dans l'urétrite non gonococcique. — Schöppner : Respiration atypique et emphysème pulmonaire artificiel. — Braudenberg : Polyarthrite chronique progressive primitive de l'enfance. — Archenheim : Sur l'ictère familial hémolytique. — V. Herff : Serres fines ou agrafes de Michel. — Pullmann : Un nouvel instrument de mesure pour les extrémités. — Zur Verth : Sur la mensuration de la pression sanguine systolique par la voie optique. — Dyrenfurth : Sur les hémiplégies transitoires. — P. Ehrlich et Sachs : La théorie des chaînes latérales d'Ehrlich est-elle compatible avec les faits? — Strübe : Sur le lavage de l'estomac d'après de nouvelles indications et sous une forme nouvelle. — (N° 25, 21 juin.) Heine : Etat actuel de l'otochirurgie. — Sahli : Sur le pantopon. — Forschbach et Bittorf : Influences sur la situation moyenne du poumon chez l'individu sain. — Hamburger et Monti : L'immunité à la tuberculine. — Mayer : Traitement de l'hématome rétroplacentaire. — Grober : Voies d'infections et évolution de la méningite pneumococcique. — Deutsch : Tuberculose et allaitement. — Fock : Sur la question de la capacité d'allaiter. — Mende : Sur le procédé d'enrichissement des bacilles tuberculeux de Zahn. — Fabian : Corps étrangers comme cause de graves complications. — Süssmann : Grossesse tubaire bilatérale. — Koch : Instruments et appareils pour le sérodiagnostic. — Dessauer : Appareil nouveau pour la traversée du corps par les courants chauds (diathermie). — Jerusalem : Traitement de l'érysipèle par l'air chaud.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (17 juillet 1910.) Polya : Méthode et résultats du traitement moderne du cancer. — Zilahy : Contribution aux hernies vésicales étranglées.

Revue de la tuberculose. — (N° 3, juin 1910.) N. Fiessinger : Rôle de la lipase dans la défense antibacillaire. — R. Voisin : Comparaison entre les températures axillaire et rectale dans la méningite tuberculeuse de l'enfant. — J. Milhit : Diagnostic de la tuberculose. Étude critique de certains procédés de laboratoire servant à ce diagnostic.

Riforma medica. — (N° 25, 20 juin 1910.) Prof. Gaetano Rummo : A propos d'une affection exceptionnelle du tonus musculaire. Association des syndromes parkinsonien, myotonique et cataleptoïde. — G. Severino et R. Ciauri : A propos de la transmissibilité expérimentale de certains désordres du tonus musculaire. — (N° 26, 27 juin.) Amerigo Barlocco : L'azote du contenu gastrique titrable par le formol et sa valeur diagnostique. — Paolo Lilla : La cure du prolapsus total du rectum. — Adolfo Arcangeli : Contribution au diagnostic de la hernie vésicale. — (N° 27, 4 juillet.) Giuseppe Fiorito : La flore gastrique à l'état normal et pathologique. — Candido Mantelli : L'anesthésie par voie intraveineuse, selon le procédé de Bier. — V. Gandiani : Les rapports entre la pseudo-leucémie et certaines formes de tuberculose glandulaire. — (N° 28, 11 juillet.) G. Rummo : Syndrome cérébelleux et troubles du langage consécutifs à la malaria. — Giuseppe Pollacci : Diagnostic anatomique de la sténose pulmonaire congénitale, d'origine endocarditique. — (N° 29, 18 juillet.) Tommaso Carpentieri : Mise en évidence de la capsule de certaines bactéries qui, jusqu'à l'heure actuelle, en étaient considérées comme privées. — Antonio Fontana : Contribution au traitement de l'ulcère perforant du pied par l'élongation du sciatique. — Federico Delaini : A propos de deux sarcomes mélaniques primitifs de la parotide. — Luigi Fiori : La fibrolysine dans le traitement de la maladie de Dupuytren. — (N° 30, 25 juillet.) Giovanni Morone : Recherches hématologiques dans les affections de la thyroïde. — Giovanni Radice : La destinée du micrococcus melitensis dans le foie et les voies biliaires. — Salvatore Maggiore : Influence de l'ictère sur le pouvoir phagocytaire du sang dans certaines infections.

REVUE GÉNÉRALE (1)

PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL
(CANAL DE BOTAL)
SYMPTOMES, DIAGNOSTIC

Par H. GILLET,
Ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à la clinique du cœur.

Après la naissance, le canal artériel qui faisait, chez le fœtus, communiquer l'artère pulmonaire avec l'aorte commence à s'oblitérer.

L'achèvement de cette oblitération qui s'opère par une sorte de stratification des couches du vaisseau par suite de la prolifération de l'endartère, éléments conjonctifs, puis élastiques [Gérard (2)], demande pour arriver à l'obstruction complète du conduit un temps qui peut varier de quinze jours (3) à vingt jours (4), trente jours (5) et un maximum de quarante jours (6). Ces dates s'appliquent à l'oblitération anatomique, car l'oblitération physiologique remonte à la naissance même, avec le début de la respiration qui rend inutile la fonction du vaisseau.

Le passage de la vie intra-utérine à l'extra-utérine amène une modification dans la pression sanguine. Bien qu'à un degré très inférieur à ce qu'on relève plus tard et surtout chez l'adulte, la pression aortique l'emporte, peu il est vrai à ce moment, mais l'emporte sensiblement sur la pression dans l'artère pulmonaire (7). Le courant sanguin du canal artériel rencontre donc devant lui un obstacle. De plus, certains auteurs, comme P. Strassmann (8), ont même, dans certains cas, constaté la formation d'une valvule qui ne permettrait plus au sang de refluer de l'aorte vers l'artère pulmonaire. Ce mécanisme ne pourrait cependant pas se généraliser d'après les recherches approfondies de Gérard, l'auteur qu'on doit consulter avec le plus de profit pour tout ce qui regarde la question d'anatomie et de développement.

Pour le développement du cœur dès son apparition on en trouve l'exposition en particulier dans les leçons faites par P. Poirier (9).

Quand, passé le délai de quarante jours après la naissance, le canal artériel, au lieu de cordon fibreux tendu entre l'artère pulmonaire et l'aorte, perdu dans le tissu conjonctif ambiant, reste encore perméable, on est en face d'un cas de persistance de ce canal.

(1) Reproduction interdite.

(2) Gérard. *Le canal artériel au point de vue anatomique, développement, situation, oblitération*, Th. de Lille, 1897; — De l'oblitération du canal artériel, les théories et les faits (avec 6 fig. dans le texte), *Journ. de l'anat. et de la physiol. norm. et pathol. de l'homme et des animaux*, mai-juin 1900, n° 3, p. 323.

(3) Bernutz. *Dict. Jaccoud*, art. artériel, 1865.

(4) Moussous. *Traité des maladies de l'enfance* Grancher-Comby, art. cœur.

(5) A. Baginsky. *Lehrbuch der Kinderkrankeiten*, p. 605.

(6) Alvarenza. *Considérations et observations sur l'époque d'occlusion du trou ovale et du canal artériel*, Lisbonne 1869.

(7) H. Huchard. *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, 3e édit., t. III.

(8) Strassmann. Zur Lehre vom Blutkreirlaufe beim Neugeborenen, *Berl. med. Gesells.*, 11 avril 1894, in *Berl. klin. Wochens.*, n° 20, 21 mai 1894, p. 498; — Untersuchungen über den Blutkreislauf beim Neugeborenen, *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXV, h. 3, p. 393.

(9) P. Poirier. Leçons sur le développement du cœur, recueillies par E. Le Sourd, *Gaz. des hôpit.*, 31 oct. 1903, n° 126, p. 1237.

I

Anatomie pathologique. — Lorsque le fait se produit et qu'on a l'occasion de pratiquer l'autopsie du sujet, les constatations varient peu. Tantôt on découvre un vaisseau d'aspect normal. C'est le résultat de bon nombre d'examens cadavériques.

Pour ne citer qu'une des dernières publications, voici comment s'expriment L. Landouzy et J. Troisier à ce sujet (1):

« Le canal artériel se présente sous la forme d'une artère véritable, longue de 5 millimètres environ. Il prend naissance sur la branche gauche de l'artère pulmonaire, un peu à gauche de la bifurcation. De là, il s'étend, en haut et à gauche, et vient se terminer sur la face inférieure de la partie horizontale de la crosse de l'aorte. Le canal est parfaitement perméable. » La circonférence du vaisseau mesure 3 millimètres, les parois sont lisses.

Mais au lieu d'un canal, on peut ne trouver qu'un simple abouchement, comme dans une observation due à Garipuy (2) qui relate la « communication de la partie inférieure de la crosse aortique avec la partie supérieure de la branche droite de l'artère pulmonaire. L'orifice faisant communiquer les deux vaisseaux est entouré d'un anneau scléreux qui assure par conséquent sa large ouverture; il mesure environ 10 millimètres de diamètre.

« ... Il y a accolement des parois de l'aorte et de la pulmonaire plutôt qu'un canal véritable ».

A ce point de vue, les faits publiés se présentent presque chacun avec une variété particulière, mais qui ne change rien au fond même de la question.

Microscopiquement, dans les cas examinés, c'est la structure normale.

Dans quelques observations, le canal ne reste plus sur toute sa longueur également calibré, il se dilate. C'est un anévrisme, anévrisme fusiforme.

II

Symptômes. — Quoi qu'il en soit, que le canal artériel persiste bien calibré, long ou court ou dilaté, il ne s'établit pas de différence dans l'histoire de l'affection.

Tantôt cette persistance s'accompagne d'autres malformations cardio-vasculaires plus ou moins variées, plus ou moins complexes; tantôt, dans un nombre de cas plus restreint, le canal artériel resté perméable constitue la seule et unique anomalie vasculaire constatée.

Pour les faits d'anomalies multiples, malgré les perfectionnements apportés actuellement dans les modes d'investigation clinique, on en est encore

(1) L. Landouzy et J. Troisier. Loc. cit., p. 372.

(2) Garipuy. Persistance du canal artériel n'ayant entraîné aucun trouble pendant vingt-huit ans. Mort rapide à l'occasion d'un accouchement, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 15 fév. 1907, 6e série, t. IX, 82e année, p. 179.

réduit le plus souvent à l'impossibilité de remonter des symptômes observés et des signes constatés aux lésions existantes. L'écheveau trop embrouillé ne peut être démêlé.

Il semble donc préférable de laisser systématiquement de côté toute cette catégorie d'observations et de s'en tenir, pour édifier le chapitre symptomatologique de la persistance du canal artériel, aux seuls cas d'anomalie simple et non compliquée.

Cette précaution préliminaire n'empêchera même pas, malgré tout, de lever toutes les difficultés et d'apporter la pleine lumière dans cette obscure question.

Nous touchons en effet ici au chapitre le plus délicat de la question. Jusqu'ici les auteurs qui s'en sont occupés ne semblent guère être arrivés à le débrouiller. Dans le travail si complet de M. G. Gérard (1), l'auteur se contente de dresser le catalogue des signes consignés dans les publications et n'aborde pas le diagnostic « pour la simple raison, dit-il, qu'il me semble à peu près impossible actuellement de songer à dépister une affection aussi rare que dissemblable par ses caractères (2) ».

L'article récent de M. A. Moussous (3) insiste un peu plus sur le type décrit par M. F. Franck en 1878, mais montre encore une certaine hésitation.

C'est que les documents dont nous disposons pour éclairer notre foi ne brillent pas par l'abondance si nous rejetons d'une façon absolue toutes les observations qui se rapportent à des cas de malformations congénitales du cœur complexes, dans l'intrication des signes et des symptômes desquels on ne pourrait démêler ce qui appartient en propre à telle ou telle lésion plutôt qu'à une autre.

Dans ces conditions, on ne peut guère tabler que sur vingt-six observations de persistance simple et pure du canal artériel dont les détails peuvent nous servir à édifier la symptomatologie de cette malformation.

Pour déblayer le terrain, mettons d'abord à part l'ensemble des signes et des symptômes non spéciaux à l'affection, qui se rencontrent aussi dans d'autres malformations cardiaques.

A. **Troubles généraux**. — D'abord, *troubles généraux de la croissance*, comme on les observe, mais très exagérés parfois, dans le rétrécissement mitral congénital, où ils s'accentuent jusqu'à constituer l'infantilisme. Ici, simple retard dans l'accroissement de la taille (4) et dans l'augmentation du poids, amaigrissement [Sonders (5)], faiblesse de développement général, du développement psychique [de La Camp (6)].

(1) G. Gérard. De la persistance simple du canal artériel, étiologie, physiologie et symptomatologie, *Revue de méd.*, 10 août et 10 oct. 1900, n° 10, p. 645 et 837.
(2) *Ibid.*, p. 847.
(3) A. Moussous. Art. maladies congénitales du cœur, *Traité des maladies de l'enfance* de J. Grancher et J. Comby, 2e édit., t. III, p. 740, 1904.
(4) Grouzet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 323.
(5) Sonders. *Edingburg med. Journ.*, juillet 1860.
(6) De La Camp. Anomalie cardiaque familiale, *Soc. de méd. de Berlin*, 25 juin 1902.

Rareté et fragilité des cheveux [Sidlaner (1)].

Troubles circulatoires. — Dans quelques observations, température un peu abaissée, sensibilité au froid [Sidlaner, H. Gillet (2)] jusqu'à la perte possible de connaissance [Durozier (3)], extrémités refroidies.

Troubles cardio-pulmonaires. — Possibilité de la dyspnée, parfois même sous forme d'accès.

La cyanose n'apparaît guère avec la persistance pure et simple du canal artériel, sans autre malformation cardiaque concomitante, en particulier sans la communication des deux oreillettes par la persistance du trou de Botal.

L'*absence de cyanose* est tellement typique que dans l'observation de Garipuy il n'y a pas de cyanose, malgré des accidents gravido-cardiaques à une seconde grossesse, chez une femme de vingt-huit ans, et qui pendant ces vingt-huit ans n'a manifesté par aucun symptôme son anomalie cardiaque.

On note plutôt de la pâleur (Jules Simon).

En l'absence de cyanose, on n'a guère non plus décelé l'hyperglobulie; ainsi Schrœtter (4) a compté 6500000 hématies, mais sa jeune malade, âgée de quinze ans, était cyanotique depuis la naissance et son cœur présentait des lésions aux orifices auriculo-ventriculaires.

A ces signes s'ajoutent, selon les cas, d'autres symptômes fonctionnels dans la sphère des autres appareils organiques qui subissent le contre-coup d'une circulation défectueuse.

Troubles nerveux. — Chez deux fillettes, épilepsie (de La Camp) et chez l'une compliquée de tuberculose.

B. **Signes cardiaques communs.** — Donc, pas encore de grosse difficulté; elle ne surgira qu'avec la description des signes d'auscultation, car nous pouvons aussi mettre à part, avant d'arriver à classer les souffles perçus, un ensemble de signes cardiaques communs aux différents types qu'il nous faudra créer. Les comptes rendus notent en effet l'existence possible de l'*hypertrophie* et de la *dilatation* du *ventricule droit* (Durozier, Baginsky, Sidlaner) plus ou moins accentuée avec son extériorisation par des *palpitations*, du *frémissement précordial*, de l'*augmentation de la matité* à la percussion, de l'*augmentation de l'ombre cardiaque* à la radiographie et à la radioscopie, la possibilité même d'une *bande d'ombre* (5), comme dans six cas chez six enfants d'une même famille [de La Camp (6)], dans le troisième espace intercostal gauche avec même *pulsation visible*; *voussure* (Baginsky, Sidlaner) de la région précordiale.

Enfin, on signale assez souvent l'*accentuation du deuxième ton pulmonaire* qui traduit l'augmentation

(1) Sidlaner. *Arch. f. Kind.*, Bd. XXXIV, h. 5-6, 1902.
(2) H. Gillet. *Soc. de péd.*, 15 mars 1904.
(3) Durozier. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1863, p. 279.
(4) Schrœtter. *XIXe Congrès de médecine interne*, Berlin, avril 1901.
(5) Schrœtter. Paralysie du nerf récurrent gauche et persistance du canal artériel, *XIXe Congrès de médecine interne*, Berlin, avril 1901.
(6) De La Camp. Anomalie cardiaque familiale, *Soc. de méd. de Berlin*, 25 juin 1902.

de pression dans l'artère pulmonaire qui reçoit du sang de l'aorte par le canal persistant (Oppolzer, Fr. Franck).

A la percussion, en dehors de l'augmentation générale de la matité cardiaque ou principalement de la matité droite, un signe assez spécial offrirait un intérêt diagnostique de premier ordre, s'il se rencontrait plus souvent, c'est la constatation d'une *bande de matité à gauche du sternum allant de la clavicule gauche se raccorder à la zone de matité cardiaque au niveau du deuxième espace intercostal gauche.*

Aux yeux de Gerhardt, de Baginsky, cette bande de matité aurait une grande importance pathognomonique.

En même temps peut se percevoir plus ou moins nettement un *frémissement* ou une pulsation systolique rapportée à l'artère pulmonaire.

C. **Types principaux.** — La variété des souffles recueillis par l'auscultation, la variété du temps de la révolution cardiaque correspondant à leur manifestation, la variété de leur siège même jette au premier abord une certaine confusion dans l'esprit.

Devant cette diversité, impossible de songer à créer un type unique, mais on peut essayer de sérier les cas et de diversifier certains types.

1° TYPE LATENT. — Tout d'abord, on compte cinq observations [Durozier (1), Luys (2), Porak et Theuveny (3), L. Landouzy et J. Troisier (4), Garipuy (5)], où tout se passe en silence; latence absolue.

Dans la troisième observation, on entendit bien pendant le travail les bruits du cœur fœtal soufflants, mais pendant la vie, on ne perçoit aucun souffle. L'enfant, assez bien développé, pesant 3k250, n'avait pas d'autre lésion d'organe. Le cœur était gros, le ventricule droit développé; l'artère pulmonaire, triple du volume normal, présentait une dilatation ampullaire.

Dans le quatrième fait publié par L. Landouzy et J. Troisier, celui d'un hérédo-syphilitique, né à sept mois et mort à soixante-dix jours, à la persistance du canal artériel s'ajoutait un rétrécissement de calibre de l'aorte après la naissance des gros vaisseaux. L'observation n'en note pas moins : « Les bruits du cœur sont bien frappés, pas de souffle. »

Chez la femme de vingt-huit ans, sujet de la cinquième observation due à Garipuy, l'auteur consigne à l'auscultation le rythme fœtal. Ce rythme des bruits du cœur n'a rien à voir avec la persistance de la communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte. C'est un trouble fonctionnel commun à nombre d'états

(1) DUROZIER. Loc. cit.

(2) LUYS. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1855, p. 74; — *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 229.

(3) PORAK et THEUVENY. Cyanose par persistance du canal artériel, *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, juin 1902.

(4) L. LANDOUZY et Jean TROISIER. Affections vasculaires congénitales d'hérédo-syphilitique. Rétrécissement de l'aorte, persistance du canal artériel chez un bébé hérédo-syphilitique, né à sept mois, mort à soixante-dix jours, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 19 nov. 1907, p. 370.

(5) GARIPUY. Loc. cit.

d'infection et de débilité cardiaque (1), dont le mécanisme, égalité des temps du cœur, égalité des deux bruits, des deux silences, qui le range dans la tachycardie systolisante (2), a été étudié. Il s'agissait de troubles gravido-cardiaques graves, ayant entraîné la mort à la suite d'un second accouchement.

Dans une sixième observation, due à MM. G. Gérard et de Chabert (3), où ces auteurs décrivent un cas d'anévrisme du canal artériel, affection qui peut se confondre avec la persistance simple de ce conduit, la partie clinique muette au sujet des signes stéthoscopiques ne permet pas de conclure si ces signes eux-mêmes étaient muets ou s'ils ne furent pas recherchés.

Il y a donc un certain nombre de faits dans lesquels l'examen du cœur ne révèle rien, dans lesquels même aucun symptôme n'attire l'attention durant la vie; pure trouvaille d'autopsie.

Mais il se peut aussi que, sans aucun symptôme, sans aucun trouble apparent de la santé, il existe un ou des signes d'auscultation cardiaque.

C'est avec la classification des souffles constatés par l'auscultation du cœur qu'il va falloir classer des types cliniques qui permettront, il semble, de faire un peu de clarté dans cette pénombre.

2° TYPE A SOUFFLE ANTÉRIEUR. — On peut constituer, d'après les cas publiés jusqu'ici, un premier *type à souffle antérieur*, dans lequel l'aire de perception maxima du souffle siège à la partie antérieure de la poitrine dans la région précordiale.

Cette première division ne va pas sans quelques sous-divisions, et ce n'est plus le siège du souffle qu'il faudra considérer pour continuer la classification, mais le temps où il se produit.

A. *Type à souffle antérieur diastolique.* — Dans un lot de trois observations, quatre même [si l'on y ajoute un cas de communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire dont les symptômes se confondent avec ceux de la persistance du canal de Botal (4)], constatation un peu paradoxale d'un seul *souffle diastolique* nettement et purement diastolique (Baginsky, Frœntzel, Sidlaner).

Ce premier groupe formera une division du type à souffle antérieur, le *type à souffle antérieur diastolique.*

Comme localisation précise, le deuxième espace intercostal gauche (Sidlaner, Orlovsky).

(1) H. HUCHARD. Cliniques médicales et thérapeutiques de l'hôpital Bichat, *Sem. méd.*, 9 mai 1888; — *Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux*, 1889, et 2e édit., 1893, pp. 201 et suivantes.

H. GILLET. *De l'embryocardie ou rythme fœtal des bruits du cœur*, Th. de Paris, 1888; — Rythme fœtal des bruits du cœur sans tachycardie ou embryocardie dissociée (Grasset), *Ann. de la policl. de Paris*, mai 1893; — Rythme des bruits du cœur, *Bibliothèque Charcot-Debove*, 1894, pp. 81 et suivantes; — Valeur pronostique de l'embryocardie, *Congrès français de médecine*, Lyon 1894, p. 833.

(2) H. GILLET, Coefficient chronologique du cœur. Cardiographie clinique. Tachycardie en général et dans la fièvre typhoïde. Travail de la clinique du cœur (H. Huchard), *Soc. de méd. de Paris*, 27 nov. 1909, *Bull. et mém.*, 1909, n° 16, p. 657.

(3) G. GÉRARD et DE CHABERT. Un cas d'anévrisme du canal artériel, *Echo méd. du Nord*, 19 janv. 1902, n° 3, p. 28.

(4) SIDLANER. *Arch. f. Kind.*, Bd. XXXIV, h. 5-6, 1902.

B. *Type à souffle antérieur aux deux temps.* — Un autre groupe comprendra un ensemble de faits dans lesquels il y a bien encore un souffle diastolique, mais il s'y joint un souffle systolique, ce sera le *type à souffle antérieur aux deux temps* avec prédominance à l'un des deux temps, le plus souvent au premier temps, de sorte qu'on pourrait presque rattacher ce type à souffle aux deux temps au type à souffle systolique. Il se surajouterait seulement et accessoirement un souffle diastolique.

Voici en effet les signes consignés par les auteurs : souffle systolique intense, souffle diastolique roulant (Schrœtter), double souffle avec renforcement systolique (Skoda), souffle diastolique musical [Fagge (1)].

Le maximum de ces souffles peut bien parfois siéger à la pointe ; mais ce n'est en somme pas le cas habituel. Ils se localisent généralement au deuxième espace intercostal gauche [Hochhaus (2), Almagro (3)], ou tout au moins dans une région assez voisine, troisième ou quatrième espace intercostal gauche ou troisième ou quatrième articulation chondro-sternale gauche ou même droite [Babington (4), Bernutz (5)].

Il faut bien avouer que ce type à souffle aux deux temps ne réunit peut-être pas deux observations superposables, à peine quelques-unes vaguement semblables. Toutefois se dégagent encore assez généralement deux caractères : 1° le *maximum d'intensité des souffles aux environs du deuxième espace intercostal gauche* ; 2° une certaine *tendance du souffle systolique à prédominer* sur le souffle diastolique, toute exception demeurant cependant possible.

3° Type a souffle antérieur systolique. — Et nous arrivons maintenant tout naturellement à la dernière variété du type à souffle antérieur, le *type à souffle antérieur systolique* [Lemaire, Durozier, Sonders, A. Baginsky (6), de La Camp], quelquefois un peu prolongé [Darier (7)].

Ce souffle systolique peut, comme le souffle aux deux temps, ou le souffle diastolique, s'entendre de préférence aux environs du deuxième espace intercostal gauche, mais on le perçoit encore assez souvent à la pointe (Sonders, Crouzet), quelquefois l'aire d'auscultation occupe toute la région précordiale. Du reste, chez le jeune enfant, un souffle, pourvu qu'il ait quelque intensité, irradie facilement dans toute la poitrine, d'où la fréquente difficulté de localisation très précise dans le tout jeune âge.

Dans chacun des types à souffle antérieur aux signes d'auscultation se greffent quelques-unes des constatations d'inspection, de palpation, de percussion énumérées plus haut, qui, par elles-mêmes, peuvent parfois imprimer une physionomie particulière au tableau clinique.

(1) Hilton Fagge. *Guy's Hospital reports*, 1873, 3e série, p. 23.

(2) Hochhaus. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Leipzig 1892, p. 1.

(3) Almagro. *Etude clinique sur la persistance du canal artériel*, Th. de Paris, 1862.

(4) Babington. *London med. Gaz.*, mai 1847 ; — *Arch. de méd.*, 1848, p. 214.

(5) G. Bernutz. *Arch. gén. de méd.*, 1847, p. 415 ; — Art. artériel, *Dict. de méd. prat. de Jaccoud*, 1865.

(6) A. Baginsky. Persistenz des Ductus arteriosus Botalli, *Lehrbuch der Kind.*, 3 Aufl , 1889, p. 605.

(7) Darier. *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 55.

4° Type a souffle postérieur. — A côté du type à souffle antérieur, qui ne se dégage qu'imparfaitement d'un certain flou, émerge un type à souffle postérieur bien mis en lumière par M. François Franck (1), et dont la description, comparée à celle des types à souffle antérieur, tranche par sa saisissante netteté.

Dans son travail M. Fr. Franck publie deux observations avec autopsies à l'appui ; une observation clinique personnelle (2) fait monter à trois le nombre des faits jusqu'ici recueillis.

Dans ce type à souffle postérieur, c'est exclusivement en arrière, *en plein dos*, sur le côté gauche de la colonne vertébrale, en regard des troisième et quatrième vertèbres dorsales que se perçoit le maximum du souffle, c'est-à-dire dans une région où il n'est pas accoutumé d'entendre un souffle cardiaque, tout au moins autrement que comme propagation d'un souffle existant déjà à la région précordiale. Dans certaines insuffisances mitrales, cette propagation dorsale arrive à égaler presque la propagation axillaire.

L'auscultation du cœur dans la région dorsale, comme l'a fait remarquer entre autres M. E. Marping (3), permet souvent de mieux localiser les bruits et les souffles cardiaques que l'auscultation, cependant le plus souvent préférée, de la région antérieure de la poitrine.

L'importance de ce résultat d'auscultation ne peut manquer de frapper dès l'abord le clinicien par cette région insolite du souffle d'origine cardiaque.

Ce siège bien spécial du souffle consigné dans les deux observations de M. Fr. Franck se retrouve dans notre observation personnelle.

En arrière de la poitrine, à gauche de la colonne vertébrale, se rencontrait un *souffle constant*, à foyer maximum en regard et à gauche de la troisième vertèbre dorsale et vers l'épine de l'omoplate. Ce souffle ne s'éteint pas sur place et se propage autour de son centre d'intensité maxima.

Dans notre cas l'aire de perception du souffle s'étendait en bas, à la fosse sous-épineuse, jusqu'en regard de la cinquième vertèbre dorsale, en haut, à la fosse sus-épineuse et en avant au creux sus-claviculaire ; au-dessous de la clavicule, on ne perçoit plus rien du souffle. Vers le moignon de l'épaule et sur la bande postéro-externe de la région axillaire, plus de souffle.

Sauf donc dans la région très limitée du creux sus-claviculaire, en situation antéro-supérieure, le souffle se cantonne à la partie postérieure du thorax.

Le souffle, plus ou moins bref, de tonalité plutôt aiguë se montre nettement *systolique* (F. Franck, H. Gillet).

(1) Fr. Franck. *Congrès pour l'avancement des sciences*, session d'Alger, 1878 ; — *Gaz. des hôpit* , 1878, p. 1115.

(2) H. Gillet. Persistance du canal artériel (cas clinique), *Soc. de péd.*, 15 mars 1904.

(3) E. Marping. Auscultation du cœur dans la région dorsale, *Saint-Petersburger med. Wochens.*, 1903, n° 19.

D'assez grande intensité, il subit un renforcement chaque fois qu'il se produit au moment d'une forte inspiration. Ce *renforcement inspiratoire* fait place à un *affaiblissement expiratoire*. Ces modifications s'accentuent ou s'atténuent selon le degré de l'amplitude des mouvements respiratoires. Le souffle varie peu lorsque la respiration reste insensible ou s'arrête sans effort.

Le siège si caractéristique du souffle, sa constance, ses qualités, ses modifications, comportent une valeur séméiologique indéniable.

D'autres signes viennent compléter l'ensemble du syndrome clinique.

A l'état normal, le pouls pris à la radiale, influencé par les mouvements respiratoires, bat moins rapidement et moins fort pendant l'inspiration, plus rapidement et plus fort pendant l'expiration; cette modification du pouls s'observe d'autant mieux que l'amplitude respiratoire s'exagère.

La persistance du canal artériel agit comme l'exagération de la respiration. Aussi, lorsqu'on palpe l'artère radiale, la pulpe digitale sent alternativement à quatre ou cinq pulsations plus fortes succéder cinq à six pulsations plus faibles.

De ce signe, M. Fr. Franck a fourni une explication physiologique très nette : à l'inspiration, la tension diminue dans l'artère pulmonaire par « afflux plus abondant du sang de l'artère pulmonaire dans les branches du réseau pulmonaire ». Par suite de l'aspiration intra-thoracique le poumon se remplit plus facilement et plus fortement de sang aux dépens de l'artère pulmonaire. A ce moment donc l'aorte éprouvera moins de difficulté à envoyer par le canal artériel persistant du sang dans l'artère pulmonaire, la tension aortique fléchira d'une quantité correspondante à cette espèce de saignée. Phénomènes inverses à l'expiration : élévation de la tension dans l'artère pulmonaire, élévation correspondante dans l'aorte qui trouve devant elle une résistance dans l'artère pulmonaire où « l'aorte verse une moins grande quantité de sang; le pouls se relève ».

Les trois observations publiées (F. Franck, H. Gillet) mentionnent ce caractère de *force alternative du pouls*. Déjà Durozier et Darier avaient noté un pouls intermittent et inégal.

On comprend que dans les conditions physiologiques créées par la persistance du canal artériel, la *tension* artérielle reste *élevée dans l'artère pulmonaire* d'où l'*accentuation du second ton à la pulmonaire*, déjà noté par Oppolzer dans le type à souffle antérieur.

En voici la constatation dans notre observation personnelle.

« En avant, l'auscultation du cœur donne les résultats suivants : à la pointe et vers l'aisselle, bruits sensiblement normaux, claquement du deuxième temps un peu métallique.

« Au foyer de l'artère pulmonaire, à gauche du sternum, de même. »

Pour compléter l'ensemble clinique, un signe négatif : l'*absence de cyanose vraie*.

Dans toute persistance du canal artériel pure, simple, exempte de toute autre malformation cardio-vasculaire ou de toute complication cardio-pulmonaire, la cyanose semble paradoxale, puisqu'il y a apport de sang artériel dans le sang veineux et nullement déversement de sang veineux dans le sang artériel.

Avec l'absence de cyanose se clôt la liste des signes propres.

Comme signe adjuvant, le fait clinique personnel communiqué à la société de pédiatrie en 1904 note au foyer de l'aorte un dédoublement du second temps assez constant; ce dédoublement, prenant parfois l'allure de galop, se percevait encore, à droite, le long du sternum, jusque vers la pointe de l'os et dans la plus grande partie à droite de l'aire cardiaque, mais pas à gauche.

On peut mettre ce dédoublement du second temps aortique sur le compte d'un claquement double des valvules sigmoïdes aortiques. Le premier bruit correspond au claquement normal, le second à un claquement surajouté causé par le retrait de la paroi du canal artériel persistant. C'est le même phénomène que la systole d'un anévrisme.

Voilà, en somme, échafaudée sur trois observations concordantes, toute l'histoire clinique de ce type à souffle postérieur de la persistance du canal artériel.

C'est le type le plus net tant au point de vue clinique qu'au point de vue physiologique.

III

Diagnostic. — Fort des notions précédemment acquises au cours de la description clinique des types de persistance du canal artériel, est-on aujourd'hui capable de tenter le diagnostic de cette malformation cardio-vasculaire? Il semble que la tentative puisse maintenant dans une certaine mesure s'oser sans trop grande témérité.

Pour procéder avec ordre, envisageons le cas du diagnostic dans le type à souffle antérieur.

Dans la modalité qui comporte un souffle diastolique on peut hésiter avec une insuffisance de l'artère pulmonaire. Cette hésitation se comprend d'autant mieux qu'une insuffisance de l'artère pulmonaire s'expliquerait même anatomiquement, mais surtout physiologiquement; de sorte qu'on peut se demander si le souffle diastolique perçu par l'oreille ne traduit pas simplement l'insuffisance, purement fonctionnelle, de l'artère pulmonaire, insuffisance fonctionnelle reconnaissant pour cause l'augmentation de pression dans le vaisseau par l'apport du sang venu de l'aorte, ou bien, si ce souffle diastolique n'indique pas une véritable insuffisance de l'artère pulmonaire par dilatation de l'orifice sigmoïdien, l'artère pulmonaire ayant elle-même subi une dilatation de son calibre.

C'est probablement une de ces interprétations qu'il faut admettre par suite de la rareté habituelle de l'insuffisance de l'artère pulmonaire, comme lésion d'orifice primitive.

Pour le type à souffle antérieur systolique, une confusion difficile à éviter peut exister, lorsque le souffle a son maximum à la pointe, avec une insuffisance mitrale vulgaire; lorsque le souffle s'entend

plus haut, vers le troisième espace intercostal, avec la maladie de Roger ou communication interventriculaire, si le souffle siège encore plus haut au deuxième espace, avec le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Contre l'insuffisance mitrale, on pourra invoquer, si c'est le cas, l'absence des causes habituelles de cette lésion, tel un rhumatisme antérieur, un simple torticolis, ces douleurs dites de croissance, les affections rhumatogènes comme une chorée, une scarlatine ou toute autre infection à retentissement cardiaque possible. Il est vrai que la fréquence de ces maladies empêchera souvent de pouvoir arguer de leur absence pour le diagnostic qui ne pourra se trancher définitivement. Faute de moyens pour éliminer la lésion acquise, on ne pourra plaider pour la lésion congénitale.

Avec un souffle franchement systolique au troisième espace viendra en discussion la maladie de Roger. Ici, manqueront le plus souvent les éléments nécessaires à un diagnostic différentiel.

Même difficulté si l'on essaie de discuter le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Parfois on parviendra à prouver l'origine congénitale de la lésion, mais non sa localisation.

A ce propos, on peut faire remarquer l'analogie physiologique qui relie le rétrécissement pulmonaire et la persistance du canal artériel. Dans les deux cas le sang poussé du ventricule droit dans l'artère pulmonaire rencontre devant lui un obstacle anormal. Dans ces conditions, à degré près, assez semblables, ce n'est peut-être pas une hypothèse trop osée d'admettre la possibilité d'un souffle au premier temps dans l'aire d'auscultation de l'artère pulmonaire.

On s'explique aussi celle d'un double souffle, mais le diagnostic en faveur d'un canal artériel persistant ne s'en éclaircit pas d'autant.

Comme conclusion, dans le type à souffle antérieur, le diagnostic devra souvent rester en suspens.

Pour le tenter on établira d'abord la notion de congénitalité de la lésion, ce qui éliminera tout au moins les affections acquises qui n'ont pas leurs similaires dans les congénitales. Ce sera un premier pas, pas bien grand, mais un pas cependant.

Pour amener la conviction à l'égard de la persistance du canal artériel, on pourra baser son argumentation :

1° Sur le siège du souffle, lorsqu'il occupera le deuxième espace intercostal gauche ou les environs de cet espace, le troisième ou le quatrième par exemple;

2° Sur le frémissement, les pulsations, les mouvements ondulatoires au même niveau;

3° Sur l'augmentation de la matité cardiaque à droite marquant l'*hypertrophie et la dilatation du ventricule droit*;

4° Sur la *bande de matité reliant la clavicule gauche à la partie gauche de la matité cardiaque*, constatation très importante, mais, *rara avis*;

5° Sur la *bande d'ombre de même siège projetée sur l'écran radiographique*, document très précieux, mais, autre *rara avis*;

6° Sur l'*accentuation du second ton pulmonaire.*

7° Sur certaines *particularités du pouls*, intermittences, inégalités, surtout rythmées, sur la *bradycardie.*

Lorsque la persistance du canal artériel donne en clinique le tableau correspondant au type à souffle postérieur, souffle systolique en plein dos, le diagnostic s'éclaire au point de sembler permettre une affirmation nette au cours de l'examen.

On ne se laissera pas tromper par un souffle bronchique, ni par un souffle pleurétique. Rien que les seuls caractères acoustiques du son feraient déjà rejeter la possibilité de l'un d'eux. Le lien étroit entre l'instant de production du souffle et les temps de la respiration, l'absence du souffle dans l'apnée, rattachant un souffle à son origine bronchique ou broncho-pulmonaire, font défaut pour un souffle cardio-vasculaire.

Ce n'est donc pas de ce côté que pourrait venir une erreur, mais d'ailleurs. En effet, dans deux lésions cardiaques, orificielles, pour le moins, se peut entendre un souffle systolique dans la région dorsale, dans l'insuffisance mitrale, dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Même temps, même sensation auditive.

Quelques correctifs toutefois à cette ressemblance : pour le souffle de l'insuffisance mitrale, le siège, dans une région plus inférieure, plus vers la base pulmonaire; pour les deux souffles, celui de l'insuffisance mitrale et celui du rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'existence du souffle déjà en avant. Le souffle dorsal n'est qu'une propagation du souffle antérieur.

C'est constatation fréquente de mieux entendre le souffle mitral vers l'aisselle et dans le dos, c'est plus qu'un signe fréquent, c'en serait même un constant, d'après M. A. Moussous (1) de bien percevoir le souffle de rétrécissement pulmonaire à la région dorsale; mais entendre mieux ne veut pas dire n'entendre que là.

Or, le souffle systolique dorsal qui traduit la persistance du canal artériel ne se trouve que dans le dos, uniquement dans le dos, sans propagation aux régions antérieures du thorax, exception faite seulement au creux sus-claviculaire, c'est là une distinction capitale.

Mais en dehors des caractères bien particuliers du souffle systolique le diagnostic peut s'appuyer sur les modifications rythmées du pouls à l'inspiration et à l'expiration, sur l'accentuation du second temps de l'artère pulmonaire.

De cette discussion diagnostique il semble résulter une constatation : le diagnostic de la persistance du canal artériel du type à souffle antérieur ne ressort pas d'une façon assez évidente pour aller au delà d'une probabilité plus ou moins grande; tout au contraire, la netteté des signes cliniques dans le type à souffle postérieur permet une affirmation assez catégorique.

(1) A. Moussous. Art. MALADIES CONGÉNITALES DU CŒUR, *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher-Comby, t. III, p. 744.

ANALYSES

MÉDECINE

L'adénopathie trachéo-bronchique dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire chronique chez les enfants. (Ch. Leroux. Th. de Paris, 1908; Asselin et Houzeau, édit.) — M. Ch. Leroux expose, dans ce travail, les résultats de recherches cliniques faites au dispensaire Furtado-Heine; 500 enfants ont été examinés; et la radioscopie a été faite dans tous ces cas pour établir les rapports de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose pulmonaire chronique.

Il existe deux modes de début de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant : la tuberculose à début ganglionnaire qui, après des trèves plus ou moins longues, gagne le sommet du poumon; la tuberculose à début pulmonaire qui s'accompagne secondairement d'adénopathie; ces deux formes du début aboutissent toutes deux à la tuberculose ganglio-pulmonaire.

La tuberculose ganglionnaire s'observe chez les tout petits, depuis le nourrisson jusqu'aux enfants de huit à dix ans; la tuberculose pulmonaire présente son maximum de fréquence de douze à quinze ans; la tuberculose ganglio-pulmonaire tient le milieu.

La tuberculose ganglionnaire est donc souvent la première localisation clinique de la tuberculose infantile; c'est elle qu'il faut rechercher par l'examen clinique et radioscopique, chez les nourrissons et les jeunes enfants, par exemple dans les crèches et les Gouttes de lait. La valeur de l'examen radioscopique est très grande pour dépister les adénopathies trachéo-bronchiques, quelquefois avant les signes cliniques.

Pour ce qui est de la pathogénie, la clinique montre que l'infection des ganglions trachéo-bronchiques paraît suivre plusieurs voies; la voie de pénétration pulmonaire paraît la plus fréquente, mais la lésion pulmonaire disparaît (cliniquement) et l'adénopathie reste. Il est difficile d'admettre uniquement l'infection d'origine digestive, car la tuberculose des ganglions mésentériques et l'adéno-péritonite tuberculeuse sont très rares. Pour la tuberculose pulmonaire des grands enfants, M. Ch. Leroux admet une infection directe du poumon par les poussières bacillifères plutôt qu'une infection par voie intestinale, puis lymphatique ou sanguine. Mais, dit-il, « la clinique permet une supposition, non une solution ».

La fréquence des tuberculoses uniquement ganglionnaires chez les très jeunes enfants, le fait que l'adénopathie est le point de départ des tuberculoses pulmonaires et méningées, mais souvent à longue échéance, ces notions montrent la nécessité de dépister l'adénopathie trachéo-bronchique le plus tôt possible et de faire le nécessaire, au point de vue hygiénique et social, pour guérir la tuberculose dès sa première étape ganglionnaire. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Cancer de la prostate. (Hugh Hampton Young. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, pp. 1144-1233). — Pour le numéro jubilaire des *Annals of Surgery*, Young a écrit un long article sur le cancer de la prostate. C'est une étude clinique, anatomo-pathologique et post-opératoire basée sur 111 cas personnels.

L'âge correspond très exactement à celui où l'on observe l'hypertrophie : 69 p. 100 des malades avaient moins de soixante-dix ans, et 45 p. 100 étaient entre soixante et soixante-neuf ans. Dans une série de 145 hypertrophies bénignes, Young en a trouvé 46 p. 100 dans la même décade. Deux des malades cancéreux plus jeunes avaient quarante-cinq ans. Les inflammations antérieures, les excès sexuels, l'hérédité ne semblent jouer qu'un faible rôle. Dans plus de la moitié des cas, il n'y avait point d'hypertrophie coexistante, et quand cancer et hypertrophie se trouvaient réunis, il n'y avait apparemment aucun rapport entre l'un et l'autre.

Cliniquement le début est très analogue à celui de l'hypertrophie. Dans 76 cas, augmentation de fréquence des mictions, dans 48 cas, difficulté de la miction, dans 4 cas rétention complète, tels furent les symptômes de début. La douleur fut précoce dans 35 cas. L'hématurie, dit Young, est beaucoup plus rare que dans l'hypertrophie.

Les symptômes peuvent avoir existé pendant très longtemps avant que le malade vienne se plaindre. Dans 5 cas, ils remontaient à plus de dix ans, dans un à plus de vingt ans. A l'entrée à l'hôpital, 19 étaient en rétention complète et 22 en rétention incomplète : 28 cas pouvaient uriner, mais avec difficulté, et 11 sans trop de difficulté. Dans certains cas, malgré un cancer étendu, les fonctions sexuelles s'accomplissaient normalement. Dans 89 cas sur 109, les symptômes avaient duré plus d'un an; et dans 22, ils avaient duré plus de quatre ans.

Les ganglions ne furent trouvés que dans 20 p. 100 des cas. Anatomiquement les vésicules séminales sont les premiers organes envahis. La participation du rectum n'est point rare. La vessie, dit Young, et en cela, il est en opposition avec la plupart des auteurs, n'est que très rarement envahie et cela, à une période avancée.

Sur 39 cas à examen anatomique complet, il y avait 12 cancers primitifs, 16 où le cancer s'associait à l'hypertrophie, et dans 9 cas la prostate entière était cancéreuse. Les prostates sièges de cancers primitifs sont toutes petites. Quand l'hypertrophie existe en même temps que le cancer, les deux lésions sont distinctes et jamais Young n'a vu l'épithélioma adénoïde d'Albarran; il ne croit pas que la dégénérescence cancéreuse d'une hypertrophie soit l'explication de ces cas. Le lieu où le cancer débute le plus souvent est la couche glandulaire postérieure sous-capsulaire. Dans le cancer primitif, la tendance au squirrhe est la plus fréquente.

Au point de vue traitement, Young présente comme la conduite idéale l'extirpation radicale déjà décrite par lui il y a quatre ans. A remarquer cependant que, depuis quatre ans, il n'a pas eu l'occasion d'opérer de nouveaux cas par cette méthode. Un de ses six malades est en excellente santé après cinq ans. Il a fait pas mal de prostatectomies périnéales ordinaires pour des hypertrophies que l'on a trouvées associées au cancer à l'examen des pièces, et il a obtenu des résultats « fonctionnels » souvent parfaits. Il a fait aussi d'autres opérations de moindre importance : Bottini et drainage périnéal. Dans bien des cas, il s'est abstenu. Il croit qu'une opération palliative non radicale peut donner de très bons résultats.

En somme, Young abandonne un peu sa position ultra-radicale d'il y a quelques années. Au point de vue de la netteté des conclusions, c'est peut-être à regretter. Mais, au fond, c'est le parti le plus sage. F. GARDNER.

Iléus paralytique consécutif à une fracture des côtes. (J. E. Adams. *Ann. of. surg.*, vol. LI, n° 1, janvier 1910, p. 103-110.) — Deux cas sont relatés. Dans le premier, la laparotomie démontra qu'il n'y avait pas d'obstacle mécanique. On ne fit pas d'iléostomie, et le blessé mourut. Dans le second cas, on ponctionna d'abord l'intestin grêle au point le plus distendu, près de l'ombilic, à travers la paroi abdominale, avec une aiguille fine, ce qui amena un soulagement temporaire : puis les accidents reprenant, on fit sous anesthésie locale, au même point, une petite boutonnière à l'intestin grêle, on introduisit une sonde de Pezzer, qu'on laissa en place quelques jours. Guérison. La petite fistule fécale se ferma spontanément.

Probablement, il faut expliquer ces cas par l'irritation du grand splanchnique. On sait qu'un coup sur l'intestin peut le paralyser. Dans un des cas, il y avait eu une chute de six mètres de hauteur. Il ne faut pas hésiter à pratiquer l'iléos-

tomie dans ces cas, même si l'on a, avec raison, peur d'une fistule haut située sur l'intestin grêle, car il n'y a pas d'autre mesure de salut possible.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude des pigments. (R. HORAND. Th. de Lyon, 1908; Rey, édit.) — Etude très complète des pigments de l'organisme, d'après les travaux des auteurs et les recherches personnelles de M. Horand. Il étudie la morphologie (ordinairement granulaire), les caractères, la formation des trois pigments de l'économie : pigment ocre ou rubigène dérivant de l'hémoglobine du sang, pigment noir ou mélanine qui serait d'origine épidermique, pigments clairs ou lipochromes d'origine obscure. Ils se forment dans l'organisme, certains, par une action zymasique; leur formation est influencée par divers agents; les uns, extérieurs, lumière, température, humidité, rayons X; d'autres internes, telles les fonctions d'excrétion. Ils sont détruits par les leucocytes, les reins, le foie, la rate, les capsules surrénales, les cellules fixes. L'hérédité des pigments, leur conservation, leur rôle dans la conservation de l'organisme, sont enfin étudiés.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

La Période post-opératoire (soins, suites, accidents) (1), par le docteur Salva MERCADÉ.

Cet ouvrage comble une lacune importante dans la littérature médicale, du moins de langue française, et a sa place marquée dans la bibliothèque de tout praticien soucieux de soulager et guérir ses malades.

L'ouvrage se divise naturellement en deux parties. La première nous donne d'une façon concise mais complète les soins généraux indispensables à tous les opérés : suites habituelles et soins à donner, accidents post-anesthésiques, intoxications par les médicaments, accidents locaux ou généraux.

La seconde partie, beaucoup plus étendue, passe en revue toutes les régions, et nous donne pour chaque intervention d'abord les soins consécutifs à observer, ensuite les complications qui peuvent survenir, et, s'il y a lieu, les résultats éloignés et la mortalité.

Conçu dans un esprit exclusivement pratique, il ne contient de vues historiques que ce qui est indispensable à faire comprendre le pourquoi de la conduite à tenir. Enfin comme le dit M. Lannelongue dans la préface, « clair et bien écrit, il sera d'autant plus utile qu'il est fait sans parti pris ».

M. LANCE.

Guide clinique et thérapeutique du praticien (2), par le docteur M. PALASNE DE CHAMPEAUX, médecin de première classe de la marine, ex-chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

Le but que s'est proposé l'auteur « est d'être utile au médecin qui exerce loin des laboratoires, des bibliothèques, qui a besoin de se rafraîchir rapidement la mémoire sans être obligé de consulter de grands ouvrages, des dictionnaires ».

Pour cela, M. Palasne de Champeaux a classé par ordre alphabétique les maladies les plus fréquemment observées dans la clientèle, en laissant de côté celles dont le traitement est à l'heure actuelle nul ou presque nul.

Après une étude rapide des principaux symptômes, de l'étiologie et du diagnostic, la partie consacrée au traitement comprend les moyens hygiéniques, l'alimentation, le traitement général et parfois thermal.

(1) In-8 de 555 p., avec 82 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson.
(2) In-8 de 334 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La thérapeutique est traitée de façon simple, sans inutile surcharge de formules, et les doses prescrites sont conformes au nouveau Codex.

On peut dire de ce livre, et c'est un bel éloge à lui adresser, qu'il remplit exactement le but que l'auteur s'est proposé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'Hérédité normale et pathologique (1), par Ch. DEBIERRE, professeur d'anatomie à l'Université de Lille.

Dans cette monographie qui comporte 50 pages très intéressantes, l'auteur se pose d'abord la question de ce qu'il faut entendre *par hérédité*, puis il envisage les divers modes de l'hérédité, tout d'abord l'*hérédité physiologique* sous sa triple forme, individuelle, familiale, ancestrale ou hérédité de races; à ces caractères s'ajoutent ceux qui sont déterminés par l'influence et le psychisme; puis l'*hérédité pathologique* qui peut à son tour se montrer sous plusieurs formes, l'hérédité des malformations, ou hérédité tératologique, l'hérédité nerveuse, l'hérédité des diathèses, des néoplasmes, des intoxications et des infections; à cette dernière se rattache la question de l'*immunité*.

Reste à élucider la base physique de l'hérédité, c'est-à-dire à exposer les diverses *théories de l'hérédité*. Après avoir énuméré et discuté toutes ces théories en un chapitre très documenté et fort intéressant, l'auteur adopte cette conclusion : « Si pour finir nous allons au fond même du phénomène, nous pouvons dire qu'on peut ramener l'hérédité au phénomène biologique de l'*habitude* puisque l'habitude n'est qu'un mouvement qui a une grande tendance à se reproduire comme de son côté l'*hérédité* n'est que la *mémoire de l'espèce* ».

L. BABONNEIX.

Examen et séméiotique du foie et du pancréas (2), par le docteur L. PRON.

Le diagnostic des maladies du foie, et plus encore celui des maladies du pancréas, est considéré, à juste titre, parmi les plus difficiles de la pathologie médicale. La plupart des symptômes, par exemple pour les maladies du foie, sont communs à plusieurs affections hépatiques; il en est ainsi pour les symptômes atrophie du foie, ictère, ascite. Dans ces conditions, il est utile d'avoir toujours une connaissance très complète de la valeur séméiologique de ces divers symptômes; et cette valeur ne peut guère être exposée que sous forme de schéma, celui-ci ayant toutefois en même temps que l'utilité les inconvénients du schéma; le schéma a quelque chose de géométrique qui s'accorde assez mal avec la clinique médicale. M. Pron a su éviter cet écueil en ajoutant à la séméiologie du foie et du pancréas présentée sous cette forme de bonnes pages sur la physiologie, la pathologie générale et l'examen du foie et du pancréas; deux chapitres sur la symptomatologie résumée du foie et sur celle du pancréas donnent aussi une vue d'ensemble exacte sur les affections de ces organes.

M. BRELET.

Précis d'histologie (3), par A. BRANCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

La deuxième édition de ce livre s'est enrichie d'environ 100 pages et 90 figures. L'étudiant y trouvera, sous la même forme succincte que précédemment, le résumé des principales acquisitions de l'histologie depuis la dernière édition.

L. ALQUIER.

(1) Monographies cliniques, n° 58. — Paris, Masson.
(2) In-12. — Paris, J. Rousset.
(3) 1 vol. de la bibliothèque Gilbert-Fournier, 750 p., 390 fig. — Paris, Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies, étude historique, clinique et diagnostique. Considérations médico-légales, par le docteur Maurice BRISSOT, ancien interne des asiles de la Seine. In-8 raisin de 256 p., avec 9 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — M. Monthus, ne pouvant être membre du jury pour cause de parenté avec un candidat, est remplacé par M. P. Camus qui vient d'envoyer son acceptation.

Le jury se trouve ainsi définitivement constitué par MM. Camus, Coyon, Decloux, Weil, Chifoliau, Lardennois, Descomps et Jeannin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à cinq places d'internes en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 10 novembre 1910. Les épreuves commenceront à quatre heures et demie, à l'hospice général, salle des séances.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 25 octobre au plus tard.

GUERRE. — Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle du 9 septembre 1910 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Gary, passe à l'hôpit. milit. de Bourges; Campos-Hugueney, au 107e d'inf.; Deumier, au 143e d'inf.; Tardos, au 11e d'inf.; Malaval, au 15e d'inf.; Maffre, au 38e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Colomb, passe au 21e d'art.; Huber, au 84e d'inf.; Lefebvre, au 124e d'inf.; Dehoey, au 59e d'art.; Bierer, au 134e d'inf.; Dauthuile, au 12e d'art.; Marchetti, à la direction du service de santé du 9e corps d'armée.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Guionie, passe à l'hôpit. milit. d'Oran; Rémy, au 12e cuiras.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Grenot, passe au 27e d'inf.; Xémard, au 146e d'inf.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — A l'occasion de la visite du sous-secrétaire d'Etat de la marine à l'hôpital maritime de Brest et au sanatorium de Tréberon, la médaille d'honneur des épidémies (médaille d'argent) a été décernée à M. le médecin de première classe Hutin, du port de Brest.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marc Dutauzin (de Belin), et de MM. Martin de Laulerie et Barral, externes des hôpitaux de Lyon.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (M. Dieulafoy, professeur). — *Cours de technique clinique et application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique.* — Un cours de vacances, commençant le 19 septembre 1910, et comprenant 26 leçons, aura lieu à l'amphithéâtre et au laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur Dieulafoy, le matin à dix heures et l'après-midi à deux heures. Les élèves seront exercés individuellement aux travaux de laboratoire.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Le Play et Doury, chefs de clinique; Nathan et Sézary, chefs de laboratoire; Bonnier, Déhu et Lacaille, assistants.

Programme du cours. — *Lundi 19 septembre.* — Matin : M. Le Play. Examen du sang : anémies, polyglobulies. Leucocytoses et leucémies. Résistance globulaire. — Soir : M. Le Play. Opsonines. Le pouvoir opsonique du sérum et la recherche de l'indice opsonique, application à la clinique. Cytodiagnostic.

Mardi 20 septembre. — Matin : M. M. Nathan. Analyse bactériologique du pus, recherche du gonocoque, du pneumocoque, du bacille du chancre mou. Coloration des microbes; réaction de Gram. — Soir : M. Le Play. Technique de l'examen bactériologique du sang; culture du sang.

Mercredi 21 septembre. — Matin : M. Doury. Diagnostic clinique de la tuberculose pulmonaire au début. Indications thérapeutiques. — Soir : M. Doury. Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire : recherche du bacille de Koch dans les crachats et les liquides pathologiques; inoculation aux animaux. Les tuberculines; les tuberculino-réactions.

Jeudi 22 septembre. — Matin : M. M. Nathan. Diagnostic des méningites. Bactériologie de la méningite cérébro-spinale épidémique. Sérothérapie méningococcique. Ponction lombaire : technique et valeur sémiologique. — Soir : M. Sézary. Le tréponème de la syphilis ; recherche dans les exsudats et dans les coupes histologiques; examen ultra-microscopique; imprégnation argentique; inoculation aux animaux. Diagnostic des spirochètes saprophytes et pathogènes.

Vendredi 23 septembre. — Matin : M. Le Play. Etude bac-

tériologique des angines: diagnostic de l'angine diphtérique. La sérothérapie antidiphtérique. — Soir : M. Sézary. Microbes anaérobies pathogènes; isolement, culture. Etude des principales mycoses; actinomycose, sporotrichose, etc.

Samedi 24 septembre. — Matin : M. Le Play. Sémiologie clinique du foie et du pancréas; les ictères, les pancréatites. Insuffisance hépatique et insuffisance pancréatique. — Soir : M. M. Nathan. Syndromes surrénaux thyroïdiens, hypophysaires et polyglandulaires. Principes d'opothérapie. Glycosuries et diabète.

Lundi 26 septembre.— Matin : M. Doury. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. Séro-diagnostic : réaction d'agglutination. — Soir : M. Doury. Examen clinique du cœur et des vaisseaux, pression artérielle, application au diagnostic des diverses cardiopathies. L'asystolie et son traitement.

Mardi 27 septembre. — Matin : M. Sézary. Sémiologie du système nerveux : hémiplégie, hémianesthésie, aphasie, épilepsie, tumeurs cérébrales. Indications thérapeutiques. — Soir : M. M. Nathan. Examen clinique des urines; exploration rénale : urémie. Indications de la saignée; déchloruration.

Mercredi 28 septembre. — Matin : M. Doury. Sémiologie clinique de l'estomac, chimisme gastrique; étude de la sécrétion à l'état normal et à l'état pathologique. Etude de la motricité gastrique. — Soir : M. M. Nathan. Sémiologie clinique de l'intestin. Examen des fèces. Technique. Valeur des méthodes coprologiques dans l'estimation des fonctions gastrique, duonénale, intestinale, pancréatique et hépatique.

Jeudi 29 septembre. — Matin : M. Sézary. Sémiologie du système nerveux (suite). Les paraplégies. Troubles de l'équilibre : ataxies, tabes, syndrome cérébelleux. Les atrophies musculaires. Syndromes radiculaires et radiculites. — Soir : M. Sézary. Séro-diagnostic : déviation du complément (méthode de Bordet-Gengou) dans le diagnostic des maladies infectieuses. Diagnostic de la syphilis et réaction de Wassermann; méthodes simplifiées. Diagnostic des kystes hydatiques par la méthode de Weinberg.

Vendredi 30 septembre. — Matin : M. Déhu. Traitement de la syphilis, la médication mercurielle. — Soir : M. Déhu. Recherche des stigmates de la syphilis acquise et héréditaire.

Samedi 1er octobre. — Matin : M. Lacaille. Méthodes d'exploration des réactions électriques, leur application au diagnostic et au traitement. Réaction de dégénérescence. — Soir : M. Lacaille. Méthodes d'exploration radioscopique et radiographique : thorax, tube digestif.

Lundi 3 octobre. — Matin : M. Bonnier. Technique de l'examen du nez, du pharynx et du larynx. — Soir : M. Bonnier. Technique de l'examen de l'oreille. Vertige.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (Juillet 1910.) ROSENTHAL : Bases cliniques de la bactériothérapie par les ferments lactiques; son avenir médico-chirurgical. — AUDIBERT : Sa pathogénie du processus éberthien.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 2 juin 1910.) PAYR : Diagnostic et traitement des fractures du crâne. — FUNCK : Sur la transthermie et le traitement par les vagues d'éther. — DAGRADI : Sur l'évolution de la tuberculose du larynx au cours de la tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel. — HOFFMANN : Transmission avec succès des spirochètes de la syphilis au cobaye. — TOMACZEWSKI : Sur une méthode simple de provoquer l'accident primitif chez le lapin. — BODDAËRT : Sur le changement des propriétés agglutinatives du bacille paratyphique B. — SCHLOSS : L'importance des sels minéraux dans la pathogénie et le traitement des œdèmes. — BENEZUR : La vraie signification de la tension sanguine maxima. — SIEBKE : Contribution à la question du diabète rénal. — FIKLER : Démence atropinique chez un asthmatique. — REHFISCH : Les bases expérimentales de l'électrocardiogramme. — FRANKENSTEIN : Sur la laparotomie dans la rétroflexion fixée de l'utérus gravide. — COHN : Sur la localisation des corps étrangers. — (N° 23, 9 juin.) PAYR : Diagnostic et traitement des fractures du crâne. — MÜHSAM : Sur l'opération de l'ulcère perforant de l'estomac. — SCHUMBURG : Nouvelles expériences sur la désinfection des mains à l'alcool sans savonnage antérieur. — HUBER : Sur le traitement des anémies graves par les injections de sang. — BENINDE : Sur la question du traitement par la tuberculine. — IBRAHIM : Traitement des bronchopneumonies graves de la première enfance. — HART : Nature et signification de la rigidité des muscles comme signe de la tuberculose du sommet des poumons. — RUNEBERG : La palpation légère de Pottenger. — MEYER : Les propriétés acquises peuvent-elles devenir héréditaires? — (N° 24, 16 juin.) ARNSPERGER : Traitement des diathèses hémorragiques. — RABINOWITCH : Sur la présence de bacilles de Koch dans le sang circulant et l'importance pratique de ce phénomène. — — STERN : Sur le perfectionnement de la réaction de Wassermann. — OELHECKER : Rupture pathologique intrapéritonéale de la vessie. — LUTZ : Sur quelques nouveaux cas d'étérochromie de l'iris. — KUTSCHER : Sur la question de la stérilité des tablettes de novocaïne suprarénine. — SCHENCK : Sur l'action stérilisante de la choline. — CANON : Appendicite compliquée de phlegmons de la paroi abdominale. — ENGELMANN : Traitement du melæna néonatorum par la gélatine. — LEUWER : Amélioration de la seringue à injection. — SCHMIDT : La réaction précoce radio-thérapeutique. — BAUER : Sur une nouvelle ampoule. — (N° 25, 23 juin.) LANG : Le traitement chirurgical du lupus. — ZINSSER : Le traitement du lupus d'après Finsen. — WICHMANN : Le traitement du lupus par le radium. — GOTTCHALK : Le traitement du lupus par les autres méthodes. — KÜMMEL : Comment abaissons-nous la mortalité de l'appendicite et prévenons-nous les abcès et les péritonites. — HEINEMANN : Sur l'ulcère perforant de l'estomac. — MILNER : Les pseudo-carcinomes inflammatoires de l'appendice. — WIDERÖE : Sur les dimensions du cœur dans différentes affections. — GRAUL : Coïncidence du diabète et de la constitution atonique. — GUTMANN : Symptômes oculaires dans les maladies du sinus frontal et des cellules ethmoïdales. — HAMM : L'alypine comme anesthésique local en petite chirurgie. — (N° 26, 30 juin.) Joh. BIBERFELD : Nouveaux médicaments. — NEISSER : Sur le nouveau médicament d'Ehrlich. — SLEESWIJK : Le séro-diagnostic de la syphilis d'après Noguchi. — ASCOLI : Sérums anallergiques. — SCHERESCHEWSKY : Tentatives de vaccination dans le typhus récurrent. — SCHAUMANN : Quel rôle joue le facteur constitutionnel dans la pathogénie de l'anémie bothriocéphalique. — MENDEL : Emploi intraveineux de la tuberculine. — KÜMMEL : Comment abaisser la mortalité par appendicite et se garder des abcès et des péritonites? — HOFFMANN : Les causes de la contracture de la paroi abdominale. — KAFEMANN : Sur un important mode d'emploi de l'électrolyse des voies aériennes supérieures. — SCHEMEL : Un cas de paralysie du nerf musculo-cutané. — ELSCHNIG : Bouillon-sérum conservable pour la culture du streptocoque.

(*Voir la suite, p. 1438.*)

SUR QUELQUES CAS D'OBÉSITÉ INFANTILE

PAR MM.

L. BABONNEIX et G. PAISSEAU

Ancien chef de clinique — Chef de clinique
des maladies infantiles à la Faculté de médecine.

(Travail du service du professeur Hutinel.)

Il y a quelques mois, dans ce même journal (1), notre excellent maître et ami, M. P.-E. Launois, publiait un article dans lequel il se proposait de montrer « comment les lésions de la glande pituitaire, s'associant à des troubles évolutifs, pathologiques ou fonctionnels de l'appareil génital, sont susceptibles d'agir d'une façon élective sur les cellules conjonctives, en provoquant et en exagérant leur surcharge graisseuse ». Ce *syndrome hypophysaire adiposo-génital* se caractérise essentiellement par l'association de trois éléments : l'adiposité généralisée, aussi bien superficielle que profonde, la dystrophie génitale, dont les caractères varient naturellement avec l'âge, les symptômes de tumeur hypophysaire. Il n'a pas été observé seulement chez l'adulte; MM. Launois et Cléret rappellent en effet que Fröhlich a rassemblé les divers cas de syndrome hypophysaire adiposo-génital constatés chez des enfants et rédigé, sur ce sujet, un mémoire des plus intéressants (2). Ces auteurs rapportent eux-mêmes un certain nombre de cas de ce genre, parmi lesquels celui de Madelung (3) qui mérite d'autant plus d'être cité qu'il semble avoir toute la valeur d'une véritable expérience : il concerne, en effet, une petite fille de six ans, qui, jusqu'en janvier 1901, n'avait jamais été sérieusement malade et ne manifestait aucune tendance à l'obésité. Le 1er janvier 1901, elle reçoit dans la tête une balle de carabine Flobert et tombe sans connaissance. Ultérieurement, elle présenta des troubles psychiques et oculaires, et, surtout, elle se mit à engraisser d'une façon démesurée. A neuf ans, elle mesurait 1m24 et pesait 42 kilogrammes. L'exploration à l'aide des rayons X montra que le projectile était logé dans la selle turcique et avait, par suite, intéressé soit l'hypophyse, soit le pédicule qui la relie au cerveau.



Fig. 1.



Fif. 2.

M. le professeur Hutinel a consacré une étude à l'obésité chez l'enfant et recherché ses rapports avec le fonctionnement des glandes vasculaires sanguines et de l'hypophyse (1). Nous avons nous-mêmes, dans son service, eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas correspondant à la description de MM. Launois et Cléret. En voici quelques-uns, choisis parmi les plus typiques.

Observation I. — Hu... Olivier, âgé de quatorze ans, entre le 7 mars 1910, salle Bouchut. On relève dans les antécédents de l'enfant un tabes paternel; son développement a été normal pendant le premier âge, mais il a toujours été faible et a fait à plusieurs reprises des accidents respiratoires, qualifiés de congestion pulmonaire; la convalescence a été chaque fois longue et traînante; depuis, il tousse facilement.

Actuellement, l'état général est bon, l'appétit est normal, le tube digestif fonctionne d'une façon satisfaisante; l'auscultation montre seulement un peu d'inégalité respiratoire dans la région du hile pulmonaire; l'appareil circulatoire est également normal, il existe néanmoins quelques troubles de la circulation périphérique, les pieds et les mains sont en effet constamment froids et cyanosés.

Le système nerveux est, par contre, au point de vue psychique, profondément touché. En ce qui concerne l'intelligence, il existe un déficit considérable, le sujet comprend à peu près ce qu'on lui dit, mais la parole est hésitante, lente et difficile,

(1) P.-E. Launois et Cléret. Le syndrome hypophysaire adiposo-génital, *Gaz. des hôpit.*, nos 5 et 7, 1910.

(2) Fröhlich. Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie, *Wien. klin. Runds.*, 23 et 30 nov. 1901.

(3) Madelung. Verletzungen der Hypophysis, *Arch. f. klin. Chir.*, 1904, p. 1067.

(1) Hutinel. L'obésité chez l'enfant, *La Clinique*, mars 1910.

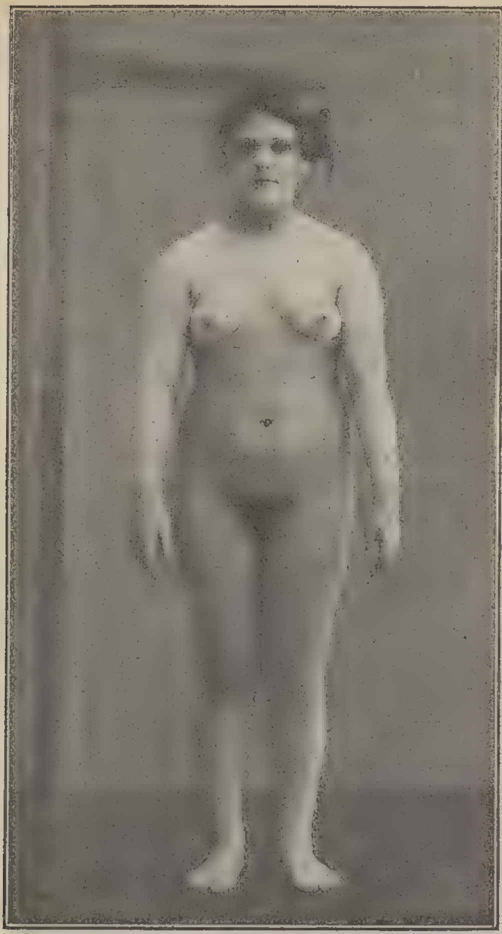


Fig. 3.

et il ne répond guère que par monosyllabes; cependant il lit et écrit assez convenablement, mais sa maladresse est très grande. Son facies est d'ailleurs inintelligent, sans expression; les yeux fixes, il semble à peine s'intéresser à ce qui se passe autour de lui; des stigmates de dégénérescence complètent cette physionomie stupide : le front est étroit, bas et fuyant, les lobes de l'oreille sont adhérents, les dents ne présentent pas de déformations mais sont irrégulièrement implantées, la voûte palatine est très ogivale, les téguments empâtés et bouffis (fig. 1 et 2). Cet empâtement se retrouve au niveau de l'abdomen et du tronc où le tissu adipeux est très abondant, les téguments sont flasques et mous, les seins volumineux. L'obésité est partielle, ce qui explique que le poids ($53^{k}510$) n'est pas très augmenté par rapport à la taille de l'enfant qui est de $1^{m}37$, notablement inférieure, par conséquent, à la moyenne de son âge ($1^{m}53$).

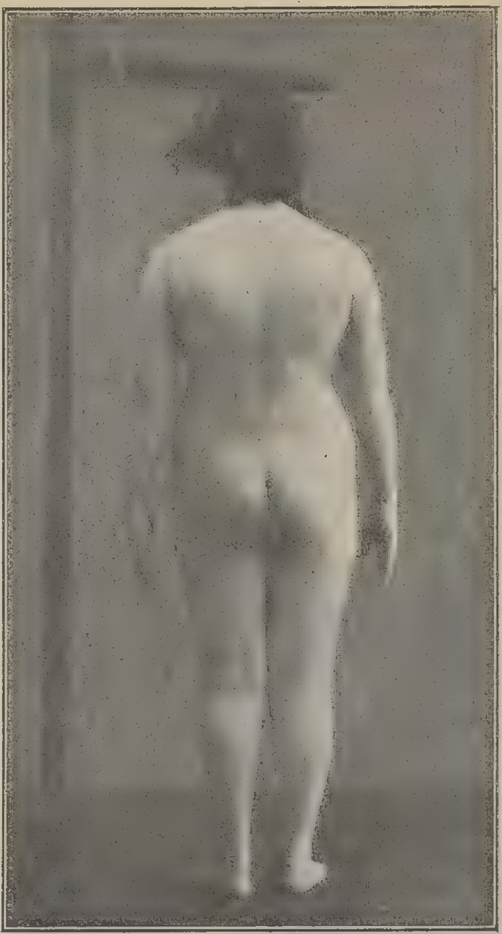


Fig. 4.

Le retard du développement physique est surtout marqué en ce qui concerne les organes génitaux : la verge est restée petite, le scrotum est à peine développé et on n'y sent pas les glandes génitales que l'on retrouve à l'orifice externe du canal inguinal; il est possible de les faire descendre dans les bourses, mais leur atrophie est très accusée, les testicules sont petits, durs, et la sensibilité exquise de l'organe est presque complètement émoussée.

Il existe de l'incontinence diurne et nocturne des urines, mais l'examen ne révèle pas de troubles nerveux plus accusés; la motilité, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux, il n'y a pas de trépidation épileptoïde, ni de troubles de la sensibilité; le réflexe des orteils se fait en flexion.

L'examen électrique, pratiqué par M. Larat, montre cependant une hyperexcitabilité légère au courant galvanique pour les membres supérieurs, très marquée au courant faradique pour les membres supérieurs, encore assez nette pour les inférieurs. Ce trouble de l'excitabilité électrique est comparable à ce qu'on observe dans l'hypothyroïdie. A la radiographie, la selle turcique paraît augmentée de volume.

L'insuffisance de développement



Fig. 5.

intellectuel ne remonterait pas, au dire des parents, à une époque très éloignée : leur enfant se serait développé normalement jusqu'à l'âge de onze ans et demi, il était alors intelligent, parlait et comprenait comme un enfant de son âge; tous les accidents auraient débuté à la suite d'une morsure de chien dont il porte la cicatrice très visible au niveau de la lèvre inférieure. Quelle que soit la valeur de cette interprétation, le fait que le sujet a été capable d'acquérir un certain degré d'instruction, qui paraît au-dessus de ses moyens actuels, apporte un certain appoint à l'hypothèse d'un début tardif des troubles intellectuels.

Dans ce cas, nous constatons l'obésité et la dystrophie génitale, et nous pouvons supposer la lésion hypophysaire, que l'intensité des troubles intellectuels rend des plus vraisemblables.

Obs. II (communiquée par le docteur Darré). — Cou... Marguerite, âgée de treize ans, entre à l'hôpital le 3 janvier 1910 pour chorée succédant à une poussée de rhumatisme articulaire, survenue un mois auparavant et actuellement disparue. La

chorée, assez intense, ne présente aucune particularité et ne s'accompagne pas de lésions cardiaques. Sa durée, prolongée par une reprise, est de deux mois; à cette époque la guérison paraît complète.

L'embonpoint de la malade est excessif (fig. 3, 4 et 5); pour une taille de 1^m46, le poids est en effet de 56^k600 le jour de l'entrée à l'hôpital; il tombe à 55 kilogrammes pendant le cours de la maladie, mais il remonte à 57 au moment de la sortie.

Les seins ont un volume énorme, l'appareil génital paraît complètement développé, le système pileux en particulier est celui d'une adulte; la malade est réglée depuis quatre mois.

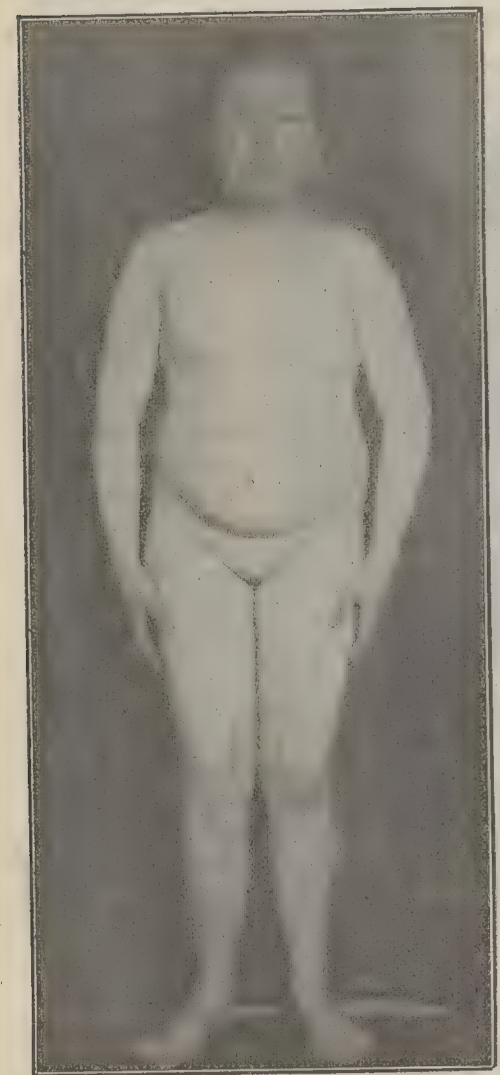


Fig. 6.

Le début de cette obésité paraît très précoce; c'est en effet consécutivement à une scarlatine survenue à l'âge de deux ans et demi qu'elle a commencé à se manifester et ses progrès ont été continus. La radiographie, pratiquée par M. Infroit, décèle une notable augmentation de la selle turcique.

La santé est restée excellente, on ne constate aucun symptôme nerveux anormal, l'intelligence s'est développée d'une façon satisfaisante. On relève peu de choses dans les antécédents personnels de l'enfant; elle a eu la rougeole et la scarlatine, sans complications. Les parents, actuellement, sont en bonne santé; cependant, la mère était obèse pendant son enfance, mais depuis, elle a maigri, et son embonpoint actuel n'est pas excessif. Par contre, les deux frères de la malade, âgés de dix-sept et de quatorze ans, quoique bien portants, sont également très gros, leur obésité serait comparable à celle de leur sœur.



Fig. 7.

Ce cas est assez comparable au précédent. Il n'en diffère que par le caractère familial de l'obésité et par la possibilité, pour celle-ci, de s'être développée à la suite d'une maladie infectieuse, comme si l'infection avait déterminé des lésions hypophysaires susceptibles de troubler les fonctions adipogéniques. Si cette hypothèse se confirmait, elle permettrait de rapprocher l'obésité, syndrome d'insuffisance hypophysaire, des phénomènes si bien décrits par M. Sergent et que tous les auteurs, à sa suite, rattachent aujourd'hui à l'insuffisance surrénale.

Obs. III. — Fon... Noëlie, âgée de neuf ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 24 mai 1909, salle Parrot. Elle ne présente dans ses antécédents héréditaires aucune particularité notable, la mère cependant est sujette aux bronchites. Les antécédents personnels ne sont pas plus significatifs; le développement s'est effectué très normalement; à huit ans et demi, elle a fait une diphtérie et, trois mois après, une rougeole, l'une et l'autre sans gravité particulière.

C'est il y a deux ans environ, à la suite de troubles digestifs, que l'enfant a commencé à présenter quelques modifications de la marche : l'équilibre est devenu incertain, elle fléchissait sur ses jambes; depuis cette époque, les troubles de la marche se sont progressivement accentués.

Actuellement, l'état général est resté très satisfaisant; l'appétit est conservé, l'enfant est bien constituée, mais elle est nettement une obèse : le pannicule adipeux est très développé au niveau des membres, mais surtout de l'abdomen et du tronc, les seins sont volumineux, le poids est de 36^k400, très supérieur à la moyenne (23^k900 d'après Variot et Chaumet).

Cependant l'inspection révèle quelques particularités : une voûte palatine ogivale et surtout un crâne très volumineux avec un front olympien (50 centimètres de tour de tête).

Mais ce sont les troubles moteurs qui dominent le tableau morbide : la station debout est maintenant presque impossible, la malade est incapable de marcher; l'impotence n'est cependant pas absolue, car elle peut se tenir debout à condition de prendre un point d'appui, la diminution de la force musculaire ne semble pas porter également sur les deux membres, la jambe gauche résiste en effet beaucoup moins que la droite aux mouvements provoqués, la diminution porte d'une façon prédominante sur les muscles extenseurs; les quelques pas que l'on peut faire faire à l'enfant montrent nettement une démarche spasmodique; les réflexes rotuliens sont exagérés, il n'y a pas de trépidation épileptoïde, mais le réflexe des orteils se fait en extension des deux côtés.

Du côté de l'appareil urinaire, on note un trouble du sphinc-

ter vésical qui se manifeste par des faux besoins d'uriner et de l'enurésie nocturne intermittente.

Les membres supérieurs ne sont pas indemnes : en même temps qu'apparaissaient les troubles de la démarche, l'enfant devenait de plus en plus maladroite, et actuellement, il existe un tremblement intentionnel des plus nets prédominant du côté droit.

La face est enfin légèrement asymétrique, la langue est déviée du côté droit.

Il n'existe pas de troubles de la motilité extrinsèque de l'œil; le fond d'œil, examiné par M. Terrien, est normal des deux côtés, mais le signe d'Argyll-Robertson est très net.

L'enfant paraît d'une intelligence moyenne; cependant la mémoire aurait notablement diminué et actuellement la lecture est devenue plus difficile. La selle turcique, à la radioscopie, semble agrandie.

Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif, ne présentent aucun symptôme anormal.

La ponction lombaire, pratiquée à deux reprises, donne un liquide clair, hypertendu, mais ne contenant ni albumine ni éléments en proportion anormale.

Ici, il n'y a pas seulement, comme dans les observations précédentes, des symptômes d'obésité et de dystrophie génitale. Il y a, de plus, des phénomènes qui permettent de penser à une tumeur cérébrale : démarche spasmodique, troubles paralytiques dans le domaine des membres supérieurs et de la face, troubles intellectuels, hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Obs. IV. — Cam... Geneviève, âgée de douze ans et demi, est conduite à l'hôpital le 22 novembre 1909.

La malade est surtout une obèse (fig. 6 et 7) : son poids est de 41k600 pour une taille de 1m38; le crâne n'est pas volumineux et il n'existe aucun symptôme nerveux, l'enfant est seulement émotive et son intelligence peut-être un peu inférieure à la normale; l'appareil génital n'est pas particulièrement développé et le volume du crâne n'a rien d'excessif. La radiographie décèle un agrandisssement de la selle turcique (fig. 8). Les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant ne présentent aucune particularité qui mérite d'être retenue, elle a guéri sans complications graves d'un certain nombre de maladies infantiles : rougeole, coqueluche, scarlatine, diphtérie, cette dernière ayant laissé après elle une otite suppurée qui a duré trois ans. C'est depuis un an environ que l'obésité a pris des proportions exagérées, et elle a été à ce moment conduite à l'hôpital pour cet embonpoint excessif; depuis cette époque, la malade aurait plutôt maigri, mais, lorsqu'elle revient se faire examiner au bout d'un mois, elle a pris pendant ce court espace de temps 2 kilogrammes et demi de poids.

L'état général est toujours bon, l'appétit est très grand.

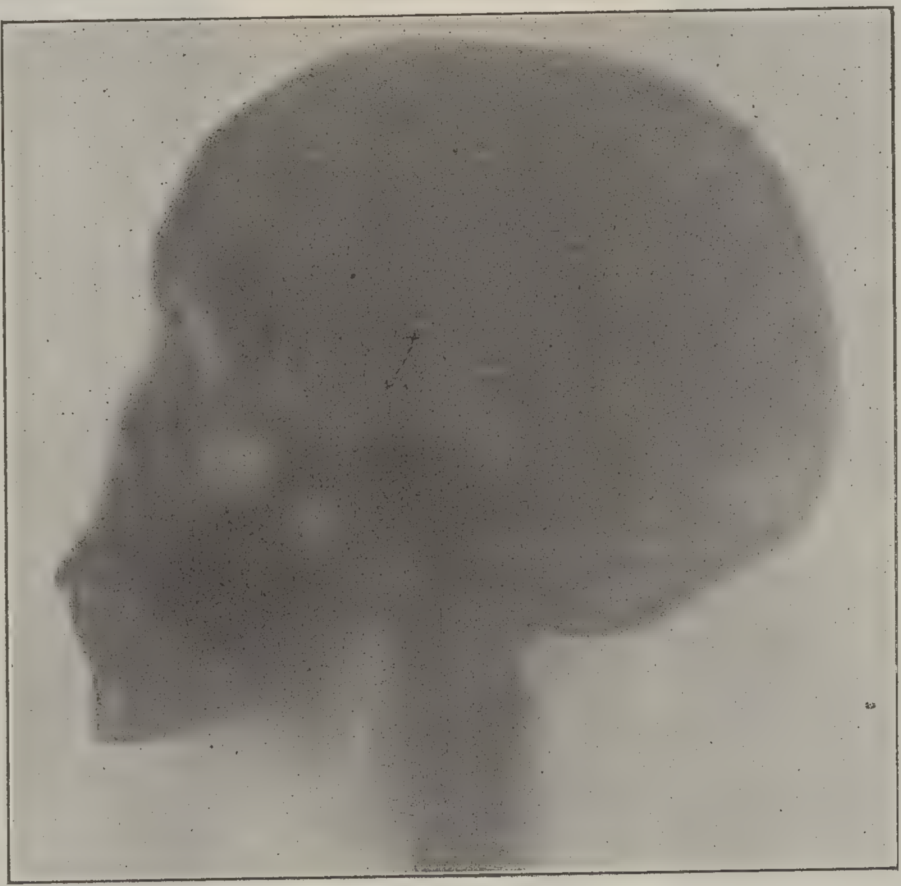


Fig. 8.

Dans cette observation, moins complète, et, par suite, moins démonstrative que les précédentes, ce qui domine, c'est l'obésité. Les troubles de dystrophie génitale et les phénomènes fonctionnels qui pourraient faire penser à une lésion hypophysaire sont réduits au minimum. Il en est de même dans les cas suivants.

Obs. V. — Bu... Joseph, âgé de treize ans, entre à l'hôpital le 13 décembre 1909 pour des troubles digestifs accompagnés de phénomènes douloureux dans le flanc droit. L'état général de l'enfant paraît très bon, on ne trouve plus aucune trace des troubles digestifs qu'il aurait présentés; il n'y a rien d'anormal du côté des poumons et de l'appareil circulatoire.

Il n'existe pas de troubles du système nerveux; la motilité, la sensibilité, les réflexes sont normaux, le développement des organes génitaux est plutôt insuffisant, les testicules sont petits et le système pileux n'est pas encore développé. L'intelligence est nettement inférieure à la normale. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, et l'épreuve de la glycosurie alimentaire reste négative.

Obs. VI. — Ro... Suzanne, âgée de douze ans, entre à l'hôpital, salle Parrot, le 7 juillet 1909, pour des douleurs siégeant au niveau du gros orteil.

Aucune particularité n'est à relever dans ses antécédents héréditaires et personnels; elle a eu une première menstruation il y a trois mois, mais les règles n'ont pas reparu depuis.

L'hiver dernier, l'enfant a été soignée pendant quatre à cinq mois pour des douleurs articulaires siégeant au niveau du gros orteil gauche. Cette arthrite, qui s'est accompagnée de tuméfaction et de rougeur, a provoqué l'apparition de troubles trophiques : le mollet de ce côté est en effet sensiblement diminué de volume par rapport à celui du côté opposé. Il en est résulté quelques troubles de la démarche, il y a une légère claudication, la jambe de ce côté est nettement en genu valgum; on constate en outre l'existence de quelques troubles

vaso-moteurs périphériques : les pieds sont froids et douloureux. Il n'existe aucun trouble du côté des réflexes et de la sensibilité. L'état général est bon, l'enfant a un gros appétit. Mais elle est surtout manifestement obèse : son poids est de 62k650 pour une taille de 1m54, également supérieure à la normale ; les organes génitaux ne sont pas particulièrement développés. Le crâne paraît également augmenté dans ses dimensions : 56 centimètres de tour de tête, 34 centimètres et demi d'une apophyse zygomatique à l'autre. La selle turcique est augmentée. Il n'y a pas de troubles fonctionnels, pas de céphalée, l'intelligence est normale, le fond d'œil examiné par M. Terrien ne présente aucune anomalie. Le traitement par l'extrait hypophysaire ne donne aucun résultat appréciable.

La sœur de la malade a une tendance à l'obésité, bien qu'à un degré beaucoup moindre ; le volume de son crâne est exagéré (tour de tête 54).

* * *

Il y a quelques années, l'obésité était considérée, grâce aux recherches de M. le professeur Bouchard, comme une maladie par ralentissement de la nutrition. Aujourd'hui encore, il est possible que cette ingénieuse théorie soit exacte. Mais la question a fait un grand progrès avec les notions nouvelles relatives aux glandes à sécrétion interne.

Nous avons d'abord appris à connaître les obésités d'origine ovarienne ou thyroïdienne. Maintenant nous savons que l'obésité peut être liée à des lésions de l'hypophyse. Aux cas jadis rapportés par Fröhlich, à l'observation si démonstrative de Madelung, aux faits de MM. P.-E. Launois et Cléret, on peut encore ajouter les observations publiées par MM. Bregmann et Steinhaus dans le *Journal de neurologie* (20 août et 5 sept. 1907) et par Marburg [*Semaine médicale*, n° 8, 1909 et 1908, p. 125 (1)]. Toutes concordent à mettre en évidence le rôle capital que jouent, dans les actes de la nutrition, les sécrétions de certaines glandes telles que l'hypophyse. Il y aura donc lieu désormais, en présence d'une obésité quelconque, de chercher à préciser par tous les moyens actuellement connus, l'état anatomique et le fonctionnement de la glande hypophysaire et, peut-être, de recourir, pour soigner cette affection, à l'opothérapie seule, ou associée à la médication hypophysaire et thyroïdienne.

FORMULAIRE

VÉSICATOIRE LIQUIDE

Teinture de cantharides.....	*ââ* parties égales.
Chloroforme...............	
Teinture de romarin........	

(*Journ. de pharm. d'Anvers.*)

SOLUTION POUR ANESTHÉSIE LOCALE (Méthode Reclus)

Novocaïne...........	0 gr. 50
Sérum physiologique.	100 grammes

Cette solution est facilement stérilisée à l'autoclave.

Ajouter extemporanément *une goutte* de solution d'adrénaline à 1 p. 1000 pour 4 centimètres cubes de la solution anesthésique.

(1) D'après Marburg. les tumeurs cérébrales qui s'accompagnent d'obésité sont, presque toutes, des tératomes dérivant d'inclusions fœtales dont les sièges sont, d'une part, la région hypophysaire et, d'autre part, la région ponto-cérébelleuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1910)

Vaisseaux de la fourche du nerf médian. — M. R. ROBINSON a étudié avec beaucoup de soin l'anatomie de la fourche du nerf médian (V médian) et les vaisseaux qui l'entourent après injection au silicate coloré. Il a constaté deux fois sur trois cas une artère, *artère de la fourche du nerf médian*, qui prend naissance de l'axillaire et qui vient se jeter sur le sommet du V, après avoir fourni un rameau au nerf musculo-cutané. Elle descend quelquefois dans la gaine du médian jusqu'au coude où elle s'épuise. C'est une artère nourricière du nerf et elle représente selon quelques auteurs une artère constante (artère radiale superficielle du bras) chez quelques vertébrés supérieurs.

L'auteur a observé d'autre part un grand nombre d'anomalies veineuses dont l'une est intéressante à signaler. La veine humérale profonde réunie au tronc collecteur des circonflexes forme un gros canal veineux lequel passe à travers la fourche et la contourne. Ces anomalies n'existent pas des deux côtés chez le même individu.

Ces observations anatomiques l'amènent à en tirer une déduction plausible à savoir : la fourche du médian étant considérée comme point de départ des nerfs des membres supérieurs, leur nutrition plus ou moins assurée et les anomalies qu'on vient de signaler influent probablement sur la dextérité manuelle de l'individu dont les nuances et les degrés sont multiples. En tout cas, il est utile de connaître pour l'anatomiste et le chirurgien ces variations vasculaires à peine connues jusqu'ici.

ANALYSES

MÉDECINE

Leucoplasie laryngée. (G. POYET, thèse de Paris 1908, O. Doin, éditeur). — Dans cette thèse inspirée par M. Lermoyez, l'auteur démontre, avec quatre observations personnelles jointes aux cas déjà publiés, surtout en Allemagne, qu'il existe une leucoplasie laryngée ayant tous les caractères de la leucoplasie des autres muqueuses.

L'irritation chronique causée par les laryngites antérieures, les abus vocaux, l'alcool et surtout la fumée de tabac, s'accompagnant ou non de syphilis, peut provoquer, dans le larynx, une transformation épithéliale de la muqueuse. Le revêtement épithélial pavimenteux stratifié des cordes vocales, des replis aryténo-épiglotiques et de la partie moyenne de l'épiglotte se transforme en un revêtement corné qui peut atteindre une épaisseur considérable (kératose et hyperkératose); cette transformation de l'épithélium s'accompagne de sclérose dermique, de prolifération papillaire et de présence d'éléidine.

Cliniquement, la leucoplasie laryngée affecte tous les caractères des autres leucoplasies ; on y retrouve la même dureté, le même aspect blanc nacré. La lésion est circonscrite ou diffuse, celle-ci faisant suite habituellement à celle-là. La leucoplasie du larynx a été décrite jusqu'ici sous les noms de kératose circonscrite, cornu laryngeum, verruca dura, etc. Son évolution est extrêmement lente, mais elle peut dégénérer en épithélioma ; on redoutera la dégénérescence épithéliomateuse quand on constate un aspect papillomateux, diffus et mal délimité de la leucoplasie, avec présence de bourgeons rouges sanguinolents, quand une corde est immobilisée en

position intermédiaire et quand le larynx est immobile, sans mouvement d'ascension pendant la déglutition.

En cas de leucoplasie non dégénérée, on peut essayer du traitement médical (repos du larynx, pulvérisations alcalines); si la plaque est unique et bien circonscrite, l'ablation est le traitement de choix. Si la leucoplasie non dégénérée est diffuse, l'intervention immédiate est discutable. M. Poyet conseille plutôt de tenir le malade en observation, de faire une biopsie tous les deux ou trois mois, et d'intervenir aussitôt que l'on aura constaté dans les coupes les éléments d'un épithélioma. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Chirurgie du genou. (Robert JONES. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, p. 969-1001.) — Jones a ouvert le genou plus de cinq cents fois pour lésions intra-articulaires, et malgré son expérience, il lui arrive souvent de poser un diagnostic d'après des signes réputés classiques et de le trouver faux à l'opération. C'est qu'il y a peu de recoins de pathologie aussi obscurs que les lésions du genou, et nulle part une même lésion ne détermine des symptômes aussi différents suivant les sujets.

Dans ses notes, Jones trouve une longue liste de lésions dont les plus fréquentes sont : lésions des cartilages semi-lunaires, franges synoviales, lipomes articulaires, corps étrangers, exostoses, lésions des ligaments, détachements osseux, luxations de la rotule. Les lésions des semi-lunaires sont les plus fréquentes. Il y en a 117 opérés depuis 1906 dans la statistique de Jones.

Le cartilage est toujours déplacé en dedans; le symptôme le plus constant est un arrêt brusque dans l'extension du genou. La cause productrice est une tension brusque du ligament latéral interne, le genou étant fléchi et le fémur en rotation interne. La douleur, l'épanchement articulaire sont très variables. Sur 340 cas, 316 intéressaient le cartilage interne et 24 seulement l'externe (7 p. 100). L'anatomie explique cette prédominance. La douleur à la pression au niveau du point blessé est très fréquente. On la trouve mieux dans la flexion du genou. Les lésions sont très variables depuis la simple fissure longitudinale jusqu'à l'arrachement complet avec déplacement dans l'autre moitié de la jointure.

En plus des 117 cartilages opérés depuis 1906, Jones a pratiqué 73 autres arthrotomies. Dans 20 de ces 73 cas, il comptait trouver une lésion des semi-lunaires, mais il n'y en avait point. Dans 30 cas, il y avait de l'épaississement des ligaments alaires. Les autres 43 cas étaient dus à de l'arthrite sèche, des lipomes arborescents et des épaississements fibreux à l'insertion du ligament croisé antérieur.

Les franges synoviales pincées donnent un tableau clinique analogue à celui de la luxation du semi-lunaire, mais moins aigu. Un lipome arborescent peut quelquefois bloquer la jointure.

La lésion ligamenteuse la plus fréquente est l'entorse du ligament latéral interne. Jones a vu deux cas de genou à ressort. Dans les deux cas, il y avait une particule néoformée de cartilage entre les surfaces articulaires, et l'ablation de celle-ci amena la guérison. Les exostoses péri-articulaires sur lesquelles glissent les tendons donnent aussi des symptômes analogues. Jones décrit en détail sa technique opératoire. Sur plus de 500 opérations, il n'a jamais eu le moindre ennui. Article très intéressant et très documenté, mais de lecture un peu difficile par suite de l'absence de plan bien défini.

F. GARDNER.

Chirurgie expérimentale du poumon. (B. CLOPTON. *Interstate Medic. Journ.*, sept. 1908, vol. XVI, n° 9, p. 759.) — Dans cet article, l'auteur passe en revue les publications des deux dernières années sur ce sujet (travaux de Truffier, Tiegel, Seidel, Robinson, Friedrich).

Il ressort de ce travail les divers points suivants :

L'appareil de Brauer à hypertension semble gagner du terrain sur l'emploi de la chambre de Sauerbruch plus coûteuse, plus encombrante. Les reproches qu'on lui adressait : production d'emphysème avec une pression trop élevée, modification de l'équilibre de la tension sanguine dans la grande et la petite circulation, sont purement théoriques. Employé avec prudence et par un médecin expérimenté, ces dangers disparaissent. La pression employée doit être de 12 centimètres d'eau chez l'homme.

Dans la chambre de Sauerbruch le degré de vide le plus favorable est de 5 millimètres de mercure, chiffre auquel, à l'ouverture du thorax, le poumon se place en état de « pneumothorax relatif ». Ce léger degré de pneumothorax persiste après l'opération alors qu'il peut être évité par l'emploi de l'appareil de Brauer, ce qui est un avantage.

L'anesthésie doit être poussée à fond lors de l'ouverture du thorax pour éviter le réflexe qui se produit à l'incision de de la plèvre costale ou à l'incision d'une bronche volumineuse.

L'incision du thorax doit être très large; chez les jeunes sujets la résection des côtes est inutile, une grande incision intercostale permettant de faire largement bailler la paroi.

Plusieurs temps de la chirurgie du poumon offrent des dangers : une traction forte sur le poumon ou sur son hile entraîne un arrêt de la respiration et un abaissement de la pression sanguine; la ligature du hile du poumon amène un réflexe qui arrête la respiration; la résection d'une partie étendue du poumon trouble profondément la respiration et la petite circulation. Cependant on a pu expérimentalement réséquer tout un poumon. La ligature mal faite du moignon bronchique peut lâcher et amener la formation d'un pneumothorax secondaire; la formation d'un thrombus dans le moignon peut amener une embolie de l'autre poumon.

L'auteur indique la technique opératoire à suivre pour éviter tous ces écueils.

Il expose les indications des diverses interventions sur le poumon : opérations plastiques après les plaies profondes du poumon, après l'ablation d'un corps étranger des bronches; résections pulmonaires, recherche des corps étrangers, incision des abcès du poumon (pour ceux-ci l'ouverture en deux temps avec formation d'adhérences pleurales doit être tentée), ouverture de l'emphyème sans formation de pneumothorax. Dans ce dernier cas la technique est la suivante : emploi de la chambre de Sauerbruch ou de l'appareil de Braüer, ouverture de la plèvre, évacuation, rupture des adhérences, lavage au sérum, augmentation de la pression pour que le poumon s'accole à la paroi, fermeture de la paroi sans drainage, pansement absolument imperméable à l'air.

Après les opérations sur le poumon, la production de pneumothorax est fréquente; à la ponction répétée du thorax il faut préférer l'emploi d'une canule à valve.

Dans les plaies du poumon ou des bronches imperméables à l'air, il n'est pas nécessaire de drainer, mais s'il y a eu perte de substance étendue comme la résection d'un lobe entier, avant de fermer on remplira la cavité de sérum.

Si la plaie du poumon n'est pas imperméable à l'air, il faut drainer avec un tube de verre revêtu à son extrémité extérieure d'un doigtier de caoutchouc. M. LANCE.

Effets du rouge écarlate en différentes combinaisons sur l'épithélialisation des surfaces couvertes de granulations. (John Saige DAVIS. *Ann. of surg.*, vol. LI, n° 1, janvier 1910, p. 40-51.) — Le rouge écarlate de Biebrich, une des couleurs d'aniline, semble avoir une action spécifique épidermo-productive. Davis s'est servi de lininents à 2, 4, 5, 8, 10 et 20 p. 100, associés à des antiseptiques, acide borique, iodoforme, ou baume du Pérou. Nettoyer les plaies à l'acide borique, où si besoin en est, à l'eau oxygénée. Ne pas se servir d'anti-

septiques violents. Enduire la peau jusqu'à un centimètre du bord de l'ulcère avec un onguent neutre protecteur. Ensuite appliquer la pommade au rouge soit sur toute la surface de la plaie, soit seulement sur les bords. Couvrir de vieux linge stérilisé, perforé qui ne colle pas et ne fait pas macérer. Panser légèrement à la gaze stérilisée, changer toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures, alternant avec un pansement à l'oxyde de zinc ou l'acide borique. Les résultats dans 60 cas furent très bons. La cicatrice donnée par le rouge écarlate est beaucoup plus épaisse, plus ferme, plus comme de la peau normale que les autres. Dans un cas où il y avait deux ulcères à peu près symétriques, un sur chacune des jambes, celui pansé au rouge guérit trois semaines plus tôt que l'autre, avec une beaucoup plus belle cicatrice. L'onguent à 8 p. 100 semble le meilleur. Il ne faut pas employer le rouge écarlate sur les brûlures avant que toute irritation ait disparu. Il faut prévenir les malades que le rouge peut colorer le pansement, et donne de l'urine rouge brillant. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Persistance du canal cranio-pharyngien dans deux crânes d'acromégaliques; importance de ce nouveau fait par rapport à la pathogénie de l'acromégalie et des syndromes analogues. (E. Lévi. *Revue de neurol.*, 1909, p. 533-539, 5 photographies). — Le canal cranio-pharyngien qui, normalement, s'oblitère au troisième mois de la vie intra-utérine, était largement perméable sur les deux seuls crânes d'acromégaliques, existant au musée de Florence. Comme nombre d'auteurs signalent des trous dans le fond de la selle turcique des acromégaliques, M. Lévi demande que l'on fasse une recherche méthodique. La persistance du canal chez les acromégaliques serait un nouvel argument en faveur d'un vice de développement de l'appareil hypophysaire. Dans ses deux cas, la selle turcique était notablement augmentée de diamètre en tous sens. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Rayons X et radiations diverses (1), par le docteur H. Guilleminot.

Ce volume fait partie d'une encyclopédie scientifique divisée en 40 sections ou bibliothèques et devant comprendre un total d'environ 1 000 volumes. Le livre de M. Guilleminot appartient à la Bibliothèque de physique biologique et son titre dit son importance et son intérêt. Il pouvait paraître ardu de condenser en un volume de petites dimensions, à côté des notions classiques sur les radiations lumineuses et calorifiques, les connaissances acquises pendant ces dernières années sur les rayons X, les radiations hertziennes et la radioactivité; ce programme est cependant heureusement rempli par un livre à la fois clair, concis et remarquablement documenté, tel qu'on pouvait l'attendre de la compétence connue de l'auteur.

L'étude de l'action biologique des radiations constitue la partie la plus importante de l'ouvrage: les actions des radiations sur les microorganismes, sur les plantes, sur la cellule animale en général et sur les tissus en particulier y sont successivement envisagées; enfin, le dernier chapitre est celui de l'emploi des radiations en thérapeutique. Les pages consacrées à cette étude biologique sont des plus intéressantes par la façon originale et large dont elles sont conçues, elles permettent à elles seules de prédire à l'ouvrage de M. Guilleminot le plus légitime succès. G. LEGROS.

(1) In-18 jésus de 315 pages de la Bibliothèque de physique biologique. Paris, O. Doin et fils.

Esquisses cliniques de physicothérapie, traitement rationnel des maladies chroniques (1), par le docteur J.-A. Rivière (de Paris).

Rédigé pour les praticiens, d'une manière très méthodique, ce livre synthétise toute une existence vouée à la physicothérapie, dont l'auteur est le précurseur et le pionnier convaincu. Les onze premiers chapitres traitent de l'outillage thérapeutique pour les applications de l'électricité, de l'air, de la lumière, de l'eau, de la chaleur et du mouvement. Les quinze derniers traitent des maladies infantiles, de l'anémie, des états pulmonaires et cardiaques, de l'arthritisme, de la neurasthénie, de l'obésité, de l'artério-sclérose, des affections du tube digestif, de la peau et de l'utérus. Un important chapitre est consacré à la physicothérapie du cancer. Le volume se termine par d'intéressantes considérations sur le moral dans les maladies.

L'ouvrage du docteur Rivière marquera sa place parmi les publications de l'heure présente consacrées à l'apologie de la thérapeutique naturelle. L'auteur a su y montrer éloquemment toutes les ressources que le médecin peut trouver dans les agents physiques, au grand bénéfice de sa clientèle journalière.

Conférences sur la prophylaxie des maladies vénériennes (2), par E. Le Play.

Les travaux récents sur la prophylaxie des maladies vénériennes et de la syphilis en particulier ont engagé l'auteur à faire cette seconde édition; il s'est attaché à étudier les conséquences que comporte la connaissance de l'agent spécifique de la syphilis au point de vue de l'évolution et du pronostic de la maladie et de la thérapeutique qu'il convient de lui appliquer.

Dans trois conférences, après avoir étudié les principaux symptômes du chancre mou, de la blennorragie et de la syphilis, l'auteur passe en revue les modes de traitement les plus pratiques et surtout les moyens d'éviter ces affections ou leurs complications.

Cet ouvrage n'a pas été écrit dans un but purement scientifique, mais pratique avant tout, et l'auteur a su se mettre dans un style sobre et clair à la portée de son auditoire; ce livre n'a donc pas un intérêt purement médical, mais un intérêt véritablement social, car sa lecture permettra peut-être à quelques innocentes victimes d'échapper au péril vénérien. P. RAVAUT.

Le Tabes et les maladies systématiques de la moelle (3), par E. de Massary.

C'est le quatrième volume paru dans la Collection de neurologie et psychiatrie, qui doit comprendre vingt volumes. La plus grande partie du livre est consacrée au tabes, quelques pages résument la maladie de Little et le tabes dorsal spasmodique, puis viennent la sclérose latérale amyotrophique et la maladie de Friedreich. L. ALQUIER.

(1) In-8 jésus de 400 pages, précédé d'une lettre du professeur Lancereaux, et accompagné de 64 gravures. — Prix : 7 fr. 50. — Paris. A. Maloine.

(2) In-8 de 164 pages. — Paris, Maloine.

(3) Un vol. de l'Encyclopédie scientifique du docteur Toulouse. In-8 jésus, 350 pages, 28 figures. — Paris, O. Doin.

SUITE DES SOMMAIRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 26, 28 juin 1910.) HOFMEIER : Traitement du placenta prævia. — RÖSSLE : Contribution à la pathogénie des glandes surrénales. — WERNER et CAAN : Action des rayons Röntgen sur les tumeurs. — THIEMICH : Sur les capacités fonctionnelles de la glande mammaire humaine. — GAETHGENS et KAMM : Quelle valeur a la « réaction des fils » pour le diagnostic de la typhoïde, pour la découverte des porteurs de bacilles et pour la différenciation des bactéries du groupe paratyphique. — KALB : Sur une nouvelle coloration des spirochètes. — LŒLE : Courte communication de quelques méthodes pour la recherche des substances oxydantes et réductrices du corps. — PFLÜGHÖFT : Sur le traitement par l'arsacétine. — WELEKE : Opération du cancer anal aire, formation artificielle d'un sphincter. — LOOS : Sur un cas de difformité acquise de la mâchoire. — DŒVENSPECK : Dystrophie musculaire juvénile consécutive au surmenage. — STEIN : Sur le traitement de l'ankylose de l'épaule. — NOGUCHI : La réaction de Wassermann et le praticien. — (N° 27, 5 juillet.) MORAWITZ : Recherches sur la chlorose. — SCHREIBER et HOPPE : Sur le traitement de la syphilis par la nouvelle préparation arsenicale d'Ehrlich « Hata ». — MEYERSTEIN et ROSENTHAL : Sur la technique de l'hémoculture. — STIERLIN : Influence de l'infusion de séné sur les mouvements digestifs chez l'homme. — CODIVILLA : Sur l'opération de Förster. — FLÖREKEN : Sur le traitement des crises tabétiques par la résection des racines postérieures. — BÜRKER : Une nouvelle théorie de la narcose. — RAMSAUER et CAAN : Sur l'élimination du radium par l'urine. — GÖRNER : Sur l'emploi du radium dans les affections rhumatismales. — DAKIN : Formation de l'acide β oxybutyrique dans l'organisme animal. — KLAUSNER : Exanthèmes médicamenteux comme expression de l'idiosyncrasie et de l'anaphylaxie. — MEIROWSKY : Sur les méthodes simples de coloration rapide des spirochètes vivants. — HINDENBERG : Deux cas de gangrène légère après l'emploi de la méthode de désinfection de Grossi. — HENSSEN : Un cas de dilatation en poche de la parotide. — WESSELY : Sur la croissance de l'œil après l'opération de la cataracte dans l'enfance. — WERNER et CAAN : Sur l'action des rayons Röntgen sur les tumeurs. — (N° 28, 12 juillet.) ZUM BUSCH : Contribution au diagnostic et au traitement des ulcères non perforés du duodénum. — KOHN : Sur l'hypophyse. — MÜLLER : Sur une nouvelle méthode de traitement des tumeurs malignes. — V. ARLT : Nos expériences sur l'analgésie spinale. — ROTHMANN : La technique de l'anesthésie locale en petite chirurgie. — STRAUSS : Diagnostic et traitement des dermatoses de stase. — OHM : Un appareil pour l'enregistrement photographique des mouvements. — RAMSAUER : Sur les constructions d'adivateurs de Kreuznach. — KOLACZEK : Un nouvel instrument adjuvant pour l'opération radicale des hernies. — KÜMMEL : Sur le traitement de la blennorrhée par la pommade au blennolenicet. — HINDENBERG : Sur l'action inattendue de l'ergotine. — HILBERT : Eruption médicamenteuse après l'emploi d'hexaméthylène-tétramine. — STERNBERG : Les anesthésiques comme médicaments pendant les cures diététiques. — (N° 29, 19 juillet.) KRÖNIG et GAUSS : Dans quelle mesure notre traitement opératoire des métrorragies et des myomes est-il influencé par le traitement radiologique. — FISCHER et HOPPE : Le sort de la préparation d'Ehrlich-Hata dans le corps humain. — STÜMPKE : Quels rapports y a-t-il entre l'iode et le défaut de la séro-réaction. — V. HŒSSLIN : Sur la connaissance de la maladie de Raynaud. — RIEHL : Sur la digestion des hydrates de carbone et les préparations de diastase. — GEISSLER et ZYBELL : Recherches pléthysmographiques pendant le travail corporel. — WREDE : Le traitement conservateur du furoncle du visage. — BECKER : Sur les affections nerveuses consécutives à l'accident de chemin de fer de Mühlheim. — SAMUELY : Sur l'emploi du colorimètre d'Authenrieth-Königsberger comme hémomètre. — KESSLER : La réaction séro-diagnostique de la fièvre typhoïde de Mandelbaum. — SCHAEFFER : La maladie osseuse de Köhler. — KOWNATZKI : Adrénaline et ostéomalacie. — KOLLIKER : Sur la question de l'intoxication par la thiosinamine. — HEDDÄUS : Contribution casuistique aux blessures de l'intestin dans le sac herniaire. — ADAM : Sur l'ulcère gonococcique de la cornée. — (N° 30, 26 juillet.) LUBARSCH : Sur la calcification des artères. — LŒB : Expériences avec le dioxy-diamido-arsenobenzol d'Ehrlich. — HAUPTMANN et VON HÖSSLI : Réaction de Wassermann étendue pour le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébro-spinale et les scléroses multiples. — MAYER, WALDMANN, FURST et GRUBER : Sur la méningite cérébro-spinale et en particulier sur la question des porteurs de germes. — HANDEK : Sur le diagnostic röntgénologique des ulcérations de la partie moyenne de l'estomac. — BRODNITZ : L'apoplexie des glandes surrénales. — RUPPRECHT : Sur la psychologie du jeune meurtrier des grandes villes.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 32, 7 août 1910.) MOSKOWITZ : Sur le traitement rationnel du catarrhe naso-pharyngien. — POLYA : Méthodes et résultats du traitement moderne du cancer.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 27, 7 juillet 1910.) ALBRECHT : Sur l'étiologie de l'entérite folliculaire suppurative. — JIANU : Œdèmes après l'opération de la sténose du pylore. — TEUZER : Sur la tonsillectomie. — LÖWY : Une méthode d'examen des spirilles. — FAVENTO : Sur l'anesthésie médullaire d'après Jonescu. — GOLDSCHWEND : Carcinome rectovaginal sténosant. Ganglions inguinaux carcinomateux suppurés. Hernie crurale étranglée. — HEEGER : Sur l'histoire de la transfusion du sang dans l'antiquité et au moyen âge. — (N° 28, 14 juillet.) BARTEL : Sur l'infection tuberculeuse chez le cobaye nouveau-né. — WIRTH : La tétanie à un âge avancé. — ORSZAG : Sur la question de la rigidité musculaire comme signe diagnostique des affections pulmonaires. — FEIN : Sur l'opération de l'hypophyse. — GANZ : Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les anticorps d'après Spengler. — MARCOVICI : Sur l'évaluation de l'acidose fondée sur un procédé simple de dosage de l'ammoniaque dans l'urine des diabétiques. — (N° 29, 21 juillet.) HESS et PÖTZL : Sur les oscillations de la teneur en sucre du liquide céphalo-rachidien dans les affections mentales. — RUCH : Sur la connaissance de l'hématome vulvo-vaginal. — SATTA et DONATI : Influence de l'alcool sur les sérums syphilitiques dans la réaction de fixation. — SELLEI : Sur l'étiologie du psoriasis. — TRUNK : Sur quelques nouvelles méthodes d'enrichissement et de coloration du bacille tuberculeux. — MARCOVICI : Sur l'évaluation de l'acidose d'après un procédé simple de dosage de l'ammoniaque dans l'urine des diabétiques. — HEEGER : Sur l'histoire de l'allaitement dans l'antiquité et le moyen âge. — (N° 30, 28 juillet.) BOHAC et SOBOTKA : Sur des manifestations inattendues après l'emploi du dioxydiamidoarsenobenzol. — VERSOU : Contribution à l'étude de la réaction à la meiostagmine dans les tumeurs malignes. — RODELLA : Etudes sur la putréfaction intestinale. — SEMELEDER : Procédé simple pour la représentation en image des difformités et particulièrement de la scoliose. — BUTTNER : Un cas d'existence simultanée de crises tabétiques et de tétanie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 105. — JEUDI 15 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 15 SEPTEMBRE 1910. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Liste des candidats par ordre d'inscription :

1. Mlle Beirassy, MM. Couinaud, Peyre, Quériaud, Grimaldi, Favery, Leroy, Désignole, Loyauté, Gaume,

11. Leduc, Kermogant, Mlle Halperon, MM. Tesseyre, Chapelain, Bongoin, Mercier (Justin), Béhague, Solente, Brawarsky,

21. Durand (R.-A.-L.), Nollet, Fresney, Jourdan-Corneille, Pinalie, Guilloux, Chauvel, Fornairon, Bonnard, Furet,

31. Ghancel, Fourneau, Veil-Picard, Lannes, Modiano, Szper, Broqua, Boyau, Rosset, Durupt,

41. Bollot, Apard, Parfenoff, Mlle Beauvais, MM. Delamare, Lavergne, Mlle Roy, MM. Rigaud, Moulonguet, Herszlik,

51. Poy, Collin, de Sieramski, Codet, Ratel, Roullaud, Gardés, Icard, Peyret, Loré,

61. Moutier, Claverie, Lelong (H.), Benoist (H.), Bouthillier, Ollivier-Beauregard, Liénard, Jonescu, Monestier, Solas,

71. Lugnier, Latombe, Habert, Heurtel, Rollot, Viateau, Safontzeff, Fouquet, Durand (Marcel), Perrin,

81. Mordagne, Charpy, Odinet, Mlle Tronçay, MM. Dauptain, Dubuisson, Rousseau, Bazile, Imbert, Boyer,

91. Blindmann, Radais, Douméo, Catrice, Lucchini, Bougault, Chabert, Wallet, Gourdin, Popoff,

101. Desauges, Barbion, Cumine, Gaumet, de Fajole, Muller, Malgat, Fournier, Calas, Caron,

111. Mlle Hochberg, MM. Lebrun, Semenoff, Latour, Tisné, Chabanier, Demouy, Souplet, Woirin, Chirol,

121. Gillard, Mlle Chncerson, MM. Hourquet, Tessier, Mérigot de Treigny, Fontaine (Pierre), Grimbert, Grille, Phocas, Lumière,

131. Fliniaux, Mélik-Parsadaniantz, Deboutière, Fradkine, Brousseau, Macaigne (Maxime), Mlle Golgofky, MM. Binet, Gayon, Mlle Friedmann,

141. MM. Fleurot, Flick, Lévy (L.-J.), Péchdo, Carrière, Brincat, Chantemesse (Albert), Daban, Quesnel, Bernard (Pierre),

151. Orphanidès, Le Gac, Andréoli, Joyes-Mouguier, Hüfnagel, Bléteau, Salasc, Rameau, Arnaud, Viard,

161. Gasiglia, Lévy (A.-H.), Marie (André), Callot, Engelbach, Bechmann, Pestal, Guédon, Mlle Weinzweig, M. Bardon,

171. Mlle Armand, MM. Chevalley, Leclerc, Oliviéri, Herdner, Decléty, Mlle Urion, MM. Falliès, Mabille, Gaudefroy,

181. Lamarque, Cerné, Menville, Lavaux (Georges), Béguier, Lequien, Folley, Traill, Mercier (J.-M.-L.), Pinel,

191. Gondal, Derriey, Caracostea, Mlle Seriot, MM. Chick, Boulot, Vives, Ramadier (P.-X.), Thierry, Mallebay,

201. Hissard, Vagne, Mlle Burgard, MM. Dufraisse, Courtois, Morlot, Foght, Binet (P.-R.), Gustin, Pesnel,

211. Morel (Alexandre), Merlin (J.-C.), Thibault (Gusmon), Lion, Herchkwitch, Selter, Lecharportier, Royer, Marquet, Legras,

221. Schoux, Vauzanges, Jacquelin, Bartement, Touflet, Ach, Guilhamon, Mouquin, Leroy (Maurice), Besson,

231. Lucas (Jean), Mlle Roudowski, MM. Lebée, Couraud, Babolian, Le Cocq, Andral (Jean), Durand (René), Cathala, Jaillet,

241. Cornet, Polonowsky, Dufilhol, Taberlet, Abrial, Clémanceau (Marie), Lafinieux, Ducuing (Prosper), Pollet, Frémond,

251. Mlle Cabiale, MM. Ribetou, Franc, Doniol, Poucy, Mégret, Kahn (Maurice), Mlle Kaufmann (Rose), MM. Jullien, Faurel,

261. Mercier (Henri), de Léobardy, Martin (Ch.), Lefort (R.-P.), Breton (Georges), Dohen, Jacquemin (Guillaume), Bernard (Eug.), Boeda, Younès,

271. Vachet, Auquier, Fauconnier, Binet (Maurice), Cassan, Aveline, Marion (Albert), Broussin, Gomez, Lévi-Alvarès,

281. Chevrolet, Mlle Bruyère, MM. Stavropoulo, Popesco-Pascan, Fris-Larrouy, Mekler, Giraud (Gabriel), Xoudis, Patrikios, Zivy,

291. Boissier (Raymond), Saint-Martin, Souchay, Souvray, Vasselle, Latour, Renard (Jean), Chemin, Pautet, Lavat,

301. Larangot, Manne, Boucher (Gaston), Ulmann, Epstein, Peignaux, Goy, Mlles Stock, Trouveller, MM. Fatou,

311. Laburthe-Tobra, Bertin, Vincent (Henri), Delmas, Thierry (Jacques), Coty, Vernedal, Caillet, Lipschitz, Malherbe (Jean),

321. Chanut, Romain, Bellon, Grillet, Ramijean, Verdure, Regnault de la Soudière, Ginestet, Echavarria, Eltrich,

331. Langle, Devauchelle, Bureau (André), Ducuing (Edmond), Cochez, Exintaris, Bavachi, Plichet, Jolivot, Villetard de Prunières,

341. Yacoël, Minvielle, Barois, Moing, Bralez, Mignot, Leray, Rousseau, Spreiregen, Suyeux,

351. Mme de Tannenberg (née Corot), MM. Peneaud, Defiol, Gelin, David (Ch.), Vicente, Tessier (Maurice), Coronado, Roberti, Khérouvimoff,

361. Mlles Mille, Thivolet, MM. Billey, Bureau (Louis), Faure (Martial), Vernon, Croquefer, Mlle Moulard, MM. Soubaigné, Laurentie,

371. Coader, Maufrais, Lafont (Jules), Rechéde, Agnel, Mlle Billoud, MM. Paturet, Coulaudon, Goubert, Monpin,

381. Le Basser, Ducas, Touchard, Huette, Gomot, Meulle, Bertaux (René), Barrès (Florent), Mlle Krassovski, M. Krieger,

391. Rabinovitz, Laget, Mlle Spanovski, M. Calderon, Mlle Patte, MM. Thibault, Lorain, Chanson, Remilly, Jars,

401. Godard, Chalut, Chailley-Bert, Lépinay, Fouché, Ducrohet, Barbier (Georges), Mlle Jacob, MM. Cojean, Valiadés,

411. Pelletier, Beaud, Delort, Dutertre, Imbert, Bieulac, Mlle Halpern, M. Barbatis, Mlle Caesar, M. Lamperière,

421. Barbara, de Butler-d'Ormond, Larrieu, Duroselle, Bonnet (Ch.), Pourcher, Mlle Botesat, MM. Chevallereau (Jacques), Pichot, Mlle Hartglas,

431. Blot, Ernoul, Psaume, Mlle Posuel de Verneaux, MM. Debray, Gardéres, Luizy, Papillaud, Mlles Tgrigoriantz, Ratuld,

441. Caussé, Mme Piness (née Lifselintz), M. Misraëli, Mlle Lefschetz, MM. Cornil (Lucien), Dujardin, Penoyée, Hussau, Morestin (Paul), Pierson,

451. Chicandard, Périllaud, Wroczynski, Camino, Leblanc (Robert), Labrue, Bodet, Fieux, Letellier, Eschalier,

461. Huas, Testevuide, Pernet, Petitjean (Paul), Sagot, Lozés, Delahaye, Davigo, Jaouen, Texier,

471. Mesnard, Frucht, Mlles Blumenfeld, Noiroud, MM. Lewinsohn, Jacob, Vesselle, Paulin, Meunier, Morand de la Perrelle,

481. Breger, Florand, Beaussillon, Charon, Vidal (Jean), Millet, Dossin, Boussin, Michon, Guiollot,

491. Dascalopoulos, François (Elie), Capoulade, Delbos, Mistarlet, Pommereau, Lasmartres, Barry, Bergés (Jean), Arce,

501. Humbert (Gabriel), Reynaud (Paul), Mlle Cramer, MM. Dupret, Morice, Brousse, Guyot (Jean), Fabre de Parrel, Cellier, Garnier (Hubert),

511. Deglaire, Vincent (M.-V.), Beaumaris, Réal, Mlle Lauriol, MM. Lassus, Coudy, Madelaine, Dalbanne, Courbe,

521. Wismer, Lamy (Pierre), Mlles Dvoretzky, Lecoq, MM. Hemmerdinger, Maire (André), Coffin, d'Hotel, Vasilescu, Lefort (Emile),

531. Kleimann, Gras (Marcel), Clément (Robert), Blankstein, Jeannet, Wallon, Guérinou, Fafalio, Taphanel, Gallerand,

541. Guilmant, Fauchay, Raison, Funck, Joanny, Bozonet, Quantin, Duchamp de Lageneste, Dubroca, Chatonier,

551. Brabander, Pouget, Aureille, Michalowski, Duhamel, Rémouit, Caufment, Mourlon, Parat, Jarrige,

561. Tortat, Lacourbas, Forestier, Stheine de Jubécourt, Chapuis, Lhomme, Auchier, Bruneau, Malassez, Gourcerol,

571. Jousse, Besse, Guillouet, Rebouillat, Bugeau, Bénech, Régnier, Cadet, Lewis, Mendic,

581. Breitman, Courtois, Feugier, Tisseyre, Dezac-Derecq, Grisoni, Zermati, Langlet, Thomas (J.-A.), Monplaisir,

591. Suarez de Mendoza, Mlle Soniechwska, MM. Apchin, Dariau, Barabeau, Ducomet, Maliniak, Pinart, Perrin-Maréchal, Lepage,

601. Djiomedjian, Mlle Telkés, MM. Jeanne, Briand (Jules), Mlle Simon, MM. Lowenthal, Boutin, Géhard, Déresse, Dubourg,

611. Patriarche, Legler, Leroy (Jean), Bouillette, Pidoux, Cyrot, Pin, Duriau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. le docteur Bernardin, licencié ès sciences, pharmacien de première classe, est chargé pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions d'agrégé (section de physique biologique et médicale).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur Malherbe, professeur d'anatomie pathologique, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er novembre 1910.

TROIS CAS DE TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

RHUMATISME TUBERCULEUX — KYSTES DU CREUX POPLITÉ

Par MM. A. CRÉMIEU et J. GATÉ,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer cet hiver dans le service de notre maître, M. le professeur A. Poncet, trois cas de tuberculose inflammatoire absolument typiques dont deux (obs. I et obs. III) nous ont été adressés par M. Lesieur, suppléant de M. le professeur Lépine. Il s'agit dans la première observation d'un malade qui a présenté successivement un rhumatisme tuberculeux, puis une hydarthrose bacillaire du genou pour finir par une synovite fongueuse du poignet. Les deux autres observations concernent deux malades qui, bacillaires à plus d'un titre, ont eu l'un et l'autre un kyste poplité d'origine tuberculeuse. Certes les cas de cette nature ne manquent pas et depuis le moment encore rapproché cependant où M. le professeur A. Poncet a pour la première fois émis ses idées sur la nature inflammatoire de certaines lésions bacillaires, les publications ont abondé à ce sujet. Il nous a paru intéressant malgré tout de publier ces trois nouveaux cas, car ils sont une nouvelle confirmation des idées de M. le professeur Poncet.

Voici les observations.

Observation I. — *Rhumatisme tuberculeux. Hydarthrose bacillaire du genou gauche. Synovite fongueuse du poignet droit. Adénite cervicale bilatérale.* — G... Régis, âgé de quarante-huit ans, forgeron, entre le 8 mars 1910, à la salle Sainte-Elisabeth, pour des douleurs polyarticulaires datant de plusieurs mois.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires du sujet. Lui-même a toujours joui d'une excellente santé. Il a fait trois ans de service militaire dans la cavalerie sans incidents. Il a toujours exercé le métier pénible de forgeron et c'est la première fois qu'il se voit obligé d'interrompre son travail pour cause de maladie. Marié, sa femme est bien portante et n'a jamais eu de fausses couches. Un enfant bien portant, un autre né prématurément par suite d'une imprudence de la mère et n'ayant vécu qu'un jour. Pas de maladies vénériennes; pas d'excès éthyliques. L'interrogatoire serré du malade ne permet de relever dans son passé aucune crise rhumatismale même légère, aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Le début de l'affection actuelle remonte à un an environ. Ce fut d'abord une douleur fugace dans le petit orteil du côté droit; puis le même orteil du côté gauche devint à son tour douloureux.

Plusieurs semaines après, ces phénomènes douloureux envahirent plus complètement les deux pieds avec talalgie très marquée des deux côtés. Au début de l'été des douleurs apparurent dans le genou droit, puis dans le gauche, nécessitant une application de pointes de feu qui lui fut faite à l'hôpital Saint-Pothin, où il était allé consulter. Au mois de septembre, envahissement des poignets; le premier atteint fut encore celui du côté droit.

Enfin, il y a deux mois environ, apparut la tuméfaction qu'on constate actuellement sur le dos du poignet droit. Jusqu'à ce moment le malade avait continué à mener sa vie habituelle, bien que pour lui la marche et même la station debout fussent très douloureuses. Mais l'apparition des douleurs aux deux poignets vint le gêner beaucoup dans son travail et depuis un mois, son poignet droit lui refusant tout service, le malade a dû garder la chambre et même le lit, se contentant de faire quelques pas dans son appartement, et cela avec beaucoup de peine. A aucun moment ces phénomènes n'ont eu l'allure franche d'un rhumatisme articulaire aigu; pas de fièvre, pas de rougeur ni de gonflement articulaire, l'état général et l'appétit sont restés parfaits. Actuellement les phénomènes du côté des pieds et du genou droit ont considérablement diminué et le maximum des troubles fonctionnels paraît siéger au genou gauche et aux deux poignets.

A l'examen, homme d'aspect robuste et florissant. Excellent état général.

Aux membres inférieurs, les pieds ne présentent rien d'anormal. Pas de gonflement, pas de rougeur. La douleur est, au reste, très atténuée, et les mouvements des orteils et de la tibio-tarsienne sont assez libres. Il n'en est pas de même des genoux : le genou gauche est gonflé, sans être globuleux, les culs-de-sac synoviaux sont distendus et il existe un choc rotulien très net, les mouvements donnent lieu à des craquements très intenses. A droite on retrouve ces mêmes craquements sans aucun autre signe. Les hanches sont indemnes.

Aux membres supérieurs le poignet droit est douloureux et les mouvements sont un peu difficiles. On constate sur sa face dorsale une tumeur du volume d'une grosse noix, sous-cutanée et indépendante des téguments qui ont gardé leur coloration et leur aspect normaux. La tumeur légèrement bosselée à sa surface et bridée en son milieu par une sangle fibreuse, qui n'est autre que le ligament postérieur du carpe, paraît faire corps avec les tendons extenseurs. La palpation montre une fluctuation très nette en même temps que la présence de petits grains tout à fait caractéristiques à la partie supérieure de la tumeur. Le poignet gauche légèrement douloureux ne présente aucune déformation; mais de ce côté au niveau de la troisième articulation métacarpo-phalangienne, on aperçoit une petite tuméfaction, non fluctuante, en même temps qu'on délimite au niveau de la région correspondante de la première phalange du médius un point douloureux très net.

Rien aux autres articulations. Rien à la colonne.

Les deux creux sus-claviculaires sont bourrés de chaînes ganglionnaires remontant tout le long du cou. Pas d'adénites aux autres lieux d'élection.

Les poumons, le cœur et le tube digestif ne présentent rien d'anormal.

L'appareil génito-urinaire est indemne et le système nerveux montre uniquement une légère exagération des réflexes, ainsi que quelques fourmillements nocturnes dans le domaine du cubital.

Le séro-diagnostic tuberculeux de MM. Arloing et Courmont a donné une agglutination positive à 1/5, négative à 1/10 et à 1/15.

En raison des phénomènes observés au poignet droit, le malade est envoyé par M. Lesieur, suppléant de M. le professeur Lépine, dans la clinique de M. le professeur Poncet, où M. Cotte, chef de clinique chirurgicale, l'opère le 16 mars. Il s'agissait effectivement d'une synovite tuberculeuse. On excise la poche sans incidents et l'on recueille un liquide incolore, légèrement visqueux et renfermant quelques grumeaux. Le 24 mars les fils sont enlevés; la cicatrisation est complète et après quelques séances de mobilisation et quelques bains locaux d'eau salée, le malade est envoyé en convalescence à l'asile Sainte-Eugénie, sans aucune raideur articulaire ou tendineuse.

Obs. II. — *Kyste profond du creux poplité d'origine tuberculeuse.* — G... Jules, âgé de quarante-huit ans, cultivateur,

entre le 17 février 1910, à la salle Saint-Philippe, pour une tumeur siégeant au niveau du creux poplité du côté droit.

Les antécédents héréditaires du sujet ne donnent aucun renseignement digne d'être retenu.

De son côté, le malade a un passé pathologique peu chargé. Il a fait cinq ans de service militaire sans le moindre malaise. Marié depuis longtemps, sa femme s'est toujours bien portée. Il a un fils actuellement militaire et en bonne santé.

Il y a dix ans notre malade aurait eu quelques troubles gastriques qui restent très vagues dans son souvenir et sur la nature desquels il est difficile d'être fixé. Il y a six ans, il eut une crise de rhumatisme articulaire qui l'obligea à s'aliter. Deux ans plus tard, il constata la présence d'un petit kyste ayant le même siège que la tumeur qui l'amène aujourd'hui; mais il l'écrasa lui-même et sans grandes difficultés. Enfin, il y a environ quatre mois, après des phénomènes de sciatique du côté droit assez marqués, il vit apparaître au niveau du creux poplité du même côté une petite tumeur. Depuis, cette tumeur ayant considérablement grossi et devenant fort gênante, le malade se décide sur les conseils de son médecin à venir se faire opérer.

L'interrogatoire ne permet de mettre en évidence ni syphilis, ni tuberculose franche.

A l'examen, on constate au niveau du creux poplité droit une tumeur. Celle-ci occupe la partie médiane du creux poplité et a le volume d'une orange. Les téguments ont leur aspect et leur coloration normaux; il n'y a pas de vascularisation exagérée de la peau. La tumeur mobile sous les plans superficiels paraît indépendante des masses musculaires circonscrivant le losange poplité, ainsi que des plans profonds. La tumeur est dure, rénitente, non pulsatile. En explorant simultanément l'articulation du genou et la poche kystique on ne constate aucune communication apparente entre les cavités articulaire et kystique. L'articulation du genou est normale. Il n'y a pas de ganglions inguinaux, on ne relève aucun trouble sensitif subjectif ou objectif dans le membre inférieur correspondant. La circonférence du genou est de 0^m41 à droite, de 0^m32 à gauche.

M. Delore, chirurgien des hôpitaux, intervient le 19 février. La dissection de la face superficielle de la poche se fait facilement et montre une paroi tendue et sillonnée de veines. Plus pénible est la dissection des parties profondes. On arrive cependant à isoler un pédicule qui se prolonge entre les deux jumeaux et qu'on sectionne profondément. Après l'intervention le malade est immobilisé, le genou en extension. Le 26 février, les fils sont enlevés, et le 2 mars le malade part guéri.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée a été pratiqué au laboratoire de la clinique. La paroi de la poche est constituée par du tissu conjonctif adulte, un peu enflammé, avec en certains points des vaisseaux à parois épaissies et entourées de cellules lymphatiques. A la face interne pas de couche endothéliale continue. Le liquide, dont la quantité atteignait environ 150 grammes, a une couleur gelée de pomme et présente une grande tendance à la coagulation. Pas d'éléments cellulaires, pas de bacilles de Koch dans ce liquide.

Le 20 février on inocule 3 centimètres cubes de ce liquide à deux cobayes, à l'un sous la peau de la cuisse, à l'autre dans le péritoine. Les deux animaux n'ont présenté aucune réaction; sacrifiés au bout d'un mois et demi ils n'ont présenté à l'autopsie absolument rien d'anormal. Par contre, le séro-diagnostic du malade a été nettement positif.

Obs. III. — *Kyste du creux poplité d'origine tuberculeuse.* — C. Louis, âgé de cinquante-huit ans, tuilier, entre en mars 1910, à la salle Saint-Philippe, pour un kyste poplité.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires du sujet. De son côté il aurait eu une variole à l'âge de dix-huit ans. Un an plus tard il vient à Lyon pour une hydrocèle et on lui fait à l'Hôtel-Dieu une simple ponction. Enfin en 1900 il est de nouveau soigné à l'Hôtel-Dieu pour un phlegmon de la cuisse gauche. A part ces quelques incidents, le malade affirme s'être toujours bien porté. Ethylisme nettement avoué, on ne relève par l'interrogatoire aucun signe de tuberculose pulmonaire.

En octobre 1909 le malade entre dans la clinique de M. le professeur Lépine, où pendant deux mois il reste en traitement pour une pneumonie, qui se caractérise par un début non solennel, par une marche subaiguë et par une résolution très lente.

Enfin ces derniers temps le malade après un court séjour en médecine est envoyé dans nos salles par M. Lesieur pour un kyste poplité. La formation de cette poche kystique remonterait à environ quatre ans; mais dans ces derniers mois elle s'est considérablement développée et c'est ce qui a décidé le malade à venir à l'hôpital.

A l'examen, on aperçoit au niveau du creux poplité gauche une tumeur du volume d'une petite orange. Cette tumeur nettement fluctuante est mobile sous les téguments de coloration absolument normale. Quand le malade est couché sur le dos, on constate que la tuméfaction remplit le creux poplité et offre une tension considérable. Au contraire, lorsqu'on fait retourner le malade, la tuméfaction devient moins tendue mais ne disparaît pas complètement Dans cette attitude on voit nettement qu'elle prend son insertion sous le jumeau interne et le demi-membraneux. Cette tumeur est indolore; mais la jambe correspondante ainsi que le pied présentent un certain degré d'œdème. Rien à l'articulation voisine. Au niveau du creux poplité droit se voit une petite tumeur mais infiniment moins considérable qu'à gauche. Le malade prétend souffrir légèrement des deux genoux depuis quelques semaines; l'exploration attentive de ces deux articulations montre du même côté que la poche kystique une volumineuse hydarthrose du genou.

On examine le scrotum et l'on trouve à droite un testicule volumineux et un épididyme hypertrophié, dur, bosselé et plaqué sur la glande séminale. Toutefois à part l'histoire d'hydrocèle que nous avons relatée dans les antécédents personnels, le malade affirme n'avoir jamais souffert; de même il n'y aurait jamais eu de suppuration à ce niveau.

Le séro-diagnostic tuberculeux a donné une agglutination à 1/5, 1/10, 1/15.

Le 16 mars, M. Cotte, chef de clinique chirurgicale, intervient et enlève un kyste développé aux dépens de la bourse du jumeau interne. Ce kyste présentait d'ailleurs un prolongement intra-articulaire, qu'on a sectionné aussi profondément que possible. Les suites opératoires ont été parfaites et le 14 avril le malade quittait le service. L'examen histologique de la poche a montré la même constitution que pour le malade de la précédente observation; à cela près que la couche interne était très peu riche en vaisseaux. Le liquide qu'on a recueilli était composé de sérosité analogue à celle qu'on trouve dans les hydarthroses et de blocs gélatineux rappelant le contenu ordinaire des kystes synoviaux.

Le 17 mars, on inocula au cobaye 2 centimètres cubes du liquide du kyste. A la suite de cette inoculation l'animal présenta un amaigrissement progressif, en même temps qu'une perte de poils considérable. Le 17 avril, l'animal succombait. A l'autopsie on découvrit une congestion très intense du foie et des poumons. Mais pas de trace de ganglions, pas de tubercules. La rate était normale.

Comme nous l'avons dit au début de cet article, il s'agit là de trois cas absolument caractéristiques de tuberculose inflammatoire. Nous ne nous arrêterons pas sur le premier de ces cas; le caractère positif du séro-diagnostic et la succession si démonstrative de la crise rhumatismale, de l'hydarthrose et de la synovite fongueuse chez le même sujet constituent

une preuve suffisante de l'unité de cause de tous ces accidents et de la nature tuberculeuse de cette cause unique. Le second cas prête davantage à la discussion : le malade ne présente, dans ses antécédents héréditaires, aucun fait, qui puisse être mis sur le compte de la tuberculose, et jusqu'à présent il n'a pas eu d'accidents spécifiques qui puissent être considérés comme la signature de l'affection causale. Tout se borne chez lui à un kyste poplité, dont le liquide a même donné des résultats négatifs à l'inoculation. Cependant ce malade a présenté antérieurement une atteinte de rhumatisme subaigu, sans réaction thermique, sans grands phénomènes douloureux, sans signes locaux. Ne s'est-il pas agi en l'occurrence d'un simple rhumatisme tuberculeux. De plus, le même malade a présenté quelques mois plus tard une sciatique sans cause connue et l'on sait que bien des cas de sciatique peuvent et doivent être mis sur le compte de la tuberculose. Enfin le séro-diagnostic tuberculeux est positif. En somme, nous nous croyons autorisés à considérer tous ces accidents, comme dus à la tuberculose inflammatoire et il se pourrait fort bien que d'ici quelque temps ce même malade se présente avec une lésion spécifique, preuve irréfutable de la nature tuberculeuse de tous ces phénomènes morbides.

Quant au dernier malade, son cas est des plus nets. Il a eu dans le jeune âge une tuberculose orchi-épididymaire à forme scléreuse, qui s'est accompagnée à cette époque d'une hydrocèle symptomatique et qui a laissé à sa suite les signes que nous avons notés dans l'observation. Récemment il a fait une pneumonie anormale à marche subaigüe, à résolution lente. Enfin il présente actuellement en même temps que son kyste poplité une forme de rhumatisme fruste surtout localisé aux genoux avec hydarthrose d'un côté. Tout cela ne laisse aucun doute et nous nous permettons de ne pas nous y arrêter. Toutefois nous dirons deux mots des résultats de l'examen histologique de la poche du kyste et de l'inoculation de son contenu.

Comme pour le malade de l'observation II, comme pour tous les cas analogues, les recherches histologiques ont montré une vascularisation assez intense et des signes d'inflammation banale, mais pas de follicules tuberculeux, pas de cellules géantes. Quant à l'inoculation, elle a donné dans ce dernier cas des résultats assez inattendus. Le cobaye s'est mis à maigrir, à perdre ses poils en grande abondance, *signes très nets de rachitisme*. Un mois après l'inoculation l'animal succombait et à part des signes bien marqués de congestion viscérale l'autopsie restait absolument négative ; il n'y avait pas de trace de tuberculisation. Ces résultats, qui soulèvent à nouveau la question des rapports du rachitisme avec la tuberculose, semblent bien montrer que le rachitisme de l'enfance comme le rachitisme tardif ne sont l'un et l'autre dans bien des cas que le résultat d'une infection tuberculeuse. Les récents travaux de Marfan (*Presse médicale*, 1909) confirment d'ailleurs, à ce point de vue, les idées que M. le professeur Poncet soutient depuis plusieurs années.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION DE MÉDECINE

(*Toulouse, 1er-7 août 1910.*)

Traitement des hémoptysies chez les tuberculeux. — M. I. de Jong. Dans les hémoptysies dites de début, impressionnantes, brusques, la médication d'urgence, médication vomitive, nitrite d'amyle, injection de morphine, serait particulièrement indiquée. La médication par la poudre de Dover, assez longtemps prolongée, aidera à combattre la congestion péri-bacillaire qui accompagne la poussée évolutive.

Dans les formes à répétition, on pourra faire de plus une médication prophylactique, car c'est là qu'on a pu observer nettement l'action des causes provocatrices, qui ont été citées au début de ce rapport, et c'est ici que l'on évitera la mer, l'altitude, les médications intempestives, la suralimentation, ou que, par l'extrait hépatique, le repos avant les règles, on pourra éviter le retour fréquent des hémoptysies.

C'est en précisant l'action de certains médicaments, non pas dans les hémoptysies prises en bloc, mais chez des groupes de malades déterminés, que l'on pourra apporter quelque clarté dans cette importante question de thérapeutique.

Une première atteinte de tuberculose immunise-t-elle contre une atteinte ultérieure? — MM. Fernand Bezançon et H. de Serbonnes. Au point de vue clinique, la question de l'immunité conférée par la guérison d'une première atteinte de tuberculose a été posée en 1886 par M. Marfan, qui soutint que la guérison d'écrouelles ou de lupus conférait au sujet qui en avait été atteint une véritable immunité. Assez vivement discutée au début, cette idée ne paraît pas avoir suscité tout l'intérêt qu'elle comporte en réalité et l'opinion médicale semble s'en être quelque peu désintéressé, au point que, à la suite d'un referendum adressé par M. Calmette à divers médecins, M. Triboulet fut un des seuls à répondre en confirmant les idées de M. Marfan, bien qu'avec certaines restrictions.

Après une discussion assez suivie, MM. Bezançon et de Serbonnes concluent ainsi :

Les arguments invoqués par M. Marfan ne lèvent donc pas tous les doutes et la clinique semble insuffisante pour réfuter à elle seule toutes les objections élevées contre la théorie de l'immunité tuberculeuse. On ne pourrait interpréter les faits observés comme M. Marfan que si les faits expérimentaux démontraient manifestement la possibilité de cette immunité, mais jusqu'à ce que cette preuve soit établie d'une manière évidente, il semble que les faits cliniques, que nous avons rapportés, puissent être conçus d'une façon toute différente, d'autant qu'il semble que notre conception de l'immunité dans les maladies chroniques tende à se modifier singulièrement. Pour la syphilis, par exemple, l'on admet aujour-

d'hui qu'il n'y a pas d'immunité générale comparable à celle des maladies infectieuses telle que la fièvre typhoïde, mais qu'il existe seulement une résistance locale des tissus *directement* infectés par le tréponème, résistance qui tend à se généraliser au fur et à mesure que l'infection syphilitique atteint de nouveaux territoires. Il est fort possible qu'il en soit de même pour la tuberculose et que seuls les tissus *directement* infectés par le bacille de Koch présentent une résistance marquée à une nouvelle infection. C'est ce qui expliquerait les résultats un peu déconcertants observés d'une part par M. Wallée dans ses expériences sur les bovidés, d'autre part par les observateurs qui se sont occupés du phénomène de Koch, les résultats devant être forcément variables suivant la voie et le lieu employés pour la réinoculation d'épreuve. Dans cette conception l'on pourrait dire en somme qu'un tissu infecté par le bacille de Koch ne peut être que très difficilement réinfecté, mais comme cette résistance à la réinfection ne se généralise pas, l'immunité tuberculeuse, si immunité il y a, reste purement locale et ne peut être comparée à l'immunité générale des maladies infectieuses aiguës.

L'hypersensibilité à la tuberculine ancienne de Koch. — MM. Fernand Bezançon et André Philibert disent que, sous le nom d'accoutumance à la tuberculine, d'anaphylaxie à la tuberculine, on a publié des faits disparates parfois contradictoires.

Des faits qu'ils exposent, ils tirent les conclusions suivantes :

1° La sensibilité à la tuberculine varie suivant les espèces animales.

2° Par voie sous-cutanée elle est nulle chez les individus *sains* (homme et animal), pour les petites doses.

3° Par contre la sensibilité est considérable et presque la même pour les animaux sains ou tuberculeux, par voie *intra-cérébrale*.

4° Les inoculations répétées de tuberculine ne paraissent pas chez l'animal sain déterminer d'hypersensibilité. Tout au moins est-elle discutable. Chez l'homme, la fréquence de la tuberculose latente rend toute conclusion délicate.

5° La sensibilité augmente :

α. Dans la tuberculose latente, localisée (osseuse, ganglionnaire), dans la tuberculose pulmonaire, à son début, peu étendue, et pendant les périodes d'accalmie ;

β. Dans certaines autres infections aiguës : rhumatisme, pneumonie, érysipèle, fièvre typhoïde, dans l'ictère ;

γ. Dans certains états locaux, pour les sensibilités locales : les maladies de l'œil sensibilisent à l'ophtalmoréaction ; les maladies de la peau, à la cuti-réaction.

6° La sensibilité diminue ou disparaît :

α. Dans la tuberculose aiguë (granulie, méningite), dans les phases aiguës de la tuberculose pulmonaire, chez les tuberculeux cachectiques.

β. Dans certaines maladies comme la coqueluche, la rougeole, même s'il s'agit de tuberculeux en état de réagir.

7° L'absence de réaction n'implique point un état d'accoutumance, d'immunisation même chez les individus traités par la tuberculine, mais plutôt un état de non-sensibilité. Il semble d'ailleurs qu'il n'y ait presque jamais accoutumance complète, et qu'une dose suffisante puisse toujours faire apparaître une réaction.

8° Dans le traitement de la tuberculose par la tuberculine, l'état d'hypersensibilité semble fonction des doses :

α. Les doses moyennes (1 milligramme) rapidement progressives donnent l'état de non-sensibilité.

β. Les doses faibles (dizièmes de milligrammes) lentement progressives favorisent l'hypersensibilité.

γ. Les doses infinitésimales (millionnièmes de milligrammes) et lentement progressives donnent la non-sensibilité, l'accoutumance.

ANALYSES

MÉDECINE

La maladie de Hirschsprung [dilatation idiopathique du côlon]. (D. P. D. Wilkie. *Edinburgh medic. Journ.*, sept. 1909, N. S., vol. III, n° 3.) — Dans cet article, l'auteur donne une revue très documentée et très complète de la question, ainsi que cinq observations personnelles qu'il a eu à traiter. Nous signalerons seulement quelques points particuliers qu'il met bien en lumière. Tout d'abord, il est certain que l'affection est congénitale au sens strict du mot dans quelques cas, qu'elle débute dans l'immense majorité des cas dans les premiers jours qui suivent la naissance, cas à allure rapide, se terminant par la mort dès les premiers mois de la vie si l'affection n'a pas été victorieusement traitée; à côté de cette forme aiguë il existe une forme chronique. Dans certains de ces cas, l'enfant est un constipé opiniâtre, mais les lavages intestinaux suffisent à évacuer son gros intestin, jusqu'au jour où la musculature hypertrophiée de son intestin dégénère — et les accidents mortels ne tardent pas à se produire — ces cas atteignent la deuxième enfance et parfois l'âge adulte. Enfin, dans d'autres cas plus rares, et dont l'observation V de l'auteur est un bel exemple, pendant l'enfance la constipation entraîne une hypertrophie de la musculature intérieure, le ventre est gros — l'affection s'améliore dans la deuxième enfance, l'obstacle étant compensé par l'hypertrophie musculaire, et le malade mène une vie tolérable jusque vers quarante à cinquante ans, puis, la musculature s'affaiblissant en raison de l'âge, tous les signes d'obstruction réapparaissent.

L'auteur insiste sur ces *formes larvées* de la maladie qui ont passé jusqu'ici presque toujours inaperçues. Wilkie passe en revue tous les modes de traitement proposés et discute avec soin leurs indications.

Il conseille de ne pas s'attarder à un traitement médical (strychnine, belladone, antiseptiques, massage, bandage) insuffisant. En temps de crise, étant donné la formation fréquente d'une valvule qui met obstacle à l'évacuation des gaz, l'introduction d'une sonde semi-rigide, le lavage intestinal, l'électrisation sont des mesures souvent efficaces. Chose curieuse, l'opium lui a donné d'excellents résultats en relâchant la paroi distendue, l'effacement de cette valvule formée par la pression d'amont. Ce sont des mesures qu'on peut tenter avant le traitement chirurgical. La résection est l'opération radicale qui ne doit être tentée que si l'on peut enlever toute l'anse dilatée. La colopexie, la coloplication suffisent parfois. La colorectostomie est difficile comme exécution.

Enfin, comme opération d'urgence la colostomie amène une amélioration immédiate, mais les signes réapparaissent dès qu'on ferme la fistule. Cependant Wilkie montre par un exemple frappant que si on pratique une bouche extrêmement petite, une *valve de sûreté* et non un anus, bientôt les matières reprennent leur cours naturel, et seuls de temps en temps des gaz sortent par la fistule. Sans grande incommodité le malade peut indéfiniment rester ainsi en bonne santé.

Quant à la pathogénie, pour Wilkie, l'affection est sûrement toujours d'origine congénitale — et il lui voit deux origines vraisemblables. Tantôt le côlon pelvien est anormalement long et plissé — il en résulte la formation d'un repli ou valve à sa réunion avec le rectum, d'où surdistension en amont qui elle-même exagère la valve, c'est un véritable cercle vicieux — on comprend que le relèvement des parois par l'opium, l'évacuation des gaz par la sonde ou une colostomie suffise à entretenir l'affection dans un état satisfaisant.

Dans d'autres cas, il n'y a manifestement pas de valvulation car le rectum dilaté se continue sans limite nette avec le côlon. Wilkie pense qu'il s'agit dans ces cas de surdistension primitive du côlon pelvien par le méconium — après la naissance le côlon se vide mal et incomplètement, des fermentations s'y développent, avec formation de gaz qui augmentent encore la surdistension. Ce sont ces cas sans lésions anatomiques typiques qui constitueraient ces cas frustes de la maladie, méconnus jusqu'à l'âge mûr, sur lesquels Wilkie a justement appelé l'attention.

M. LANCE.

MÉDECINE INFANTILE

Extubation par propulsion. (E. Caron. Thèse de Paris, 1908; A. Michalon.) — M. Caron fait connaître un nouveau procédé de détubage, applicable surtout aux tubes de Froin. Jusqu'ici le détubage de ces tubes par manœuvres externes était considéré comme difficile, sinon impossible, et surtout comme dangereux. Mais M. Jules Renault a préconisé un moyen pratique d'extraire ces tubes sans instruments, c'est ce moyen que M. Caron décrit, dans sa thèse, et qu'il appelle l'extubation par propulsion.

En voici la technique, telle qu'elle a été exposée par M. Renault à la Société de pédiatrie en 1907. Premier temps : L'enfant est assis sur le bord de son lit; une infirmière, placée de l'autre côté du lit, maintient les deux bras appliqués le long du corps et non attirés en arrière. L'opérateur se place en face de l'enfant, un genou sur le sol; sa main gauche prend la tête de l'enfant (le pouce sur le front, les doigts sur l'occiput) et la renverse en arrière; sa main droite embrasse le cou (le pouce en avant, les doigts sur la nuque); le pouce, placé immédiatement au-dessus de la fourchette sternale, cherche par son bord interne à sentir l'anse du tube. — Deuxième temps : Quand le pouce sent bien l'anse du tube, il le fait remonter doucement et sans exercer aucune force jusqu'au cartilage cricoïde. — Troisième temps : L'opérateur, dont les mains n'abandonnent pas leurs positions respectives, penche en avant tout le haut du corps de l'enfant, sans fléchir la tête ; le tube tombe dans la bouche et de là sur le sol ou dans la cuvette disposée à cet effet.

Ce procédé de détubage est un procédé de douceur, car toute violence empêche le tube de remonter dans le pharynx. Il peut être employé par tout le monde, et rendre par conséquent de grands services en cas d'asphyxie imminente due à une obstruction brusque du tube.

Il réussit presque toujours; la seule cause d'insuccès tient à l'enfoncement trop profond du tube; si on ne parvient pas à sentir l'extrémité inférieure du tube, ou s'il n'y a pas assez de place entre sa partie terminale et la fourchette sternale pour placer le bord interne du pouce, le procédé ne peut réussir.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Abcès périnéphrétiques. (*Philadelphia Acad. of surg.*, 6 décembre 1909.) — Miller attire l'attention sur la pauvreté de l'irrigation sanguine de la capsule cellulo-adipeuse du rein, sur la richesse en lymphatiques et sur la large ouverture que la loge aponévrotique présente par en bas. La cause la plus fréquente d'abcès périnéphrétique n'est point le rein enflammé, c'est une infection dans la zone tributaire des ganglions lymphatiques lombaires : cela veut dire une grande partie des organes génitaux. C'est de cette zone-là que vient l'infection dans les cas si nombreux dans les statistiques attribués à une cause inconnue. Inversement, on attribue des abcès périnéphrétiques à l'appendicite, la cholécystite, les abcès du foie, de la rate, du pancréas. Ces affections peuvent facilement causer des abcès sous-phréniques, mais guère des abcès périnéphrétiques. De même, la pneumonie et l'empyème ne peuvent guère causer de périnéphrite suppurée. En réalité, quand les deux sont associés, c'est la périnéphrite qui est cause de la pneumonie. Enfin, il y a quelques cas d'origine hématogène, mais la route prise par l'infection dans ces cas n'est pas bien déterminée.

Le traumatisme joue certainement un rôle important. La proportion des cas dus à une lésion rénale n'est pas de plus de 20 p. 100. Cela a une grosse importance pratique. L'abcès d'origine rénale est beaucoup plus grave, la mortalité y est d'environ 40 p. 100. Les autres guérissent très bien, par simple incision et drainage : la mortalité est de moins de 10 p. 100. Il est en général possible de faire le diagnostic de la variété, rénale ou non rénale, à laquelle on a affaire.

Au point de vue diagnostic, il faut noter que la douleur à la pression dans le triangle lombaire de Grynfelt a la même signification au point de vue des abcès périnéphrétiques que la douleur au point de Mc Burney dans l'appendicite. De plus, l'abcès périnéphrétique donne une leucocytose extrêmement forte.

Sur 36 cas, 20 avaient l'urine normale, 12 une trace d'albumine avec des cylindres, et 4 seulement présentaient du pus dans l'urine. L'examen bactériologique de 23 cas en montra 12 à staphylocoques, 6 à coli-bacille, 2 stériles, 2 à streptocoques, 1 à streptocoques et pneumocoques. Sur 4 cas d'origine rénale, il y eut deux morts, sur les 32 autres cas, trois morts seulement. Dans 20 cas, la porte d'entrée de l'infection resta indéterminée malgré toutes les recherches. Mais elle n'était certainement pas dans le rein. Dans 3 cas, l'influence du traumatisme était très nette.

Deaver approuve ce que dit Miller à propos du traumatisme. Il y a des abcès périnéphrétiques hématogènes et des abcès périnéphrétiques tuberculeux. Les collections intra-rénales sont plus fréquentes que les périrénales. Quand le rein est sain, les malades guérissent toujours.

Roberts insiste sur la valeur de la douleur localisée au triangle de Grynfelt et aussi sur le fait que beaucoup de cas sont primitifs.

Gibbon proteste contre la tendance des chirurgiens à appeler abcès périnéphrétique toute collection que l'on ouvre postérieurement. Naturellement, le rein n'a rien à voir quand il s'agit d'une collection intrapariétale pure, mais ce ne sont pas là des abcès périnéphrétiques à proprement parler.

F. GARDNER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Contribution à l'étude de la syphilis artérielle. Les ruptures spontanées de l'aorte par aortite scléro-atrophique. (M. Letulle. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, 1909, p. 473-510, 11 fig.). — En pleine santé, un homme de vingt-neuf ans succombe, au cours d'un travail commandé, à la rupture spontanée de la crosse aortique. La question accident du travail avait été posée et jugée. L'aorte présente une large rupture,

au-dessus des valvules sigmoïdes, et parallèle à leur bord libre. A l'œil nu, le vaisseau paraît seulement légèrement dilaté et ses parois légèrement amincies.

L'étude microscopique très détaillée, et illustrée par de belles figures, montre qu'en réalité le traumatisme n'a pas eu à intervenir. Il existe une panaortite scléro-graisseuse, surtout au niveau de la rupture : la membrane interne paraît s'être décollée un certain temps avant la rupture, comme en témoigne l'existence d'un caillot fibrineux, adhérent au fond de la plaie formée par ce décollement. L'aspect des lésions et les altérations scléro-nodulaires avec endovascularite oblitérante, constatées sur les vasa vasorum, semblent bien indiquer qu'il s'agit de syphilis. Les poumons présentaient des lésions scléreuses que l'auteur rapporte à la même origine.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Guide pratique du médecin inspecteur des écoles (1), par le docteur L. DUFESTEL, médecin inspecteur des écoles de Paris, avec une préface de M. le docteur LE GENDRE.

Comme le dit fort bien le docteur Dufestel dans son introduction, « par suite de son extension, la médecine scolaire est devenue aujourd'hui une véritable spécialité et celui qui l'exerce doit avoir des connaissances nombreuses, non seulement en médecine générale et spéciale, mais encore dans les branches diverses qui, au premier abord, paraissent bien étrangères à la médecine ».

C'est pour contribuer à former de bons médecins inspecteurs des écoles que l'auteur a écrit cet excellent ouvrage, qu'il a divisé en cinq parties. La première traite de l'organisation de l'inspection médicale, de son but, des attributions et du mode de recrutement des médecins scolaires. La seconde expose la façon de procéder à la visite des locaux scolaires et de la cantine et à l'inspection des aliments et des boissons. La troisième s'occupe de l'examen individuel et de l'établissement de la fiche scolaire. Dans la quatrième partie, l'auteur s'est occupé de la prophylaxie des maladies contagieuses à l'école, en insistant surtout sur les signes précoces qui permettent d'enrayer les affections épidémiques. La cinquième partie est consacrée aux attributions complémentaires du médecin scolaire, à la surveillance de l'éducation physique et à l'enseignement de l'hygiène. Enfin dans un appendice sont rassemblés un certain nombre de documents qui peuvent être nécessaires à l'inspecteur médical de campagne ou de petites villes.

Cette simple énumération montre que rien de ce qui concerne la « spécialité » n'a été omis par le docteur Dufestel dans son livre, et la grande expérience de l'auteur, ainsi que la proximité d'un concours ayant lieu pour la première fois, assurent le succès auquel il a droit.

A. CAULLIEUR L'HARDY.

Conférences de pathologie infantile (2), par le docteur GENARO SISTO, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires. Traduction par le docteur L. FRANCOZ, avec une préface du professeur HUTINEL.

Les cinq premières conférences sont consacrées à l'étude de l'*atrophie* des enfants. Sous cette dénomination M. le docteur Sisto réunit l'*athrepsie* telle que l'a décrite Parrot à l'*hypotrophie* des enfants plus âgés.

Il étudie successivement la théorie de l'intoxication acide de Czerny, l'opinion de Concetti, celle de Moro et Hamburger; il soulève la question des albumines telle que Escherich et Hamburger l'ont posée, puis il en arrive aux conceptions de Variot et termine par une étude du traitement diététique qu'il convient d'appliquer aux enfants atrophiés; dans les conférences qui suivent, l'auteur aborde la question de l'*épilepsie* et de son traitement, puis il étudie le *cri* chez les syphilitiques et en montre l'importance en vue du diagnostic de l'hérédo syphilis; enfin l'ouvrage se termine par un exposé très clair de l'*énurésie* nocturne et du *syndrome de Little*.

Dans toutes les questions exposées, l'auteur a fait avec un esprit critique très sûr, une mise au point très exacte des problèmes envisagés, et pour chacune d'elles, il a su donner une note très personnelle.

La traduction est faite en un style très agréable qui rend la lecture de ce livre extrêmement facile. L. BABONNEIX.

Compte rendu de la clinique obstétricale et gynécologique de l'Université royale de Turin, pendant les années scolaires 1905-1906, 1906-1907, 1907-1908, publié par M. le professeur G. VICARELLI, directeur.

Le professeur Vicarelli (de Turin) vient de faire paraître, traduit en français, le fonctionnement de son service de 1905 à 1908. Aux tableaux relatant le mouvement des malades sont annexés les travaux publiés pendant ces trois années par le professeur et par ses collaborateurs. Citons en particulier :

De M. Vicarelli : Rapport sur l'enseignement officiel de la puériculture et la relation d'une opération césarienne suivie d'hystérectomie pour placenta prævia dans un utérus fibromateux.

De M. Soli : Recherches comparatives sur le pouvoir hémolytique du sérum du sang maternel et fœtal.

De M. Cappone : Le poids spécifique du sang de la femme pendant l'époque cataméniale.

De M. Vaccari : Les gros enfants au point de vue obstétrical. M. DELESTRE.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 30 juillet 1910.) VAN DEN BRANDEN : Un cas de méningite cérébro-spinale provoqué par un streptocoque. — E. BUYS : De la notion graphique du nystagmus vestibulaire spontané. — A. MAHAIM : Un cas d'apraxie par compression de l'hémisphère gauche. — E. MALVOZ : A propos d'accidents alimentaires ; améliorations à apporter à la réglementation de la surveillance sanitaire de la viande.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 7, Juillet 1910.) BRANCA : Notes sur la structure de l'ongle. — RISPAL et DALOUS : Contribution à l'étude de la morphologie et du développement du sporotrichum Beurmanni. — LASSUEUR : Le traitement de l'acné pustuleuse par les vaccins. — ROQUES : Le traitement opothérapique de la sclérodermie. — POLLITZER : Réflexions sur l'étiologie du psoriasis à propos de l'article de M. Brocq.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 7, juillet 1910.) LE MARC HADOUR et L. CHAUVEAU : Contribution à l'étude des périostites du conduit auditif externe au cours des otites suppurées. — BIRMAN-BERA : Quelques considérations sur le relèvement du tympan. — LEDOUX : Palato et jugoplastie à lambeau fronto-temporal après la résection totale du maxillaire

(1) In-18 jésus, cartonné toile, de 226 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.
(2) Paris, O. Doin.

supérieur. — BAR : Sur le diagnostic des abcès cérébraux d'origine otitique. — LOMBARD : Note rectificative.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Août 1910.) BLOCH : Contribution à l'étude du meilleur système de latrines de jour et de nuit à installer dans les casernes. — LEVOIN et THOINOT : L'histoire de l'intoxication oxycarbonée. — DE DOMINICIS : A propos du sperme dans l'urètre. — DERVIEUX : Contribution à l'étude médico-légale du sperme. — WIENER : L'ozonisation du lait.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (Nº 290, 25 juillet 1910.) NOGIER : Les derniers progrès de la radiographie rapide. — DESPLATS : Les résultats éloignés de la fulguration. — (Nº 291, 10 août.) BELOT : La filtration en radiothérapie. — (Nº 292, 25 août.) BETTON-MASSEY : Renseignements sur l'application de la chirurgie ionique du cancer. — JELLINEK : Les accidents causés par la foudre et l'électricité industrielle. — HERRGOTT : Les thermophiles électriques.

Archives de médecine des enfants. — (Nº 8, août 1910.) LAURITZEN : Traitement du diabète sucré chez l'enfant. — Genaro SISTO : Les cris chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. — (Nº 9, sept.) CARDAMATIS : La malaria infantile. — BREUER : Du noma. — NICOLETOPOULOS : La fatigue comme cause de l'énurésie chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (Nº 8, août 1910.) GARY : Etude sur la pleurésie purulente interlobaire. — COMBE : La poliomyélite aiguë épidémique. — SABATIER : Note sur un filtre à sable non submergé. — (Nº 9, sept.) DAUTHEVILLE : Quelques observations de scorbut au Sahara. — CHAMEROY : Appendicisme vermineux. — TRANCHANT : Luxation du tendon péronier latéral. — TARTAVEZ et PELTIER : Sur l'emploi des empreintes plantaires en chirurgie. — LABOUGLE : Epidémie de rubéole. — DU ROSELLE : L'engagement volontaire.

Archives de médecine navale. — (Nº 7, juillet 1910.) LESSON : Ressources hospitalières des ports du Pacifique visités par le croiseur *Catinat* (1908-1909). — MICHEL : Les pêcheurs d'Islande en 1908. — VINCENT : Note sur quelques abcès du foie opérés.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (Nº 7, juillet 1910.) GROSMANN et ANZA JIANO : Sur les effets de l'intoxication nicotinique. — M. LABBÉ : Les obésités irréductibles. — CARNOT et SLAVU : Sur la vitesse du passage pylorique. — FAIX : Des soins pré et post-opératoires dans les interventions sur l'estomac.

Archives générales de chirurgie. — (Nº 7, 25 juillet 1910.) HEULLY : Les luxations traumatiques du tarse antérieur, leurs conditions anatomiques, leur mécanisme et leurs variétés. Etude à propos de sept cas nouveaux. — DUREY : Sur le mécanisme des fractures du crâne. — VANDENBOSSCHE : Ruptures de la vésicule biliaire dans les contusions de l'abdomen. — MAUCLAIRE : Inclusion intramalléolaire des tendons péroniers luxés. — (Nº 8, 25 août.) VAUTRIN : Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. — STRAUSS : Pansements des plaies avec la solution de la pommade rouge R. — MAUCLAIRE : Quatre essais d'anastomose artério-veineuse.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 27, 7 juillet 1910.) O. LENTZ : Pathologie et traitement de la rage. — UHLENLUTH et MULTZER : Les bases expérimentales des recherches chemothérapeutiques au moyen des nouvelles préparations arsenicales dans les maladies à spirochètes et en particulier dans la syphilis. — C. HART : Sur l'infection secondaire par les bacilles tuberculeux. — LIERTZ : La représentation radiographique de l'appendice vermiforme. — GRAU : Gélatine et coagulation du sang. — H. KÜMMEL : Comment abaisser la mortalité de l'appendicite et se garder des abcès et des péritonites? — MOMBURG : Appareil pour pied plat fondé sur de nouveaux principes. — FRÄNKEL : Nouvelles contributions au traitement des difformités du pied. — PESCHEL : Nouvelle constatation dans le gliome de la rétine. — WASSERMANN : Bains de boue oxygénée. — HEERMANN : Instrument nouveau pour le massage du nez. — (Nº 28, 14 juillet.) RUMPF : Diagnostic et traitement des névroses cardio-vasculaires. — HOFFMANN : Emploi de la méthode d'Uhlenluth pour la recherche des bacilles très rares dans les fragments de tissus. — RAPPIS : Contribution à la tuberculose traumatique. — ZEBROWSKI : Sur les ganglions sous-cutanés du thorax dans la tuberculose pulmonaire. — BERBLINGER : Rupture traumatique incomplète du cœur. — GUNZBURG : Sur le diagnostic des ulcères du duodénum. — KLINGMÜLLER : Sur les proliférations dans la gonorrhée. — STEINER : Sur la torsion de l'épiploon. — HERZEN : Sur la leucoplasie vésicale. — LINDNER : Sur la nature de l'agent du trachome. — TSUNODA : Une variété de glycephagus comme endoparasite. — (Nº 29, 21 juillet.) RUMPF : Le diagnostic et le traitement des névroses cardio-vasculaires. — REICHER : Contributions expérimentales au traitement des tumeurs malignes. — GRAWITZ : Sur la leucocytose myogène. — STORATH : Abus habituel du chloroforme. — THORSPUKEN : Un cas de rhumatisme noueux. — STREITBERGER : Sur la désinfection du champ opératoire par la teinture d'iode. — GASIS : Sur la recherche des spermatozoïdes dans les vieilles taches de sperme. — LEHMANN : Otite moyenne aiguë avec abcès périsinusien et paralysie de l'abducens. — WERTHEIMER : Sur la Röntgen-cinématographie des organes internes de l'homme. — SCHALL : Nouveautés cliniques dans le domaine de la médecine, de l'hygiène publique et de la thérapeutique. — (Nº 30, 28 juillet.) TREUPEL : Expériences sur le nouveau médicament d'Ehrlich-Hata dans les affections syphilitiques et métasyphilitiques. — WECHSELMANN et LANGE : Sur la technique des injections de dioxy-diamido-arsenobenzol. — FRANKE : Sur le traitement opératoire de l'apoplexie. — KLEINE : Découvertes de trypanosomes au Tanganyka et autres observations. — BAMBERGER : Tachycardie paroxystique dans la maladie de Basedow. — GRÜNART : Fracture de l'apophyse postérieure du talon. — RISEL : Sur les enfants malades nourris au sein et par l'allaitement mixte. — VŒCKLER : Sur la technique du cathétérisme urétéral. — MAETZKE : Sur la sabromine dans la chorée.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU RECTUM ET DE L'ANUS (1)

PÉRIODE D'ÉTAT. — A la période d'état, les symptômes déjà énumérés s'exagèrent et nous pouvons les grouper ainsi qu'il suit : 1° *écoulements anormaux* par l'anus, de sang, de pus, de glaires ; 2° *douleurs* ; 3° *troubles de la défécation*.

1° **Ecoulements anormaux par l'anus.** — Ces écoulements s'observent surtout pendant la défécation ; il peut s'agir de *sang rouge*, s'écoulant en quantité assez abondante, anémiant rapidement le malade, ou simplement de filets de sang, de glaires sanguinolents (peaux, raclures) ; on peut observer la présence de pus qui provient en général d'abcès de la région

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nº 102, p. 1412.

péri-anale; le pus s'écoule mêlé à des débris sphacélés, fétides; ces écoulements peuvent s'observer en dehors de la défécation, ce qui est plus rare; il s'agit alors de sérosités sanguinolentes, *fétides*, s'écoulant sans cesse, obligeant le malade à se garnir, provoquant des *érythèmes*.

2° **Douleurs.** — Il faut signaler l'existence de douleurs, parfois intolérables, s'exagérant surtout au moment de la défécation, mais existant aussi *spontanément*, ou seulement provoquées par la marche, la position *assise*, s'accompagnant d'irradiations vers la vessie, le petit bassin, les membres inférieurs (sciatique), par envahissement du plexus sacré.

3° **Troubles de la défécation.** — Souvent ces troubles résument, à eux seuls, toute l'histoire clinique du cancer : en première ligne se place la *constipation opiniâtre*, se terminant souvent au bout de huit à dix jours par une débâcle de selles diarrhéiques, sanguinolentes ; plus tard s'allonge encore cette période de constipation qui arrive à simuler l'obstruction (insuccès des lavements et purgatifs, ballonnement du ventre, inappétence, nausées) et quelquefois même simule l'occlusion aiguë : en général les *matières* sont modifiées, dures, effilées, rubannées, caractères moins importants et moins constants qu'il est classique de le répéter.

Plus rarement on peut observer la *diarrhée*, s'accompagnant d'expulsion de matières fétides, mêlées de pus, de débris de tumeur.

A ces symptômes s'ajoutent les renseignements fournis par l'examen de l'état général (anémie, émaciation, cachexie cancéreuse, etc.).

ÉVOLUTION. COMPLICATIONS. — Les symptômes précédents vont encore s'aggraver, en particulier les douleurs qui deviennent intolérables, les pertes de sang qui se répètent, l'intoxication qui s'accentue, les infections locales, dont l'apparition hâtera encore la fin du malade.

A côté de ce premier groupe de complications relevant de l'aggravation des symptômes, il faut placer les COMPLICATIONS MÉCANIQUES : *a.* L'*occlusion intestinale*, qui s'explique alors par la turgescence de la muqueuse au-dessus du rétrécissement, par la coudure de l'intestin, etc. ; il est très rare cependant que les malades succombent à une occlusion aiguë, et ce que l'on observe plutôt ce sont des phénomènes d'obstruction.

b. L'*incontinence des matières* surtout dans la forme ano-rectale; cette incontinence facilite l'apparition de COMPLICATIONS INFECTIEUSES, les unes *limitées* (*abcès* péri-ano-rectaux, abcès de la marge de l'anus avec larges décollements, abcès des fosses ischio-rectales avec trajet fistuleux, tendance à la gangrène, à l'escarre), les autres *éloignées* (phlegmatia alba dolens, abcès du foie, péritonite circonscrite à répétition, pleurésie, etc.).

Mais la complication la plus à redouter est l'EXTENSION du cancer. Nous avons signalé l'envahissement lymphatique. Signalons à ce propos l'importance qu'en un article récent M. Lejars attribue au *ganglion sus-claviculaire*, à l'envahissement du Douglas (*dépôt pelvien*) et à l'envahissement de l'ombilic, comme excellents signes à distance des cancers abdominaux.

La connaissance de l'envahissement précoce de l'espace celluleux péri-rectal (dépôt pelvien du Douglas, *pelvic deposit*), observé surtout au cours de cancer de l'estomac, de l'ovaire, évitera souvent des erreurs de diagnostic avec le cancer du rectum à l'occasion d'un toucher rectal fait un peu hâtivement. Mais c'est surtout l'envahissement de proche en proche qui est à redouter, au cours du cancer du rectum, et c'est cette extension plus ou moins importante qui guidera le chirurgien sur la conduite à tenir en présence de l'un de ces cancers.

Chez la femme, la cloison recto-vaginale peut être infiltrée de bonne heure; elle ne tarde pas ensuite à être détruite ; les matières fécales s'écoulent par la vulve, avec du pus et des débris de tumeur ; chez l'homme, bien que la barrière prostato-péritonéale soit plus résistante, l'envahissement peut avoir lieu, puis le cancer s'étend à la prostate, aux vésicules séminales, etc.

Dans les deux sexes, l'on peut observer l'envahissement des voies urinaires (perforation de la vessie, fistules vésico-vaginales, vésico-rectales); plus souvent l'on observe de la compression des uretères se compliquant d'URÉMIE LENTE avec ou sans hydronéphrose ; à retenir cette évolution du cancer du rectum *vers l'urémie* d'une part et, d'autre part, vers la STERCORÉMIE par obstruction intestinale, modalités cliniques qui donnent parfois au cancer du rectum une allure tout à fait spéciale (forme *stercorémique*, forme d'*urémie* lente).

Enfin le néoplasme peut envahir les nerfs de la région lombaire et sacrée (sciatique double le plus souvent); il peut gagner le péritoine (péritonite circonscrite, etc.).

La mort peut être le résultat de la seule cachexie cancéreuse; elle a lieu en général dix-huit mois à deux ans après le début du cancer, exceptionnellement l'évolution peut durer trois et quatre ans ; elle se fait alors souvent au milieu de douleurs atroces.

La fin peut être précipitée, par des hémorragies, une péritonite, des accidents d'occlusion, des accidents de stercorémie, d'urémie, des infections surajoutées (pneumonie, broncho-pneumonie, pleurésies, etc.).

Telle est, dans ses grandes lignes, l'évolution du cancer du rectum et de l'anus : imprécis dans sa symptomatologie au début, souvent trop avancé dans son évolution lorsqu'un des symptômes capitaux attire l'attention, le cancer du rectum est surtout affirmé en clinique par le TOUCHER RECTAL.

TOUCHER RECTAL : le toucher rectal doit être systématiquement pratiqué, chaque fois qu'un malade accuse des désordres, si légers soient-ils (hémorroïdes, troubles de la défécation, etc.).

On peut combiner au toucher rectal, la *palpation abdominale*, le *toucher vaginal*.

Il n'est pas inutile, à ce propos, de rappeler que le toucher doit être toujours pratiqué avec un doigtier pour éviter la contagion possible (Mauclaire), mais surtout l'*infection* du doigt du chirurgien.

Dans le CANCER ANAL, s'il s'agit de la *forme interstitielle*, l'anus apparaît au toucher dur, inextensible, le sphincter est, le plus souvent, envahi en totalité; s'il s'agit de la *forme végétante*, la tumeur fait saillie à l'extérieur, sous forme d'un gros champignon ulcéré, couvert de végétations molles, avec une base indurée, mal circonscrite ; les ganglions inguinaux sont pris de bonne heure; le cancer peut s'être développé sur des hémorroïdes; le toucher permettant d'apprécier la dureté spéciale doit faire pencher le diagnostic vers le cancer.

Dans le CANCER DU RECTUM proprement dit, les sensations fournies par le toucher varient avec l'étendue des lésions, et le degré de la rectite surajoutée; il peut s'agir de *cancer de petite dimension* se présentant sous la forme de végétations fongueuses, remplissant plus ou moins la cavité rectale, parfois molles, sauf au niveau de leur implantation, parfois uniformément dure (excellent signe).

Si le cancer est *plus étendu*, on sentira par le toucher une masse entourant les deux tiers du rectum, masse dont les bords sont relevés et durs, le milieu excavé, renflée çà et là, remplissant de bourgeons multiples tout le rectum; on constatera qu'il existe des noyaux disséminés, au-dessus et au-dessous.

Dans la *forme circonérentielle*, le rétrécissement de la lumière de l'anus est parfois si marqué que le doigt a peine à le franchir : il se produit des plicatures dans le rectum et le doigt hésite pour reconnaître la lumière de l'intestin.

Dans le *cancer massif infiltré*, tout le rectum est transformé en un conduit tortueux, rigide, anfractueux, à surface lisse par endroits, bosselée en d'autres, ne permettant plus de reconnaître la prostate, le coccyx.

Il faut signaler la facilité avec laquelle la tumeur saigne, l'odeur fétide des débris ramenés par le doigt, etc.

Le toucher rectal peut permettre quelquefois de sentir des cancers haut situés, si l'on a la précaution de recommander au malade de pousser pendant l'examen.

Le toucher permet en outre d'apprécier l'*extension en surface* et l'*extension en profondeur*, l'*adhérence* avec les plans voisins, l'*existence de fistules*, la variété à laquelle on a affaire (*encéphaloïde, squirrhe*), le degré de l'*envahissement ganglionnaire* pelvien.

Il est inutile d'insister plus longuement sur l'utilité de ce toucher rectal, que la rectoscopie ainsi que l'examen au spéculum pourront parfois venir compléter, en vue de parvenir à un diagnostic précoce et certain. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 106. — SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 17 SEPTEMBRE 1910. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Liste des candidats :

Candidats militaires (39). — 1. MM. Apard, Auquier, Béguier, Bernard (Pierre), Bernard (Eugène), Bralez, Carrière, Chantemesse, Chapelain, Deglaire,

11. Delort, Dossin, Duchamp de Lageneste, Ducuing (Jean), Fauconnier, Faurel, Festal, Florand, Fogt, Fontaine,

21. Gelin, Gras, Huette, Jacquelin, Jarrige, Leroy (Maurice), Mercier (Pierre), Moing, Papillaud, Patriarche,

31. Peyre, Ribetou, Royer, Texier, Thibault (Olivier), Vauzanges, Vernédal, Viard, Villetard de Prunières.

Première moitié. — *Première série* (99). — 1. MM. Abrial, Ach, Agnel, Andral, Andréoli, Apchin, Arce, Mlle Armand, MM. Arnaud, Auchier,

11. Aurcille, Aveline, Babalian, Barabeau, Barbare, Barbatis, Barbier, Barbion, Bardon, Barois,

21. Barrès, Barry, Bartement, Bavachi, Bazile, Beaud, Beaumaris, Beaussillon, Mlle Beauvais, MM. Bechmann,

31. Béhague, Bellon, Mlle Benassy, MM. Bénech, Benoist, Bergès, Bertaux, Bertin, Besse, Besson,

41. Bieulac, Billey, Mlle Billoud, MM. Binet (Léon), Binet (Maurice), Binet (Pierre), Blankstein, Bléteau, Blindmann, Blot,

51. Mlle Blumenfeld, MM. Bodet, Boeda, Boissier, Bollot, Bonnard, Bonnet, Mlle Botesat, MM. Boucher, Bougault,

61. Bouillette, Boulot, Bourgoin, Boussin, Bouthillier, Boutin, Boyau, Boyer, Bozonet, Brabander,

71. Brawarsky, Breger, Breitman, Breton, Briand, Brincat, Broqua, Brousse, Brousseau, Broussin,

81. Mlle Bruyère, MM. Bugeau, Buneau, Bureau (André), Bureau (Louis), Mlle Burgard, M. de Butler d'Ormond, Mlle Cabiale, M. Cadet, Mlle Caesar,

91. MM. Caillet, Calas, Calderon, Callot, Camino, Capoulade, Caracostea, Caron, Cassan.

Deuxième série (100). — 1. MM. Cathelas, Catrice, Caufment, Caussé, Cellier, Cerné, Chabanier, Chabert, Chailley-Bert, Chalut,

11. Chancel, Chanson, Chanut, Chapuis, Charon, Charpy, Chatonier, Chauvel, Chemin, Chevallereau,

21. Chevalley, Chevrolet, Chicandard, Chick, Chirol, Mlle Chncerson, MM. Claverie, Clémenceau, Clément, Coader,

31. Cochez, Codet, Coffin, Cojan, Collin, Cornet, Cornil, Coronado, Coty, Coudy,

41. Couinaud, Coulaudon, Couraud, Courbe, Courtois (Pierre), Courtois (Raymond), Mlle Cramer, MM. Croquefer, Cumine, Cyrot,

51. Daban, Dalbanne, Dariau, Dascalopoulos, Dauptain, David, Davigo, Deboutière, Debray, Decléty,

61. Defiol, Delahaye, Delamare, Delbos, Delmas, Demouy, Déresse, Derriey, Desanges, Designole,

71. Devauchelle, Dezac-Derecq, Djismedjian, Dohen, Doniol, Doumer, Dubourg, Dubroca, Dubuisson, Ducas,

81. Ducomet, Ducrohet, Ducuing (Prosper), Dufilhol, Dufraisse, Duhamel, Dujardin, Dupret, Durand (Marcel), Durand (René-Alexis),

91. Durand (René-Jules), Duriau, Duroselle, Durupt, Dutertre, Mlle Dvoretzky, MM. Echavarria, Eltrich, Engebach, Epstein.

Troisième série (90). — MM. Ernoul, Eschalier, Exintaris, Fabre de Parrel, Fafalio, de Fajole, Falliès, Fatou, Favory, Fauchay,

11. Faure, Feugier, Fieux, Fleurot, Flick, Fliniaux, Folley, Forestier, Fornairon, Fouché,

21. Fouquet, Fourneau, Fournier, Fradkine, Franc, François, Frémond, Fresney, Mlle Friedmann, MM. Fris-Larrouy,

31. Frucht, Funck, Furet, Gallerand, Gardères, Gardès, Garnier, Gasiglia, Gaudefroy, Gaume,

41. Gaumet, Mlle Gayon, MM. Géhard, Gillard, Ginestet, Giraud, Godard, Mlle Golgofsky, MM. Gomez, Gomot,

51. Gondal, Goubert, Gourcerol, Gourdin, Goy, Grille, Grillet, Grimaldi, Grimbert, Grisoni,

(*Voir la suite, p. 1461.*)

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'APPENDICITE VERMINEUSE

Par Ch. GARIN,
Interne des hôpitaux, préparateur de parasitologie à l'Université de Lyon.

I

Historique. — D'après Ragaine on peut trouver des cas déjà anciens d'appendicite vermineuse. C'est ainsi que Jadelot rapporte dès 1808 un compte rendu d'autopsie dans lequel il raconte « qu'un grand nombre de vers lombrics furent trouvés dans les différentes parties des intestins ; il y en avait quatre dans la cavité de l'appendice ».

Davaine décrit aussi d'après Becquerel l'autopsie d'un enfant chez lequel il trouva plusieurs ascaris, dont deux étaient à cheval sur une perforation appendiculaire. Cela n'empêche que l'histoire réelle de l'appendicite vermineuse commence avec Metchnikoff en 1901, et que cette affection est une acquisition récente en pathologie; acquisition dont le mérite revient à l'école française.

Les premières observations de Metchnikoff parurent à l'Académie de médecine le 12 mars 1901, au nombre de six. Dans quatre d'entre elles il découvrit des œufs d'ascaris et de trichocéphale et guérit les malades par la médication vermifuge. Deux autres observations plus importantes ont trait à des cas chirurgicaux où furent trouvés dans l'appendice des trichocéphales fixés et vivants. Sur les coupes, il décrit le premier les lésions observées. Il vit qu'autour des parasites se voyaient un certain nombre de polynucléaires bourrés de microbes, et des cellules inflammatoires en grand nombre. Les lésions observées n'étaient pas nouvelles, c'était de l'appendicite aiguë, mais il prenait sur le fait les parasites cause de l'inoculation. Il était donc en droit de conclure que les « parasites produisent en outre une action indirecte par l'intermédiaire des microbes qu'ils introduisent en lésant la muqueuse. Dans tous les cas il est évident qu'il faut compter avec eux dans l'appendicite comme dans beaucoup d'autres maladies ». Après Metchnikoff, Girard, puis Guinard, Kirmisson, Batut, Letulle, Brumpt et Lecène, Menetrier en France, Galli Vallerio, Unterberger en Allemagne publient de nombreuses observations nouvelles. L'existence de l'appendicite vermineuse était démontrée et admise par tous.

La pathogénie de cette affection fut bien étudiée par Guiart en 1904, puis par Weinberg en 1907. Guiart montrant que l'oxyure, le trichocéphale et l'ascaris même, se nourrissent du sang de leur hôte, et perforent pour cela la muqueuse intestinale, démontre que les parasites intestinaux agissent en tant que lancettes d'inoculation.

L'anatomie pathologique fut faite enfin par Unterberger en Allemagne et à Paris par Menetrier.

II

Etiologie et pathogénie. — L'appendicite vermineuse est due aux trois nématodes les plus fréquents chez l'homme en Europe, le trichocéphale, l'oxyure et l'ascaris. Nous n'avons pas trouvé de cas d'appendicite causés par d'autres parasites intestinaux.

Le *trichocéphale* est un ver de petite dimension constitué par deux parties très nettement distinctes, une partie antérieure, effilée, filiforme, une partie postérieure renflée qui renferme les organes génitaux et la partie postérieure du tube digestif. Il vit dans la dernière portion de l'intestin grêle et dans le cæcum, et par suite aussi dans l'appendice. Sa fréquence est assez variable suivant les auteurs. A Paris, Guiart l'a trouvé chez 50 p. 100 des malades hospitalisés; à Lyon, Drivou l'a rencontré chez 70 p. 100 des malades d'hôpital. Enfin nous-même l'avons trouvé chez les enfants lyonnais hospitalisés à Giens avec une fréquence de 30 p. 100.

Ce parasite ne vit pas au milieu des matières fécales, et depuis les travaux d'Askanagy, de Guiart et ses élèves, de Weinberg, on sait qu'il vit fixé dans la muqueuse intestinale. Il se fixe par sa partie antérieure qui chemine entre les glandes intestinales, et peut même s'enfoncer profondément jusque dans la tunique musculeuse. Cette fixation du trichocéphale est actuellement admise par tous; l'école lyonnaise avec Guiart admet que ce parasite se nourrit de sang.

L'*oxyure* est un nématode de dimension encore plus petite que le trichocéphale, il n'a guère que 4 à 8 millimètres de longueur. Sa présence dans l'appendice peut sembler à beaucoup de lecteurs très anormale. On croit communément en effet que l'oxyure vit dans le rectum au voisinage de l'anus. En réalité il n'en est rien, et ne vivent dans le rectum que les seules femelles fécondées. Les adultes mâles et les femelles vivent normalement dans la dernière portion de l'intestin grêle où a lieu la fécondation. Après l'accouplement les mâles disparaissent et les femelles descendent accomplir leur ponte dans le rectum.

La présence d'oxyures dans l'appendice est donc assez naturelle. Ce parasite comme le précédent se fixe par sa partie antérieure dans la muqueuse intestinale.

L'*ascaris* est beaucoup plus volumineux que les deux précédents. Les femelles arrivent à mesurer jusqu'à 15 centimètres de longueur. On peut le trouver dans un point quelconque du tube digestif. C'est un parasite très vigoureux, et dont les mouvements peuvent être très actifs. Sa fixation sur la muqueuse intestinale est encore très contestée, elle a été cependant démontrée par Guiart. L'ascaris possède d'ailleurs une armature buccale assez forte, constituée par trois mâchoires bordées de petites dents très fines. Au centre de ces trois mâchoires s'ouvre la bouche à laquelle fait suite un pharynx musculeux. L'animal est capable de pincer et de mordre la muqueuse pour s'y fixer. Nous ne l'avons trouvé à Giens que chez 5 p. 100 des enfants hospitalisés.

Pour les trois parasites dont nous venons de parler, la contamination se fait par l'eau et les légumes verts. L'oxyure cependant fait exception; l'œuf d'oxyure est embryonné de bonne heure, et est tué par un séjour prolongé dans l'eau ; c'est par les fruits et les légumes verts que se fait la contamination.

Il n'en est pas de même de l'ascaris et du trichocéphale dont les œufs très résistants, s'embryonnent assez lentement et ont besoin pour cela de chaleur et d'humidité.

Maintenant que nous connaissons à peu près les parasites incriminés dans l'appendicite vermineuse, on peut se demander comment ils agissent, et quel est le mécanisme de leur action pathogène. Nous trouvons l'explication de ce rôle pathogène dans les termes suivants du professeur Guiart :

« Notre intestin héberge, dit-il, une flore bactérienne des plus riches, où se rencontrent nombre de bactéries pathogènes; mais heureusement, à l'état normal, l'épithélium intestinal leur offre une barrière infranchissable. Il en est en réalité comme de notre tégument externe, toujours souillé par les bactéries mais qui ne se laisse pénétrer par elles qu'à la faveur d'une coupure ou d'une plaie. De même, dans l'intestin, les bactéries pathogènes restent sans action tant que la muqueuse ne se trouve pas éraillée par un corps étranger ou une particule solide ingérée avec les aliments, *ou n'est pas entamée par un helminthe quelconque vivant dans sa cavité.* En effet, cet helminthe, en se fixant sur la muqueuse pour ne pas se trouver entraîné par le cours des matières fécales, la déchire, et dès lors les conditions changent : les bactéries, inoculées par le parasite, se développent sous la muqueuse et produiront, suivant les cas, une entérite, une appendicite, un simple abcès. »

C'est donc en se fixant dans la muqueuse de l'appendice que les trois parasites dont nous avons parlé plus haut créent l'appendicite. Ils n'agissent pas simplement comme des corps étrangers irritants, mais bien plutôt comme de véritables lancettes d'inoculation. Les microbes inoculés ont pu être retrouvés sur des coupes à côté du parasite par Weinberg et par Menetrier. Car cette fixation des parasites a été observée par différents auteurs qui se sont occupés de la question, au niveau même de l'appendice. D'ailleurs cette fixation des parasites n'a pas besoin de se faire dans l'appendice même, et comme l'a très judicieusement fait observer Guiart, l'inoculation des lymphatiques peut se faire au niveau du cæcum, et l'inflammation gagner par eux l'appendice.

Fréquence de l'appendicite vermineuse. — Les observations d'appendicite vermineuse publiées jusqu'à ce jour et que nous avons pu retrouver ne sont qu'au nombre de 34. Toutes ces observations sont récentes et on n'en trouve pas d'antérieures à 1899.

Nous ne tiendrons pas compte en effet de deux observations rapportées par Ragaine dans sa thèse. Ces observations sont dues à Becquerel et datent de 1841.

L'appendicite vermineuse doit donc être considérée comme une affection relativement fréquente, puisque, connue depuis 1901 seulement, nous avons pu en trouver 34 cas. Nous sommes convaincus que lorsque l'attention sera attirée sur elle, cette affection se multipliera.

Pour ce qui est des parasites en cause, l'oxyure, le trichocéphale et l'ascaris sont seuls signalés. Une fois cependant on trouva dans l'appendice trois anneaux de tænia et des trichocéphales (cas de Martin). Cette observation est encore unique.

La fréquence relative des parasites incriminés est la suivante. Nous avons rencontré dix-sept fois l'ascaris, ce qui donne pour lui une proportion de 50 p. 100. L'oxyure est incriminé seul dans sept cas, soit 20 p. 100. Le trichocéphale six fois, soit 18 p. 100. Enfin les associations parasitaires donnent 12 p. 100.

C'est donc l'ascaris qui apparaît comme le plus fréquemment en cause. Ceci ne tient pas à la fréquence du parasite dans la population, car nous avons vu qu'il est beaucoup plus rare que le trichocéphale. Nous ne pensons pas non plus que ce parasite soit plus spécialement que les deux autres capables d'inoculer l'appendice. Nous pensons que s'il est plus souvent mentionné dans la littérature, c'est qu'il est beaucoup plus facile à observer en raison de sa taille. L'ascaris en effet ne peut échapper à l'observation, tandis qu'un trichocéphale et surtout un oxyure dans un appendice peuvent très bien échapper à un examen sommaire, et ne peuvent être mis en évidence qu'au moyen de coupes sériées. En réalité, il faut admettre que l'appendicite trichocéphalienne doit être de beaucoup la plus fréquente, du fait de la fréquence plus grande de ce parasite. La différence entre lui et l'ascaris, à ce point de vue, disparaîtra quand l'appendicite vermineuse sera systématiquement dépistée par l'examen microscopique des matières.

Gravité de l'appendicite vermineuse. — Sur les 34 observations que nous avons recueillies, nous trouvons sept cas de mort, ce qui donne une mortalité de 20 p. 100.

Sur ces sept cas de mort, six cas sont dus à l'ascaris, un à l'association de l'oxyure et du trichocéphale. L'appendicite ascaridienne apparaît donc comme la plus grave de beaucoup. Cette gravité spéciale s'explique aisément si l'on songe à la fréquence des perforations causées par l'ascaris. Si, pour les raisons indiquées plus haut, il ne semble pas admissible que l'appendicite ascaridienne soit la plus fréquente, il semble impossible de ne pas reconnaître à cette affection un caractère de gravité particulier. La mortalité dans l'appendicite ascaridienne est en effet de six sur dix-sept, soit 35 p. 100, alors qu'elle est de 11 p. 100 dans l'appendicite oxyureuse et de 12 p. 100 dans l'appendicite trichocéphalienne.

III

Anatomie pathologique. — *A.* **Appendicites à parasites fixés dans la muqueuse.** — *a.* TRICHOCÉPHALE. — Sur les coupes on trouve le parasite enfoncé dans la muqueuse. Le plus souvent il est coupé perpendiculairement à son axe, et se présente sous forme de deux cercles concentriques épais; l'un

extérieur constitué par la paroi externe de l'animal; l'autre central constitué par l'œsophage.

On ne trouve jamais de coupe des organes génitaux, car ceux-ci sont localisés à la partie postérieure du parasite, partie postérieure qui flotte toujours dans la lumière intestinale.

Au voisinage immédiat du parasite dans la muqueuse on trouve très peu de cellules inflammatoires, mais au niveau de la sous-muqueuse « on aperçoit des lésions de lymphangite manifeste. Les lymphatiques sont distendus par des cellules fortement colorées et qui sont en majorité des lymphocytes, avec une forte proportion de polynucléaires. Ces éléments sont disposés soit en traînées entre les faisceaux conjonctifs, soit en cordons plus volumineux, irrégulièrement bosselés et entourés d'une paroi vasculaire. Ces lymphangites se rencontrent plus profondément entre les faisceaux musculaires et même au niveau de la couche péritonéale » (Menetrier).

Ce sont donc en réalité des lésions inflammatoires de l'appendice, analogues à celles rencontrées dans des appendicites ordinaires, mais où le parasite par sa présence signe la nature et l'origine de l'affection.

b. OXYURE — Les lésions macroscopiques décrites par les auteurs sont un peu variables. Ce sont tantôt des lésions anciennes avec oblitération de la lumière appendiculaire (Menetrier), tantôt des lésions hémorragiques et inflammatoires aiguës (Brumpt et Lecène).

Il en est de même pour les lésions microscopiques. Brumpt et Lecène trouvent les parasites piqués jusque dans les follicules lymphatiques et entourés de lésions inflammatoires et hémorragiques importantes. Pour Menetrier « la muqueuse assez bien conservée est cependant par place interrompue par des zones de tissus fibreux où les glandes ont disparu. La sous-muqueuse est généralement scléreuse et à sa partie profonde elle présente des îlots de tissus graisseux qui la séparent presque sur tout son pourtour des couches musculaires.

Ce sont là des lésions habituelles des inflammations chroniques de l'appendice. En outre, les follicules lymphatiques hyperplasiés sont très irrégulièrement conformés : enserrés par places par le tissu fibreux, ils sont comprimés et étranglés, réduits à une mince bande de tissu lymphoïde ; en d'autres points, exagérément développés, ils bombent vers la surface en refoulant les glandes. Les couches musculaires sont peu modifiées. La couche péritonéale présente des capillaires dilatés et de petites traînées de lymphangite. Des lymphatiques gorgés de leucocytes se rencontrent aussi, mais assez rares dans le tissu de la sous-muqueuse.

B. **Appendicites à parasites intra-cavitaires**. — Ces cas sont dus soit à l'ascaris, soit comme ceux publiés par Menetrier à l'oxyure.

Les lésions observées sont surtout constituées par l'hyperplasie des glandes et des follicules lymphatiques.

On y observe aux forts grossissements de nombreuses figures de karyokinèse.

En réalité ces formes sont assez mal connues. Menetrier seul en a donné une description probablement incomplète.

Et nous pensons que leur étude exige de nouvelles recherches, au moins en ce qui concerne l'appendicite ascaridienne.

IV

Symptômes. — Les symptômes de l'appendicite vermineuse ne diffèrent pas de ceux de l'appendicite ordinaire. On peut y retrouver les différentes formes cliniques ou anatomiques décrites à propos de l'appendicite proprement dite.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner, si l'on veut bien se souvenir que le parasite, cause initiale de la maladie, n'a qu'un rôle d'inoculateur de microbes.

L'appendicite vermineuse ou non est le résultat d'une infection microbienne. La cause de cette infection échappe souvent dans l'appendicite « tout court », elle est précise dans l'appendicite vermineuse.

Nous ne pouvons pas, bien entendu, retracer ici le tableau clinique de l'appendicite, ou tout au moins de la crise appendiculaire. Mais dans l'intervalle de ces crises, la présence de parasites dans l'intestin donne lieu à des symptômes qui leur sont propres et qui manquent dans l'appendicite ordinaire.

Tout d'abord dans l'intervalle des crises, et en particulier avec le trichocéphale s'il est abondant, on peut observer de la diarrhée, avec cinq à six selles par jour. Ceci tranche avec la constipation habituelle dans l'infection appendiculaire.

On peut observer aussi d'autres symptômes propres au parasitisme intestinal : des céphalées persistantes, des convulsions ou des crises épileptiformes surtout chez l'enfant, des éruptions cutanées, de l'urticaire.

On pourra déceler aussi dans les matières fécales, surtout dans le cas de trichocéphalose, de petites quantités de sang par la réaction de Weber (Guiart et Garin, Cade et Garin).

V

Complications. — La gravité de l'appendicite vermineuse est très considérable. Si le trichocéphale ou l'oxyure donnent à cette affection une allure clinique ressemblant assez à l'appendicite banale, il n'en est pas de même de l'ascaris.

a. **Perforation**. — Avec l'ascaris en effet on a un grand nombre de morts par perforation. C'est ainsi que Feltman, sur 12 cas d'appendicite ascaridienne, observe 3 cas mortels, tous après perforation de l'appendice et péritonite suraiguë.

Sur 34 cas que nous avons pu trouver dans la littérature, nous relevons 6 morts; tous par perforation. L'appendicite ascaridienne revêt donc un caractère particulier de gravité vis-à-vis de l'appendicite trichocéphalienne ou oxyureuse.

Dans la première en effet on n'a que 1 mort sur 7 cas ; dans la seconde, 1 sur 8.

Cette fréquence de la perforation dans l'appendicite ascaridienne est due au volume du parasite, à son extrême mobilité et à sa grande vigueur.

La perforation se produit toujours au niveau d'une ulcération, et c'est au niveau de cette ulcération où la muqueuse est amincie que le parasite fait l'effraction et souvent au travers d'elle pénètre dans le péritoine pour y mourir.

b. **Abcès**. — L'abcès appendiculaire peut être observé dans l'appendicite vermineuse, au même titre que dans l'appendicite banale. C'est ainsi que sur 34 observations nous l'observons 4 fois.

Ce n'est pas d'ailleurs dans l'appendicite ascaridienne qu'ils sont le plus fréquents : 11 p. 100 contre 14 p. 100 dans l'appendicite trichocéphalienne et 12 p. 100 dans l'appendicite oxyureuse.

On le trouve associé à la perforation ou aux ulcérations appendiculaires. Le pus se trouve le plus souvent autour de l'appendice. Ce dernier est libre dans la poche d'abcès et plus ou moins nécrosé à son intérieur. Mais on observe des cas où sans pus péri-appendiculaire on trouve ce dernier dans l'appendice dilaté.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de l'appendicite vermineuse ne peut se faire, et ne peut être affirmé de manière certaine que par l'examen des matières fécales. Nous avons vu en effet qu'elle ne diffère en rien cliniquement de l'appendicite banale.

La réaction de Weber, si facile à réaliser, devrait être faite dans tous les cas d'appendicite; la présence de sang dans les matières, en faible quantité, est déjà un indice de forte présomption en faveur de la nature parasitaire de l'affection, comme nous l'avons démontré nous-même.

Cependant c'est seulement l'examen microscopique méthodique des matières fécales qui permet d'affirmer le diagnostic d'une façon absolue. Cet examen permet d'observer les œufs, et l'on peut ainsi connaître non seulement la nature parasitaire de l'affection, mais encore savoir d'une façon précise quel est le parasite à incriminer.

Les œufs d'ascaris, de trichocéphale et d'oxyure diffèrent en effet très nettement.

L'*œuf d'ascaris*, de forme ellipsoïde, mesure 50 à 75 μ de long sur 40 à 50 μ de large. Il est pourvu d'une double enveloppe : l'interne lisse et résistante, l'externe constituée par une couche albumineuse, transparente et mamelonnée, donnant à la coque un aspect mûriforme (fig. 1).

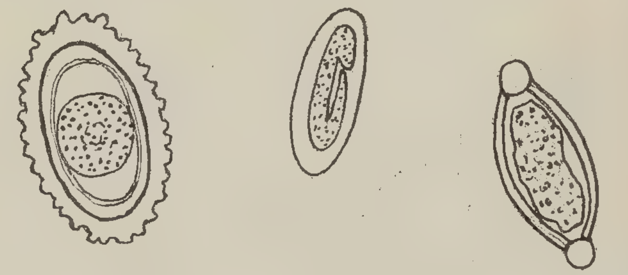
L'*œuf d'oxyure* est ovale; il mesure 50 μ de longueur environ sur 15 μ de large. Il renferme au moment de la ponte un embryon gyriniforme (fig. 2).

L'*œuf de trichocéphale* est comparé classiquement à un citron, il a 55 μ de long sur 25 μ de large. Il présente à chaque extrémité un petit bouton réfringent (fig. 3).

Cet œuf est de coloration brune rougeâtre tandis que l'œuf d'oxyure est incolore et l'œuf d'ascaris rarement coloré en jaune.

Pour trouver dans les matières fécales ces différents œufs, il faut employer une technique spéciale. En effet la quantité de matières fécales contenues dans une préparation est forcément très petite. Aussi il arrive qu'il n'y a qu'un œuf par préparation, ou même un seul pour deux ou plusieurs.

Les précautions à prendre seront donc les suivantes : on prélève avec un fil de platine une par-



1. *Ascaris*. 2. *Oxyure*. 3. *Trichocéphale*.

celle de matières fécales, et l'on porte cette parcelle dans une goutte d'eau sur une lame de verre. La parcelle est largement délayée dans l'eau, puis recouverte d'une lamelle.

La préparation ainsi obtenue doit être examinée complètement et explorée en entier avec un faible grossissement (obj. 3 ou 4).

On commence l'examen dans un angle de la lamelle et on parcourt une bande de la préparation dont la largeur est égale à la largeur du champ microscopique. Cette première bande ainsi parcourue jusqu'à l'autre bord de la lamelle, on recule la préparation d'une largeur de champ, et on explore en sens inverse une nouvelle bande. Au bord opposé une nouvelle bande encore, et ainsi de suite jusqu'à exploration complète. L'examen d'une telle préparation, entre des mains exercées et avec une lamelle de 22 × 22 demande cinq minutes. Si l'on ne trouve aucun œuf sur la première préparation il faudra en examiner une nouvelle et ainsi de suite. Ce n'est qu'après l'examen négatif de sept ou huit préparations que l'on sera en droit d'affirmer l'absence de parasites.

Cet examen microscopique des selles, s'il était méthodiquement pratiqué dans tous les cas d'appendicite, permettrait sûrement de multiplier les cas d'appendicite vermineuse connus; les cas publiés ne sont encore rares comme on l'a vu que parce que cet examen n'est pas ordinairement pratiqué par les chirurgiens.

Il a d'ailleurs un autre intérêt que le diagnostic de la nature parasitaire de l'affection, il a aussi une grande importance pour le traitement, comme nous allons le voir, car il renseigne aussi sur l'espèce parasitaire en cause.

VII

Traitement. — Le traitement de l'appendicite vermineuse relève, dans l'état de crise, du chirurgien et du chirurgien seul. Il devra poser les indications d'une intervention.

Mais dans l'intervalle des crises ou après l'opération on devra recourir au traitement anti-parasitaire.

Ce traitement diffère un peu suivant que l'on a affaire à l'un des trois parasites dont nous avons parlé.

a. **Ascaris.** — Quand une appendicite est due à l'ascaris, on devra recourir à la santonine ou au semen-contra.

Chez l'enfant, le semen-contra est le plus souvent suffisant. On le donnera le soir à la dose de 1 à 5 grammes dans de la confiture avant le coucher. Puis le lendemain une purge à l'huile de ricin amènera l'évacuation des parasites.

Avec la santonine on obtient, surtout chez l'adulte, des résultats meilleurs. On devra la prescrire à la dose de 0,05 à 0,15 centigrammes, en potion, qu'on formulera ainsi (Guiart).

Potion avec :

Santonine ....0g05 à	0g15
Huile d'amandes douces......	5 grammes

Faire dissoudre et ajouter :

Sirop de gomme............	30 grammes
Eau de fleur d'orangers. q. s. p.	150 —

à prendre en trois fois à cinq minutes d'intervalle.

L'emploi de la santonine devra être le plus souvent réservé à l'adulte, tandis que le semen-contra est mieux indiqué pour l'enfant.

Avec la santonine on obtient pour l'ascaris des succès constants.

b. **Oxyure.** — Pour débarrasser les malades de l'oxyurase intestinale, il faut d'abord expulser les parasites contenus dans l'intestin grêle, soit avec la santonine, soit surtout avec le thymol.

Le thymol se prescrit en cachets de 1 gramme. On donne de trois à quatre cachets par jour pendant trois ou quatre jours (Guiart) à l'adulte. Chez l'enfant au-dessous de cinq ans on ne devra jamais en donner plus d'un gramme.

De plus, l'administration du thymol insoluble dans l'eau et soluble dans l'alcool comporte la suppression des boissons alcooliques.

Après l'administration d'un vermifuge, on donnera au malade un lavement d'eau glycérinée à 10 p. 100 pour évacuer les parasites contenus dans le rectum.

c. **Trichocéphale.** — Le trichocéphale est justiciable du traitement thymolé dont nous avons parlé plus haut. Mais un seul traitement ne suffit pas en général.

Il faudra le répéter trois ou quatre fois à dix à douze jours d'intervalle.

D'ailleurs tout traitement antivermineux devra être suivi après dix jours d'un examen microscopique des matières fécales.

Cet examen devra avoir été négatif à plusieurs reprises pour qu'on soit autorisé à considérer les malades comme guéris.

Quant aux associations de plusieurs parasites, d'espèces différentes, leur traitement comporte l'application successive de la médication spécifique à chacun d'entre eux.

BIBLIOGRAPHIE

ASKANAZY. Le tricocéphale est un parasite qui se nourrit de sang, *Médecine mod.*, 1899, p. 615, et *Arch. f. klin. Med.*, LVII, p. 104. — ARBORÉ-RALLY. Ascarides lombricoïdes ayant simulé une crise d'appendicite, *Semaine méd.*, 1900, p. 443.

BLANCHARD (R.). *Arch. de parasitol.*, 1898, p. 452. — BECQUEREL. *La Clinique de l'hôpital des Enfants*, 1841. — BERTHOLET. *L'appendicite parasitaire*, Th. de Bordeaux, 1903-1904. — BATUT. Ascarides et appendicite en Tunisie, *Le Caducée*, II, p. 255, 1902. — BRUN. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1900. — BERNARD. Mécanisme d'action parasitaire, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, I, p. 21-22, 1903. — BRUMPT et LECÈNE. Appendicite vermineuse, *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, fév. 1909.

CAUTAS. Appendicite et lombrics. Appendicite et corps étrangers, *Presse méd.*, 1903, p. 550.

FELTMAN. *Accidents chirurgicaux dus aux ascaris*, Th. de Paris, 1908.

GIRARD. Rôle des trichocéphales dans l'affection de l'appendice iléo-cæcal, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1901, XX, p. 440. — GALLI-VALERIO. Un cas d'appendicite avec oxyures et trichocéphale, *Centralbl. f. Bakt.*, 1903, XXXIV, p. 350. — GENSEN. Rôle des ascaris dans le développement de l'appendicite, *Sem. méd.*, 1901, p. 150. — GUIART. *Traité de parasitol.*, 1909; — *Traité de diagnostic médical*, 1908; — Parasites de l'intestin, agents d'inoculation de l'appendicite, *Bull. des sciences pharm.*, nov. 1904; — *Soc. de biol.*, 1901 et 1899. — GUINARD. Appendicite à trichocéphale, *Presse méd.*, 1901, p. 161. — GARIN. L'entérite trichocéphalienne, *Progrès méd.*, 1908. — GUIART et GARIN. Trichocéphale gorgé de sang, *Lyon méd.*, 1908.

KIRMISSON. *Appendicites et vers intestinaux*, 1901.

LEMIÈRE. Th. de Paris, 1904. — LETULLE. Vers intestinaux et appendicite, *Compte rendu de la Soc. de biol.*, 1901; — *Presse méd.*, 30 déc. 1905.

METCHNIKOFF. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1901, p. 301. — MASSON. Th. de Paris, 1904-1905. — MATIGNON. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 26 mars 1901. — MENETRIER. Vers et appendicite, *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, fév. 1909.

POUCEL. Ascaris dans l'appendice cæcal, *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 893.

RAGAINE. *L'appendicite vermineuse*, Th. de Paris, 1905-1906. — RASPAIL (J.). Th. de Paris, 1906-1907.

UNTERBERGER. L'oxyure vermiculaire et sa fixation dans la paroi de l'appendice, *Centralbl. f. Bakt. und Parasit. orig.*, XLII, p. 495, 1908.

VALLIN. Sur l'étiologie de l'appendicite, *Revue d'hygiène*, XXIII, 1901, p. 289. — VIGOUROUX et COLLET. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, 6e série, VII, p. 270.

WALTHER. Appendice et trichocéphale, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* — WEINBERG. Du rôle des helminthes, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, XXI, juillet 1907.

FORMULAIRE

CONTRE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE ET LES BRONCHITES CHRONIQUES

Iodure de sodium	2 grammes.
Menthol cristallisé.....	0g20 *centigrammes.*
Cognac .... }	*ââ* 30 grammes.
Julep gommeux... }	
Eau chlor. saturée. }	

Potion à prendre par cuillerées à soupe, toutes les heures.

(*Nouveaux remèdes.*)

LIVRES NOUVEAUX

Guide médical du praticien pour les maladies journalières. Prophylaxie, traitement proprement dit, convalescence (1), par le docteur Ed. LAVAL, avec une préface de M. le professeur agrégé ACHARD.

Lorsque parut, voici quelques années, la première édition du *Guide chirurgical du praticien pour les opérations journalières*, j'avais prédit ici même, au docteur Ed. Laval, que son livre aurait un grand succès. On a toujours plaisir à constater que l'on fut bon prophète, je me réjouis donc doublement du succès obtenu par l'ouvrage de mon ami Laval.

Celui qu'il nous présente aujourd'hui aura la même heureuse fortune, parce qu'il est conçu sur le même plan, avec le même esprit pratique, laissant dans l'ombre ce que les théories ont d'incertain pour mettre en lumière le fait positif acquis qui peut servir au praticien.

Un livre de ce genre ne s'analyse pas; je me bornerai donc à dire qu'il débute par une étude générale du malade et de son milieu, puisqu'après avoir décrit l'alimentation qui tient une si large place dans la thérapeutique contemporaine, il passe en revue les principaux médicaments, en se conformant au Codex de 1908.

Arrivé au traitement proprement dit des affections, l'auteur résume en quelques lignes les symptômes cardinaux de chacune d'elles, puis passe au traitement en insistant sur tous les petits détails de pratique, si indispensables dans la vie médicale quotidienne.

Je voudrais pouvoir citer à ce propos les lignes si justes, si vécues, si suggestives, qu'a écrites dans sa préface M. le professeur agrégé Achard. La place me manque, et je me vois forcé de renvoyer le lecteur à la préface dont je viens de parler et à l'ouvrage lui-même. Il me saura gré, j'en suis sûr, d'avoir joué pour lui dans cette affaire le rôle modeste d'indicateur.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'Education des anormaux (2), par MM. J. PHILIPPE et G. PAUL-BONCOUR.

L'éducation des anormaux ne peut produire de résultats que si elle est basée sur la connaissance des troubles psychopathiques de ces sujets. Il importe de classer les anormaux d'après leurs anomalies psychiques dominantes, c'est-à-dire d'après des données d'ordre médical et, de même que la thérapeutique ordinaire, l'éducation doit autant que possible être individualisée en tenant compte du caractère, de l'intelligence et de la santé de chaque enfant.

Chez un arriéré, un instable ou un asthénique, il est indispensable de s'occuper autant de la croissance du corps que de l'évolution intellectuelle et morale. L'éducation physique doit être l'objet de soins particuliers, elle doit mettre en œuvre les préceptes de l'hygiène et viser au développement harmonieux de toutes les fonctions. Dans ce but les auteurs montrent l'importance des exercices méthodiques et d'une gymnastique appropriée. La correction des tics et surtout l'éducation des sens tiennent ici une large place.

Dans le domaine psychique proprement dit les auteurs indiquent successivement, et en autant de chapitres distincts, les règles générales qui doivent présider à l'éducation de l'imagination, de la mémoire et de l'attention. L'éducation morale et professionnelle, les principes des établissements pour écoliers anormaux constituent enfin le dernier chapitre.

L'éducation des anormaux, ou mieux leur adaptation à la vie commune, est une question qui ne doit plus être envisagée seulement comme d'ordre pédagogique ou médical; depuis quelques années elle est devenue un véritable problème social dont l'étude est à l'ordre du jour. L'ouvrage de MM. Philippe et Paul-Boncour en constitue un exposé fort intéressant.

P. CAMUS.

(1) In-18 jésus, cartonné toile, de 517 pages, avec 24 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

(2) In-16 de la biblioth. de la philos. contemp. — Paris, F. Alcan.

Maladies des muscles (1), par G. MARINESCO, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

L'article du même auteur dans la première édition de ce *Traité* a été augmenté d'une cinquantaine de pages et renferme le résumé de ce qui a été fait dans ces dernières années, relativement aux myopathies. La description des myosites, seulement ébauchée dans la première édition, occupe maintenant une quarantaine de pages et comprend, outre la dermatomyosite, la neuromyosite et la polymyosite hémorragique, l'étude des myosites accompagnant les rhumatismes, celles de la tuberculose, de la syphilis, la myosite ossifiante progressive; enfin, les myosites suppurées et infectieuses.

L. ALQUIER.

Les Appareils plâtrés (2), par le docteur Jean PRIVAT.

Cet ouvrage est un exposé très complet de la confection des appareils plâtrés dans la pratique journalière.

Il se divise en trois parties.

La première comprend le choix des matériaux de l'appareil, la préparation de ces matériaux et du malade, le choix de l'appareil à exécuter, sa confection, les modifications qu'on peut y apporter, le nettoyage du malade et du local, l'enlèvement des appareils.

La deuxieme partie comprend l'étude de tous les appareils par région : membre inférieur, corsets, membre supérieur, puis la technique des moulages et des appareils bivalves.

La dernière partie est consacrée aux soins immédiats à donner aux malades après la confection de l'appareil, la surveillance de l'appareil et du malade et les accidents qu'on peut observer, enfin les moyens de réduire ou de supprimer la gêne et les petits inconvénients du port des appareils, et les procédés employés pour l'habillage et la promenade des malades immobilisés.

Ecrit de façon claire et concise, orné de multiples figures, cet ouvrage, très facile à lire, sera un guide précieux à consulter pour le praticien et lui donnera des conseils utiles qu'il trouverait difficilement autre part.

M. LANCE.

Manipulations de physique biologique (3), par le docteur H. GUILLEMINOT, attaché au laboratoire des travaux de physique biologique.

Ce livre est un guide précieux pour les *étudiants* qui vont suivre les manipulations de physique biologique. Il leur facilitera la compréhension de nombreuses expériences, souvent mal vues ou mal interprétées : il sera très utile également à l'étudiant qui désirera compléter son instruction spéciale, en vue d'un *examen* par exemple, ou de recherches sur un point particulier de ces sciences physiques. Le médecin lui-même y trouvera des renseignements très utiles, sur l'*électricité*, les *rayons* X, le *radium*, l'*optique médicale*, les *réfractions*, etc.

L'abondance des figures, les schémas, facilitent une lecture qu'un style très clair simplifie déjà beaucoup.

L. BABONNEIX.

La Cure radicale de la hernie inguinale (4). — Leçons professées à l'Hôtel-Dieu, par le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Ce volume est le premier d'une série sur la cure radicale des hernies, résumant l'expérience d'un maître qui, il y a trente ans, fut un des premiers à pratiquer cette opération dont il apporte à ce jour 1 276 observations. L'expérience si considérable de l'auteur sur le sujet qu'il expose dispense de toute appréciation sur son œuvre.

M. LANCE.

(1) Un fascicule du *Traité de médecine* Gilbert-Thoinot, 172 p., 76 figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-12, cartonné, de 296 pages, 268 gravures. Prix : 6 francs. — Paris. A. Maloine; Toulouse, Ed. Privat.

(3) In-8 de 270 pages, avec 242 figures. — Paris, Steinheil.

(4) In-8 de 192 pages avec 52 figures dans le texte. — Paris, Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

61. Guédon, Guennon, Guilhamon, Guillouet, Guilloux, Guilmant, Guiollot, Gustin, Guyot, Habert,

71. Mlles Halpern, Halperson, Hartglas, MM. Hemmerdinger, Herchkovitch, Herdner, Mlle Herszlick, MM. Heurtel, Hissard, Mlle Hochberg,

81. MM. d'Hôtel, Hourquet, Huas, Hufnagel, Humbert, Icard, Imbert (Jean), Imbert (Maurice), Mlle Jacob, M. Jacob.

DEUXIÈME MOITIÉ. — *Première série* (100). — 1. MM. Jacquemin-Guillaume, Jaillet, Jaouen, Jars, Jéanne, Jeannet, Joanny, Jolivot, Jouescu, Jourdan-Corneille,

11. Jousse, Joyes-Nouguier, Jullien, Kalm, Mlle Kaufmann, MM. Kermorgant, Khérouvimoff, Kleinmann, Mlle Krassovska, MM. Krieger,

21. Labruc, Laburthe-Tolra, Lacourbas, Laffineur, Lafont, Laget, Lamarque, Lamy, Langle, Langlet,

31. Lannes, Larangot, Larrieu, Lasmartres, Lassus, Latombe, Latour (André), Latour (Louis), Laurentie, Mlle Lauriol,

41. Lavat, Lavaux, Lavergne, Le Basser, Lebée, Leblanc, Lebrun, Lecharpentier, Leclerc, Le Coq,

51. Mlle Lecocq, MM. Leduc, Lefort (Emile), Lefort (Robert), Mlle Lefschetz, MM. Le Gac, Legler, Legras, Lelong, Lempérière,

61. de Léobardy, Lepage, Lépinay, Lequin, Leray, Leroy (Gaston), Leroy (Jean), Letellier, Lévi-Alvarès, Levinsohn,

71. Lévy (Edouard), Lévy (Raoul), Lewis, Lhomme, Liénard, Lion, Lipschitz, Lorain, Loré, Lowenthal,

81. Loyauté, Lozès, Lucas, Lucchini, Lugnier, Luizy, Lumière, Mabille, Macaigne, Madelaine,

91. Maire, Malassez, Malgat, Malherbe, Maliniat, Mallebay, Manne, Marie, Marion, Marquet,

Deuxième série (100). — 1. MM. Martin, Maufrais, Mekler, Mégret, Mélik-Parsadaniantz, Menville, Mercier (Justin), Mercier (Jacques), Mérigot de Treigny, Merlin,

11. Mesnard, Meudic, Meulle, Meunier, Michalowski, Michon, Mignot, Mlle Mille, MM. Millet, Minvielle,

21. Misrachi, Mistarlet, Modiano, Mlle Moiroud, MM. Monestier, Monpin, Monplaisir, Morand de la Perrelle, Mordagne, Morel,

31. Morestin, Morice, Morlot, Mlle Moulard, MM. Moulonguet, Mouquin, Mourlon, Moutier, Muller, Noblet,

41. Odinet, Olivieri, Ollivier-Beauregard, Orphanidès, Parat, Parfenoff, Patrikios, Mlle Patte, MM. Paturet, Paulin,

51. Pautet, Pechdo, Peignaux, Pelletier, Peneaud, Penoyée Périllaud, Pernet, Perrin, Perrin-Maréchal,

61. Pesnel, Petitjean, Peyret, Phocas, Pichot, Pidoux, Pierson, Pin, Pinalie, Pinart,

71. Pinel, Mme Piness (née Lifschitz), MM. Plichet, Pollet, Polonowsky, Pommereau, Popesco-Pascan, Popoff, Mlle Posnel de Verneaux, MM. Poucy,

81. Pouget, Pourcher, Poy, Psaume, Quantin, Quériaud, Quesnel, Rabinovitz, Radais, Raison,

91. Ramadier, Rameau, Ramijean, Ratel, Mlle Ratuld, MM. Réal, Rebouillat, Rechède, Regnauld de la Soudière, Régnier,

Troisième série (30). — 1. MM. Romilly, Rémouit, Renard, Reynaud, Rihaud, Roberti, Rollot, Romain, Rosset, Mlle Roudowski,

11. MM. Roullaud, Rousseau (Jean), Rousseau (Pierre), Mlle Roy, MM. Safonszeff, Sagot, Saint-Martin, Salasc, Schoux, Selter,

21. Sémenoff, Mlle Seriot, M. de Sieramski, Mlles Simon, Smiechowska, MM. Solas, Solente, Soubaigné, Souchay, Souplet,

31. Souvray, Mlle Spanowski, MM. Speiregen, Stavropoulo, Sthème de Jubicourt, Mlle Stock, MM. Suarez de Mendoza, Suyeux, Szper, Taberlet,

41. Mme de Tannenberg, M. Taphanel, Mlle Telkès, MM. Tesseyre, Tessier (Georges), Tessier (Maurice), Testevuide, Mlle Tgrigoriantz, MM. Thibault (Réginald), Thierry (Jacques),

51. Thierry (Henry), Mlle Thivolet, MM. Thomas, Tisné, Tisseyre, Tortat, Touchard, Touflet, Traill, Mlle Troncay,

61. Mlle Trouveller, MM. Tussau, Ulmann, Mlle Urion, MM. Vachet, Vagne, Vuliadis, Vasilescu, Vasselle, Veil-Picard,

71. Verdure, Vernon, Vesselle, Viateau, Vicente, Vidal, Vincent (Henri), Vincent (Maurice), Vives, Wallet,

81. Wallon, Mlle Weinzweig, MM. Wismer, Woirin, Wroczynski, Xoudis, Yacoël, Younès, Zermaty, Zivy.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 21 novembre 1910, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 14 novembre inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — M. le docteur Guillaume est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

MARINE. — ECOLE DE MÉDECINE NAVALE. — Sont admis à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent :

Ligne médicale : 1. Baixe, Le Vilain, Marquans, Bernardin, Morin, Delfini, Masselin, Puel, Eschenbrenner, Lachaume, Planteau, Simon, Arrighi, Vieron, Blanchot, Arnoult, Capeperan, Vogel, Hardy, de Fajole, Labeylies, Le Coly, Février, Fabry, Mercier;

26. Adelus, Giuliani, Maudet, Berthou, Gascougnolles, Alinat, Godillon, Laffon, Dano, Paris, Mondin, Roussel, Rouquet, Gouriou, Morin, Mury, Naudin, Tassy, Le Goffic, Clouet, Peyronnet de la Fonvielle, Darleguy, Ponsan, Chastang, Bouyer.

Ligne pharmaceutique : 1. Boucher, Bouffard, Cordier, Rey.

— Le médecin de première classe Penon, de Rochefort, en service à Guérigny, est autorisé à renouveler dans cet établissement une nouvelle période de deux ans.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-sixième semaine, 748 décès, au lieu de 710 pendant la semaine précédente et au lieu de 776, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La diphtérie a causé 1 décès au lieu de 8 pendant la semaine précédente (la moyenne est 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 26, au lieu de 34 pendant la semaine précédente et de la moyenne 31.

La diarrhée infantile a causé 39 décès de 0 à 1 an, au lieu de 44 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 75 décès, au lieu de 59 pendant la semaine précédente et au lieu de 81, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 164 décès (moyenne 175).

Aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique, un seul cas nouveau est signalé par les médecins.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine navale. — (N° 8, août 1910.) COUTEAUD : Rapport sur la tuberculose dans la marine de guerre. — MICHEL : Les pêcheurs d'Islande en 1908 (*suite et fin*). — ROBERT : Sur l'analyse du jaune de chrome.

Clinique. — (N° 30, 29 juillet 1910.) SABOURAUD : De l'acné congestive pustuleuse par troubles gastriques et de l'acné indurée profonde par stase fécale. — CHAILLOU : Etablissement d'un horaire normal pour les enfants des différents âges scolaires. — GENTY : La leucocytose dans l'appendicite. — PAUCHET : Traitement de l'ascite cirrhotique par l'abouchement des veines saphènes au péritoine. — MACÉ DE LÉPINAY : Les nodosités du rhumatisme articulaire aigu. — RŒDERER : La cinésithérapie (massage et gymnastique) des varices et ulcères variqueux. — (N° 31, 5 août.) CLAISSE : Un nouveau sphygmomanomètre. L'oscillomètre sphygmométrique de Pachon. — CHAILLOU : Sphygmomanométrie et exercices physiques. — TRIBES : Traitement des abcès froids tuberculeux d'origine osseuse par la méthode conservatrice. Ponctions, injections modificatrices. — (N° 32, 12 août.) CALMETTE : Sur les relations de la tuberculose bovine avec la santé publique. — PISSAVY : Pelvi-péritonite de l'adulte. — (N° 33, 19 août) CORNU : La recherche de l'absolu et le gros intestin. — CLAISSE : Les formes frustes de la rétention chlorurée. — MAC-AULIFFE : Faux diagnostics d'intoxication alimentaire, appendicite et hernie étranglée. — LABOURÉ : Cancer de l'œsophage, remarques sur son traitement radical. — (N° 34, 26 août.) KENDIRDJY : Un nouveau procédé de cure radicale des varices. — TRIBOULET : Vomissements acétonémiques de l'enfance. Quelques considérations de diagnostic et de traitement. — (N° 35, 2 sept.) SABOURAUD : Hypothèses actuelles concernant l'étiologie générale des états séborrhéiques. — EMERY : Traitement arsenical de la syphilis. De l'atoxyl au « 606 ». — RŒDERER : La cinésithérapie et les paralysies de l'enfance.

Echo médical du Nord. — (N° 31, 31 juillet 1910.) DELÉARDE et BOON : Des dangers de la décoction de tête de pavot chez les enfants en bas âge. — VANHAECKE et LECLERCQ : Sur un cas d'intoxication saturnine traité par l'abcès de fixation. — (N° 32, 7 août.) BRETON : Les aptitudes physiques des candidats à l'enseignement. — L. DUBAR et E. VERHAEGHE : Phlegmons diffus gangréneux des membres inférieurs; septicémie; injections intra-veineuses et sous-cutanées d'argosol; amélioration passagère; mort. — (N° 33, 14 août.) RAVIART et VIEUX-PERNON : A propos d'un cas de folie simulée, chez un militaire dégénéré. — M. BRETON et L. BRUYANT : Nodosités cutanées durables chez les insuffisants des organes à sécrétion interne. — (N° 34, 21 août.) OUI : Rapport des maîtres et des familles, leur organisation pratique. — (N° 35, 28 août.) LAGUESSE : A propos de pancréas et de diabète. — H. DAMAYE et M. LAYDEKER : Manie confusionnelle aiguë par métrite du col.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (20 août 1910.) BALLET : Des rémissions dans la paralysie générale. — Sur un cas de chorée à récidives. — CASTAIGNE : Les albuminuries digestives. — (25 août.) LACAS-CHAMPIONNIÈRE : Le traitement opératoire immédiat des fractures simples. Sur une communication de M. Arbuthnot Lane à la réunion de l'association médicale britannique à Londres.

Journal médical français. — (N° 8, 15 août 1910.) LEENHARDT : La fièvre de malte. — RIBADEAU-DUMAS : Fièvre paratyphoïde et bacilles paratyphiques.

Nord médical. — (N° 380, 1er août 1910.) E. BREUCQ : Résultats du traitement mercuriel dans le tabes et les arthropathies tabétiques. — (N° 381, 15 août.) E. BREUCQ : Résultats du traitement mercuriel dans le tabes et les arthropathies tabétiques (*suite et fin*).

Normandie médicale. — (N° 15, 1er août 1910.) A. C... : Les retraites de droit à l'A. G. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : L'eau oxygénée en chirurgie. — (N° 16, 15 août.) A. LAURENT : Du bain chez le nourrisson. — (N° 17, 1er sept.) LE CLERC (de Saint-Lô) : Histoire de la médecine, Pierre Guiffart (1597-1658).

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1910.) QUÉNU : De l'ictère dans les kystes hydatiques du foie. — BŒCKEL : Des luxations traumatiques du scaphoïde tarsien, en particulier des luxations doubles (*suite et fin*). — KÜSS : Les rétrécissements péri-coliques pelviens principalement chez la femme (*suite et fin*). — MONOD et VANVERTS : Du traitement des anévrismes artériels. Documents et remarques (*suite et fin*).

Revue de la tuberculose. — (N° 4, août 1910.) ARLOING : La tuberculose aviaire dans ses rapports avec la tuberculose des mammifères. — NOBÉCOURT et DARRÉ : Un cas de bacillémie tuberculeuse primitive.

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1910.) HÉDON : Sur la sécrétion interne du pancréas. — JANOWSKI : Sur la courbe de l'oreillette gauche du cœur (2 fig.). — STCHERBAK : Contribution à l'étude du rôle pathologique du trichocéphale. — BERTHELOT : Nouvelles applications de la bactériothérapie lactique. — KABANOV : Les œdèmes et les troubles de la fonction des glandes sudoripares chez les brightiques. — GEMBARSKI : Note sur l'ictère syphilitique précoce.

Revue médicale de l'Est. — (N° 15, 1er août 1910.) P. JACQUES : Considérations pratiques sur l'ablation des amygdales. — A. BŒCKEL : Quelques considérations sur les abcès de l'arrière-cavité des épiploons (*suite*). — (N° 16, 15 août) M. FLORENTIN : Les consultations de nourrissons. — A. BŒCKEL : Quelques considérations sur les abcès de l'arrière-cavité des épiploons (*suite et fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 31, 30 juillet 1910.) CONSTANTIN : Résultats du traitement de l'abcès périamygdalien par la dilatation de la fossette sus-amygdalienne suivant le procédé de Killian (de Worms). — (N° 32, 6 août.) GEZÈS : Corps étrangers de l'œsophage et œsophagoscopie. — (N° 33, 13 août.) JACQUES : Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens.

Revue neurologique. — (N° 13, 15 juillet 1910.) TINEL : Les lésions de la moelle dans les méningites. — Gotthard SÖDERBERGH : Un cas de maladie familiale avec symptômes de maladie de Friedreich et d'hérédo-ataxie cérébelleuse très amélioré par les rayons X. — (N° 14, 30 juillet.) LASSALLE-ARCHAMBAULT : Contribution à l'anatomie et à la pathogénie de la soi-disant agénésie du corps calleux (6 fig.). — OLMER : Myélite dorso-lombaire au cours d'une blennorragie récente. Paralysie sensitivo-motrice avec troubles sphinctériens et trophiques. Réapparition partielle de la sensibilité par bandes à topographie radiculaire. Mort par septicémie. Examen microscopique de la moelle épinière (4 fig.). — (N° 15, 15 août.) DÉJERINE et André THOMAS : Dégénération d'origine radiculaire du cordon postérieur dans un cas d'amputation de la cuisse remontant à soixante et onze ans. — HALBERSTADT : Phénomènes hystériformes au début de la démence précoce.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Voyages circulaires en Italie. — La Compagnie délivre toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie.

La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

N° 107. — MARDI 20 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 20 SEPTEMBRE 1910. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne rappelle qu'un concours public, pour la nomination d'un médecin de ses établissements, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 5 décembre 1910.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative des hospices. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

— La commission administrative des hospices civils de Saint-Etienne donne avis qu'un concours public, pour la nomination d'un chirurgien suppléant de ses établissements, sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 13 mars 1911.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la commission administrative des hospices. Il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue de la Badouillère, à Saint-Etienne.

MARINE. — Sont désignés pour embarquer le 1er octobre 1910 sur les bâtiments ci-après, en remplacement d'officiers terminant à cette date leur période réglementaire d'embarquement :

Tourville : M. le médecin principal Roux-Freissineng, du port de Toulon, en remplacement de M. le docteur Berriat.

Marceau : M. le médecin principal Gastinel, du port de Toulon, en remplacement de M. le docteur Seguy.

Jules-Ferry : M. le médecin de première classe Ratelier, du port de Toulon, en remplacement de M. le docteur Barbe.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — La Société d'hygiène de l'enfance met au concours la question suivante pour 1910 : « Du séjour temporaire des enfants hors de leur famille, tant en France qu'à l'étranger. »

Les manuscrits seront reçus jusqu'au 31 décembre 1910. Passé cette date, aucun mémoire ne sera admis.

Adresser les mémoires avant le 31 décembre 1910, au président de la Société d'hygiène de l'enfance, 10, rue Saint-Antoine, Paris, IVe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gagnière (de Montpellier), Maillier (de Cailly).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (professeur : M. de Lapersonne). — Tableau général des cliniques, conférences et cours annexes, qui seront donnés à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu pendant l'année scolaire 1910-1911 :

1° *Enseignement clinique.* — L'enseignement clinique, par M. le professeur de Lapersonne, aura lieu tous les jours à neuf heures, à partir du 3 novembre 1910.

Horaire des cours : Lundi, polyclinique et examen des malades; — Mardi, opérations et visites dans les salles ; — Mercredi, polyclinique et ophtalmoscopie; — Jeudi, opérations et visites dans les salles; — Vendredi, polyclinique : à dix heures leçons cliniques à l'amphithéâtre Dupuytren; — Samedi, laboratoire.

2° *Cours pratique d'ophtalmologie.* — Ce cours, fait par le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Cerise, Coutela et Pley, chefs de clinique et de laboratoire, commencera le mardi 25 octobre 1910 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Il sert de cours d'introduction pour les docteurs et étudiants qui désirent suivre la clinique pendant l'année scolaire.

Les élèves sont exercés individuellement au maniement de l'ophtalmoscope et des appareils employés en oculistique.

Le droit à verser est de 50 francs.

3° *Conférences sur les maladies des yeux* (*première série*). — Ces conférences seront faites par M. le docteur Cantonnet, chef de clinique, à partir du lundi 28 novembre 1910 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Elles portent sur les affections oculaires et les traumatismes que doivent connaître et savoir traiter tous les médecins praticiens (présentation de malades). Elles sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique pendant le semestre d'hiver.

Les étudiants pourvus de douze inscriptions peuvent se

faire inscrire à la Faculté pour suivre ces conférences.
L'inscription est gratuite.

4° *Leçons pour l'Institut colonial.* — M. le professeur de Lapersonne fera les lundi 21 et 28 novembre, 5 et 12 décembre 1910, à dix heures, des leçons sur les maladies des yeux dans les pays chauds. Les auditeurs de la clinique sont autorisés à assister à ces leçons.

5° *Conférences sur les maladies des yeux* (*deuxième série*). — Ces conférences seront faites par le docteur Monthus, ophtalmologiste des hôpitaux, à partir du 15 mars 1911 (trois heures, amphithéâtre Dupuytren). Comme pour la première série, elles sont obligatoires pour les stagiaires inscrits à la clinique pendant le semestre d'été.

Les étudiants pourvus de douze inscriptions peuvent se faire inscrire à la Faculté pour suivre ces conférences.

L'inscription est gratuite.

6° *Cours de perfectionnement.* — M. le professeur de Lapersonne, assisté de MM. Weiss et Terrien, professeurs agrégés, et de MM. Cantonnet, Cerise, Gellé, chefs de clinique et de laboratoire, commencera ce cours après les vacances de Pâques (trois heures, amphithéâtre Dupuytren).

Ce cours de technique ophtalmologique, destiné aux docteurs et étudiants qui désirent se spécialiser, comprend : 1° la médecine opératoire ; 2° l'ophtalmométrologie et les applications de l'électricité ; 3° l'examen ophtalmoscopique ; 4° l'anatomie pathologique et la bactériologie oculaires ; 5° l'examen rhinologique appliqué à l'ophtalmologie.

Le droit à verser est de 100 francs.

7° *Cours de vacances.* — M. Terrien, professeur agrégé d'ophtalmologie, fera un cours de revision, avec présentation de malades, pendant les mois d'août et septembre 1911.

Le droit à verser est de 50 francs.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — ENSEIGNEMENT DE L'OPHTALMOLOGIE. — I. *Démonstrations d'anatomie normale et pathologique et d'histogenèse de l'appareil visuel* (Enseignement du 2e degré). — M. le docteur MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, fera les mardis et vendredis, à onze heures et demie du matin, avec la collaboration du docteur Magitot, assistant du service, une série de démonstrations avec projections qui commenceront le vendredi 4 novembre 1910, et se continueront jusqu'à la fin de décembre dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

II. *Démonstrations d'ophtalmologie* (Enseignement du 1er degré). — M. le docteur MORAX fera pendant les mois de janvier, février et mars 1911 des démonstrations cliniques et techniques, qui auront lieu les lundis et jeudis matin à neuf heures, dans le service de la consultation ophtalmologique. Ces démonstrations commenceront le lundi 9 janvier 1911. Le vendredi matin à onze heures et demie, conférence avec présentation de malades et de pièces sur les « Manifestations oculaires en rapport avec les affections générales » (syndromes viscéraux, vasculaires et nerveux).

Pendant cette même période, il sera fait un cours pratique d'ophtalmoscopie par MM. Magitot et Landrieux. Ce cours aura lieu l'après-midi. M. Magitot, assistant du service, recevra les inscriptions et adressera sur demande un programme détaillé.

Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires, par J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. LABEY, chirurgien des hôpitaux. Gr. in-8 de 308 pages avec 39 figures. — Prix : broché, 6 francs ; cartonné, 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Auto-intoxication et désintoxication, par le docteur GUELPA. In-18 jésus, cartonné toile, de 325 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 31, 31 juillet 1910.) André MOUSSOUS et Charles ROCAZ : Méningite cérébro-spinale chez l'enfant. Symptômes. Moyens de diagnostic. — (N° 32, 7 août.) André MOUSSOUS et Charles ROCAZ : Méningite cérébro-spinale chez l'enfant. Symptômes. Moyens de diagnostic (*suite*). — (N° 33, 14 août.) André MOUSSOUS et Charles ROCAZ : Méningite cérébro-spinale chez l'enfant. Symptômes. Moyens de diagnostic (*fin*). — (N° 34, 21 août.) E. LOUMEAU : Calcul et tumeur du rein. — A. LABAT : Sur la recherche du sang dans l'urine à l'aide de la réaction de Kastle-Meyer. — (N° 35, 28 août.) J. SABRAZÈS : Bleu de méthylène à 1/500, entre lame et lamelle, comme moyen renforçateur des préparations de sang et d'exsudats, mal venues ou décolorées, obtenues avec d'autres procédés (dixième note). — CODET-BOISSE : Luxation congénitale de de la hanche et torticolis chez le même enfant. Guérison. Importance de la mise en rotation interne du fémur comme deuxième temps opératoire dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche (2 *figures*). — (N° 36, 4 septembre.) J. GAUTRELET : Action physiologique de l'acide sulfureux contenu dans les vins blancs.

Journal des praticiens. — (N° 31, 30 juillet 1910.) RECLUS : Le mythe de l'orchite traumatique et la loi sur les accidents du travail. — RAYMOND : Psychalepsie et corps thyroïde. — TERSON : Traitement d'une paralysie du moteur oculaire externe due à un traumatisme cranien. — (N° 32, 6 août.) DEBOVE : Forme hypertrophique de la cirrhose de Laënnec. — MAUCLAIRE : L'ulcère du duodénum. — LÉOPOLD-LÉVI : Troubles vaso-moteurs vaso-sécrétoires et trophiques et glandes endocrines. — (N° 33, 13 août.) BAR : Les thrombus de la vulve et du vagin. — CASTAIGNE : De la contagiosité restreinte de l'érysipèle de la face. Les lésions hépatiques, facteur de gravité. — PECKER : Le traitement par les courants de haute fréquence de l'incontinence d'urine par spasme urétral. — (N° 34, 20 août.) LEMOINE : Les rayons ultra-violets et la stérilisation des eaux de boissons. — MARION : Conduite à tenir en présence d'un malade soupçonné de tuberculose rénale. — RAYMOND : Chorée chronique. — HUTINEL : Les vomissements dits acétonémiques. — PRON : Rein flottant et cæcum à mobilité anormale. — (N° 35, 27 août.) RECLUS : La teinture d'iode et les plaies de la main dans les accidents du travail. — GOUGET : Le syndrome de Weber, paralysie alterne supérieure, diagnostic, valeur séméiologique. — BABINSKI : Quatre parkinsoniens. — THIBAULT : La fièvre de Malte (épidémiologie et prophylaxie). — (N° 36, 3 sept.) MATHIEU : Le cancer intestinal. — JEANSELME : Localisations de la lèpre. — HUTINEL : Méningite cérébro-spinale méconnue. — HUCHARD : Maladies du cœur et eaux minérales.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 30, 23 juillet 1910.) DURET : Sur le mécanisme des fractures du crâne (*fin*). — (N° 31, 30 juillet.) LAVRAND : Pathogénie et traitement des polypes muqueux des fosses nasales. — (N° 32, 6 août.) Dominique AUGIER et LEGENNE : Etude sur la macroglossie. — (N° 33, 13 août.) Dominique AUGIER et LEGENNE : Etude sur la macroglossie (*fin*). — (N° 34, 20 août.) A. DAVID : Phlébite du sinus longitudinal supérieur. — (N° 35, 27 août.) POISSONNIER : Conjonctivite de Parinaud.

(*Voir la suite, p. 1474.*)

CHANCRES SYPHILITIQUES MULTIPLES

Par M. Louis GUENOT,
Interne à l'hôpital Ricord (Cochin annexe).

Le vieux dogme de l'unicité du chancre syphilitique est depuis longtemps battu en brèche. Inutile donc de le combattre après tant d'autres. Nous voulons simplement rapporter l'observation de deux cas de grosse multiplicité qu'il nous a été donné d'observer, et quelques réflexions suggérées par la rareté de faits analogues.

Toutes les statistiques sont d'accord pour montrer que le chancre est multiple une fois sur quatre ou cinq en moyenne. C'est ainsi, pour n'en citer que quelques-unes des plus importantes, que Ricord (*Leçons sur le chancre*) trouve 115 fois des chancres multiples sur 456 malades, soit 25,2 p. 100; Fournier (*Traité de la syphilis*), 1747 fois sur 9755 clients de la ville, soit 18 p. 100; Queyrat (*Soc. méd. des hôpit.*, 24 juillet 1903), 131 fois sur 500, soit 26 p. 100, et que Gaillard, Lafosse et Papageay (*Tribune méd.*, 2 avril 1904), réunissant les statistiques de Humbert, Mauriac, Queyrat et Renault, relèvent 3065 cas de chancres multiples sur 12069 syphilis primaires, soit 25,39 p. 100.

Mais cette multiplicité des chancres syphilitiques est presque toujours fort restreinte, surtout si on la compare à la multiplicité parfois considérable du chancre simple, et lorsque le même sujet est porteur de plusieurs accidents primaires on n'en trouve que 2 ou 3, plus rarement 4 ou 5, plus rarement encore davantage. C'est ainsi que dans un relevé de Fournier (loc. cit.), on a observé 2 chancres dans 824 cas, 3 dans 274 cas, 4 dans 60 cas, 5 dans 27 cas, 6 dans 6 cas, 7 dans 5 cas, 8 dans 3 cas. Dans la statistique de Queyrat citée plus haut, il y avait 79 fois 2 chancres, 27 fois 3, 6 fois 4, 12 fois 5, 2 fois 6, 3 fois 7, 1 fois 13.

Enfin, sur 90 chancres multiples soignés à Ricord pendant mon internat dans le service de mon excellent maître le docteur Renault, alors que le chancre était double 63 fois, et triple 22 fois, nous n'avons vu que 2 cas de 4 chancres, 2 cas de 5 et 1 cas de 6.

On peut pourtant rencontrer des exemples où la multiplicité des chancres syphilitiques est moins *discrète* (Fournier). L'un des plus connus est celui de Ricord qui rapporte l'observation d'un malade ayant 19 chancres de la verge et du scrotum. Fournier (loc. cit.) cite le cas d'une nourrice présentant 7 chancres sur le sein gauche et 16 sur le droit, au total 23; cas dont on peut rapprocher celui de Danlos (*Soc. méd. des hôpit.*, 20 janv. 1899) où il s'agit également d'une nourrice affectée de 22 chancres indurés, 1 sur le sein gauche et 21 plus petits sur le sein droit.

Rappelons encore un cas de 10 chancres de la verge, de Bonnet et Courjon (*Lyon méd.*, 12 déc. 1908); un de 11 chancres, de Queyrat (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 29 juillet 1904); et un de 25 chancres dont Sklarek présenta le moulage au Xe Congrès de la Société allemande de dermatologie à Francfort, en juin 1908.

Mais tous ces cas n'en constituent pas moins des exceptions, c'est pourquoi il nous paraît intéressant de faire connaître deux observations personnelles, l'une de 8 chancres syphilitiques, l'autre de 26.

Observation I. — H..., vingt et un ans, mécanicien, vient consulter à l'hôpital Ricord le 12 mars 1909. Il présente 8 chancres syphilitiques dont 2 sur le fourreau de la verge et 6 dans la rainure balano-préputiale.

Des 2 chancres du fourreau, l'un est petit, mesurant à peine 4 millimètres de diamètre, très superficiel, sans bords, à fond un peu jaunâtre; l'autre est plus gros, ovalaire, mesurant environ 1 centimètre sur 6 millimètres, très légèrement ulcéreux, son fond lisse est couleur chair musculaire; c'est un chancre syphilitique typique, avec induration parcheminée de la base.

Les 6 chancres de la rainure sont tout petits; le plus étendu a 7 à 8 millimètres de diamètre, c'est un chancre en cocarde bien régulièrement arrondi dans sa portion préputiale, plus irrégulier dans le fond du sillon.

Quatre autres sont arrondis ou ovalaires, très superficiels; ce sont des chancres herpétiformes. Le sixième et dernier est allongé parallèlement au frein, il mesure 2 millimètres de large sur 6 de long. L'induration des 4 chancres de la rainure est plus marquée que celle des 2 chancres du fourreau.

Adénopathie bi-inguinale multiganglionnaire indolente, très marquée à droite. Il n'y a pas encore d'accidents secondaires, les chancres n'ayant débuté qu'il y a une vingtaine de jours. Mais leur nature syphilitique ne peut faire aucun doute. D'ailleurs on trouve des tréponèmes à l'ultra-microscope.

C'est le plus gros chancre du fourreau qui est apparu le premier, vers le 23 février; les 7 autres ne se sont développés que quatre jours après et dans l'espace de deux jours.

H..., depuis un an, avait des rapports environ toutes les semaines avec la même femme; celle-ci est surveillée à Saint-Lazare. Il n'a pas vu d'autres femmes.

Il y a quelque temps notre malade a eu 4 poussées d'herpès génital en six mois; la dernière poussée remonte à environ deux mois.

H... n'est pas revenu à la consultation.

Obs. II. — Leb..., vingt ans, serrurier, vient consulter à l'hôpital Ricord, le 16 mai 1910, pour des érosions multiples de la verge.

Au moment de l'examen ces érosions sont au nombre de 26, toutes situées sur le gland ou sur le prépuce, mais de dimension et d'aspect différents.

Cinq sont relativement grosses et présentent tous les signes cliniques de petits chancres syphilitiques érosifs. Le plus étendu est sur la face interne du prépuce, à droite du frein et tangent à lui; c'est une érosion superficielle, régulièrement arrondie, sans bords entaillés, rouge sombre, lisse et luisante, comme vernissée, de 8 à 10 millimètres de diamètre.

Le second est situé au-dessus du précédent, toujours dans le voisinage du frein. Il est ovalaire, à grand axe, parallèle au frein, mesurant 9 millimètres; la surface est légèrement diphtéroïde.

Plus à droite, toujours sur la face interne du prépuce et près de la rainure balano-préputiale, une troisième érosion de 5 à 6 millimètres de diamètre, dont l'aspect est tout à fait celui du chancre en cocarde avec son centre rouge, entouré d'une zone gris jaunâtre, bordée elle-même d'un liséré périphérique rouge.

Les quatrième et cinquième érosions irrégulièrement arrondies, toutes les deux petites (4 à 6 millimètres de diamètre) sont situées l'une à côté de l'autre, un peu à gauche du frein.

Ces 5 lésions sont manifestement des chancres syphiliti-

ques; elles reposent toutes sur une induration lamelleuse papyracée, assez peu marquée en vérité, mais néanmoins très nettement perceptible, en particulier sous le chancre en cocarde.

A côté de ces 5 chancres caractéristiques, sont disséminées sur le gland et surtout sur la face interne du prépuce 21 petites lésions de caractères beaucoup moins tranchés. Toutes sont de très petite taille, arrondies, mesurant 2 à 3 millimètres de diamètre. Les unes sont ulcérées, ou plus exactement exulcérées, car il n'y a pas de perte de substance, ni de bords à proprement parler, d'autres sont légèrement papuleuses et ressemblent à de minuscules boutons rouges d'allure banale; quelques-unes enfin se présentent sous l'aspect de simples macules de rougeurs s'accompagnant à peine d'une légère infiltration épidermique. On ne peut percevoir d'induration à la base d'aucune de ces minimes lésions.

Adénopathie bi-inguinale, plus développée à droite ayant tous les caractères du bubon satellite du chancre syphilitique.

Recherche positive du tréponème à l'ultra-microscope.

C'est la première affection vénérienne de Leb... Depuis quatre ans il fréquente uniquement la même femme; celle-ci depuis quelques mois mène une vie plus irrégulière et il n'a plus de rapports avec elle que tous les quinze jours.

Le dernier coït date d'un mois environ, le précédent remonte à une quinzaine avant (début d'avril).

Vers le 20 avril notre malade a eu une toute petite écorchure à côté du frein, sans doute banale, car elle s'est fermée presque immédiatement; mais au même niveau est apparue huit jours après une nouvelle plaie qui persiste encore, c'est le chancre du frein, le premier en date et ayant donc débuté dans les derniers jours d'avril. Presque aussitôt se sont développés les quatre autres chancres typiques; puis quelques jours après et dans l'espace de quatre ou cinq jours les 21 petits boutons à caractères plus indécis.

De quelle nature sont ces derniers éléments? Malgré le peu de signes nets, nous pensons qu'ils sont syphilitiques. En effet on ne peut un seul instant, en présence de ces lésions superficielles bien séparées les unes des autres, sans bords, non douloureuses, penser à des chancrelles.

La balanite doit être aussi éliminée, les érosions de cette nature étant plus vastes, plus irrégulières, plus confluentes, encore plus superficielles que celles de notre malade et donnant lieu à une forte sécrétion purulente qui fait totalement défaut dans le cas présent.

Il n'y a pas de gale actuelle, ni récente.

Reste l'hypothèse d'herpès que nous écartons aussi parce que nous n'en retrouvons pas dans les antécédents de Leb..., qu'il est rare que l'herpès ait un début indolore, que les vésicules quand elles sont nombreuses comme dans le cas présent confluent le plus souvent pour former une ulcération à bords polycycliques et microcycliques et qu'il évolue plus rapidement. D'ailleurs l'aspect n'est pas identique à celui de l'herpès, sauf cependant pour quatre éléments situés tout près les uns des autres dans l'angle gauche du frein et du sillon balanique; il serait pourtant bien surprenant que des lésions herpétiques si voisines situées dans une région recouverte et suintante évoluent sans se réunir.

Aussi, par élimination successive, arrivons-nous au diagnostic de chancres syphilitiques, mais chancres réduits au minimum possible, chancres avortés (1).

Un des points les plus intéressants dans l'histoire des chancres syphilitiques multiples est l'étude de leur date d'apparition, car il en découle deux corollaires importants : l'étiologie de ces chancres, et le début exact de l'immunité spécifique. Le plus souvent, surtout quand les chancres sont en petit nombre, ils apparaissent en même temps; Hudelo (De l'immunité syphilitique, *Ann. de Dermat.*, 1891) les appelle alors *chancres simultanés et contemporains d'origine.* Ils résultent en effet d'une seule et même infection et la cause de leur multiplicité doit être la multiplicité même des portes d'entrée.

Si l'on réfléchit au nombre parfois considérable, des éléments contagieux (plaques vulvaires en particulier), à la grosse quantité de tréponèmes que l'on trouve dans ces éléments et aux conditions d'inoculation vraiment favorables que crée l'acte du coït, il nous semble que l'on ne peut être que surpris du petit nombre des chancres multiples. C'est que la syphilis est relativement peu contagieuse. Ceci ressemble fort à un paradoxe, et pourtant combien d'individus ont eu des rapports manifestement contagieux et qui en sont sortis indemnes! C'est très fréquemment qu'à Ricord des consultants se montrent fort surpris d'avoir la vérole, parce qu'« un ami, qui a couché avec la même femme et à la même époque, n'a rien attrapé ». Or comme on ne connaît pas d'immunité naturelle à la syphilis autre qu'une atteinte antérieure, il faut bien en conclure que pour pénétrer dans l'organisme le tréponème a besoin de certaines circonstances particulières. Une de celles-ci est bien certainement toute solution de continuité dans les téguments : le tréponème pénètre d'autant plus facilement qu'il trouve la porte ouverte. Et effectivement c'est dans le cas de plaies antérieures, quelle que soit leur nature, que l'on observe le plus souvent les chancres multiples. A ce point de vue l'influence de la gale est bien connue. On peut y joindre celle de l'herpès, et le malade de notre première observation en avait eu une poussée assez récente. Le malade de Sklarek avait de l'eczéma des organes génitaux. Pour les chancres de la face, les érosions minimes du rasoir sont

(1) Le malade a été revu le 21 et le 28 mai. Dès le 21, plusieurs des chancres avortés ont déjà disparu en totalité; la plupart cependant persistent sous forme de macules légèrement infiltrées. Le 28 tous les chancres nains sont guéris, de même que deux des cinq chancres plus gros; les trois derniers sont en voie de cicatrisation avancée et celle-ci sera complète dans quelques jours.

L'induration survit d'ailleurs à ces cinq chancres et nous la retrouvons même très nette au niveau de deux chancres nains du sillon balano-préputial où elle nous avait échappé dans la période d'état.

Cette observation pourrait servir d'exemple de la bénignité locale des chancres syphilitiques. On voit que malgré leur grande multiplicité ils n'ont jamais donné lieu au moindre signe fonctionnel, et qu'ils ont évolué spontanément vers la guérison dans un laps de temps ayant varié de dix à trente jours. On comprend que des lésions d'allure aussi bénigne passent inaperçues ou soient regardées par les malades comme des écorchures banales; et un médecin non prévenu pourrait lui-même être fortement surpris de voir le premier acte du terrible drame de la syphilis réduit à si peu de chose.

plusieurs fois invoquées pour en expliquer la multiplicité.

D'autrefois pourtant et, c'est le cas de notre observation II, on ne trouve pas la cause de ces inoculations multiples.

Pour ce malade d'ailleurs, il ne nous semble pas que les chancres résultent d'une seule infection. Il y a certainement des *chancres successifs et contemporains d'origine* (Hudelo, loc. cit.) ; mais alors, ils apparaissent toujours dans l'espace de quelques jours, cet intervalle étant dû à une légère différence d'incubation.

Mais on comprend plus difficilement que plusieurs chancres chez le même individu aient huit, dix, quinze jours de différence d'incubation, et il est plus logique d'admettre que *ces chancres successifs à origine espacée* résultent de plusieurs infections successives.

Notre malade s'est en effet exposé deux fois à un intervalle assez rapproché ; il est probable qu'à la première contagion sont dus les cinq premiers chancres typiques, et que de la seconde relèvent les vingt et un autres, qui, évoluant sur un terrain non encore immunisé mais pourtant déjà syphilisé, ne se sont pas développés complètement, et ont guéri rapidement.

Ce n'est évidemment qu'une hypothèse, mais vraisemblable. Queyrat (*Bullet. Soc. méd. des hôp.*, 29 juillet 1904) rapporte un cas de onze chancres syphilitiques apparus successivement dans le laps d'un mois et les derniers ressemblent à des chancres syphilitiques avortés.

Dans le cas de Bonnet et Courjon rapporté plus haut, les dix chancres sont survenus dans un délai de quinze jours et le malade n'avait pas interrompu les coïts avec la même femme.

On peut donc en conclure avec Hudelo que l'immunité qui se constitue généralement dès l'incubation peut faire défaut dans les premiers jours et même pendant toute la durée de ce stade.

Quant aux *chancres successifs à intervalle prolongé*, distants de vingt, vingt-cinq, trente jours, ils sont dus à une auto-inoculation possible dans des cas exceptionnels et dans les premiers jours du chancre avant l'adénopathie. Ils sont d'ailleurs beaucoup plus rares que les précédents et doivent être étudiés de très près, car souvent, en réalité, il s'agit simplement d'accidents secondaires ulcéreux, chancriformes.

Pour terminer, qu'il nous soit permis de revenir sur ce point que ce n'est pas la multiplicité des chancres syphilitiques qui nous surprend, mais bien au contraire leur unicité si fréquente. Il y a là dans la contagion de la syphilis un point encore mal connu et qui ne sera sans doute élucidé que lorsqu'on connaîtra mieux les propriétés biologiques du tréponème.

UN CAS DE GUÉRISON DE TÉTANOS

TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE BACELLI

(ACIDE PHÉNIQUE)

Par le docteur P.-A. LOP (1),
Professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.

I

Le sieur B., âgé de vingt-cinq ans — *écrasement partiel de la main droite — apparition du tétanos le neuvième jour.*

Ce blessé avait été amené à ma clinique, le 3 mai au soir, il avait été pris dans l'engrenage d'une meule à farine. Il présentait un écrasement complet du pouce et une fracture à section régulière du deuxième métacarpien, mais avec destruction des parties molles à ce niveau et intégrité de l'index. La plaie était recouverte de graisses et de cambouis, dont on eut la plus grande peine à se débarrasser malgré que, dès le lendemain de l'accident, on ait complété le nettoyage de la plaie sous anesthésie chloroformique.

L'état général est excellent.

Le 5 au matin, le pansement présentant de l'odeur, on le défait et on trouve deux plaques de sphacèle au niveau de la face dorsale de la main. Cette complication est aussitôt traitée par *des bains de vapeur à 120 degrés* (méthode de Bier) et des pansements à l'*eau oxygénée* répétés deux fois par jour.

Sous l'influence de ce traitement, le 12 mai, le sphacèle avait complètement disparu. Je décide d'intervenir le lendemain, afin de débarrasser le blessé du pouce et de son métacarpien qu'il est impossible de garder, et de conserver l'index et le métacarpien dont la fracture est si régulièrement faite que je me demande si, par un agraphage métallique, je n'arriverais pas à ce résnltat.

Le 13 au matin, un peu avant l'opération, la surveillante m'avise que depuis minuit le blessé présente de la contraction de la nuque et de la mâchoire. Je me rends aussitôt dans le service et constate, ainsi que le docteur Vauday, médecin de l'assurance, que j'avais convoqué pour m'assister, que B. présente des symptômes non douteux de tétanos.

D'un commun accord avec mon confrère, nous décidons qu'il n'y a pas lieu de différer l'opération, au contraire le blessé est conduit à la salle d'opération et endormi.

Je procède à l'éradication complète du pouce, de l'index et de leurs métacarpiens ; l'opération est bien supportée, et sans tenter une réunion, la plaie est bourrée de gaze iodoformée et arrosée de baume de commandeur.

Après une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, le blessé est isolé dans une chambre obscure et reçoit une potion contenant 6 grammes de chloral, qui est renouvelée à peu près toutes les trente heures.

Une injection de morphine est faite tous les soirs.

Le sérum antitétanique est continué sans la moindre amélioration jusqu'au 17 mai, à raison de 40 centimètres cubes par jour, soit en tout 160 centimètres cubes.

Malgré *ce traitement*, les contractures s'exagèrent de plus en plus ; du 17 au 21, le malade présente de l'opistothonos, déglutit très difficilement et n'urine pas.

On est obligé de le sonder matin et soir du 16 au 19, puis une seule fois par jour jusqu'au 23, le malade urinant spontanément le matin et ne le pouvant le soir.

Dès le 19 au soir, en présence de l'aggravation de l'état, je juge inutile de continuer le sérum par *la voie cutanée*. Je me propose, après une ponction lombaire, de faire une injection intrarachidienne de sérum que me recommande le docteur Roux, de l'Institut Pasteur, consulté par télégramme.

Mais, malgré la meilleure volonté du malade et des injec-

(1) Communication faite à la Société des chirurgiens de Paris.

tions de morphine faites un peu avant, il m'est impossible, à cause de l'opistothonos, de pénétrer dans le canal rachidien.

Le 19 au soir, je fais à la paroi abdominale une injection de 10 centimètres cubes de la solution de Bacelli (acide phénique à haute dose). Ces injections sont continuées matin et soir, concurremment avec le chloral et la morphine.

Le 21 au soir, l'opistothonos a à peu près disparu, mais les membres sont dans un état de contracture tel qu'il est impossible de les ployer ; la déglutition est plus facile, au point de permettre l'ingestion relativement abondante de liquides (lait, bouillon).

Le 22 au matin, purgation qui amène des selles abondantes.

Le 23 dans la journée, le malade est couvert de sueurs abondantes ; il urine seul et abondamment.

Le 24, même état.

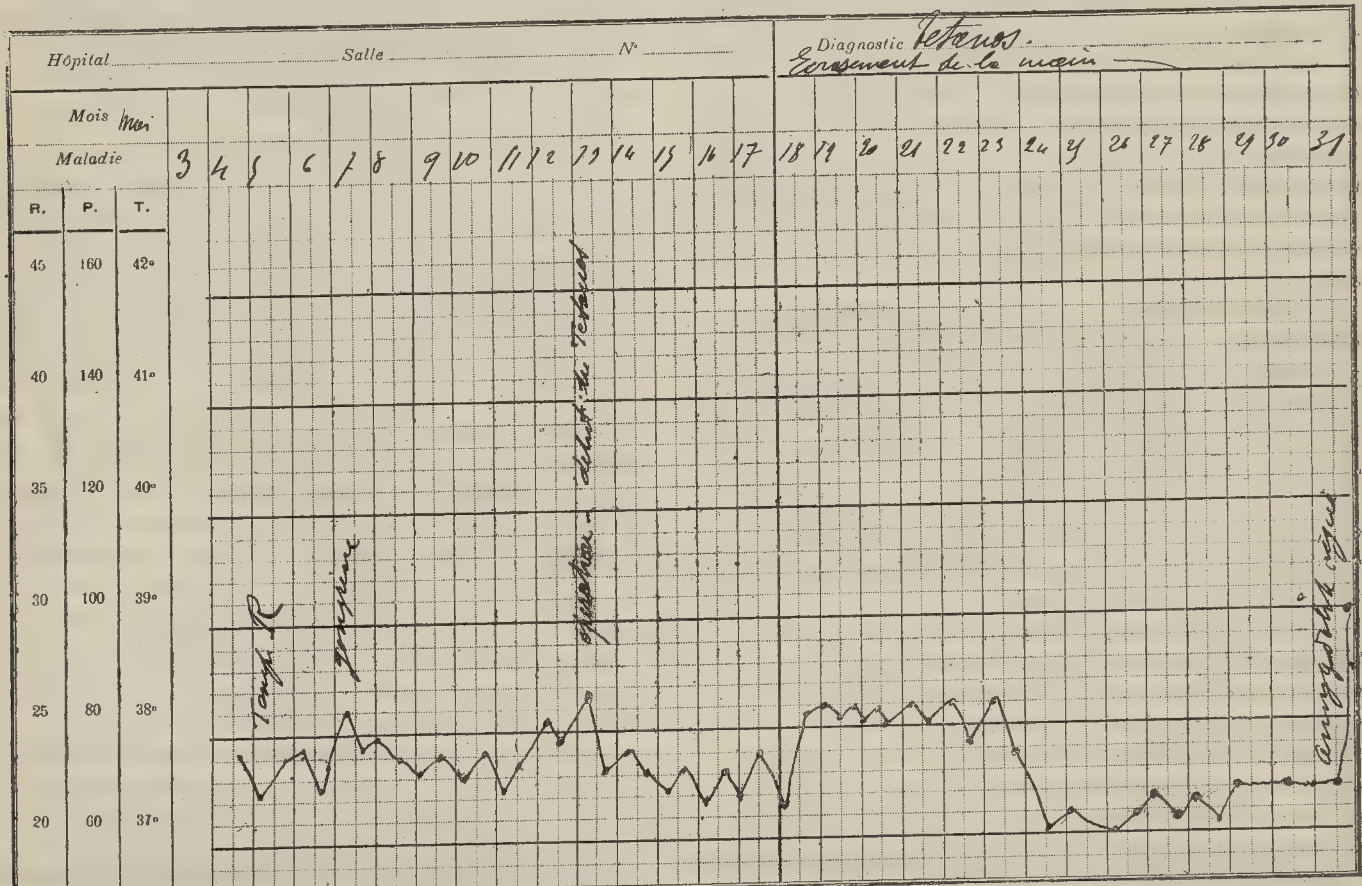
Du 25 au 28, l'amélioration continue à se faire progressivement ; les sueurs sont de plus en plus abondantes et la sécrétion urinaire aussi ; seules persistent la contracture de la nuque et des mâchoires et l'impossibilité, pour le malade, de s'asseoir.

Le 28, on donne la *dernière injection phéniquée* et déjà, depuis le 25, le *chloral était diminué de moitié et la morphine supprimée*.

Le 1er juin, on cesse toute médication ; le soir même, la température s'élève à 39 degrés ; le malade présente une amygdalite aiguë, puis du muguet.

Ces complications disparaissent assez rapidement, mais à partir du 6, le malade, atteint jadis de fièvre intermittente en Algérie, fait un accès de fièvre que rien, dans l'état local ou général, ne pouvait expliquer si ce n'est le paludisme, hypothèse justifiée par la régularité des accès et l'efficacité de la quinine en injections hypodermiques.

Le 14, dernier accès de fièvre ; l'état général est très amélioré ; localement, la guérison n'est plus qu'une affaire de



quelques jours, aussi, je décide d'envoyer le malade à la campagne, il quitte la clinique le 16 au matin.

Durant toute l'évolution du tétanos, la plaie opératoire n'a pas cessé de marcher progressivement vers la guérison normale, sous l'influence du traitement par la méthode de Bier (surchauffage à 110 degrés) et de l'application de gaze stérilisée.

II

L'étiologie de ce cas de tétanos ne présente rien de bien particulier à signaler ; c'est l'origine banale, habituelle des cas semblables, chez les blessés du travail.

Chez mon blessé, il ne peut être question de contagion, puisque depuis trois ans, ni mes aides ni moi n'avons vu un cas de tétanos.

Je dois ajouter que le blessé n'était pas, par profession, en contact avec les chevaux, exerçant plutôt une profession propre : conducteur d'un moulin à farine, mû par l'électricité.

Le seul point intéressant à signaler c'est que la main du blessé était souillée d'une graisse noire et fétide servant au graissage des engrenages. Il est bon d'ajouter toutefois que cette graisse est d'origine minérale.

Il eût été intéressant de pratiquer un examen bactériologique de cette graisse, tant de celle recouvrant la plaie que de celle tenue en réserve au moulin.

Blessé à neuf heures du soir, notre homme était secouru presque immédiatement à la clinique.

On pourra me reprocher de n'avoir pas pratiqué la sérothérapie préventive. A ce reproche, je répondrai qu'instruit par l'expérience faite, il y a trois ans, (*Société de chirurgie de Paris* 1906) époque à laquelle

j'employais la sérothérapie préventive chez tous mes blessés, j'ai abandonné cette méthode à la suite de deux cas de tétanos chez des blessés traités préventivement, une demi-heure à peine après l'accident, cas terminés par la mort et pour lesquels l'adage *post hoc propter hoc* peut être posé.

Depuis lors, jusqu'à ce jour, sur un chiffre de près de deux mille blessés, je n'avais plus eu un seul cas de tétanos à déplorer.

Et malgré celui-ci, je ne persisterai pas moins à ne plus faire de sérothérapie préventive, étant donnée l'incertitude dans laquelle je me trouve de provoquer l'apparition du tétanos par l'emploi du sérum.

III

Je n'apprendrai rien de nouveau en déclarant que le *traitement* par le sérum a échoué, comme toujours d'ailleurs, et je n'hésite pas un seul instant à mettre la guérison sur l'emploi de l'acide phénique joint à la morphine et au chloral qui, isolément (d'après l'expérience que j'ai des cas précédents), n'auraient donné que des mécomptes.

L'amélioration n'a commencé à se produire qu'avec l'acide phénique, le sérum, bien entendu, ayant été abandonné six jours après les premières manifestations tétaniques.

L'acide phénique a été continué jusqu'au 28; depuis le 25 le chloral avait été graduellement diminué et la morphine supprimée.

En aucun moment les urines n'ont été noires et aucun accident n'a été observé au niveau des piqûres, toutes faites à la paroi abdominale.

La méthode de Bacelli a donné et donne encore de bons résultats en Italie et, en France, un certain nombre de cas heureux ont été déjà publiés.

A côté de cette méthode, je signalerai celle de Blake, qui consiste à pratiquer des injections intrarachidiennes d'une solution de sulfate de magnésie à 25 p. 100; pour cela, on évacue une certaine quantité de liquide rachidien et on injecte autant de centimètres cubes que le malade pèse de fois vingt-cinq livres.

Les résultats obtenus en Amérique et en Europe (9 cas) auraient été des plus satisfaisants.

Si je mets, à côté de la méthode de Bacelli, celle de Blake, c'est pour montrer une nouvelle ressource qu'il n'est pas inutile de connaître dans une affection aussi rapidement mortelle que le tétanos.

J'y vois pourtant un inconvénient qui n'existe pas avec la méthode de Bacelli, si j'en juge par mon cas : c'est l'impossibilité presque absolue de pratiquer la ponction lombaire chez des malades en opistothonos.

IV

La question du traitement local se pose, c'est-à-dire celle de l'éradication totale du foyer infectieux.

Cette question-là, je me la suis posée au sujet de mon blessé et je n'ai pas hésité à la repousser. Désarticuler un membre — en l'espèce, la main — chez un ouvrier présentant les premiers symptômes du tétanos me paraissait une chose excessive, d'autant que les cas que j'avais observés à l'hôpital avaient eu un résultat déplorable.

J'ai préféré commencer par un traitement local mais radical et qui me paraissait pouvoir donner au malade des chances égales à celles de l'éradication totale, quitte à recourir, en désespoir de cause, à l'exérèse totale de la main. Je n'ai heureusement pas eu à recourir à cette extrémité et j'ai eu la satisfaction de voir guérir mon blessé avec une incapacité de travail relative.

Je n'ai pas de chiffre sous la main, mais je ne crois pas que l'exérèse des portions de membres, porte d'entrée du microbe de Nicolaier, ait été jamais suivie de résultats bien appréciables.

En résumé, en présence de cas semblables au mien, le traitement local doit marcher parallèlement au traitement médical pour lequel, malgré mon unique cas, je ne saurais trop recommander la méthode de Bacelli jointe, cela va sans dire, à l'obscurité dans l'isolement, à la morphine et au chloral.

Il est indiqué partout que le retour des sécrétions, sueurs et urines, est d'un pronostic favorable. Chez mon malade il en a été ainsi, des sueurs profuses ont précédé de quarante-huit heures la disparition des contractures.

ANALYSES

MÉDECINE

La rééducation motrice dans le service de la clinique Charcot, hospice de la Salpêtrière. (E. Pessard. Thèse de Paris, 1908; A. Michalon.) — Après avoir fait l'historique de la rééducation dans le tabes et dans quelques autres maladies nerveuses, M. Pessard expose les méthodes employées actuellement dans le service de M. le professeur Raymond par le docteur Kouindjy. En ce qui concerne les tabétiques, les résultats sont, dans la majorité des cas, satisfaisants; les ataxiques sont notablement améliorés, grâce au traitement de leur incoordination par la méthode de rééducation des mouvements; on obtient à peu près toujours une atténuation franche de l'ataxie, cette amélioration est parfois considérable et même dans quelques cas (1 sur 6), elle va jusqu'à la guérison.

La méthode employée contre l'hémiplégie donne souvent une amélioration évidente. Dans les polynévrites, on peut guérir quelques malades, améliorer presque la moitié des autres. En cas de crampes professionnelles, la proportion des guérisons est de 18 p. 100; les malades très améliorés sont en nombre égal; beaucoup des autres bénéficient plus ou moins du traitement suivi.

La rééducation motrice peut encore être utile aux sujets atteints de maladie de Parkinson, de sclérose en plaques, de maladie de Friedreich.

Les astasiques-abasiques sont guéris dans plus de 60 p. 100 des cas.

On traite aussi par la rééducation les divers troubles du langage; des 8 malades venus à la clinique Charcot pour rééducation des troubles de la parole (aphasie, bégaiement), 4 ont guéri et 2 autres ont été améliorés. L. Babonneix.

CHIRURGIE

Suppuration des canaux génitaux de l'homme. (William T. Belfield. *Journ. amer. med. assoc.*, vol. LIII, n° 26, 25 décembre 1909, pp. 2141-2143.) — Belfield, pour raisons embryologiques poussées peut-être un peu loin, établit une analogie très étroite entre la rétention de pus dans les ca-

naux séminaux de l'homme et celle qui se produit dans les salpingites suppurées de la femme. En fait, son titre est exactement : salpingites suppurées chez l'homme. On ne s'occupe pas plus chirurgicalement aujourd'hui de ces salpingites de l'homme qu'on ne s'occupait des salpingites de la femme il y a quarante ans. Ce n'est que tout récemment que l'on a commencé à intervenir pour les suppurations de l'épididyme, pourtant si accessible.

L'ampoule de la vésicule séminale est fermée par un sphincter de fibres lisses. Ce sphincter explique pourquoi des liquides injectés dans le canal déférent commencent par distendre la vésicule avant de passer dans le canal éjaculateur. A part l'épididyme, les voies séminales sont très peu distensibles. Quand, par conséquent, l'orifice des canaux éjaculateurs est obstrué, soit par gonflement, soit autrement, ce qui est fréquent, le pus reflue dans le canal déférent et la queue de l'épididyme devient le déversoir de tout le pus. Voilà la pathogénie de l'épididymite, et c'est ainsi qu'il faut entendre le soi-disant antipéristaltisme du canal déférent. Le meilleur moyen de drainer l'abcès clos ainsi formé dans les voies séminales est l'incision du canal déférent. La vésicule séminale est intimement en rapport avec la base de la vessie; d'où la foule de symptômes vésicaux causés par une vésicule enflammée ne pouvant se vider. C'est ainsi qu'il faut expliquer nombre de cas de cystite chronique, d'irritabilité de la vessie, de prostatisme sans prostate. Enfin, la vésicule est en rapport avec l'uretère. La possibilité d'adhérences entre l'uretère et la vésicule avec occlusion de l'uretère et dilatation rénale rétrograde est facile à comprendre. Dans l'hypertrophie prostatique, la dilatation uretérale, quand elle existe, commence juste au-dessus du point où l'uretère croise le canal déférent et est évidemment due à une compression exercée par ce dernier. La douleur rénale, le lumbago, la néphralgie sont fréquentes dans les cas de pyovésicule et disparaissent lorsque l'on fait cesser la distension vésiculaire.

La neurasthénie sexuelle semble dépendre souvent d'une toxémie résultant d'un foyer non évacué, car elle s'améliore souvent quand on draine bien. De même pour l'impotence et la stérilité. Belfield va jusqu'à dire que l'on ne peut concevoir intelligemment les névroses, fonctionnelles, comme on les appelle, des organes génitaux de l'homme, que par l'étude des rétentions suppurées dans les canaux génitaux.

Le traitement? On peut pratiquer la vésiculotomie. Fuller l'a fait plus de 100 fois, mais c'est une opération difficile. On peut injecter directement dans les canaux éjaculateurs à l'aide d'un uréthroscope à irrigation, mais cela est parfois suivi d'épididymite et en tout cas de traumatisme de l'urètre postérieur. La vasostomie, décrite par Belfield en 1904, est beaucoup plus simple et toujours efficace. Elle se fait sous cocaïne. On fait une incision longitudinale au canal, et par l'ouverture, après écoulement du pus, on introduit une aiguille à injection hypodermique, la pointe étant dirigée vers la vésicule. Par cette aiguille, on peut injecter divers antiseptiques et laver le canal déférent et la vésicule. Beaucoup de cas rebelles au traitement classique ont cédé à cette méthode que Belfield a employée 149 fois. Elle échoue dans les cas de douleur pelvienne due à la périvésiculite. Dans deux cas, on trouva un rétrécissement du canal déférent, qui fut réséqué et la continuité du canal rétablie; dans un de ces deux cas une névralgie testiculaire rebelle jusque-là disparut comme par enchantement.

Les vaccines, surtout les autogènes, sont un auxiliaire des plus précieux.

F. GARDNER.

Sur l'origine fécale de certains tétanos post-opératoires dans les opérations de la zone ano-génitale. (Rudolph MATAS. The american surgical Association, in the *Boston med. and surg. Journ.*, 29 juillet 1909, vol. CLXI, n° 5, p. 156.) — Il est à remarquer qu'un certain nombre de cas isolés de tétanos post-opératoire s'expliquent mal de nos jours. En dehors des plaies qui ont pu être infectées antérieurement par un agent tétanigène (fumier, terre, poussière, etc.), on observe dans des services des cas de contagion par le pansement dans la salle. En plus de ces cas bien connus on peut voir de temps en temps éclater un cas isolé après une opération parfaitement aseptique. On a dans de telles circonstances incriminé le catgut dont la stérilisation insuffisante n'a pas détruit le bacille en massue. Le docteur Matas n'accepte pas toujours cette explication. Il a remarqué que la plupart de ces faits survenaient après des opérations siégeant en un point facilement contaminé par les matières fécales (opérations ano-rectales, périnéales, génitales, fesses, aines, anus artificiels, etc.). D'autre part, le bacille du tétanos et sa spore ne sont pas détruits par le passage dans le tube digestif. L'expérimentation semble démontrer, au contraire (Sormani, Sanchez-Toledo, Veillon, Hoffmann), qu'un tel passage augmente sa virulence. Or, beaucoup de nos aliments (salades, céleris, cressons, radis, carottes, tomates, fraises, etc.), qui sont en contact avec le sol et le fumier, qui sont absorbés crus et à peine nettoyés, peuvent être porteurs de bacilles tétanigènes.

L'auteur estime que 5 p. 100 des individus portent ainsi le germe dans leur tube digestif et que cette proportion s'élève à 20 p. 100 pour une certaine catégorie d'individus (jardiniers, laitiers, cochers, garçons d'écurie et d'étable). Si normalement l'organisme se défend merveilleusement contre l'infection du bacille, il n'en est plus de même s'il survient une plaie opératoire. C'est ainsi que Matas a observé deux cas de tétanos après deux opérations de périnéorraphie et de cure radicale d'hémorrhoïde. Et il a noté que ses deux malades avaient absorbé beaucoup de fruits et légumes crus dans les jours qui précèdent l'opération. Aussi il propose la mesure prophylactique suivante :

1° Une purgation trois jours avant l'opération;

2° La suppression de tout aliment cru, surtout de légumes verts, fruits crus, pendant ces trois journées.

Dans les opérations d'urgence sur la zone ano-génitale on pratiquera une injection préventive de sérum antitétanique de 10 centimètres cubes.

Dans la discussion qui suivit cette communication beaucoup d'auteurs acceptèrent les vues de Matas et quelques-uns (N. Jacobson, J. Rausohoff, E. Souchon, F.-H. Gerrish, S. Stillman, R.-G. Leconte) apportèrent des observations de tétanos après opérations sur la sphère anale et surtout après des opérations d'hémorrhoïdes. Jacobson remarque que dans ce cas le tétanos était très tardif, et Rausohoff qu'il était absent et remplacé, au contraire, par la béance de la bouche, symptôme qu'il n'avait jamais vu auparavant.

M. LANCE.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A propos du livre récent de de Cyon sur le labyrinthe auriculaire considéré comme organe du sens mathématique pour l'espace et le temps. (A. STEFANI [de Lucques]. *Archiv. ital. di otol.*, mai 1909; — C. R. E. PISTRE. *Revue hebdom. de Laryng.-oto-rhinolog.*, n° 47, p. 636, 1909 et n° 14, p. 414, 1910.) — Les recherches de de Cyon échelonnées de 1872 à 1900 sont résumées dans ce livre. Dans le premier chapitre, de Cyon pose les bases expérimentales de la théorie sur le sens de l'espace. Jusqu'en 1840, on croyait ce sens formé dans des indications fournies par la vue et le toucher. Flourens, le premier, montra l'importance des canaux semi-circulaires et leur rôle. Ses expériences et ses conclusions ont servi de point de départ à tous les travaux parus depuis sur ce sujet. Le chapitre II réfute les autres théories sur les fonctions vestibulaires et relate les expériences de rotation auxquelles l'auteur a soumis des hommes et des animaux.

Dans le chapitre III, de Cyon expose les vicissitudes et les

progrès du sens de l'espace. Pour lui, en admettant la fonction spéciale des canaux semi-circulaires, la représentation de l'espace cesserait d'être une forme préexistante de notre conscience, mais plutôt une abstraction de l'esprit provenant de sensations fournies par l'organe périphérique spécial de l'espace. Les recherches de l'auteur et d'autres expérimentateurs sont ensuite citées *in extenso*. Pour confirmer sa théorie, de Cyon rapporte les illusions de direction causées par la position anormale du labyrinthe et la partie expérimentale et physiologique de ses recherches; dans les deux chapitres suivants, il cherche à faire dériver, des sensations fournies par le labyrinthe, la propriété principale de l'espace et des figures géométriques.

Puis l'auteur veut établir que les sensations correspondantes à l'innervation des canaux semi-circulaires constituent la base de notre idée de l'espace. Dans sa démonstration sur ce point, il cherche à prouver l'origine psychologique des définitions d'Euclide. Celles-ci ne sont pour lui ni des postulats, ni des hypothèses, mais l'expression de concepts se formant directement à la suite de perceptions des sens. Les figures géométriques sont des grandeurs idéales et non des corps, comme le disent les empiristes et les axiomes sont le résultat immédiat de ces perceptions ; les organes demi-circulaires sont, en somme, l'organe du sens géométrique.

Un chapitre traite ensuite du sens du temps et de la conscience du nombre. L'orientation dans le temps et la formation de ce concept en nous, par suite de la continuité de nos perceptions, ont aussi pour origine les canaux semi-circulaires. La notion du nombre est donnée par les excitations acoustiques des extrémités nerveuses du limaçon; ce dernier est donc l'organe sensoriel arithmétique.

L'auteur conclut que le labyrinthe est le centre général arithmétique.

Stefani, après avoir hautement loué ce travail de de Cyon, se sépare de lui, quand l'auteur reproche à tous les métaphysiciens et philosophes un aveuglement volontaire vis-à-vis des sciences naturelles; pour de Cyon, ce mépris des spéculateurs et chercheurs de chimères envers les sciences biologiques, n'a abouti, surtout au point de vue de la notion de l'espace, qu'à reculer la solution du problème qui, pendant des siècles n'a pas fait de progrès, en dépit de longues discussions. Elle a été résolue rapidement et définitivement par la seule physiologie.

P. VIOLLET.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies du cuir chevelu (1). — III. *Les maladies cryptogamiques : les teignes*, par le docteur R. SABOURAUD.

Le 3e volume des *Maladies du cuir chevelu* est entièrement consacré aux teignes. Il appartenait à M. Sabouraud de donner à la littérature médicale l'œuvre la plus achevée et la plus considérable qui soit, sur cette question à laquelle son nom est si intimement lié. Cet ouvrage est la mise au point de tout ce qui a trait aux affections cryptogamiques du cuir chevelu et l'auteur a singulièrement contribué à ce résultat par l'ensemble de ses belles recherches espacées sur dix-huit années. C'est lui qui a fait des teignes un des groupes les mieux connus entre toutes les dermatoses, montrant dès ses premiers travaux la pluralité des parasites et la séparation définitive qu'il fallait établir entre la teigne tondante du microsporum et les teignes tricophytiques. Cultivant toujours sur milieu identique tous les parasites découverts, M. Sabouraud s'est attaché à établir les relations existant entre les différentes espèces et les formes cliniques. Tout ce labeur de tant d'années trouve aujourd'hui sa synthèse magistrale dans le livre des teignes. — Il est impossible de faire l'analyse d'une œuvre d'allure semblable.

Dans un premier chapitre l'auteur fait l'histoire des teignes montrant où en était la question avant que des études mycologiques précises soient venues éclairer des descriptions uniquement cliniques.

Il réserve une seconde partie aux méthodes de technique et d'étude envisageant les prélèvements, les préparations, les ensemencements, etc.; il est indispensable de pratiquer la culture sur des milieux toujours identiques et propices pour donner au dermatophyte une forme différentielle accusée. L'auteur consacre une étude très intéressante au pléomorphisme des champignons. — C'est par les microspories que M. Sabouraud commence la description des teignes. Pour chacun des deux grands types de microspories humaine ou animale l'auteur envisage successivement la question clinique, microscopique, mycologique, insistant sur la différenciation clinique et culturale des espèces. — Pour les tricophyties, M. Sabouraud suit le même plan : il est parvenu à séparer un grand nombre d'espèces très distinctes et il insiste sur ce fait qu'un même trycophyton donne toujours dans les mêmes régions des lésions identiques et présente toujours des caractères culturaux semblables sur le même milieu. — Le chapitre tout nouveau ajouté par M. Sabouraud dans l'étude des tricophytons est celui des *tricophytons ectothrix microïdes*; ces champignons d'origine animale déterminent des formes suppurées du type chérion. Pendant longtemps ils ont été confondus avec les microsporums. — L'auteur a également créé un nouveau groupe comprenant les cas où les tricophytons endothrix demeuraient longtemps autour du cheveu avant de l'envahir : c'est le groupe des *tricophytons néo-endothrix*.

Dans l'étude des tricophyties de siège inaccoutumé, M. Sabouraud réserve un chapitre à l'eczéma marginatum de Hebra et à son parasite l'*épidermophyton inguinale*.

Abordant la description du favus, l'auteur fait l'histologie du godet favique, insiste sur le polymorphisme de l'achorion et décrit plusieurs types de ce parasite. Mais seul l'achorion Schönleinii produit le favus chez l'homme. — Deux chapitres sont consacrés à l'étude mycologique et biologique des dermatophytes. On y lira surtout avec intérêt les pages réservées aux sécrétions toxiques des parasites. — La thérapeutique des teignes termine l'ouvrage. M. Sabouraud y expose d'une façon détaillée toute la technique du traitement radioélectrique. Passant en revue l'expérimentation et les appareils, il décrit le dispositif qu'il emploie et dont il a obtenu des résultats remarquables.

Le livre des *Teignes* est édité avec un nombre considérable de figures, de planches, rendant la lecture agréable et aisée. Elles font encore mieux saisir ce qu'a été l'œuvre de classification et de précision scientifiques réalisée par M. Sabouraud.

P. GASTINEL.

Précis du traitement des fractures par le massage et la mobilisation (1), par M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Il y a trente-cinq ans que le docteur Lucas-Championnière a commencé à expérimenter et à défendre cette méthode de traitement des fractures qui est bien la sienne. Il n'a cessé depuis cette époque, par des publications multiples, d'exposer et de défendre avec force ses idées. L'exposé le plus complet de la méthode a été fait dans un gros ouvrage, paru en 1895, intitulé *Le Traitement des fractures par le massage et la mobilisation* (gros in-4 avec 66 figures et 570 pages). Comme son titre l'indique, le présent ouvrage est un *Précis* sur le même sujet, destiné surtout à la vulgarisation de la méthode

(1) In-8 de 855 pages, 433 figures et 28 planches hors texte. — Paris, Masson.

(1) In-16 de 268 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Steinheil.

près des praticiens qui n'auront plus l'excuse du manque de temps pour lire un gros traité.

Ce *Précis* comprend en effet l'exposé complet de la méthode. Après un bref historique, l'auteur expose les principes généraux du traitement par la mobilisation et le massage et les observations qui l'ont amené à l'imaginer. Il indique ensuite les particularités du massage appliqué aux fractures, la méthode de réduction, l'emploi des appareils. Dans une deuxième partie, il expose pour chaque variété de fracture la technique particulière du massage et de la mobilisation qui lui conviennent. Il termine par quelques conseils sur l'exercice et l'entraînement et l'emploi des béquilles et de la chaise.

D'une lecture facile, ce petit résumé d'un grand ouvrage est appelé à figurer dans la bibliothèque de tous les praticiens.

M. LANCE.

SUITE DES SOMMAIRES

Lyon médical. — (N° 31, 31 juillet 1910.) X. DELORE et H. ALAMARTINE : Cancer massif du corps thyroïde avec basedowisme; hémithyroïdectomie de décompression; myxœdème post-opératoire. — (N° 32, 7 août.) J. MOLLARD et L. RIMAUD : Cinq cas de fièvre de malte observés à Lyon. — (N° 33, 14 août.) JABOULAY : Action de certaines sérosités pathologiques. — J. MOLLARD et L. RIMAUD : Cinq cas de fièvre de Malte observés à Lyon (*suite*). — (N° 34, 21 août.) J. MOLLARD et L. RIMAUD : Cinq cas de fièvre de Malte observés à Lyon (*fin*). — (N° 35, 28 août.) COLLET et DELACHANAL : Cavernes tuberculeuses chez un nourrisson de trois mois. — (N° 36, 4 septembre.) Ch. LESIEUR : Le carnet sanitaire individuel dans les écoles municipales de Lyon.

Medizinische Blætter. —(N° 32, 6 août 1910.) KLOSE : Les tuberculeux et les syphilitiques comme hôtes des villes d'eaux. — (N° 33, 13 août.) KOPSTEIN : Le traitement du moignon dans l'appendicectomie. — (N° 34, 20 août.) SOPER : La lutte contre le crétinisme en Autriche.

Marseille médical. — (N° 15, 1er août 1910.) J. FIOLLE : Leçon d'ouverture du cours de pathologie externe. — OLMER : Forme hémolytique de la maladie de Hanot. — BOINET et F. MONGES : Méningite cérébro-spinale épidémique. — P. FIOLLE : Note sur les polypes malins de l'utérus. — (N° 16, 15 août.) CONSTANT : Manifestations de l'uricémie. — ICARD : Procédé pour marquer les professionnels du crime. — CLÉMENT : Tumeur de la région dorsale supérieure. — TELMON : Recherche clinique du sang dans les urines. — SÉNÈS et ROBIOLIS : Trois cas de méningite cérébro-spinale. — (N° 17, 1er sept.) AUDIBERT : La septicémie éberthienne pure chronique. — ARNAUD : Action physiologique de la quinine.

Montpellier médical. — (N° 30, 24 juillet 1910.) PEYROT : Rechute de fièvre de Malte venant compliquer les suites opératoires d'une hystérectomie vaginale (pratiquée par le professeur de Rouville). — (N° 31, 31 juillet.) FLEIG : Encore sur le droit de cité d'une crénothérapie intra-tissulaire. Qu'est-ce qu'un sérum artificiel ?

Pédiâtrie pratique. — (N° 21, 25 juillet 1910.) HUTINEL : Les phénomènes méningés au cours de l'entéro-colite. — AUSSET : Un cas de maladie de Barlow chez un enfant nourri exclusivement avec du babeurre frais. — WEILL et BÉRARD : Pleurésie congénitale ; atélectasie; véritable atrophie du poumon droit; emphysème compensateur du poumon gauche, dextrocardie. — LEPETIT : Fracture comminutive du crâne; trépanation, guérison. — NASCIMENTO CURGEL : Un cas de pleurésie purulente chez un enfant de quatre ans guérie par les injections intrapleurales d'électrargol. — (N° 22, 5 août.) AUSSET : Nouvelle contribution à l'emploi des bouillies de malt au cours des entérites et dyspepsies de l'enfance. — SAVARIAUD : Pied bot varus équin. Luxation congénitale de la hanche, polyclinique. — (N° 23, 15 août.) MENCIÈRE : Technique du traitement de la coxalgie et des tumeurs blanches pour la conservation du mouvement dans l'articulation. Etude cinématographique des sujets après guérison. — KIRMISSON : Ostéomyélite chronique de la diaphyse humérale. — VIGNARD : A propos du diagnostic et de l'intervention précoce dans l'appendicite chez l'enfant.— (N° 24, 25 août.) KIRMISSON : Le pied bot varus équin congénital invétéré. — MEARA : Méningite et états simulant la méningite.

Presse médicale. — (N° 60, 27 juillet 1910.) SARTORY : Sur les caractéristiques du genre oospora et son extension dans l'état actuel de nos connaissances. — LE PLAY et SÉZARY : Diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale et de l'angine chancriforme (clinique et laboratoire). — (N° 61, 30 juillet.) IMBERT : Accidents du travail. Sur la question de l'état antérieur. — PERROT : Une nouvelle forme galénique de préparations pharmaceutiques. — (N° 62, 3 août.) ALBARRAN : A propos du cathétérisme urétéral sur Mandrin. — DAUSSET et DESFOSSES : Les critères de développement physique. — LUYS : Séparation intra-vésicale des urines et cathétérisme des uretères. — (N° 63, 6 août.) MARCOU : La crise d'entéro-colite chronique envisagée comme décharge toxique des neuro-arthritiques. — (N° 64, 10 août.) Apostolos G. APOSTOLIDÈS : Le traitement des fractures de la base du crâne par les ponctions lombaires répétées. — (N° 65, 13 août.) BARRÉ et GASTINEL : Etude d'une famille d'hérédo-syphilitiques. — (N° 66, 17 août.) GIMMERN et Paul COTTENOT : Les bases physiologiques de l'électricité médicale. Valeur de l'électricité dans le traitement des atrophies musculaires. — SARDOU : La fausse grossesse par insuffisance ovarienne. — DOCHE : Le traitement des abcès par congestion au commencement du siècle dernier. — CARAVEN : Hématocèle pelvienne par sténose cicatricielle du col utérin sans hématométrie. — TAPTAS : Contribution à l'étude de la rhinite caséeuse. — THÉBAULT : Maladies professionnelles. La névrose des téléphonistes. — (N° 67, 20 août.) HARDOUIN : Contribution à l'étude de l'occlusion duodénale post-opératoire. — KIRMISSON et MOULONGUET : Invagination iléo-colique aiguë chez une fillette de dix-sept mois. Opération tardive (cinquante-huit heures après le début); gangrène de l'intestin ; mort. — DUMONT : La nouvelle préparation arsenicale d'Ehrlich (n° 606) dans le traitement de la syphilis. — (N° 68, 24 août.) MARION : Division intra-vésicale des urines ou cathétérisme urétéral. — GRENIER : La tuberculose dans l'administration des Postes et télégraphes. — BARRÉ : Le traitement par les rayons X en dermatologie. — (N° 69, 27 août.) TEISSIER et SCHAEFFER : Des complications cardiaques au cours des diverses variétés de l'érythème polymorphe. — GONNET : Mouvements choréiformes et méningite tuberculeuse. — (N° 70, 31 août.) FOIX et SALIN : Les sérums antihémolysants et le phénomène de Neisser et Doering. — MONTESAUTO et SOTIRIADÈS : La séro-réaction de Wassermann dans 48 cas de lèpre. — (N° 71, 3 sept.) DEBRÉ : La méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachectisante. — LENORMANT : Un cas de luxation du pied en dedans sans fracture.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Algérie-Tunisie. — Billets de voyages à itinéraires fixes, 1re et 2e classes, délivrés à la gare de Paris-Lyon ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires. Certaines combinaisons de ces voyages permettent de visiter non seulement l'Algérie et la Tunisie, mais encore des parties plus ou moins étendues de l'Italie et de l'Espagne.

Consultez le Livret-Guide-Horaire vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares.

N° 108. — JEUDI 22 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 22 SEPTEMBRE 1910. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Composition du jury :

Anatomie. — MM. Decloux, Camus, Lardennois et Descomps. (Séances à la salle des Saints-Pères, les mercredis et vendredis, à quatre heures et demie; les mardis et jeudis, à huit heures et demie du soir.)

Pathologie. — MM. Jeannin, Coyon, Weil et Chifoliau. (Séances à la salle des Saints-Pères, les mercredis et vendredis, à huit heures et demie du soir; les mardis et jeudis, à cinq heures.

— Ordre de passage :

Anatomie. — Deuxième moitié : première, deuxième et troisième séries.

Première moitié : deuxième, première et troisième séries.

Pathologie. — Première moitié : deuxième, première et troisième séries.

Deuxième moitié : première, deuxième et troisième séries.

Notes. — *Candidats militaires :*

Pathologie. — Séance du 19 septembre. — Question donnée : « Technique de l'anesthésie chloroformique. »

MM. Apard, 11; Guédon, 13; Moing, 15; Papillaud et Patriarche, 13; Pichot, 12; Gallerand, 15; Huette, 15 1/2; Fogt, 16.

Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Panaris ».

MM. Duchamp de Lageneste et Carrière, 15; Chantemesse, 14 1/2; Bralez, 15; Vauzanges, 14; Chapelain, 15; Gras, 15 1/2; Heurtel, 17; Gelin, 16; Florand, 14; Jarrige, 13; Marion et Béguier, 12; Barry, 8; Ribetou, 10; Fourneau, 7; Zermati, 15; Mercier (Pierre), 11; Dossin, 13; Festal, 17.

Anatomie. — Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Muscles sterno-cléido-mastoïdiens. »

MM. Gelin, 11; Zermati, 13; Faurel, 13 1/2; Thibault (Olivier), 15; Huette, 12 1/2; Vernedal, 7; Texier, 18; Papillaud, 8; Apard, 12; Heurtel, 17 1/2; Peyre, 8; Patriarche, 16; Bernard (Eugène), 19; Duchamp de Lageneste, 14; Leroy (Maurice), 11; Guédon, 12; Béguier, 5; Vauzanges, 13 1/2; Fourneau, 4; Delort, 17 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Ont été créés à la Faculté de médecine, à partir du 1er novembre : 1° un emploi d'aide de clinique de chirurgie infantile et orthopédie; 2° un emploi d'aide de clinique des maladies des voies urinaires. Ces emplois seront donnés par voie de concours, et rétribués sur les fonds de la Faculté.

— M. le docteur Chevelle, ancien interne des hôpitaux, a été délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1909-1910, dans les fonctions d'aide de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Heully, interne des hôpitaux, a été délégué, jusqu'à la fin de la présente année scolaire 1909-1910, dans les fonctions d'aide de clinique infantile et orthopédie.

LE RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Il n'existait pas jusqu'alors dans la marine de règlement sur le service de santé analogue à celui qui a été établi au ministère de la guerre. C'était dans des circulaires éparses et dans un nombre considérable de dépêches manuscrites que les médecins de la marine devaient rechercher les instructions les concernant.

Le sous-secrétaire d'Etat à la marine vient d'arrêter un règlement complet sur le service de santé, qui remplace toutes les dispositions antérieures et prévoit tout ce qui est relatif à ce service. Ce règlement qui fait l'objet d'un volume spécial va être adressé aux ports.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Fournié, médecin-major de deuxième classe au 6e d'infanterie, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p.* 1485.)

SPASME GLOTTIQUE

SURVENANT AU COURS D'UNE BRONCHO-PNEUMONIE RUBÉOLIQUE MORTELLE

Par MM. VARIOT et PIRONNEAU.

Il est fréquent de voir, chez l'enfant, les processus broncho-pulmonaires associés au spasme phréno-glottique; lorsqu'il y a des phénomènes de laryngite coexistante, c'est le tableau du faux croup grave avec tirage, accès de suffocation, cyanose nécessitant le tubage ou la trachéotomie. Mais il est beaucoup plus rare de voir survenir le spasme glottique sans aucun symptôme de laryngite antécédente pendant l'évolution d'une broncho-pneumonie; lorsque de tels accidents apparaissent, on serait tenté de croire au développement secondaire d'une laryngite de nature diphtérique ou autre; ce n'est qu'après avoir éliminé par un examen clinique attentif, bactériologique et anatomique post-mortem les divers processus morbides qui peuvent atteindre le larynx qu'on est en droit de conclure à l'apparition d'un spasme glottique d'origine broncho-pulmonaire. C'est ce que nous avons pu établir chez une enfant dont l'histoire clinique est la suivante :

Le 23 juin, Germaine A., quatre ans et demi, est admise au pavillon des douteux de l'hospice des Enfants-Assistés; à cette date de grandes oscillations thermiques, un catarrhe nasal et buccopharyngé ainsi que des râles diffus de bronchite nous font redouter l'éclosion de la rougeole, en effet le 26, l'éruption apparaît; le 28, des râles sous-crépitants disséminés avec prédominance au niveau des bases et ne s'accompagnant pas de souffle révèlent la présence d'une broncho-pneumonie; le 29, les phénomènes généraux semblent devoir s'amender, la température baisse progressivement et le 30 n'atteint que 38 degrés, quand dans la matinée de ce jour la surveillante note chez la petite malade l'apparition soudaine d'accès de toux coqueluchoïde en même temps que l'extinction de la voix non précédée de raucité. A quatre heures, le tirage survient; cependant le pharynx et le voile du palais sont indemnes de fausses membranes. Néanmoins l'ensemencement est pratiqué et 20 centimètres cubes de sérum sont injectés avant le résultat de l'examen bactériologique; à six heures, le tirage s'accentue, exagérant les dépressions sus et sous-sternales. Une piqûre d'un demi-centigramme de morphine reste sans effet; à onze heures, l'enfant est cyanosée, le facies exprime l'angoisse, le tirage est encore plus intense, nous pratiquons le tubage, l'accalmie est immédiate; la respiration se régularise et la malade s'endort paisiblement. Au cours de cette manœuvre l'enfant n'a rejeté aucune fausse membrane, mais chaque effort de toux donne issue à une grande quantité de pus.

Le lendemain matin, l'accalmie persiste; on note encore une certaine accélération respiratoire en rapport avec les lésions de broncho-pneumonie, mais le tirage n'a pas reparu, l'examen des cultures ne montre pas de bacilles de Lœffler mais des cocci sans caractère déterminé; le 2 au matin, le tube est extrait, l'état reste stationnaire pendant les deux jours suivants, mais à cause des progrès de l'envahissement bronchique l'enfant succombe le 4 juillet sans avoir présenté de nouvelles crises de spasme glottique.

L'intérêt de cette observation réside entièrement dans l'apparition brutale au cours d'une broncho-pneumonie rubéolique du syndrome suivant : toux coqueluchoïde, extinction de la voix, tirage violent nécessitant le tubage et calmé aussitôt, sans phénomènes antérieurs de laryngite diphtérique ou inflammatoire simple.

Quelle pouvait être la pathogénie de ces signes subits? Déjà, au lendemain de l'accès, notre chef de service, M. Variot nous avait rapporté une série d'observations analogues qu'il avait antérieurement publiées sous le titre de « spasme glottique d'origine pulmonaire » (1), l'absence de fausses membranes et de lésions catarrhales de la muqueuse laryngée, la faible réaction inflammatoire des ganglions du hile, l'avaient amené à attribuer cette variété d'accès de suffocation à un spasme glottique lié au processus de broncho-pneumonie.

L'autopsie pratiquée quelques heures seulement après la mort est venue corroborer les observations antérieures de M. Variot à ce sujet.

Le pharynx nasal est rempli de pus; le larynx est indemne, ni fausses membranes, ni rougeur, ni infiltration œdémateuse tant des cordes vocales que des étages sus et sous-glottiques; le tube n'a provoqué aucune érosion; un petit dépôt de pus concrété et non adhérent à la surface de la muqueuse de l'aile thyroïdienne droite montre des cocci divers, polymorphes; aucun bacille de Lœffler, par contre la trachée et les grosses bronches sont engorgées de pus et la muqueuse congestionnée présente une teinte livide; des lésions de broncho-pneumonie et de congestion prédominante au niveau des bases, des sommets et des bords postérieurs des poumons alternent avec des zones d'emphysème très accusé. Les ganglions du hile sont à peine augmentés de volume, sauf un, prétrachéobronchique droit, qui atteint la dimension d'une dragée mais garde une grande mobilité, les récurrents suivis jusqu'à leur terminaison ne peuvent être comprimés par la légère adénopathie. Rien à signaler à l'examen des autres organes sauf un degré déjà accusé de congestion hépatique avec placards sous-capsulaires de dégénérescence graisseuse.

Que faut-il conclure de cette autopsie? Le larynx semble indemne, on ne peut accuser un obstacle d'œdème ou de fausse membrane, ni même une érosion superficielle; l'adénopathie paraît insuffisante pour provoquer une excitation ou une paralysie récurrentielle.

Tout porte donc à nous faire admettre qu'il s'agit là d'un spasme laryngé dû à une excitation réflexe dont le point de départ siégerait dans les lésions trachéales ou broncho-pulmonaires, ou, d'une variété de convulsion analogue à celles constatées cliniquement et expérimentalement (2) au cours de l'asphyxie.

(1) VARIOT. *La diphtérie et la sérumthérapie*, 1898.

(2) CHARLES RICHET FILS. *Arch. de méd. expérim.*, n° 3, 1910, p. 349.

FRACTURE DE LA CAVITÉ COTYLOIDE

AVEC PÉNÉTRATION DE LA TÊTE FÉMORALE DANS LE BASSIN

Par M. Henry LEGROS (1).

C..., garçon de magasin, âgé de vingt-quatre ans.

Histoire. — Le 17 mars, au soir, le blessé était employé à porter un sommier dans une galerie située au deuxième étage du magasin où il travaillait. Trompé par l'obscurité et croyant trouver à cet étage un monte-charge où il devait déposer son fardeau, l'employé s'avança vers le bord de la galerie, à l'endroit où se trouve ordinairement amarré le monte-charge. Malheureusement, cet appareil avait été enlevé au quatrième étage sans que la barrière mobile garantissant le bord de la galerie ait été remise en place. Croyant arriver de plain-pied dans le monte-charge, il s'avança donc avec son fardeau et fut précipité dans le vide d'une hauteur d'environ 11 à 12 mètres.

Autant qu'il peut préciser ses souvenirs, le blessé nous raconte qu'il est tombé obliquement sur sa jambe gauche qui a glissé latéralement, de sorte qu'il s'est trouvé étendu sur le côté gauche.

Le sommier, entraîné lui aussi dans la chute, venait s'abattre sur l'employé et lui causer une blessure du bras droit.

Transporté d'urgence à l'hôpital Pasteur, le blessé est admis au pavillon H dans le service de M. Balard d'Herlinville. A son arrivée à l'hôpital, le blessé, sous l'influence encore du shock, se plaint de souffrir de la hanche gauche et de l'avant-bras droit.

A l'examen, on trouve une fracture avec déplacement angulaire, portant sur le cubitus droit, sans intéresser le radius.

Du côté de la hanche gauche, le blessé accuse une douleur spontanée très vive; à l'inspection, la jambe gauche est en légère rotation externe et présente un raccourcissement apparent assez appréciable.

La pression sur les différentes régions de la ceinture pelvienne à gauche provoque de vives douleurs, de même la pression exercée sur le grand trochanter. Impossibilité de faire effectuer aucun mouvement à l'articulation tant à cause des douleurs que de la contracture des muscles.

On néglige à cause de l'état du blessé de faire un toucher rectal.

Le diagnostic alors porté est celui de fracture portant sur la moitié gauche du bassin.

Le blessé est porté dans son lit dont le sommier a été préalablement enlevé; entre les matelas on a intercalé des planches. Le blessé souffre beaucoup et les douleurs ne cèdent qu'à la morphine.

Le lendemain matin, l'état général s'est un peu amélioré, mais le malade n'a pas uriné. Devant l'état de réplétion de la vessie, on pratique un cathétérisme qui devra être renouvelé d'une façon bi-quotidienne pendant plusieurs jours.

Le docteur Soret fait alors une radiographie du bassin dont nous publions ci-contre une épreuve.

L'examen radiographique montre un enfoncement de la cavité cotyloïde avec pénétration de la tête fémorale dans le bassin. Pas de fracture des branches ischio-pubiennes.

La température monte le soir de quelques dizièmes, atteint même 38 degrés les jours suivants et disparaît le douzième jour. Pendant tout ce temps le malade ne peut uriner. Pas de troubles du côté du rectum.

Le treizième jour, après avoir longuement discuté de la conduite à tenir, on décide de tenter une réduction manuelle.

(1) Observation prise dans le service du docteur Balard d'Herlinville, pavillon H., hôpital Pasteur du Havre.

Pendant qu'un aide pratique la contre-extension, le chirurgien tire fortement sur le membre en le portant en adduction forcée.

La séance de réduction terminée, on pose sur la jambe un appareil de Tillaux qu'on charge seulement de 1 kilo, la musculature du blessé étant très faible.

Une dizaine de jours après les manœuvres de réduction, une deuxième radiographie est pratiquée qui montre la tête fémorale toujours dans le bassin, en même position que la première fois. Entre les fragments du cotyle et le fémur, on aperçoit un commencement de consolidation.

L'extension continue est prolongée pendant quarante jours. L'état général s'améliore au point de devenir très satisfaisant. Au bout de quarante jours, on enlève l'appareil et les massages sont commencés. Huit jours environ après le début de ce traitement, on essaie de lever le blessé qui est pris d'une légère syncope, cédant d'ailleurs très facilement.

Peu à peu, le blessé tente avec ses béquilles de hasarder quelques pas. Tout allait pour le mieux quand soudain, au moment où il allait se mettre en marche, quinze jours après le début de ces exercices, il fut repris d'une nouvelle syncope. On dut le transporter sur son lit, lui pratiquer des injections d'éther et de caféine et faire de la respiration artificielle. Au bout de quelques minutes, le blessé revint à lui et garda le repos complet pendant quelques jours, au bout desquels il reprit sa marche sans que depuis ce jour jusqu'à aujourd'hui pareil incident soit venu troubler la marche du traitement.

Tous les après-midi, le blessé se lève et se promène avec ses béquilles. Peu à peu, il est venu à appuyer sur la jambe malade et actuellement la marche est devenue fort aisée. Le blessé appuie d'une façon progressive sur son membre traumatisé et se promène chaque jour plusieurs heures.

La rétention d'urines qui a cessé au bout de douze jours n'a pas reparu; on n'a eu à noter aucun symptôme d'infection au cours des nombreux cathétérismes pratiqués pendant ce temps.

L'état général s'est de jour en jour amélioré et se trouve aujourd'hui excellent.

Quant à la fracture d'avant-bras, elle a été réduite, appareillée, et depuis longtemps se trouve complètement consolidée.

Etat actuel du blessé. — A l'heure actuelle, le blessé se présente dans l'état suivant :

Comme nous l'avons déjà dit, l'état général ne laisse absolument en rien à désirer.

Tous les jours avec ses béquilles le blessé fait de longues promenades et d'ici peu de jours il aura cessé d'avoir recours aux béquilles pour marcher avec des cannes.

A l'examen, le raccourcissement de la jambe gauche est peu apparent. Le raccourcissement réel est lui aussi peu appréciable. Les mensurations que nous avons faites nous ont donné les résultats suivants, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe :

Jambe droite, $93^{cm}5$.

Jambe gauche, 92 centimètres.

Il s'agit donc seulement d'un raccourcissement réel de $1^{cm}5$.

Sur le membre malade on relève quelques symptômes attestant des troubles de l'innervation et de la vascularisation.

Dans la station verticale surtout on remarque une coloration violacée de la partie inférieure du membre. Elle commence au niveau du genou, augmente progressivement et atteint son maximum sur la face dorsale du pied. La température de ces régions est nettement moins élevée que celle des régions correspondantes du membre sain.

La sensibilité au contact et à la piqûre est retardée dans les mêmes régions, mais existe néanmoins assez complète.

La flexion de la jambe sur la cuisse est absolument nor-

male, celle de la cuisse sur le bassin existe, mais réduite environ des 2/5. Il est vrai cependant de faire remarquer que dans la flexion de la cuisse sur le bassin la plus grande partie du mouvement se passe ici dans l'articulation sacro-iliaque correspondante. Néanmoins il serait injuste d'affirmer que la hanche n'est le siège d'aucun mouvement. Si en effet on vient à immobiliser le bassin, une partie du mouvement de flexion se fait néanmoins, ce qui porterait à croire qu'entre les débris du cotyle et la tête fémorale adjacente, il s'est produit non pas une synarthrose, mais une néarthrose douée de quelques mouvements.

Nous avons cru utile de publier cette observation intéressante, tant à cause de la rareté des cas que pour exposer les résultats obtenus par une méthode simple et à la portée de tous.

Les ouvrages classiques, tout en signalant la fracture du cotyle et la pénétration de la tête fémorale dans le bassin, sont absolument muets sur la conduite à tenir en pareil cas. La plupart des fractures de ce genre ont été en effet jusqu'ici des trouvailles d'autopsie, les blessés ayant succombé peu de temps après leur traumatisme.

Certes, nous n'avons pas la prétention exagérée en pareil cas, d'avoir rendu à cet homme l'intégrité des fonctions de son membre blessé. Cependant, si nous comparons notre résultat à ceux publiés jusqu'ici, nous avons droit de nous féliciter du succès qui a couronné une méthode de traitement fort simple en apparence, mais indubitablement avantageuse pour le malade et pleine d'intérêt pour le chirurgien.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

La malaria infantile. (J.-P. Cardamatès. *Arch. de méd. des enf.*, t. XIII, n° 9, sept. 1910, p. 641.) — Pendant la période d'allaitement, spécialement pendant les trois premiers mois, l'enfant est moins attaqué qu'à tout autre âge; la morbidité est moins grande chez les nourrissons. Le paludisme attaque à peu près également le premier ainsi que le deuxième âge infantile, et tout particulièrement il sévit sur les enfants entre la deuxième et la troisième année.

La question du *paludisme congénital* est encore très discutée : l'auteur n'ayant jamais trouvé l'hématozoaire chez le fœtus, ni sur le placenta fœtal, alors qu'il existe sur le placenta maternel, pense qu'il y a à la *surface fœtale* du placenta, comme dans le sang du fœtus et du nouveau-né, des matières antitoxiques s'opposant au développement de l'hématozoaire, ce qui explique l'innocuité du virus paludique.

Chez l'enfant le paludisme se présente sous deux formes : aigu ou chronique, mais le plus souvent il est chronique.

En cas de paludisme aigu, le frisson est moins bruyant que chez l'adulte et il s'accompagne de vomissements et de convulsions, surtout chez le nourrisson chez lequel les sueurs font défaut; la rate est toujours très grosse et douloureuse.

Parmi les complications, il faut signaler l'importance et la fréquence des troubles gastro-intestinaux.

Dans le deuxième âge le type le plus fréquent des fièvres intermittentes est le type quotidien.

En cas de paludisme chronique, ce qui domine c'est l'*anémie*, la *cachexie*, avec hypertrophie splénique considérable.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Pancréato-entérostomie et pancréatectomie. (Robert C. Coffey. *Ann. of. Surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, pp. 1238-1264.) — L'écueil de la chirurgie pancréatique est l'action dissolvante de la trypsine, qui file le long du tissu rétropéritonéal; mais elle n'attaque pas le péritoine : le problème est donc de fournir un champ complètement péritonisé pour l'opération.

De ses expériences sur les chiens, Coffey conclut ce qui suit :

1° L'implantation latérale du pancréas dans l'intestin grêle n'est pas pratique;

2° L'implantation du pancréas dans un bout d'intestin sectionné, les bords de la section étant inversés simplement, serait la méthode idéale; malheureusement elle rétrécit trop la lumière de l'intestin, d'où constriction du segment de pancréas implanté et nécrose;

3° Il faut donc accoler deux anses d'intestin grêle à mésentère assez long, les placer en canons de fusil, les entrer et les faire communiquer l'un avec l'autre de manière à faire une seule lumière large des deux cavités, puis inverser les bords, dénuder les canaux pancréatiques sur une certaine longueur, de manière à ce qu'ils dépassent de 6 à 12 millimètres le bout coupé du pancréas, puis introduire celui-ci dans l'intestin et suturer.

Pourvu que tout soit doublé de péritoine et qu'il n'y ait pas de « fuite » possible pour le suc pancréatique, la pancréato-entérostomie est faisable et entrera dans le domaine chirurgical.

Les expériences sur le chien sont plus faciles que ne le seraient les opérations correspondantes chez l'homme. Le duodénum du chien est long et a un mésentère : chez le chien il n'y a pas d'épiploon gastro-colique qui ajoute une difficulté de plus chez l'homme.

F. GARDNER.

SYPHILIGRAPHIE

Rapports sur les résultats actuels du traitement de la syphilis par la préparation de Ehrlich (120 cas). (W. Pick. *Wiener klin. Wochens.*, 18 août 1910, n° 33, p. 1193); — **Arsenobenzol et syphilis.** (K. Herxheimer. *Deuts. med. Wochens.*, 18 août 1910, n° 33, p. 1517); — **Expériences avec le médicament d'Ehrlich « 606 ».** (C. Fraenkel et C. Grouven. *Münch. med. Wochens.*, 23 août 1910, n° 34, p. 1771); — **Sur la technique du traitement par le médicament antisyphilitique de Ehrlich.** (K. Alt. *Münch. med. Wochens.*, 23 août 1910, n° 33, p. 1774); — **L'arsenobenzol dans la syphilis.** (B. Spiethoff. *Münch. med. Wochens.*, 30 août 1910, n° 35, p. 1822); — **Résultats inattendus chez un enfant hérédo-syphilitique après le traitement de la mère par le « 606 ».** (R. Duhot. *Münch. med. Wochens.*, 30 août 1910, n° 35, p. 1825); — **L'injection intraveineuse de « 606 » offre-t-elle des dangers particuliers?** (P. Ehrlich. *Münch. med. Wochens.*, 30 août 1910, n° 35, p. 1826); — **Casuistique sur le « 606 » d'Ehrlich.** (E. Eitner. *Wiener klin. Wochens.*, 25 août 1910, n° 34, p. 1283); — **Sur les troubles vésicaux consécutifs à l'emploi du « 606 ».** (K. Bohac et P. Sobotka. *Wiener klin. Wochens.*, 25 août 1910, n° 34, p. 1235). — W. Pick donne un compte rendu détaillé des effets obtenus chez 120 syphilitiques traités par le « 606 ». L'action sur les accidents primitifs est très nette : dès le lendemain de l'injection en général on observe un ramollissement de l'accident primitif; puis la disparition des spirochètes et la diminution des ganglions. Il persiste pourtant une légère induration pendant longtemps encore. Chez aucun des sujets traités pour un chancre non encore compliqué d'accidents secondaires, ces accidents n'ont fait leur apparition.

Pendant la période secondaire, après l'injection on voit disparaître en trois à quatre jours les éruptions maculeuses;

les palpules suintants dans le même laps de temps s'affaissent et s'épidermisent. L'action du « 606 » est moins nette sur les exanthèmes micro-papuleux qui restent encore visibles au bout de quatorze jours. De même les adénopathies secondaires sont peu influencées. L'action du dioxy-diamido-arsenobenzol est très manifeste sur les syphilides des muqueuses qui parfois ont disparu dès le lendemain et n'ont jamais mis plus de quatre jours à guérir.

La glossite scléreuse, si souvent réfractaire au mercure, est très favorablement influencée par le « 606 ».

Pick rapporte deux cas de syphilis maligne précoce, rebelles au traitement ordinaire qui guérirent rapidement par le « 606 »; il en fut de même dans un cas de syphilis héréditaire chez un enfant de quatre mois.

Par contre le « 606 » se montra sans effet chez des sujets atteints de tabes et de paralysie générale; de même il ne put empêcher la mort de survenir dans un cas de gomme de la protubérance.

Dans un cas de syphilis maligne une injection de 0g50 de « 606 » amena la guérison rapide de gommes du sternum et des orteils; mais moins d'un mois après ce traitement, survint une gomme de la voûte palatine. De même, chez un autre malade, malgré la guérison d'un chancre et d'une roséole par 0g40 de « 606 », survinrent plus de deux mois après, de la céphalalgie, de l'alopécie et de la névrite optique.

Au point de vue de la réaction de Wassermann, il faut noter que dans les cas de chancres indurés traités de bonne heure, avant l'apparition de la séroréaction, celle-ci continua à faire défaut dans la suite.

Comme manifestations accessoires Pick note l'intensité extrême des douleurs après les injections intrafessières; les douleurs sont moins vives après l'injection dans la région scapulaire suivant la technique de Wechselmann; il note également une fièvre pouvant dépasser 39 degrés, de l'érythème cutané, et souvent une diminution du volume des urines pendant cinq ou six jours.

Herxheimer a traité 72 cas par le « 606 ». Il considère qu'à part la douleur très vive, la fièvre passagère et l'infiltration locale, les injections n'ont aucun inconvénient. Dans un cas pourtant il a noté chez un neurasthénique une rétention d'urine très passagère qui a cédé à un bain de siège chaud. Il considère 0g50 comme une dose minima. Comme résultat, efficacité très grande sur les accidents primitifs, secondaires, sur les accidents tardifs et sur la syphilis maligne. Les adénopathies résistent longtemps. Dans un certain nombre de cas il a observé la réaction qu'il a décrite dans le traitement mercuriel et qu'il attribue peut-être à une destruction incomplète des spirochètes au niveau de la lésion.

Dans quatre cas d'accidents primitifs avec réaction de Wassermann négative, cette réaction devint positive quatre jours, six jours, neuf jours et vingt-huit jours après l'injection de « 606 ». Dans deux cas d'accidents primitifs avec Wassermann positif, cette réaction disparut sept et vingt jours après l'injection. Des résultats assez analogues ont été notés pendant la période secondaire. Depuis douze semaines qu'il emploie le dioxy-diamido-arsenobenzol, Herxheimer n'a pas encore observé de récidives.

C. Fränkel et C. Grouven rapportent le résultat de leurs observations sur une centaine de malades traités depuis dix semaines par le dioxy-diamido-arsenobenzol. Ils dissolvent la dose de médicament dans 1 centimètre cube d'alcool méthylique, ajoutent un peu d'eau distillée stérile, puis 1 centimètre cube à 2 centimètres cubes de solution décinormale de soude; enfin on amène le tout à 8 ou 10 centimètres cubes en ajoutant de l'eau stérile. Il leur paraît inutile d'injecter des doses de liquide plus considérable.

Ils ont employé dans trois cas les injections intraveineuses mais sans injecter 150 à 200 centimètres cubes comme l'ont fait les autres expérimentateurs.

C'est ce qui explique peut-être un accident mortel survenu consécutivement à l'injection intraveineuse de 0g40 de « 606 » dans 15 centimètres cubes d'eau. Un quart d'heure après l'injection le malade présenta les symptômes d'une grave intoxication arsenicale : malaise, vomissements, douleurs abdominales intenses; au bout de deux heures le pouls devint filiforme et le malade succomba trois heures et demie après l'administration du médicament. A l'autopsie on trouva des foyers de ramollissement dans les lobes temporaux du cerveau.

Fränkel et Grouven n'ont pas craint de pratiquer chez les mêmes sujets deux ou trois injections successives de dioxy-diamido-arsénobenzol, si la première dose semblait ne pas suffire, et après la cessation de l'élimination de l'arsenic. C'est ainsi qu'ayant injecté d'abord 40 centigrammes, ils injectent quinze jours plus tard 70 centigrammes, et enfin deux semaines plus tard 0g80 à 1 gramme de « 606 ». Ils ont obtenu les meilleurs résultats par ce procédé.

Parmi les cas les plus remarquables ils citent une observation de surdité labyrinthique bilatérale, guérie en douze jours par une seule injection de 0g60.

Parfois pourtant la guérison ne se fait que lentement et c'est dans ces cas qu'il ne faut pas craindre de répéter les injections.

Les auteurs ont employé le « 606 » dans le traitement d'affection autre que la syphilis : ils ont obtenu des succès chez des sujets atteints de pemphigus chronique, de pemphigus malin et de pemphigus foliacé.

En terminant, les auteurs recommandent de juger avec prudence le nouveau médicament d'Ehrlich et rappellent la tuberculine de Koch. Mais ils reconnaissent l'étonnante efficacité du « 606 » qui marque une étape dans la thérapeutique de la syphilis.

K. Alt rappelle que c'est lui qui a publié les premiers résultats obtenus avec le « 606 ». Il n'a jamais employé que des doses de 0g30 à 0g40, tout au plus 0g50 chez les sujets très vigoureux et il a obtenu, lui semble-t-il, d'aussi beaux succès que ceux qui préconisent actuellement des doses bien plus considérables. Il insiste sur la nécessité d'employer des solutions franchement alcalines : en solution alcaline le médicament est plus actif et aussi peu toxique que possible. Au contraire, ses recherches lui ont montré que, en suspension dans un liquide acide, le dioxy-diamido-arsenobenzol n'est pas dénué de toxicité. Alt pense qu'à l'avenir il faudra peut-être modifier la technique des injections de « 606 » : il faut commencer par l'injecter par voie intraveineuse, puis quatre semaines plus tard, sans attendre une récidive, compléter le traitement par une injection intramusculaire.

Spiethoff a traité depuis le mois de mai dernier une cinquantaine de malades par l'arsenobenzol, à des doses variant de 0g30 à 0g60. Il confirme l'efficacité du médicament, et la disparition rapide du spirochète hors des lésions. Il signale notamment l'effacement très rapide d'une grosse adénopathie sous-auriculaire. Spiethoff insiste assez longuement sur les accidents consécutifs à l'injection. Indépendamment de la fièvre, des sueurs profuses, de l'abattement, il a vu survenir dans un cas une éruption ressemblant à de l'érythème polymorphe et s'accompagnant de tuméfaction douloureuse des articulations des mains. Chez un syphilitique secondaire exempt de tare nerveuse antérieure, mais entré à la clinique avec le diagnostic de « stupeur », une crise épileptiforme typique se produisit quatre heures après l'injection. Chez un tabétique survint cinquante heures après l'injection une amaurose qui dura quelques minutes; le même fait se produisit chez un autre sujet, mais d'un seul côté. L'examen du fond de l'œil, dans les deux cas, ne montra rien d'anormal.

Dans quelques cas s'est montré de la tachycardie. Une malade atteinte de syphilis tertiaire, anémique et cachectique, fut trouvée morte dans son lit vingt-quatre heures après l'injec-

tion de 0g50 de « 606 », sans avoir présenté aucun trouble particulier. On ne trouva à l'autopsie aucun signe d'intoxication arsenicale.

Par contre chez un sujet atteint de syphilis tertiaire, de phtisie pulmonaire, néphrite parenchymateuse avec grosse albuminurie, le dioxy-diamido-arsenobenzol à la dose de 0g 50 n'a produit aucune irritation rénale. Bien plus chez un sujet atteint de filariose avec lésions rénales graves, l'injection de 0g30 de « 606 », alors que la situation du malade semblait désespérée, amena une amélioration de tous les symptômes et la disparition des troubles rénaux.

Enfin dans un cas d'anémie syphilitique l'injection de 0g20 de « 606 » a déterminé une augmentation rapide du nombre des globules rouges.

R. Duhot rapporte un fait, identique à celui que Traege a exposé récemment et dont nous avons donné ici le compte rendu. Si des observations identiques viennent confirmer ces deux premières, ce ne sera pas un des points les moins curieux de l'histoire du dioxy-diamido-arsenobenzol.

Il s'agit d'une femme qui contracta la syphilis de son mari, devint enceinte un an environ après son infection et présenta pendant sa grossesse des accidents de syphilides ulcéreuses profondes et graves, rebelles au traitement mercuriel et s'accompagnant d'une atteinte profonde de l'état général.

L'accouchement se produisit néanmoins à terme. L'enfant pesait 2900 grammes; sa peau était rougeâtre, ridée; il avait l'aspect d'un petit vieux; il était si faible qu'il pouvait téter difficilement et était atteint de coryza. Quelques jours plus tard se montrèrent sur le corps des efflorescences papuleuses et à la plante des pieds des bulles de pemphigus.

Pendant les trois premières semaines après la naissance l'augmentation du poids du corps fut à peine de 100 grammes.

C'est alors qu'on injecta à la mère qui nourrissait son enfant 0g50 de « 606 » dans une fesse et le lendemain 0g45 dans l'autre. L'amélioration des ulcérations profondes qui siégeaient au visage de cette femme fut manifeste dès le surlendemain; douze jours plus tard la cicatrisation était complète.

Mais, chose curieuse, des modifications radicales dans l'état de l'enfant se manifestèrent dès le troisième jour après l'injection faite à la mère. La peau prit une coloration rosée, les efflorescences et les bulles de pemphigus disparurent, ainsi que le coryza, et l'enfant commença à téter vigoureusement. Pendant la première semaine après l'injection le poids de l'enfant augmenta de 500 grammes, puis de 400 grammes et de 300 grammes les deux semaines suivantes. Or, l'analyse du lait montra qu'il ne contenait pas la plus petite trace d'arsenic.

Comme Traege, Duhot pense que la destruction des spirochètes dans l'organisme maternel détermine la formation de substances bactéricides qui passent dans le lait et expliquent l'amélioration de l'état du nourrisson.

A propos du cas de mort consécutif à une injection intraveineuse de 0g50 de « 606 », Ehrlich fait remarquer que les résultats de l'autopsie du malade ont été les suivants : encéphalomalacie, foyers de ramollissement corticaux étendus, surtout corticaux du lobe temporal et d'une partie du lobe pariétal gauches, hydrocéphalie interne, anémie et œdème cérébral, leptoméningite chronique de la convexité, hyperémie et œdème des poumons, flaccidité du cœur, adiposité du cœur, hypoplasie du rein gauche, tuméfaction de la rate, hyperémie du foie.

Or, les communications faites depuis le début des expériences avec le « 606 » ont montré que les sujets atteints de lésions dégénératives accentuées du système nerveux central supportent mal ce médicament, et Ehrlich a toujours conseillé aux médecins de s'en abstenir dans des cas semblables. Mais ce n'est pas l'injection intramusculaire qui constitue le danger. Ehrlich cite deux autres cas de mort survenus chez de semblables malades consécutivement à des injections intramusculaires.

Au reste, Ehrlich se montre peu partisan des injections intraveineuses, en dehors des cas où l'on veut agir très vite, et à petites doses (0g30 à 0g50). L'élimination du médicament est trop rapide après ces injections, tandis que l'action s'en prolonge plus longtemps après les injections intramusculaires. Il admet néanmoins que la méthode d'Iversen, qui fait précéder l'injection intramusculaire d'une injection intraveineuse, mérite d'être prise en considération, d'autant plus que cette pratique est également proposée par Alt, Schreiber, Neisser et Kromayer.

Eitner rapporte 19 cas de syphilis traités par des doses de 0g40 à 0g50 de « 606 » en injections intramusculaires. Bons résultats. Il confirme qu'on peut sans inconvénient renouveler l'injection.

K. Bohac et P. Sobotka ont rapporté trois cas de rétention d'urine consécutive à l'injection de « 606 ». Nous avons analysé leur travail où ils se demandent si ces accidents ne sont pas dus à une impureté ou à une modification du médicament. Malgré la réponse d'Ehrlich qui pense que ces accidents étaient dus à une intoxication par l'alcool méthylique employé pour la préparation de la solution, ils se refusent à abandonner complètement leur hypothèse, en faisant remarquer que leurs malades n'ont présenté aucun des accidents habituellement décrits dans l'intoxication par l'alcool méthylique.

A. LEMIERRE.

OPHTALMOLOGIE

La conjonctivite métastatique gonococcique. Démonstration de la présence du gonocoque par des frottis et des cultures. (Hauford Mac Kee. *The Montreal med. Journ.*, juill. 1909, vol. XXXVIII, n° 7, p. 429.) — En dehors de la conjonctivite gonococcique due au transfert direct du pus gononoccique sur l'œil, il existe une conjonctivite gonococcique métastatique dont Mac Kee rapporte une très belle observation.

Elle se présente avec ses symptômes classiques : chez un homme présentant une blennorragie depuis plusieurs mois, à la suite d'excès sexuels, l'écoulement s'arrête, en même temps apparaît une conjonctivite au niveau des deux yeux — d'intensité assez légère. — Après quelques jours apparaît du rhumatisme blennorragique qui suit sa course habituelle, comme c'est la règle (65 p. 100 des cas) la conjonctivite présente de la tendance à la récidive à plusieurs reprises. L'intérêt de l'observation repose surtout dans l'examen bactériologique. Le plus souvent on ne trouve pas de gonocoque dans l'écoulement, aussi on a pensé que la lésion était due aux toxines du microbe (Axenfeld), ou à une infection externe sur un terrain préparé par les toxines. Quelques auteurs cependant ont trouvé le gonocoque dans la sécrétion (Lipski, Morax, van Moll, Burchardt, Kurka, Knapp). Mac Kee montre qu'il faut le rechercher avec persistance car il est très rare dans la sécrétion. Il ne l'a trouvé qu'au dix-huitième frottis. Des cultures sur différents milieux ont été pratiquées : sur l'homoglobine-agar ont poussé d'abondantes cultures d'un diplocoque ne prenant pas le gram. Par divers examens celui-ci a été différencié du méningocoque, du micrococcus catarrhalis, et de diplocoques saprophytes. C'était bien le gonocoque.

Un fragment de conjonctive palpébrale prélevé a montré comme lésions principales un grand nombre de polynucléaires dans le sang des vaisseaux indiquant bien la voie de la métastase. Mais le gonocoque n'a pu être trouvé sur les coupes. L'auteur rappelle que dans d'autres conjonctivites le diplobacille de Morax-Axenfeld, le pneumocoque, le bacille de l'influenza a pu être décelé dans la sécrétion sans qu'il ait pu le trouver sur les coupes de la muqueuse conjonctivale.

M. LANCE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les greffes ovariennes expérimentales. (SAUVÉ. *Bull. de la Soc. anat.*, 1909, pp. 646-650, 3 fig.) — Sur six lapines, l'auteur a pratiqué l'expérience suivante : après ablation des deux ovaires, l'un est greffé dans une boutonnière péritonéale, l'autre est l'objet d'une étude histologique. Au bout de six à sept mois, l'ovaire greffé est à son tour examiné histologiquement. Trois fois seulement, la greffe avait paru réussir, mais la comparaison avec l'ovaire normal montre que les follicules primordiaux sont plus rares, ceux de de Graaf gigantesques et rares, les corps jaunes, également gigantesques et semblant d'une vitalité débordante, absorbent la plus grande partie de la glande. Enfin, les cellules interstitielles sont plus rares. Avec un noyau réduit à sa plus simple expression, le tissu fibreux est un peu plus développé que normalement. L'auteur insiste sur la ressemblance histologique de l'ovaire greffé et de l'ovaire ectopié.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

La Thérapeutique en vingt médicaments (1), par MM. H. HUCHARD, de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, et Ch. FIESSINGER, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Est-il vraiment besoin de présenter un livre dû à la collaboration si justement réputée de MM. Huchard et Fiessinger ? Nous croyons pour notre part qu'il vaut mieux leur laisser dire eux-mêmes quel fut leur but. « Nous livrons aujourd'hui le fruit d'une expérience déjà longue, en ayant soin de faire un triage sévère entre les acquisitions sûres et les espoirs injustifiés. Nous espérons ainsi prouver qu'avec vingt médicaments dont l'action physiologique et la posologie sont bien connues, les praticiens auxquels ce volume est particulièrement destiné, pourront satisfaire aux principales exigences de la thérapeutique. »

En réalité, les auteurs ont étudié plus de vingt médicaments, car les chapitres intitulés *collargol et ferments métalliques*, *sérums spécifiques*, *médications opothérapiques*, *purgatifs*, embrassent plusieurs substances thérapeutiques.

Il n'est pas nécessaire d'ailleurs d'insister sur la précision et la clarté avec lesquelles ces questions sont traitées, et certes le médecin, qui se sera pénétré théoriquement et pratiquement du volume de MM. Huchard et Fiessinger, pourra affronter sans crainte les difficultés et les embûches de la clinique quotidienne. C'est le plus bel éloge d'un livre écrit spécialement pour des praticiens.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Paralysie générale (2), par le professeur A. JOFFROY et le docteur R. MIGNOT.

Dans leur introduction, les auteurs se défendent d'avoir voulu publier un traité de la paralysie générale, mais se sont proposés « d'exposer avec quelques détails les résultats de leur expérience et de leur observation des malades ». Le lecteur y gagne de trouver une description vraiment clinique, avec tous les renseignements utiles au praticien, sans bibliographie inutile. Les idées du professeur Joffroy sur l'étiologie, la pathogénie et la forme tabétiforme (qu'il considère comme due à l'extension, aux méninges spinales, du processus morbide, différent de celui du tabes), sont longuement exposées. Un chapitre contient les renseignements de médecine légale, relatifs à l'internement, la capacité civile, les accidents du travail, le droit criminel. On trouvera enfin la bibliographie depuis 1898.

L. ALQUIER.

Réflexions sur la tuberculose (1), par le docteur E. PETTIDI. Préface du docteur L. FAISANS.

L'auteur, dès le début de son ouvrage, se défend d'avoir voulu faire œuvre *didactique*. « Nous donnerons, dit-il, seulement quelques réflexions critiques sur la diététique des bacillaires, l'hygiène générale et particulière de la tuberculose et la notion de contagiosité. » C'est spécialement sur cette diététique des tuberculeux que l'auteur s'étend tout d'abord, il s'élève contre la *suralimentation* outrancière et excessive, qui nuit plus au tuberculeux qu'elle ne lui est utile; puis il étudie la valeur comparative des différents aliments, en insistant spécialement sur l'importance de la courbe de la température du sujet pour régler l'alimentation. Suit une étude critique très intéressante sur les avantages et les inconvénients du *sanatorium*, puis sur la *contagiosité* de la tuberculose, qui se résume surtout en une *question de terrain* plus ou moins préparé à recevoir le germe et à le laisser se développer.

Dans un dernier chapitre, l'auteur énumère rapidement les *différentes thérapeutiques* qui successivement ont eu leur heure de célébrité, puis à son tour il indique un *modus faciendi* simple, dont les principes d'hygiène représentent le fondement.

En terminant, nous ne croyons pouvoir faire mieux que citer cette phrase de la préface du docteur Faisans : « Que tous les médecins qui ont des tuberculeux à soigner lisent attentivement vos réflexions et en fassent le guide de leur pratique : leurs malades n'auront qu'à s'en féliciter. »

L. BABONNEIX.

The medico-chirurgical (séries n° 2) : **The stomach, intestines et pancreas** (2), par W.-C. BOSANQUET et H.-S. CLOGG.

Cet ouvrage est le second d'une série qui comprendra en 4 volumes la description des affections médico-chirurgicales. Le premier volume était consacré à la pratique de l'anesthésie et à la technique chirurgicale. Ce volume donne d'abord d'une façon succincte mais très claire l'anatomie chirurgicale du tube digestif, de ses annexes et du péritoine. Dans les trois autres chapitres tous les syndromes ou toutes les maladies de l'estomac, de l'intestin et du pancréas sont examinées et envisagées toujours au point de vue des applications chirurgicales.

Conçu dans un point de vue éminemment pratique, c'est un ouvrage destiné à être questionné à chaque instant par le médecin praticien.

M. LANCE.

Hygiène du visage (3), par Paul GASTOU.

C'est le premier volume d'une publication qui sera ultérieurement continuée par M. Gastou et qui instituera un traité des maladies du visage. Dans ce petit livre, l'auteur établit d'abord les règles d'hygiène propres à chaque âge de la vie et passe en revue les différents procédés qu'emploie « l'art d'embellir », on y trouvera d'intéressantes indications sur les cosmétiques, teintures, fards, sur les procédés physiques et mécaniques, sur la chirurgie et prothèse esthétiques, enfin sur tout ce qui peut « cacher ce qui est défectueux ou donner ce qui manque ».

P. GASTINEL.

---

(1) In-8 de 342 pages. — Paris, Maloine.

(2) 1 vol. de 443 pages, de l'Encyclopédie du docteur Toulouse. — Paris, O. Doin.

(1) In-8. — Paris, Maloine.

(2) Petit in-8 de 665 pages, avec 110 figures dans le texte. — Londres (en anglais), John Bale sons et Danielsson.

(3) Un volume des Actualités médicales. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

VIe CONGRÈS DE L'ALLIANCE D'HYGIÈNE SOCIALE. — Le comité régional marseillais de l'alliance d'hygiène sociale nous fait savoir que le VIe Congrès de l'alliance se tiendra à Marseille du 27 au 30 octobre prochain.

Ce Congrès où seront traitées les questions d'hygiène sociale intéressant au même titre tous les départements de France, sera présidé par M. Léon Bourgeois, ancien président du conseil des ministres.

Toute personne que cet ordre de sujets intéresse peut se faire inscrire comme congressiste moyennant un versement de 15 francs donnant droit : 1° à une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer, tant à l'aller qu'au retour; 2° au compte rendu des séances du Congrès qui leur sera envoyé ultérieurement. Par faveur spéciale la cotisation des dames est fixée à 10 francs ; elles bénéficient des mêmes avantages que les autres congressistes mais il ne leur sera pas délivré de compte rendu.

Le Congrès sera clôturé par un banquet par souscription après lequel les congressistes qui le désirent pourront, à des conditions particulièrement réduites, effectuer une excursion en Corse d'une durée de cinq jours; son itinéraire comprendra : Marseille, Toulon, Nice en chemin de fer avec arrêt dans ces deux dernières villes, Nice-Ajaccio sur l'un des récents paquebots-poste à deux hélices de la compagnie Fraissinet (14 nœuds) ; Ajaccio, Vizzavona, Bastia sur les chemins de fer départementaux de la Corse (arrêt pour le déjeuner à Vizzavona), retour de Bastia à Marseille par les services réguliers de la compagnie Fraissinet.

Pour inscriptions et demandes de renseignements s'adresser avant le 10 octobre au président, docteur Ch. Livon, 14, rue Peirier ou au docteur Imbert, secrétaire général, 2, cours du Chapitre, à Marseille.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — QUATORZIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (AVEC PROJECTIONS). — Le samedi 1er octobre, à trois heures et demie, au Palais des Fêtes, le docteur Schlemmer (du Mont-Dore), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, fera une conférence sur « l'Asthme et son traitement hydrominéral ».

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Billets de voyages circulaires en Italie.* — La Compagnie émet toute l'année, à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, permettant de visiter les parties les plus intéressantes de l'Italie.

La nomenclature complète de ces voyages figure dans le Livret-Guide-Horaire P.-L.-M., vendu 50 centimes dans toutes les gares du réseau.

Ci-après, à titre d'exemple, l'indication d'un de ces voyages au départ de Paris :

Itinéraire 81-A 2 : Paris, Dijon. Lyon, Tarascon (ou Clermont-Ferrand, Cette, Nîmes, Tarascon), Marseille, Vintimille, San-Remo, Gênes, Novi, Alexandrie, Mortara (ou Voghera, Pavie), Milan, Turin, Modane, Culoz, Bourg (ou Lyon), Mâcon, Dijon, Paris.

Prix : 1re classe, 191 fr. 50; 2e classe, 139 fr. 85.

Validité : 60 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 31, 31 juillet 1910.) G. CHEVALIER : Le faisceau de His. — (N° 32, 7 août.) B. AUCHÉ et CHEVALIER : Méningite cérébro-spinale à méningocoques de Weichselbaum chez un enfant de vingt-trois mois. Injections intra-rachidiennes de sérum de Dopter. Guérison. — (N° 33, 14 août.) A. FRAIKIN : Pour le vésicatoire. — (N° 34, 21 août.) P. CARLES : Innocuité de l'acide sulfureux dans les vins. — R. CRUCHET : Le traitement et l'éducation des enfants anormaux dans les hôpitaux-écoles. — (N° 35, 28 août.) J. DOCHE : Pronostic et traitement de la coxalgie fistulée. — (N° 36, 4 septembre.) R. LAUTIER et P. MAURIAC : Endocardite ulcéro-végétante pneumococcique. Inoculation à la souris positive. Présence de pneumocoques dans les végétations.

Journal de médecine interne. — (N° 21, 30 juillet 1910.) E. TERRIEN : Formes cliniques de la fièvre ganglionnaire. — (N° 22, 10 août.) LANCEREAUX : Etiologie et prophylaxie de la cirrhose granulée du foie. — H. HALLOPEAU : Technique des injections d'hectine B dans le traitement abortif de la syphilis. — (N° 23, 20 août.) BIGART : Pouls lent paroxystique avec syncopes chez des hypertendus. Efficacité instantanée de la saignée. — (N° 24, 30 août.) CAILLIAU : Cancer de l'œsophage avec généralisation et syndrome œsophago-salivaire de Roger. — G. DÉMÉTRIADE : Note sur un essai de traitement photo-électrique du psoriasis.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 31, 4 août 1910.) Lucien HÉNAULT : Le maculo (*fin*). — LIBOTTE : La balnéation et le mal qu'elle fait dans beaucoup de stations de cure. — (N° 32, 11 août.) DUBOIS : Villégiatures médicales. — G. DANIEL : Contribution à l'étude de l'hystérie. — (N° 33, 18 août.) L. LANDOUZY : Le concept moderne de la médication créno-climatique. Les richesses thermales, climatiques et marines de la France; leur rôle en thérapeutique et en hygiène thérapeutique; la place qu'elles doivent prendre en puériculture. — (N° 34, 25 août.) A. JABOIN : Pharmaco-biologie du radium. — GEERAERD : L'albumino-réaction de l'expectoration chez les tuberculeux.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 31, 4 août 1910.) EHRLICH : Sur les troubles vésicaux après l'emploi de la préparation « 606 ». — PRIBRAM : Sur les opsonines du sérum actif normal. — JONAS : Sur le stade de fatigue de la sténose pylorique et son traitement. — BRAUNSTEIN : La valeur de la fixation spécifique du complément dans l'échinococcose de l'homme. — MARKL : Contribution à la connaissance de l'action des eaux minérales sur les échanges azotés de l'homme. — BOHAC et SOBOTKA : Sur des manifestations inattendues après l'emploi du dioxy-diamido-arsenobenzol. — (N° 32, 11 août.) HAMBURGER et POLLAK : Sur le temps d'incubation. — GROSS, OEFELE, ROSENBERG : Le contenu duodénal humain avec tables statistiques comparatives pour son évaluation clinique. — VON KORAJUSKY : Sur les nouvelles méthodes les plus importantes pour l'examen des fonctions pancréatiques. — RUNGE : Contribution à l'étiologie de la stérilité féminine. — (N° 33, 18 août.) PICK : Rapport sur les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis par la préparation de Ehrlich-Hata. — ROCK : Le traitement de la syphilis par l'asurol. — FRANKL : La méthode de dosage quantitatif du ferment leucocytique. — GASHARRINI : La réaction à la méiostagmine dans les épanchements séreux.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU RECTUM ET DE L'ANUS (1)

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du *cancer anorectal* doit être fait avec le chancre induré de l'anus, le condylome, les hémorroïdes externes ulcérées, ou thrombosées (les marisques), la tuberculose anale (soit verruqueuse hypertrophique, soit ulcéreuse), les papillomes bénins, certaines formes rares d'actinomycose.

Le cancer se différencie du *condylome* par la sensation d'infiltration diffuse ; le *chancre syphilitique* est une érosion plate, avec induration très limitée et adénopathie inguinale typique (pléiade de petits ganglions avec un plus volumineux).

Le diagnostic avec *les hémorroïdes* peut être parfois difficile, mais ce qui est surtout à retenir, c'est que, des hémorroïdes, procidentes ou non, peuvent *coexister* avec un néoplasme, et qu'il ne faut pas négliger de pratiquer le toucher rectal, chaque fois qu'un malade est porteur d'hémorroïdes.

M. Delbet insiste sur la difficulté de diagnostic avec certaines *tuberculoses proliférantes*; s'il y a doute on recourra à la biopsie d'un petit fragment de la tumeur (pour examen histologique).

Le diagnostic du *cancer du rectum* est encore souvent plus difficile ; il faut éliminer tout d'abord l'hypothèse de tumeurs de voisinage (calculs vésicaux, hypertrophie prostatique, tumeurs de l'utérus); les diagnostics importants à discuter sont les suivants (MAUCLAIRE. *La Clinique, 1910*) :

a. **Hémorroïdes internes ulcérées**, s'accompagnant souvent du facies cachectique, se caractérisant au toucher par l'absence de tumeurs et de végétations.

b. La **rectite sténosante** sur la nature de laquelle on est loin d'être fixé (syphilis, tuberculose, blennorragie, infection locale); dans ce cas la lésion siège à 3 centimètres environ de l'anus, la forme en entonnoir est caractéristique ; au-dessus la suppuration est abondante et les hémorragies peu importantes ne sont pas comparables à celles du cancer.

c. La **rectite proliférante**, ou **molluscum anorectal** (papillomes ou tuberculose), dans laquelle le toucher permet de reconnaître la présence d'une série de végétations peu volumineuses: capables de dégénérer cependant en cancer.

d. Le **rétrécissement valvulaire congénital** du rectum, caractérisé par une bride circulaire facile à reconnaître.

e. Les **rétrécissements cicatriciels** d'origine dysentérique, traumatique, etc., la *tuberculose rectale* (ulcéreuse ou sténosante).

f. La **tumeur polypeuse** du rectum, se caractérisant par le jeune âge du sujet, l'absence d'hémorragies et d'émissions glaireuses.

g. Le **prolapsus du rectum ulcéré** qui peut d'ailleurs subir la dégénérescence cancéreuse ; enfin d'autres tumeurs rares, fibromes, myomes, sarcomes; le diagnostic pour être complet devra préciser exactement le *siège* de la tumeur, sa mobilité ou ses adhérences, les complications qui l'accompagnent, sa variété (encéphaloïde ou squirrhe), notion si importante pour le pronostic.

PRONOSTIC. — Nous ne pouvons mieux faire qu'adopter les conclusions de M. Mauclaire : « Le cancer a une marche très variable : la variété encéphaloïde présente une *évolution rapide* (dix-huit mois environ). Le squirrhe évolue en général en *deux ou trois ans*; mais il importe de se souvenir qu'il existe un type *latent*, cause souvent de graves méprises ; c'est ainsi que l'on a décrit un type *dyspeptique*, un type *hémorragique*, un type *avec constipation*, un type *avec incontinence*. Quant au type absolument latent il n'est pas rare, et les compagnies d'assurances sur la vie exigent du médecin un toucher rectal de tous ceux qui veulent s'assurer. »

TRAITEMENT. — On peut envisager un traitement radical et un traitement palliatif.

a. *Traitement radical*. Ce traitement assez complexe, s'est beaucoup perfectionné depuis quelque temps.

Dans le *cancer rectal bas* on fait l'extirpation périnéale avec amputation basse du rectum (Lisfranc). Puis Verneuil a proposé et pratiqué la résection du coccyx permettant l'*extirpation haute du rectum*, et Kraske a utilisé la voie sacrée, qui permet le plus souvent de conserver le sphincter anal.

L'opération la plus large se fait par la voie abdomino-périnéale ; on fait d'abord *un anus iliaque* définitif, puis, après désinsertion du côlon et du rectum, on enlève le tout par la voie périnéale. En résumé si le cancer est bas situé, ablation par la voie périnéale ; s'il est ampullaire, voie sacrée ; sus-ampullaire, voie abdomino-périnéale.

Tout récemment M. A. Chalier (thèse de Lyon 1910) a résumé toutes ces indications dans sa thèse.

b. *Traitement palliatif*. Dans les cas où il est trop tard pour espérer faire une ablation totale, on recourra au *traitement palliatif* (ANUS ARTIFICIEL) dont les avantages, comme la technique opératoire, viennent d'être parfaitement précisés par le docteur V. Pauchet (*La Clinique*, 21 janvier 1910).

L'anus artificiel est indiqué, s'il y a occlusion chronique ou aiguë, s'il s'agit de sujets très âgés ou cachectiques, ou s'il s'agit encore de cancers haut situés, avec adhérences multiples; on pourra pratiquer soit un anus cæcal, en cas d'occlusion aiguë, soit un anus iliaque, en deux temps (procédé Maydl-Reclus) qui convient aux sujets très affaiblis, soit un anus iliaque gauche, à orifice unique ou à double orifice; grâce à ce procédé on peut parer à une obstruction imminente, par la dérivation des matières fécales on ralentit un peu l'évolution de la tumeur, et l'on calme les douleurs.

RÉSULTATS. — En ce qui concerne les résultats opératoires nous nous contenterons de résumer ici les conclusions présentées en 1908 au Congrès de la société internationale de chirurgie, et résumées par M. Lejars.

Pour les ablations par la voie basse (amputation totale ou résection), M. VÖLCKER admet une mortalité moyenne de 10 à 15 p. 100, les survies durables seraient de 15 à 20 p. 100 ; chez la femme, les ablations abdomino-périnéales ne donneraient que 10 à 15 p. 100 de mortalité, alors que chez l'homme cette mortalité se chiffre par 40 p. 100.

La statistique de M. HARTMANN est la suivante : mortalité opératoire 14 p. 100; les résultats éloignés intéressant dix-neuf opérés donnent dix morts de récidive, neuf vivants depuis plus de trois ans ; M. Hartmann conseille la colostomie iliaque.

M. LEJARS insiste surtout sur la nécessité d'un diagnostic précoce plus que sur une modification de technique : c'est également l'opinion de M. BACHRACH (de Vienne), qui est partisan de la voie sacrée, ainsi que de M. Hochenegg; ce dernier auteur, pour réaliser l'opération, excise le coccyx et le sacrum, jusqu'à la hauteur du troisième trou sacré.

En terminant, signalons sans y insister le traitement par la radiothérapie, la fulguration, etc. Traitement médical, soins hygiéniques, lavements, suppositoires, morphine.

BIBLIOGRAPHIE : *IIe Congrès de la Société internationale de chirurgie*, résumé par M. Lejars, *Sem. médicale*, 30 sept. 1908, p. 469. — A. CHALIER. *Le traitement chirurgical du cancer du rectum*, thèse de Lyon 1910. — *Les signes à distance des cancers abdominaux* : LEJARS, *Sem. médicale*, 20 juillet 1910, p. 340 ; *Arch. gén. de chir.*, 15 juillet 1910 (indications bibliographiques). — PAUCHET. De l'anus artificiel dans le cancer du rectum, *La Clinique*, 21 janv. 1910, p. 33. — MAUCLAIRE. Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du rectum, *La Clinique*, 15 avril 1910, no 18, p. 236. — *Gaz. des Hôp.* : MORESTIN, Revue générale, 1894 ; rétrécissements du rectum, *Gaz. des Hôp.*, 1908, no 59-64. — FORGUE. *Traité de pathologie externe*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 102, p. 1412; 105, p. 1449.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE:
4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes
4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour
la préparation des médicaments organiques

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 21 septembre. — Question donnée : « Symptômes de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë à la période d'épanchement. »

MM. Auquier, 16 1/2; Viard, 14; Jacquelin, 14 1/2; Ducuing, 14; Leroy (Maurice), 12; Thibault, 11; Deglaire, 8; Fauconnier, 9; Delort, 11; Villetard de Prunières, 16; Bernard (Eugène), 11; Faurel, 15; Texier, 14 1/2; Peyre, 15; Chemin, 10; Coty, 14; Chailley-Bert, 13; Ducas, 10; Mlle Cramer, 12.

Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominale. »

MM. Chalut, 14; Ducrohet, 15; Mlle Chnerson, 16; MM. Clément, 9; Engelbach, 11; Caussé, 17; Cerné, 16; Chapuis, 7; Cornil, 15 1/2; Coulaudon, 10; Duroselle, 13; Dalbanne, 14; Coudy, 9; Chabanier, 12; Chabert, 9; Doben, 10; Durand (René) et Dariau, 7; David, 9; Dubroca, 12.

Anatomie (candidats militaires). — Séance du 21 septembre. — Question donnée : « Artère fémorale. »

MM. Chantemesse, 12; Malez, 14; Fauconnier, 13; Moing, 11; Mercier (Pierre), 11 1/2; Viard, 13; Gras, 16; Gallerand, 15 1/2; Florand, 18; Auquier et Ducuing, 16; Fogt, 17; Chapelain, 15; Villetard de Prunières, 14; Dossin, 15; Marion, 9; Carrière, 11; Jarrige, 10; Deglaire, 18; Pichot, 8; Jacquelin, 17; Festal, 16; Ribetou, 14.

Prochaine séance, mardi 27 septembre, deuxième moitié, première série.

GUERRE. — Approbation de mutations effectuées par l'autorité militaire aux colonies :

En Indo-Chine. — *Médecin aide-major de première classe.* — A l'ambulance de Tourane : M. Mazurié.

Médecins-majors de deuxième classe. — A l'ambulance du Cap-Saint-Jacques : M. Rey; — Au 9e d'inf. coloniale à Hué : M. Raymond.

A Madagascar. — *Médecins-majors de deuxième classe.* — Au 7e d'art. coloniale et médecin chef de l'infirmerie de garnison d'Antsirane : M. Le Corre; — A l'hôpital de Diégo-Suarez : M. Cloitre.

Médecins aides-majors de première classe. — A l'infirmerie de garnison de Sérinam : M. Cavaud; — A l'ambulance de Tamatave : M. Nenon.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — Médecin inspecteur de l'assistance médicale à Fort-Dauphin : M. Compbaudon; — Au poste médical d'Andevorante : M. Roussy; — A l'hôpital de Diégo-Suarez : M. Lossouarn; — Au poste de Manja : M. Riquier.

En Afrique occidentale. — *Médecin aide-major de première classe.* — Au 4e de tirailleurs sénégalais : M. Combe.

Médecin aide-major de deuxième classe. — A l'hôpital de Dakar : M. Caillet.

A la Nouvelle-Calédonie. — *Médecin aide-major de première classe.* — Au bataillon d'infanterie coloniale (cesse d'occuper la position hors cadres) : M. Fleury.

— Autorisation de prolongation de séjour aux colonies :

En Indo-Chine. — M. le médecin-major de première classe Doucet, directeur local de la santé au Cambodge (activité hors cadres), autorisé à accomplir une quatrième année de séjour en Indo-Chine.

En Chine. — M. le médecin-major de deuxième classe Magunna, en activité, hors cadres, au poste médical de Haë-Hao (troisième année).

MARINE. — Par décret en date du 21 septembre 1910, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Lecœur.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Lecalve.

UNE ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE ayant pour but de donner l'enseignement aux étudiants en médecine et aux médecins s'ouvrira à Paris, passage Dauphine, 24, le 15 octobre prochain. Un dispensaire des maladies de la bouche et des dents sera annexé à l'école.

L'enseignement comprendra : la clinique, la technique, la prothèse, l'orthodontie et tous les travaux pratiques de la spécialité. Demander le programme et tous renseignements à M. le docteur Beltrami, directeur adjoint, 12, rue Caumartin, Paris.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1497.*)

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES AIGUES GÉNÉRALISÉES ET A ABCÈS MULTIPLES D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Par H. LERAT (de Nantes),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La question du traitement des péritonites aiguës généralisées d'origine appendiculaire a subi une évolution complète dans ces dernières années.

En effet il y a à peine une dizaine d'années, ces péritonites, lorsqu'elles n'étaient pas constituées par un abcès unique bien enkysté, étaient considérées comme presque toujours mortelles malgré l'intervention pratiquée d'urgence.

A cette époque, on intervenait bien, le plus rapidement possible, mais l'opération qu'on désirait courte était incomplète. Elle consistait à faire une incision plus ou moins grande dans la fosse iliaque, celle de Roux de préférence, à donner ainsi issue au pus ou au liquide septique et à drainer. On n'enlevait l'appendice que lorsqu'il se présentait pour ainsi dire de lui-même et, dans le cas contraire, on n'osait rompre les adhérences qui pouvaient exister.

Quant aux soins post-opératoires, ils consistaient à remonter le malade au moyen d'injections de sérum et de caféine et à supprimer la douleur par l'application de glace et l'emploi de petites quantités de morphine.

Quelques années plus tard, les incisions multiples succédèrent à l'incision unique et à vrai dire il ne semble pas que les malades en aient bénéficié d'une façon très marquée.

Mais depuis peu, des améliorations considérables ont été apportées dans le manuel opératoire qui est devenu bien réglé.

Les soins post-opératoires ont pris une grande importance et parmi eux surtout les positions particulières que l'on peut donner aux malades après l'intervention. Les statistiques se sont considérablement améliorées et, à l'heure actuelle, on est en droit de ne pas désespérer complètement d'un malade atteint de péritonite appendiculaire surtout si l'intervention n'est pas trop tardive.

I

Historique. — L'histoire de la péritonite est de date relativement récente.

Le premier travail sur ce sujet est la thèse de Mosiman (1882), qui relate une observation de Koeberlé de péritonite généralisée guérie par la laparotomie et le drainage.

Plus tard en 1885 paraît la thèse de Dupaquier inspirée par Lannelongue. Mais à cette époque on était loin de croire à l'étiologie appendiculaire de la péritonite qu'on dénommait primitive ou *a frigore*. Et pourtant, dès 1759, Mestivier avait publié une observation de perforation de l'appendice.

Le mémoire de Melier « Sur quelques maladies de l'appendice cæcal », publié en 1827, était passé inaperçu.

Et on continuait d'ignorer l'appendicite.

Bodart, Forget, Ludet, avaient pourtant signalé vers cette époque des perforations de l'appendice. Mais, il était admis qu'elles entraînaient toujours et rapidement la mort et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on les constatait.

En 1856, Lewin, puis en 1857, Gouley, conseillaient l'intervention pour les abcès de la fosse iliaque.

Mais, c'est au chirurgien américain, Reginald Fitz qui publia deux mémoires, l'un en 1886, l'autre en 1888, que revient l'honneur d'avoir rapporté les accidents inflammatoires de la fosse iliaque, à l'appendice. Il détruisait ainsi la doctrine de la typhlite d'Albers, et celle de la pérityphlite et des phlegmons iliaques de Daum, Menière et Grisolle.

A partir de ce moment, on découvre pour ainsi dire la péritonite d'origine appendiculaire et on s'aperçoit alors de sa fréquence. Elle fait l'objet de discussions au Congrès français de chirurgie de 1889 et on publie à ce Congrès quelques cas de guérison post-opératoire.

A ce Congrès, Demons, Bouilly, Labbe, Campenon, Denucé, Brun, Routier, font tour à tour des communications sur ce sujet, et insistent déjà sur la nécessité d'opérer d'une façon précoce.

Les opinions de ces chirurgiens étaient en parfait accord avec celle de Lawson Tait qui apportait une série de huit laparotomies pour péritonite aiguë avec six guérisons et deux morts.

Les chirurgiens allemands arrivaient aussi aux mêmes conclusions. En Allemagne en effet la question était à l'étude depuis les intéressants travaux de Mikulicz, Krönlein et Lucke publiés dès 1886.

Lucke introduisait le premier un tube épais jusque dans le douglas, et reconstituait la paroi plan par plan ne laissant que l'orifice du drain.

En somme il préconisait déjà (il y a vingt-deux ans) la technique employée à l'heure actuelle par Rehn.

Au XVIIIe Congrès allemand de chirurgie en 1889 la question est à l'ordre du jour.

Mikulicz, König, Wagner, Konigshutte, Heinecke rapportent des cas opérés par eux avec succès.

En 1890 les chirurgiens français déjà divisés en interventionistes et en abstentionistes sont d'accord lorsqu'il s'agit de péritonite appendiculaire généralisée : ils préconisent l'intervention précoce et la considèrent comme le seul moyen de sauver le malade.

A cette époque la technique opératoire était la suivante : on évacuait le pus par une incision, on faisait un grand lavage du péritoine (et Delbet dès 1889 avait démontré à la suite de recherches expérimentales comment on devait faire ce lavage, sans amener d'accidents) et on plaçait un gros drain.

En 1894, la technique se modifie et l'on voit employer les grandes incisions multiples. C'est Berger qui le premier présentait à la Société de chirurgie,

(1) Reproduction interdite.

juillet 1894, un jeune malade opéré avec succès par cette méthode.

En 1895, Loison publie dans la *Revue de chirurgie* un article sur l'appendicite ulcéro-perforante.

Et cette même année, la question du traitement de la péritonite appendiculaire occupe plusieurs séances de la Société de chirurgie dans lesquelles Routier, Gérard-Marchant, Brun, Peyrot, Quénu rapportent des cas de guérison opératoire.

Au XVIe Congrès allemand de chirurgie, Korte apporte une statistique de 41 opérations avec 25 guérisons.

Mais bientôt ces statistiques deviennent plus sombres :

Pour Reynier, la péritonite généralisée tue toujours et Roux (de Lausanne) proclame que cette affection ressort moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres.

Aussi est-ce à cette époque que Reynier en face d'une péritonite généralisée institue un traitement médical et n'intervient que si l'organisme a résisté et si la localisation s'est effectuée.

En 1899 la question est reprise à la Société de chirurgie et à la séance du 22 février Michaux préconise la précocité de l'intervention et prétend que la doctrine du traitement médical soutenue par Reynier est néfaste. La même année les conclusions de la thèse de Siron inspirée par Routier sont posées dans le même sens.

Et Legueu dans sa monographie « Le traitement de l'appendicite », publiée dans l'Œuvre médico-chirurgical, écrit que « chaque heure qui passe fait perdre au malade une chance de survie ».

En 1900, les communications sur ce sujet se succèdent à la Société de chirurgie.

A la séance du 28 mai Moty rapporte une observation de péritonite traitée avec succès par l'ébouillantage des anses intestinales.

Bode (de Francfort), (in *Centralbl. f. chir.*, 13 janvier 1900), préconise également le lavage segment par segment des anses intestinales après éviscération totale, mais avec du sérum chaud.

Enfin dès cette époque il place après l'opération les malades en position élevée de la tête et du tronc : c'est en somme l'ébauche de la méthode que les Fowler devaient employer quelques années plus tard.

Dans les années qui suivent, les articles deviennent de plus en plus nombreux sur cette question; mais la technique ne se modifie pas sensiblement.

Nous arrivons en 1904. A cette époque, les chirurgiens américains G. R. Fowler et R. S. Fowler publient dans le *Med. News* une statistique de 98 cas avec 67 p. 100 de guérisons.

Leur technique est la suivante : 1° lavage du péritoine avec un mélange d'eau oxygénée et de solution chaude saturée de bicarbonate de soude, puis avec du sérum à la température de 44 degrés; 2° position élevée de la tête et du tronc après l'intervention.

Après les Fowler, Murphy publie une statistique de 2 000 opérations pour appendicite.

Il ne fait en cas de péritonite, ni lavages, ni assèchement du pus pour ne pas léser l'endothelium péritonéal.

Il draine et met les malades en position de Fowler, puis dès les premières heures fait d'abondants lavages d'intestin faisant passer jusqu'à 10 et 15 litres de sérum dans le rectum par vingt-quatre heures.

En somme, dès l'année 1904, cette méthode appelée à l'heure actuelle méthode de Murphy-Fowler était indiquée par ces auteurs. Mais malgré un article de Lejars paru la même année dans la *Semaine médicale* où il analyse cette méthode, la position demi-assise ne passe pas dans la pratique post-opératoire.

Au XXXIIIe Congrès allemand de chirurgie, Küster propose la position en décubitus ventral prolongé. Cette technique est adoptée par Harbin et Patry.

Hotschkiss dans le *Med. News*, 2 juillet 1904, recommande la courte incision et l'ablation systématique de l'appendice.

Au Ier Congrès de la Société internationale de chirurgie tenu à Bruxelles en septembre 1905, le traitement de la péritonite est une des questions que l'on étudie particulièrement. Et Friedrich (de Leipsig), Krogius (d'Helsingfors), Lennander (d'Upsala), Mac Cosh (de New-York), Témoin (de Bourges) émettent tour à tour leurs idées et exposent leur technique.

A partir de cette époque, les différents travaux qui paraissent, ceux de Clairmont et Ranzy, ceux de Bosse, de Hotschkiss, de Morton, de Conte, de Knot, de Kuhn, portent sur la technique opératoire et les positions post-opératoires.

En 1906 (in *Brit. med. Journ.*), Murphy revient sur sa méthode.

Mais cette méthode de Murphy-Fowler, pourtant si séduisante, est encore peu employée en France où de nombreux chirurgiens en sont encore restés aux incisions multiples.

C'est ainsi que, à cette époque, Chapeyron, dans sa thèse inspirée par Picqué, plaide en faveur des contre-incisions et de la compresse barrière isolant l'infection.

Cependant l'impulsion est donnée, et en France des chirurgiens s'efforcent d'établir le drainage en un point déclive. Villemin propose le drainage lombaire. Chaput préconise la voie rectale que Bérard et Patel (de Lyon) et plus récemment Vignard (de Nantes) employèrent pour l'évacuation des poches pelviennes enkystées.

En Allemagne, Dreesmann recommande la position en décubitus latéral droit pour prévenir la formation des abcès pelviens.

Moschcowitz (in *Arch. f. klin. Chir.*) publie une statistique de 2 000 cas avec 28,7 p. 100 de mortalité.

Il recommande la petite incision de Jalaguier et le drainage réduit au mininum (un ou deux drains cigarette).

Cet article est longuement commenté par Baumgartner (in *Presse méd.*, 4 déc. 1907).

Cependant ce drainage minimum est loin d'être adopté par tous les chirurgiens, et de Fourmestraux (in *Gaz. des hôpit.*, 1908) publie un article où il recommande l'emploi de six drains, drainant anatomiquement les différents étages de la cavité abdominale.

En mars 1908, dans le *Lyon médical*, Giuliani

publie un travail sur le drainage des péritonites purulentes généralisées par la voie périnéale.

Cette voie pré-rectale, déjà proposée en 1897 par Mauclaire, employée avec succès dans les cas de péritonites pelviennes appendiculaires par Delanglade, Picqué, Routier, a été reprise et modifiée par Mauclaire lui-même.

Celui-ci emploie en effet la voie combinée abdomino-périnéale.

Au Congrès américain de chirurgie (3 mai 1908), Murphy revient sur sa technique déjà exposée en 1904 puis en 1905.

La presque totalité des chirurgiens présents emploient également cette méthode. Ce sont : M. A. G. Gerster (de New-York), J. B. Roberts (de Philadelphie), M. H. Richardson (de Boston), B. G. A. Moynihan (de Leede).

Allen, cependant, dit préférer à la position de Fowler la position inclinée sur le côté droit, déjà préconisée par Dreesmann.

A partir de ce moment les travaux se multiplient, ils s'attachent surtout à préciser la technique.

Ce sont les articles de Gilliam, de Torek, de Ross, de Eisendrath.

En Allemagne, cette question est également étudiée par Klauber, Federmann, Hönck, Heidenhain, Ebner, Guleke.

En Angleterre, Kivlin, Southam, Hawkins et Corner, Mac Donald, Phillips, Mansell Moullin publient des articles sur ce sujet.

L'année 1909 n'est pas moins riche en publications sur le traitement des péritonites appendiculaires.

A la Société médicale de Chicago, Sippy, Ochsner, Murphy, Davison, Turck, Baccus discutent sur la question. Reed écrit un article sur la colostomie et la coloclyse.

En Allemagne, il faut citer les travaux de Nordmann, de Bertelsmann, de Veit, de Sonnenburg, de Katzenstein, de Lehmann, de Sick, et de Franke.

Au XXXVIIIe Congrès allemand de chirurgie, Nordmann, Rehn, Noetzel, Katzenberg, Heinecke, Bertelsmann, Martens, von Eiselsberg, Franke, Borchard, Heile prennent tour à tour la parole sur cette question et apportent leurs statistiques respectives.

En Angleterre, Billington (in *Brit. med. Journ.*, 9 janv. 1909) étudie l'appendicostomie.

Enfin Moty (in *Semaine méd.*, 10 fév. 1909), dans un article très documenté, commente les statistiques publiées par les chirurgiens américains au Congrès de 1908, et il étudie l'évolution du traitement de la péritonite purulente généralisée dont il pose les indications.

Au dernier Congrès international de médecine de Buda-Pest, c'est la question de l'opération précoce dans l'appendicite en général qui est surtout envisagée et Walther, dans son rapport sur ce sujet, expose la technique qu'il emploie dans les cas de péritonite généralisée et donne sa statistique.

Au XXIIe Congrès français de chirurgie (octobre 1908), Gibson (de New-York) expose longuement le traitement mis en usage par les chirurgiens américains, et n'hésite pas à proclamer les positions post-opératoires comme le plus grand progrès réalisé dans la thérapeutique des péritonites appendiculaires.

Nous voyons donc, d'après cet exposé historique, combien le traitement des péritonites appendiculaires s'est profondément modifié.

II

Formes des péritonites aiguës généralisées. — En analysant les différentes statistiques publiées, on est frappé de la confusion qui existe.

Les uns, sous le nom de péritonite, n'envisagent que les péritonites généralisées, les autres rangent tous les cas à réaction péritonéale, y compris les abcès localisés.

Mais par contre certains désignent sous le nom d'abcès appendiculaires les abcès bien enkystés uniques et en même temps les abcès multiples à peine circonscrits qu'on trouve dans les infections péritonéales aiguës.

Nous avons en vue dans cette étude les infections péritonéales suraiguës et aiguës d'origine appendiculaire. Elles résultent de la perforation de l'appendice, ou d'une propagation de l'infection appendiculaire, sans qu'il y ait perforation, ou encore, mais plus rarement, de la rupture d'un foyer purulent circonscrit existant autour de l'appendice.

Les péritonites appendiculaires (en ne tenant pas compte de la réaction péritonéale qui aboutit à la formation d'un abcès unique et bien enkysté) peuvent affecter plusieurs formes.

Elles peuvent être suraiguës. Ce sont les péritonites à bouillon sale, les anses intestinales nagent librement dans le liquide septique.

Lecène, dans le *Journal de chirurgie* (fév. 1909, p. 179), comparant les infections péritonéales à celles du tissu cellulaire, dit très justement que cette péritonite suraiguë généralisée est comme le phlegmon diffus du péritoine.

Elles peuvent être aiguës phlegmasiques; la cavité péritonéale contient alors du pus plus ou moins bien lié. Dans les premières heures, il peut n'exister dans cette forme aucune adhérence entre les anses intestinales qui baignent dans le pus; c'est la péritonite purulente généralisée décrite depuis longtemps par Jalaguier.

Elle correspond à la « péritonite libre » de Sprengel.

Cette péritonite purulente peut évoluer vers une troisième forme qui peut du reste exister d'emblée.

Les anses intestinales se recouvrent de fausses membranes plus ou moins épaisses, qui contractent des adhérences tantôt lâches et molles, tantôt assez résistantes.

Ces anses intestinales en s'accolant délimitent des poches plus ou moins bien enkystées, remplies de pus.

Ces lésions constituent la péritonite à abcès multiples décrite autrefois par Nélaton. Cette forme serait pour Lecène comme le phlegmon diffusé du péritoine.

Elle correspond à peu de choses près à ce que Sonnenburg désigne sous le nom de péritonite fibrino-purulente généralisée progressive.

Mais, entre ces trois formes, il existe des stades de transition, des formes pour ainsi dire intermédiaires.

Car bien souvent on trouve à la fois et du liquide d'aspect bouillon sale et des poches purulentes enkystées.

III

Indications opératoires. — Ces indications sont fournies surtout par les altérations du facies du malade, par les modifications du pouls qui devient rapide, en même temps qu'il perd de sa force, enfin par la défense des muscles de la paroi contracturés.

Le diagnostic de péritonite posé, et dans la plupart des cas la notion des crises appendiculaires antérieures et la localisation primitive de la douleur permettront de rapporter à l'appendice cette péritonite, il faut se hâter d'intervenir.

Et cette intervention précoce, on peut la faire chez certains malades qui sont en cours de traitement avant même l'éclosion de la péritonite, aussitôt que se perfore l'appendice.

Blumberg opère d'urgence quand la douleur à la pression au point de Mac Burney est moins violente que la douleur provoquée par le brusque soulèvement de la main qui a lentement et longuement déprimé la région iléo-cæcale.

Ce serait, d'après lui, un symptôme de perforation et de participation grave du péritoine.

Delbet (in *Presse méd.*, 3 juin 1908) a attiré l'attention sur un symptôme de la perforation appendiculaire qu'il est beaucoup plus facile d'observer.

Quand un malade éprouve une crise appendiculaire, il est classique à l'heure actuelle de le soumettre au traitement rationnel suivant :

Immobilité. Diète absolue. Glace sur le ventre.

On constate une amélioration rapide.

Si après une accalmie passagère, il survient une nouvelle poussée douloureuse, l'appendice est perforé.

Il faut intervenir à ce moment, même si le facies est bon et s'il n'existe aucun autre signe que cette recrudescence de la douleur, car on n'est jamais sûr qu'il existe des adhérences, ou s'il en existe qu'elles seront assez fortes pour empêcher la formation rapide d'une péritonite généralisée.

Importance de la précocité de l'intervention. — Cette question de la précocité de l'intervention est admise à l'heure actuelle par tous. Et il semble qu'on est loin de l'époque où Reynier proposait (*Soc. de chir.*, 1897) en face d'une péritonite généralisée de soutenir le cœur par des injections de caféine et de sérum, et d'attendre que l'infection veuille bien se localiser.

Cette question a été définitivement jugée au Congrès de Buda-Pest.

Et toutes les statistiques publiées prouvent que c'est de la rapidité de l'intervention que dépend en grande partie le résultat de l'opération.

Déjà Mahar, dans sa thèse (1904), publiait la statistique de l'hôpital Moabit à Berlin; statistique des plus convaincantes.

17 cas de péritonite opérés dans les quarante-huit premières heures :

13 guérisons. 4 morts	La péritonite était envahissante, tendant à se généraliser, à bouillon sale ou suppurée. L'appendice était gangréné.

23 cas opérés à partir du deuxième jour et plus tard :

7 guérisons. 16 morts	La péritonite était généralisée.

Nous devons citer la statistique de Friedreich qui, en 1905, donne une statistique de 80 cas qu'il classe d'après la date de l'intervention.

0-12 heures après le début, 13 cas 12 guérisons, 1 mort.......... 12-24 heures après le début, 11 cas 8 guérisons, 3 morts.......... 24-36 heures après le début, 8 cas 5 guérisons, 3 morts..........	78 p. 100 de guérisons.
36-48 heures après le début, 15 cas 4 guérisons, 11 morts......... 48-72 heures après le début, 15 cas 4 guérisons, 11 morts.........	42 p. 100 de guérisons.
4-13 jours après le début, 17 cas 2 guérisons, 15 morts.........	12 p. 100 de guérisons.

La statistique de von Berck ne plaide pas moins en faveur de cette précocité de l'intervention.

10-12 heures..	14 cas :	8 guér.,	6 morts,	5 % de guér.
24 heures..	18 cas :	17 guér.,	1 mort,	95 —
48 heures..	22 cas :	16 guér.,	6 morts,	72 —
3 jours...	24 cas :	12 guér.,	12 morts,	50 —
4 jours...	22 cas :	1 guér.,	21 morts,	40 —

Parmi les statistiques récentes publiées pour démontrer la nécessité d'intervenir rapidement, il faut citer celles de Ebner (de Königsberg).

Cet auteur rapporte en septembre 1908 une statistique globale de 500 cas d'appendicite soignés par Garré de 1894 à 1907.

Sur ces 500 cas, on trouve 27 opérations de nécessité correspondant pour la plupart aux cas de péritonite généralisée.

Sur ces 27 cas, il y eut 19 morts, c'est-à-dire 70,4 p. 100.

Sur 7 de ces cas opérés dans les quarante-huit premières heures après l'apparition des symptômes de péritonite, il n'y eut qu'une mort. Donc mortalité, 14 p. 100.

Sur les 20 autres cas opérés quarante-huit heures et au delà après le début, il y eut 18 morts. Donc mortalité, 90 p. 100.

La statistique d'Eisendrath est également concluante.

Il a traité depuis neuf ans, dans son service, 34 cas de péritonite. Il a eu 50 p. 100 de guérisons.

10 cas opérés dans les vingt-quatre premières heures donnèrent 9 guérisons et 1 mort.

10 cas opérés le deuxième jour donnèrent 8 guérisons et 2 morts.

6 cas opérés le troisième jour, 4 guérisons et 2 morts.

Kocher (de Berne), en juillet 1908, rapporte 9 cas personnels d'appendicite gangréneuse avec péritonite.

7 cas furent opérés dans les trois jours après le début. Il y eut 7 guérisons.

Les 2 autres opérés tardivement succombèrent.

Ce sont ces résultats encourageants de l'intervention précoce dans la péritonite qui ont engagé certains chirurgiens à opérer le plus près possible du début dans tous les cas d'appendicite.

C'est pour cela que Lieblein (de Prague) pose en principe l'opération précoce dans tous les cas.

Et Rydigier prétend de même qu'il faut toujours opérer, si on le peut, dans les trente premières heures.

Nous n'avons pas à discuter ici la question du traitement opératoire précoce dans tous les cas d'appendicite.

Il nous suffit de savoir que, dans la péritonite, cette question est indiscutable et indiscutée à l'heure actuelle.

Les statistiques des cas opérés par Baumgartner et par Walther que nous relatons dans notre thèse (juillet 1910) sont démonstratives.

Cependant il ne faut pas que cette influence heureuse de l'intervention hâtive dans la péritonite rende le chirurgien hésitant quand il voit un malade longtemps après le début des accidents et quand il lui semble avoir été appelé trop tard. Dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, Delbet s'exprime ainsi : « Pour rarissime qu'il soit dans ces conditions, le succès n'est pas absolument impossible. » Et il ajoute qu'il opère tant que le refroidissement des extrémités et l'extrême affaiblissement du cœur, qui sont les précurseurs et pour ainsi dire le commencement de la mort, ne sont pas venus annoncer l'imminence de la fin. Et il faut avoir présent à la mémoire ce cas cité par Legueu (traitement de l'appendicite), où, appelé auprès d'un malade, il le trouva si moribond qu'il crut ne pas avoir le temps de faire deux incisions iliaques. Il s'arrêta après avoir fait une ouverture médiane : le malade guérit.

Soins pré-opératoires. — Dès que le diagnostic est posé, il faut donc intervenir, intervenir vite, et si le malade est à la campagne, loin d'un centre chirurgical, pratiquer l'opération sur place afin de lui éviter un transport qui ne pourra que lui être nuisible en activant la généralisation de l'infection.

Mais sans parler de traitement médical qui doit être à l'heure actuelle relégué dans l'oubli, on peut et on doit, dans l'heure qui précède l'arrivée du chirurgien, instituer un traitement d'attente qui devra durer le moins longtemps possible, mais qui aura son utilité.

Ce traitement devra : 1° *s'opposer le plus possible à la diffusion de la péritonite ;* 2° *soulager le malade ;* 3° *le remonter si on le peut afin de le mettre en état de supporter mieux l'opération.*

1° Pour obéir à la première indication et ne pas exciter les mouvements péristaltiques de l'intestin, on recommandera au malade l'immobilité la plus absolue et on appliquera sur l'abdomen une large vessie de glace séparée de la peau par de la flanelle ; on prescrira la diète la plus rigoureuse. La moindre gorgée d'eau peut en effet occasionner des vomissements nécessitant des contractions des muscles abdominaux qui de cette façon brasseront pour ainsi dire les anses intestinales au milieu du liquide septique.

Enfin il ne nous semble pas illogique de placer le malade dès que le diagnostic est posé, avant même l'intervention en position demi-assise (position proposée par Fowler après l'opération).

Cette position permettra en effet au liquide de ne pas aller baigner la totalité de la cavité abdominale et de s'accumuler dans le petit bassin, là où comme on l'a montré le péritoine est plus résistant et où sa puissance de résorption est moins grande. Mais ce que surtout on ne devra pas faire, c'est purger ou lavementer le malade sous prétexte qu'il y a arrêt complet des matières et des gaz.

Il nous a été donné fréquemment de voir amener à l'hôpital des malades auquel le médecin traitant, croyant à une obstruction intestinale, avait administré un ou même plusieurs purgatifs avec, comme résultats, la production d'une diarrhée fétide mais en même temps une recrudescence des douleurs et une aggravation de l'état général.

Nous voyons donc combien est dangereuse la méthode du traitement des appendicites par l'huile de ricin proposée en Allemagne par Sonnenburg à seule fin de juger la bénignité de la crise.

La plupart des chirurgiens allemands n'en sont du reste pas partisans. Körte rejette cette méthode et Lemberg la qualifie d'arme à deux tranchants.

2° La deuxième indication est de soulager le malade dans la mesure du possible.

D'une façon générale, cependant, il est préférable de ne pas trop atténuer cette douleur avant l'arrivée du chirurgien dans l'intérêt même du malade qui entre alors dans un état d'euphorie trompeuse.

L'application de la vessie de glace amène très souvent une sédation légère de la souffrance.

Certains médecins et chirurgiens donnent de l'opium qui en même temps immobilise l'intestin.

Parmi les chirurgiens étrangers Schnitzler (de Vienne), Klauber, rejettent l'emploi de l'opium et Murphy également n'en donne ni avant ni après l'opération, l'opium pouvant causer de la paralysie intestinale.

Quand les souffrances sont intolérables, il est préférable de faire une demi ou une piqûre de morphine.

3° La troisième indication de cette thérapeutique pré-opératoire est de renforcer les moyens de défense de l'organisme, à savoir l'épiploon et les globules blancs et de remonter le malade.

L'épiploon en effet joue un rôle capital dans la défense de la cavité abdominale, comme on le sait depuis les travaux de Cornil, de Milian, de Roger, de Herbert et de Heger. Des expériences de Heger, il résulte qu'on ne doit pas abuser de la morphine qui paralyse le diaphragme dont les contractions mobilisent l'épiploon vers le point menacé de la cavité abdominale.

Pour exalter la puissance phagocytaire des globules blancs plusieurs moyens sont à notre disposition.

C'est d'abord le collargol dont on peut faire une injection intraveineuse.

C'est l'électrargol qu'on emploie de la même façon.

Enfin Chantemesse a recommandé les injections intra-musculaires de nucléinate de soude à la dose de 50 centigrammes.

Ces injections, ainsi qu'il résulte des recherches expérimentales, sont suivies en effet d'une poussée leucocytaire qui augmente la résistance du malade et permet à la défense péritonéale de mieux s'organiser. »

Enfin il faut venir au secours du cœur au moyen d'une injection de sérum à 7 p. 1000.

Si le malade est très bas, il ne faut pas hésiter à faire cette injection intraveineuse.

On pourra également faire une injection de caféine.

Enfin récemment, pour parer aux accidents de collapsus, Heidenhain (de Worms) a préconisé l'emploi du sérum adrénalinisé. Il fait une injection intraveineuse de 800 à 1 000 centimètres cubes de sérum additionné de VI à VIII gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000.

Les résultats qu'il a publiés semblent encourageants. *(A suivre.)*

ANALYSES

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux cas de position anomale du sinus latéral. (*Rivista veneta di scienze med.*, 31 mai 1910.) — Au XIIIe Congrès de la Société italienne d'otologie, le docteur Federico Brunetti a communiqué les deux cas suivants :

Le premier a trait à une jeune femme chez laquelle il s'agissait de pratiquer une trépanation de la mastoïde. Dès que cette région fut mise à nu, on aperçut par transparence, à travers la couche corticale externe, une zone bleuâtre qui occupait toute la base de l'apophyse et atteignait en avant 'épine de Henle. C'était le sinus anormalement situé, car au premier coup de gouge on tomba directement sur lui, la lame osseuse qui le séparait de l'extérieur étant réduite à l'épaisseur d'une mince lame de papier. Deux autres tentatives faites, l'une en arrière et au bas du point classique de trépanation, l'autre au niveau de la pointe de l'apophyse, donnèrent le même résultat. Le sinus occupait donc toute la mastoïde et venait se mettre en contact en avant avec la paroi postérieure du conduit auditif osseux.

Le second cas est une trouvaille d'autopsie. La gouttière sinusale droite, plus considérable qu'à l'état normal, était profondément excavée dans la face postérieure du rocher et arrivait ainsi en pleine mastoïde. La couche corticale externe de l'apophyse extrêmement amincie formait la paroi externe de la gouttière sinusale. En trépanant au niveau de l'épine de Henle on tombait immédiatement sur le sinus. L'antre, minuscule, était situé en arrière du sinus, et constituait l'unique cellule du système apophysaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

Le varicocèle. Analyse de 403 cas. (J. Dellinger-Barney. *Boston med. and surg. Journ.*, 17 mars 1910, vol. CLXII, n° 11.) — Parmi les conclusions de cet important article reposant sur l'examen de 403 cas observés à l'hôpital général de Boston, il faut surtout remarquer ce qui concerne l'étiologie et les résultats opératoires éloignés.

Pour Barney, il faut abandonner toutes les théories étiologiques mécaniques : sur 403 cas on n'a relevé la constipation que dans 11 cas, le traumatisme que 22 fois, etc. Il faut considérer comme probable l'origine congénitale ou tout au moins une prédisposition congénitale et un trouble de croissance. On note d'abord parfois (15 p. 100) la présence d'autres anomalies congénitales, et certains cas (8 p. 100) datent réellement de la naissance. Sur les autres cas, la majorité (84 p. 100) est venue à l'hôpital entre quinze et trente ans avec un maximum très net entre vingt et vingt-cinq ans. Or l'affection avait débuté en général de un an à dix ans auparavant avec une moyenne de cinq ans en général; si bien que l'époque habituelle du début de l'affection est entre quinze et vingt ans, ce qui cadre bien avec l'idée d'une affection de l'évolution, de la croissance. Ce qui corrobore encore ce fait, c'est la fréquence (11,5 p. 100) de l'atrophie du testicule correspondant. Il ne s'agit pas là d'une atrophie testiculaire vraie, mais bien d'un arrêt de développement de l'organe par suite des troubles causés à cet âge par le développement du varicocèle.

Les résultats opératoires éloignés (plusieurs années après l'opération) n'ont pu être constatés que dans 39 cas, mais sont fort instructifs. L'opération a été la dissection et ablation par une incision haute ou basse des veines, en ménageant l'artère spermatique et les vaisseaux déférents.

36 p. 100 des cas continuent à présenter à un degré plus ou moins grand les douleurs pour lesquelles ils ont été opérés. 27 p. 100 présentent de l'hypochondrie sexuelle. Barney n'a pu en général savoir si le testicule s'était modifié de volume, c'est seulement sur les 12 cas opérés par lui qu'il a constaté qu'aucune atrophie de croissance n'avait eu lieu.

Enfin dans 15 p. 100 des cas il y a eu récidive du varicocèle.

Ces résultats sont peu brillants et confirment l'auteur dans l'idée que la cure chirurgicale du varicocèle est avantageusement complétée par un traitement psychique souvent indispensable.

M. LANCE.

Sur une maladie de la vésicule biliaire nécessitant la cholécystectomie. (B. G. A. Moynihan. *Ann. of surgery*, vol. L, n° 6, déc. 1909, pp. 1265-1272.) — Moynihan attire ici l'attention sur une condition particulière de la vésicule biliaire qui peut facilement passer inaperçue et explique probablement certains de ces cas où l'on diagnostique calcul biliaire et on ne trouve point de concrétions à l'opération. Quelquefois alors, si l'on regarde la muqueuse de la vésicule qui à première inspection paraît normale, on la trouve entièrement saupoudrée de très petites pierres, de poussière, à vrai dire ; cette poussière est fortement incrustée dans les aréoles de la muqueuse; on peut frotter et gratter celle-ci, la poussière ne se détache pas; il n'y a qu'à faire la cholécystectomie. Le canal cystique est toujours indemne : l'incrustation cesse brusquement, suivant une ligne parfaitement rectiligne au niveau du col.

L'histoire clinique de cette affection que Moynihan n'a commencé à reconnaître qu'il y a deux ans est absolument celle de la lithiase biliaire, si bien que c'est toujours celle-ci qu'on diagnostique. A l'opération, on trouve la vésicule parfois un peu enflammée, mais le plus souvent de couleur tout à fait normale. La bile est épaisse, noire, tenace, gluante, presque comme une solution concentrée de caoutchouc. Si on en recueille un peu sur un tampon, on voit briller les paillettes de cholestéine.

Il est bon de connaître ces cas pour éviter une opération inutile après laquelle les symptômes se reproduiraient fatalement, si on laisse la vésicule en place. Moynihan a opéré trois cas en deux ans.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du delirium tremens par le véronal. (V.-F. Möller. *Boston med. and surg. Journ.*, 20 janvier 1910.) — L'auteur rapporte le résultat de l'emploi du véronal dans le delirium tremens depuis cinq ans.

Voici le mode d'administration qu'il a suivi : une dose initiale de 1 gramme est administrée au début de chaque cas.

Si au bout de trois heures le sommeil n'est pas obtenu, une seconde dose de 1 gramme est donnée, Le malade s'endort alors pendant un temps qui varie de six à huit heures, parfois douze heures. Au réveil le malade est calme, reposé et se trouve bien. S'il se reproduit un peu de tremblement, on donne alors 0g50 de véronal, et en règle générale le soir tout tremblement a disparu. Si le malade reste à l'hôpital plus longtemps pour une autre affection, on lui administre chaque soir 0g50 de véronal pour lui assurer un sommeil tranquille. Si l'administration des 2 grammes de véronal, comme il a été dit plus haut, ne suffisent pas à enrayer le delirium tremens, un troisième gramme peut être donné cinq à six heures après la deuxième dose. Sur un total de cent cas, trois malades seulement n'ont pas cédé à ce traitement. Il y a eu deux cas de mort par pneumonie double. Dans toutes ses observations l'auteur n'a vu qu'un seul cas d'éruption par véronal, et aucun autre signe notable d'intoxication par le médicament.

M. LANCE.

LIVRES NOUVEAUX

Des principales affections chirurgicales dans l'armée (1), par le docteur A. Mignon, professeur au Val-de-Grâce.

Ce volume contient les leçons cliniques professées depuis plusieurs années par le docteur Mignon, au Val-de-Grâce, leçons sur les hernies (inguinales, crurales, épigastriques), les appendicites et leurs complications, le varicocèle, les traumatismes du cou-de-pied par faux pas avec ou sans déplacement du pied, les lésions de la région tibio-tarsienne dans les chutes d'un lieu élevé sur la plante des pieds, des lésions tarso-métatarsiennes dans les chutes à terre du cavalier avec son cheval, les lésions du poignet par chute sur la paume de la main, les traumatismes graves du crâne, les suites éloignées des fractures des membres, l'hystéro-traumatisme.

S'adressant à des aides-majors ayant terminé leurs études, ces leçons ne constituent pas des monographies complètes sur ces sujets, mais mettent en lumière toutes les parties qui intéressent spécialement les médecins militaires : chirurgie correctrice des déformations physiques des jeunes soldats, importance des traumatismes dans la genèse des incapacités fonctionnelles, rôle d'expert du médecin militaire dans l'appréciation des suites des traumatismes.

Ce livre, fruit d'une grande expérience, sera un guide utile aux médecins militaires dans bien des circonstances de leur pratique.

M. LANCE.

Les Sécrétions internes (2), leur influence sur le sang, par le docteur Perrin, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy.

Le rôle des glandes à sécrétion interne s'accroît chaque jour, mais encore bien confuse est la manière dont cette sécrétion interne retentit sur l'organisme. Le sang étant le vecteur de la plupart de ces sécrétions, il était particulièrement intéressant d'étudier uniquement au point de vue de leur retentissement sur le sang, l'action de chacune de ces sécrétions internes.

C'est cette tâche particulièrement difficile que le docteur Perrin a entreprise et menée à bien.

On trouvera dans ce livre tous les documents physiologiques, expérimentaux, cliniques, opothérapiques, sur l'influence de chaque glande endocrine ou de chaque tissu en particulier.

Il est impossible de songer à les résumer, et l'impression qui se dégage de cette lecture est que ce livre servira de base solide à des recherches ultérieures.

L'auteur a spécialement insisté sur l'action du foie, sur l'étude des relations synergiques des organes hématopoiétiques et sur leur auto-stimulation par voie humorale.

Toutes les glandes endocrines paraissent douées d'une influence à distance sur les processus hématopoiétiques de formation ou de destruction, ou sur les éléments constitutifs du sang.

Si bien qu'en définitive on peut admettre l'existence d'un vaste *système d'harmones*, favorisantes ou empêchantes, relativement à l'hématopoièse, la leucopoièse, etc.

Ce système d'harmones constitue un élément primordial du mécanisme régulateur de l'hématopoièse.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de IV-541 pages avec 183 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson.

(2) In-8 de 147 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie, du 17 octobre au 19 décembre 1910, 16e cours, sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, André Broca et Zimmern, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle et Claude.

Le cours aura lieu, du lundi 17 octobre au lundi 19 décembre 1910, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, soit le matin, soit à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique, et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale. — M. Bar. Syphilis et grossesse. — M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma. — M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille. — MM. André Broca et Zimmern. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse. — M. Hudelo. Gale. Erythèmes. Urticaire. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis. Pemphigus. — M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée. — M. Gastou. Maladies parasitaires du cuir chevelu : Teigne tondante et favus. Pytiriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve et farcin. Actynomicose. Purpura. — M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis. — M. Milian. Histologie de la peau

normale. Syphilis tertiaire : syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. Parasyphilis : neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. Laboratoire : bacilles de la lèpre, de la tuberculose; bacille du chancre mou; treponema pallidum, examen ultramicroscopique. — M. Terrien. Syphilis oculaire. — M. Lacapère. Chancre syphylitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. — M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : prostatites, cystites, abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. Paris. Zona. Laboratoire : sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde. — M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. — M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus. — M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses. — M. Touchard. Sclérodermie. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose. — M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique. — Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique. — M. Claude. Radiumthérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année : le premier en mai, juin et juillet, le second en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à trois heures. — Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin à la clinique (hôpital Saint-Louis).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — COURS COMPLÉMENTAIRE ET PRATIQUE (première série) DE NEUROLOGIE, sous la direction de M. le professeur F. RAYMOND, avec la collaboration de MM. Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie à la Salpêtrière; Lejonne, ancien chef de clinique à la Salpêtrière; Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste des hôpitaux; Lhermitte, chef de laboratoire; Baudouin, chef de clinique; H. Français, chef de clinique adjoint.

Le cours commencera le lundi 3 octobre 1910, à quatre heures et demie. Il comprendra trente leçons.

Les leçons auront lieu tous les jours à la clinique Charcot, à quatre heures et demie, sauf le dimanche. Chaque leçon sera accompagnée de présentation de malades, d'exercices de séméiologie et de diagnostic, par les élèves.

Ce cours constituera une revision complète de la neurologie.

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Des certificats d'assiduité seront délivrés à la fin du cours.

Pour renseignements et communication du programme détaillé, s'adresser à M. Baudouin ou à M. Français, chefs de clinique à la Salpêtrière.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — QUINZIÈME ET SEIZIÈME CONFÉRENCES SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE (AVEC PROJECTIONS). — Le lundi 3 octobre, à trois heures et demie, au Palais des fêtes, le docteur Durand-Fardel (de Vichy), secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris, fera une conférence sur « Vichy et sa clinique ».

— Le samedi 8 octobre, à trois heures et demie, au Palais des fêtes, le docteur Robin, professeur de clinique thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, fera une conférence sur « l'Influence du climat marin sur le traitement des tuberculoses ».

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 2 août 1910.) BAÜMLER : Sur les accidents subits survenant chez les individus apparemment sains, sous l'influence de lésions latentes des organes internes. — CURSHMANN : Sur les formes atypiques et les complications de la dysbasie artério-sclérotique et angiospastique. — BUSALSKI : Bases du traitement de la maladie de Little. — DEBERNARDI : Sur la transplantation de larges lambeaux de muqueuse gastrique. — GLÜCK : Court rapport sur 109 cas de syphilis traités par le « 606 ». — KOELSCH : Sur le traitement du charbon. — DREYER : Contribution au traitement de la variole. — GOCKEL : Sur l'ascaridiase et son traitement par l'huile américaine de Chenopodius. — KRECKE : Le drain en cigarette. — WEITZ : Un nouvel appareil à ponction pleurale. — (N° 32, 9 août.) V. BERGMANN et GULEKE : Sur la théorie de l'intoxication pancréatique. — V. FRANQUÉ : Accouchement prématuré artificiel et césarienne vaginale dans la mort habituelle du fœtus. — KLINGMÜLLER : Sur le traitement de la gonorrhée de l'homme. — BLUM : Sur le traitement de la sciatique par les injections épidurales. — BERGEL : Rapport des lymphocytes avec le dédoublement des graines et la bactériolyse. — VIGANO : Spécificité de la réaction à la méiostagmine dans la typhoïde. — GASBARRINI : La réaction à la méiostagmine dans la tuberculose expérimentale. — SOLGER : La représentation en image de l'homme préhistorique et son importance scientifique. — KÜSTER : Le traitement de la position transverse au moyen de la rachiotomie. — MAINZER : Un nouvel instrument obstétrical. — POLLAND : La novoiodine un nouveau succédané à l'iodoforme. — STROMEYER : Contribution à l'étude du tétanos cryptogénétique. — GRAUPNER : Affection rénale dans la maladie de Basedow. — (N° 33, 16 août.) DÖDERLEIN : Sur l'origine et la prophylaxie de la fièvre puerpérale. — IVERSEN : Sur le traitement de la syphilis par la préparation « 606 » d'Ehrlich. — TAEGE : Traitement heureux d'un nourrisson syphilitique par traitement par le « 606 » de sa mère l'allaitant. — JACOB : Sur le traitement de la typhoïde par le pyramidon. — ESCHBAUM : Nos observations dans la méningite cérébro-spinale épidémique. — FRAENKEL : Résultats du traitement par euptation. — BRUGSCH : Sur l'état du cœur dans la scoliose. — BECK : Valeur diagnostique et action thérapeutique de la pâte de bismuth dans les suppurations chroniques. — SAATHOFF : Le facteur personnel dans le traitement par la tuberculine. — ENGEL : Sur l'apyrexie des tuberculeux par la vieille tuberculine de Koch. — BRAUS : Contribution expérimentale et embryologique à l'histoire de l'origine de la luxation congénitale. — HARNACK et HILDEBRAND : Sur le β chloromorphide comme accompagnant et antagoniste de

l'apomorphine. — NEUMAYER : Le traitement des suppurations par le permanganate de potasse cristallisé. — DUVIR : Un nouvel instillateur oculaire. — GOLDFLAMM : Sur la question de la claudication intermittente. — (N° 34, 23 août.) SCHITTENHELM et WEICHHARDT : Sur le rôle de l'hypersensibilité dans l'infection et l'immunité. — FRAENKEL et GROUVEN : Expériences avec le « 606 ». — ALT : Sur la technique du traitement par la préparation de Ehrlich-Hata. — STURSBERG : Sur la sciatique radiculaire. — AUTENRIETH et TESDORPH : Sur un dosage colorométrique du glucose dans l'urine. — KAUSCH : Sur la technique de l'amputation dans la gangrène et les phlegmons. — ZMEIPEL : Le bolus alba comme véhicule d'infection. — GÖRL : La stérilisation de la femme par les rayons Röntgen. — BEST : Sur le diagnostic topique de l'hémianopsie. — BUROW : La tuberculose et son traitement heureux par le gaiacol et l'arsenic. — HOLLÄNDER : Sur un cas de disparition progressive du tissu adipeux et son remplacement cosmétique par de la graisse humaine. — HENRICHSEN : Rhinolithe causée par un corps étranger. — FRIEDMANN : Sur la formation d'acide β oxybutyrique aux dépens de l'acide diacétique.

Pester medizinisch=chirurgische Presse. — (N° 33, 14 août 1910.) MARER : Eclampsie ou épilepsie chez un homme. — KIROLY : L'alcool comme source d'énergie. — (N° 34, 21 août.) IVANIY : Deux années dans le service des maladies cutanées et syphilitiques de la « téléia ». — HEREZEG : Nouveau traitement par inhalations.

Riforma medica. — (N° 31, 1er août 1910.) Domenico DE SANDRE : L'importance de l'épuisement physique dans le mécanisme des processus d'infection et d'immunité. — Roberto CAMPANA : A propos de la pellagre. — Ferdinando GANGITANO : L'albuminurie transitoire au cours de la période post-opératoire chez les laparotomisés pour péritonite tuberculeuse serait un signe pronostic favorable. — (N° 32, 8 août.) Ugo NOFERI : Application et résultats du traitement de Pusey par l'acide carbonique dans les angiomes. — Domenico DE SANDRE : L'importance de l'épuisement physique dans le mécanisme des processus d'infection et d'immunité. — Aldo CERNEZZI : Contribution au traitement opératoire des hépatoptoses. — Giuseppe VIDONI et Stefano GATTI : L'anesthésie du bulbe oculaire dans les maladies nerveuses et mentales. — (N° 33, 15 août.) Gioacchino BRECCIA : Contribution à l'étude graphique du clonus de la rotule. — Pietro BOVERI : Une nouvelle forme de névrite hypertrophique familiale. Type Pierre Marie. — Ferdinando GANGITANO : Cancer primitif de l'appendice vermiculaire hernié. — (N° 34, 21 août.) Cesare STABILINI : Contribution à l'étude de la réaction méiostagminique dans les tumeurs malignes. — Carlo MARTELLI : Pseudo-cirrhose hépatique d'origine péricarditique ou maladie de Pick. — Nicolo PENDE : L'hypophyse pharyngienne, sa structure et son importance en pathologie. — (N° 35, 28 août.) Umberto GABBI : A propos du retour printanier dés cas de kala-azar. — Pietro FEDERICI : Contribution clinique à l'étude de la néphrectomie. — Giovanni ANTONELLI : Ictère grave aboutissant à l'atrophie jaune aiguë du foie dans la syphilis secondaire. — Oreste CIGNOZZI : Sur une nouvelle indication du procédé de Tansini pour l'amputation du sein.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées, par St. LEDUC. 1 vol. 202 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Poinat.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 23 septembre. — Question donnée : « Signes des luxations de l'épaule en avant. »

MM. Catrice, 11; Chanson, 18; Chanut, 12; Cathala, 15 1/2; Decléty, 17 1/2; Courtois (Raymond), 11; Eltrich, 10; Desanges, 8; Collin, 12; Dauptain, 15; Devanchelli, 9; Dujardin, 12; Chevalley, 16 1/2; Dufraisse, 16; Chevallereau, 8; Durand (Marcel), 8; Cumine, 13; Echavarria, 10.

Prochaine séance, mardi 27 septembre à cinq heures, première moitié, deuxième série.

CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 17 octobre 1910, pour une place d'agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (section de chimie biologique et médicale).

Académie de Lyon. — M. le docteur Sarvonat.

Académie de Montpellier. — M. le docteur Florence.

Académie de Paris. — MM. les docteurs Blanchetière, Guillemard et Schmitt.

LE XXIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE aura lieu à Tunis, au mois d'avril 1911.

Ce Congrès aura pour président : M. Deny; vice-président : M. Mabille (de La Rochelle); secrétaire général : M. Porot.

Les questions suivantes feront l'objet de rapports au Congrès de Tunis.

Premier rapport. — « Les perversions instinctives. » [Rapporteur : M. Ernest Dupré (de Paris)].

Deuxième rapport. — « Complications nerveuses et mentales du paludisme. » (Rapporteur : M. Chavigny, professeur au Val-de-Grâce).

Troisième rapport. — « L'assistance des aliénés aux colonies. »

Deux rapporteurs avaient été désignés pour cette question : M. Reboul, professeur à l'école d'application de médecine coloniale de Marseille, et M. Scherb, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

A la suite du décès récent de M. Scherb et, d'autre part, considérant que le second rapporteur, M. Reboul, pouvait être dans l'impossibilité de présenter lui-même son rapport à la session de Tunis, l'assemblée générale a désigné M. le professeur Régis (de Bordeaux), qui accepte, comme rapporteur général de la question de l'assistance des aliénés aux colonies.

Après Tunis, où le Congrès se réunira en avril 1911, la session suivante aura lieu en août 1912. Cette session se tiendra au Puy.

STATISTIQUE. — **Le service de la statistique municipale a** compté, pendant la trente-septième semaine, 716 décès, au lieu de 748 pendant la semaine précédente et au lieu de 776, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La diphtérie a causé 3 décès au lieu de 1 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 30, au lieu de 26 pendant la semaine précédente et de la moyenne 31.

La diarrhée infantile a causé 41 décès de 0 à 1 an, au lieu de 39 pendant la semaine précédente (moyenne 59).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 80 décès, au lieu de 75 pendant la semaine précédente et au lieu de 81, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 163 décès (moyenne 175).

Aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique, et aucun cas nouveau n'est signalé par les médecins.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris, Béziers, le midi de la France et l'Espagne, viâ Tarascon, Cette.* — Rapide, 1re classe, L.-S., voiture directe entre Paris et Port-Bou.

Aller, départ de Paris : 9 h. 15 matin (1re et 2e classes); 2 h. 25 soir (1re et 2e classes); 7 h. 25 soir (1re, 2e et 3e classes); 9 h. 20 soir (1re classe).

Retour, départ de Barcelone : 9 h. 40 matin (1re classe); 6 h. 46 soir (1re, 2e et 3e classes); — départ de Cerbère : 2 h. 7 soir (1re, 2e et 3e classes); 11 h. 9 soir (1re, 2e et 3e classes).

RENSEIGNEMENTS

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

DES

PÉRITONITES AIGUES GÉNÉRALISÉES

Par le docteur MARQUIS,
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes.

Le traitement *opératoire* de la péritonite aiguë généralisée a été en Amérique et en Allemagne l'objet de discussions aussi longues que nombreuses; en France il n'a suscité qu'un petit nombre de travaux (1). Mais le traitement *post-opératoire* de cette même affection assez sommairement indiqué à l'étranger semble chez nous l'objet d'une considération encore moindre, puisque si l'on excepte les articles de Lejars (2), de Jayle (3), de Weiss et Sencert (4), portant sur un point particulier de la question et quelques rares allusions au dernier Congrès de chirurgie, on voit qu'il n'y a inspiré aucune étude d'ensemble. Les résultats dont il paraît permettre l'obtention lui vaudraient cependant d'être mieux connu.

J'ai eu l'occasion de l'utiliser dans deux cas avec deux succès, voici la seconde observation où son emploi a été plus systématique que dans la première :

Femme de trente-six ans, est prise brusquement, le 24 mai au soir, d'une violente douleur abdominale.

Le lendemain on constate que tout l'abdomen et particulièrement la fosse iliaque droite sont très douloureux à la palpation, le pouls est à 100, la température à 38 degrés, pas de vomissements.

Le 26, quarante-huit heures après le début, le ventre toujours très douloureux est ballonné, des vomissements noirâtres sont apparus, le pouls est à 140, petit, filiforme, la température à 37°5, le nez pincé, les yeux excavés, les traits tirés, la malade fait entendre une perpétuelle plainte.

L'opération est pratiquée ce même jour à six heures du soir. Avant tout on injecte un litre de sérum, puis désinfection de la peau à la teinture d'iode, anesthésie locale, première incision longue de 5 centimètres dans la fosse iliaque droite, un liquide louche à peine purulent s'échappe en abondance (ultérieurement l'examen direct et les cultures ont montré du coli-bacille à l'état de pureté), on aperçoit à travers cette étroite ouverture des anses intestinales congestionnées, libres, pas de fausses membranes ; sans effectuer aucune manipulation viscérale on se contente de placer un drain dans le Douglas et un autre transversal, puis seconde incision dans la fosse iliaque gauche avec drainage identique. Aucune suture à la paroi, des mèches de gaze sont interposées pour empêcher l'éviscération. Immédiatement après l'opération, sur la table même, injection intramusculaire d'un second litre de sérum.

La malade est placée dans son lit en position de Fowler et une heure après l'opération l'on introduit la sonde rectale; elle y restera deux heures et demie, car chaque heure un litre de sérum à 40 degrés sera déversé dans l'intestin lentement pendant 20 minutes.

Le troisième et dernier litre donné, la sonde est retirée, la malade est beaucoup plus calme, ne se plaint plus et jusqu'à huit heures le lendemain matin elle dormira environ deux heures.

A ce moment, une nouvelle série de 3 litres de sérum est reprise et administrée comme la précédente. Son état s'est alors sensiblement amélioré, non seulement elle n'a plus vomi une seule fois, mais le pouls est à 100, la figure est rosée, reposée, le facies péritonéal n'existe plus.

Le soir, un nouveau litre de sérum est administré dans le rectum soit un total de 7 litres en vingt-quatre heures, et le lendemain deux autres.

Sans parler d'incidents d'importance secondaire, disons que la malade guérie s'est levée deux mois plus tard.

Les procédés constituant l'ensemble du traitement post-opératoire de la péritonite aiguë généralisée peuvent être divisés en deux classes :

Les uns habituellement *employés après toute intervention chirurgicale* de quelque importance, les autres *utilisés seulement dans le traitement post-opératoire de la péritonite.*

Des premiers nous ne ferons que mention, car ils sont trop connus et trop universellement employés. Toutefois nous ferons remarquer que cette brièveté à leur sujet ne veut en rien diminuer leur importance pratique. Ce sont :

1° Les injections hypodermiques ou intraveineuses de sérum physiologique : 1 litre et demi à 2 litres par vingt-quatre heures; dans les cas particulièrement graves, Lejars d'une part, Depage [de Bruxelles (1)] de l'autre, recommandent jusqu'à 5 litres en vingt-quatre heures.

2° L'administration par voie hypodermique de substances stimulantes ou toni-cardiaques :

En première ligne l'huile camphrée.

Kotzenberg (2), Lennander (3), disent les bienfaits de la strychnine ou de la physostigmine à la dose d'un demi-milligramme à 1 milligramme.

Heidenhain (4) vante les injections d'extrait de capsules surrénales ou d'adrénaline à raison de VIII gouttes d'une solution au millième par litre de sérum.

Enfin dans le but d'augmenter la leucocytose beaucoup emploient l'électrargol, le collargol ou le nucléinate de soude à la dose de 0,30 à 0,40 centigrammes en vingt-quatre heures.

Les autres procédés, *utilisés seulement dans le traitement de la péritonite aiguë généralisée*, sont multiples. Les uns trop nouveaux ne sont guère em-

(1) Moty. Le traitement chirurgical des péritonites purulentes généralisées, son évolution, et sa position actuelle, *Semaine méd.*, 10 fév. 1909. — Dayot. Traitement des péritonites généralisées. Quelques observations et réflexions cliniques, *Congrès des Soc. savantes*, Rennes 1909 et *Rennes méd.*, juillet 1909. — Pichevin. Opération de Murphy pour la péritonite généralisée, *Semaine gynécol.*, 12 avril 1910. — Marquis. Du traitement moderne de la péritonite aiguë purulente généralisée, *Bull. de la Soc. méd. et scient. de l'Ouest*, p. 170-183 et *Rennes méd.*, déc. 1909. — Lebat. *Le Traitement des péritonites aiguës généralisées et à abcès multiples d'origine appendiculaire*, Th. de Paris, 1910.

(2) Lejars. La position élevée de la tête et du tronc dans le traitement post-opératoire de la péritonite, *Semaine méd.*, 15 juin 1904, p. 187.

(3) Jayle et Dausset. L'aérothermothérapie dans le traitement de la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire, *Presse méd.*, 29 déc. 1909.

(4) Weiss et Sencert. De l'emploi du courant continu d'oxygène en chirurgie abdominale, *Revue de chir.*, avril et mai 1910.

(1) Depage (de Bruxelles). *XXIIe Congrès français de chir.*, Paris, 4-9 oct. 1909.

(2) Kotzenberg. *XXXVIIIe Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Berlin, 14-17 avril 1909 ; résumé in *Revue de chir.*, 10 déc. 1909, p. 977.

(3) Lennander (de Upsala). *Ier Congrès intern. de chir.*, Bruxelles, sept. 1905.

(4) Heidenhain (de Worms). *XXXVIIIe Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Berlin, avril 1909.

ployés que par leurs auteurs. Nous les exposerons rapidement pour arriver à l'étude de l'entéroclyse continue et de la position de Fowler qui par la généralisation de leur emploi et l'excellence de leurs résultats mériteraient de constituer à eux seuls ce chapitre du traitement post-opératoire de la péritonite généralisée.

En décembre 1909, Jayle et Dausset (1) rapportent une observation où *l'aérothermothérapie* semble avoir été efficace et recommandent leur procédé. Il consiste à déposer sur l'abdomen du malade une boîte à air chaud analogue à celle employée dans la méthode de Bier. On pratique en vingt-quatre heures trois séances de chacune 20 minutes; l'abdomen est mis à nu, la plaie recouverte d'une simple compresse et l'air porté à la température de 100 degrés. Après chaque séance l'abdomen est recouvert d'ouate très chaude.

Dans une récente étude, Weiss et Sencert (2) ont montré les bienfaits que pouvait procurer la méthode de Thiriar ou *courant continu d'oxygène* dans le traitement post-opératoire des péritonites généralisées.

Ils lavent le péritoine au cours de l'opération avec plusieurs litres d'eau oxygénée étendue, puis après un assèchement très soigné de la cavité abdominale ferment le ventre en laissant deux gros drains dans le Douglas et deux drains dans les flancs sortant par des contre-ouvertures iliaques. Aussitôt après l'intervention ils installent le courant continu d'oxygène à l'aide d'un obus de 600 litres et font passer le courant successivement par les tubes iliaques et par les tubes hypogastriques. Le gaz ressort facilement par un des tubes hypogastriques faisant siphon en entraînant constamment des quantités appréciables de sérosité louche. Le courant passe pendant toute la nuit qui suit et la journée du lendemain. Ce courant d'oxygène est maintenu d'une façon plus ou moins continue pendant quatre à six jours et plus.

L'oxygène agirait non pas comme antiseptique mais en augmentant l'activité des leucocytes qu'il imprègne et en faisant renaître le péristaltisme intestinal. Les résultats de Weiss et Sencert sont les suivants : 4 perforations intestinales avec 1 guérison et 3 morts, 2 perforations stomacales avec 2 morts, 2 péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx avec 2 guérisons, 3 péritonites post-opératoires avec 3 guérisons, 5 péritonites appendiculaires avec aussi 5 guérisons.

Mais ni l'un ni l'autre de ces procédés ne saurait tant par sa diffusion que par le nombre de ses succès rivaliser avec l'entéroclyse et la position de Fowler comme traitement post-opératoire de la péritonite diffuse. Avant d'analyser ceux-ci en détail il est curieux de noter qu'ils s'appliquent à toutes les péritonites généralisées quelle qu'en soit l'origine : appendicite perforante, perforation intestinale ou stomacale, rupture des voies biliaires, et que si en Allemagne comme en Amérique les partisans du Murphy, ceux du lavage ou du nettoyage à sec, discutent le procédé opératoire, tous sont d'accord pour le traitement post-opératoire.

(1) Jayle et Dausset. Loc. cit.
(2) Weiss et Sencert. Loc. cit.

Borchardt (1), Noetzel (2), Fowler (3), Mac Cosh (4), partisans résolus du lavage, ont pour proclamer les bienfaits de l'entéroclyse et de la position inclinée, une sincérité qui n'a d'égale que celle de Murphy (5), Gibson (6), Friedrich (7), protagonistes de la simple ouverture abdominale.

Entéroclyse. — Les Américains en général attribuent cette méthode à Murphy. Nos recherches bibliographiques, tout en nous montrant ce qu'a fait le chirurgien de Chicago pour la vulgarisation et la mise au point de ce procédé, nous font croire que d'autres avant lui et notamment Fowler l'avaient employée. Sans nous attarder sur cette question de priorité d'intérêt secondaire nous étudierons de cette méthode le principe, la technique et les résultats.

a. *Principe*. — On sait que ce qui tue dans la péritonite c'est l'absorption de tous les produits septiques contenus dans le péritoine, d'où la pratique d'Hirschel (8), appuyée sur les expériences de Hœhne (9) : injections intrapéritonéales de 100 à 300 grammes d'huile camphrée à 1 p. 100 pour obtenir l'oblitération des voies lymphatiques. Or d'après Murphy l'irrigation rectale entraverait cette absorption et ce de la façon suivante : le sérum contenu dans le tube intestinal déterminerait dans les lymphatiques péritonéaux un courant inverse du courant habituel de la lymphe. Si bien qu'au lieu d'absorber, la séreuse sécréterait du sérum, le contenu péritonéal serait ainsi dilué puis évacué par les drains.

Moynihan (10) semble avoir infirmé cette hypothèse en montrant qu'une matière colorante introduite avec la solution saline ne colore pas les liquides péritonéaux. Aussi d'autres ont pensé que l'irrigation rectale agissait d'une façon différente et plus complexe :

1° En diluant le contenu intestinal si toxique en cas de péritonite, en réduisant ainsi les dangers de son absorption et en augmentant l'élimination rénale; 2° en supprimant la cavité close du tube intestinal et en y établissant un courant continu cause naturelle d'une diminution de virulence des germes;

(1) Borchardt (de Berlin). *Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, séance du 13 déc. 1909, in *Deuts. mediz. Wochens.*, n° 12, 24 mars, p. 586-589.
(2) Noetzel (de Völklingen). Traitement chirurgical de la péritonite purulente diffuse, *XXXVIIIe Congrès de la Soc. allem. de chir.*, Berlin, avril 1909.
(3) Fowler (de New-York). Résultats des péritonites septiques diffuses traitées par l'élévation de la tête et du tronc, *Med. news, N.-Y.*, 1904, p. 1011.
(4) Mac Cosh (de New-York). *Ier Congrès de la Soc. intern. de chir.*, Bruxelles, sept. 1905.
(5) Murphy (de Chicago). *Assoc. amér. de chir.*, mai 1908.
(6) Gibson. *XXIIe Congrès français de chir.*, Paris, 4 oct. 1909.
(7) Friedrich (de Leipzig). *Ier Congrès de la Soc. intern. de chir.*, Bruxelles, sept. 1905.
(8) Hirschel (de Heidelberg). Traitement de la péritonite purulente généralisée par l'huile camphrée à 1 p. 100, *Münch. med. Wochens.*, t. LVII, n° 15, 12 avril 1910, p. 779-782, in *Journ. de chir.*, juin 1910.
(9) Hœhne (de Kiel). Sur la prophylaxie de la péritonite post-opératoire. Communication au *Congrès physiol. de Kiel*, 21 juin 1909, in *Journ. de chir.*, 1910, p. 172.
(10) Moynihan. Sur l'administration continue de liquide par le rectum dans le traitement des péritonites aiguës généralisées, *The Lancet*, 17 août 1907, p. 432.

3° en provoquant les contractions péristaltiques de l'intestin paralysé.

Et l'on obtiendrait ainsi un résultat analogue à l'entérostomie employée par Borchardt (1), Volterrani (2), Krogius (3), Lennander (4), Korte (5), ou à la traite de Dallgren qui consiste à exprimer tout le contenu de l'intestin grêle entre deux doigts, ou encore à l'injection de Mac Cosh (6) qui au moment de l'opération verse avec une seringue dans une anse jéjunale une solution de sulfate de magnésie.

b. *Technique.* — Trois difficultés sont à vaincre : conserver au malade même pendant l'irrigation la position de Fowler, éviter que le liquide introduit dans l'intestin ne ressorte à l'extérieur, maintenir à une température d'environ 38 degrés le liquide à injecter.

Le *maintien permanent de la position demi-assise* est indispensable, sous peine d'inonder à chaque entéroclyse le péritoine tout entier des produits septiques contenus dans le pelvis. Fowler rapporte l'observation d'un malade qui allait de mal en pis tant qu'on abaissait la tête du lit pour lui faire l'irrigation rectale et qui alla remarquablement mieux quand on laissa constamment le lit en position inclinée. Du reste l'irrigation intestinale est aussi facile avec la position de Fowler qu'elle devient malaisée quand on s'est contenté d'asseoir le malade sur un lit horizontal ; entre les fesses du patient et le coussin glissé sous le creux poplité (voir fig. 3) se trouve un espace large comme le poing où un gros tube en caoutchouc peut être placé sans aucune compression et atteindre directement l'anus qui ne repose pas sur le plan du lit mais est projeté en avant.

C'est pourquoi nous croyons inutile l'appendicostomie pratiquée par Billington (7) dans le but de substituer pour plus de commodité l'appendice au rectum dans l'irrigation intestinale.

Dans l'observation qu'il rapporte pour montrer les bienfaits de l'aérothermothérapie, Jayle raconte que l'entéroclyse ne put avoir d'effets utiles car le liquide ressortait à mesure qu'il entrait. Chez les auteurs qui ont pratiqué *l'injection lentement et avec une longue sonde rectale, cette difficulté est rarement signalée* ; chez nos deux malades à aucun moment cet incident ne s'est produit. Toutefois il arrive que sous l'influence du péristaltisme intestinal réveillé, le besoin d'aller à la garde-robe se fasse sentir, ce besoin ne commande qu'une simple suspension dans l'irrigation.

Reste le problème du *liquide à température constante*, c'est évidemment le plus difficile à résoudre.

(1) Borchardt (de Posen). Loc. cit.
(2) Volterrani (de Pise). L'*entérostomie* dans la péritonite, *La Riforma medica*, t. XXVI, p. 198-208 et 227-234 ; résumé in *Journ. de chir.*, mai 1910, p. 541.
(3) Krogius. *Ier Congrès de la Soc. intern. de chir.*, Bruxelles, sept. 1905.
(4) Lennander. *Ibidem.*
(5) Korte. *Réunion libre des chir. de Berlin*, 13 déc. 1909.
(6) Mac Cosh (de New-York). Loc. cit.
(7) Billington (de Birmingham). L'appendicostomie dans les péritonites septiques diffuses, *The British med. Journ.*, 9 janv. 1909, p. 77.

Pour le faire plusieurs appareils ont été imaginés, nous décrirons ceux d'Eysendrath et de Moynihan.

Celui d'Eysendrath (1) est un appareil en étain dont la forme rappelle celle des filtres d'agar-agar et qui comprend un double réservoir (fig. 1). L'écoulement est réglé par une vis spéciale de telle sorte qu'une goutte par seconde tombe dans le rectum. La source calorique peut être une lampe à alcool, électrique ou un bec Bunsen.

Moynihan (2) place le sérum dans un flacon en verre à large base d'une contenance de 2 litres et fermé par un bouchon en caoutchouc offrant trois orifices l'un pour le passage d'un tube de verre plongeant au fond du flacon et relié par son autre extrémité au tube de caoutchouc qui conduit au rectum, l'autre pour le passage d'un thermomètre et le troisième pour un tube permettant la circulation de l'air (fig. 2). Ce flacon est immergé dans un bain chaud sous lequel brûle une lampe ; on peut ainsi

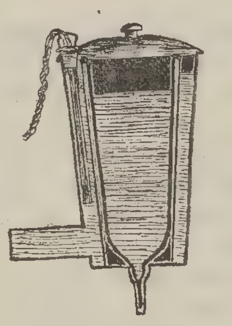


Fig. 1. — *Appareil d'Eysendrath.*

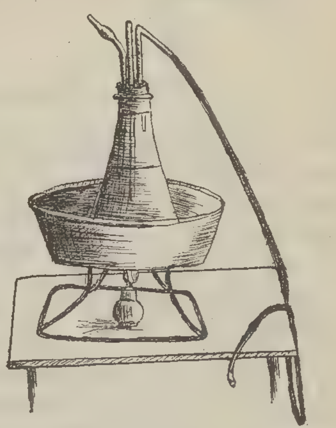


Fig. 2. — *Appareil de Moynihan.* (Le tube relié au caoutchouc doit plonger au fond du vase.)

obtenir une température constante dont la meilleure est de 38 degrés. Si le sérum est plus chaud, dit l'auteur américain, il peut être rejeté.

Ces appareils et particulièrement le dernier sont excellents, mais en raison de la rareté et de l'imprévu des cas de péritonite généralisée que nous sommes appelés à traiter, en raison surtout de l'indifférence manifestée jusqu'ici en France pour cette irrigation rectale, il est probable qu'il s'écoulera longtemps avant qu'eux ou leurs similaires entrent dans la pratique courante.

C'est parce que je me trouvais dans ce cas qui sera sans doute commun à beaucoup de ne point les posséder et de ne pouvoir rapidement les improviser que j'ai ainsi modifié pour mes deux malades la pratique de l'irrigation rectale (3).

Le patient est en position de Fowler (fig. 3), on l'y maintiendra trois à quatre jours et sans aucune interruption, l'inclinant légèrement sur le côté pour

(1) Eysendrath. Appareil pour lavement continu de sérum dans les péritonites, *Journ. of the amer. med. assoc.*, p. 406-407, 1908, t. LI, n° 5, 1er août.
(2) Moynihan. Loc. cit.
(3) Depuis, j'ai employé après les laparotomies, systématiquement la position de Fowler, parfois l'irrigation rectale, et ai été frappé de l'amélioration du post-opératoire.

mieux découvrir l'anus, on introduit profondément la longue sonde rectale. Celle-ci est reliée par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc à un laveur con-

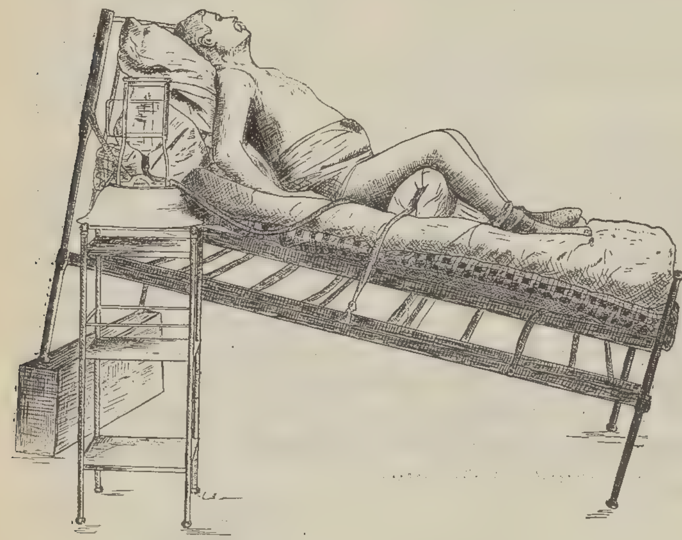


FIG. 3. — *La position de Fowler.*

tenant 1 litre de sérum à 40 degrés (le refroidissement dû au tube abaissera légèrement la température de ce sérum arrivant dans le rectum). L'élévation du récipient par rapport à l'anus est de 30 à 40 centimètres. *Il importe pour l'absorption que l'écoulement soit très lent, mais pour le maintien sensiblement égal de la température du sérum que sa durée ne dépasse guère 20 minutes.*

La première série comprend l'administration de 3 litres, un d'heure en heure. Le passage de chaque litre ne nécessitant que 20 minutes, dans l'intervalle de l'écoulement la sonde rectale peut habituellement rester dans le rectum jusqu'à la fin du troisième litre, ce qui évite d'imprimer chaque heure un mouvement au malade.

Puis après un repos de six à douze heures dont la durée est commandée par l'état plus ou moins amélioré, plus ou moins satisfaisant du patient, une nouvelle série de 2 ou 3 litres de sérum est de nouveau administrée, suivant la même technique.

On peut ainsi donner jusqu'à 8 litres pendant les vingt-quatre premières heures.

Ces irrigations rectales sont continuées, pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'opération, tout en diminuant la dose de sérum proportionnellement à l'amélioration.

Ce n'est plus *l'irrigation continue*, c'est *l'irrigation répétée* dont l'emploi peut être fait par tous et partout.

c. *Résultats.* — Nous avions quitté notre seconde malade chez qui cette technique fut rigoureusement appliquée, le soir à sept heures, peu de temps après l'opération. Les yeux étaient caves, les traits tirés, le nez pincé, elle se plaignait continuellement comme elle le faisait depuis douze heures. Après l'administration des 3 premiers litres de sérum, elle s'endort et le lendemain, quand nous la retrouvons avec un air calme, les vomissements, la fréquence et la petitesse du pouls, le facies péritonéal ont disparu.

Du reste, voici comment Moynihan (1) relate cette transformation qu'il a constatée 17 fois sur 19 malades : « Le changement dans l'aspect du patient qui absorbe si rapidement le sérum est très remarquable; si c'est un cas de péritonite aiguë généralisée, le malade qui paraît livide, dont les yeux sont enfoncés, dont la peau est froide, dont la bouche est si desséchée que la langue peut à peine se mouvoir, commence au bout de quelques heures à paraître rose, la bouche est humide, les yeux brillants, et tout son aspect indique le confort et le contentement, le pouls gagne en volume et améliore son caractère d'une manière régulière, l'urine passe en grande quantité et la peau reste moite. Un grand nombre de patients disent qu'ils se sentent très chauds, et certains d'entre eux transpirent librement. »

POSITION DE FOWLER. — Il y a déjà dix ans que G. R. Fowler (2) exposa le principe, la technique et les premiers résultats de cette position qui porte très justement son nom.

a. *Principe.* — La péritonite n'est qu'une lymphangite entraînant la mort par l'absorption trop rapide des canaux lymphatiques. Mais ces canaux ne sont pas également dispersés dans la cavité péritonéale qui peut, en raison de la différence topographique de son pouvoir absorbant, être divisée en trois régions inégalement dangereuses :

1° La région diaphragmatique possédant le plus fort pouvoir d'absorption, car il s'y rencontre des troncs lymphatiques qui, en raison de leur large diamètre, ne se laissent pas oblitérer par la thrombophlébite qui, en raison de leur nombre, transportent rapidement dans l'organisme pus, sang, bactéries et produits toxiques;

2° La région intestinale constituant une région encore dangereuse d'absorption;

3° La région pelvienne presque entièrement dépourvue de gros troncs lymphatiques et dont les capillaires lymphatiques s'obstruent rapidement par la thrombo-phlébite.

Ces notions anatomiques trouvent leur confirmation clinique dans l'inégale gravité des collections purulentes du bassin et des autres régions de la cavité abdominale, dans la bénignité des interventions par voie vaginale comparée à leur gravité relative par la voie abdominale, et dans l'absence habituelle de complications à la suite de perforation utérine au cours d'un curettage pour endométrite septique. »

b. *Technique.* — Gorham (3) a fait construire, pour obtenir facilement la position de Fowler, un lit spécial qui porte son nom. Il me semble possible d'obtenir à frais moindres des résultats identiques. J'ai figuré ici (fig. 3), pour plus de clarté, la position

(1) MOYNIHAN. Loc. cit., p. 433.

(2) FOWLER (de New-York). De la péritonite septique diffuse et d'un nouveau traitement par l'élévation de la tête et du tronc dans le but de faciliter le drainage du bassin, avec neuf cas de guérison, *Med. Record*, 14 avril 1900, p. 617-623.

(3) Voir dans GRIFFIN (d'Albany). La position de Fowler dans le traitement de la péritonite, *New-York med. Journ.*, t. XC, nov. 1909, p. 902-905.

inclinée, telle que la lecture du premier article de Fowler me l'a représentée et telle que je l'ai employée.

Le lit est surélevé de 35 centimètres; pour empêcher le malade de glisser on dispose sous ses cuisses un oreiller plié en deux et fortement assujetti par des bandes de chaque côté du lit. Entre cet oreiller et les fesses se trouve un espace vide qui permet le libre passage du tube pour l'entéroclyse.

On voit la déclivité du bassin et l'on soupçonne aisément que tous les liquides libres dans la cavité abdominale s'accumuleront dans le pelvis.

Cette position est maintenue un temps qui, suivant les cas, varie de quatre jours à trois semaines.

c. *Résultats.* — Dans sa première publication, Fowler rapportait neuf cas avec neuf guérisons; par contre, de neuf malades qui avaient conservé la position horizontale habituelle, cinq sont morts et quatre seulement ont guéri.

Plus tard, le même chirurgien donnait une statistique de 98 cas avec une proportion de guérison de 66 p. 100.

Mais ce qui mieux encore que ces chiffres prouve l'excellence de la méthode, c'est la presque unanimité des chirurgiens à l'employer. A l'étranger, quelle que soit leur technique opératoire, tous ou presque tous ont recours à la méthode de Fowler.

En résumé, si les partisans du lavage péritonéal peuvent présenter des résultats presque aussi satisfaisants que les adeptes de la simple méthode de Murphy, à condition toutefois d'employer comme eux l'*irrigation rectale et la position de Fowler*, il est possible que l'excellence des résultats obtenus depuis dix ans dans le traitement des péritonites généralisées tienne moins à la technique de l'intervention *qu'au traitement post-opératoire*. Il importe que l'on ne dédaigne pas une méthode qui, en Amérique et en Allemagne, a fait aussi surabondamment ses preuves.

TECHNIQUE
DU
TRAITEMENT DE LA COXALGIE
POUR LA CONSERVATION DU MOUVEMENT DANS L'ARTICULATION
Etude cinématographique des sujets après guérison,

Par M. Louis MENCIÈRE (de Reims),
Chirurgien de la clinique de chirurgie orthopédique.

Formule de Mencière (1). — Période de début et période d'état : injections interstitielles d'éther iodoformé, unies si besoin est à la phéno-puncture.

Période avancée : résection atypique suivie d'un lavage à l'acide phénique pur (méthode modifiée de Phelps de New-York), phénolisation.

Période de guérison et d'ankylose : rétablissement d'une partie des mouvements et de la fonction par l'emploi méthodique de la mécanothérapie.

(1) Mencière. Ce que doit être le traitement moderne de la tuberculose articulaire, *Arch. prov. de chir.*, Paris, octobre 1902.

Dès 1902, j'ai démontré la supériorité du traitement local des tuberculoses osseuses et articulaires sur le traitement général.

Il est le seul non seulement rationnel, mais le seul vraiment efficace, soit à la période d'état, soit, et j'insiste sur ce point, à la période de début.

Dans mes écrits comme dans ma pratique, j'ai toujours préconisé le traitement local, immédiat, par les injections d'éther iodoformé intra-extra-articulaires interstitielles dès que le diagnostic est établi.

Quand les os sont atteints, j'y ajoute la phénopuncture, destinée à porter l'acide phénique pur au centre des épiphyses. Or, cette méthode me permet de guérir les tuberculoses au premier degré, toujours avec mouvement et sans claudication. Les cas arrivés au deuxième degré guérissent souvent *ad integrum*. Quant à ceux du troisième degré il faut se contenter de guérir les tuberculoses par les injections ou la phénolisation, le membre étant maintenu en bonne direction.

* * *

Prudence et choix du cas, du moment de la maladie, voilà ce qui doit être inscrit en tête d'un chapitre sur la mobilisation des articulations atteintes de bacillose.

En 1900 (1), j'estimais avec quelques rares auteurs qu'il y avait lieu de modifier notre vieille formule : immobilité toujours, encore, quand même.

Avec M. Championnière, je ferai remarquer que l'on confond habituellement le mouvement et la fonction du membre, oubliant que le mouvement méthodique peut apporter des ressources thérapeutiques d'une importance capitale, tandis que la fonction du membre doit être interdite, car elle amène des mouvements complexes et laborieux (2).

J'estime donc que l'on doit rechercher le mouvement (3) dans les articulations atteintes de tuberculose, mais... « il y a la manière ».

La recherche du mouvement est à mon avis une chose complexe et délicate. Elle nécessite un soin tout particulier dans le diagnostic de l'étendue et de la « qualité de la lésion » (4). Telle tumeur blanche ne s'accommodant pas du mouvement, il faut savoir sacrifier la fonction et sauver le membre.

De l'étude de mes observations, il résulte que deux grandes distinctions sont à établir *a priori* :

Les tumeurs blanches du membre supérieur peuvent s'accommoder de telle technique. Les tumeurs blanches du membre inférieur de telle autre.

Ce qui justifie cette distinction, c'est « l'ulcération compressive » par surcharge. Ce n'est pas un petit mouvement léger qui abîme une articulation tuberculeuse ; aussi me suis-je toujours étonné de la minutie que mettent les auteurs à assurer l'immobilité parfaite de l'articulation, ce qui est plus nuisible qu'utile.

(1) Mencière. *Médecine moderne*, 25 avril 1900.

(2) Lucas-Championnière. *Gaz. des hôpit.*, 16 janv. 1900.

(3) Mencière. *Arch. prov. de chir.*, Paris, oct. 1902 ; — *Congrès franç. de chir.*, Paris 1907-1909.

(4) Nous devons, pour le diagnostic des tuberculoses osseuses et articulaires, nous aider de la radiographie.

Ce qui use, détruit une articulation, c'est la fonction de ce membre avec ses mouvements complexes et laborieux, mais par-dessus tout, c'est la « surcharge » de cette articulation malade qui supporte le poids du corps et qui détermine l'ulcération compressive ; au genou, des condyles du fémur et des plateaux du tibia; à la hanche, de la tête fémorale; au bassin, du cotyle et du sourcil cotyloïdien qui disparaît.

La conclusion qui découle de cette remarque est que, pour le membre inférieur, nous devons supprimer le poids du corps, soit par un appareil, soit par une traction continue. La marche doit être complètement interdite dans la première période du traitement, quatre à six mois environ, pour n'être ensuite permise qu'avec prudence.

Quant au membre supérieur qui n'est pas dans les mêmes conditions de surcharge, il suffit d'interdire les grands mouvements « de fonction », de maintenir le membre dans des appareils qui, tout en étant articulés, évitent ou corrigent l'attitude vicieuse et permettent un certain degré de mobilisation. En un mot si, dans la première période du traitement, je mets complètement au repos les articulations du membre inférieur, je suis moins exigeant pour le membre supérieur.

J'ajouterai que, suivant les cas, et c'est là une question de tact et de doigté, je conduis le traitement en appliquant d'emblée le mouvement, concurremment avec les injections modificatrices au premier, et quelquefois au deuxième degré. J'ai même utilisé le mouvement après phénolisation dans des cas plus graves (1).

(1) Loc. cit.

ANALYSES

MÉDECINE EXPERIMENTALE

Les rapports anatomiques et physiologiques chez les rats en parabiose. (*Il Policlinico*, section chirurgicale, juin 1910.) — Le docteur Zapelloni (de Rome) a mis des rats en état de parabiose, soit par cœlostomie, soit par l'établissement d'un pont musculo-cutané, et il a observé ce qui suit :

Les échanges qui ont lieu entre les deux animaux se font non seulement par la voie lymphatique mais aussi, et de façon notable, par la voie sanguine. La cicatrice d'union est parcourue par un réseau de gros capillaires sanguins de néoformation, et il est facile de les mettre en évidence en injectant de la gélatine colorée dans le système aortique d'un des deux animaux.

Les substances, que l'on fait ingérer à un des animaux ou qu'on lui injecte, passent chez l'autre en grandes quantités. Par exemple le salicylate de soude passe dans la proportion de 35-45 p. 100 quand il est injecté, et de 28-35 p. 100 administré par ingestion. Ces proportions sont moindres pour le bleu de méthylène. Il y a également un échange très actif des produits du métabolisme. Si l'on soumet un des animaux à un régime surtout hydro-carboné et l'autre à un régime azoté, le premier élimine une quantité d'azote presque double de celle d'un animal de contrôle placé dans les mêmes conditions.

Ces rapports anatomiques et physiologiques se montren sans différences appréciables que la parabiose soit obtenue par cœlostomie ou par un pont musculo-cutané.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le mécanisme physiopathologique de l'ataxie du tabes. (M. EGGER. *L'Encéphale*, 10 juillet 1909.) — Les théories classiques qui subordonnent l'ataxie dans le tabes aux troubles de la sensibilité consciente ne peuvent plus être acceptées, car elles sont, comme le montre l'auteur, en contradiction avec un grand nombre de faits. Il y a des tabétiques incoordonnés qui marchent, il y en a d'autres chez qui l'incoordination est minime ou nulle et qui ne peuvent marcher. De même l'ataxie existe sans troubles de la sensibilité dans le Friedreich et la sclérose en plaques.

La coordination est une fonction de la sensibilité réflexe qui n'atteint pas le sensorium et dont les voies conductrices vont de la colonne de Clarke au cervelet. Elle comprend trois modalités différentes : la coordination spatiale, la coordination chronologique ou synergie et la coordination dynamique; la première est rendue en grande partie consciente par la sensibilité articulaire et par les impressions visuelles qui l'accompagnent, les deux autres sont inconscientes et purement réflexes. L'incoordination spatiale n'est que la résultante des deux autres modes d'incoordination auxquelles s'est surajouté un trouble de sensibilité.

L'ataxie tabétique apparaît surtout comme une incoordination dynamique, c'est-à-dire comme un trouble de la fonction d'équilibration relevant bien plus d'une perturbation cérébelleuse que d'une altération de la sensibilité consciente.

Au point de vue anatomopathologique on peut admettre que la dégénération opère parfois une sélection au détriment des fibres cérébelleuses en ménageant les fibres du cordon postérieur. Celui-ci ne jouerait donc aucun rôle coordinateur dans les mouvements réflexes, il n'interviendrait que dans les mouvements volitionnels.

P. CAMUS.

Pneumonie blanche et tuberculose. (MM. RIBADEAU-DUMAS et AMEUILLE. *Bull. Soc. anat.*, 1909, pp. 545-547.) — Chez deux enfants présentant un poumon avec l'aspect de la pneumonie blanche, et soupçonnés de syphilis, les auteurs ont trouvé des lésions de tuberculose, sans rien qui puisse faire penser à la syphilis. D'autre part, à l'autopsie d'un lapin inoculé avec la caséo-bacilline d'Auclair, les auteurs ont retrouvé le même aspect de pneumonie blanche, avec des lésions rappelant l'artérite d'Heubner. Si bien qu'ils se demandent si la pneumonie blanche doit bien être rapportée à la syphilis.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Tic douloureux vrai des fibres sensitives du nerf facia guéri par la section de l'intermédiaire de Wrisberg. (L. PIERCE CLARK et ALFRED S. TAYLOR. *Journ. amer. med. Ass.*, vol. LIII, n° 26, 25 déc. 1909, pp. 2144-2146). — Nous commençons à peine à connaître l'histoire des otalgies dites idiopathiques. Le rôle des dents cariées, des lésions nasales ou pharyngées, a été évidemment très exagéré. Dans beaucoup de cas, il s'agit d'une névralgie qui doit se traiter par l'extirpation du ganglion géniculé tout comme la névralgie du trijumeau se traite par l'extirpation du ganglion de Gasser quand la médication antinévralgique a échoué.

Seulement, il est impossible d'enlever le ganglion géniculé sans courir des risques presque certains de blesser sérieusement le limaçon, les canaux semi-circulaires, la carotide et le tronc moteur du facial. La section de la racine sensitive du ganglion géniculé, au contraire, est faisable. C'est elle que Taylor a pratiquée avec succès dans un cas.

Anesthésie à l'éther à travers un tube passé par les narines.

Taille d'un lambeau ostéoplastique à bord externe juste en arrière du bord postérieur de la mastoïde, à limite supérieure à 2 centimètres au-dessus de la ligne du sinus latéral, à bord interne juste en dehors de la ligne médiane. Le bord inférieur, la charnière était près du trou occipital. La dure-mère était très tendue. Incision d'un lambeau de dure-mère correspondant en dimensions à celles de la brèche osseuse, mais à pédicule interne. Le cervelet fait hernie, on le soulève avec des écarteurs, du liquide cérébro-spinal s'échappe en quantité, puis on va reconnaître le méat auditif interne. On sectionne le facial, le nerf de Wrisberg et le faisceau supérieur du nerf acoustique. Suture ; un petit drain. Pas d'incidents post-opératoires. Paralysie faciale aujourd'hui très améliorée. Troubles passagers de l'ouïe. Plus de douleur.

F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Formations nodulaires d'origine glandulaire dans les polypes muqueux du nez. (Docteur M. LANNOIS [de Lyon]. *Rev. hebd. de laryng. otol. rhinol.*, n° 42, p. 449, 1909.) — L'auteur a eu l'occasion de constater trois fois la présence, dans des polypes muqueux du nez, de concrétions nettement sphériques, d'aspect blanc opaque qu'il compare à des yeux de poisson cuit; il les a étudiées sur des coupes faites par son interne le docteur P. Gauthier. On constate dix-huit à vingt de ces concrétions, de volume variable, dans la première observation, les plus grosses ayant le volume d'un pois; dans la seconde on trouve deux gros noyaux blancs et durs et quelques autres de la grosseur de grains de mil; enfin dans la troisième, il est constaté deux masses sphériques, analogues, mais moins dures et moins opaques.

Le docteur Castex, après Stepanow, Polyak, Lévy, ont déjà signalé des concrétions hyalines sphériques dans la muqueuse de ces polypes ; on conçoit qu'ils se forment par suite de l'obstruction d'une glande par infiltration œdémateuse interstitielle; les cellules glandulaires continuant leur sécrétion, le fond de la glande s'élargit, prend une forme sphérique dont l'accroissement ne cessera qu'au moment où la pression intérieure arrêtera par compression le fonctionnement glandulaire.

L'aspect des coupes montre un stroma ayant l'aspect habituel des polypes muqueux; dans ce stroma, on voit des cavités très nombreuses, par places presque confluentes, tapissées du même épithélium haut et cilié que l'on rencontre à la surface du polype sur la coupe. Leurs dimensions sont très variables : les unes ont une lumière normale; les plus grandes constituent de véritables dilatations kystiques dont l'épithélium est moins élevé que dans les autres.

C'est à l'intérieur de ces cavités rétractées que se rencontre les concrétions, substance anhiste, mal colorée par les matières colorantes, disposée en couches stratifiées en bulbe d'oignon; cette substance correspond aux noyaux durs qui donnent macroscopiquement à la pièce un aspect si particulier. L'auteur propose de donner à ces formations glandulaires et aux kystes qui en dépendent le nom d'*adénofibrome œdémateux et kystique*.

P. VIOLLET.

NEUROLOGIE

Rupture spontanée du cœur. (MÉNARD. *Bull. Soc. anat.*, 1908, pp. 464-466.) — L'accident s'est produit sans signes physiques ou fonctionnels précurseurs, l'existence de deux gommes probables du foie plaide en faveur de la syphilis, la constatation d'infiltration embryonnaire sur les bords de la déchirure montre qu'il ne s'agit pas seulement d'un anévrisme du cœur par oblitération, ici incomplète de la coronaire, mais d'une lésion syphilitique en activité.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Aliénés et Anormaux (1), par J. ROUBINOVITCH.

Dans ce volume sont réunis une série d'articles portant soit sur les aliénés en général, soit sur certains des troubles psychiques les plus fréquents et les mieux caractérisés.

Après des chapitres fort intéressants, illustrés d'exemples et d'observations, sur les psychoses toxiques, dégénératives et épileptiques, sur les déséquilibrés et les aliénés dans l'armée, l'auteur consacre la partie la plus importante de l'ouvrage à l'étude des enfants anormaux, arriérés ou difficiles. Ce sont des recherches personnelles sur le nombre et la répartition des enfants anormaux en France, sur les causes des anomalies mentales infantiles, sur les caractères psychopathiques des enfants difficiles, sur le dépistage et le triage des écoliers anormaux. Ce sont ces données qui, alors que l'auteur était rapporteur de la commission technique instituée en 1908, ont servi de base à l'établissement de la loi du 15 août 1909 sur l'éducation des enfants anormaux. M. Roubinovitch indique toute la portée sociale de ce problème si important de l'éducation des enfants anormaux et expose les premiers résultats obtenus.

Il montre ensuite que la plupart de ces anomalies mentales sont évitables, de même qu'on doit attendre beaucoup de l'éducation antialcoolique des parents et de la jeunesse pour la prophylaxie de l'aliénation en général. Il termine enfin par des considérations sur la législation française des aliénés et les tendances de la science psychiatrique contemporaine.

Cet ouvrage, écrit dans une langue claire et agréable, libéré de toute préoccupation doctrinale, s'adresse au public éclairé et instruit; il sera lu avec profit par les sociologues, les juristes et les pédagogues, aussi bien que par les médecins trop souvent ignorants des notions même les plus élémentaires de la pathologie mentale.

P. CAMUS.

Les Ferments digestifs des leucocytes (protéase et lipase). Le zymo-diagnostic (2), par MM. N. FIESSINGER et P.-L. MARIE.

Dans cette brochure de 186 pages, les auteurs ont réuni et en quelque sorte synthétisé leurs différentes publications sur ce sujet.

Parmi les différents ferments leucocytaires, les auteurs étudient seulement deux d'entre eux, la *protéase* et la *lipase* : après un court aperçu de l'état de la question avant leurs recherches, le livre commence par un exposé de la technique employée, tant pour isoler les leucocytes, que pour rechercher les ferments, les extraire des leucocytes et les étudier une fois isolés : utilisant cette technique, les auteurs ont extrait des polynucléaires un ferment *protéolytique* qui en milieu alcalin pousse la transformation des albuminoïdes jusqu'aux acides amidés, et un ferment *lipolytique* extrait des suppurations tuberculeuses et provenant vraisemblablement des lymphocytes. Suit une étude très intéressante du rôle des différents ferments dans la digestion, les fonctionnements glandulaires, etc., puis les auteurs présentent quelques considérations relatives au rôle de ces ferments dans la pathologie générale, et signalent en terminant les applications de ces connaissances au *diagnostic clinique* (zymo-diagnostic) dans les leucémies, les exsudats et les transsudats, et à la *thérapeutique* elle-même.

La lecture de ce petit livre, très intéressant, est singulièrement facilitée, par un style facile et agréable, et une remarquable clarté d'exposition.

L. BABONNEIX.

(1) 1 vol. de la Bibliothèque scientifique internationale. In-8 de 320 p. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Paris, Maloine.

Les Débris épithéliaux paradentaires d'après les travaux de L. Malassez (1), par le docteur V. Galippe.

L'étude du développement des formations épithéliales de dentition et de leurs débris montre que leur ensemble peut être considéré comme une glande, la glande adamantine; les tumeurs qui en dérivent, sont, comme celles des glandes formées aux dépens du tissu interstitiel, ou d'origine épithéliale; ces dernières devraient être appelées parenchymateuses. Certaines tumeurs du maxillaire sont d'origine paradentaire, ce sont : les épithéliomes (adamantins, tubulés, malpighiens, non différenciés, et carcinomes, enfin l'épithélioma mixte, adamantin et malpighien) et les épulis. D'autres sont en rapport avec le système dentaire : les fongosités épithéliales et les kystes radiculo-dentaires, les kystes corono-dentaires et les dents incluses, enfin les tumeurs solides ou kystiques dentigères, les odontomes. Chacune de ces variétés est étudiée tour à tour, d'après les faits personnels de l'auteur et ceux publiés dans la littérature, dont il discute l'origine et la signification.

L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Septembre 1910.) Ducosté : Epilepsie larvée avec conscience et souvenir de l'accès délirant et d'une partie des concomitances réelles. — Mirallié : Hérédo-ataxie cérébelleuse et traumatisme. — Lafforgue : Hygiène des troupes en campagne. — Simonin : La crise excito-motrice de l'alcoolisme aigu devant la justice militaire.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, septembre-octobre 1910.) Lagriffe : Un délire d'interprétation dans l'histoire. Maria-Stella Chiappini, lady Newborough, baronne Stenberg, 1773-1843 (*fin*). — Arsimoles et Halberstadt : La paralisie générale juvénile (*fin*). — Urquhart : Le régime des aliénés en Ecosse.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 5, mai 1910.) Gellé : Le pancréas dans le diabète pancréatique. — (N° 6, juin.) Lévy-Valensi et Roy : Etude d'un cerveau sans commissures.

Bulletin médical. — (N° 65, 13 août 1910.) Kirmisson : Des fractures du fémur au cours des ankyloses du genou chez l'enfant.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 5, 4 août 1910, numéro spécial.) *Publications du laboratoire de l'hôpital de l'Etat de Danvers pour 1910* : 1° E. E. Southard : Le travail au laboratoire de l'hôpital de l'Etat de Danvers-Hathorne (Massachusetts), avec une relation spéciale de la règle intérieure édictée par le docteur Charles Whitney Pages, superintendant, 1888-1898-1903-1910. — 2° E. E. Southard : La marge de l'erreur dans le diagnostic des maladies mentales : basée sur une revue clinique et anatomique de 250 cas examinés à l'hôpital de l'Etat de Danvers (Massachusetts), 1904-1908 (4 tableaux). — 3° E. E. Southard : Une étude sur le groupe des démences précoces à la lumière de certains cas montrant des anomalies ou des scléroses dans certaines régions particulières du cerveau (14 tableaux, 15 observations, 1 figure). — 4° L. B. Alford : Sur dix cas obscurs de maladies mentales : étude clinique et anatomique. — 5° Arthur S. Hamilton : Une étude sur la moelle épinière de vieillards atteints de maladies mentales (8 tableaux, 22 figures). — 6° Anna H. Peabody : Etude histologique de la glande thyroïde dans les maladies mentales, surtout au point de vue de la thyroïdite chronique (15 tableaux). — 7° Albert A. Hornor : Sur la présence des maladies du cœur dans les psychoses aiguës, hôpital de l'Etat de Danvers, 1879-1909 (3 tableaux). — 8° E. E. Southard et Myrtelle M. Canavan : Sur l'invasion du sang par les bactéries et la propagation de l'infection au liquide cérébro-spinal; les nodules lymphatiques mésentériques, voie de cette invasion : étude de 50 cas de maladies mentales (3 tableaux). — 9° Myrtelle M. Canavan : La dysenterie bacillaire à l'hôpital de l'Etat de Danvers (Massachusetts) après l'épidémie de 1908 (10 tableaux, 1 graphique). — 10° Myrtelle M. Canavan : Les microorganismes trouvés dans les cas de dysenterie étudiés bactériologiquement de décembre 1908 à juin 1910, à l'hôpital de l'Etat de Danvers (Massachusetts). — 11° Myrtelle M. Canavan : La persistance d'agglutinines du bacille de la dysenterie dans les cas de l'hôpital de Danvers, avec une série de témoins d'agglutination (2 tableaux). — 12° Myrtelle M. Canavan : Un cas de dysenterie avec microorganisme fermentant la mannite et ne la fermentant pas, compliqué d'endométrite hémorragique due probablement à un troisième microorganisme. — 13° E. T. F. Richards : Tuberculose primitive de la surrénale dans un cas de parésie générale juvénile avec infection méningée (bacillus coli-communis). — 14° F. Robertson Sinus : Un cas de thrombose autochtone du sinus. — 15° Gordon T. Brown : Un diagnostic des fractures du crâne prouvé par la découverte de tissu cérébral dans les vomissements. — 16° Newell B. Burns : Note concernant les poids du cerveau et des autres viscères dans 66 sujets présentant du cancer ou du sarcome (3 tableaux). — 17° Herman M. Adler : Quelques résultats de la suralimentation avec les graisses dans certains cas de démence (1 tableau.)

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 31, 30 juillet 1910.) Schiemann : Les doses quantitatives d'albumine d'après Tsuchyia. — (N° 32, 6 août.) Schenk : L'olintal et son mode d'action.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 31, 4 août 1910.) Siegert : La prophylaxie et le traitement de la rougeole. — Hirsch : Sur la cécité corticale passagère par commotion cérébrale. — Krone : Etat actuel de la question de la viscosité du sang. — Herz et Sterling : Recherche sur la sécrétion psychique chez un homme après gastrostomie. — Meirowsky et Frankenstein : Aménorrhée et syphilis tertiaire. — Kuhn : Le compresseur d'air à l'hôpital. — (N° 32, 11 août.) Cramer : Sur la symptomatologie et la thérapeutique de l'angoisse. — Wechselmann : Observations sur 503 cas morbides traités par le dioxydiamido-arsenobenzol. — Coler : Gliome opéré de la troisième circonvolution frontale gauche. — Stieda : Le grisonnement subit des cheveux est-il possible? — Patella : Sur l'origine endothéliale des cellules mononucléaires du sang. — Hoffmann : Sur l'origine et le traitement de la scoliose. — Langemak : Stérilisation à la vapeur dans la pratique. — Strauss : Sur la mesure des rayons Röntgen. — Boldyreff : Un spiromètre simple et exact. — (N° 33, 18 août.) Rosenbach : Une nouvelle tuberculine. — Herxheimer : Arsenobenzol et syphilis. — Einhorn : Expériences sur le contenu duodénal. — Frey : La cause de la

(1) 1 vol. de 270 p., avec 60 fig. — Paris, Masson.

rétention du brome et le remplacement du chlore par le brome dans le sang. — GOLDBLADT : Syringomyélie chez la mère et la fille. — PELZ : Un cas de polynévrite purement sensitive d'origine alcoolique. — OFFENHAUS : Opérations sans douleur sur le visage et la bouche. — MÜLLER : Sur la tuberculose primitive des trompes. — HEERMANN : L'extension dans le traitement des affections nerveuses.

Policlinico. — (Août 1910, fasc. 8.) *Section médicale.* Giovanni QUADRI : Contribution à l'étude de l'anémie provoquée par le *necator americanus* ou *stiles.* — Giovanni NOÈ : Remarques critiques et considérations générales sur le pourcentage des anophèles infectieux rencontrés dans l' « ager remanus » pendant la saison malarienne en 1909. — G. CANTONI : La réaction desmoïde de Sahli. — Luigi PANICHI et R. VARNI : Action des extraits retirés des tumeurs malignes sur l'endocarde. — Cesare FRUGONI : Etudes cliniques sur les altérations du rythme respiratoire notamment en ce qui regarde les formes agoniques et névrosiques. — *Section chirurgicale.* G. FICHERA : Hypophyse et castration. — Candido MANTELLI : Contribution à l'étude de la hernie inguinale oblique interne ou vésico-pubienne. — Mario ABETTI : Les granulations des leucocytes du pus. — Romolo GABAGLIO : La fracture du scaphoïde du corps.

Province médicale. — (N° 31, 30 juillet 1910.) DELÉARDE et BOON : Des dangers de la décoction de tête de pavot chez les enfants en bas âge. — GALLAVARDIN et CORDIER : De la stomatite aphteuse comme cause de néphrite aiguë. — BOURGUET : Mastoïdite avec abcès extra-dural : opération; — Phlébite du sinus latéral et du golfe de la jugulaire interne : opération; — Hernie du cerveau : résection; hernie du cervelet; — Abcès du lobe occipital : ouverture; — Abcès du lobe temporo-frontal : ouverture; — Hémorragie terminale. — (N° 32, 6 août.) SPILLMANN : Pourquoi faut-il toujours penser à la syphilis? — VIANNAY : Deux cas de calculs de cystine. — (N° 33, 13 août.) ROQUE et GARIN : La question de la pleurésie syphilitique tertiaire. — TOURNEUX : Zona et varicelle. — CASTAIGNE : Le rôle de l'hérédité en pathologie rénale. — (N° 34, 20 août.) ROUVIER : Hémorragie rétro-placentaire au cours du dernier trimestre de la grossesse. — MEYER : Le salicylate de soude en médecine et chirurgie journalières. — VIGNARD et SARGNON : Hypertrophie simple du thymus et suffocation, chirurgie clinique du thymus. — (N° 35, 27 août.) PÉHU : Sur trois nouveaux cas de scorbut infantile. — THIBAULT : Fièvre de Malt et lait de chèvre (étude épidémiologique et prophylactique).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 34, 20 août 1910.) MOURE : Des enchondromes du larynx. — (N° 35, 27 août.) RAOULT : Deux formes anormales de phlegmon périostique (phlegmon large diffus suraigu et phlegmon subaigu non suppuré). — BOURGUET : Sur un cas de papillomes du larynx chez une petite fille de quatre ans. — PUGNAT : Un cas d'hémiparalysie du voile du palais consécutif à une cautérisation de l'amygdale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — JEUDI 29 SEPTEMBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 29 SEPTEMBRE 1910. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Pathologie*. — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Saignée (par phlébotomie), sa technique, ses indications. » MM. Chirol, 10; Chick, 14 1/2; Delmas, 10; Charon, 16; Dufilhol, 17; Delamarre, 13; Cojan, 12; Durupt, 7; Claverie, 13; Delahaye, 13; Chicandard, 14 1/2; Courtois (René), 12; Couraud, 10; Epstein, 15; Clemenceau, 18; Codet, 17 1/2; Chauvel, 9; Dascalopoulos, 15; Mlle Dvoretzky, 12; M. Chevrolet, 14.

Anatomie. — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Face inférieure du foie. »

MM. Madelaine, 13; Jeannet, 9; Lavergne, 16 1/2; Jonescu, 12 1/2; Lefort (Emile), 13; Jousse, 4; Lévy (Alvarrès), 17; Laget 18 1/2; Manne, 18 1/2; Le Basser, 17 1/2; Kermorgant, 15; Letellier, 12; Mlle Lecocq, 16 1/2; MM. Langle, 16 1/2; Lion, 14; Lumière, 15; Jacquemin (Guillaume), 8; de Léobardy, 15.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances du 8 au 31 octobre 1910 (Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne). — Par suite d'empêchements, la série C (*hydrologie, climatothérapie, diététique*) est reportée à la session d'avril 1911.

Le cours de physiothérapie reste divisé en deux séries de 20 leçons. Le prix de chacune des séries de 20 leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, chez M. le docteur Albert-Weil, 21, rue d'Edimbourg, ou chez M. le docteur Durey, 16, rue de Logelbach.

Les cours sont divisés de la façon suivante :

Série A. — *Electrothérapie* (dix leçons) : M. Albert-Weil, rédacteur en chef du *Journal de physiothérapie*. — *Radiumthérapie* (trois leçons) : M. Dominici, ancien interne des hôpitaux. — *Photothérapie* (une leçon) : M. Degrais, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. — *Radiothérapie* (trois leçons) : M. Albert-Weil. — *Hydrothérapie* (trois leçons) : M. Sandoz.

Série B. — *Massage en général et massage des membres* (huit leçons) : M. Durey, assistant de physiothérapie de M. Tuffier à l'hôpital Beaujon. — *Massage viscéral* (deux leçons) : M. Cautru, ancien interne des hôpitaux. — *Massage de la face* (une leçon) : M. Raoul Leroy. — *Cinésithérapie gynécologique* (deux leçons) : M. Wetterwald, secrétaire général de la Société de cinésithérapie. — *Gymnastique* (deux leçons) : M. Desfosses, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi. — *Rééducation* (deux leçons) : M. Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière. — *Mécanothérapie* (deux leçons) : M. Sandoz, directeur de l'Institut Zander de Paris. — *Méthode de Bier* (une leçon) : M. Durey.

Les cours de la série A ont lieu à six heures, ceux de la série B à cinq heures. Les jours où les cours ont lieu dans des hôpitaux ou des instituts, leur horaire est avancé ou reculé d'une demi-heure au moins, pour que les élèves d'une série puissent néanmoins suivre les cours des autres séries.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cadilhac (de Madières).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et l'Italie (par le Mont-Cenis)*. — Aller (départ de Paris) : 2 h. 10 s. V.-L., L.-S.; 1re et 2e classes à couloir pour Rome; 2e classe Paris-Turin; — 10 h. 20 s. V.-L., L.-S.; 1re et 2e classes à couloir jusqu'à Rome; 1re et 2e classes à couloir Calais-Turin.

Retour (départ de Rome) : 11 h. 45 s. V-L., 1re classe Rome-Paris; 2e classe à couloir depuis Turin; — 8 h., m. V.-L., L.-S., 1re et 2e classes à couloir depuis Rome; V.-R. depuis Dijon; 1re et 2e classes à couloir Turin-Bologne; — 3 h. 30 s., 1re et 2e classes à couloir Rome-Paris; V.-R. Dijon-Paris.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

LISTE DES THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1909-1910

1. M. Dumolt. Contribution à l'étude de la pulpe dentaire et de ses maladies. — 2. M. Boudet. L'alcoolisme en Albigeois. — 3. M. Cames. L'iritis à hypopyon. — 4. M. Mauriac. Le séro-diagnostic de la syphilis. — 5. M. Lescan du Plessix. Des anévrismes fémoro-poplités. — 6. M. Froustey. Rapports de l'appendicite et de l'entérite muco-membraneuse. — 7. M. Bernard. De l'emploi des produits à base de cholestérine dans le traitement de la tuberculose. — 8. M. Garros. De l'expulsion spontanée des tumeurs ou de débris néoplasiques à travers les orifices naturels. — 9. M. Neveu. Confusion mentale et mélancolie. Etude clinique. — 10. M. Cougard. Du cinnamate de soude et de son emploi dans la tuberculose pulmonaire. — 11. M. Faure. L'accouchement dans les bassins plats rachitiques. — 12. M. Moutet. De l'utilité de l'alcool et de son emploi en thérapeutique. — 13. M. Vincent. Les opérations chirurgicales à bord des navires de guerre. La question des salles d'opérations. — 14. M. Lambert. Alchimie. — 15. M. Laparade. Sur un nouveau procédé d'abouchement duodéno-gastrique après gastrectomie et pylorectomie. — 16. M. Boutin. Sur l'anastomose de l'épigastrique et de la mammaire interne. Etude anatomique et expérimentale. — 17. M. Boileau. La crèche modèle d'hôpital. — 18. M. Auguste. Organisation des secours aux blessés des guerres maritimes. Les navires-hôpitaux. — 19. M. Ratel. Du traitement chirurgical des épididymites blennorragiques aiguës. — 20. M. Rouiller. Le décollement de la rétine chez l'enfant. — 21. M. Soulayrol. De la psoïtis post-grippale. — 22. M. Chastel. Contribution à l'étude de la ligature latérale de la veine cave inférieure. — 23. M. Beauvieux. Traitement du glaucome chronique. — 24. M. Moreau. De l'amblyopie du strabisme. — 25. M. Vincens. Etude anatomique du tronc cæliaque et des artères hépatiques. — 26. M. Baus. Etude sur le corset. — 27. M. Sarramon. L'alpinisme. Essai physiologique, sportif et hygiénique. — 28. M. Carpentin. De l'emploi de la napelline comme moyen de suppression de la souffrance psychique dans les cures de démorphinisation. — 29. M. Féraud. De l'invagination intestinale par polype. — 30. M. Jayle. Nouveau procédé thermorégulateur magnéto-électrique appliqué aux étuves médicales chauffées au pétrole. — 31. M. Loubat. L'adrénaline en obstétrique. — 32. M. Jamault. Le traitement des tumeurs blanches des jeunes sujets par les injections modificatrices articulaires et intra-épiphysaires. — 33. M. Hourcade. Contribution à l'étude de l'action uricolytique du foie du chien. — 34. M. Larraillet. Contribution à l'étude de la pathologie du gros intestin. Le petit entérocolisme. — 35. M. Carréga. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds. — 36. M. Béraud. Lutte contre les moustiques dans le domaine de Pellegrin en 1905. — 37. M. Ricard. Contribution à l'étude de l'extirpation des ganglions tuberculeux de l'aisselle. — 38. M. Mary. Contribution à l'étude des kystes sacculaires. — 39. M. Foulcher. De la conduite à tenir dans les kératites lacrymales (extirpation du sac et cautérisation ignée de l'ulcère). — 40. M. Despujols. De l'abaissement du cœur consécutif aux sténoses des voies respiratoires supérieures. — 41. M. Onillon. De la stérilisation du champ opératoire par la teinture d'iode. — 42. M. Vielle. Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale par l'orchidopexie. — 43. M. Droouy. Maladie de Paget (du sein). — 44. M. Parouty. Etude clinique de la coagulation du sang de l'enfant. — 45. M. Ducourrech de Raquine. La cure d'altitude en hiver. — 46. M. Grégoire. La ligne blanche dite surrénale. — 47. M. Audy. De la voie transpleurale dans les plaies du diaphragme. — 48. M. Ollion. Des boutons anastomiques en chirurgie gastro-intestinale. Leur emploi à Bordeaux. — 49. M. Gayout. Les eaux minérales en Guyenne et Gascogne au XVIIIe siècle. — 50. M. Pouyaud. Contribution à l'étude de l'acidité urinaire. — 51. M. Beyly. Contribution à l'étude de l'inversion utérine. — 52. M. Baudrimont. Influence de la lumière et de ses radiations sur les êtres vivants. Son application au traitement des plaies au moyen de pansements colorés. — 53. M. Auricombe. Essai de perfectionnement de la succi-pompe de M. de Rohan. — 54. M. Darrasse. De l'albumo-diagnostic dans les expectorations. — 55. M. Lavielle. L'arthritisme et son hygiène alimentaire. — 56. M. Destouesse. Contribution à l'étude de l'uricolyse. — 57. M. Feutelais. Contribution à l'étude du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. — 58. M. Lassalle. Contribution à l'étude du chlorhydrate d'apocodéine comme laxatif. — 59. M. Gutierrez. Contribution à l'étude du traitement des fractures juxta-articulaires du membre inférieur (genou-hanche). Emploi du double-plan incliné mobile. — 60. M. Nebout. Etude médico-sociale de quelques causes de l'hyponatalité. — 61. M. Pouget. Technique de l'autopsie et de l'examen macroscopique et microscopique de l'oreille. — 62. M. Cluzan. Contribution à l'étude de l'association du traitement électrique et du traitement chirurgical dans la thérapeutique des prolapsus génitaux. — 63. M. Marty. Contribution à l'étude des kystes pré-sternaux d'origine congénitale. — 64. M. Roux. Contribution à l'étude de la maladie polykystique de Reclus. — 65. M. Germain. Recherches expérimentales et histologiques sur la dégénérescence et la régénération des nerfs après leur section dans les plaies septiques et aseptiques. — 66. M. Bordenave. Etude de quelques cas d'accidents du travail dans leurs suites médicales et judiciaires. — 67. M. Flurian. Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. — 68. M. Barbier. Sur deux cas d'intoxication par l'atropine. — 69. M. Liaguet. Contribution à l'étude de la bile comparativement dans l'urine et les matières fécales à l'état normal et à l'état pathologique. — 70. M. C. Delaunay. Contribution à l'étude du rôle des acides aminés dans l'organisme animal.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale. — (N° 293, 10 sept. 1910.) Laqueur : L'application de la thermopénétration. — Belot et Chaperon : Traitement des épithéliomas cutanés par le grattage et la radiothérapie. — Bordier et Horand : Action sur les protozoaires des rayons X et ultra-violets. Dispositif de distribution par trolley de courants à haute tension. Un appareil de fixation simplifié pour radiographie d'après le docteur Schmidt.

Archives de médecine navale. — (N° 9, sept. 1910.) Hasnard : Sur la responsabilité médicale des prévenus militaires. — Michel : Les chalutiers étrangers en Islande. — Mourron : Un cas de suppuration chronique de la plèvre interlobaire. — Barrat : Moyen pratique d'obtenir l'aldéhyde formique pour la désinfection.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1910.) Cerné et Delaforge : La radioscopie des ulcères de l'estomac. — Lamy : Etude de statistique clinique de 134 cas de cancer de l'œsophage et du cardia.

(*Voir la suite, p. 1522.*)

CONSIDÉRATIONS A PROPOS DE

DEUX CAS D'HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE

Par M. J. LÉVY-VALENSI,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les deux observations que nous allons relater nous ont paru dignes d'intérêt parce qu'elles apportent une légère contribution à l'étude de la séméiologie et de la pathogénie d'une affection encore assez obscure.

Nous avons pu examiner les deux malades qui font l'objet de ce travail, grâce à l'amabilité de M. le docteur Milian qui, frappé par certaines particularités cliniques qu'ils présentaient, voulut bien nous les confier.

C'est dans le service de notre maître, M. le professeur Roger, et sous sa direction, que nous avons entrepris les différentes recherches que nous rapporterons.

Observation I. — Sh... Charles, trente-quatre ans, doreur sur métaux.

Père alcoolique, mort dans un asile d'aliénés.

Mère en bonne santé.

Pas de cholémiques dans la famille.

Antécédents pathologiques. — A douze ans, fièvre typhoïde de moyenne intensité sans localisation hépatique.

Pas de paludisme, pas d'alcoolisme.

Syphilis en 1899, traitée pendant deux mois (actuellement la réaction de Wassermann est positive).

Début. — Janvier 1909.

Le malade est fatigué par le moindre effort, il s'essouffle facilement, il a une tendance invincible au sommeil.

A partir de cette époque, il éprouve des douleurs sourdes à la région lombaire; son teint devient ictérique, enfin surviennent des pissements de sang.

Les hématuries se font par crises, succédant à l'endolorissement lombaire.

Le malade n'a pu établir de relations entre ces paroxysmes et l'influence du froid.

L'ictère accompagne chaque crise, rétrocède sans disparaître après elle, pour s'accuser de nouveau avec la crise suivante.

Le 8 novembre 1909, il entre à l'hôpital de la Charité.

Le malade raconte que depuis quinze jours les pissements de sang sont devenus plus fréquents et qu'il n'a plus la force de travailler. La crise d'hémoglobinurie est précédée d'un frisson et de douleurs lombaires. La première miction sanglante se fait dans la matinée, puis les urines suivantes sont de moins en moins colorées, les urines du matin sont limpides.

Examen du malade. — Homme de petite taille, ne paraissant pas très vigoureux, mais pas très amaigri. Les téguments sont légèrement ictériques, les conjonctives le sont franchement. Il n'accuse d'ailleurs aucune des manifestations cutanées et muqueuses habituelles chez les ictériques banaux (pas de prurit, pas de saveur amère), etc.

Le foie est légèrement hypertrophié, dépasse de deux travers de doigt le rebord costal.

La rate est perceptible.

La langue est saburrale, les matières fécales ne sont pas décolorées.

Aucun trouble cardiaque, le pouls n'est pas ralenti (92 à la minute), la tension est faible, 15 au sphygmomanomètre de Potain.

L'auscultation des poumons décèle quelques râles de bronchite en arrière.

Urines. — Le malade nous a apporté, dans un flacon bien bouché, de son urine hémoglobinurique de la veille, nous avons été frappé de l'odeur spéciale qu'elle dégageait. C'était une odeur aromatique très pénétrante. Cette odeur ne se percevait pas lorsqu'on examinait le bocal d'urines de vingt-quatre heures. Elle était très nettement perçue immédiatement après la miction. Il s'agissait donc d'une substance odorante extrêmement volatile.

Les urines émises à l'hôpital par le malade étaient normales, très claires et ne renfermaient ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, ni urobiline.

La crise hémoglobinurique était facilement déterminée si l'on plongeait les mains du malade dans de l'eau froide.

Examen du sang. — Coagulation normale.

Rétraction du caillot normale, le sérum est tardivement laqué, il est brun et donne la réaction de Gmelin.

Numération :

Hématies	3800000
Leucocytes	7000
Polynucléaires neutrophiles	70,5
— éosinophiles	0,50
Grands mononucléaires	15
Moyens —	10,5
Lymphocytes	2,5
Formes de transition	0,5
Myélocytes neutrophiles	0,5

Pas d'hématies nucléées.

Coloration vitale. Nombreuses hématies granuleuses.

Résistance globulaire. — Nous l'avons recherchée par le procédé des hématies déplasmatisées et sur le sang simplement défibriné, les résultats ont été concordants.

L'hémolyse commence à 60,
est intense à 40,
est totale à 36.

Obs. II. — D..., trente-trois ans, coiffeur.

Mère morte en le mettant au monde.

Père rhumatisant.

Un frère en bonne santé.

Il y a seize ans, un chancre de la verge. Pas d'accidents secondaires. On ne peut établir la nature de ce chancre. Depuis quatre ans, céphalées surtout diurnes. La réaction de Wassermann *fut douteuse* à cause de l'état laqué du sérum.

Le début de la maladie actuelle se fit le 3 novembre dernier. Le malade s'exposa au froid, il eut un frisson prolongé, puis des douleurs lombaires, à midi il urinait du sang. A la même époque on lui fit remarquer qu'il devenait jaune.

Il entre à l'hôpital le 10 novembre.

Examen. — Individu de haute taille, d'aspect vigoureux.

Les téguments ont une teinte subictérique, les conjonctives sont nettement jaunes. Le malade n'accuse ni prurit, ni amertume de la bouche. Il ne se plaint d'ailleurs d'aucun trouble.

La langue est saburrale, les fèces non décolorées.

L'urine en dehors des crises est claire, ne renfermant ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni urobiline.

Lorsque l'hémoglobinurie se produit, l'urine devient noire et a l'*odeur aromatique* signalée dans l'observation précédente. La centrifugation donne un culot dans lequel on trouve quelques amas informes, reliquats probablement des stromas globulaires. Les raies de l'hémoglobine sont des plus nettes au spectroscope.

La rate est légèrement augmentée de volume.

Le foie dépasse le rebord costal de trois travers de doigt. Il est douloureux à la pression.

Le cœur est normal. Pouls, 80.

Rien à l'appareil respiratoire.

L'état du système nerveux n'offre rien d'anormal.

Examen du sang. — Coagulation normale.

Rétraction normale.

Sérum. — Très foncé, mais pas franchement laqué. Il donne la réaction de Gmelin, mais aussi les raies d'absorption de l'hémoglobine au spectroscope. Abandonné à lui-même au bout de deux heures il est nettement rouge.

Examen cytologique. — Numération :

Globules rouges	3 600 000
— blancs	6 200

Pourcentage :

Polynucléaires neutrophiles	73
— éosinophiles	0,5
Mononucléaires	14
Lymphocytes	12,5

Pas de réaction myéloïde.

Hématies granuleuses très abondantes.

Résistance globulaire (méthode des hématies déplasmatisées).

Hémolyse début, 52,
intense, 40,
totale, 36.

Durant le séjour du malade à l'hôpital, il n'a pas eu de crises spontanées. Il a éprouvé de vives douleurs hépatiques et spléniques.

Nous avons pu facilement déterminer chez lui la crise hémoglobinurique par la réfrigération des mains.

Les deux observations qui précèdent retiennent l'attention sur un certain nombre de points.

La syphilis certaine chez le premier est douteuse chez le second.

L'ictère se rencontre dans les deux cas. C'est un ictère qui cliniquement et hématologiquement appartient au groupe des ictères hémolytiques. Dans le premier cas la résistance globulaire est nettement diminuée (60), elle est légèrement diminuée dans le second (52).

L'association de l'hémoglobinurie à l'ictère hémolytique n'est pas rare. Nous citerons les cas de Bettmann (1), Chauffard et Troisier (2), Chauffard et Vincent (3), Foix et Salin (4).

Une dernière particularité clinique nous est fournie par l'*odeur aromatique* spéciale des urines dans nos 2 cas. Il est inutile de dire que toute cause d'erreur médicamenteuse ou autre avait été éliminée.

Notre collègue et ami Foix sur notre demande a fait sur les urines de son malade des constatations analogues.

Nous avons essayé par l'examen méthodique de nos deux malades d'apporter une faible contribution à l'étude pathogénique de l'hémoglobinurie paroxystique.

La discordance de nos résultats chez eux prouve qu'il n'y a pas *une* pathogénie de l'hémoglobinurie mais plusieurs. Nous ne rapporterons pas ici les nombreuses théories soutenues.

D'une façon générale les unes prétendent que le sérum du malade est hémolysant, les autres que ce sont les globules qui sont plus fragiles.

Nos deux malades sont en contradiction avec les premières théories, car :

Le sérum de ces malades n'hémolyse ni ses globules ni des globules normaux à 37 degrés après refroidissement à 0 ou sans refroidissement. L'épreuve de Donath et Landsteiner est donc négative.

Notre premier malade par contre est une confirmation des théories globulaires, en particulier de l'hypothèse proposée récemment par Foix et Salin.

Les globules de ce malade qui demeurent intacts au contact de leur propre sérum dans l'épreuve de Donath et Landsteiner hémolysent dans les mêmes conditions au contact *d'un sérum normal*. Cette hémolyse est d'ailleurs déjà nette au bout d'une heure à 37 degrés sans refroidissement. Elle est totale dans l'épreuve complète.

Chez notre deuxième malade toutes ces épreuves ont été négatives. Nous nous bornerons à signaler cette contradiction en rappelant que chez ce dernier malade la syphilis était douteuse.

Il existe donc chez notre premier malade une fragilité particulière des globules vis-à-vis du sérum normal. Cette fragilité n'est pas spéciale aux hémoglobinuriques, car Foix et Salin la retrouvent chez un ancien syphilitique non hémoglobinurique et non ictérique, chez ce même malade la résistance globulaire aux solutions salines étant normale, on peut conclure qu'il s'agit là d'une fragilité globulaire spéciale.

Cette fragilité ne suffit cependant pas à déterminer l'hémoglobinurie, puisque ce malade n'en présentait pas.

MM. Foix et Salin font alors intervenir une autre influence ; ils admettent que dans l'hémoglobinurie il y a coexistence d'une lésion sanguine entraînant l'hémoglobinhémie et d'une lésion rénale permettant le passage momentané de l'hémoglobine. Ces lésions, sur lesquelles ont insisté d'ailleurs Hayem, Dieulafoy et Widal et plus récemment Achard et Feuillé, sont justifiées dans le cas de Foix et Salin par l'albuminurie entre les crises et la présence dans les urines, au moment des crises, de *cylindres* donnant la *réaction ferrique ou ferrocyanure*.

Ajoutons que nous avons fait ces constatations chez nos deux malades.

Il s'agit vraisemblablement soit de stromas globulaires, soit plutôt des granulations ferriques décrites par Dieulafoy et Widal dans l'épithélium des tubes contournés chez un malade mort d'hémoglobinurie.

Les troubles circulatoires observés par de nombreux auteurs après Hayem, Meyer et Emmerich (vaso-constriction périphérique, élévation de la tension artérielle) vont bien avec l'hypothèse d'une congestion active du rein laissant passer le sérum, les stromas globulaires et l'hémoglobine.

En somme, d'après Foix et Salin et nous nous rangeons à cette opinion pour notre premier cas, le

(1) Bettmann. *Münch. med. Woch.*, 1er juin 1900.

(2) Chauffard et J. Troisier. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 octobre 1908.

(3) Chauffard et Vincent. *Semaine méd.*, 22 déc. 1909.

(4) Foix et Salin. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 déc. 1909, et *Presse méd.*, 31 août 1910.

mécanisme de certaines hémoglobinuries paroxystiques serait le suivant :

1° Fragilité globulaire spéciale vis-à-vis du sérum normal démontrée par les expériences précitées. Cette fragilité entraîne une destruction globulaire lente entre les crises, plus marquée au moment des crises.

2° Congestion passagère du rein déjà lésé due au spasme périphérique provoqué par le refroidissement.

3° Passage sous l'influence de la congestion rénale active, du sérum d'où albuminurie, des stromas d'où cylindrurie et réaction ferrique, enfin de l'hémoglobine (1).

Enfin, Foix et Salin croient que la fragilité spéciale des globules est en rapport avec l'action hémolytique de la rate lésée par la syphilis (macrocytase de Metchnikoff.)

Conclusions. — Dans nos deux cas l'hémoglobinurie s'accompagnait d'ictère hémolytique par défaut de résistance globulaire sans hémolysines spéciales dans ce sérum.

2° Dans nos deux cas les urines avaient une odeur aromatique fugace très caractéristique.

3° Dans notre premier cas seulement l'hémoglobinurie pouvait s'expliquer par le mécanisme mixte invoqué par Foix et Salin : fragilité spéciale des globules au sérum normal, action adjuvante du froid par congestion rénale et sans doute action élective sur les globules.

(1) Dans nos cas comme dans les cas de Foix et Salin l'urine n'hémolysait pas les globules du malade.

ÉPITHÉLIOMA INTRA-LARYNGÉ

THYROTOMIE. FULGURATION

Par M. J. FOURNIÉ,
Chef de service d'oto-laryngologie de l'hôpital Péan.

M. Bour..., âgé de soixante-dix ans, consulta deux de nos confrères, en janvier et en octobre 1908, pour un enrouement. L'ouverture du larynx lui fut proposée deux fois, il la refusa.

Devant son refus, un traitement à l'iodure de potassium fut essayé pendant deux ou trois mois sans amener aucun résultat.

En mars 1909, un de nos collègues, le docteur Bosviel, me fit voir ce malade qui, cette fois, se prêta à l'intervention.

Examen. — Sur le tiers antérieur de la corde vocale gauche se développe un papillome irrégulier, de couleur blanc jaunâtre, hyperhémié au niveau de sa base largement sessile. Pas d'adénite cervicale. L'examen biopsique montra l'existence d'un épithéliome.

Le 29 mars 1909, thyrotomie avec l'assistance du docteur Bosviel.

Le malade, hypernerveux, avait réclamé le chloroforme. Néanmoins, au début de l'anesthésie, je fis une injection de cocaïne à 1 p. 100 qui permit de terminer l'opération avec le réveil du malade.

Section du cartilage thyroïde et de la membrane cricothyroïdienne, en respectant le cricoïde.

Ablation des deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche.

Fulguration pratiquée par le docteur Saleil, chef du service d'électrothérapie de l'hôpital Péan (méthode et technique de Keating-Hart). Le résonnateur donnait des étincelles bien nourries de 4 à 5 centimètres de longueur. La durée de la fulguration ne fut que de quatre minutes en raison des faibles dimensions de la surface à traiter. La respiration du malade fut normale pendant toute la durée de l'étincellage.

Fermeture de la plaie; un catgut sur la membrane thyrohyoïdienne ; deux autres sur la membrane crico-thyroïdienne; pas de suture cartilagineuse ; suture au crin de Florence des plans musculaires et cutanés ; petite mèche de gaze entrant légèrement dans l'angle inférieur de la plaie.

Le 13 avril, la plaie extérieure est cicatrisée avec une petite adhérence à la peau. Une pseudo-membrane blanche recouvre toute la plaie intra-laryngée. Il n'y eut pas d'emphysème sous-cutané.

Les jours suivants, la plaie, traumatisée par un bouton de col, se rouvrit et suppura légèrement. Restauration au bout de dix à quinze jours.

Le 23 avril, je constate l'apparition, au niveau du tiers antérieur du bord libre de la corde vocale gauche, en partie reconstituée, d'un polype rouge, arrondi, lisse, de la grosseur d'un petit pois. Le malade étant très énervé, je remets son extraction à huitaine.

Le 7 mai, le polype a diminué notablement, ce qui m'amène à attendre.

Le 14 mai, il est réduit à un petit nodule grisâtre qui disparaît bientôt.

Fin de mai, le malade est considéré comme guéri.

Le 22 juin 1910, je revois M. B... qui pèse maintenant 95 kilos; il n'en pesait que 79 en mai 1909. Sa corde vocale gauche, entièrement blanche, présente une concavité marquée, sans aucune trace de récidive.

Cette observation présente plusieurs points intéressants :

1° Absence d'emphysème sous-cutané et de périchondrite, ainsi que réunion spontanée des lames thyroïdiennes, malgré l'absence de suture cartilagineuse, et réunion par première intention.

2° Inutilité de la section du cricoïde.

3° Apparition post-opératoire tardive d'un polype, un peu trop lisse pour faire penser à une récidive et vraisemblablement dû à la fulguration. Disparition spontanée.

4° Avant de refermer la plaie, on constate, pendant la respiration, l'accolement intime des lames thyroïdiennes. Pendant la déglutition, les lames thyroïdiennes semblent s'accoler plus fortement dans leur partie supérieure, tandis que leur moitié inférieure se soulève, s'éverse au niveau de la section cartilagineuse qui bâille légèrement.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA TOUX (Berlioz)

Bromoforme..............	*àâ* 2 grammes.
Alcoolat. de racine d'aconit.	
Teinture de drosera.......	
Alcool à 90 degrés........	
Glycérine officinale........	

x à xx gouttes chez les enfants, et jusqu'à xxx gouttes chez les adultes, en trois fois dans les vingt-quatre heures. (*Nouv. remèdes.*)

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de lymphangiome cystique congénital du foie. (Joukowski [de Saint Pétersbourg]. *Archiv. für Kind.*, t. L.) — A l'autopsie d'une enfant suspecte d'hérédo-syphilis, et qui succomba à l'asphyxie quelques heures après sa naissance, l'auteur trouve, en plus de lésions viscérales diverses : encéphalo-myélite, néphrite et myocardite interstitielles, atélectasie pulmonaire, etc., de curieuses altérations hépatiques. A la surface du foie, un peu plus injecté qu'il ne l'est habituellement chez le nouveau-né, on voyait, sous la séreuse, et près de la ligne médiane, trois kystes de couleur jaune d'or, deux postérieurs, situés côte à côte, et un antérieur. Ces kystes faisaient un léger relief à la surface de l'organe, et avaient les dimensions d'un gros pois. Ils contenaient une sérosité lymphatique. Leurs cavités ne communiquaient pas. Leurs membranes d'enveloppe étaient jaune grisâtre; leur paroi plane. L'examen histologique porte : 1° sur les régions du foie éloignées des kystes ; 2° sur ces kystes eux-mêmes. Sur les premières, on vit une infiltration caractérisée par une masse de gommes miliaires, entre lesquelles proliférait nettement le tissu conjonctif; par contre, il n'y avait aucune altération spécifique des vaisseaux. Quant aux kystes, on retrouvait dans leur voisinage les mêmes altérations : leur paroi était constituée par une couche connective riche en vaisseaux et revêtue, à sa face interne, par un endothélium. L'épithélium des voies biliaires était à peu près intact.

A l'aide d'une bibliographie assez complète, M. Joukowski discute la pathogénie de ces formations kystiques. Il leur reconnaît une origine lymphatique, et admet, avec réserves, qu'elles sont produites par une constriction de certaines parties des vaisseaux lymphatiques, avec ectasie consécutive et hyperlasie de leurs parois. A l'origine de cette malformation, il faut sans doute placer la syphilis héréditaire. On sait, en effet, que nombre de dilatations cystiques des reins, de l'intestin ou d'autres organes reconnaissent cette étiologie.

L. BABONNEIX.

Hémiplégie par ramollissement chez un jeune cardiaque de douze ans. (MM. R. Voisin et L. Tixier. *Bull. Soc. anat.*, pp. 528-531, 1909.) — Il est rare de voir la maladie mitrale déterminer chez l'enfant une hémiplégie droite avec aphasie transitoire analogue à celles de l'adulte. L'enfant étant mort d'asystolie peu après, l'autopsie démontra le ramollissement cérébral.

L. ALQUIER.

Tuberculose caséeuse primitive des capsules surrénales. Syndrome fruste d'insuffisance surrénale avec mort rapide. (M. A. Le Play. *Bull. Soc. anat.*, 1909, pp. 556-561). — La malade présentait une asthénie profonde, sans mélanodermie, et des douleurs dans le domaine du plexus lombaire, qui avaient été attribuées à une sciatique a frigore. Les deux capsules surrénales étaient le siège d'une tuberculose primitive, avec sclérose à la périphérie, et caséification au centre. Au dire des auteurs, la substance médullaire était totalement détruite, ainsi que la réticulée.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Ligature des vaisseaux thyroïdiens dans certains cas d'hyperthyroïdisme. (Charles H. Mayo. *Ann. of surg.*, vol. L, n° 6, déc. 1909, p. 1018-1024.) — Les Mayo ont opéré 580 cas de goitre exophtalmique. Sur ce nombre, il y eut 225 ligatures des artères et veines thyroïdiennes supérieures. La mortalité opératoire est à peu près de 2 p. 100. Dix des opérés furent opérés trop tard et continuèrent à décliner progressivement après l'opération et moururent après huit ou dix mois.

138 cas datent d'assez longtemps pour que leur étude soit instructive. Dans 12 cas, il s'agit de ligature de la thyroïdienne supérieure restante, après thyroïdectomie du plus gros lobe et de l'isthme, une récidive s'étant produite une ou plusieurs années plus tard. Dans 28, la ligature des deux thyroïdiennes supérieures fut suivie de thyroïdectomie. Celle-ci, qui eût été fatale au moment où on fit la ligature, s'effectua sans incidents.

Les cas de ligature sans thyroïdectomie donnèrent les résultats suivants :

Légère amélioration............	9 cas
Grande amélioration............	44 cas
Très grande amélioration	11 cas
Guérison complète.............	4 cas
Pas d'amélioration	9 cas

Dans ces derniers 9 cas, il s'agissait de goitre exophtalmique douteux, avec seulement des troubles myocardiques ou des troubles nerveux prédominants.

Il est possible que dans ces cas l'hyperthyroïdisme s'allie à des troubles de fonctionnement d'autres glandes à sécrétion interne, particulièrement les surrénales ; 62 des 68 cas accusèrent un gain de poids de 20 livres et demie en moyenne.

La ligature est indiquée : 1° dans ces cas où il y a peu d'hyperthyroïdisme, quand le diagnostic est fait de bonne heure, avant l'apparition des grands symptômes. Une thyroïdectomie n'est pas alors justifiable, et la ligature amène la guérison complète, sans risque, en quelques semaines; 2° dans les goitres exophtalmiques aigus, graves, et dans ceux où les dégénérescences viscérales sont avancées. La thyroïdectomie d'emblée est alors trop grave. La ligature diminue l'hyperthyroïdisme et améliore la situation à tel point que ces cas deviennent opérables. Après la ligature, les malades se trouvent tellement mieux que beaucoup ne veulent pas entendre parler d'une seconde opération. Il faudra attendre une récidive, dans quelques mois ou quelques années, pour les décider.

Et même alors, peut-être la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure sera-t-elle alors suivie d'une grande amélioration, de telle sorte que dans certains cas on peut, si l'intérêt du malade semble le demander, remplacer une thyroïdectomie par une série de ligatures.

F. GARDNER.

L'invagination intestinale chronique primitive chez l'adulte. (Harry W. Goodale. *The Boston med. and surg. Journ.*, 7 avril 1910, vol. CLXII, n° 14.) — Cet article très documenté est basé sur l'examen de 117 cas recueillis dans la littérature, et 5 cas inédits dont 1 personnel.

L'auteur pense que cette affection ne doit pas être si rare qu'on le pense chez l'adulte, mais qu'elle est presque toujours méconnue, puisque le diagnostic n'est fait qu'à l'opération ou à l'autopsie.

Cependant le tableau clinique est la plupart du temps assez typique, mais il n'est pas encore bien connu.

L'affection débute en général brusquement par des crises de coliques abdominales paroxystiques. La douleur disparaît aussi subitement qu'elle est venue et dans l'intervalle des crises, au moins au début, le malade se trouve absolument normal.

Ces crises se succèdent assez rapprochées et le siège de la douleur est en rapport avec celui de l'invagination. En même temps il se produit le plus souvent des vomissements et de la constipation, mais celle-ci n'est pas constante, surtout dans les invaginations iléo-cæcales.

Après la douleur un signe très important est la présence de sang et de mucus dans les selles qui manque rarement.

Le ténesme, dans les invaginations basses, est la règle. En même temps le malade maigrit très rapidement.

L'examen montre un signe capital : la présence d'une tumeur abdominale, cylindrique, concave, pâteuse, molle, et qui souvent présente le caractère pathognomonique de changer de siège et de volume d'un jour à l'autre, d'apparaître et de disparaître dans le cours de l'affection.

Si à cela on joint l'absence habituelle de fièvre on voit qu'on arrive à un tableau clinique différent des affections abdominales dont le diagnostic est alors le plus souvent posé : cancer intestinal, tuberculose abdominale, colite, appendicite.

L'auteur montre encore les caractères qui permettent de préciser le siège de l'invagination. Il termine en faisant voir les dangers de la temporisation, et de même que dans l'invagination aiguë, il ne faut pas compter sur la guérison spontanée par élimination spontanée du boudin invaginé, mais intervenir dès que cela sera possible. M. LANCE.

Extirpation des hydrocèles non ouvertes. (Willard BARTLETT. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LIII, n° 26, 25 déc. 1909, p. 2149-2150.) — Il est curieux que personne ne parle de l'idée si simple et si logique de l'extirpation de l'hydrocèle sans ouverture du sac. On libère l'hydrocèle comme à l'ordinaire. Puis on commence à la détacher des tissus qu'elle entoure, en haut, au niveau du cordon. Elle se laisse très bien détacher, sauf au niveau des réflexions latérales sur les côtés du testicule ; là il faut couper un peu. Il y a pas mal de ligatures à appliquer. Fermeture de la peau aux agrafes métalliques. Pansement à la poudre d'acide borique simplement. C'est un peu plus long et difficile que d'autres méthodes, mais c'est absolument radical. Cette technique ne convient pas aux hydrocèles à parois épaisses, ni chez les très jeunes enfants où l'on ne peut pas bien localiser le testicule avant d'opérer. F. GARDNER.

La forme et la structure des os rachitiques ne favorisent pas toujours la résistance de l'os, contrairement à la théorie de J. Wolff. (F. REGNAULT. *Bull. de la Soc. anat.*, 1909, p. 44-46.) — Les variations de forme dans la scoliose sont plus complexes que ne l'admet J. Wolff, elles sont d'origine purement bio-mécanique, et ne sont pas toujours favorables à la fonction (*Ibid.*, p. 90-92).

Ces travaux, que leur titre suffit à résumer, sont basés sur l'étude macroscopique de pièces du musée Dupuytren. L. ALQUIER.

ANATOMIE COMPARÉE

Le thymus aux différents âges de la vie extra-utérine chez les bovidés. (G. SQUADRINI. *Pathologica*, 2e année, n° 28, 1er janvier 1910). — Au cours d'une série de recherches, l'auteur a cherché à déterminer si le thymus persiste au cours de la vie extra-utérine des bovidés, et dans quelle mesure, si les différences d'âge entraînent des différences de structure, enfin si le poids et la structure du thymus varient chez les bovidés entiers et les bovidés châtrés. Les recherches ont porté sur 2 fœtus, 19 veaux, 9 jeunes taureaux, 11 taureaux, 8 jeunes bœufs, 3 génisses, 18 bœufs adultes et 12 vaches ; en tout 82 sujets. Les conclusions furent les suivantes.

Il persiste des résidus notables du thymus jusqu'à l'âge le plus avancé, soit même chez une vache de trente ans. Même lorsqu'ils sont rares, ces résidus présentent la structure des lobules normaux. La substance corticale et la substance médullaire sont nettement différenciées, et cette dernière renferme les formations spéciales caractéristiques. On note simplement dans certains cas une atrophie accusée de la substance corticale des lobules persistants. Le thymus laryngien, quant à sa forme et à sa structure, est toujours mieux conservé que le thymus thoracique, même chez les animaux adultes. La castration arrête l'involution du thymus, et cet arrêt est encore plus considérable que celui démontré par Fichera pour l'hypophyse. Alors en effet que l'accroissement de l'hypophyse chez les animaux châtrés est de 1/4, d'après Squadrini l'augmentation du thymus est du double chez les veaux châtrés que chez les autres, du quadruple chez les jeunes bœufs comparés aux taureaux. Le rapport se maintient comme 1 est à 2 chez les animaux plus âgés, mais il faut tenir compte de l'involution plus avancée. Les rapports entre le thymus et les testicules sont donc, chez le bœuf, encore plus étroits que ceux des testicules avec l'hypophyse. La comparaison du thymus de bovidés châtrés et entiers démontre en outre que la castration peut entraîner chez les bovidés, jusqu'à l'âge de quatre ans, non seulement l'arrêt de l'involution, mais encore une augmentation dans la quantité absolue du thymus ; cette quantité peut dépasser du double celle qui existait à la naissance. De plus, tandis que chez les taureaux l'involution progresse rapidement, de façon à être totale vers l'âge de cinq ans, chez les bœufs et chez la vache elle persiste jusqu'à un âge beaucoup plus avancé. Les recherches microscopiques établissent que le thymus des animaux châtrés conserve les caractéristiques de celui d'animaux plus jeunes. Il en va sans doute de même des fonctions physiologiques de la glande. Ainsi que l'ont établi d'autres auteurs, il semble que les grossesses répétées influent chez les femelles pour favoriser l'involution du thymus. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Les troubles mentaux dans le tabes. (V. TRUELLE. *Ann. médico-psychol.*, 1910, nos 1 et 2). — Il est fréquent de voir des tabétiques présenter des troubles mentaux ; mais ces troubles relèvent-ils essentiellement du tabes et justifient-ils la création d'un chapitre spécial de pathologie mentale qui serait intitulé « psychoses tabétiques » ?

A l'heure actuelle il ne semble pas démontré que l'ataxie locomotrice puisse par elle-même occasionner une démence ou un délire qui lui soient propres. Depuis les travaux de Magnan, de Nageotte et de Dupré il est presque universellement admis qu'une grande partie, sinon la majorité, des symptômes démentiels, observés dans le tabes, ressortissent à la partie générale. Les autres troubles y seraient rares et accidentels ; ils consisteraient en modifications de l'humeur et du caractère. Ces perturbations affectives, irritabilité ou indifférence émotionnelle avec euphorie ne seraient que l'expression d'un déséquilibre constitutionnel. On conçoit qu'un délirant, hypochondriaque ou persécuté, puisse orienter ses interprétations dans le sens des phénomènes douloureux ou paresthésiques qu'il éprouve, sans qu'il soit nécessaire d'admettre pour cela un lien de cause à effet entre le tabes et l'activité délirante. Dans toutes les observations de tabes avec troubles mentaux, que rapporte M. Truelle, il s'agit soit de paralysie générale associée, soit d'affaiblissement alcoolique ou sénile surajouté, soit enfin de troubles psychonévropathiques antérieurs, sur lesquels le délire s'est greffé, à l'occasion du tabes, comme il aurait pu le faire à l'occasion de toute autre circonstance. P. CAMUS.

A propos de l'exagération des réflexes rotuliens dans un cas de polynévrite. (PERRIN. *Revue neurol.*, 1909, p. 255-264.) — Dans un cas de polynévrite des membres inférieurs, probablement alcoolique et arrivée à la fin de la période d'état, atteignant même, pour quelques muscles, la période de déclin, les réflexes rotuliens sont trouvés exagérés, ainsi que ceux des membres supérieurs, les achilléens étant abolis. L'auteur passe en revue les explications proposées pour les faits semblables, et conclut que, chez son malade, l'exagération devait préexister, et qu'il faut, en outre, tenir compte de la diminution de tonus des muscles antagonistes. L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Petite chirurgie pratique (1), par Th. TUFFIER et P. DESFOSSES.

Ce livre, élémentaire, disent les auteurs, a été écrit pour les infirmières, les étudiants et les jeunes praticiens, leur mettant entre les mains un précis de ce qu'il est indispensable de savoir de petite chirurgie. Cette édition a été revue et considérablement augmentée; pas un des perfectionnements récents de la technique n'a été omis. C'est une mise au point de bien des points de pratique qui rendra service à beaucoup de médecins. Nul doute que la nouvelle édition ne rencontre auprès d'eux le succès des deux précédentes. M. LANCE.

Le Diagnostic des maladies nerveuses (2), par le docteur P. STEWART (de Londres). Traduit par le docteur G. SCHERB.

Cet ouvrage est essentiellement clinique : l'auteur part de la séméiologie, et montre la valeur de chaque symptôme pour le diagnostic. Les exposés théoriques et anatomiques se réduisent à ce qui est nécessaire pour comprendre la signification des symptômes, et expliquer leurs variétés. Les figures représentent presque toutes les maladies personnellement observées par l'auteur. Ajoutons que ce livre est parfaitement au point, c'est-à-dire, contient les acquisitions les plus récentes de la neurologie. Citons tout particulièrement les chapitres remarquables consacrés à l'électro-diagnostic, et à l'étude du liquide céphalo-rachidien. L. ALQUIER.

Consultations et thérapeutique dentaires (3), par le docteur J. ESTÉOULE et L. DAUZIER, chirurgien dentiste, professeur à l'Ecole dentaire de France.

Dans ce petit livre, qui vise surtout à être pratique, et qui nous paraît s'adresser bien plus au médecin qu'au dentiste, les auteurs ont groupé les affections par ordre alphabétique, et en donnant pour chaque question, sous forme de consultations, le tableau complet de la thérapeutique à suivre. Chaque traitement est d'ailleurs précédé d'un rapide exposé clinique de la maladie, et d'un examen résumé de l'étiologie et des théories pathogéniques les plus satisfaisantes et les plus récentes.

Cet ouvrage rendra de grands services, notamment aux médecins qui exercent loin des centres et qui ont quotidiennement à soigner des affections de la bouche et des dents.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'Aérophagie (4), par le docteur H. MAUBAN, médecin à Vichy. Préface du docteur A. MATHIEU.

Après un chapitre d'historique très complet, le docteur Mauban, dont la compétence en cette matière est très bien connue puisqu'il s'occupait déjà d'aérophagie, alors qu'il était interne du docteur A. Mathieu, énumère les différentes sortes d'*aérophagie* : physiologique, par rétention, par sialophagie; aérophagie des dyspeptiques, des neurasthéniques, etc., et trace ensuite un tableau complet de la *crise* d'aérophagie, qu'il complète par une étude très consciencieuse des prodromes de cette crise, et des formes variables qu'elle peut revêtir.

Suit une étude concernant la *pathogénie* et le *mécanisme* de ce que les anciens auteurs appelaient flatulence, et qui n'est en réalité que l'aérophagie dont la production (*déglutition* de l'air) est amplement démontrée par la *radioscopie*. Cette aérophagie détermine des troubles très importants : dilatation de l'estomac, exacerbation des dyspepsies, vomissements; retentissement sur l'état général, le système nerveux, le système circulatoire, etc. : aussi importe-t-il de la bien diagnostiquer, ce qui n'est pas toujours facile, même lorsqu'on y songe d'une manière systématique. Le traitement doit répondre aux indications suivantes : convaincre le malade qu'il avale de l'air au lieu d'en rendre; empêcher la déglutition de l'air (procédé de la cravate); modifier l'état de l'estomac; faire évacuer l'air qui distend l'estomac. L. BABONNEIX.

(1) Troisième édition. In-8 cartonné de 570 p., orné de 325 fig. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson.
(2) 1 vol. de 555 pages, 208 fig. — Paris, Alcan.
(3) 1 vol. de 255 pages. — Paris, Vigot frères.
(4) Paris, G. Steinheil.

La Tuberculose articulaire (1), par le docteur L. THÉVENOT.

Cet ouvrage comprend la description de la tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses. Pour chacune de ces localisations, à côté de la tuberculose spécifique on voit figurer les lésions de la tuberculose inflammatoire (rhumatisme tuberculeux); c'est ainsi que l'on voit figurer ici le pied plat valgus douloureux des adolescents, les synovites tuberculeuses inflammatoires (formes rhumatismales, végétantes, lipome arborescent, etc.), la tuberculose inflammatoire des bourses séreuses. A propos de chacune de ces affections, le traitement a été particulièrement développé, de façon à donner des indications suffisantes au médecin et de manière à rendre son usage pratique. Ecrit de façon très claire et précise, c'est un livre à consulter avec profit. M. LANCE.

La Toxémie neurasthénique. Les neurasthénies sont des intoxications (2), par le docteur Maurice PAGE, médecin directeur de l'Institut médical de Bellevue. Préface du docteur F. HELME.

Cet ouvrage est un travail clinique basé sur l'observation de deux cents neurasthéniques soigneusement et longuement étudiés.

L'auteur en conclut que les malades classés comme « faux neurasthéniques » aussi bien que ceux considérés comme « vrais neurasthéniques » sont des intoxiqués. L'état neurasthénique est donc une chose précise qui doit être diagnostiquée soigneusement, et qui n'est que l'expression d'une intoxication lente du système nerveux. La cause de cette intoxication doit être recherchée dans tout l'organisme, et le traitement en découlera tout naturellement.

Cette théorie, séduisante d'ailleurs, est défendue avec beaucoup de conviction et de talent par M. Maurice Page.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Avenir du syphilitique. Méfaits possibles de la syphilis abandonnée à elle-même, sa bénignité habituelle quand elle est soumise au traitement et aux lois de l'hygiène, par le docteur Alex. RENAULT, médecin honoraire de l'hôpital Cochin-Ricord. Préface de M. le professeur FOURNIER. In 18 jésus, cartonné toile, de 320 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Traité chirurgical d'urologie, par Félix LEGUEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec. Préface de M. le professeur GUYON, membre de l'Institut. In-8 jésus de VIII-1382 p., avec 708 grav. dont 45 en coul. hors texte. — Prix : cart., 40 francs. — Paris, Félix Alcan.

(1) 1 vol. de la Bibliothèque de la tuberculose. In-18 de 411 p. et 5 fig., relié peau pleine. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.
(2) 1 vol. de 324 pages. — Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES BRONCHO-PNEUMONIES

Définition. — Les broncho-pneumonies sont caractérisées, *anatomiquement*, par des lésions de broncho-alvéolite disséminées dans les poumons; *cliniquement*, par une évolution irrégulière et une gravité constante; *étiologiquement* enfin, par ce fait qu'elles peuvent être déterminées par tous les germes capables d'infecter les voies respiratoires; cette définition sépare ainsi nettement les broncho-pneumonies de la pneumonie franche, maladie *primitive*, *spécifique*, *cyclique*, à lésions massives et circonscrites.

S'il est facile de donner une définition générale de la broncho-pneumonie, il s'en faut qu'il en soit de même pour schématiser l'histoire clinique de son évolution. Il n'y a pas un type uniforme, idéal en quelque sorte, il y en a de multiples, tellement nombreux sont les facteurs capables de modifier l'allure évolutive de cette broncho-pneumonie.

Pour étudier ces diverses formes, nous envisagerons successivement les variations du type clinique : 1° suivant la localisation anatomique réalisée; 2° suivant l'âge du sujet; 3° suivant le terrain sur lequel évolue la broncho-pneumonie; 4° suivant le germe causal enfin; ce sont là les principales divisions forcément un peu schématiques d'ailleurs; nous verrons, au cours du développement, les restrictions, les modifications qu'il faudra apporter à cette classification.

I. Formes suivant la localisation anatomique. — La broncho-pneumonie est l'inflammation aiguë ou subaiguë, primitive ou secondaire, disséminée, discrète ou confluente, des bronchioles capillaires et des lobules qui en dépendent : c'est dire la variété des réalisations anatomiques.

La forme la plus fréquemment rencontrée est la *broncho-pneumonie lobulaire à noyaux disséminés*, quelquefois assez rapprochés, présentant des lésions à tous les stades d'évolution.

Il faut signaler ensuite la *bronchite capillaire*, à lésions localisées aux bronches sus-lobulaires et intra-lobulaires, et dans laquelle prédominent surtout les lésions de bronchite et souvent d'œdème pulmonaire.

La troisième forme est la broncho-pneumonie *pseudo-lobaire*, à noyaux confluents, formant un véritable bloc hépatisé, dur au toucher, parsemé d'ecchymoses et de petites hémorragies sous-pleurales, simulant assez bien un bloc de pneumonie, sauf l'existence, à côté de ce foyer lobaire, de quelques nodules infectieux isolés dans le poumon.

Signalons enfin la broncho-pneumonie hémorragique, observée chez les enfants très jeunes et athrepsiques.

Nous n'avons pas à insister ici sur les lésions macroscopiques ou microscopiques rencontrées sur de tels poumons (nodule péri-bronchique de Charcot, zones d'emphysème, d'atélectasie, etc.). Nous nous contentons dans ce chapitre, avant d'aborder la description clinique de l'une quelconque des formes de broncho-pneumonie, de fixer exactement l'esprit sur la valeur des différentes modalités anatomiques que l'on pourra rencontrer.

II. Formes suivant l'âge. — *A*. Enfant. — Nous sommes en mesure d'aborder maintenant l'étude clinique des broncho pneumonies. Deux notions doivent tout d'abord dominer cet exposé; c'est en premier lieu l'influence de l'âge : la broncho-pneumonie est surtout en effet l'apanage de l'enfance; elle est spécialement fréquente et grave jusqu'à l'âge de deux ans; elle s'observe encore assez fréquemment jusqu'à cinq ans, puis sa fréquence diminue, alors qu'au contraire la fréquence de la pneumonie augmente; il faut en second lieu distinguer chez l'enfant une broncho-pneumonie simple, catarrhale, improprement appelée *primitive*, succédant à un coryza, une bronchite légère qui s'observe chez les tout petits et une broncho-pneumonie *complication*, apparaissant à titre d'infection secondaire, au cours d'un état morbide bien déterminé; cette deuxième forme, de beaucoup la plus fréquente, nous servira de type de description.

Elle s'observe surtout au cours ou au décours de la rougeole, de la coqueluche; elle peut revêtir l'une quelconque des trois formes anatomiques déjà énumérées; elle se signale au clinicien par sa fréquence *à l'hôpital, sa contagiosité*, son épidémicité même.

1° *Forme de broncho-pneumonie à noyaux disséminés, éclatant chez un rougeoleux.* — Le début est variable; l'affection peut apparaître dès les premiers symptômes de la rougeole, symptômes qu'elle modifie et aggrave; elle peut apparaître avant la fin de l'éruption, plus souvent encore après l'éruption; l'enfant est abattu, ou agité, grognon; la température s'élève par oscillations, puis les mouvements respiratoires s'accélèrent, atteignent 40 à 50 par minute, la dyspnée s'installe, la toux apparaît, les *ailes du nez* se mettent à *battre*, et sur ces seuls symptômes le diagnostic peut se poser, bien que l'auscultation ne donne encore que quelques râles de bronchite plus ou moins diffus. Ces symptômes peuvent s'amender pendant quelques heures pour reparaître ensuite; c'est alors la période d'état qui est constituée.

Signes physiques. — L'inspection révèle la dyspnée avec le plus souvent un tirage sus et sous-sternal; les signes physiques fournis par la palpation, la percussion, l'auscultation sont diffus, fugaces, mobiles et éminemment variables (zone de submatité obtenue par une percussion faible), râles de catarrhe bronchique, foyer circonscrit de râles sous-crépitants, quelquefois souffle léger, doux, lointain. Ces signes sthétoscopiques sont *variables*, se *déplacent* d'un poumon à l'autre, et c'est à la production de ces foyers successifs que sont dues les reprises et les recrudescences des signes généraux.

Signes généraux et fonctionnels. — La fièvre est irrégulière, élevée, le pouls rapide, la face pâle avec les lèvres violacées, la dyspnée est intense, les ailes du nez battent rapidement, la toux est courte, sèche, quinteuse.

L'agitation nerveuse est très marquée (délire, convulsions). Il existe un état saburral très marqué (diarrhée, souvent constipation), les urines sont rares, albumineuses.

Evolution. — Si la mort doit survenir, elle a lieu par les progrès de l'asphyxie : la respiration devient irrégulière, inégale, les lèvres se cyanosent, le cœur prend le rythme embryocardique, la température s'élève encore (exceptionnellement il y a hypothermie), enfin survient le coma terminal.

Si le malade doit guérir, les symptômes généraux s'amendent lentement, après une ou plusieurs recrudescences, la convalescence est traînante, et la disparition complète des signes physiques est très lente à s'effectuer.

La durée est variable et peut dépasser trois semaines; à retenir surtout dans cette forme clinique l'allure spéciale de la *fièvre*, avec une ascension progressive, puis une série d'oscillations quotidiennes, avec des alternatives de défervescences incomplètes et de reprises.

2° *Broncho-pneumonie pseudo-lobaire.* — Elle peut succéder à la forme précédente, dont elle ne diffère alors que par quelques symptômes d'auscultation; mais souvent elle prend une allure clinique spéciale, surtout dans les formes dites *primitives* de broncho-pneumonie.

Il s'agit d'un enfant très jeune qui n'a présenté jusqu'ici qu'un léger rhume, une bronchite simple, et chez lequel tout à coup l'état général se modifie, la fièvre s'élève brusquement, le facies devient vultueux, les ailes du nez se mettent à battre; rapidement tous ces symptômes deviennent alarmants.

Bien que les signes d'auscultation apparaissent assez rapidement, il existe néanmoins une période de quarante-huit heures, comme dans la pneumonie, où l'on cherche inutilement des signes de foyer.

Enfin le foyer se précise, se révélant à la percussion par une zone de matité, à l'auscultation, par des râles sous-crépitants fins et par un souffle nettement tubaire; puis un second, un troisième foyer peuvent apparaître.

Evolution. — Cette forme de broncho-pneumonie est moins grave que la précédente, l'évolution en est moins longue et la défervescence peut se produire brusquement. Son analogie avec la pneumonie est remarquable; le diagnostic s'en fera par l'extrême rareté de la pneumonie chez les tout petits, par la durée plus longue que celle de la pneumonie, par l'irrégularité relative de la courbe thermique et par la coexistence des signes de bronchite, de congestion disséminée.

(*A suivre.*)

SUITE DES SOMMAIRES

Echo médical du Nord. — (N° 36, 4 sept. 1910.) TONNEL : Le charlatanisme à la Cour de France, ou des faiseurs de promesses, par Dionis. — J. VANVERTS : De la suture en huit de chiffre. Ses avantages et ses inconvénients. — (N° 37, 11 sept.) L. DUBAR : Sur deux cas de fracture de la colonne vertébrale. Les lésions médullaires contre-indiquaient toute intervention opératoire. — Gabriel CHÈZE : Sur une volumineuse tumeur intracranienne comprimant les lobes frontaux et n'ayant donné d'autres symptômes que des troubles psychiques graves. — (N° 38, 18 sept.) OUI : Sur deux cas d'opération de Porro. — GALAND (de Cambrai.) Notes de dermatologie pratique : Les acnés et leur traitement.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. (N° 37, 11 sept. 1910.) J. SABRAZÈS : Colorations extemporanées à l'éosine-bleu de méthylène par notre procédé (11e note). — René CRUCHET et J.-H. GARROT : Des tics dentaires et de leur guérison possible par les soins de la bouche (à propos d'un bout de tige de graminée inclus depuis huit mois dans une incisive). — Jacques BONNES : Considérations pratiques sur l'hygiène de la bouche et des dents.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 37, 11 sept. 1910.) FROMAGET et PUECH : Hystérie oculaire et ophtalmie sympathique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 sept. 1910.) LANDOUZY : Crises épileptiformes chez un tuberculeux. Syphilis latente.

Journal de médecine interne. — (N° 25, 10 sept. 1910.) ROUX : Physiologie pathologique de la diarrhée. — CHRISTIANU : Evacuation spontanée d'ascite par rupture d'une hernie ombilicale. — PETIT : Le retour de manivelle chez les chauffeurs d'automobiles. — LINOSSIER : Les cures de fruits (*fin*). — (N° 26, 20 sept.) A. MOUNEYRAT : Arsenic et syphilis. — LÉOPOLD-LÉVY et H. DE ROTHSCHILD : Asthme endocritique.

Journal des praticiens. — (N° 37, 10 sept. 1910.) BAUMEL : Contribution à l'étude pathogénique de l'hystérie et de l'épilepsie à propos de deux fillettes de quatorze et quinze ans. — LE GENDRE : Comment traiter les vomissements ? — RAYMOND : Epilepsie jacksonienne. — Paul DELBET : Fracture du crâne. — FOVEAU DE COURMELLES : De l'électricité dans les maladies du cœur et des vaisseaux. — (N° 38, 17 sept.) RÉNON : L'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux de Paris. — Paul DELBET : Varices volumineuses du membre inférieur. — JEANSELME : Sporotrichose anthracoïde et métastatique. — DALCHÉ : La puberté chez la femme.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 3 sept. 1906.) THILLIEZ : Traitement des hémorragies profuses du corps vitré par la fibrolysine. — (N° 37, 10 sept.) Maurice D'HALLUIN : Traitement des angiomes par le radium. — (N° 38, 17 sept.) BONNET-LABORDERIE : Etude anatomique et clinique sur les anomalies de nombre du placenta humain.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 35, 1er sept. 1910.) BAYET : L'arsenobenzol (préparation « 606 » d'Ehrlich-Hata) dans le traitement de la syphilis. — VAN NECK : Les angles du col fémoral. Le troisième angle, l'angle trochantérien. — (N° 36, 8 sept.) BOUCHÉ : Myélite chronique, hystérie et sclérose en plaques. — KAISIN-LOSLEVER : Canocar ou machine à ramer mobile. — (N° 37, 15 sept.) CARRON DE LA CARRIÈRE : Le traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales françaises. — DEKEYSER : Localisateurs pour la lampe de quartz de Kromayer.

Journal médical français. — (N° 9, 15 sept. 1910.) HUTINEL et DARRÉ : Les accidents d'anaphylaxie sérique dans la méningite cérébro-spinale. — BOIDIN : Les accidents toxiques aigus de la maladie hydatique éclairés par la notion de l'anaphylaxie.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 7, 1910.) FAIVRE : Etude bactériologique sur les eaux sulfurées.

Lyon médical (N° 37, 11 sept. 1910.) DEVIC et Ch. GARDÈRE : Un cas de goitre exophtalmique grave, traité et guéri par le sérum de Mœbius.

Pédiâtrie pratique. — (5 sept. 1910.) MAYET : Influence du climat marin, de l'altitude et de la campagne sur l'évolution de la tuberculose osseuse. — (15 sept.) HUTINEL : A propos des néphrites de cause ignorée. — E. WEILL et MOURIQUAND : Note sur l'auscultation des souffles pulmonaires. Données comparées de l'auscultation stéthoscopique (auscultation dissociée). — DUFOURT : Le tétragène en pathologie; endocardite infectieuse à tétragène.

Presse médicale. — (N° 71, 3 sept. 1910.) DEBRÉ : La méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachectisante. — LENORMANT : Un cas de luxation du pied en dedans sans fracture. — (N° 72, 7 sept.) GUIBÉ : De l'hémorragie intra-intestinale dans les plaies de l'intestin. — (N° 73, 10 sept.) LANGLOIS : La réglementation du travail dans l'air comprimé. — MARTINET : Le sulfate d'hordénine dans le traitement des affections intestinales. — (N° 74, 14 sept.) GRIMBERT et BERNIER : A quoi est due la réaction de Cammidge. — PLA Y ARMENGOL : La respiration continue. — (N° 75, 17 sept.) LAFON : Le signe d'Argyll-Robertson ne peut pas être la conséquence d'une méningite basilaire. — DESFOSSES : La valeur de la gastro-entérostomie. — (N° 76, 21 sept.) MANTOUX : Le traitement par la tuberculine des tuberculoses urinaires. — MARTINET : Ambiance cosmique et milieu organique. — THOORIS : Méthode de rééducation respiratoire.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1910.) GUIBÉ : De la déchirure du mésentère dans les hernies étranglées. — ABADIE et RAUGÉ : Les fractures du scaphoïde du tarse (8 fig.). — L. DAMANY et SAIGET : Hanches subluxables et hanches luxées chez les nouveau-nés (25 fig.). — DELORE et ALAMARTINE : La tétanie parathyréoprive post-opératoire et la technique des thyroïdectomies principalement dans la maladie de Basedow [technique de la thyroïdectomie sous-capsulaire postérieure (5 fig.)]. — PICQUÉ : Des abcès sous-phréniques (4 fig.).

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept. 1910.) PÉTRÈN : Quelques observations sur le traitement de la sciatique et du morbus coxæ senilis. — Giunio CATOLA : Quelques recherches sur le système nerveux central d'enfants issus de parents en état morbide et quelques considérations sur la prédisposition morbide (avec 4 fig.). — A. MARIE et BEAUSSART : Le séro-diagnostic de la tuberculose et l'étiologie des affections mentales. — BERTIN et GAYET : Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann (2e mémoire). — SALMON : Le sommeil pathologique. L'hypersomnie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Articulation temporo-maxillaire. »

MM. L'Homme, 11; Kleinemann, 9; Luizy, 11; Mlle Krasovska, 9; MM. Malherbe, 18; Marquet, 16; Krieger, 10; Lozés, 13; Loyauté, 12 1/2; Labrue, 16; Lucchini, 13 1/2; Larangot, 13 1/2; Lucas, 12; Mlle Lefschetz, 5; MM. Laburthe-Tobra, 16; Liénard, 19; Lugnier, 10; Laffineur, 14; Lépinay, 13 1/2.

Pathologie. — Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Indications et technique des injections de sérum artificiel. »

MM. Doniol, 16; Caufment, 13; Designole, 15; Croquefer, 12; Cochez, 13; Ducomet, 11; Durand (René), 17; Cornet, 14; Coader, 11; Boissier, 18; Bollot, 8; Callot, 10; Bechmann, 12; Broqua, 10; Bazile, 17; Mlle Burgard, 12; M. Breton, 8; Mlle Armand, 19; M. Bertaux, 14.

Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Foyers d'auscultations du cœur. Souffles qu'on y entend ».

MM. Boeda, 7; Babolian, 12; Aveline, 12; Agnel, 8; Andral, 19; Barabeau, 15; Bertin, 12; Bodet, 12 1/2; Boyer, 6; Aureille, 9; Calas, 5; Bouthillier, 16; Breger, 17; Benoist, 13; Billy, 2; Boussin, 5; Binet (Pierre), 3; Arce, 4.

Prochaine séance, mardi 4 octobre, à cinq heures, première moitié, première série.

GUERRE. — Service de santé. — Par décret du 28 septembre 1910 sont promus et par décision ministérielle du même jour ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Salètes, maintenu médecin chef de l'hôpit. milit. de Bordeaux; Darde, maintenu provisoirement médecin chef de l'école d'application de l'artillerie et du génie.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Poirier, maintenu médecin chef de l'hôpit. milit. d'Oran; Février, maintenu, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Albouze, maintenu au 59e d'inf.; Blanchard, affecté aux hôpit. de la division de Constantine; Tourtarel, maintenu au 88e d'inf.; de Libessart, maintenu au 148e d'inf.; Rouquette, maintenu au 55e d'inf.; Bichelonne, maintenu au 111e d'inf.; Boucabeille, maintenu au 50e d'inf.; Gauran, maintenu au 10e d'inf.; Dellac, maintenu au 34e d'art.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sciaux, maintenu au 16e d'art.; Troude, maintenu au 15e d'art.; Tournade, maintenu au 38e d'inf.; Dumoulin, maintenu au 98e d'inf.; Assailly, maintenu au 77e d'inf.; Fourcade, maintenu au 42e d'inf.; Vigneau, maintenu au 1er zouaves; Pouponneau, affecté au 1er tirail. algériens; Schickelé, maintenu au 153e d'inf.; Sébin, maintenu au 163e d'inf.; Delpy, affecté au 132e d'inf.; Policard, maintenu surveillant à l'école du service de santé militaire; Remlinger, affecté à la place et au laboratoire de bactériologie de Châlons-sur-Marne.

— Par décision ministérielle du 28 septembre 1910, M. le médecin principal de première classe Polin, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Antony, placé, par anticipation, sur sa demande, dans la section de réserve.

Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin inspecteur Polin, nouvellement promu, a été nommé directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon. — Maintenu provisoirement à la direction du service de santé au ministère de la Guerre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-huitième semaine, 758 décès, au lieu de 716 pendant la semaine précédente et au lieu de 776, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La diphtérie a causé 4 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 40, au lieu de 30 pendant la semaine précédente et de la moyenne 31.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 90 décès, au lieu de 80 pendant la semaine précédente et au lieu de 81, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 168 décès (moyenne 175).

Nous comptons 2 décès par méningite cérébro-spinale épidémique, et 2 cas nouveaux ont été signalés par les médecins.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1533.*)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LE TRAITEMENT

DES

PÉRITONITES AIGUES GÉNÉRALISÉES

ET A ABCÈS MULTIPLES D'ORIGINE APPENDICULAIRE (2)

Par H. LERAT (de Nantes),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV

Intervention. — 1° **Désinfection de la peau et anesthésie.** — Le malade est amené dans la salle d'opération.

Deux questions se posent avant de prendre le bistouri :

1° Comment va-t-on désinfecter la peau?

2° A quelle anesthésie va-t-on avoir recours?

La désinfection de la peau à la teinture d'iode semble être ici indiquée plus que dans toute autre intervention.

Elle est rapide et ne nécessite ni frictions, ni brossage qui font contracter la paroi abdominale et par cela même peuvent contribuer à généraliser davantage l'infection.

Enfin cette méthode n'étant nullement douloureuse pour le patient, elle peut même être employée avant le début de l'anesthésie, ce qui est très important.

Quant à l'anesthésie nous croyons que l'éthérisation est préférable.

L'éther en effet contrairement au chloroforme excite la circulation au lieu de la déprimer.

Il est avantageux pour le malade de lui faire respirer d'abord quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

Le malade est ainsi très rapidement endormi et l'anesthésie est complète quelques secondes après le début.

Quand les malades sont dans un état très grave, quand le pouls est incomptable, et quand on redoute un dénouement fatal sur la table d'opération, il est préférable de recourir à l'anesthésie locale au moyen de la novocaïne dont on emploie une solution à 1 p. 400 additionnée de quelques gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1 000.

Si on trouve des adhérences trop résistantes, si on croit trop faire souffrir le malade, il est toujours temps de lui faire respirer quelques bouffées d'éther.

2° **Manuel opératoire.** — VOIES D'ABORD. — Pour évacuer le liquide septique épanché dans la cavité abdominale et rechercher l'appendice cause de la péritonite plusieurs voies ont été employées :

1° LA VOIE SACRÉE. — Nous n'insisterons pas sur l'emploi de la voie sacrée que Jaboulay a proposée pour faire un drainage au point déclive dans le cas d'abcès pelviens et qu'il a employée dans un cas de péritonite généralisée.

Elle a été également préconisée au Congrès allemand de chirurgie en 1905, par Hochenegg.

Cette méthode employée par quelques chirurgiens étrangers, Koch, Port-Pendl, ne permet pas d'aller à la recherche de l'appendice. De plus cette intervention malaisée dans sa mise en pratique cause un shock considérable que l'on doit avant tout éviter. Aussi personne en France n'a-t-il recours à cette voie pour opérer les péritonites généralisées.

2° La VOIE PÉRINÉALE OU PRÉRECTALE a été proposée dès 1897 par Mauclaire comme une nouvelle méthode de drainage du péritoine pelvien chez l'homme.

Giuliani (*Lyon méd.*, 29 mars 1908), dans un article documenté, en expose la technique opératoire.

Cette méthode, ajoute-t-il, est très rationnelle, elle draine au point le plus déclive où s'accumule le pus.

D'après lui on peut faire trois reproches à cette méthode :

1° Section des vaisseaux hémorroïdaux et par conséquent production d'hémorragie;

2° Longueur de l'intervention;

3° Difficulté possible d'aborder le cul-de-sac de Douglas, étant données les variations individuelles fréquentes de profondeur du cul-de-sac.

Nous ajouterons que par cette voie il est impossible d'aller extirper l'appendice.

La voie combinée abdomino-périnéale serait plus logique. C'est elle du reste que propose Giuliani.

3° La VOIE RECTALE a surtout été employée pour le drainage des abcès pelviens enkystés.

C'est pour les abcès salpingiens en effet que Byford la préconisa dès 1887.

Elle fut employée ensuite en France pour les abcès appendiculaires par Jaboulay en 1896, et par Bérard et Patel qui publièrent en 1903 une statistique de 44 cas avec 44 succès.

Chaput l'a employée avec succès dans un cas de péritonite généralisée.

On peut faire à cette méthode plusieurs reproches :

1° L'infection du rectum par le liquide septique et la production de rectite;

2° La rapidité avec laquelle l'incision rectale située haut et profondément se referme, et cela est tellement vrai que les chirurgiens qui emploient cette voie rectale recommandent de la dilater chaque jour en y introduisant l'index, manœuvre qui ne laisse pas d'être fort douloureuse pour le malade.

Mais le gros reproche qu'à notre avis on peut lui faire c'est que par cette voie étroite et profonde (qui à vrai dire permet de drainer au point déclive) il est impossible d'abord d'extirper l'appendice, et enfin d'explorer la cavité abdominale pour rechercher les abcès enkystés qui peuvent exister.

4° La VOIE LOMBAIRE a été préconisée par Villemin à la Société de chirurgie (10 janv. 1906).

Cette méthode est rationnelle, puisqu'elle cherche à constituer une voie de décharge dans la partie pos-

---

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 109, p. 1491

térieure de l'abdomen. Elle a encore l'avantage de supprimer la possibilité d'éventration ultérieure.

Cependant convenant admirablement aux abcès proprement dits de la fosse iliaque qui pointent en arrière au-dessus de la crête ou bien encore dans les collections appendiculaires rétro-cæcales, elle ne réalise pas pleinement le drainage déclive dans les péritonites généralisées, car dans ces cas le pus fuse de préférence vers le cul-de-sac de Douglas.

5° La VOIE VAGINALE permet de drainer en un point à peu de chose près déclive, surtout si l'on a soin de placer le malade en position de Fowler.

La technique de l'intervention est simple, courte, rapide ; elle entraîne le minimum de shock, elle peut être faite à la rigueur sans anesthésie ou en projetant un jet de chlorure d'éthyle sur l'endroit que l'on va ponctionner.

Mais cette intervention, excellente dans les cas de grosses poches salpingiennes qui dédoublant la paroi recto-vaginale sont extrêmement douloureuses, est parfaitement incomplète dans le cas de péritonite généralisée appendiculaire, car on ne peut ni enlever l'appendice, ni explorer la cavité abdominale.

On s'est rapidement rendu compte de l'imperfection de cette technique et à l'heure actuelle on ne pratique plus l'incision du cul-de-sac vaginal que comme méthode complémentaire.

Ces différentes voies ont été employées dans le but d'établir un drainage déclive. Mais les positions diverses dans lesquelles on doit placer le malade après l'intervention ont singulièrement modifié ce problème et à l'heure actuelle, grâce à ces positions post-opératoires, on peut employer la voie abdominale qui seule permet de faire un examen consciencieux des lésions de l'appendice et du péritoine.

6° VOIE ABDOMINALE. — A. *Laparotomie médiane.* — Certains chirurgiens l'emploient encore, ce sont surtout Murphy qui la combine avec l'incision vaginale, et Kuster qui préconise le décubitus ventral après l'opération.

Lorsqu'on n'est pas certain de l'origine de la péritonite, on peut l'employer, mais en faisant d'abord une incision petite ou moyenne qu'on pourra agrandir s'il y a lieu.

B. *Incisions multiples.* — Préconisées par Berger en 1894, puis par Chapeyron (thèse 1905), ne sont presque plus employées.

Elles ne présentent pas d'avantages sur les autres incisions et produisent presque à coup sûr l'éventration ultérieure.

C. *Laparotomie latérale.* — Pour faire la laparotomie latérale, on a le choix entre trois incisions : celle de Jalaguier, celle de Roux, celle de Mac Burney.

L'incision de Roux est excellente, surtout quand elle est reportée très en dehors, contre l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle mène directement sur l'appendice.

Toutefois, il est incontestable qu'elle laisse souvent une éventration.

L'incision de Jalaguier ne présente pas le même inconvénient, et elle permet le drainage surtout si on a le soin d'inciser le péritoine sur le bord externe du droit.

On peut lui reprocher de conduire sur l'appendice moins facilement que l'incision de Roux.

L'incision de Mac Burney par dissociation musculaire a tous les avantages de l'incision de Roux sans en présenter les inconvénients. A l'étranger, Hotschkiss, Guleke, Moschowitz la préfèrent et Baumgartner dont nous rapportons les observations dans notre thèse l'emploie d'une façon constante.

Recherche et extirpation de l'appendice. — A l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens enlèvent l'appendice.

Fowler, Lennander, Hotschkiss, Guleke, Eisendrath, Moschowitz, Murphy, Blake, Krogius, de Fourmestraux, Klauber, Torek, Noetzel, Moty, Walther sont unanimes à en conseiller l'extirpation.

Le danger ne réside pas dans la rupture de quelques adhérences, mais dans le fait de laisser l'appendice, source de l'infection.

Dans les cas peu fréquents où le malade a la chance de survivre, il est bien rare qu'il ne se produise pas de nouvelles poussées d'appendicite ou qu'il ne subsiste une fistule stercorale.

La résection de l'appendice se fera avec le thermocautère.

Ensuite on pratiquera autant que possible l'enfouissement du moignon, soit par un point en bourse, soit par un surjet cæcal séro-séreux.

Evacuation du pus. Doit-on faire des lavages du péritoine. — L'évacuation du pus ou du liquide septique devra être aussi complète que possible.

Pour la pratiquer, les uns sont partisans des grands lavages du péritoine ; ce sont : Rehn, Lennander, Hotschkiss, Fowler, Friedrich, Sargent, Beewan, Allen, Noetzel, Ross.

Les autres les rejettent comme inutiles et dangereux ; ce sont : Weber, Guleke, Klauber, Sprengel, Moschcowitz, Murphy.

En France, la plupart des chirurgiens ont abandonné la technique des lavages.

Dès 1892, Poncet, puis Polaillon, que cite Houzé dans sa thèse, avaient signalé des troubles nerveux réflexes se produisant au cours de cette irrigation péritonéale et sur les altérations de l'endothélium péritonéal. Delbet a montré (in *Ann. de gyn.*) comment on pouvait éviter ces altérations.

Mais le gros reproche qu'on peut faire aux lavages c'est de diffuser l'infection dans tout le péritoine qui n'est cependant presque jamais infecté dans sa totalité.

C'est d'ailleurs pour éviter cette diffusion de l'infection que, dès l'ouverture du péritoine, Walther a coutume d'incliner le malade sur le côté droit pour faciliter l'évacuation du pus.

Exploration de la cavité abdominale. — C'est un temps important de l'opération. On doit la pratiquer toujours, même lorsque du liquide louche s'écoulant en grande abondance, on peut croire la péritonite libre. Car bien souvent dans ces cas il existe

une ou plusieurs poches de pus circonscrites par des anses intestinales à peine accolées.

On explorera donc avec les doigts méthodiquement, rapidement et doucement la cavité abdominale.

C'est à ce moment qu'on doit avoir présente à l'esprit la disposition anatomique des différentes poches purulentes, si bien étudiée par de Fourmestraux.

C'est ainsi qu'on doit explorer tour à tour : 1° la région pelvienne ; 2° la région lombaire ; 3° la fosse iliaque gauche ; 4° les régions ombilicale et sous-hépatique.

Il ne faut pas craindre la lésion des anses intestinales, les adhérences étant friables et molles. En omettant de faire cette manœuvre, on risque très souvent de laisser passer inaperçu un abcès enkysté, une poche de pus, de faire par conséquent une opération incomplète et de n'apporter qu'un soulagement passager au malade qui « continuera de mourir ».

Drainage. — Faut-il drainer?

Il semble au premier abord que la réponse ne peut être négative. Et pourtant l'unanimité des chirurgiens n'est pas entière même sur cette question.

Dudgeon et Sargent (de Londres) trouvent que dans la péritonite généralisée le drainage est illusoire.

Nordmann (de Berlin) a expérimenté toutes les méthodes.

Dans huit cas, il n'a pas drainé et a obtenu six guérisons.

Hotschkiss ne place un drain que dans le tissu cellulaire sous-cutané après avoir refermé complètement le péritoine et les muscles.

Mais excepté ces quatre chirurgiens tous les chirurgiens français et étrangers sont partisans du drainage et le déclarent indispensable.

Comment faut-il drainer?

Il existe deux méthodes de drainage.

1° Le drainage avec des tubes selon la méthode de Chassaignac. Il se fait au moyen de tubes en caoutchouc ordinaire, de tubes moulés plus rigides, de tubes en verre (tubes de Keith).

2° Le drainage avec des mèches de gaze qui agit par capillarité selon la méthode de Mikulicz.

A ces deux méthodes il faut en ajouter une troisième mixte qu'on emploie de plus en plus c'est le drainage avec des drains contenant des mèches aspiratrices à l'intérieur.

On semble donner en effet la préférence au drain Goldmann n° 40 ou 45 (drain cigarette des Allemands).

Le drainage peut être unique ou multiple.

De Fourmestraux est partisan fervent du drainage multiple. Il introduit six gros drains en caoutchouc de 3 centimètres de section, de 25 centimètres de longueur drainant les différents étages de la cavité abdominale.

Mais lorsqu'après une exploration consciencieuse et méthodique de la cavité abdominale, on aura rompu toutes les adhérences, nous pensons que trois drains : le premier plongeant dans le pelvis, le deuxième drainant la région lombaire, le troisième placé dans la fosse iliaque, établissent un drainage très suffisant surtout si on a le soin de placer le malade après l'opération dans le décubitus latéral droit.

Cette question des positions post-opératoires a du reste modifié singulièrement celle du drainage.

Reconstitution de la paroi. — Nous avons vu que certains chirurgiens referment complètement le ventre sans drainer.

Par contre, il en est qui ne mettent sur la paroi aucun point de suture, et se contentent de bourrer la plaie avec de la gaze : cette méthode expose tout d'abord à la hernie des anses intestinales et ensuite à l'éventration ultérieure.

Nous croyons que la suture plan par plan de la paroi ne laissant libre que l'orifice des drains est préférable.

V

Traitement post-opératoire. — A. Quelle position doit-on donner au malade? — Autrefois le malade aussitôt après l'opération était reporté dans son lit et couché la tête basse afin d'éviter les vomissements et les syncopes. Or lorsque le corps du malade est placé dans cette position à peu de chose près horizontale, le drainage et surtout le drainage abdominal avec des tubes sans mèche est bien aléatoire ainsi que l'a démontré expérimentalement Delbet.

La stagnation du liquide septique, et même sa diffusion dans les parties supérieures de la cavité abdominale, ont porté certains chirurgiens à donner aux malades une position plus rationnelle que la position horizontale.

1° La position demi-assise ou assise a été préconisée par les chirurgiens américains G. R. Fowler et R. S. Fowler.

Dans la position demi-assise l'angle de relèvement est de 30 degrés. Coffer alla jusqu'à 60 degrés et plus tard Hawkes et Deaver adoptèrent la position franchement assise aux environs de 80 degrés.

A l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens américains et allemands ont adopté cette position de Fowler.

Les Fowler pour la réaliser emploient un système d'exhaussement spécial ; le chevet du lit est soulevé par une barre transversale qu'on peut fixer dans des trous situés à différentes hauteurs dans deux supports latéraux et verticaux.

Mac Guire et Griffin préconisent chacun un lit spécial. Cette méthode est bonne à condition d'établir un drainage du cul-de-sac de Douglas.

2° La position ventrale proposée en 1904 par Küster puis adoptée par Harbin est théoriquement excellente au point de vue de la déclivité du drainage.

Elle est cependant peu employée à cause de la difficulté de sa réalisation.

3° La position inclinée sur le coté droit préconisée par Dreesmann en 1907, puis par Allen au Congrès américain de 1908, est employée en France depuis deux ans par Walther.

Des expériences faites sur le cadavre et des mou-

lages de la cavité abdominale lui ont donné la conviction que dans cette position l'incision iliaque externe correspond exactement au point déclive de la cavité abdominale y compris le cul-de-sac pelvien. (Rapport au Congrès de Budapest.)

En employant cette position, le drainage se faisant bien peut être supprimé plus rapidement qu'avec toute autre méthode et de ce fait les chances d'éventration ultérieure sont singulièrement diminuées.

B. Soins post-opératoires. — Par ces soins, on cherche : 1° à s'opposer à la paralysie intestinale; 2° à remonter le malade.

La paralysie intestinale due à la continuation de l'infection péritonéale est de plus en plus rare depuis que le drainage s'est perfectionné.

C'est pour ces cas d'occlusion post-opératoire que Henrotin (de Chicago) a proposé de pratiquer l'entérostomie dans la péritonite diffuse. Peu de temps après, en 1894, Lockwood recommandait les ponctions capillaires sur les anses intestinales distendues.

A l'heure actuelle certains chirurgiens reprenant la technique préconisée autrefois par Hadra font un anus contre nature. Certains chirurgiens américains comme Gibson introduisent dans l'estomac du patient à peine réveillé 100 grammes d'huile de ricin, puis quelques heures après 50 centigrammes à 1 gramme de calomel et emploient en outre l'irrigation rectale continue.

Pour remonter le malade c'est au sérum artificiel qu'il faut s'adresser.

Jusqu'à ces derniers temps on n'employait que le sérum salé à 7 p. 1000.

Récemment Heidenhain a préconisé et avec raison l'emploi du sérum adrénalinisé qui relève davantage la tension artérielle bien que Heinecke ait contesté sa valeur.

On a cherché dans ces derniers temps à remplacer le sérum salé par du sérum glucosé (25 grammes de glucose anhydre, cristallisé pour 1000 grammes d'eau). Il a l'avantage d'alimenter dans une certaine mesure le malade et de ne pas léser l'épithélium rénal.

Afin de ne pas donner lieu à des fermentations intestinales il vaut mieux ne pas employer le sérum glucosé pour l'irrigation rectale.

Cette irrigation rectale avec le sérum salé ou mieux l'eau bouillie (méthode de Murphy) constitue un traitement de choix.

Le débit doit se faire d'une façon continue, goutte à goutte de façon qu'un litre mette une heure à être absorbé.

De cette façon on peut faire absorber 10 et même 15 litres d'eau bouillie par jour.

Billington (de Birmingham) a eu l'idée d'utiliser pour l'introduction de ce liquide dans l'intestin soit l'extrémité cæcale de l'appendice qu'il fixe à la peau, soit le cæcum lui-même.

Concurremment à cette introduction de grandes quantités de liquide dans l'organisme, il faudra soutenir le cœur par des injections de caféine et d'huile camphrée et augmenter la puissance leucocytaire par des injections de collargol, des injections d'électrargol, et de nucléinate de soude. Pour augmenter cette polynucléose et pour permettre une phagocytose rapide des éléments microbiens restés dans la séreuse, Raymond Petit (in *Annales de l'Inst. Pasteur* 1904, n° 6) a préconisé l'emploi du sérum de cheval chauffé au bain-marie pendant deux heures, à la température de 55 degrés (ce qui diminue sa toxicité). Petit recommande d'en verser 20 centimètres cubes avant la fermeture de la paroi dans la cavité péritonéale.

Enfin la diète la plus absolue sera prescrite pendant les trois premiers jours. On se contentera d'humecter les lèvres du malade avec un peu d'eau fraîche.

Et cette diète ne sera que très peu pénible quand on emploiera la grande irrigation rectale de Murphy.

C'est par l'application consciencieuse et exacte de ces différents soins post-opératoires, par la surveillance constante et intelligente des opérés, qu'on arrivera à guérir dans certains cas des malades dont l'état désespéré avant l'intervention faisait craindre un dénouement fatal.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEN. Position latérale droite dans le traitement post-opératoire des péritonites, *Congrès américain de chir.*, mai 1908.

BAUMGARTNER. Le traitement de l'appendicite d'après quelques travaux récents, *Presse méd.*, 4 déc. 1907.

BERGER. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, juillet 1894.

BERGMANN (VON). *Soc. de méd. de Berlin*, juillet 1906.

BERTELSMANN. Sur la pathologie et le traitement de la péritonite généralisée consécutive à l'appendicite, *Med. Klin.*, 11 juillet 1908.

BILLINGTON. L'appendicostomie dans les péritonites diffuses, *The Brit. med. Journ.*, 9 janv. 1909.

BISHOP. Péritonite aiguë, *Pract. London*, nov. 1909.

BLAKE. Le traitement de la péritonite diffuse, *New-York a. Philadel. med. Journ.*, 19 nov. 1904.

BLUMBERG. *Berl. klin. Wochens.*, 24 janv. 1910.

BODE. *Centralbl. f. Chir.*, 13 janv. 1900.

BOND. Sur la péritonite septique diffuse, *Brit. med. Journ.*, 15 déc. 1906.

BOUILLY. *Congrès franç. de chir.*, 1889.

BORNHAUPT. Le traitement de la péritonite généralisée, *Saint-Petersburger med. Wochens.*, 9 janv. 1910.

BOSSE. Sur la péritonite purulente diffuse, *Berl. klin. Woch.*, 1906, n° 2.

BROWN. Le traitement post-opératoire de l'appendicite par la méthode de Fowler, *Surg. gyn. and obst.*

BRUN et VEAU. Art. APPENDICITE, in *Traité des maladies de l'enfance.*

CARDON. *Contribution à l'étude du drainage du péritoine*, Th. de Lille, 1895.

CAZIN. Des avantages de la laparotomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie, *XXIe Congrès franç. de chir.*, 5-10 oct. 1908.

CHAPEYRON. *Des péritonites généralisées d'origine appendiculaire*, Th. de Paris, 1905.

CHAPUT. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1894.

CHÜRCHMANN. *Bull. of the J. Hopkins Hosp.*, fév. 1909, n° 215.

CLAIRMONT et RANZI. Contribution à l'étude de la péritonite septique diffuse, *Arch. f. klin. Chir.*, 1905, t. LXXVI, fasc. 1.

CONTE. Traitement de la péritonite septique diffuse, *Ann. of surg.*, fév. 1909.

DELAGÉNIÈRE. Nouvelle technique du drainage de la cavité péritonéale, *Soc. de chir.*, Paris, 30 mars 1905.

DELBET. Traitement des appendicites, *Leçons de clinique chirurgicale*, p. 353; — Recherches expérimentales sur le lavage du péritoine, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1889, t. XXXII, p. 165; — Drainage du péritoine, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1890; — Un symptôme des perforations appendiculaires, *Presse méd.*, 1908, n° 45.

DREESMANN. La position du malade dans l'appendicite, *Med. Klin.*, 1907.

DUPAQUIER. Th. de Paris, 1885.

DUTEIL. Th. de Lyon, 1904-1905.

EBNER. L'état actuel du diagnostic et du traitement de l'appendicite, *Sam. klin. Vorträge*, 1908.

EISENDRATH. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1er août 1908; — Le traitement de la péritonite généralisée compliquant l'appendicite, *Amer. Journ. of surg.*, déc. 1908.

FAIX. *Essai sur les soins pré et post-opératoires dans les laparotomies*, Th. de Paris, 1909.

FEDERMANN. Interprétation et traitement de la péritonite aiguë, *Berl. klin. Wochens.*, 13 juillet 1908.

FOURMESTRAUX (DE). Le drainage dans les péritonites généralisées appendiculaires, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 17.

FORGUE. Traitement des péritonites aiguës, *Montpellier méd.*, 1897, t. VI.

FOWLER. Résultats du traitement de la péritonite diffuse par élévation de la tête et du tronc, *Med. News*, 28 mai 1904; — Relations entre les lésions appendiculaires et le nombre des leucocytes, *Surg. gyn. and obst.*, sept. 1908; — Péritonite septique diffuse suite d'appendicite, *Ann. of surg.*, déc. 1908.

FRIEDRICH, KROGIUS, LENNANDER, LEJARS et TÉMOIN. *Ier Congrès intern. de chir.*, Bruxelles, sept. 1905.

GÉRARD-MARCHANT. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, 1897.

GIBSON. Le traitement de la péritonite septique généralisée, *Congrès franç. de chir.*, oct. 1909.

GILLIAM. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 13 oct. 1908.

GIULIANI. Du drainage des péritonites purulentes, *Lyon méd*, mars 1908.

GUEKE, WILMS, DREESMANN, ROTH et KÜDLEK. *LXXXe Congrès des naturalistes et médecins allemands*.

GUINARD. Art. INFECTIONS PÉRITONÉALES, *Nouveau Traité* Le Dentu et Delbet.

GULEKE. Traitement de la péritonite suppurée généralisée, *Beit. z. klin. Chir.*, nov. 1908.

GRAYER. *XIXe Congrès allemand de chir.*, 1889.

GROVES. L'appendicostomie dans les cas de péritonite diffuse, *Ann. of surg.*, déc. 1909.

HARBIN. Du décubitus ventral dans le drainage de la péritonite diffuse, *Med. Record*, 20 mai 1905.

HAWKINS et CORNER. Appendicite aiguë, *The Brit. med. Journ.*, sept. 1908.

HEIDENHAIN. Le traitement de l'hypotension sanguine péritonitique par les injections de sérum adrénalisé, *Mitt. aus den Greuzg. d. Med. u. Chir.*, 5 avril 1908.

HEINEKE. Le traitement de la péritonite, *XXXVIIIe Congrès allemand de chir.*, avril 1909.

HOTSCHKISS. Sur la question du drainage dans les péritonites appendiculaires, *Med. News*, 2 juillet 1904; — Traitement de la péritonite appendiculaire diffuse, *Ann. of surg.*, août 1906.

HOUZÉ. Th. de Paris, 1896.

IGONET. Th. de Lyon, 1905-1906.

ISAACS. Péritonite généralisée purulente, *Med. Record*, 20 fév. 1909.

JABOULAY. *Bull. de la Soc. de chir.*, Lyon 1896, 1900, 1901; — La gastrostomie évacuatrice et le drainage de l'estomac dans certaines formes de péritonites diffuses, *Arch. prov. de chir.*, 1906, p. 675-684; — Appendicite suppurée, *Gaz. des hôpit.*, 17 déc. 1908.

KADER. Traitement de l'appendicite, *XVe Congrès des chir. polonais*, Cracovie 1908.

KATZENSTEIN. *Berl. klin. Wochens.*, 3 nov. 1909.

KELLY. Traitement de la péritonite généralisée par la méthode de Murphy, *Soc. de méd. de Munich*, 28 oct. 1908.

KIVLIN. Quelques remarques sur l'appendicite, *Intern. Journ. of surg.*, juillet 1908.

KLAUBER. Progrès réalisés dans le traitement de l'appendicite et de la péritonite, *Med. Klin.*, 12 juillet 1908.

KNOTT. Le drainage dans la péritonite septique diffuse, *Ann. of surg.*, 1905.

KOCHER. Appendicite gangréneuse et opération précoce, *Corresp. f. schw. Aerzte*, juillet 1908.

KORTE. *XXIe Congrès allemand de chir.*, 1892.

KROGIUS. Traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse, *Samml. klin. Vorträge*, 1907.

KÜHN. *Centralbl. f. Chir.*, 1905, n° 50.

KÜTNER. *Berl. klin. Wochens.*, 1905.

KÜSTER. Le décubitus ventral comme traitement consécutif des septicémies péritonéales, *XXXIIIe Congrès allemand de chir.*, 1904.

LABEYRIE. Diagnostic de l'intervention dans l'appendicite, *Gaz. méd. de Nantes*, 26 janv. 1901.

LECONTE. Le traitement de la péritonite diffuse, *Ann. of surg.*, août 1909.

LENNANDER. Mon expérience de l'appendicite, *Mitt. aus den Greuzg. d. Med. u. Chir.*, 1904, t. XIII, fasc. 3.

LEHMANN. Péritonite par perforation, *Deuts. med. Wochens.*, 10 juin 1909.

LEGUEU. Le traitement de l'appendicite, *Œuvre méd.-chir.*, 1899.

LEJARS. *Traité de chirurgie d'urgence*; — La position élevée de la tête et du tronc, *Sem. méd.*, 1904.

LERAT (H.). Th. de Paris, 1910.

LOISON. Etude pathogénique et thérapeutique de l'appendicite ulcéro-perforante, *Revue de chir.*, janv. 1895.

MAC COSH. *Ier Congrès intern.*, Bruxelles 1905.

MAC GUIRE. Traitement de la péritonite diffuse, *Assoc. chir. et méd. de la Nouvelle-Orléans*, déc. 1907.

MAHAR. *Le Traitement de l'appendicite aiguë*, Th. de Paris, 1904.

MALJEAN. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, Paris 1907.

MANSELL MOULLIN. *Brit. med. Journ.*, 22 août 1908.

MIKULICZ. *XVIIIe Congrès allemand de chir.*

MICHAUX. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 22 fév. 1899.

MONOD et VANVERTS. *Traité de technique opératoire.*

MOSIMAN. Th. de Paris, 1882.

MORTON. Traitement de la péritonite diffuse par perforation de l'appendice, *Brit. med. Journ.*, 13 janv. 1906.

MOSCHOWITZ. Sur le traitement de l'appendicite, *Arch. f. klin. Chir.*, 1907.

MOTY. Le traitement chirurgical des péritonites purulentes généralisées; son évolution, sa position actuelle, *Sem. méd.*, 10 fév. 1910.

MURPHY. Péritonites septiques, *Brit. med. Journ.*, 10 nov. 1906; — *Assoc. amér. de chir.*, mai 1908, in *Revue de chir.*, 1908, n° 8; — Traitement de la péritonite par perforation, *Ann. of surg.*, juin 1908; — Irrigation dans le traitement de la péritonite, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, avril 1909.

NÉLATON. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, 1902.

NOETZEL. *XXXVIIIe Congrès allemand de chir.*, avril 1909.

NORDMANN. Résultats du traitement chirurgical de la péritonite, *Arch. f. klin. Chir.*, t. LXXXIX, fasc. 4, 1909.

OCHSNER. Prophylaxie et arrêt de la péritonite, *The Boston med. and surg. Journ.*, 10 fév. 1910.

PAUCHET. Le drainage abdominal, *Nord méd.*, Lille 1908.

PETIT (Raymond). Action du sérum de cheval chauffé injecté dans le péritoine, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 juin 1904.

PEYROT. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 18 déc. 1895, 3 mai 1897.

PHILLIPS. Le traitement de l'appendicite aiguë, *The Lancet*, 17 oct. 1908.
PICQUÉ. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1903.
QUÉNU. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1895, 1897, 1899, 1902.
REHN. *XXXIe Congrès allemand de chir.*, 1902.
REED. Colostomie et coloclyse dans les péritonites généralisées, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 22 mai 1909.
REYNIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1897.
ROBINEAU. Appendicite et purgation, *La Clinique*, 14 août 1908.
ROGERS. Péritonite généralisée, *Soc. de chir. de New-York*, 10 fév. 1909.
ROSS. Le traitement de la péritonite septique généralisée, *The amer. Journ. of obst.*, sept. 1908.
ROUTIER. Le drainage lombaire dans le traitement des péritonites appendiculaires, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1906.
ROUX. *Congrès franç. de chir.*, 1892.
SCHNITZLER. Considérations sur 2000 opérations d'appendicite, *Deuts. med. Wochens.*, 23 déc. 1909.
SCHWARTZ. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 21 mars 1900.
SICK. Le traitement de la péritonite en particulier par l'entérostomie primitive, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, sept. 1909.
SIRON. Th. de Paris, 1898.
SIPPY, OCHSNER et MURPHY. *Soc. de méd. de Chicago.*
SONNENBURG. De l'huile de ricin dans le traitement de l'appendicite aiguë, *Centralbl. f. Chir.*, 29 fév. 1908.
SOUTHAM. L'opération précoce dans l'appendicite aiguë, *The Lancet*, 22 fév. 1908.
TOREK. Péritonite appendiculaire, *New-York med. Journ.*, 5 déc. 1908.
TURNER. *The Lancet*, 24 juillet 1909.
VEAU. *Précis de technique opératoire.*
VEIT. Sur le traitement de la péritonite, *Centralbl. f. Gyn.*
VIGNARD (E.). *Gaz. méd. de Nantes*, sept. 1909.
VILLEMIN. Le drainage lombaire dans les péritonites appendiculaires, *Soc. de chir.*, Paris, 10 janv. 1906.
WALTHER. Le traitement opératoire précoce de l'appendicite (rapport au Congrès de Buda-Pest), *Journ. de méd. int.*, 30 sept. 1909.
WEBER. Sur le traitement opératoire de la péritonite purulente progressive, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1904.
WESTERMANN. Péritonite diffuse, *Congrès de la Soc. néerlandaise pour le progrès de la médecine*, 6 et 8 juillet 1908.

LE PROFESSEUR F. RAYMOND

Le professeur Raymond vient de mourir dans sa propriété de la Planche (Vienne). Né, en 1844, à Saint-Christophe (Indre-et-Loire), celui qui devait un jour succéder à Charcot avait eu des débuts plus que modestes. Ses parents, après lui avoir fait donner quelque instruction, le destinaient à l'art vétérinaire. Comme Terrier, il passa donc par l'école d'Alfort. Mais, bientôt, il trouvait son chemin de Damas. Des maîtres éminents, qui savaient juger et qui, du premier coup, avaient discerné sa rare valeur, l'orientaient vers la carrière médicale. D'emblée, ses succès justifiaient toutes les espérances. Nommé externe des hôpitaux, en 1871, après un concours qui fit l'admiration de ses juges comme de ses concurrents, il arrivait, la même année, à l'internat, second d'une promotion qui comptait des hommes tels que Budin, Hanot, Landouzy et Reclus. De ses chefs d'internat, il se rappelait surtout Charcot chez qui, par une coïncidence curieuse et que l'un et l'autre aimaient à évoquer, il avait eu pour externe le professeur Brissaud. Quatre ans après, il était médaille d'or. Médecin des hôpitaux en 1878, agrégé en 1880, il était nommé, en 1894, professeur de clinique des maladies nerveuses. En 1899, l'Académie de médecine lui ouvrait ses portes. Tout récemment, la cravate de commandeur était venue récompenser les services signalés qu'il avait rendus à l'enseignement. Ses élèves avaient, à ce sujet, organisé une petite fête intime dont la date était fixée aux premiers jours d'octobre et tous, depuis ceux dont les tempes ont déjà blanchi jusqu'aux plus jeunes, se réjouissaient de pouvoir, en ce jour solennel, affirmer une fois de plus au Maître leur respectueuse affection...

Ces succès éclatants, Raymond ne les devait qu'à lui-même. Travailleur infatigable, doué d'une prodigieuse mémoire, il apportait à tous ses actes une conscience extrême. Ceux qui l'ont approché savent avec quel soin il préparait ses leçons. Dans les renseignements bibliographiques qu'on lui apportait, il savait, d'un coup d'œil, discerner le bon grain de l'ivraie. A l'aide des éléments qu'il retenait, il rédigeait d'un bout à l'autre, pour ne rien laisser aux hasards de l'improvisation, une clinique, où, de l'exposé et de la discussion



d'un petit fait isolé, il savait, sans effort apparent, s'élever aux conceptions les plus hautes. Son talent d'enseignement était réputé même au delà des frontières. Ses cours du vendredi étaient assidûment suivis par un auditoire, non d'étudiants, mais de praticiens expérimentés, de neurologistes et de psychologues. Il avait beaucoup publié. Depuis l'époque déjà lointaine (1877) où, sous l'inspiration de Charcot, il consacrait sa thèse au *Faisceau de l'hémichorée*, il avait fait paraître les *Maladies de la moelle*, puis de nombreuses *Cliniques*, qui, chaque année, réunies en volume, étaient impatiemment attendues par le monde savant. Avec M. Pierre Janet, il avait étudié *les Névroses et les idées fixes*. Aux sociétés savantes, et particulièrement à la Société de neurologie, il avait fait, soit seul, soit en collaboration, de nombreuses communications, dont certaines avaient donné lieu à des controverses fécondes.

La célébrité qu'il avait acquise, grâce à ses remarquables travaux, lui avait valu quelques inimitiés. Il ne s'en souciait guère, persuadé que les envieux et les indifférents font nécessairement partie du décor. Au reste, il trouvait dans l'affection dont l'entouraient sa famille et ses élèves, d'amples dédommagements aux soucis dont est toujours pavée la route de l'homme le plus heureux. Marié à une femme de grand cœur et de haute intelligence, il goûtait,

dans sa compagnie, comme dans celle de sa fille, Mme Delpeuch et de ses beaux-enfants Deniau, les joies les plus pures. C'est au milieu d'eux qu'il se délassait des préoccupations que lui occasionnait une clientèle chaque jour plus nombreuse. Quant à ses élèves, dont beaucoup sont déjà des maîtres, Florand, Souques, Claude, Cestan, Sicard, Guillain, ils s'efforçaient, en toute circonstance, de lui témoigner leur reconnaissance pour sa bienveillance proverbiale, pour son désir constamment renouvelé de leur être agréable, pour son indulgente bonté. Nul plus que lui n'a mérité qu'on lui appliquât ces mots connus : « Il était très ami de ses amis. »

Jusqu'à ses derniers jours, il aura, d'un pas ferme, suivi le chemin du devoir. En juin, déjà fatigué, malade, il n'hésita pas à accepter les fatigues qu'imposent les fonctions de juge à l'agrégation, sachant bien qu'avec nos mœurs actuelles, sa présence réelle dans le jury constituait, pour ses élèves, une condition de succès nécessaire, sinon suffisante. Il avait, dès les premières séances, été très vivement affecté par les scènes de violence qui s'étaient déroulées au grand amphithéâtre de la Faculté ; moins, toutefois, que par les procédés inqualifiables dont avaient usé, à son endroit, certains de ses collègues. Ces procédés, il ne comprenait pas que des savants distingués pussent y recourir. Car, chez lui, le caractère était à la hauteur de l'intelligence.

Il dort maintenant de l'éternel sommeil. Ses traits, un instant altérés par la souffrance, ont subi, suivant la belle expression de l'historien, la suprême et sereine retouche de la mort. Que les siens, après avoir laissé librement couler leurs larmes, se consolent un peu en pensant que peu de médecins illustres laissent, derrière eux, autant d'affliction profonde et d'amers regrets ! L. BABONNEIX.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Liste des médecins auxquels le ministre a conféré, par décision du 23 septembre 1910, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles:

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années, au moins, de soins gratuits). — Gouvernement militaire de Paris : MM. Galtier (de Vincennes), Labiche (de Méréville), Delage (de Levallois-Perret), Laurent (de Noisy-le-Sec).

1re légion : M. Blasart (d'Avesnes-le-Comte).

2e légion : MM. David (de Thourotte), Grimpret (de Vervins), Couderc (de Mouy).

3e légion : MM. Parat (de Douvres), Fontaine (de Saint-Sever), Bertin (de Brionne), Thuillié (de Berthenonville).

4e légion : MM. Bézier (de Thiron-Gardais), Roger (du Grand-Lucé), Clouet (de Maintenon).

5e légion : MM. Roux (de Ferrière), Bégué (de Saint-Soupplets), Goutry (de Nangis), Bouté (de la Ferté-sous-Jouarre), Watteau (de Laroche), Ruais (de Quarré-les-Tombes), Mascarel (de l'Isle-sur-le-Serein), Marion (de Tonnerre), Thierry (d'Ancy-le-Franc), Cornu (de Neuvy-Sautour), Ferrand (de Blois).

6e légion : MM. Vignon (de Ville-en-Tardenois), Cassin (de Sommepy), Bourgraff (d'Hussigny), Peck (de Fismes), Etienne (de Renwez).

7e légion : MM. Bouvier (de Fontaine), Dumont (de Quingey), Jacquot (de Plombières).

7e légion *bis* : M. Bouchot (de Mont-sous-Vaudrey).

8e légion : MM. Khinitz (de Saint-Florent-sur-Cher), Rogier (d'Arnay-le-Duc), Goy (de Corgoloin), Royer (de Recey-sur-Ource), Bidault (de Liernais), Virtely (de Montbard).

9e légion : MM. Proutière (de Châteauneuf), Pasquier (de Candé), Richard (de Rivarennes), Dupont (de Lussac-les-Châteaux), Moreau (de Lusignan), Michiels (de Chauvigny), Cousin et Boutineau (de Couhé), Orlowski (de Mirebeau).

10e légion : MM. Herbert (de Liffré), Legalcher-Baron (de Saint-Pierre-Eglise), Hery (de Saint-Brieuc), Baudet (de Caulnes), Cousin (de Loudéac), Chambrin (de Jugon), Duval (de Valognes), Jolivel (de Châteaugiron), Gaudin (de Montauban), Bréal (de Janzé), Simon de Villeneuve (de Quintin), Debains (de Saint-Waast).

11e légion : MM. Héret (de Châteaubriant), Burot (de Palluau), Richard (de Rosporden), Keranguyader (de Crozon).

12e légion : MM. Lautraite (de Montembœuf), Pillet (de Baignes), Bosviel (de Neuvic), Boissel (de Saint-Cyprien), Couturier (de Mérinchal), Baysselance (d'Eymet), Saisy (de Rouillac), Rouchaud (de la Tour-Blanche).

13e légion : MM. Sabatier (d'Ambert), Delort (de Vic-sur-Cère), Baduel (de Condat), Boulaud (de Pontaumur), Depoux (de Pionsat), Pourtier (de Saint-Gervais), Peschaud (de Murat), Champommier (de Saint-Eloi-les-Mines), Bertucat (de Saint-Bonnet-le-Château), Tronchère (de Langeac), Andraud (de Pontgibaud).

14e légion : MM. Achard (de Saint-Laurent-du-Pont), Bellin (de Tencin), Larrivé (de Meyzieu), Berger (des Avenières), Albert (de Cours), Gerin (de Rives), Giraud (de Vinay), Masson (de Tullins), Garcin et Mathian (de Crémieu), Bonnard (de Livron), Ricateau (de Crest).

14e légion *bis* : MM. Lacrosaz (de Saint-Julien), Bouchet (de Cruseilles), Truffet (de Seyssel).

15e légion : MM. Chazalon (de Viviers), Dormoy (de Molières-sur-Cèze), Bonnet (de Ruoms), Dumaine (de Tournon), Cabanes (de Cavaillon), Michel (de Cadenet), Cat (de Saint-Marcel, banlieue de Marseille), Pourrière (de Saint-Louis, banlieue de Marseille), Brueys (de Marguerittes), Boissin (de Joyeuse).

15e légion *bis* : MM. Liautaud (d'Entrevaux), Bonnet (de Colmars), Caire (de Manosque), Bernard (de Forcalquier).

16e légion : MM. Lacombe (de Sévérac-le-Château), Rivemâle (de Montbazens), Rodat (de la Salvetat-Peyrales), Bouty (de Nant), Auge (de Saint-Sernin-sur-Rance), Conturie (de Langogne), Auréjac (de Sénergues), Delmas (de Millau), Chabret-du-Rieu (de Villeneuve), Fisseux (de Cornus).

16e légion *bis* : MM. Terson (de Puylaurens), Prax (de Limoux), Pauc (de Lézignan), Aussenac (de Lautrec).

17e légion : MM. Lombard (de Saint-Martory), Bernadac (de Saint-Girons), Dasté et Cadéac (de Boulogne), Larrieu (de Montesquieu-Volvestre), Dedieu (d'Oust), Soueix et Sarlabous (de Saint-Martory), Lian (d'Eauze), Treille (de Bassoues), Dousset (d'Aignan), Duclos (de Condom), Dessort (de Seix), Cep (de Salies), Couécou (de Nogaro), Pradère (d'Aspet), Anel (de Massat).

17e légion *bis* : MM. Martin (de Penne), Villeneuve (de Moissac), Brugel (de Figeac).

18e légion : MM. Balland (de Saint-Porchaire), Blazy (de Saint-Jean-de-Luz), Puyo (de Grenade-sur-Adour), Branère (de Soustons), Bula-Lafont (de Saint-Martin-de-Seignaux), Borde (de Lourdes), Joly (de Saint-Ciers-sur-Gironde), Petit (de Libourne), Jaubert (de Saint-Médard-de-Guizières), Groc (de Saint-Symphorien), Delaye (de Boucat).

19e légion : MM. Susini (de Berrouaghia), Monier (de Cassaigne), Espérandieu (de Souk-Ahras), Tauzin (de M'Sila), Marbot (de Mondovi), Lussan (d'Akbou).

20e légion : MM. Ferrand (des Riceys), Guilbard (de Chavanges), Calbat (de Mirecourt), Larroque (des Riceys), Bachimont (de Nogent-sur-Seine), Marion (de Clairvaux), Voinot (d'Haroué).

Compagnie de Tunisie : M. Trouillet (de Kairouan).

Médailles de bronze (accordées après quinze années, au moins, de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Verin (de Saint-Cloud), Landry (de Maule), Blois (de la Plaine-Saint-Denis).

1re légion : MM. Dubiquet (d'Auby), Souillard (de Bruay).

2e légion : MM. Branthomme (de Noailles), Mouflier (de Villers-Cotterets), Roisin (de Crèvecœur).

3e légion : MM. Portes (du Havre), Bouju (de Darnétal), Lefranc (de Clécy).

4e légion : MM. Marette (de Châteauneuf), Bagourd (d'Argentan).

5e légion : M. François (de Vézelay).

7e légion *bis* : MM. Sérullaz (de Seyssel), Truchon (d'Ambérieu), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Légerot (de Beaufort).

8e légion : MM. Malfuson (de Sancerre), Guyot (de Lormes), Duprey (de Château-Chinon).

9e légion : MM. Brigault (de Sainte-Maure), Anthenac (de Sainte-Sévère), Meignan (de Chalonnes), Chailloux (de Champigné).

10e légion : MM. Malon (du Thilleul), Baudouin (de Corlay), Rondel (de Saint-Froment).

11e légion : M. Richard (de Fontenay-le-Comte).

12e légion : MM. Gardette (d'Azerat), Jany (d'Auzances), Darfeuille (d'Evaux), Tauty (de Vallières), Chayron (de Villefranche-de-Lonchapt), Prévost (de Thiviers).

13e légion : MM. Moret (de Massiac), Rouchon (de Paulhaguet), Berthaud (de Saint-Paul-en-Jaret), Guichard (du Donjon), Daumy (de Saint-Eloy-les-Mines).

14e légion : MM. Ferroud (de Chasselay), Liaudet (de Saint-Symphorien-sur-Coise), Aulès (de Saillans).

16e légion : MM. Gazel (de Gigean), Arribat (de la Salvetat), Bonnet (de Belmont), Fualdès (de Firmy).

17e légion : MM. Biar (de Miradoux), Cassaigneau (de Montréal).

18e légion : MM. Vialolle (de Carbon-Blanc), Brieu (de Guîtres), Méjasson (d'Ars-sur-Ré), Darbouet (de Boucau).

19e légion : MM. Bertin (de Guyotville), Schieffer (de Tlemcen), Pison (de Ménerville).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de médecine. — (Août 1910.) RODIET : Les troubles de l'intelligence dans les délires par intoxication.

Archives médico-chirurgicales de province. — (No 9, 15 sept. 1910.) RENON : Résultats de la prostatectomie transvésicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — GUILLAUME-LOUIS : Les abcès pelvipéritoniques anté-utérins. — FOISY : Le pied bot phlébitique.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 août 1910.) BARDET : Les notions de cuisine indispensables au médecin. — (8 septembre.) LAUMONIER : La colère et son traitement. — (15 septembre.) CALOT : Le traitement des tuberculoses locales. — BOUQUET : La pesée du nourrisson et son interprétation.

Bulletin médical. — (No 67, 20 août 1910.) BERNHEIM : Différenciation clinique de la neurasthénie et des psychonévroses (y compris l'hystérie). — (No 68, 24 août.) LAQUERRIÈRE : La thermopénétration (nouvelles applications des courants de haute fréquence). — DUGUET : La tuberculose et la fièvre typhoïde à Paris. — BERTEIN : Les bénéfices sociaux de la chirurgie dans l'armée. — (No 69, 27 août.) LAQUERRIÈRE : La thermopénétration (nouvelles applications des courants de haute fréquence) [*fin*].

Clinique. — (No 36, 9 sept. 1910.) MAC-AULIFFE : Anthropométrie clinique. — F. TERRIEN : Des troubles oculaires au cours des méningites cérébro-spinales. Signification et valeur pronostique. — THOORIS : Traitement du coup de chaleur. — FRIGAUX : Traitement du rein mobile. — EMERY : Technique de la manipulation du « 606 ». — (No 37, 16 sept.) LAPOINTE : Quelques réflexions sur le traitement des déchirures anciennes et complètes du périnée. — EMERY et PÉPIN : La manipulation du « 606 ». — GENTY : La ponction lombaire dans le diagnostic et le traitement des fractures du crâne. — FLAGOUMIÉ : Des prétendus stigmates anatomiques de la criminalité. — LEURVILLE : Emploi du radium dans le traitement du cancer. — (No 38, 23 sept.) LAFAY : Quelques applications thérapeutiques du formol. — LAURENS : Corps étrangers des fosses nasales. — SOURDAT : Fracture en bois vert des deux os de l'avant-bras. — MACÉ DE LÉPINAY : Diagnostic de la tétanie chez le nourrisson. — PERDRIZET : Théorie pancréatique du diabète sucré. — KENDIRDJY : Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie. — LEMIERRE et BENARD : Septicémie staphylococcique post-abortum. — RŒDERER : A propos d'éducation physique. Un devancier : Jean Verdier.

Lyon chirurgical. — (No 3, 1er septembre 1910.) JABOULAY : Interventions sur le sympathique cervical et sur le corps thyroïde dans la maladie de Basedow. — DETTOT : Fractures anciennes de la région malléolaire. — CARLE : Du traitement chirurgical dans les urétrites chroniques. — LERICHE : Etude clinique sur le cancer du pancréas.

Marseille médical. — (No 18, 15 septembre 1910.) FALLOT : De la revision dans les accidents du travail. — TERRAS : Chorée hystérique du diaphragme. — R. GAMEL : Une nouvelle aiguille à ponction lombaire. — RAYNAL : Comment restreindre le nombre des accidents survenant par l'emploi des médicaments anesthésiques. — Fr. ARNAUD : Indications thérapeutiques de la quinine.

Montpellier médical. — (No 32, 7 août 1910.) C. JOURDAN : Du traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales (revue générale). — C. AUSSEL : L'hospitalisation des aveugles dans la région de Montpellier.

Nord médical. — (No 382, 1er septembre 1910.) Etienne BOISSART : Recherches expérimentales : Recherches sur l'atténuation de la toxicité de la strychnine par les substances lipoïdes (lécithine et cholestérine). — (No 383, 15 septembre.) LEMOINE : Thérapeutique : Le lavage du sang.

Normandie médicale. — (No 18, 15 septembre 1910.) LECAPLAIN : Hôtel-Dieu. Œdème pulmonaire des sommets simulant la tuberculose.

Province médicale. — (No 36, 3 septembre 1910.) Ch. AUDRY (de Toulouse) : Sur le traitement du bubon chancrelleux et le bubon chronique. — Pierre TRIA (de Naples) : Le sérum de Teissier dans la néphrite expérimentale. — (No 37, 10 septembre.) Louis VAN BOGAERT (d'Anvers) : La sérothérapie par le sérum de la veine rénale. — (No 38, 17 septembre.) JABOULAY (de Lyon) : Enveloppe épithélioïde d'une sarcosporidie et bourgeon épithélial dans le cancer du sein. — F. SARVONAT et J. REBATTU (de Lyon) : Teneur en chaux de l'urine des tuberculeux pulmonaires.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (No 36, 3 septembre 1910.) DUFAYS : La surdité consécutive de la méningite cérébro-spinale épidémique. — (No 37, 10 septembre.) CHAVANNE : L'anesthésie locale des muqueuses par une solution de chlorhydrate de quinine et d'urée. — MOURE : Considérations cliniques sur l'opération dite transhyoïdienne.

Revue médicale de l'Est. — (No 17, 1er septembre 1910.) André BINET : La résection dans la coxalgie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Introduction générale à la thérapeutique positive, par le docteur G. SIEFFERT. In-8 de 407 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Etudes sur la paralysie générale et sur le tabes. Etiologie. Clinique. Traitement, par MM. Paul SPILLMANN, professeur de clinique médicale, correspondant de l'Académie de médecine, et Maurice PERRIN, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Préface de M. le professeur FOURNIER. In-18, de VI-88 pages, broché. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de M. Dufour, qui accepte; de MM. Vurpas, Barié, Josué, Michel, Lejars, Delbet, Anselme Schwartz, Paul Riche, Cathala, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Nerf médian. »

MM. Lowenthal, 16; Marie, 17 1/2; Jolivot 18 1/2; Le Gac, 19; Lacourbas, 15; Malassiz, 14; Lequin, 12; Langlet, 13; Mallebay, 17 1/2; Lemperrière, 18; Jourdan-Corneille, 15; Legler, 14 1/2; Marie, 17; Jars, 9; Legras, 18 1/2; Malgat, 14; Leduc, 12; Joyes-Nouguier, 12; Labée, 18; Lefort (Robert), 13; Lelong, 14; Lannes, 12.

Prochaine séance, mardi 4 octobre, à huit heures et demie du soir, deuxième moitié, première série, et première moitié, deuxième série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à deux places d'internes en pharmacie dans les hôpitaux de Rouen, l'un titulaire, l'autre intérimaire, aura lieu le jeudi 1er décembre 1910. Les épreuves commenceront à neuf heures du matin, à l'hospice général, salle des séances.

La commission administrative se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours si de nouvelles vacances se produisaient avant le 8 novembre 1910. Dans ce cas, les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice-général, quinze jours avant la date fixée pour le concours, soit le 15 novembre 1910 au plus tard. Passé ce délai, aucune inscription ne sera admise.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret du 28 septembre 1910, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Le Ray, maintenu en congé.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Spire, maintenu en congé spécial ; Bouet, maintenu en Afrique occidentale; Kérest, au 2e d'inf. colon.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Cazanove, maintenu au bat. de tir. sénég. en Algérie ; Le Roy, en congé; Maratray, au 8e d'inf. colon. à Toulon; Delange, en Afrique occidentale ; Fistié, en Indo-Chine ; Frontgous, à l'administration pénitentiaire de la Guyane.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 28 septembre 1910 :

Médecin principal de première classe. — M. Vignol est adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Darré passe à l'hôpit. Bégin (Saint-Mandé); Brissé Saint-Macary est nommé secrétaire du comité technique de santé et chef de la section technique de santé.

Médecins-majors de première classe. — MM. Janot passe à l'hôpit. de Sedan ; Armynot du Chatelet, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Clermont-Ferrand ; Ravoux, au 14e d'inf.; Thérault, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Reims; Patte, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Châlons; Biscons, aux salles milit. de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; Cuvillier, au 120e d'inf.; Schneider, à l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Huber passe au 160e d'inf.; Mainguy, au 30e d'art. de camp.; Ravé, au 105e d'inf. ; Lascoutx, au 84e d'inf.; Saint-Martin, au 71e d'inf.; Rubenthaler, à l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce; Rolland, au 14e escad. du train des équip.; Gorse, au 1er escad. du train des équip.; Labadie, aux hôpit. de la division d'Oran; Idrac, aux hôpit. de la division d'Alger; Delahaye, au 3e escad. du train des équip.; Ardoin, au 10e de huss.; Metzquer, au 4e de génie ; Malaspina, au 11e escad. du train des équip.; Boulin, au 18e escad. du train des équip.; Massip, au 2e de cuiras; Garnaud, au 10e escad. du train des équip.; Petit, aux hôpit. de la division d'Alger; Pichon, aux hôpit. de la division de Constantine; Pasteur, au 23e de dragons; Ebstein, au 13e de dragons ; Casteret, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Girard, au 27e bat. de chass. à pied; Pacalin, au 19e bat. chass. à pied; Gaud, au 11e d'art. de campagne.

EXPOSITION UNIVERSELLE DE BRUXELLES. — DIX-SEPTIÈME CONFÉRENCE SUR LES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — Le lundi 10 octobre, à trois heures et demie, au palais des fêtes, le docteur Sénac-Lagrange (de Cauterets), ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, fera une conférence sur « les problèmes biologiques soulevés et résolus par l'application des eaux sulfureuses de Cauterets ».

(*Voir la suite des* **NOUVELLES**, *p. 1545.*)

LE VENDREDI 14 OCTOBRE 1910

à deux heures et demie, il sera procédé publiquement, salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, r. e des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture de *coton hydrophile* nécessaire au service des établissements dépendant de cette administration pendant un an à partir du 1er octobre 1910.

La quantité mise en adjudication s'élève à 100000 kilos environ ; mais le même fournisseur ne peut être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges et de l'échantillon-type, au service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pécis des maladies de l'estomac et de l'intestin, par A. CADE, médecin des hôpitaux de Lyon. Avec une préface de M. le professeur J. TEISSIER. Un vol. grand in-18 jésus, cart. toile, de 1020 p., avec 162 fig. dans le texte et 2 pl. en coul. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris O. Doin et fils.

La Tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses, par L. THÉVENOT, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon. (Bibliothèque de la tuberculose.) In-18 jésus, relié peau pleine, de 425 pages avec 51 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

XXIIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
(PARIS, 3-8 OCTOBRE 1910.)

SÉANCE D'OUVERTURE

Le XXIIIe Congrès de chirurgie s'est ouvert, aujourd'hui lundi, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. M. H. DELAGENIÈRE (du Mans) a prononcé un discours, fort apprécié, sur l'*heure chirurgicale en pathologie viscérale*.

En voici les principaux passages :

« Avant d'aborder les travaux de cette XXIIIe session du Congrès de chirurgie, je vous adresserai mes plus vifs et sincères remerciements pour le très grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence. Je considère en effet cet honneur comme le plus beau couronnement d'une carrière chirurgicale et vous suis extrêmement reconnaissant de la bienveillance que vous m'avez témoignée dans la circonstance.

Or, cette bienveillance me paraît si grande et si spontanée, que je me crois vraiment autorisé à y faire appel de nouveau en venant vous entretenir aujourd'hui de la chirurgie viscérale et soutenir des idées actuellement encore très controversées. N'est-il pas d'ailleurs toujours très délicat d'aborder une question qui peut toucher à des discussions professionnelles, surtout si ces questions intéressent à la fois la médecine et la chirurgie?

Il s'est accrédité bien à tort qu'il existe entre ces deux branches des sciences médicales une sorte de rivalité, presque un désaccord. Or cette opinion, peut-être inexacte au fond, semble cependant s'appuyer sur certains faits.

C'est ainsi que depuis quelque temps les chirurgiens accusent les médecins de leur adresser trop tard leurs malades au grand détriment de ceux-ci et de la chirurgie dont les moyens d'action se trouvent compromis. Constamment, dans les statistiques, dans les communications scientifiques, ce reproche est formulé et apparaît comme un *leit motiv*. Tantôt c'est un néoplasme qui n'a pu être enlevé par suite de généralisation ; tantôt c'est une appendicite qui se complique d'infection généralisée; tantôt un lithiasiaque tellement cachectique qu'il ne peut plus supporter aucune intervention ; tantôt enfin une lésion viscérale indéterminée pour laquelle il ne reste plus même l'ultime ressource de la laparotomie exploratrice.

Il faut reconnaître tout ce que ces réclamations ont de fondé et, comme la plupart de mes collègues, je les ai formulées bien souvent moi-même.

J'accepte donc comme très légitime cette protestation presque unanime des chirurgiens et, pour tâcher de découvrir une des raisons de cet état de choses, je vous demanderai si la spécialisation à outrance des études n'en est pas une des causes principales? A mon avis cette spécialisation ne devrait exister que dans la pratique, les sciences médicales formant un ensemble dont la connaissance complète est indispensable à tout praticien. Or ce n'est pas ce qui existe habituellement. Il est incontestable que les ressources de la chirurgie sont incomplètement et imparfaitement connues de la plupart des médecins. Et cependant presque toutes les maladies viscérales présentent dans leur évolution une période pendant laquelle une intervention chirurgicale destinée, soit à rétablir la fonction physiologique de l'organe malade, soit à enrayer le processus morbide, peut être tentée avec succès. Cette période passée, ou bien l'organe est détruit au point de vue physiologique, ou bien la maladie ne peut être arrêtée dans sa marche, et alors l'opération ne pourra plus prétendre à guérir radicalement le malade. La chirurgie de scientifique qu'elle était n'est plus qu'une chirurgie de nécessité. Chaque maladie viscérale a donc en quelque sorte son heure chirurgicale, et c'est quand cette heure chirurgicale a sonné que l'opération présente à la fois sa simplicité maxima et par suite sa sécurité la plus grande. C'est cette vérité que j'ai voulu désigner par l'expression de l'*heure chirurgicale en pathologie viscérale*.

Ainsi cette proposition est dans l'air. Chacun en a conscience, chacun la comprend et même la formule par cette parole dite bien souvent par chacun de nous aux parents des malades ou à leur médecin : « Il est trop tard. » Et ce trop tard, qui tombe comme une sentence, n'est pas de notre part un aveu d'impuissance, mais l'expression d'un regret d'autant plus poignant que nous professons plus d'amour pour notre art et que nous avons plus de foi dans son avenir et son évolution. Loin de moi la pensée d'exprimer ici un reproche déguisé à nos collaborateurs médecins. Leurs études, leur pratique, ne peuvent les amener aux mêmes conclusions que les chirurgiens. La brutalité des faits expérimentaux ne les a pas poussés comme nous à faire presque table rase du passé, pour vivre exclusivement dans le présent et préparer l'avenir. C'est que la révolution scientifique consécutive aux grandes découvertes de Claude Bernard et de Pasteur a été en médecine moins éclatante qu'en chirurgie ; non que ses conséquences aient été moindres et ses résultats moins considérables, mais parce que ces résultats et ces conséquences sont moins immédiats et par suite moins appréciables. C'est dans l'hygiène et la prophylaxie que les sciences médicales assurent leur action et préparent leur avènement. En thérapeutique au contraire elles peuvent peu et sont arrêtées dans leur essor par le manque de précision de leur expérimentation qui n'est souvent qu'une déduction à l'homme de faits constatés chez les animaux.

L'action chirurgicale est toute différente. L'ère antiseptique a fait d'emblée de la chirurgie une science positive dont l'application rigoureuse a amené des résultats immédiats et certains. Garanti contre la plupart des accidents infectieux, le chirurgien applique aussi à son art les méthodes expérimentales. Il perfectionne ses techniques et acquiert une sûreté opératoire remarquable, presque complète.

J'insiste sur ce dernier point, car il a été pendant

longtemps la cause de la méfiance du médecin pour la chirurgie et, il faut bien l'avouer, cette défiance n'était que trop fondée avant l'évolution scientifique moderne. Mais maintenant cette défiance n'a plus sa raison d'être et les médecins peuvent être rassurés sur la gravité de l'acte opératoire s'ils veulent bien, en suivant les conseils des chirurgiens, recourir à temps à la chirurgie.

Je dirai plus : le chirurgien moderne, digne de ce nom, n'est pas seulement un opérateur, c'est-à-dire le dernier degré de perfectionnement du barbier du XVe siècle ; mais c'est aussi un homme de science qui sait tout ce qui se rapporte à sa profession, et qui, de plus, a osé rompre avec la tradition en installant ses malades dans des cliniques spéciales qui n'ont pas tardé à devenir de véritables centres scientifiques.

Ses connaissances doivent donc venir s'ajouter à celles du médecin dans les périodes hésitantes des maladies internes, quand les diagnostics sont incertains, impossibles à établir nettement. A ce moment le chirurgien a sur le médecin l'avantage d'avoir contrôlé par des explorations des cas analogues. Il a une notion plus exacte des faits anatomo-pathologiques. Il sait par exemple qu'à leur période initiale la plupart des affections viscérales sont curables ; qu'elles présentent un aspect très différent de celui de la période ultime qui est celle la mieux connue du médecin. En un mot il connaît l'anatomie pathologique du vivant, tandis que le médecin est surtout familiarisé avec celle du cadavre. On conçoit que son concours soit des plus précieux et des plus efficaces, mais il ne faut pas oublier, malgré cela, que certains cas restent au-dessus de nos ressources cliniques malgré l'appel que nous avons pu faire aux méthodes de laboratoire. Or pour ces cas où le médecin reste absolument impuissant, le chirurgien a encore une ressource à laquelle il peut recourir. Pour employer l'expression de Claude Bernard dans sa méthode expérimentale, « il peut plus qu'il ne sait », car il peut par une exploration surprendre le mal à son début, le dépister et agir avant que l'organe soit définitivement atteint dans sa fonction.

Je viens de vous faire entrevoir quelques-unes des ressources que le chirurgien pouvait apporter au médecin ; il me reste à démontrer en parcourant la pathologie viscérale quels sont ses moyens d'action sur les organes eux-mêmes et l'espoir qu'on peut tirer d'une façon générale d'une opération faite de bonne heure pendant la période chirurgicale de la maladie. Bien entendu je ne vous citerai que quelques exemples, vous laissant le soin de tirer les déductions générales des propositions que je ferai ».

M. Delagenière étudie alors l' « heure chirurgicale » du cancer, de la tuberculose, des affections du cœur, du cerveau, du poumon, de l'estomac, de l'intestin, du foie, des reins, de la prostate et des organes génitaux de la femme. Il termine par les conclusions suivantes :

« Je viens de parcourir avec vous une liste déjà longue de maladies viscérales qui peuvent vous servir comme types de démonstration de la proposition que j'ai avancée, à savoir que la plupart des affections viscérales présentent dans leur évolution une période chirurgicale nettement définie et pendant laquelle on peut obtenir la guérison par une opération. Je vous laisserai le soin de la compléter, mais vous me permettrez cependant de vous rappeler à la réalité des faits en vous priant de vous reporter à ce que vous voyez chaque jour. Vous verrez combien nous sommes loin de pouvoir appliquer les règles que je vous ai indiquées chemin faisant. Il faudrait pour cela chez le malade un esprit d'initiative et d'observation que nous rencontrons quelquefois, mais qui fait habituellement défaut ; il faudrait aussi chez le médecin un esprit scientifique qui ne peut se développer que par le laboratoire et le contrôle clinique de l'exploration. Malgré ces restrictions, nous devons quand même marcher de l'avant et tendre vers cette chirurgie idéale à laquelle nous devons arriver et à laquelle nous arriverons.

Pour atteindre ce but, il faut étudier et observer les malades, nous adjoindre pour cette étude nos collègues médecins, et dans l'effort commun que nous ferons alors faire abstraction de notre personnalité pour ne voir que le succès final.

Nous devrons donc transformer nos services d'hôpitaux et nos cliniques en véritables laboratoires ouverts à toutes les bonnes volontés médicales.

Il ne suffit pas d'avoir le malade bien isolé et bien observé dans un lit à notre entière disposition. Il nous faut encore un service annexe de laboratoires installés pour nous renseigner, pour nous contrôler, enfin destinés à donner à nos observations cliniques la consécration scientifique sans laquelle il n'y a pas de progrès posssible. Mais cette rigueur scientifique que nous exigeons pour nous, nous la voulons aussi chez nos collaborateurs médecins ; nous sommes là à notre tour pour les contrôler et pour apporter la consécration du fait vérifié et constaté au cours de l'intervention.

L'avenir, pour ceux qui débutent dans notre art, est donc encore plein de promesses. Si presque tout a été fait, tout est à perfectionner, à mettre au point. Je ne suis donc pas de l'avis de ceux qui pensent que tout est fait en chirurgie. J'aurais peur d'être aussi mauvais prophète que E. Boyer, qui, en 1812, disait que la chirurgie avait atteint son apogée. Or vous avez vu les progrès inouïs réalisés depuis. Mais ce que je tiens à vous dire et ce que personne ne peut contester aujourd'hui, c'est que la chirurgie tient actuellement la première place scientifique dans les sciences médicales. Notre devoir est de nous maintenir à ce poste d'honneur en travaillant au perfectionnement des méthodes, en utilisant dès leur apparition les belles découvertes des savants qui s'occupent de sciences médicales. Flaubert en parlant de l'art en général disait il y a quelque trente ans : « Il est temps de lui donner par une méthode impeccable la précision des sciences physiques : observons, tout est là. » Aujourd'hui nous devons dire : Observons toujours, mais agissons au moment opportun, là est le succès et en somme la première et la seule raison d'être de la chirurgie ».

Aussitôt après le discours du président, M. Xavier Delore, chirurgien des hôpitaux de Lyon, lit le résumé de son rapport sur les *méthodes et suites opératoires dans* **le traitement chirurgical du goitre exophtalmique.**

On peut résumer ainsi ses conclusions :

« Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique diffère selon qu'il s'adresse à un goitre exophtalmique primitif ou à un ancien goitre compliqué de signes de basedowisme (goitre basedowifiant).

Le goitre basedowifié ou basedowifiant, caractérisé par les signes de compression trachéale, le début nét par le goitre, ressort toujours du traitement sanglant, qui consistera d'ordinaire en une énucléation intra-glandulaire. Dans les cas anciens toutefois, le parenchyme thyroïdien est altéré à distance et l'on a avantage à pratiquer une thyroïdectomie, comme dans le goitre exophtalmique primitif.

La maladie de Basedow vraie a été traitée chirurgicalement de diverses manières : seules actuellement restent classiques les opérations thyroïdiennes ou la sympathicectomie.

Sur le *corps thyroïde*, on peut pratiquer l'hémithyroïdectomie ou les ligatures des artères thyroïdiennes : l'une des méthodes les plus répandues est celle des opérations successives : ligatures artérielles préliminaires, hémithyroïdectomie complémentaire. Cette méthode de Kocher offre une sérieuse garantie dans les cas avancés.

D'ordinaire, il est préférable de s'adresser d'emblée à l'hémithyroïdectomie combinée à la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure opposée. Le procédé le plus parfait, qui évite la cachexie strumiprive et la tétanie, est l'hémithyroïdectomie sous-capsulaire à la face postérieure des lobes. C'est, en effet, cette technique qui met le plus sûrement à l'abri des lésions des glandules parathyroïdes.

Après cette opération apparaissent quelquefois de redoutables complications d'ordre toxique : collapsus cardiaque, thyroïdisme aigu, etc. La plupart du temps, les suites opératoires sont favorables : l'agitation, la tachycardie s'atténuent. Il persiste toutefois une exophtalmie et une augmentation de volume du corps thyroïde, dont la présence n'a pas de graves inconvénients. La guérison complète est rare, l'amélioration fréquente; l'opéré reste sujet à des récidives avec symptômes atténués.

Les opérations sur le *sympathique cervical* sont nombreuses et vont depuis la simple élongation jusqu'à la résection totale et bilatérale. En général, le résultat n'est pas en rapport avec l'étendue du sacrifice nerveux. Il suffit de pratiquer la résection du ganglion cervical supérieur et de la partie du nerf immédiatement sous-jacente.

Après cette opération, on observe la diminution de l'exophtalmie et, comme après l'opération thyroïdienne, une amélioration de l'état psychique. Mais le résultat est surtout appréciable vis-à-vis de l'exorbitisme.

La sympathectomie conviendrait donc plutôt aux formes de maladie de Basedow sans grand développement du corps thyroïde, mais accompagnées d'une exophtalmie accentuée.

Tous ces résultats ne sont pas encore admis par tous les chirurgiens. Il serait utile de suivre les opérés pendant des années, ce qui n'a pas toujours été fait, dans les statistiques même récentes. C'est alors seulement que les conclusions de ce rapport deviendront définitives ».

M. Ch. Lenormant (de Paris), deuxième rapporteur, a surtout étudié la *légitimité et les résultats des interventions chirurgicales, et les indications du traitement opératoire.* Voici comment il termine, en résumant son rapport :

« Si l'on voulait résumer les indications du traitement chirurgical dans le goitre exophtalmique, on pourrait donc dire : abstention habituelle dans les formes légères et voisines de leur début qui sont, pour la plupart, susceptibles de guérison par les moyens non sanglants; thyroïdectomie précoce, après un court essai de traitement médical, dans les formes moyennes qui constituent le véritable champ d'action de la chirurgie basedowienne; dans les cas avancés enfin et dans les formes graves, recourir encore à la chirurgie, mais après un traitement préparatoire soigneux et avec beaucoup de prudence, en commençant par les interventions les plus simples et les moins choquantes (ligatures artérielles), quitte à en venir plus tard, si possible, à une opération plus radicale.

Comme toutes les formules, celle-ci est trop schématique et trop absolue. Je ne la donne que sous cette réserve qu'en réalité les indications doivent être discutées pour chaque cas particulier et basées sur un examen attentif du malade et sur l'étude de la marche de son affection.

Mais je crois que l'avenir de la chirurgie basedowienne, en France, ne dépend pas seulement de nous, chirurgiens. Il est bien plus encore entre les mains des médecins : tant qu'ils ne nous enverront que des malades cachectiques et quasi-désespérés, comme il est arrivé trop souvent jusqu'ici, nous ne ferons que des opérations meurtrières et inféconde̋s. Je souhaite donc, en terminant, que l'écho de nos discussions parvienne jusqu'à eux, pour en appeler de la condamnation prononcée, il y a trois ans, au Congrès de médecine; et, pour finir sur un mot de Kocher : « Messieurs les médecins, envoyez-nous de bonne heure vos goitres exophtalmiques, nous vous les renverrons après l'opération et nous aurons, les uns et les autres, de bien meilleurs résultats. »

FORMULAIRE

POUDRE DE LYCOPODE CUTICOLORE

Lycopode........................	10 grammes.
Oxyde de zinc..................	5 —
Solution alcoolique d'éosine à 1 p. 100..........	10 —

(*Journ. de pharm. d'Anvers.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

ESSAIS D'ANASTOMOSES NERVEUSES

POUR MAL PERFORANT PIED BOT ET ULCÈRE VARIQUEUX

Par M. MAUCLAIRE,
Agrégé, chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Après vous avoir parlé des anastomoses vasculaires, je vais vous entretenir aujourd'hui des essais d'anastomoses nerveuses. Cette question d'anastomose nerveuse est également une question très à l'étude en ce moment, comme vous allez pouvoir en juger.

* * *

Chez notre premier malade, il s'agissait d'un *mal perforant*. C'est il y a trois ans, à l'âge de cinquante-six ans, que ce malade a présenté les symptômes d'un mal perforant plantaire pour lequel il a fallu lui amputer le gros orteil. Il y a deux mois il s'est développé une ulcération à la face dorsale du deuxième orteil; celle-ci actuellement est noirâtre, régulière, elle siège à l'union de la deuxième et de la troisième phalange. Elle a un centimètre de diamètre. Elle est indolore; elle ne saigne pas quand on la touche; l'articulation sous-jacente est intacte. Au pourtour de l'ulcération on note quelques troubles sensitifs peu nets. Les réflexes rotuliens sont abolis. Au niveau de la face interne de la jambe, il y a de l'eczéma variqueux. Dans le pli de l'aine il y a plusieurs ganglions hypertrophiés.

La marche est gênée, mais le sujet sent bien le parquet et quand on lui ferme les yeux il continue à se bien tenir debout. Les réflexes pupillaires sont normaux. A mon avis, le diagnostic de mal perforant n'est pas douteux.

Avant de parler d'anastomose nerveuse dans ce cas, un point intéressant c'est de savoir quelles sont exactement les lésions nerveuses dans le mal perforant. Or, ces lésions des nerfs ont été déjà bien étudiées par Poncet, Eslander, Duplay et Morat, Conti, Fischer, Pitres et Vaillard, Sœr, Weiler, Jelliffe, etc.

Ces lésions ont été trouvées sur les nerfs collatéraux, plantaires, interne et externe, tibial antérieur et tibial postérieur, musculo-cutané, saphène externe, sciatique, poplité externe, saphène péronier.

C'est une névrite mixte :

a. *Interstitielle*, puisqu'il existe de l'hypertrophie du tissu conjonctif entourant les éléments nobles, hypertrophie plus marquée sur les gaines névrilemmatiques et périneurales que sur le tissu conjonctif intra-fasciculaire.

b. *Parenchymateuse*, avec lésions dégénératives des fibres nerveuses portant sur la gaine de myéline et sur le cylindraxe.

Certes la théorie névritique du mal perforant est évidemment la plus probable, ce qui n'empêche pas que les théories vasculaires artérielles et les théories humorales peuvent conjointement être acceptées, les lésions étant multiples.

Or, pour traiter ces lésions nerveuses des nerfs et indirectement le mal perforant, Chipault a proposé et pratiqué l'élongation des nerfs plantaires ou du tibial antérieur. Vous savez que l'élongation agit en rompant quelques fibres nerveuses, d'où une régénération partielle du nerf.

J'ai tenté plusieurs fois cette élongation, mais les résultats que j'en ai obtenus ne m'ont pas paru satisfaisants. C'est pourquoi j'ai voulu chez ce sujet faire une anastomose nerveuse entre les deux nerfs sciatiques, poplité interne et poplité externe. Le 15 juin, j'ai donc mis à nu ces deux nerfs, j'ai taillé une bandelette externe sur le sciatique poplité interne et je l'ai greffée sur le sciatique poplité externe puis j'ai pris une bandelette interne du nerf sciatique poplité externe et je l'ai greffée sur le poplité interne. Le nerf sciatique poplité externe avait un petit volume.

J'ai fait l'anastomose par *entrecroisement partiel réciproque*, parce que le mal perforant plantaire ancien siégeait sur le plantaire interne, branche du sciatique poplité interne, et le mal perforant plantaire dorsal actuel siégeait sur les branches terminales du musculo-cutané, branche terminale du sciatique poplité externe.

Les jours suivants le malade a ressenti quelques élancements à la face interne de la jambe. Il n'a présenté aucune paralysie musculaire.

Au bout de peu de temps l'ulcère s'est cicatrisé. Mais on peut facilement dire que le séjour au lit a suffi pour améliorer le mal perforant.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un mal perforant plantaire bilatéral datant de plusieurs mois et siégeant à l'extrémité antérieure des troisièmes métatarsiens d'un côté et du premier métatarsien de l'autre, avec anesthésie périphérique classique ; un grattage osseux avait déjà été fait. Il s'agissait d'un tabétique.

A gauche j'ai greffé un fragment interne du sciatique poplité externe sur le milieu du sciatique poplité interne.

A droite j'ai exploré la topographie des fibres nerveuses par la pression avec la pince. Sur le sciatique poplité externe, en pinçant le nerf en dehors, on fait contracter les péroniers et en pinçant le nerf en dedans on fait contracter le jambier antérieur et les extenseurs.

Sur le sciatique poplité interne, en pinçant le nerf en dehors, on fait contracter le triceps et en pinçant le nerf en dedans on fait contracter les jambiers postérieurs et les fléchisseurs. Supposant que les fibres trophiques ont le même trajet que les fibres motrices, j'ai greffé une bandelette interne du sciatique poplité externe sur le côté interne du sciatique poplité interne.

Ce qui est curieux dans ce cas c'est qu'en quelques jours les deux maux perforants se sont cicatrisés complètement. Les jours suivants il n'y a eu aucune anesthésie ni aucune parésie. Ce qui est un peu contraire à la théorie des localisations topographiques des fibres motrices, sensitives et trophiques dans les nerfs, et dont je vous parlerai dans un instant.

Dans tous les cas ce résultat me fait penser que l'anastomose nerveuse a ses indications dans les cas de mal perforant.

*
* *

Dans le fait suivant, il s'agit d'un *pied bot varus par névrite* périphérique.

C'est il y a un an que la malade, âgée de cinquante-cinq ans, a ressenti de vives douleurs dans les deux pieds et dans les jambes; peu à peu les pieds se sont déviés en varus, presque symétriquement, mais la déviation est plus marquée à gauche qu'à droite. Il y a de l'atrophie musculaire portant sur la région antéro-externe de la jambe. Les réflexes patellaires sont abolis, il n'y a pas de troubles sensitifs cutanés. L'examen électrique a montré que le jambier antérieur droit présente une diminution de l'excitabilité. La secousse lente a disparu.

Les troubles fonctionnels sont les mêmes pour le jambier antérieur gauche. Quant aux extenseurs des orteils, leur excitabilité est également très diminuée.

Enfin, les muscles péroniers latéraux étaient également parésiés.

Chez cette malade la question de l'anastomose tendineuse se posait difficilement puisque tous les muscles de la région antérieure et de la région latérale étaient parésiés.

Me rappelant les altérations bien connues des nerfs dans les pieds bots paralytiques, j'ai voulu chez cette malade également tenter une anastomose nerveuse.

Le 17 juin, j'ai mis à nu les deux nerfs sciatiques, poplité interne et poplité externe. A droite et à gauche, j'ai pris une bandelette nerveuse sur le sciatique poplité interne et je l'ai greffée sur la partie externe du sciatique poplité externe.

La malade présenta les jours suivants une légère anesthésie sur le trajet du nerf musculo-cutané à droite et à gauche. Il n'y a eu aucun trouble paralytique portant sur les muscles postérieurs. Les muscles ont été massés et électrisés patiemment, mais comme pour toutes les anastomoses nerveuses nous ne verrons les résultats des anastomoses que dans plusieurs mois. Je crois que, outre cette anastomose nerveuse, il faudra faire des anastomoses tendineuses complémentaires.

Ce n'est pas la première fois que l'on tente l'anastomose nerveuse dans les cas de pieds bots. Young, en 1904, anastomosa le nerf musculo-cutané avec le nerf du jambier antérieur, Peckaus et Hackenbourk (1905), Taylor (1906) ont anastomosé le sciatique poplité interne avec l'externe.

Spitzy (1) a rapporté onze cas d'anastomose nerveuse du sciatique poplité externe avec le sciatique poplité interne pour pied bot paralytique.

Ostrehaus (2), dans un cas de pied bot varus équin, anastomosa le sciatique poplité interne avec le sciatique poplité externe.

(1) Spitzy. *Münch. med. Wochens.*, 1908, n° 27.
(2) Ostrehaus. *New-York med. Record*, 11 juillet 1908.

Tubby (1), dans deux cas de pied bot équin, anastomosa le nerf du triceps avec le sciatique poplité externe. Dans un cas de pied bot varus il sectionna le sciatique poplité externe et il anastomosa les deux extrémités sur le sciatique poplité interne. Dans un cas de pied bot varus équin il fit la même opération. Deux ans après, il mit l'anastomose à nu et par l'excitation du nerf il constata la régénération du nerf.

Ashurst (2), pour un talus varus, anastomosa le tibial antérieur avec le musculo-cutané et il fit la transplantation du long péronier latéral dans le tendon d'Achille. Il y eut une amélioration évidente.

De tous ces faits nous conclurons à l'utilité de ces anastomoses nerveuses pour pied bot. Malheureusement la régénération du nerf est très longue, et des anastomoses tendineuses complémentaires sont souvent nécessaires.

*
* *

Dans *plusieurs cas d'ulcère variqueux* j'ai voulu tenter l'anastomose nerveuse. Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans ayant un ulcère variqueux datant de huit ans. Il y a quatre ans, on fit à cette malade la résection de 40 centimètres de la saphène interne; l'ulcère récidiva peu de temps après. Actuellement, il a les dimensions d'une pièce de 5 francs et il siège à la face interne et en bas de la jambe.

Il y a peu de varices chez la malade. L'ulcère siège sur le trajet du nerf saphène interne.

Vous connaissez probablement toutes les recherches qui ont été faites sur les lésions nerveuses dans les cas d'ulcères variqueux. M. Quénu a montré que ces lésions de névrite interstitielle siègent sur le saphène interne, le musculo-cutané, le saphène externe, le tibial postérieur et le nerf sciatique.

Pour ces ulcères variqueux, Chipault a proposé l'élongation du nerf.

J'ai préféré tenter la transplantation du nerf ou son anastomose.

Comme l'ulcère siégeait sur le territoire du nerf saphène interne, j'ai mis ce nerf à nu dès son origine sous l'arcade crurale, je l'ai détaché du nerf crural et je l'ai réimplanté dans le nerf crural, un peu au-dessus de son origine.

Les jours suivants nous avons noté de l'anesthésie sur le trajet du nerf saphène interne. L'ulcère s'améliora, mais c'est du fait du séjour au lit et nous ne pourrons être fixés que dans plusieurs mois sur le résultat de l'anastomose par réimplantation quand des fibres nouvelles auront régénéré tout le nerf saphène et peut-être réparé les troubles trophiques qu'engendrent l'ulcère variqueux. Jusqu'à maintenant il ne s'agit peut-être que d'une hypothèse.

Dans le cas suivant d'ulcère variqueux il s'agissait d'une femme de cinquante-neuf ans ayant un ulcère variqueux depuis douze ans, il siège à la face interne de la jambe droite. Il y avait peu de varices

(1) Tubby. *The Lancet*, 4 sept. 1909.
(2) Ashurst. *Philadelphia Acad. of surg.*, 1908.

autour de l'ulcère et il y a de l'eczéma variqueux. Ici encore j'ai détaché le nerf saphène interne à son origine dans le crural et je l'ai anastomosé au-dessus dans le nerf crural lui-même. Jusque maintenant j'ai fait cinq fois cette réimplantation du saphène interne pour cinq cas d'ulcère variqueux.

Dans le cas suivant il s'agit d'un ulcère de jambe chez un homme âgé à peine de trente-trois ans. L'ulcère siège sur le trajet du musculo-cutané et du saphène péronier. J'ai fait chez ce malade l'anastomose d'un lambeau de nerf sciatique poplité interne sur le nerf sciatique poplité externe. J'ai fait trois fois cette anastomose entre les deux sciatiques poplités pour des ulcères variqueux siégeant sur le trajet du musculo-cutané.

* * *

Pour vous parler du résultat « possible » de ces anastomoses nerveuses quelle qu'en soit l'indication, il faut que je vous rappelle les notions acquises actuellement sur les *greffes* et sur les *anastomoses* nerveuses.

A. Par *greffe nerveuse*, il faut entendre l'interposition entre deux extrémités nerveuses d'un segment de nerf. Ce segment de nerf peut être pris sur le sujet lui-même, c'est une *greffe autoplastique*; il peut être pris à un autre sujet de même espèce, c'est une *greffe homoplastique*; il peut être pris à un sujet d'espèce différente, c'est une *greffe hétéroplastique*.

Les *greffes expérimentales chez les animaux* ont été tentées par Philippeau et Vulpian (1870), Gluck (1880), Johnson (1882), Assaky (1886).

Philippeau et Vulpian ont greffé un fragment de nerf optique et de nerf lingual entre les deux bouts d'un nerf hypoglosse sectionné. Gluck aurait obtenu un résultat positif en greffant 4 centimètres de sciatique de lapin dans un nerf sciatique de poulet. Au onzième jour la mobilité reparut.

Johnson fit des greffes nerveuses, de poulet à poulet, de lapin à poulet. Les résultats furent négatifs. Pour lui, la greffe dégénère, elle ne sert que de tuteur pour la régénération.

Assaky, dans sa thèse (Paris 1886), a repris ces greffes, avec des résultats négatifs.

Verga (*Clin. chir.*, janvier 1910) a refait ces expériences de greffes. Pour lui les greffes autoplastiques et homoplastiques servent de tuteur seulement. Elles sont résorbées après avoir joué ce rôle.

Les essais de greffes nerveuses « chez l'homme » ont donné des résultats assez discordants. P. Vogt greffa des fragments de sciatique de chiens entre deux segments de sciatique chez un homme, le résultat fut négatif, mais la plaie avait suppuré.

Albert greffa un segment de nerf tibial entre les extrémités du nerf médian reséqué pour un névrome. Le résultat fut négatif.

Landerer eut un résultat positif en greffant un fragment de sciatique de cobaye entre les deux extrémités du nerf radial. Au bout de trois semaines le résultat fut positif.

Mayo Robson greffa un tronçon de nerf tibial postérieur avec un résultat positif rapide.

Des résultats bien variables ont été obtenus par Kaufmann, Lange, Moullin, Bradley (1), etc.

En somme, vous voyez que les résultats sont bien contradictoires.

* * *

B. L'étude des *anastomoses nerveuses* est plus fructueuse en résultats que celle des greffes, et, par anastomose nerveuse il faut comprendre l'union d'un nerf avec un nerf plus ou moins proche, cette union que l'on appelle encore transplantation ou implantation peut être partielle ou totale, elle peut être latérale ou terminale (union bout à bout).

Cette anastomose nerveuse, entrevue par Denonvilliers, a été bien précisée par Letievant dans son remarquable *Traité des sections nerveuses* (1873). Ces anastomoses ont été faites chez l'homme par Desprez, Reboul, Sick et Saenger, Ballance, Furet et Faure, Bardenheuer, Manasse, Spitzy, Kennedy, Tilmanns, Purpura, etc. Vous en trouverez l'historique détaillé dans le rapport de M. Gaudier au Congrès de chirurgie de Paris en 1907 et dans l'article récent de Verga.

On distingue l'anastomose par croisement d'un nerf et l'anastomose par croisement des deux nerfs.

L'anastomose avec un nerf voisin a été faite par Letievant, Tilmann, Bardenheuer (2) pour des lésions des branches nerveuses du plexus brachial, et par Stoffel (3) pour des lésions semblables dans le creux de l'aisselle.

Pour le nerf facial l'anastomose spino-faciale ou hypoglosso-faciale a été pratiquée par Ballance, Furet et Faure, Pascale, Purpura, Janu, Girard, Peugniez, etc.

Ainsi Pascale (4) signale 51 cas d'anastomose spino-faciale publiés jusqu'en 1907. On fit 31 fois l'anastomose spino-faciale et 20 fois l'anastomose hypoglosso-faciale. Or, des améliorations très marquées auraient été observées dans 75 p. 100 des cas.

Ito et Sogesima (5) ont rapporté depuis que, pour 12 cas de paralysie faciale, 6 fois ils tentèrent la greffe nerveuse, 2 fois l'anastomose spino-faciale, 4 fois l'anastomose hypoglosso-faciale.

Une statistique importante sur ces anastomoses nerveuses en général, c'est celle de Spitzky qui rapporte avec des résultats non constants :

11 cas d'anastomose de sciatique poplité interne sur le poplité externe paralysé;

1 anastomose de sciatique poplité externe sur lui-même;

3 anastomoses de sciatique poplité externe sur le sciatique poplité interne paralysé;

4 anastomoses de l'obturateur sur le crural paralysé.

4 anastomoses du médian sur le radial paralysé.

---

(1) Cités par Verga.

(2) BARDENHEUER. *Deuts. Zeit. f. Clin.*, 1908, et *Cent. f. Chir.*, 1909, n° 31.

(3) STOFFEL. *Deuts. Zeit. f. Orthop.*, Bd XXV.

(4) PASCALE. *Riforma med.*, 1907.

(5) ITO et SOGESIMA. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1907.

*
* *

Les *indications des anastomoses nerveuses* se conçoivent aisément. Elles ont été faites pour : *a.* plaies des nerfs avec perte étendue dans la continuité du nerf par plaie ou par résection opératoire pour tumeur; *b.* paralysie nerveuse, par névrite périphérique ou centrale, par compression, par élongation (plexus brachial).

Un point intéressant c'est de savoir quelle partie du nerf il faut détacher pour faire ces anastomoses. Dans les troncs nerveux les fibres ont-elles un siège indifférent ou bien y a-t-il une topographie dans chaque gros tronc nerveux. Les fibres nerveuses de chaque zone musculaire ou de chaque zone sensitive ont-elles leur territoire spécial dans le tronc nerveux? C'est à cette dernière hypothèse que se range Stoffel. J'ai recherché dans le sciatique poplité externe et interne avec la pression de la pince quelles étaient les réactions observées. Il semble bien qu'en pressant la partie externe du sciatique poplité externe on fait contracter les muscles péroniers et en pressant la partie interne on fait contracter les extenseurs et le tibial antérieur. De même dans le sciatique poplité interne en pressant la partie externe on fait contracter le triceps crural et en pressant la partie interne on fait contracter les fléchisseurs. Quant aux fibres sensitives il est difficile de préciser leur topographie même en anesthésiant partiellement à la cocaïne des segments distincts du nerf. Les zones anesthésiées sont peu précises et de plus dans le cas dans lesquels j'ai pris une bandelette d'un sciatique pour l'anastomoser avec l'autre sciatique, je n'ai pas noté d'anesthésie cutanée post-opératoire.

Il y a encore là matière à des recherches physiologiques et pathologiques intéressantes.

*
* *

Au point de vue de la *technique opératoire* la suture nerveuse doit être faite avec des aiguilles très fines, elle est ou périneurale et ne prend que le périnèvre ou endoneurale et traverse tout le nerf. Volberg recommande une aiguille plate sur les faces, pour léser le nerf le moins possible. Je me suis servi des aiguilles très fines de Kirby avec de la soie très fine n° 500, comme pour les sutures vasculaires.

Des éléments prothétiques ont été employés pour faciliter la bonne direction des éléments de régénération, ce sont les sutures tubulaires de van Lair avec les drains d'osséine de Neuber qui emboîtent les deux segments. On s'est servi aussi des tubes d'artères de veau (Foramitti), des tubes d'artères de chien (Spitzy).

La suture par dédoublement ou neuroplastie de Letievant est peu recommandée. Un segment latéral du bout supérieur est abaissé en tournant autour de son pédicule et va rejoindre un segment également retourné du bout inférieur du nerf. Verga pense que ce procédé est peu recommandable. Ces segments de nerfs ne servent que de tuteur.

L'anastomose à distance par fils de catgut servant de conducteur recommandée par Assaky a été utilisée avec succès par Erhmann et Guelliot.

*
* *

Quels sont les *résultats de la greffe nerveuse.* Les greffes autoplastiques auraient donné quelques résultats positifs. Les greffes homoplastiques servent simplement de support. Les greffes nerveuses hétéroplastiques se nécrosent. C'est encore la résultante des recherches expérimentales de Verga.

Quels sont les *résultats des anastomoses nerveuses.* Ils sont bons, mais bien tardifs! Cela est en rapport avec la question de la régénération des nerfs; celle-ci est d'origine centrale (Valler, Ranvier, Ramon y Cajal), pour la plus grande partie. Quant à la régénération périphérique admise par Philippeau, Vulpian, Bethe, Ballance, Stevart, etc., son rôle est réel, mais secondaire.

Or cette régénération ne se produit complètement qu'au bout de cinq à six mois!

Par conséquent il faut dans toutes ces anastomoses attendre patiemment les résultats pendant longtemps. C'est ce que nous ferons pour les cas dans lesquels cette anastomose a été tentée.

J'ai voulu aujourd'hui vous montrer, que pour les nerfs, les recherches sur les greffes et anastomoses sont nombreuses, mais moins fécondes que pour les anastomoses vasculaires et il y a encore bien des points à élucider au point de vue anatomique, physiologique et pathologique

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Liste des médecins auxquels le ministre a conféré, par décision du 23 septembre 1910, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

Médailles d'argent (accordées après vingt années, au moins, de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Crouslé (de Magny-en-Vexin), Stieffel (de Joinville-le-Pont), Doat (de Boulogne-sur-Seine).

1re légion : MM. Bresselle (d'Oisy-le-Verger), Collette (d'Ardres), Verdière (de Bertincourt).

2e légion : MM. Duriez (de Pierrefonds-les-Bains), Couty (de Vic-sur-Aisne), Toussaint (d'Albert), Berthelémy (de Braisne).

3e légion : MM. Gourdier (de Bretteville-sur-Laize), Agut (de la Barre-en-Ouche), Texier (de Bourgachard).

4e légion : MM. Bardet (d'Anet), Hommey (de Sées), Mézange (de Lassay).

6e légion : M. Gairal (de Carigan).

7e légion *bis* : M. Poncin (de Montrevel).

8e légion : MM. Beaupère (de Salornay-sur-Guye), Tounissont (de Culan).

9e légion : MM. Tabaraud (de Fontevrault), Paterne (de Nueil-sur-Passavant), Roger (de Levroux), Enon (d'Argenton-l'Eglise).

10e légion : M. Fauvel (de Coutances).

11e légion : M. Dupas (de Nort-sur-Erdre).

12e légion : MM. Thomas (de Nexon), Rouby (de Lapleau), Millet-Lacombe et Streyjol (de Saint-Pardoux-la-Rivière).

13e légion : MM. Florand (de Bourg-Lastic), Chaussende (du Monastier), Lacroix (de Pont-du-Château).

14e légion : MM. Denier (de la Tour-du-Pin), Feyat (de Saint-Symphorien-d'Ozon).

14e légion *bis* : M. Déluermoz (de Vulbens).

15e légion : MM. Dumas (de Lédignan), Clarou (du Vigan).

15e légion *bis* : M. Laugier (du Bar).

15e légion *ter* : MM. Filippini (d'Olmi-Cappella), Belgodère (de Calvi).

16e légion : M. Constans (de Brasc).
16e légion *bis* : M. Bascou (de Bouisse).
17e légion *bis* : MM. Roudouly (de Caussade), Paganel (de Saint-Sylvestre), Boudou (de Montech).
18e légion : MM. Robin (de Saint-Hilaire), Eveillé (de Saint-Bonnet), Sternberg (de Castres).
19e légion : MM. Pierre (de Bouïra), Cornebois (d'Hussein-Dey).
20e légion : MM. Moreau (de Chaource), Cornu (d'Ervy).

Médailles de vermeil (accordées après vingt-cinq années, au moins, de soins gratuits). — Légion de Paris : M. Morisson (de Maisons-Alfort).

1re légion : MM. Ledru (de Vic-en-Artois), Boulinguez (d'Hénin-Liétard), Heutte (de Beaumetz-les-Loges), Legrand (de la Bassée). Lequette (de Liévin).
2e légion : M. Petit (de Château-Thierry).
4e légion : MM. Despiau (de Château-Gontier), Chalgneau (de Saint-Denis-d'Orques), Thalinger (de Bonnétable), Filleul (de la Ferté-Vidame).
5e légion : M. Forgeron (de Saint-Florentin).
7e légion : MM. Henry (de Saulx), Coillot (de Cendrey).
8e légion : MM. Laurent (de Cosne), Placé (de Mehun-sur-Yèvre).
9e légion : M. Deschand (d'Ile-Bouchard).
10e légion : M. Faucon (de Landelles-et-Compigny).
11e légion : MM. Moris (de Pouzauges), Bourigault (de Moisdon-la-Rivière).
12e légion : MM. Filhoulaud (de Pierre-Buffière), Bussy (de Lubersac).
14e légion : M. Revouy (de Saint-Symphorien-d'Ozon).
14e légion *bis* : M. Boimond (de Saint-Jeoire).
15e légion *bis* : M. Convers (de la Javie).
16e légion : MM. Albespy (de Marcillac), Andrieu (de Capdenac-gare).
16e légion *bis* : MM. Echernier (de Saint-Paul), Cartade (d'Estagel).
18e légion : M. Bos (de Lesparre).
20e légion : M. Schmitt (de Baccarat).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 6, 11 août 1910.) Henry Jackson : Les aspects cliniques de l'artério-sclérose. — Justice G. Hanson : L'inspection médicale dans les écoles publiques. — William Palmer Lucas : Sur le diagnostic de la paralysie infantile à sa période prodromique et de début aigu, d'après une étude expérimentale de la poliomyélite aiguë chez le singe, avec l'application à quatre observations chez l'homme (avec 7 tableaux). — A. Mackenzie Forbes : Notes sur l'état pathologique appelé atonie interne et externe, son association probable à la tuberculose (2 figures). — (N° 7, 18 août.) Théobald Smith : Quelle est la base expérimentale de la vaccinothérapie? — Joseph H. Gratt : Sur l'importance de déterminer la puissance des préparations de digitale (3 tableaux). — Timothy Leary et Robert W. Hastings : Communication préliminaire sur l'emploi thérapeutique du liquide ascitique (avec 8 figures). — William R. Woodbury : L'organisation du service de médecine sociale. — Guy Hinsdall : Etude météréologique et hygiénique des inondations survenues en France en 1910. — (N° 8, 25 août.) James Warren Sever : Rapport du service des scoliotiques à l'hôpital des enfants à Boston (5 graphiques, 2 tableaux). — Charles Greene Cumston : Notice historique sur l'opération césarienne, la première opération pratiquée dans le milieu du XVIIIe siècle. — Arthur I. Kendall : Les bactéries de l'acide lactique; ce qu'elles sont et ce qu'elles sont supposées être. — Archer O'Reilly : Description d'un cas de fracture de l'épiphyse inférieure du tibia (3 radiographies). — W. R. P. Emerson : Le traitement hygiénique et diététique des enfants débiles par la méthode de l'école (extrait).

Bulletin médical. — (N° 71, 3 sept. 1910.) Kirmisson : Pied plat valgus douloureux et artrite tuberculeuse du tarse. — Maljean : A propos du choléra. — (N° 72, 7 sept.) Poncet : Rhumatisme tuberculeux ankylosant. Polyarthrites multiples d'origine tuberculeuse. Tumeur blanche suppurée du poignet gauche. — (N° 78, 10 sept.) Schneider : Fièvre de Malte.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 35, 27 août 1910.) O. Roth : Recherches hématologiques dans l'intoxication par l'oyyde de carbone.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 25 août 1910.) Rosenbach : Une nouvelle tuberculine. — Nocht et Werner : Observations sur la résistance relative à la quinine dans la malaria du Brésil. — De la Motte : La réaction de Porgès. — Selter : Une méthode simplifiée de la désinfection des mains à l'alcool. — W. Müller : La désinfection à la teinture d'iode du champ opératoire. — Graefenberg : Importance du pantopon pour la gynécologie et l'obstétrique. — Meyer : Importance des méthodes d'examen et des voies aériennes supérieures au service de la pédiatrie. — Dreuw : Masse d'eau à pression.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 35, 30 août 1910.) Schotmüller : Sur la pathogénie de l'avortement septique. — Pässler : Sur le remplacement des bains thermiques indifférents par inhalation de leur émanation de radium chez les rhumatisants. — Spiethoff : L'arsenobenzol dans la syphilis. — Duhol : Résultats inattendus chez un nourrisson hérédo-syphilitique après traitement de sa mère par le « 606 ». — Ehrlich : L'injection intraveineuse de « 606 » offre-t-elle des dangers particuliers? — Jaeger : Sur la morbidité dans la grossesse dans la mort prématurée du fœtus et la syphilis de la mère. — Baruch : Sur l'influence du nitrate d'argent pulvérisé sur le développement de la granulation et de l'épithélium. — Köhler : Contribution critique au diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — Gerber : L'augmentation du sclérome en Prusse orientale. — Ohm : Un dispositif pour la photographie de l'enregistrement du pouls. — Kaesble : Tentative d'une nouvelle méthode d'appréciation de la durée du séjour des liquides dans l'estomac. — Gillet : Nouveaux résultats dans l'évaluation du siège des corps étrangers au moyen des rayons Röntgen. — Trautmann : Sur le traitement des bouchons amygdaliens.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 34, 25 août 1910.) Freund et Kaminer : Sur les rapports entre les cellules des tumeurs et le sérum sanguin. — Jianu : Les indications de l'extirpation du pylore. — Schick : La cure d'atropine dans l'ulcère gastrique et les indications de l'atropine en médecine interne. — Estner : Casuistique du « 606 » d'Ehrlich. — Bohac et Sobotka : Sur les troubles vésicaux après l'emploi de la préparation « 606 » d'Ehrlich.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

Le Vin Girard

DE LA CROIX DE GENÈVE

IODO-TANNIQUE PHOSPHATÉ



EST ORDONNÉ par plus de 30,000 *MÉDECINS*, et cela s'explique si l'on songe que le *VIN GIRARD*

REMPLACE l'huile de foie de morue,

EST exactement dosé, agréable au goût, *EUPEPTIQUE*, il stimule les fonctions digestives et d'assimilation,

FACILITE la résolution des tubercules et leur transformation crétacée,

CALME la toux et l'oppression,

COMBAT la misère physiologique,

EST considéré par beaucoup comme le spécifique du lymphatisme et de la scrofule.

EN RESUMÉ c'est la meilleure façon de faire absorber l'iode : aux *FEMMES*, aux *ADULTES*, aux *ENFANTS*.

SIROP GIRARD

MÊME COMPOSITION

S'ORDONNE PLUS SPÉCIALEMENT EN MÉDECINE INFANTILE

ACTUELLEMENT : 48, rue d'Alésias, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Dufour, Josué, Michel, Lejars, Paul Riche, Cathala, qui acceptent; Vurpas, Delbet et Gaucher, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— *Avis.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 17 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'hôtel de ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Lavage de l'estomac. Indications et technique. »

MM. Bléteau, 14 1/2; Barbion, Andréoli et Brawarsky, 9; Mlle Caesar, 17; MM. Ach, 8; Brousseau, 10; Bourgoin et Abrial, 9; Binet (Léon), 12; Bavachi, 8; Brabander, 13; Bozonet, 8; Boyau, 15; Cassan, 13; Mlle Cabiale, 16; MM. Djismedjian, 5; Caron, 17; Blot, 17 1/2; Caillet, 9.

Anatomie. — Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Veines du membre supérieur. »

MM. Loré, 12 1/2; Kahn, 14; Lavat, 14 1/2; Mlle Kaufmann, 9; MM. Lorain, 15 1/2; Lasmartres et Leray, 11; Le Coq, 8; Lebrun, 12 1/2; Mlle Moulard, 14; MM. Quantin, 7; Michalowski, 13; Meunier, 10 1/2; Morlot, 17; Poucy, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Le jeudi 24 novembre 1910, à huit heures du matin, sera ouvert à l'hôpital d'Avignon, un concours pour cinq places d'interne suppléant en médecine et en chirurgie.

Les candidats admis pourront être ensuite titularisés, au fur et à mesure des vacances pouvant survenir dans le personnel de l'internat.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours, au secrétariat général des hospices.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 28 septembre 1910 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Chambelland passe au 46e d'inf.; Jouffreau, au 142e d'inf.; Martinet, au 130e d'inf.; Dupont, au 157e d'inf.; Touzet, au 113e d'inf.; Barberousse, au 17e d'art. de camp.; Giraud, au 60e d'inf.; Bergès, au 3e tir. algér.; Montet, au 126e d'inf.; Causerel et Peutot, aux hôpitaux de la division d'Oran; Lannes-Dehore, à la place de Belfort; Charrier, au 2e tir. algér.; Dellys, au 8e d'inf.; Salètes, au 144e d'inf.; Létang, au 14e d'art.; Coudray, au 59e d'inf.; Homolle, au 4e de zouaves; Combe, au 13e d'art. de camp.; Dornoy, au 35e d'art. de camp.; Lambert des Cilleuls, au 37e d'inf.; Durban, au 88e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Hirtzmann passe au 5e de hussards; Le Mansois, Duprey, au 136e d'inf.; Jullian, au 54e d'inf.; Merlat, au 14e de chass. à cheval; Péré, au 78e d'inf.; Schangel, au 5e de chass. à cheval.

— Par décret du 28 septembre 1910, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe retraités Brossier et Pujol.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe démissionnaire Moitron.

— Par décision ministérielle du 24 septembre 1910, M. le médecin de première classe Oberlé et M. le médecin aide-major de première classe Salètes sont inscrits d'office à leur rang d'ancienneté au tableau de concours pour chevalier de la Légion d'honneur au titre des expéditions lointaines : affaire de Moul-el-Bacha (12 juillet 1910).

MARINE. — Le sous-secrétaire d'Etat de la Marine a adressé aux vices-amiraux commandant en chef, préfets maritimes, officiers généraux, etc., une instruction concernant la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Les récentes études visant la cause de propagation de cette maladie ont révélé certains facteurs d'infection nécessitant des mesures spéciales dans le but d'éviter l'éclosion et la persistance des épidémies.

Cette instruction, publiée dans le *Journal officiel* du 4 octobre 1910, a pour but de réglementer et de codifier ces mesures dont il est permis d'attendre les plus heureux résultats si elles sont appliquées avec suite et méthode.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Petit (de Moulins).

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE ET SCOLIOSE

SCOLIOSE D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE (1).

A différentes reprises, notre conception du rachitisme tardif, syndrome d'infection atténuée, a été critiquée et rejetée de l'orthodoxie pathologique. Dans le domaine théorique, on nous a fait un procès de tendances, et au point de vue pratique, on a dénié toute valeur à nos observations.

Pourtant, depuis quelques années, le temps a travaillé pour nous; certes, nous avons toujours des opposants irréductibles, mais à côté d'eux bien des conversions se sont faites.

Nous ne voulons pas aujourd'hui envisager la question d'ensemble. Nous raisonnerons sur des choses concrètes. Etant données les analogies de toutes les maladies de la croissance, ce qui est démontré pour l'une le sera pour les autres. La scoliose nous semble pouvoir parfaitement illustrer notre conception.

Comment doit-on comprendre aujourd'hui la scoliose, dite *essentielle*, des adolescents ? La scoliose, ayant pour substratum anatomique fondamental une asymétrie du corps vertébral d'où résulte le déséquilibre rachidien, la question se réduit à rechercher quelles peuvent être les causes de l'asymétrie vertébrale. Elle peut être congénitale; elle peut relever de conditions statiques défectueuses habituelles; elle peut, enfin, tenir à une malléabilité anormale des os, des articulations.

La *congénitalité* joue son rôle parfois. Tout récemment P. Vignard et G. Monod étudiaient les caractères et les particularités de la scoliose qu'elle engendre quand elle frappe le segment lombaire. De même, Nau, Desfosses, Kirmisson, Mouchet, Coville, ont insisté sur ces anomalies du développement vertébral et Denucé n'est pas éloigné de croire que certaines scolioses relèvent d'un développement inégal des deux moitiés de la notocorde, de l'asymétrie du nucleus pulposus. Nous admettons tout cela, mais malgré l'opinion de Bœhm qui prétend, que dans la majorité des cas, chez les jeunes filles, la radiographie montre des anomalies de développement rachidien, nous croyons que, le plus souvent, la déviation relève d'un facteur agissant pendant la poussée de croissance.

Pour beaucoup, ce facteur est purement *mécanique* : l'asymétrie rachidienne vient d'une inégale répartition des forces statiques ou des actions dynamiques. La charge asymétrique ferait fléchir les disques, écraserait, peu à peu, sur un de ses bords, le corps vertébral, d'où le tassement latéral, l'asymétrie anatomique et la courbure. Dans cet ordre d'idées, on a dit (Hueter, Nicoladoni) que, par suite d'une attitude vicieuse longtemps prolongée, le côté surchargé est retardé dans son développement d'où l'asymétrie ou, au contraire (Wolff, Hoffa) que, dans des conditions statiques anormales, le poids du corps étant en excès sur un des côtés du rachis, les vertèbres s'organisent pour le supporter, le tissu compact se tasse dans la concavité et la déformation est fixée.

Certes, nous ne méconnaissons point l'influence adjuvante que peuvent avoir des pressions inégalement réparties, mais il nous semble qu'il est exagéré de la mettre à l'origine de tout. Quelque activité que l'on suppose à la force vitale de l'adaptation fonctionnelle, on ne saurait lui faire expliquer les lésions si complexes de la vertèbre scoliotique; la forme en coin, l'obliquité des corps vertébraux, les flexions et les torsions postérieures, etc., ne peuvent se comprendre sans une malléabilité anormale de l'os.

D'autre part, nous voudrions savoir quelle surcharge si puissante peut entraîner d'aussi graves désordres ? La scoliose a son maximum de fréquence entre huit et treize ans. A cet âge, tous les enfants sont des écoliers. Ce sont donc des attitudes vicieuses scolaires qui doivent intervenir; et de fait, classiquement, la scoliose est tenue pour une maladie scolaire. Cependant, qu'on veuille bien songer combien intermittente est la position vicieuse imposée par l'écriture aux enfants, en particulier aux petites filles, combien brève est sa durée quotidienne, et l'insuffisance des attitudes scolaires apparaîtra manifeste.

G. Monod, qui a fait une enquête soigneuse parmi les enfants des écoles de Lyon, a très justement fait des remarques du même genre : « Les attitudes, dit-il, n'ont pas, chez les écoliers, cette régularité et cette durée, exigées des causes d'asymétrie dans les scolioses. Les positions que prend l'enfant pour écrire sont variables, elles se traduisent, le plus souvent, par une seule courbure rachidienne, convexe en arrière et soit à droite, soit à gauche. Dans les écoles primaires françaises, les enfants n'écrivent pas assez longtemps pour que cette attitude ait une influence suffisante.

Quant aux mauvaises attitudes prolongées, celles que prennent certains enfants quelle que soit leur occupation actuelle, leur rôle est beaucoup moins douteux. Mais elles ne résultent pas d'une *habitude* donnée par l'écriture ou par tout autre exercice scolaire...

Un enfant n'a pas des résistances rachidiennes affaiblies parce qu'il se tient mal, mais il se tient mal parce que ses résistances rachidiennes sont affaiblies.

Les attitudes exigées des adolescents pour certains travaux industriels, peut-être même par les travaux de la campagne, sont beaucoup plus fixes et plus prolongées. C'est là, bien plus qu'à l'école, qu'il faudrait chercher le rôle des attitudes vicieuses dans la pathogénie des scolioses. Mais de cette enquête ressort ceci : que les déviations vertébrales sont plus fréquentes chez les enfants soumis à une mauvaise hygiène, à une nourriture insuffisante, à un surmenage physiologique, à des causes pathologiques nombreuses, à des convalescences abrégées de maladies infectieuses, etc... »

Enfin, il est un dernier argument à invoquer contre les théories statiques pures : la scoliose n'est point l'apanage de l'espèce humaine, ni de la station bipède.

(1) Communication à la séance de l'Académie de médecine, 4 octobre 1910.

Elle est rare, évidemment, chez les quadrupèdes, mais elle s'y voit en dehors des anomalies congénitales. Nous avons vu au Muséum de Paris, le squelette d'un porc-épic scoliotique, par ostéomalacie acquise; nous avons également examiné, à l'école vétérinaire de Lyon, plusieurs squelettes scoliotiques de grands animaux. Cette ostéomalacie déformante s'observe aussi chez les poissons : elle n'est pas rare chez les oiseaux domestiques, chez les gallinacés.

A l'instigation de Bier, Fritz Härtel vient d'étudier de tels faits dans un mémoire intéressant, et il conclut pour les oiseaux de basse-cour, que l'étiologie et l'aspect anatomique de la scoliose dorsale offrent de manifestes analogies avec la scoliose habituelle de l'homme.

Aussi bien, ne saurions-nous pas admettre l'influence exclusive ou prédominante des forces statiques ou des actions dynamiques dans l'étiologie de la scoliose.

Comme l'a dit, depuis longtemps, Malgaigne, « les attitudes demeurent innocentes tant que les articulations sont saines ». Pour qu'elles puissent entrer en jeu, il faut que l'os soit *anormalement malléable.*

D'où lui peut venir cette *malléabilité?* Est-elle physiologique? Nous ne le croyons pas. L'os qui pousse n'est évidemment pas un os très dur, mais il est exactement adapté aux pressions qu'il supporte, sans quoi les processus normaux de la croissance, errant hors des harmonies physiologiques, relèveraient constamment de la pathologie. Au reste, de nombreux faits militent en faveur d'une origine ostéopathique de la scoliose. Quelle peut donc être cette ostéopathie? Le rachitisme tardif? Nous ne voulons point revenir sur le caractère tout hypothétique de cette explication. Le rachitisme tardif n'est qu'un mot de compréhension très extensive qui ne veut préjuger de rien. Kirmisson, qui s'en est fait le défenseur, n'a-t-il pas écrit quelque part : « La cause véritable, la cause première de la scoliose nous paraît être dans une altération du tissu osseux pendant la période d'accroissement et d'ossification de la colonne vertébrale. » Ce qui ne précise ni la nature ni le mo e d'action de l'agent pathologique.

C'est dans un sens plus large, plus juste, que E. Weill voit dans le rachitisme causal la maladie de l'os qui pousse. Mais, s'il en est ainsi, si le rachitisme tardif n'a du rachitisme que le nom, n'est-il pas logique de le considérer comme l'aboutissant de toutes les infections atténuées qui peuvent frapper l'individu?

C'est ainsi que nous le comprenons, et cette compréhension s'appuie sur des arguments solides.

Anatomiquement tout d'abord, la trace de l'atteinte infectieuse est manifeste sur toutes les colonnes scoliotiques que l'on peut examiner après la mort. Presque toujours on y voit des néoformations osseuses, des soudures partielles entre vertèbres voisines, des exostoses, des ossifications ligamentaires, des ankyloses vertébrales, etc. Rien n'est plus instructif, à ce point de vue, qu'une visite à l'admirable collection Bouvier, au musée Dupuytren.

On objectera, évidemment, que ce sont là des pièces de musée, que « les sujets dont les squelettes figurent dans les vitrines n'étaient pas pendant leur vie une jeune fille comme celle que la mère nous amènera demain, parce que la corsetière lui a trouvé une épaule plus haute et une hanche plus forte ». Qu'en sait-on?

Qui oserait affirmer que si, au début, une de ces scolioses avait été régulièrement soignée, suivant une hygiène générale rigoureuse, elle n'en serait pas restée au stade initial que vous rencontrerez demain?

Qui oserait prévoir le sort de telles déviations abandonnées à elles-mêmes dans les pires conditions que la lutte pour la vie peut imposer à nombre d'enfants, d'adolescents, dans certaines conditions sociales? Y a-t-il une différence de nature entre le mal de Pott léger, curable, sans la moindre cyphose et la grave phtisie vertébrale qui fait les polichinelles? De même pour la scoliose. Entre la légère déformation et l'affreuse bosse, il y a une série d'états intermédiaires qui permettent la filiation. En haut comme en bas de l'échelle, le processus est le même. Des degrés d'intensité règlent les degrés de la déviation. A une gamme de lésions correspond une gamme de virulence.

Autre argument. Il n'est pas rare de voir la scoliose débuter à la suite d'une maladie infectieuse ou peu après. De même, il est fréquent de voir une légère déformation s'aggraver subitement après une scarlatine, une angine, etc.

On est ainsi conduit à supposer que *l'infection, quelle qu'elle soit, favorise la formation des courbures anormales, en ramollissant les os, en affaiblissant les résistances rachidiennes, et qu'elle est la véritable cause de la scoliose, syndrome et non maladie essentielle.*

Dès lors, on est en droit de se demander quelles sont, dans cette ostéo-arthro-malacie, les infections qui interviennent; toutes, croyons-nous, de la syphilis héréditaire à l'érysipèle, et parmi toutes, la tuberculose doit être comptée.

Cela ne doit paraître ni étrange ni paradoxal, quoi qu'en pensent d'éminents orthopédistes. La tuberculose qui agit, en pareil cas, suivant le type inflammatoire que nous avons fait connaître depuis quelques années, est une tuberculose masquée, que seule peut reconnaître qui la cherche.

L'expérience du passé ne vaut rien en pareille matière, car nulle enquête biologique n'a été faite dans le passé avec ce but déterminé, et nous comprenons très bien, qu'au premier abord, en cherchant dans ses souvenirs, un chirurgien n'ait pas l'impression que la scoliose puisse être fonction de tuberculose. Mais, qu'en présence de ses malades, il cherche soigneusement tous les menus indices d'une infection, personnelle ou héréditaire, son opinion changera.

Actuellement, par esprit de contradiction, volontiers on ferait des scoliotiques de robustes filles, par exemple, que jamais la maladie ne saurait effleurer. Ce serait leur faire une injure gratuite que de les supposer, un instant, en état d'infériorité organique; et pourtant, que n'a-t-on pas écrit sur les rapports

de la scoliose et des troubles de la nutrition, sur la scoliose et l'arthritisme, sur la scoliose et la névropathie! Les affirmations d'aujourd'hui n'empêcheront pas que la tendance ait toujours existé de faire des déviations rachidiennes la conséquence d'un fléchissement organique général.

C'est cette opinion que consacrait récemment encore Hutinel avec son autorité de médecin d'enfants, quand il décrivait dans une récente étude, le complexus clinique habituel des scoliotiques. L'examen des jeunes scoliotiques, écrivait-il en substance, révèle souvent des signes multiples d'un état général défectueux : le thorax est mal développé, les bras sont maigres et peu robustes, les muscles du tronc sont faibles et se fatiguent vite. On note des palpitations, de la dyspnée d'effort, des souffles anémiques, un peu d'hypertrophie cardiaque parfois, et, bien plus souvent encore, des troubles de la circulation périphérique; les extrémités sont froides, violacées; l'examen des urines traduit un mauvais état général : l'urée est diminuée ainsi que les phosphates; il y a de la déminéralisation; l'albuminurie orthostatique n'est pas rare. Enfin, aux sommets des poumons, on entend assez souvent des signes d'auscultation plus ou moins précis. Certains détails d'examen ne doivent pas, ajoute Hutinel, être mis sur le compte de la tuberculose, qui jouerait bien, cependant, un rôle dans la genèse de tout cet état. Plus souvent encore elle en serait la conséquence. Cette dénutrition créerait une prédisposition à la tuberculose comme elle prédispose aux déviations vertébrales.

Ces enfants seraient des prétuberculeux.

Nous ne voulons point discuter ici l'hypothèse qui ne fait dater l'infection tuberculeuse que du jour précis où elle s'est localisée dans le poumon, ni chercher pourquoi on déclare, hors tuberculose, une déchéance organique prétuberculeuse, qu'il est si simple de considérer comme symptomatique.

Nous nous bornons à enregistrer ici l'opinion d'un pédiatre éminent, à l'appui de l'opinion, que nous avons nous-mêmes défendue. Les scoliotiques sont fréquemment des débiles et beaucoup d'entre eux doivent être suspects d'une tuberculose larvée à dépister. C'est, au reste, ce que tendent à montrer certaines études.

A. Pic et M. Piery ont noté, en examinant par séries, des jeunes filles, candidates à des emplois administratifs, la fréquence du syndrome suivant qui concorde avec ce que nous avons vu : petit goitre, scoliose légère, albuminurie intermittente, etc., tuberculose du sommet.

G. Cotte a fait connaître la statistique de Mosse : sur 89 enfants de six à quinze ans du service de Senator, atteints de scoliose, 54 avaient des signes d'infiltration des sommets. Etablie pour montrer la justesse des vues de son maître sur la fréquence de la tuberculose chez les scoliotiques, cette statistique nous paraît, malgré les critiques que l'on en a faites, d'un haut intérêt pratique, car les chiffres ont, en pareille matière, une valeur énorme.

A. Chalier, avec des observations de L. Bérard; Rhenter et Rebattu, dans le service de J. Gallavardin, ont attiré l'attention sur des faits du même ordre. Ces derniers, en examinant les hospitalisés d'un service d'incurables, ont vu que les cyphotiques dont la déviation était tardivement apparue, à la fin de l'âge adulte ou dans la vieillesse, ne réagissaient pas à l'ophtalmo-réaction, tandis que celle-ci était, le plus souvent, positive chez les scoliotiques dont la lésion vertébrale s'était montrée dans l'enfance.

G. Monod qui, dans une thèse très étudiée, s'efforce de restreindre le rôle possible de la tuberculose dans l'étiologie de la scoliose, a recherché la tuberculose dans 51 cas de scolioses observées auprès de son maître Vignard. Il trouve, chez 11 d'entre eux, des signes cliniques de tuberculose, soit 20 p. 100; chez plusieurs (il n'indique pas le nombre exact), une hérédité tuberculeuse; 9 fois il a fait l'ophtalmo-réaction, 5 fois elle était positive : 2 de ces 5 malades n'avaient aucun signe clinique de tuberculose.

La statistique est incomplète, mais telle qu'elle est, il nous semble qu'elle est plutôt à l'appui de l'idée que nous défendons. Elle tend à établir la fréquence de la tuberculose larvée chez les jeunes scoliotiques.

Notre champ d'investigation ne nous a pas permis de procéder en pareille matière à une enquête personnelle étendue. Sur quatre jeunes scoliotiques cliniquement indemnes de tuberculose, nous avons fait faire la séro-réaction d'Arloing et P. Courmont; elle fut, trois fois, nettement positive.

Aussi admettons-nous comme certain : *que la scoliose, syndrome d'infection atténuée, est une déformation permise par une ostéomalacie vertébrale dont la tuberculose inflammatoire est fréquemment responsable.*

La même pathogénie tuberculeuse est naturellement à la base, chez de nombreux sujets, comme nous l'avons déjà montré et ainsi que nous l'indiquions au début de cette communication, d'autres malformations ostéo-articulaires de l'enfance, de l'adolescence : pieds plats douloureux, genu valgum, exostoses, radius curvus, coxa-vara, etc., déformations acquises, similaires étiologiquement, pour tout le monde, de la scoliose, et généralement rattachées encore, elles aussi, au rachitisme tardif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1910)

De l'action oculaire expérimentale des poussières de routes goudronnées. — M. le professeur Truc et M. Fleig (de Montpellier) ont cherché à élucider le mécanisme de la nocuité spéciale pour les yeux des poussières de goudron.

Il résulte de leurs expériences que les poussières des chaussées urbaines non goudronnées recueillies sur le sol ou dans l'atmosphère ne produisent chez le lapin aucun trouble

oculaire, sauf lorsqu'elles produisent un traumatisme. Dans ce cas il y a de la conjonctivite légère.

Il n'en est pas de même des poussières des routes goudronnées dont la nocuité très grande paraît due :

1° Avant tout, à l'action chimique (caustique et toxique) des composés du goudron contenus dans la poussière sur les muqueuses oculaires ;

2° Secondairement, à l'irritation mécanique produite sur l'œil par ces poussières ;

3° Aux microbes se trouvant dans ces poussières, l'infection étant favorisée par les lésions d'ordre chimique et mécanique.

Les lésions oculaires réalisées expérimentalement et les rares observations faites chez l'homme ne paraissent point constituer un argument contre le goudronnage des routes qui, presque à tous égards est très satisfaisant et dont l'application réalisée dans de bonnes conditions techniques est susceptible de diminuer encore les chances de production des accidents oculaires.

Observations de calorimétrie animale faites au Mont-Blanc. — MM. H. Guillemard et G. Regnier viennent de faire une série d'expériences de calorimétrie à des altitudes croissantes, de Paris au sommet du Mont-Blanc. De leurs expériences on peut conclure au point de vue pratique qu'il est tout indiqué pour lutter contre le mal de montagne de se soustraire autant que possible à l'action du froid.

Propriétés du sérum des malades convalescents et des animaux guéris de typhus exanthématique. — MM. Ch. Nicolle et E. Conseil.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1910)

Séance de rentrée bien remplie. Sur l'invitation de M. le président, M. Segond donne lecture du discours plein de cœur et d'élans chaleureux qu'il a prononcé sur la tombe de son maître Farabeuf, qui, dit-il, avait non seulement la passion mais aussi le génie de l'enseignement.

M. le Président prononce ensuite l'éloge du regretté professeur Raymond et de M. Fleury, pharmacien de l'armée, tous deux décédés pendant les vacances.

M. Weiss fait un rapport sur un travail de M. Lombard relatif à **la séméiologie de la surdité** et au **diagnostic de sa simulation.**

De l'hectine et du 606 dans le traitement abortif de la syphilis. — M. Hallopeau. Il serait prématuré de vouloir déterminer dès aujourd'hui quel rang doit prendre, dans le traitement de la syphilis, le nouveau médicament qui vient d'être lancé avec tant de maestria sous le nom de 606; nous voulons seulement rechercher s'il doit remplacer l'hectine dans le traitement local abortif prolongé dont nous avons établi la constante efficacité.

On doit exiger d'un médicament que l'on veut faire considérer comme radicalement abortif deux conditions essentielles : ce sont, la première, de ne pas connaître d'insuccès, la seconde, de n'entraîner aucun danger; le 606 les réunit-il ?

On peut ne pas considérer comme rédhibitoires de sérieux inconvénients, tels que les douleurs, souvent atroces, que produit l'injection, les réactions fébriles, la prostration des forces nécessitant un séjour au lit de plusieurs jours, l'infiltration locale et, parfois, des abcès ou escarres qu'explique l'impossibilité de stériliser le produit par la chaleur sous peine de le décomposer, de la paresse vésicale, de la parésie des membres inférieurs, de l'albuminurie, du ténesme rectal, de la diarrhée, de l'ictère, des accès épileptiformes, de la tachycardie, des troubles de la vision, des pneumonies, des exanthèmes polymorphes, etc. On ne sait s'ils ne laisseront pas à leur suite des altérations durables; mais il peut se produire des accidents beaucoup plus graves ; on a observé plusieurs fois la cécité et l'on compte actuellement quatorze cas de mort avoués, dont deux à Paris. Il est bien probable qu'il s'en est produit d'autres, particulièrement dans la clientèle privée où aucun contrôle n'est possible. On attribue ces cas de mort à des fautes de technique ou à des choix malheureux de sujets : nous pouvons affirmer qu'il n'en a pas été ainsi pour les faits parisiens connus.

Le 606 est donc dangereux.

Est-il constamment curatif? Non, car les récidives précoces ne sont pas rares. Son action est plus souvent en défaut dans la période primaire que contre les accidents qui surviennent ultérieurement. La violence de la réaction locale que provoque ce médicament et la quantité considérable qui doit en être injectée en raison de sa faible solubilité rendent impraticable son introduction dans les organes qui sont le plus souvent le siège de l'accident initial.

Le 606 n'est donc, en aucune mesure, applicable à notre traitement abortif local.

Aucun de ces divers inconvénients ne peut être reproché à l'hectine.

Elle est bien supportée. La douleur, assez vive après les premières injections, est tolérable et calmée par des applications froides ; elle est moindre que celle du traitement concomitant par le benzoate d'Hg ; elle s'atténue beaucoup pour les injections suivantes; il se produit un certain degré d'analgésie locale.

L'action abortive et curative est constante et paraît définitive.

Dans la première série de six malades observés par M. H. Hallopeau, le début remonte à vingt-trois, seize, seize, douze, onze et sept mois; aucun d'eux n'a eu trace d'accident secondaire, la réaction de Wassermann a fait complètement défaut ou a graduellement disparu.

Dans neuf nouveaux cas, les résultats sont jusqu'ici les mêmes.

Il en est de même chez quatre malades de M. Fouquet, deux de M. Guiard, deux de M. Maisonneuve, deux de M. Moutot (de Lyon).

Considérés isolément, ces faits seraient de date encore trop récente pour être démonstratifs; dans leur ensemble, ils viennent confirmer la règle.

Ce traitement abortif par l'hectine a pour effet de tuer tous les tréponèmes contenus dans le foyer initial, les tissus qui l'avoisinent et les ganglions satellites ; ceux qui, en nombre infime, ont pu, dès le début, immigrer dans le sang, y sont détruits soit par ce même médicament, soit par le mercure administré concurremment. Vu le silence ultérieur de ces para sites doués à cette période d'une ultra-virulence, on est en droit d'espérer une guérison définitive.

Le traitement abortif local prolongé par l'hectine associé au mercure réunit ainsi les deux conditions essentielles que nous avons fixées : il ne connaît pas d'insuccès; il n'entraîne aucun danger.

Du jour où les médecins, dans leur universalité, se décideront à le mettre en œuvre, le nombre des cas de syphilis diminuera dans des proportions énormes, car, non seulement tous les sujets atteints seront radicalement guéris, mais aussi ils se trouveront, par l'effet local du traitement, hors d'état, de propager leur infection pendant sa durée éphémère.

Il est probable que l'on pourra diminuer le nombre des injections actuellement fixé à 30, ainsi que leur richesse en hectine.

M. Netter trouve trop sévère l'appréciation de M. Hallopeau. Il estime qu'on ne doit pas ainsi condamner une médi-

cation qui a sa valeur et qui est présentée par un savant tel qu'Ehrlich. On a parlé de 12 morts, mais on n'a jamais prouvé que ces 12 morts, sur les 10000 malades traités, aient succombé à l'emploi de l'injection d'Ehrlich. M. Netter l'a lui-même expérimentée dans 2 cas : dans le premier, il s'agissait d'une fillette contaminée par son père et qui présentait des lésions syphilitiques importantes. Une seule injection de 10 centimètres cubes du 606 a apporté dans ces lésions une modification immédiate très importante. Il est difficile de ne pas reconnaître qu'il y a réellement un grand intérêt dans ce fait seul qu'une lésion très importante de la syphilis est enrayée presque immédiatement par une seule injection de ce médicament. Dans le second fait, il s'agit d'une femme qui était atteinte de lésions graves syphilitiques ayant résisté à toutes les médications, même à l'hectine, et qui ont disparu très rapidement après une seule injection du 606. M. Netter ne saurait admettre que l'on considère ces faits sans valeur, ni sans intérêt.

M. Hallopeau n'a jamais nié la valeur ni l'efficacité du 606. Il a seulement voulu insister sur ce fait que ce médicament n'est pas sans danger et qu'il n'est pas temps encore de juger définitivement cette médication.

M. Netter rappelle les nombreuses expériences faites par Ehrlich sur les animaux avant qu'il n'ait poussé les médecins à tenter l'expérience de son médicament sur l'homme. La parfaite correction de ces expériences ne peut laisser aucun doute sur la prudence avec laquelle a agi Ehrlich.

M. Labbé a été très frappé d'avoir lu qu'on avait constaté plusieurs cas de cécité après l'emploi du 606. Ce serait là un fait de la plus haute gravité, et M. Labbé demande à M. Netter de vouloir bien lui donner, sur ce sujet, des éclaircissements : oui ou non, y a-t-il eu des cas de cécité après l'emploi du 606? Si oui, on ne saurait assez se ranger à l'avis de ceux qui disent : « Prenez garde, c'est là un médicament dangereux. » Si non, il faudrait mettre au pied du mur les imposteurs qui auraient lancé une pareille calomnie.

M. Netter rappelle les explications très nettes d'Ehrlich. Il n'a jamais eu, personnellement, d'accidents de cécité à la suite de l'emploi du 606. Mais il y a des médecins allemands qui ont été trop vite et qui ont employé d'emblée des doses trop fortes, et M. Netter rappelle encore une fois la rigueur des expériences d'Ehrlich sur les animaux.

M. Balzer regrette que ces cas de cécité n'aient pas été publiés intégralement par les médecins allemands qui les ont observés. Il en est de même des cas de mort sur lesquels on ne possède aucune documentation sérieuse; M. Balzer insiste sur cette insuffisance regrettable de renseignements des médecins allemands. Il y en a qui ont beaucoup forcé les doses indiquées par Ehrlich et qui vont maintenant jusqu'à injecter d'un coup 1 gramme et 1g25 de la solution, alors que la dose de 0g50 a toujours été donnée par Ehrlich comme la dose maxima.

En résumé, M. Balzer expérimente le 606 qu'il croit appelé à un grand avenir, mais il ne faut rien exagérer. D'une efficacité remarquable dans certains cas, il s'est montré, dans quelques cas, inefficace. C'est donc là une question encore à l'étude.

Tuberculose inflammatoire et scoliose. Scoliose d'origine tuberculeuse. — M. A. Poncet, en son nom et au nom de M. R. Leriche, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1551.)

Des résultats éloignés de la gastrectomie. — M. Jules Boeckel (de Strasbourg). Cette communication, basée sur 76 cas de cancer stomacal observés pendant ces dix dernières années, a pour but de démontrer que les cas opérables sont des plus restreints. Les malades arrivent en général trop tard et ne sont plus alors en état de supporter une opération telle que la gastrectomie. C'est que le diagnostic du cancer stomacal au début est entouré des plus grandes difficultés. Aussi est-ce à le perfectionner que doivent tendre tous nos efforts, pour que l'opération ait des chances de réussite.

M. J. Boeckel est partisan de l'opération radicale quand elle est encore possible. D'une manière générale, il rejette les opérations palliatives, telles que la gastro-jéjunostomie. Il ne l'admet dans les cas de cancer que lorsqu'une sténose pylorique très accentuée en accuse l'existence; exceptionnellement dans certaines circonstances d'ordre social, car elle peut prolonger la vie de quelques mois, ce qui peut avoir de l'importance.

M. Boeckel l'a exécutée neuf fois dans ces conditions.

Les cas justiciables de la gastrectomie ne peuvent être reconnus qu'après la laparotomie exploratrice.

Tel cas favorable en apparence est en effet jugé inopérable après l'ouverture du ventre et vice versa.

Par conséquent c'est toujours par là qu'il faudra commencer. La conduite ultérieure du chirurgien dépend alors des circonstances, telles qu'étendue de la tumeur, adhérences, mobilité, métastases.

Sur 76 cas, M. Boeckel en a éliminé d'emblée 24 qui étaient trop avancés, même pour affronter les chances de la laparotomie exploratrice.

Trente-quatre malades ont subi cette dernière opération; chez neuf on a fait la gastro-jéjunostomie.

Chez onze, M. Boeckel a fait l'ablation totale ou subtotale de l'estomac. Quatre de ces opérés, dont l'affection était trop avancée, ont succombé. Les sept autres ont guéri; parmi eux on note deux sujets de soixante-douze et soixante-quinze ans. L'un de ces malades a vécu pendant près de trois ans, se portant à merveille; puis il a succombé à une récidive. L'autre est mort au bout de six mois.

Les quatre autres sujets vont bien et ont notablement augmenté de poids depuis l'opération.

Les deux plus anciens remontent déjà à trois ans et demi et cinq ans et demi.

Les deux derniers sont de date plus récente; l'opération chez eux remonte à quelques mois; mais tout permet d'espérer qu'ils auront une longue survie.

Rachianesthésie générale. — M. Jonnesco (de Bucarest) continue à recourir à ce mode d'anesthésie en employant un mélange de stovaïne et de strychnine. Il possède aujourd'hui 1005 observations personnelles sans un cas de mort. Vingt-cinq chirurgiens roumains lui ont communiqué d'autres observations, ce qui porte à 2963 le nombre total des observations recueillies. Il y a eu un cas de mort par excès de dose. Dans tous les autres cas, il n'y a pas eu d'altération médullaire. Pour M. Jonnesco, il n'y a pas de contre-indications à l'emploi de cette méthode. Il pense enfin qu'elle pourrait rendre de grands services en temps de guerre.

La dose moyenne qu'il emploie est la suivante : 1 milligramme de strychnine pour 5 à 6 centigrammes de stovaïne.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique des maladies des enfants (*diagnostic et thérapeutique*). **Maladies du tube digestif** (1), par les docteurs Cruchet, Rocaz, Méry, Guillemot, Grenet, Fargin-Fayolle, Génévrier et Delcourt.

Parmi les affections infantiles, celles qui se rapportent aux troubles de l'appareil digestif sont peut-être les plus fréquentes et les plus importantes. C'est dire l'intérêt que pré-

(1) Grand in-8 de 520 pages avec figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

sente ce nouveau volume; intérêt d'autant plus vif que le but poursuivi dans cette publication est, spécialement, de préciser les méthodes qui permettront un diagnostic rapide et sûr, et par cela même d'instituer une thérapeutique efficace.

M. le docteur Cruchet fait tout d'abord un exposé général de l'examen clinique de l'enfant, puis MM. Grenet et Fargin-Fayolle étudient avec soin les *maladies de la bouche*, des *dents* et des *glandes salivaires*, y compris les *oreillons*.

M. Rocaz passe en revue, dans un excellent article, les *maladies du pharynx*, y comprenant les *végétations adénoïdes*, les *angines et la diphtérie*; enfin, MM. Méry, Guillemot et Génévrier exposent les maladies de l'*œsophage*, de l'*estomac et de l'intestin*, y compris la *fièvre typhoïde*; M. Delcourt traite des *vers intestinaux* et des empoisonnements.

Il est impossible, dans un aussi bref résumé, de signaler l'importance de chacune des questions traitées; nous devons une mention spéciale aux notions précises développées par les auteurs sur les stomatites, sur le syndrome pylorique chez le nourrisson, ainsi que sur la maladie de Hirschprung, sur les troubles intestinaux (constipation, colite, entéro-colite) si fréquemment rencontrés dans toute clientèle de médecin d'enfants.

Chacune des affections traitées dans ce livre comporte un traitement très développé et extrêmement utile à consulter.

L. BABONNEIX.

Introduction générale à la thérapeutique positive (1), par le docteur G. Sieffert.

Cet ouvrage, destiné à la défense et à la propagation de la doctrine homéopathique sera lu avec le plus grand intérêt par tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de la thérapeutique.

Marqué au coin d'un esprit philosophique il est l'œuvre d'un homme que n'aveugle point une idée préconçue et systématique. Le docteur Sieffert pour aller au-devant de tout soupçon a voulu en effet puiser ses arguments chez les maîtres les plus incontestés de la médecine classique, tant en France qu'à l'étranger.

C'est là en somme une œuvre très consciencieuse et éminemment suggestive, qui implique de vastes connaissances et un effort considérable.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Fonctions bulbo-médullaires, [2e partie (2)], par le professeur W. Bechterew.

On trouvera dans ce livre un excellent exposé de nos connaissances sur les centres d'innervation (respiration et phonation, cœur et vaisseaux, sécrétions et excrétions), un chapitre est consacré à l'étude des effets indirects de l'innervation vaso-motrice, sur la rate, le foie, les reins, l'intestin. L'ouvrage se termine par l'étude des fonctions trophiques du système nerveux, en général, de son influence sur l'appareil locomoteur, les viscères et organes sensoriels, l'exposé des théories sur l'influence trophique du système nerveux, et de son action sur la thermogénèse. Le dernier chapitre est consacré aux fonctions neuro-psychiques de la moelle et du bulbe.

L. ALQUIER.

Formulaire thérapeutique (3), par MM. G. Lyon et P. Loiseau, avec la collaboration de MM. L. Delhorm et P.-E. Levy.

Lorsqu'un ouvrage en est à sa septième édition, on serait mal venu et un peu ridicule à venir en faire l'éloge, et le formulaire de MM. G. Lyon et Loiseau est trop connu pour qu'il soit utile de faire autre chose que de signaler sa nouvelle transformation.

Nous disons transformation, car un formulaire n'étant, par essence, jamais définitif, ses auteurs ont grand soin de le tenir au courant des dernières acquisitions de la thérapeutique, quelle que soit la branche de cette science à laquelle elles appartiennent.

Les praticiens trouveront donc un guide excellent, sûr, et aussi complet que possible dans la septième édition du *Formulaire thérapeutique*, en attendant que paraisse la huitième, et ainsi de suite.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Médecine et pédagogie (1), leçons professées à l'école des hautes études sociales par les docteurs Mathieu, S. Méry, Nobécourt, etc., recueillies par M. Louis Bougier avec une préface du docteur Mosny.

Ce livre vient à point au moment où les questions d'*hygiène scolaire*, d'*inspection des écoles* sont à l'ordre du jour; nous signalerons, à ce point de vue spécial, la discussion sur l'*inspection médicale des écoles*; la conférence du docteur Méry sur le rôle du médecin dans les internats, la *prophylaxie des maladies aiguës* à l'école par le docteur Nobécourt, etc.

A tous ceux qui se préparent à remplir les délicates fonctions de médecin inspecteur des écoles, la lecture de ces conférences rendra les plus grands services.

L. BABONNEIX.

Les Premiers soins à donner en cas d'accidents subits (2), conférences du professeur Frédéric von Esmarch, traduites par le docteur E. van Oye, d'Ostende.

Ce petit volume a eu 23 éditions allemandes et a eu 27 traductions en diverses langues. Nous tenions à citer ces chiffres par égard pour la mémoire du professeur von Esmarch, mais comme nous possédons en France de nombreux ouvrages, sur le même sujet, et que beaucoup d'entre eux sont excellents, le présent livre ne nous semble pas répondre chez nous à un besoin.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Atlas des champignons parasites et pathogènes de l'homme et des animaux (3), par H. Coupin.

L'auteur s'est attaché à reproduire les divers aspects macro et microscopiques d'un certain nombre de champignons pouvant être parasites de l'homme ou des animaux, et présente à la fin, les principaux aspects des champignons vénéneux.

L. ALQUIER.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES BRONCHO-PNEUMONIES (4)

3° *Forme suraiguë : bronchite capillaire.* — Cette forme s'observe au cours de la rougeole, surtout à la période d'état de la rougeole, souvent dès le début de l'éruption, éruption qui alors se fait mal, ou même ne se fait pas. Elle s'observe également au cours de la diphtérie.

Le début est brutal, rapide; d'emblée l'oppression est formidable; l'enfant réagit activement contre l'asphyxie; il respire 60 à 80 fois par minute; l'inspiration et l'expiration ont une durée égale; le visage est pâle, angoissé, avec des plaques de cyanose; les narines battent; il y a du tirage sus et sous-sternal; la température atteint 40, le pouls 160, le foie est gros, les urines rares et albumineuses.

A l'auscultation, on entend des râles divers, musicaux, dis-

(1) 1 vol. de 407 p. — Paris Maloine.
(2) In-8 de l'Encyclopédie scientifique du docteur Toulouse, 602 p., 42 fig. — Paris, Doin.
(3) 1 vol. de 784 p. Septième édition, conforme au Codex de 1908. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de la Bibliothèque générale des sciences sociales. — Paris, Alcan.
(2) 5e édition en français. — Bruxelles, Société belge d'édition.
(3) In-8 de 137 p., 58 pl. — Paris, Doin.
(4) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 111, p. 1521.

séminés dans les deux poumons (*bruit de tempête de Récamier*). A la percussion on aurait plutôt de la sonorité que de la matité.

Très rapidement l'asphyxie fait des progrès, la cyanose s'accentue; à ces phénomènes asphyxiques s'ajoutent des phénomènes toxiques que traduit alors l'apparition d'un érythème infectieux ou d'un purpura; la température s'élève encore et l'enfant succombe deux à quatre jours après le début de l'infection.

La guérison est exceptionnelle, et lorsqu'elle doit se produire des symptômes de localisation apparaissent à l'auscultation.

Le diagnostic de cette forme est en général facile; néanmoins, surtout au cours d'une diphtérie, en présence de pareils symptômes, on sera en droit de discuter le diagnostic de *croup*, et il n'est pas exceptionnel que l'on ait tubé et même trachéotomisé des enfants atteints seulement de cette forme suffocante de broncho-pneumonie.

4° *Forme subaiguë : broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse*. — Cette forme, décrite par Hutinel, débute comme une forme banale de broncho-pneumonie à noyaux disséminés, pendant la convalescence d'une rougeole, mais la fièvre ne baisse pas, les symptômes locaux s'accentuent, les râles deviennent humides, caverneux, l'enfant maigrit, pâlit, le facies est celui d'un phtisique, et lorsque l'enfant succombe on ne trouve cependant aucune lésion tuberculeuse à l'autopsie, mais seulement de la *dilatation des bronches*, de petits abcès lobulaires.

Bien qu'en général le pronostic de cette forme soit toujours sévère, la guérison peut parfois avoir lieu, mais elle sera très longtemps incomplète et nécessitera pour être définitive un changement d'air et de milieu.

Le diagnostic de cette forme est celui de la tuberculose, soit que l'on fasse de cette broncho-pneumonie banale une manifestation tuberculeuse, soit que l'on méconnaisse chez un tuberculeux une broncho-pneumonie simple. On pourra, pour établir le diagnostic, rechercher le bacille de Koch dans les crachats après lavage de l'estomac, et recourir en outre aux épreuves habituelles de laboratoire.

Il faut enfin se rappeler que chez l'enfant la *pleurésie*, souvent ignorée, peut évoluer, avec cette allure subaiguë, vers une cachexie progressive.

Telles sont les formes cliniques de broncho-pneumonie le plus souvent réalisées chez l'enfant.

5° *Forme latente*. — Chez les nourrissons cachectiques, athrepsiques, la broncho-pneumonie revêt souvent une forme *latente*, évoluant sans bruit, sans fièvre même, sans toux ni *dyspnée*, et constituant souvent une trouvaille d'autopsie.

6° *Formes suivant l'étiologie*. — Toujours chez l'enfant, on peut encore décrire des formes cliniques, suivant l'ÉTIOLOGIE; nous avons pris comme type de notre description la broncho-pneumonie morbilleuse; à côté d'elle se range en tant que fréquence, contagiosité, gravité, la broncho-pneumonie de la coqueluche; fréquente surtout à l'hôpital, elle s'annonce par une élévation assez brusque de la température de l'enfant, de la dyspnée, du battement des ailes du nez, et une diminution, voire même une cessation du nombre des quintes, dont la disparition brusque coïncidant avec une reprise de la fièvre doit toujours faire redouter une telle complication pulmonaire.

Dans la *diphtérie*, la broncho-pneumonie s'observe surtout à la suite de trachéotomie, ou à la suite de croup non trachéotomisé; on la rencontre également au cours de la *grippe* avec une fréquence et une gravité variables suivant les épidémies, au cours de la *variole*, de la *fièvre typhoïde*, de l'*érysipèle*, de l'*ostéomyélite*, voire même de la *scarlatine*, surtout à l'hôpital: on a décrit une broncho-pneumonie *intestinale* se rencontrant au cours des diarrhées infantiles; on en a signalé également au cours des *infections cutanées* (eczéma, impétigo, etc.). Nous aurons l'occasion d'insister plus longuement sur quelques-unes de ces formes, en étudiant plus loin les diverses modalités cliniques réalisées suivant le germe causal.

7° *Formes suivant les complications*. — L'apparition assez fréquente de complications survenant pendant l'évolution d'une broncho-pneumonie, peut encore venir modifier le tableau clinique que nous avons tracé et rendre parfois même extrêmement hésitant le diagnostic. Parmi ces complications il faut surtout signaler un emphysème aigu, l'abcès du poumon, les pleurésies purulentes, l'existence de phénomènes méningés.

Ces derniers peuvent se manifester par des convulsions, par le signe de Kernig, le signe de Babinski. Il peut même exister une légère réaction leucocytaire du liquide céphalo-rachidien. Il faut enfin signaler, en y insistant, deux complications très fréquentes qui s'observent, *à la suite* des broncho-pneumonies, l'*adénopathie trachéo-bronchique* et la *tuberculose pulmonaire*.

Diagnostic. — Nous avons déjà signalé les diagnostics les plus importants à discuter en présence des principales formes des broncho-pneumonies infantiles; ajoutons encore les faits suivants :

Au début de la broncho-pneumonie, le diagnostic peut être singulièrement hésitant avec une *bronchite simple*; plus tard, on peut se demander s'il ne s'agit pas de *bronchites avec poussées congestives*; dans les cas typiques, la distinction se fait par l'évolution (mobilité des foyers, courte durée des accidents); mais il est des cas douteux, bronchites avec deux, trois poussées congestives, et évolution assez longue. Les formes *latentes* sont le plus souvent méconnues; dans certaines formes compliquées, on aura pu croire à une méningite, à des convulsions non symptomatiques d'affections pulmonaires ou méconnaître une pleurésie purulente.

Formes suivant l'âge. — *B*. ADULTE. — a. *Localisation anatomique*. — La broncho-pneumonie de l'adulte affecte surtout la forme lobulaire, disséminée, ou la forme du catarrhe suffocant; la forme pseudo-lobaire est rare.

b. *Allure clinique*. — Chez l'adulte, la broncho-pneumonie a toutes les allures des maladies *infectieuses* et il convient d'opposer cette évolution *infectieuse* de la pneumonie lobulaire de l'adulte, à l'évolution *asphyxique de la broncho-pneumonie de l'enfant*.

Chez l'adulte enfin, la broncho-pneumonie apparaît toujours au cours d'une infection déjà connue, la broncho-pneumonie primitive, analogue à celle que nous avons décrite chez les tout jeunes enfants étant à peu près inconnue chez ce dernier; c'est pourquoi se basant sur cette constatation, M. le professeur Landouzy a pu dire que toute broncho-pneumonie qui ne faisait pas sa preuve était de nature *tuberculeuse*.

La plus fréquente de ces broncho-pneumonies apparaissant au cours d'un état infectieux est la *broncho-pneumonie grippale* qui comporte le plus souvent un pronostic extrêmement grave; elle peut débuter comme une pneumonie, mais dans les jours qui suivent ce début, la température est plus irrégulière, les crachats sont rapidement purulents, les signes sthétoscopiques sont moins nets, localisés au sommet et l'évolution souvent fatale est extrêmement rapide.

Assez souvent la broncho-pneumonie apparaît au cours de la *fièvre typhoïde*. La broncho-pneumonie typhoïdique revêt fréquemment la forme pseudo-lobaire; elle peut s'observer au début de la dothiénentérie (pneumo-typhoïde), ou plus fréquemment vers le vingtième jour, elle comporte alors un pronostic très réservé; elle s'accompagne d'une toux quinteuse pénible, d'une expectoration extrêmement abondante, muco-purulente, souvent fétide.

C'est encore au cours de la *variole*, du *tétanos*, de l'*érysipèle*, de l'*étranglement herniaire*, que la broncho-pneumonie peut éclater. (Nous aurons l'occasion de revenir sur certaines de ces formes.) La broncho-pneumonie s'observe également au cours d'*affections du système nerveux* (hémiplégie, paralysie générale, paralysie labio-glosso-laryngée, etc.). Il s'agit alors souvent dans ce cas de broncho-pneumonies dites de *déglutition*.

Formes suivant l'âge. — *C*. VIEILLARD. — Chez le vieillard, la broncho-pneumonie, beaucoup plus rare d'ailleurs que la pneumonie franche, présente souvent un début insidieux, une évolution torpide presque latente, sans phénomènes généraux nettement accusés : la mort survient au bout de huit à quinze jours en moyenne, parfois pourtant plus rapidement dans l'adynamie et le coma. (*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (N° 39, 25 sept. 1910.) LECLERCQ et VANHAECKE : Méningite cérébro-spinale primitive à pneumocoques. — VANVERTS : De la pathogénie de la hernie inguino-superficielle; un cas d'hydrocèle inguino-superficielle du canal de Nück.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 38, 18 sept. 1910.) BONNES : Considérations pratiques sur l'hygiène de la bouche et des dents. — RIVIÈRE et DROUIN : Sur un cas d'opération césarienne conservatrice. — (N° 39, 25 sept.) MOULINIER : Tension artérielle chez les aviateurs et vol aux hautes altitudes. — Allen GREENWOOD (de Boston) : La cicatrice filtrante dans le glaucome chronique avec compte rendu de cas opérés par la méthode de Lagrange.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 38, 18 sept. 1910.) CODET-BOISSE : Un cas de luxation du coude en dehors. — (N° 39, 25 sept.) PERY : Sur un cas de déchirure utéro-vaginale au cours de l'accouchement. — AUBARET et MICHAUD : Sur un cas de rein en fer à cheval.

Journal de médecine interne. — (N° 27, 30 sept. 1910.) LEQUEUX : Troubles psychiques chez la femme enceinte. — TERRIEN : Des accidents tardifs de l'anesthésie générale après les opérations oculaires.

Journal des praticiens. — (N° 39, 24 sept. 1910.) VIRES : Traitement des dyspepsies hypersthéniques permanentes. — MAUCLAIRE : Les complications secondaires de la gastroentérostomie. — GAUCHER : Variétés régionales de l'eczéma. — LABORDERIE : Le traitement électrique de la paralysie faciale. — (N° 40, 1er oct.) HUTINEL : Méningite cérébrospinale et méningite tuberculeuse. — SABOURIN : Les tuberculeux angio-neurotiques. — RAYMOND : Névrites alcooliques. — DELBET : Tumeur bénigne de la parotide. — HORAND : Moyen pratique de faire des radioscopies extra-rapides sinon instantanées.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 39, 24 sept. 1910.) BONNET-LABORDERIE : Etude anatomique et clinique sur les anomalies de nombre du placenta humain (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 38, 22 sept. 1910.) CARRON DE LA CARRIÈRE : Le traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales françaises (*suite*). — (N° 39, 29 sept.) BIDOU : De la mécanothérapie. Ses principes. Son instrumentation. — DEBRAY : Les opinions médicales varient avec les contingences.

Lyon médical. — (N° 38, 18 sept. 1910.) DEVIC et Ch. GARDÈRE : Un cas de goitre exophtalmique grave, traité et guéri par le sérum de Mœbius (*fin*). — (N° 39, 25 sept.) PÉHU et REY : Les taches jugo-labiales dans la rougeole.

Medizinische Blætter. — (N° 35, 27 août 1910.) SOFER : La lutte contre le crétinisme en Autriche.

Montpellier médical. — (N° 37, 11 sept. 1910.) C. JOURDAN : Du traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales [revue générale] (*fin*). — COUSTAN et DURAND : Deux cas d'empoisonnement par le redoul. — (N° 38, 18 sept.) FLEIG : Sur la diagnose du sang dans l'urine et d'autres milieux organiques par la réaction à la phénolphtaline et par une nouvelle réaction phtalinique à la fluorescine. — (N° 39, 25 sept.) Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Hérault; assemblée générale du 25 mai 1910.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 35, 28 août 1910.) Von SZENDEFFY : La connaissance actuelle de la tuberculose et l'action des substances radioactives sur cette maladie.

Presse médicale. — (N° 77, 24 sept. 1910.) CATAPANO : Sur l'action mydriatique des extraits et des liquides organiques. — PASTIA : L'influence du collargol. Sur le pouvoir opsonique (recherches cliniques et expérimentales). — (N° 78, 28 sept.) KEIM : L'hydrothérapie chez la femme enceinte. — SCHREIBER : L'aérophagie. — (N° 79, 1er oct.) RICHET : L'humorisme ancien et l'humorisme moderne.

Province médicale. — (N° 39, 24 sept. 1910.) MAYET : Le rôle du médecin dans une œuvre de colonies scolaires de vacances.

Revue médicale de l'Est. — (N° 18, 15 sept. 1910.) André BŒCKEL : Quelques considérations sur un cas de prolapsus génital irréductible par suite de lithiase vésicale.

Semaine gynécologique. — (N° 34, 23 août 1910.) PICHEVIN : Hystérectomie abdominale totale ou subtotale. — (N° 35, 30 août.) PICHEVIN : Mythomanie et gynécologie. Fausse appendicite. — (N° 36, 6 sept.) PICHEVIN : De la métrite chronique accompagnée de prolapsus et de rétrodéviation de l'utérus. — (N° 37, 13 sept.) PICHEVIN : Hystérectomie pour cancer cervical. Radiothérapie consécutive.

Semaine médicale. — (N° 33, 17 août 1910.) THÉBAULT : Essai sur les maladies professionnelles. — (N° 34, 24 août.) GARIN : La dysenterie amibienne autochtone. — (N° 35, 31 août.) MOTY : Névrites traumatiques et hystérie. — (N° 36, 7 sept.) LÉPINE : L'évolution de la médecine au milieu du XIXe siècle (1830-1870). — ROUX-BERGER : Le traitement chirurgical de la médiastino-péricardite adhésive. — (N° 37, 14 sept.) DE BOVIS : Péritonites cryptogéniques. — (N° 38, 21 sept.) DE QUERVAIN : De la métamorphose des néoplasmes. — (N° 39, 28 sept.) VULLIET Les indications opératoires en pathologie gastrique et les pseudo-névroses stomacales. — FULD : Le nouveau traitement de la syphilis devant l'assemblée des naturalistes et médecins allemands.

Tribune médicale. — (N° 36, 4 sept. 1910.) BÉNARD et JOLTRAIN : Valeur relative de la réaction de Wassermann et d'un nouveau procédé de simplification pratique. — (N° 37, 10 sept.) LŒPER : Les spoliations calcaires intestinales dans les entérites et les dyspepsies. Leurs conséquences et leurs traitements. — (N° 38, 17 sept.) PARVU et CAILLÉ : Enorme kyste hydatique suppuré du foie à évolution anormale. Réaction de fixation positive. Opération, guérison. — (N° 39, 24 sept.) KIRMISSON : Du traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 16, 30 août 1910.) LANGLET : Les idiots et les épileptiques devant l'Assistance. — (N° 17, 15 sept.) COLLEVILLE : A travers le Ve Congrès international d'assistance publique et privée.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Petite chirurgie pratique, par Th. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon et P. DESFOSSES, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien du dispensaire de la Cité du Midi. Troisième édition revue et augmentée. Grand in-8 de XII-570 pages, avec 325 figures dans le texte, relié toile. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Des principales affections chirurgicales dans l'armée, par le docteur A. MIGNON, professeur au Val-de-Grâce. In-8 de VIII-541 pages, avec 183 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

N° 115. — SAMEDI 8 OCTOBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 8 OCTOBRE 1910. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Vurpas, Macaigne, Dufour, Josué, Michel, Lejars, Paul-Riche, Cathala, qui acceptent; Humbert et Sebileau, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 5 octobre. — Question donnée : « Veines de la main. »

MM. Mérigot de Treigny, 13 1/2 ; Regnauld de la Soudière et Mignot, 14; Pinel, 16; Morestin, 12 1/2; Mme Piness, 14; MM. Muller, 12 ; Plichet, 14; Rameau, 5; Polonowsky, 16; Quesnel, 14; Mlle Mille, 15; MM. Ramijean, 15; Monestier, 15 1/2; Martin, 19; Ramadier, 10; Moutier, 17 1/2; Pelletier, 6.

Pathologie. — Séance du 5 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

M. Breitmann, 6; Mlle Bruyère, 17 1/2; MM. Bonnet, 14; Bureau (Louis), 16 1/2; Bardon, 15; Barbier, 16; Bellon, 8; Boucher, 17 1/2; Besson, 18; Bartement, 15 1/2; Capoulade et Béhague, 8; Barrès, 12; Bureau (André), 2; Beaud, 15; Besse et Beaumaris, 12; Mlle Billoud, 15; M. Bugeau, 5.

Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Symptômes de la fièvre typhoïde (deuxième septenaire). »

MM. Barois, 17; Broussin, 17; Bougault, 14; Buneau, 14; Calderon, 17 1/2; Blindmann, 12; Flick, 4; Grillet, 10; Goy, 13; Hufnagel, 17 1/2; Falliès, 8; Fafalio, 8; Hemmerdinger, 17 1/2; Imbert (Jean), 9; Feugier, 8; Gondal, 10; Herchkovitch, 1/2; Gourdin, 7; Goubert, 8.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — Le concours de l'externat en médecine s'ouvrira le 17 octobre.

Les demandes des candidats voulant prendre part à ce concours devront parvenir, par écrit, au secrétariat général de l'administration des hospices, le 13 octobre au plus tard.

— ORLÉANS. — Un concours s'ouvrira le mardi 13 décembre 1910, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, (salle de la bibliothèque), pour deux places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire des hospices d'Orléans.

Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections et la médecine opératoire.

Les internes changent de service tous les six mois d'après un roulement établi par l'administration.

Les internes de deuxième année d'internat peuvent, à tour de rôle et pendant quatre mois chacun, suivre le service de la Maternité, sous la direction du chef de service ou de la maîtresse sage-femme, en se conformant au règlement.

En outre, pendant les vacances des élèves sages femmes, les internes sont chargés d'assurer le service de la Maternité.

— ROUEN. — Un concours pour cinq places d'internes en médecine s'ouvrira, le 10 novembre 1910, à l'hospice général de Rouen.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert le mardi 15 novembre 1910, au ministère de l'Intérieur, salle Telmon, un concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents (ancien asile de Vincennes), à Saint-Maurice (Seine).

On trouvera au secrétariat de l'Asile et chez le concierge de la Faculté de médecine, des exemplaires de l'arrêté ministériel, qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — L'assemblée générale de l'Association française de chirurgie a désigné M. Delorme, inspecteur général du service de santé militaire comme vice-président du prochain Congrès.

M. Segond, vice-président, cette année, devient de droit président du Congrès de 1911.

MM. Hartmann, Kirmisson et Témoin (de Bourges), ont été nommés membres du Comité d'administration.

Trois questions sont mises à l'ordre du jour du prochain Congrès.

1° *Traitement des péritonites aiguës.* — Rapporteurs : MM. Hartmann et Chavannaz (de Bordeaux).

2° *Diagnostic et traitement des appendicites chroniques.* — Rapporteurs : MM. Walther et Silhol (de Marseille).

3° *Traitement sanglant des fractures fermées.* — Rapporteur : M. Alglave.

Le prochain Congrès se tiendra à Paris le premier lundi d'octobre 1911.

RENSEIGNEMENTS

XXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 3-8 OCTOBRE 1910 (1).]

PREMIÈRE QUESTION

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

La lecture des rapports a été suivie de la discussion suivante :

M. HORSLEY (de Londres) insiste avec les rapporteurs sur la *nécessité d'un traitement chirurgical précoce*. La gravité de l'opération est proportionnelle à l'intensité et à l'ancienneté du goitre. En opérant de bonne heure, on n'aura que des succès.

M. FORGUE (de Montpellier) a opéré 5 goitres exophtalmiques, dont 2 par la sympathicectomie. Dans le premier cas il s'agissait d'une forme grave; la malade présenta des accidents chloroformiques et il ne fit la sympathicectomie que d'un côté; amélioration immédiate; mais, deux mois après, la malade étant revenue à son état primitif, il opéra de l'autre côté. Il survint un double glaucome et la malade, sauf cette infirmité, a depuis dix ans retrouvé la santé. La deuxième opérée est morte, trois ans après, de myocardite. Chez les trois autres, il a fait l'hémistrumectomie, en employant l'analgésie locale qui permet de faire pendant l'opération de la suggestion morale. Très bons résultats, mais dans un cas hémorragie considérable et difficile à arrêter. Grande importance de la cure post-opératoire. Il faut désintoxiquer progressivement les opérés et surveiller leur convalescence psychique.

M. GIRARD (de Genève) dit que la ligature des artères thyroïdiennes n'a sur l'évolution du goitre exophtalmique qu'une action passagère et peu considérable. Toute autre est l'action de la ligature du pédicule en masse, ligature qui permet de sectionner nerfs et vaisseaux et de pratiquer ainsi une véritable vasculo-névrotomie. Mais il faut avoir soin de pratiquer la ligature sur la corne même du corps thyroïde, de façon à sectionner la totalité des filets nerveux.

M. CECI (de Pise) insiste surtout sur les dangers de l'anesthésie générale et les avantages de l'anesthésie locale dans les opérations sur le goitre exophtalmique. Il est partisan des opérations partielles, même en plusieurs séances, en respectant autant que possible la capsule et la portion inférieure du corps thyroïde.

M. TAVEL (de Berne) est partisan convaincu de l'hémisection thyroïdienne qui donne des résultats plus rapides et plus complets que la ligature artérielle. La ligature des quatre pédicules artériels, bonne dans les goitres vasculaires, serait peut-être dangereuse dans le Basedow. Il insiste sur la nécessité de l'anesthésie locale et la préparation du malade par un traitement médical antérieur.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 113, p. 1539.

M. JONNESCO (de Bucarest) démontre, avec photographies à l'appui, que la sympathicectomie double donne une guérison parfaite, mais survenant lentement et par étapes successives.

M. ALESSANDRI (de Rome) est partisan de l'intervention chirurgicale et donne sa préférence à la thyroïdectomie partielle.

M. MORESTIN découpe dans les lobes thyroïdiens hypertrophiés des segments comme des quartiers d'orange.

M. BÉRARD (de Lyon) dit que dans le faux goitre exophtalmique avec corps thyroïde volumineux, et dans les goitres secondaires basedowifiés à syndrome fruste, le seul traitement rationnel et capable de procurer la guérison de tous les troubles, s'il est institué assez tôt, est le traitement chirurgical. Il consistera dans l'énucléation ou dans la thyroïdectomie partielle. Quinze cas opérés par lui dans ces conditions lui ont procuré quinze guérisons.

Pour la maladie de Basedow vraie, primitive ou secondaire à un ancien goitre, le traitement médical sera de mise pendant les premiers mois. On associera les prescriptions d'hygiène générale, l'hydrothérapie, l'électrisation, et de préférence à toutes les autres les médications par la quinine et le salicylate de soude, par le thymus, par le sérum de Mœbius, par le sérum thyrotoxique. Parfois l'amélioration ainsi obtenue sera considérable; et s'il s'agit de sujets appartenant à la classe aisée, capables de consacrer à ces soins tout le temps nécessaire, en supprimant toutes occupations et toutes causes de soucis, on pourra observer des améliorations considérables, même des guérisons, presque toujours accidentées d'ailleurs par des périodes de récidive, d'intensité et de durée variable.

Dans la classe pauvre, l'épreuve de thérapeutique médicale exige d'ordinaire trop de temps et trop de précautions ; on ne peut pas la prolonger, comme il conviendrait pour en obtenir des effets durables ; le traitement chirurgical, à peu près innocent au début de la maladie de Basedow, pourra être discuté d'emblée. Le seul danger à redouter alors est la persistance du thymus.

Mais dans quelque catégorie sociale que rentre le malade, dès que l'érétisme cardiaque, l'exophtalmie, la diarrhée, l'asthénie, l'amaigrissement, et en général les troubles fonctionnels s'accentuent malgré les médications mises en œuvre, la place doit être cédée au chirurgien.

Les ligatures d'artères et la thyroïdectomie réalisée d'emblée ou après des ligatures préalables reviennent aux goitres exophtalmiques quand la tumeur est nettement perceptible, avec des signes prédominants d'intoxication dysthyroïdienne. Dans deux cas datant de trois et de deux ans, la ligature de deux et trois artères thyroïdiennes nous a procuré des améliorations telles, que tous les troubles fonctionnels ont disparu. Sur quatre thyroïdectomies partielles, les résultats immédiats ont été satisfaisants et l'amélioration se poursuit depuis plusieurs mois.

S'il s'agit de basedowisme avec des symptômes nerveux prédominants, sans hypertrophie thy-

roïdienne notable, la résection du ganglion sympathique cervical supérieur, telle que la préconise le professeur Jaboulay, peut être efficace, elle lui a procuré une guérison maintenue après quatre ans, sur deux cas opérés.

Mais surtout, il importe que les médecins aient recours assez tôt aux ressources de la chirurgie et ne s'obstinent pas à prolonger plus qu'il ne convient un traitement dont l'efficacité ne s'affirme pas après quelques semaines. Il est exceptionnellement dangereux d'opérer trop tôt les sujets atteints de la maladie de Basedow; il est au moins inutile d'amener au chirurgien des malades cachectiques. C'est après l'opération qu'un traitement médical prolongé sera souvent utile pour en maintenir et même pour en compléter les bons effets.

M. Van Stockum (de Rotterdam) signale les bons effets du lactate de calcium contre la tachycardie de la maladie de Basedow.

M. Brœckhert (de Gand) apporte onze cas avec onze succès traités par la thyroïdectomie, et à l'aide de l'anesthésie générale; il insiste sur l'importance d'une opération précoce.

M. R. Gauthier (de Luxeuil) a traité deux malades par thyroïdectomie très large, faite en dehors de la capsule vasculaire, avec ligature des quatre thyroïdiennes dans le premier temps de l'opération. La caractéristique du procédé est de conserver, non pas tout ou partie d'un lobe, mais tout ou partie de l'isthme qu'on laisse adhérent à la trachée et qui devra être nourri par ses adhérences. On évite ainsi les difficultés de la thyroïdectomie sous-capsulaire faite au milieu des vaisseaux nombreux et friables du goitre exophtalmique, et on obtient les bénéfices fonctionnels de la thyroïdectomie partielle joints aux facilités opératoires de la thyroïdectomie totale.

DEUXIÈME QUESTION

ULCÈRE DUODÉNAL (SON TRAITEMENT CHIRURGICAL)

Rapport de M. Ricard (de Paris),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Et de M. Victor Pauchet (d'Amiens),
Professeur suppléant de clinique chirurgicale, chirurgien des hôpitaux.

I. L'ulcère duodénal peut être primitif, c'est-à-dire survenir sans causes apparentes, ou secondaire et se développer au cours des toxémies et toxi-infections.

Les **ulcères secondaires** sont consécutifs aux brûlures, à l'urémie, à certaines infections des nouveau-nés (*melæna neonatorum*) et à des toxi-infections diverses : érysipèle, anthrax, phlegmon, infection urinaire, pneumonie, diphtérie, variole, étranglement herniaire, appendicite, infection opératoire. Ils revêtent une allure aiguë qui, rapidement, aboutit à la cicatrisation ou provoque la mort par hémorragie ou perforation. La lésion est généralement méconnue pendant la vie; aucune opération n'a jusqu'à présent été tentée. Ils n'offrent donc, au point de vue chirurgical, aucun intérêt.

L'**ulcère primitif**, chronique ou ulcère simple est la forme classique qui seule fait l'objet de ce rapport.

II. Deux périodes se partagent l'histoire de l'ulcère duodénal. L'une, *médicale*, dans laquelle domine le nom de Bucquoy (1887), et l'autre, *chirurgicale*, qui commence en 1900 avec les opérations et les travaux de Moynihan, Mayo-Robson et des frères Mayo.

III. L'ulcère duodénal se rencontre trois fois plus souvent chez l'homme que chez la femme et se développe surtout de vingt-cinq à cinquante ans.

Quelle est sa fréquence absolue? — Est-ce une rareté pathologique, comme le pensent nos collègues français et allemands, ou est-il fréquent, comme le déclarent les Anglo-Saxons? Il résulte de nos recherches et des opérations que nous avons vu pratiquer en Angleterre que *l'ulcère duodénal est fréquent dans le Royaume-Uni et en Amérique, que là il est diagnostiqué au lit du malade* et *vérifié par l'opération*.

Notre conviction est que si nous ne voyons pas plus souvent d'ulcère duodénal en France c'est que *nous ne savons pas le diagnostiquer*.

En effet, la presque totalité des observations qui nous ont été adressées par nos collègues français ou allemands relatent des cas où le diagnostic a été posé sur le lit d'opérations ou sur la table d'autopsie. Ces malades ont succombé ou ont été opérés à la suite d'une complication : sténose, hémorragie, abcès péri-duodénal, perforation aiguë. Très souvent même le diagnostic n'a point été fait au cours de la laparotomie, mais seulement à l'autopsie. L'ulcère duodénal n'est donc *reconnu en France qu'à l'occasion d'une complication*. Que dirions-nous d'un médecin qui ne poserait le diagnostic de tuberculose pulmonaire que grâce à l'hémoptysie, et celui de fièvre typhoïde que d'après une perforation intestinale? Nous devons donc conclure que *nous ne savons pas faire le diagnostic de l'ulcère duodénal*, et cette ignorance tient aux raisons suivantes :

a. Le chirurgien, au cours de son opération, ne fait pas un diagnostic anatomique précis, car il ne sait pas ou ne pense pas à *repérer exactement le pylore*.

b. La laparotomie *est faite médiane*. Cette incision se prête mal aux explorations du duodénum dont la lésion passe ainsi inaperçue.

c. Le médecin *ne sait pas reconnaître l'ulcère duodénal à l'autopsie*. Cette lésion ne laisse souvent de traces que dans la musculeuse, qui n'est point examinée.

d. Les sujets porteurs d'ulcère duodénal sont étiquetés : dyspepsie hypersténique, maladie de Reichmann, hyperchlorhydrie, appendicite chronique, neurasthénie gastrique, anémie pernicieuse, cholécystite, gastralgie rhumatismale. Le malade, consolé par un diagnostic, se résigne à son sort jusqu'au jour où il meurt d'une complication ou de vieillesse prématurée.

Il faut, pour que nous connaissions la fréquence absolue de l'ulcère duodénal :

A. Que les médecins serrent de près le diagnostic des dyspepsies, qu'ils complètent leur examen par

une *analyse coprologique* et *fassent opérer un grand nombre de gastropathes chroniques* correspondant aux diagnostics énumérés ci-dessus.

B. Que les chirurgiens *incisent l'abdomen à droite* de la ligne médiane et explorent systématiquement l'estomac, le pylore, le duodénum, la vésicule et le pancréas.

C. Que, dans les cas d'*abcès sous-phréniques*, iliaques, lombaires, voire pelviens, le chirurgien sache qu'une perforation duodénale peut en être le point de départ.

D. Qu'en présence d'une *appendicite perforante aiguë* le chirurgien pense à la fréquence de la perforation duodénale et ne pose le diagnostic d'appendicite que si l'appendice est nettement vu gangrené et perforé.

E. Que, sur les *pièces provenant d'une résection gastro-pylorique*, l'anatomo-pathologiste recherche si le point de départ n'est pas un ulcère duodénal.

F. Qu'au *cours des autopsies*, le duodénum soit toujours ouvert et que des *coupes histologiques* de la première portion permettent de rechercher, dans la musculeuse, les traces d'ulcère duodénal.

Peut-être d'ailleurs qu'un grand nombre d'ulcères duodénaux étiquetés par nous *pyloriques* ou *stomacaux* sont considérés par les chirurgiens anglo-saxons comme duodénaux. Nos collègues étrangers recourent en effet à un repère précis et exact : la *petite veine pylorique* (pyloric vein). Cette anastomose veineuse parcourt de haut en bas la face antérieure du segment gastro-duodénal et correspond exactement au pylore, au niveau de son versant gastrique. Elle existe dans la très grande majorité des cas. Tout ce qui est à droite de ce vaisseau est duodénal; tout ce qui est à gauche est gastrique. Il n'y a donc peut-être, dans un grand nombre de cas, qu'une différence de terminologie.

Si on compare la fréquence de l'ulcère duodénal avec deux affections communes de l'abdomen : l'*ulcère gastrique* et l'*appendicite*, on peut conclure avec Mayo-Robson, Codmann et les frères Mayo que l'ulcère duodénal *est deux fois plus fréquent que l'ulcus gastrique*. D'après Codmann, *6 p. 100 des sujets opérés pour péritonite d'origine appendiculaire sont atteints d'une perforation duodénale*. La vraie cause n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie.

IV. **Anatomie pathologique.** — L'ulcère duodénal siège dans 95 p. 100 des cas sur la première portion du duodénum, généralement *tout près du pylore* et *sur la paroi antérieure*.

A l'*ouverture du ventre*, l'ulcère duodénal présente l'*aspect* suivant : c'est une cicatrice blanchâtre (white scar) ou une zone piquetée rouge, dont les dimensions varient du diamètre d'une lentille à celui d'une pièce de 2 francs. Il est tantôt libre, tantôt adhérent aux organes voisins : vésicule, foie, pancréas.

Au *palper*, l'ulcère duodénal peut être saisi entre les doigts et donner l'impression d'une pièce de monnaie très épaisse, incrustée dans la paroi duodénale. L'index introduit par derrière perçoit un *cratère* dans lequel l'extrémité du doigt pénètre facilement. Dans les vieux ulcères duodénaux cicatrisés le duodénum peut être *étranglé* par une cicatrice fibreuse circulaire, prendre la forme d'un *sablier*, présenter un *diverticule*, un cul-de-sac au niveau de son bord inférieur ou s'enrober d'une *masse* inflammatoire volumineuse simulant une tumeur.

Vu du côté de la cavité duodénale, l'ulcère présente tous les caractères de l'ulcère simple de l'estomac avec son cratère, ses bords surélevés, tantôt tombant à pic ou descendant en forme de gradins. Le fond, lisse ou inégal, jaunâtre ou brunâtre, est constitué soit par la sous-muqueuse, soit par la musculeuse, soit par la séreuse, soit par un organe voisin, quand les tuniques ont été détruites. Au début, il peut apparaître dans les plis radiés de la muqueuse qui couvre le versant duodénal du pylore et présente l'aspect d'une fissure à l'anus.

L'ulcère guéri ne laisse *pas de trace sur la muqueuse*, ni sur la séreuse; *seul, le microscope* révèle dans la *musculeuse* une perte de substance, comblée par du tissu fibreux.

L'ulcère est généralement unique; dans 15 p. 100 des cas, il est multiple.

Les *organes voisins* peuvent être intéressés par l'ulcère duodénal ou compris dans son processus destructif : étranglement ou ulcération du *cholédoque*; thrombose de la *veine porte*; érosion et destruction du *pancréas*; ulcération et suppuration du *foie* qui forme le fond de l'ulcère duodénal; adhérence à la *vésicule* biliaire qui peut se perforer; érosion et rupture des *vaisseaux sanguins* qui donnent lieu à des *hémorragies graves*, parfois foudroyantes.

V. La maladie n'est généralement reconnue qu'à l'occasion d'une complication : hémorragie, sténose, perforation, et non par les **symptômes**. Ceux-ci suffisent pourtant aux chirurgiens anglo-saxons pour poser le diagnostic au lit du malade dans la majorité des cas.

Phénomènes douloureux. — La douleur apparaît deux ou trois heures après le repas; elle cesse quand le malade prend de la nourriture et reparaît dès que l'estomac se vide; d'où le terme de *douleur de la faim* (hunger pain) donné par Moynihan. Cette « hunger pain » apparaît vers quatre heures du soir ou vers minuit, aussi le malade place-t-il à sa portée un biscuit ou du lait pour répondre aux appels douloureux de l'estomac. Cette douleur s'accompagne parfois de sialorrhée, et peut se calmer par la pression épigastrique.

Etat de l'appétit. — L'appétit est généralement conservé. L'alimentation amène un soulagement momentané, aussi l'état général peut-il rester longtemps satisfaisant.

Vomissements. — Ils sont rares tant qu'il n'y a pas de sténose.

Intermittence des crises. — Le sujet présente des périodes de bonne santé alternant avec des crises; ces *intervalles caractéristiques* peuvent durer des mois; pendant ce temps le malade n'éprouve qu'un léger malaise; certaines causes extérieures paraissent influencer leur retour : froid, humidité, écarts de régime, surmenage.

Sensibilité épigastrique. — Le palper ne révèle pas toujours une zone sensible. Quand elle existe, elle siège soit sur la ligne médiane, soit à *droite et au-dessus de l'ombilic*; elle s'accompagne souvent d'une certaine *rigidité défensive* du muscle grand droit.

Hyperacidité gastrique. — Le malade se plaint de *pyrosis*, de brûlure à l'estomac, de *régurgitations liquides* acides souvent abondantes. Cette hyperacidité est *purement clinique*, car le tubage montre que la quantité d'HCl peut être normale, parfois même diminuée. Ces régurgitations acides sont dues au spasme du pylore et de l'estomac qui chasse le contenu gastrique vers l'œsophage.

Hémorragies. — L'hémorragie peut être *visible* et se traduire sous forme d'*hématémèse* ou de *melæna*; c'est là non un symptôme mais une complication. Le diagnostic aurait dû être posé, avant son apparition. L'hémorragie est le plus souvent *occulte* et se révèle à l'examen chimique des selles.

Obscurité des symptômes. — Souvent le patient ne consulte le médecin qu'à l'occasion d'une complication ou d'un symptôme traduisant le stade déjà avancé d'une lésion ancienne : hématémèse, melæna, stase gastrique, vomissements, hyperchlorhydrie tenace, etc. Souvent même le diagnostic n'est posé qu'au cours d'une laparotomie ou sur la table d'autopsie. On pourrait conclure que les symptômes de l'ulcère duodénal sont vagues et que l'affection présente une longue période latente. Il n'en est rien. Il suffit d'interroger le malade, avec soin, sur ses antécédents, pour retrouver les symptômes caractéristiques de l'ulcère duodénal. S'il ne les accuse pas d'une façon formelle, c'est qu'il les subit avec résignation depuis plusieurs années et qu'il s'est accoutumé à souffrir d'une façon modérée.

VI. **Le diagnostic** se fait d'après les anamnestiques qui suffisent le plus souvent : il s'agit d'un *homme* de *vingt-cinq à cinquante* ans, traité depuis des années pour névrose gastrique ou *hyperchlorhydrie* et présentant les phénomènes suivants : douleur deux à quatre heures après les repas; faim douloureuse calmée par une nouvelle prise de nourriture; accidents survenant par périodes de plusieurs semaines ou de plusieurs mois et succédant à des intervalles de guérison apparente. Quand ces symptômes existent avec cette netteté, l'opération révèle habituellement l'existence d'un ulcère duodénal. Toutefois, comme le diagnostic a pu parfois se trouver en défaut, il est bon de l'étayer sur l'exploration directe, voire par le cathétérisme duodénal, « l'exploration par l'imprégnation du fil » de Einhorn et l'examen coprologique.

L'examen coprologique (René Gaultier) comprend deux temps : a. *recherche de sang occulte* par le réactif de Weber ou de Meyer; b. *l'analyse chimique et histologique* des fèces après un repas d'épreuve. Ce repas se compose de viande, de beurre et de féculents. Il est délimité par un cachet de carmin pris avant et après l'ingestion des aliments. L'examen chimique révèle :

1° La *non digestion des graisses* et leur absence du dédoublement (René Gaultier);

2° La persistance des *noyaux* dans les fibres musculaires (Schmidt);

3° La présence des *grains d'amidon* non digérés (Stovel et Binet).

Nous ne possédons pas un seul signe pathognomonique de l'ulcère duodénal, mais les éléments de diagnostic que nous avons déjà nous permettent de le reconnaître dans la grande majorité des cas.

VII. **La perforation** de l'ulcère duodénal est une complication fréquente. Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Aiguë, elle correspond à un orifice large, sur un estomac plein d'aliments ou de sécrétions ; de sorte que d'emblée le péritoine se trouve inondé de liquide septique, ce qui rapidement produit une péritonite diffuse mortelle.

Subaiguë, elle correspond à une plaie petite et à un estomac vide, de sorte que le liquide épanché en faible quantité est immédiatement limité par les adhérences. La perforation est obturée par un tampon épiploïque ou un organe voisin; une barrière d'adhérences s'élève rapidement. L'infection aboutit souvent à la formation d'un abcès.

Chronique, elle est précédée par la formation d'adhérences qui unissent le duodénum aux organes voisins, il peut en résulter une fistule, ou simplement une péritonite plastique avec adhérences consécutives.

La perforation d'un ulcère duodénal s'annonce par une douleur brusque, « angoissante », terrible, en *coup de poignard.* (Dieulafoy.) Cette douleur est si violente qu'elle peut provoquer la mort subite. L'abdomen est *contracturé*, *tétanisé* dans toute son étendue. La respiration est courte par contracture du diaphragme. La rigidité abdominale est plus accentuée dans le flanc droit et l'hypocondre droit.

S'il s'agit d'une perforation subaiguë, au bout de quinze à vingt heures, le ventre s'assouplit et les phénomènes s'amendent. Si la perforation est aiguë, le ventre se ballonne, la péritonite éclate et la mort survient dans le collapsus. *L'opération s'impose d'urgence* dans les premières heures. C'est la condition essentielle du succès. Dès que la péritonite est déclarée, la guérison est exceptionnelle.

La perforation aiguë est souvent confondue par le médecin avec l'*occlusion intestinale*, l'*appendicite* perforante, la *cholécystite* calculeuse ou la *pancréatite.* Le diagnostic est facile; il suffit d'y penser : l'intensité extrême de la douleur, la prédominance de la rigidité abdominale du côté de l'hypocondre droit et les commémoratifs du malade permettent de faire le diagnostic.

Contrairement à ce qui passe pour l'ulcère gastrique qui se transforme en cancer dans un très grand nombre de cas, l'ulcère duodénal ne subit presque jamais la dégénérescence épithéliomateuse.

Le **traitement** de la perforation aiguë consiste dans la laparotomie latérale, l'*enfouissement* de l'ulcère perforé sous deux plans de suture consolidés par un tampon épiploïque, le *drainage* de la *loge sous-hépatique* à l'aide d'un tube et surtout le *drainage du Douglas* à l'aide d'un drain *sus-pubien.* Le

lavage n'est indiqué que s'il y a des aliments dans le péritoine.

Les soins post-opératoires sont importants; le sujet sera placé dans la *position demi-assise* et subira l'injection continue d'eau salée dans le rectum.

Opérée d'une façon précoce la perforation de l'ulcère duodénal guérit le plus souvent. MITCHELL (de Belfast) a obtenu 16 guérisons sur 16 cas; les F. MAYO, 16 guérisons sur 19 cas; CODMANN, 7 guérisons sur 8; Alexander MILES, 5 guérisons sur 10 cas; BREWER (de New-York), 4 guérisons sur 5 cas. Par contre, sur 42 cas communiqués par des confrères différents, nous notons 39 morts. Cette statistique lamentable tient à ce que presque tous ces sujets ont été opérés en pleine péritonite, de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'accident. Celui de Riche, qui a guéri, a été opéré six heures après le début.

Les **abcès péri-duodénaux** sont beaucoup plus fréquents que ne semblent le faire penser les statistiques qui attribuent à des perforations de l'estomac, du pylore ou de l'appendice un grand nombre d'abcès sous-phréniques qui sont certainement d'origine duodénale.

L'**hémorragie** au cours de l'ulcère duodénal se manifeste sous l'un des aspects suivants : a. *sang occulte* reconnu par l'examen coprologique; b. *écoulement sanguin* visible sous forme d'hématémèse ou de melæna, mais sans troubles généraux graves; c. *hémorragies profuses*, avec *phénomènes d'anémie aiguë* menaçant la vie du sujet. Il va sans dire que chaque fois que du sang se montre dans les selles, quelle que soit sa faible abondance, l'opération s'impose; mais dans les hémorragies abondantes, faut-il attendre l'hémostase spontanée ou pratiquer l'opération d'urgence? Le plus souvent, le problème ne se pose pas, car l'hémorragie tue le sujet rapidement par anémie aiguë par l'ouverture d'un gros vaisseau. Si le chirurgien se trouve dans un milieu favorable pour intervenir rapidement, il aura recours à la gastro-entérostomie et à l'enfouissement de l'ulcère. La suture enfouissante comprendra les vaisseaux qui entourent l'ulcération afin d'ischémier cette dernière. Il n'interviendra pas directement sur les vaisseaux qui saignent, après ouverture du duodénum.

VIII. **Le traitement** de l'ulcère duodénal chronique est purement *chirurgical.* Le traitement médical n'amène souvent qu'une guérison momentanée, imparfaite. Le malade atteint d'ulcère duodénal mène une existence assombrie par une série de rechutes qui le diminuent au point de vue social, l'astreignent à suivre un régime très sévère et l'arrêtent au milieu de ses occupations. L'ulcère duodénal raccourcit l'existence et amène une vieillesse prématurée. Les complications (hémorragie et perforation) sont plus graves que celles qui se montrent dans l'ulcère d'estomac, parce que plus inopinées, plus subites et plus brutales.

Tout ulcère duodénal reconnu doit être opéré. — Quel traitement doit être appliqué? *Quatre méthodes* s'offrent au chirurgien : l'excision, la gastro-entérostomie, la résection et l'exclusion.

A. *Excision de l'ulcère duodénal.* — L'excision suivie de suture est applicable aux petits ulcères non adhérents et accessibles. La suture se fera perpendiculairement à l'axe de l'intestin pour ne point provoquer de rétrécissement.

B. *Gastro-entérostomie.* — C'est l'opération de choix. Faire la gastro-entérostomie postérieure à suspension verticale, *sans boucle*, créer un *orifice large* et *situé au point le plus déclive* de l'estomac. C'est la condition indispensable pour obtenir de bons résultats fonctionnels et des succès définitifs. En cas d'adhérence de la paroi stomacale postérieure, il faut recourir à la gastro-entérostomie *antérieure* rétro-côlique en Y. En cas d'ulcère duodénal de la paroi antérieure, il est bon de compléter l'opération par l'enfouissement de la zone apparente.

C. *Résection.* — La résection duodénale peut être faite seule ou associée à une résection pylorique. L'opérateur ferme ensuite les deux extrémités duodénales et pratique une gastro-entérostomie postérieure.

D. *Exclusion.* — Elle consiste à sectionner complètement l'estomac en amont du pylore et à fermer séparément les extrémités pylorique et cardiaque du ventricule. Une gastro-entérostomie postérieure est faite ensuite. Cette opération assure la mise au repos complète du duodénum.

IX. **Indications.** — D'après les documents publiés ou communiqués à nous directement par des confrères, il résulte que l'indication thérapeutique de l'ulcère duodénal s'est posée dans les conditions suivantes :

1° Pour des *troubles dyspeptiques* persistants généralement qualifiés de dyspepsie hyperacide et menaçant la santé générale du sujet, ou faisant obstacle à la vie normale.

2° Pour des *sténoses cicatricielles* avec stase gastrique ou vomissements.

3° Pour des *hémorragies* modérées, mais persistantes, ou des hémorragies abondantes.

4° Pour une *perforation aiguë* ou subaiguë avec ou sans péritonite, suivant que l'intervention avait été tardive ou précoce.

5° Pour une *perforation chronique avec péri-duodénite suppurée*, abcès sous-phrénique, iliaque, lombaire, pelvien.

6° Pour une *perforation chronique avec péri-duodénite plastique*, adhésive.

7° Pour des *complications plus rares* : fistules duodénales cutanées, compression du cholédoque ou communication anormale avec un viscère voisin.

Si on étudie de près les observations et les travaux qui nous ont été personnellement communiqués, on est frappé de la différence énorme qui sépare les résultats des chirurgiens ayant une grande expérience de la chirurgie duodénale et les résultats des collègues qui n'ont opéré des ulcères duodénaux qu'à titre exceptionnel, pour une complication, et le plus souvent *in extremis*.

La première catégorie de travaux et d'observations nous intéresse seule. Les documents épars des cas opérés d'urgence, sans diagnostic préalable, ne

nous sont d'aucune utilité, sinon pour nous prouver notre ignorance de la question. C'est ainsi, par exemple, que dans les observations éparses qui nous sont adressées par un grand nombre de collègues, nous trouvons *42 perforations aiguës avec 39 morts*. Ces morts sont toutes survenues sur des sujets opérés en pleine péritonite. Nous ne signalerons donc que les statistiques des chirurgiens qui ont une compétence spéciale en la matière et de longue séries d'opérations.

Les F. MAYO ont pratiqué 497 opérations dont 19 pour perforations aiguës. La mortalité est inférieure à 1 p. 100; les guérisons définitives sont de 96 p. 100; quelques-unes remontent à dix-sept ans.

MOYNIHAN a opéré 268 cas d'ulcère duodénal. *Les 146 dernières opérations n'ont pas donné de mort.* Il observe 80 p. 100 de guérisons définitives et 10 p. 100 d'améliorations. La mortalité est inférieure à 1 p. 100.

MAYO-ROBSON a pratiqué plus de 200 opérations pour ulcère duodénal avec une mortalité de 2 p. 100.

DICKIE (de Middlesbrough) a opéré 25 cas. Cinq fois aucune lésion n'a été constatée. Les autres se décomposent ainsi : un abcès sous-phrénique (1 mort), 10 sténoses cicatricelles (10 guérisons), 3 perforations aiguës (2 morts), 6 ulcères simples (1 mort).

BREWER a opéré 9 cas : 4 pour ulcères chroniques (guéris); 5 pour perforations aiguës (1 mort).

Si nous ne notons maintenant que les résultats opératoires pour *des perforations aiguës*, nous obtenons les renseignements suivants :

MITCHEL.......	16 interventions,	16 succès.
Les frères MAYO.	19 —	13 —
BREWLER.......	4 —	3 —
MILES..........	10 —	5 —
CODMANN.......	8 —	7 —

Les cas d'ulcère duodénal opérés pour des troubles fonctionnels simples, c'est-à-dire justiciables de l'excision, de la gastro-entérostomie avec enfouissement ne donnent qu'une mortalité de 1 p. 100 environ.

Les cas de perforation aiguë eux-mêmes donnent de très bons résultats pourvu qu'ils soient opérés dans les premières heures. Des chirurgiens ont une statistique de 100 p. 100 de guérisons.

On peut donc conclure que, dans l'état actuel de nos connaissances, l'ulcère duodénal *peut être habituellement reconnu au lit du malade, que cette affection menace la vie du sujet par des complications graves, qu'elle raccourcit en tous cas son existence ou diminue sa valeur sociale par les accidents qu'elle provoque.*

La faible mortalité, que l'opération donne entre les mains des chirurgiens entraînés et sur des sujets non encore cachectiques, doit encourager les médecins à accepter notre opinion actuelle : *que le traitement chirurgical est la seule thérapeutique applicable à l'ulcère duodénal.*

Discussion.

La lecture des rapports a été suivie d'une courte discussion. M. JONNESCO préfère l'*exclusion du pylore* à la simple gastro-entérostomie. Mais les autres orateurs, TÉDENAT, HARTMANN, LARDENNOIS, MONPROFIT, n'ont fait, en citant des cas personnels, qu'approuver les termes du rapport.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(XIVe SESSION, PARIS, 6-8 OCTOBRE 1910)

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE EN DEHORS DE LA BLENNORRAGIE ET DU TRAUMATISME

M. MINET (de Paris), rapporteur.

Il s'agit de variétés rares de rétrécissements, longtemps méconnues, et souvent difficiles à établir dans la pratique, à cause de la grande fréquence d'un passé blennorragique chez l'homme.

Laissant de côté les rétrécissements cicatriciels, nous trouvons :

1° Les rétrécissements tuberculeux;
2° Les rétrécissements syphilitiques;
3° Les rétrécissements congénitaux;
4° Les rétrécissements inflammatoires non gonococciques.

Rétrécissements tuberculeux. — On trouve mention de 43 cas dignes de créance dans la littérature, mais la plupart sont récents, et il faut s'attendre à voir leur nombre s'accroître rapidement; environ 25 observations inédites sont publiées dans le rapport. Sept autopsies seulement et douze examens au cours d'opérations permettent de faire l'étude anatomo-pathologique.

Sous le nom de rétrécissement tuberculeux, nous comprenons toute altération anatomique de la paroi de l'urètre, causée par la tuberculose et diminuant le calibre de cet organe. La fréquence absolue et relative, ne peut être établie actuellement, mais il ne s'agit pas d'une affection exceptionnelle ; on la rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, et surtout de vingt-cinq à quarante ans, comme la tuberculose rénale; l'urètre est, en effet, presque toujours — peut-être même toujours — pris secondairement; dans les trois cas qui paraissent pouvoir être primitifs, il n'est pas démontré qu'il n'existait pas de lésions rénales latentes. La blennorragie s'associe parfois à la tuberculose pour former des rétrécissements mixtes; ailleurs la tuberculose évolue dans un urètre déjà rétréci par la blennorragie.

L'urètre profond était le siège du rétrécissement dans 15 cas environ.

L'urètre périnéal et bulbaire était le siège du rétrécissement dans 28 cas.

L'urètre pénien et scrotal était le siège du rétrécissement dans 45 cas.

On a vu l'urètre rétréci dans toute sa longueur (Rochet) ou sur une longue étendue; plus souvent il s'agit de rétrécissements courts, comparables aux rétrécissements inflammatoires. Le rétrécissement est multiple dans la moitié des cas environ.

Ordinairement peu serrées, ces sténoses sont parfois étroites, et Pasteau a vu un cas d'occlusion complète, après cystostomie. Des rétrécissements

larges ne sont sans doute pas rares, mais passent plus facilement inaperçus.

Les lésions sont diverses. Un premier type est la *sclérose* simple, de cause sans doute toxinienne (Hartmann et Lecène), comparable à celle du rectum; mais il n'en existe encore qu'une pièce anatomique, et le tissu scléreux n'y est pas pur, mais parsemé de follicules tuberculeux sans bacilles, ni cellules géantes. Dans une deuxième catégorie se rangent des sténoses constituées par la coexistence d'une *sclérose de défense* avec des productions tuberculeuses; dans une troisième, des scléroses *cicatricielles* liées à la réparation de pertes de substance; il s'agit souvent, alors, de tuberculose compliquée de fistules. Enfin le rétrécissement est dû parfois à des lésions *tuberculeuses sans sclérose* appréciable, tubercules, infiltration massive, fongosités. Le rôle des infections secondaires est à déterminer.

Des complications infectieuses ou tuberculeuses peuvent s'étendre aux tissus péri-urétraux, laissant à leur suite des fistules (17 cas).

Les symptômes ne sont marqués que dans les sténoses étroites; plus communément on n'observe que les signes dus aux autres localisations urinaires ou génitales de la tuberculose; le rétrécissement doit donc être recherché. Nous avons noté la blennorrée (13 fois), l'affaiblissement du jet, la dysurie, les douleurs mictionnelles, l'urétrorragie, enfin, plus rarement, la rétention et l'incontinence vraie.

La palpation montre parfois l'urètre induré; la boule exploratrice, qui provoque une douleur plus forte que dans les rétrécissements inflammatoires, révèle des ressauts ou un enserrement de degré variable. L'exploration d'un urètre ulcéré, ou comprimé par la tuberculose péri-urétrale, a pu faire croire à tort à une sténose du canal; mais ces faux rétrécissements se laissent diagnostiquer si l'on se sert à la fois de l'explorateur à boule et de bougies olivaires. L'urétroscopie serait un moyen de diagnostiquer les rétrécissements tuberculeux des rétrécissements inflammatoires, d'après Burckhardt.

La marche de ces sténoses est ordinairement insidieuse, et elles n'atteignent pas un fort degré d'étroitesse; mais on en a vu qui évoluaient rapidement, d'un examen à l'autre; le rétrécissement peut encore s'amender spontanément ou après la guérison des lésions tuberculeuses situées en amont; d'autres cas présentent des variations successives du calibre. Le pronostic dépend surtout des autres lésions tuberculeuses urinaires.

Le traitement radical consiste dans l'excision du rétrécissement ou dans la destruction des lésions urétrales et péri-urétrales; celle-ci a été tentée dans des cas compliqués de fistules périnéales, et le plus souvent elle a abouti à la guérison, mais parfois au prix d'une urétrostomie définitive. La dérivation des urines convient aux cas plus graves, par l'étroitesse, ou par les symptômes; si l'urètre profond et la prostate sont gravement atteints, elle sera réalisée non par la boutonnière périnéale mais la cystostomie sus-pubienne. Aux cas moins graves convient un traitement local, qui sera toujours très prudent; suivant la tolérance de l'urètre, il consistera dans la dilatation ou dans l'urétrotomie interne, dont l'innocuité est démontrée (7 cas).

La suppression des foyers primitifs de tuberculose équivaut parfois à un traitement radical; c'est ainsi que Eckehorn et Wildbolz ont vu l'amélioration de l'urètre suivre la néphrectomie dans le cas de tuberculose rénale unilatérale, mais un tel résultat n'est pas constant.

Rétrécissements syphilitiques. — On peut les diviser en trois classes:

1° Les rétrécissements cicatriciels consécutifs au chancre, qui n'ont rien de particulièrement intéressant;

2° Les rétrécissements tertiaires par infiltration scléreuse, tantôt accompagnant des gommes ou des ulcérations, tantôt purs (syphilome cylindroïde de Fournier); ce sont des cas exceptionnels;

3° Les rétrécissements cicatriciels consécutifs aux lésions tertiaires, parfois suivies de grandes pertes de substance.

Rétrécissements congénitaux. — Leur existence est prouvée par les nécropsies d'enfants morts nés ou ayant peu vécu, par les autopsies et opérations d'enfants présentant, depuis la naissance, des symptômes fonctionnels de rétrécissements.

Nous laissons de côté les rétrécissements du méat bien connus; les autres se divisent en: 1° rétrécissements cylindriques et annulaires, qui sont fibreux et parfois étendus à une longue portion de l'urètre et même à sa totalité; 2° rétrécissements diaphragmatiques, rares; 3° rétrécissements par des valvules, presque toujours transversales, quelquefois longitudinales, et qui ne sont pas toujours de structure purement muqueuse; 4° brides qui sont sans doute moins fréquentes que l'exploration ne le laisse supposer. Les rétrécissements courts (brides ou anneaux) sont multiples dans un tiers des cas; les autres sont ordinairement uniques.

Quand ces rétrécissements ne s'accompagnent de symptômes que tardivement, le diagnostic de leur origine laisse des doutes, d'autant plus que ces signes apparaissent parfois à l'occasion d'une infection récente. Ce sont les symptômes classiques des rétrécissements inflammatoires: la fréquence de l'incontinence d'urine a été remarquée: sur 55 cas nets, nous l'avons trouvée 18 fois à la période d'état, soit dans un tiers des cas environ; il y faut ajouter 4 cas où elle figurait dans les antécédents et 3 cas d'incontinence par regorgement; elle est tantôt névropathique, tantôt liée à la rétention incomplète. Les complications et le traitemement ne diffèrent pas de ceux des autres sténoses.

Rétrécissements inflammatoires. — L'urètre se rétrécit à la suite des urétrites liées à la balanite, et, par suite, au phimosis; il est vraisemblable qu'il existe aussi des sténoses inflammatoires simples, qui sont difficilement séparées des rétrécissements congénitaux aggravés par une infection surajoutée, mais des observations concluantes manquent, jusqu'à présent, pour en établir les caractères; il en est de même pour les rétrécissements attribués aux fièvres éruptives, à la goutte, etc. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 OCTOBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Reclus, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Ombrédanne; — M. Legry, suppléant.

A neuf heures du matin. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Lœper, suppléant.

Mardi 18 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Laënnec* : MM. de Lapersonne, Thiéry et Auvray; — (2e série) : MM. Quénu, Marion et Morestin; — M. Rénon, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Gilbert, Jeanselme et Carnot; — (2e série) : MM. Chauffard, Castaigne et Nobécourt; — M. Gouget, suppléant.

A neuf heures du matin. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau; — M. Maillard, suppléant.

Mercredi 19 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Roger, Desgrez et Legry.

1er (oral) : MM. Nicolas, Branca et Ombrédanne.

3e (oral, 2e partie) : MM. Gaucher, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Pierre Marie, Richaud et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Lepage, Wallich et Potocki; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Jeudi 20 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Nicloux et Brumpt.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Fernand Bezançon et Balthazard; — (2e série) : MM. Chantemesse, G. Ballet et Carnot.

1er (sages-femmes) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Demelin; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 21 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Necker* : MM. Segond, Gosset et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Delbet, Proust et Ombrédanne; — M. Zimmern, suppléant.

A neuf heures du matin. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Mulon, suppléant.

Samedi 22 octobre, à neuf heures du matin. — 2e (sages-femmes), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Demelin et Jeannin; — M. Nobécourt, suppléant.

THÈSES

Mercredi 19 octobre, à une heure. — M. Pottet. Contribution à l'étude anatomique, histologique, physiologique du corps jaune pendant la grossesse. (MM. Pinard, président; Blanchard, Couvelaire et Mulon.) — M. Kaufmann. Contribution à l'étude clinique, histologique, biologique de l'actinomycose. (MM. Blanchard, président; Pinard, Couvelaire et Mulon.) — M. Treyve. Accidents professionnels chez les horticulteurs. (MM. Blanchard, président; Pinard, Couvelaire et Mulon.) — M. Dehelly. Résection de l'intestin grêle dans la hernie gangrénée. (MM. Segond, président; Delbet, Gosset et Pierre Duval.) — M. Carton. Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle. (MM. Segond, président; Delbet, Gosset et Pierre Duval.) — M. Gantier. Etat actuel des recherches sur la strophantine. Etude expérimentale de son action sur le rein. (MM. Delbet, président; Segond, Gosset et Pierre Duval.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 40, 2 oct. 1910.) Oraison et Pierre Nadal : Lithiase et néoplasmes du rein. — Aubaret et Vincens : Constitution anatomique du tronc cœliaque.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 sept. 1910.) Crothers : Cocaïnisation. — Londe : L'imminence morbide chez le nouveau-né.

Pédiâtrie pratique. — (No 27, 25 sept. 1910.) Rocaz : Eczéma des nourrissons.

Policlinico. — (Septembre 1910, fasc. 9.) *Section médicale.* Balduino Bocci : Etudes critiques et expérimentales relatives à certaines questions de physiologie soumises à la controverse. — Cesare Frugoni : Etudes cliniques sur les altérations du rythme respiratoire, principalement en ce qui regarde les formes agoniques et névrosiques. — Giulio Porrini : A propos d'un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, consécutive à une intoxication aiguë par l'alcool. — *Section chirurgicale.* Romolo Gabaglio : Fracture du scaphoïde carpien. — P. Sabella : Ectopie et sarcome bilatéraux des testicules.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (No 38, 17 septembre 1910.) Sargnon : Contribution à la broncho-œsophagoscopie. — Tétrop : Dispositif pour la confection rapide de cylindres de paraffine stérile. — (No 39, 24 septembre.) Buys : Applications cliniques de la nystagmographie. — Gault : De l'utilisation du cornet inférieur comme moyen adjuvant dans certains cas d'uranostaphylorraphie.

Revue neurologique. — (No 27, 15 sept. 1910.) Parhon : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la migraine. — Javorsk : Influence du traitement mercuriel sur la composition du liquide céphalo-rachidien dans les maladies du système nerveux de nature syphilitique ou parasyphilitique.

Riforma medica. — (No 36, 5 septembre 1910.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Domenico Taddei : L'hépato-cholangio-antérostomie. — Vincenzo Gaudiani : Nouvelle contribution à l'étude des germes anaérobies dans les suppurations. — (No 37, 12 septembre.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Rizzardo Secchi et Giovanni Mareschi : Contribution à l'étude histologique et clinique de la dégénérescence kystique des reins. — C. Mainoli : L'anesthésie locale et les grandes opérations. — (No 38, 19 septembre.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques. Formes cliniques. Pathogénie. — Oscar Marchetti : Angiomes hypertrophiques du membre supérieur. — Rizzardo Secchi : Contribution à l'étude histologique et clinique de la dégénérescence kystique des reins. — Roberto Campana : Le 606 succédané du mercure. — (No 39, 26 septembre.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Luigi de Gaetano : La fixation du complément comme moyen de diagnostic des kystes par échinocoques. — Guido Arena : Contribution à l'étude de l'hypophyse pharyngienne chez l'homme.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (No 18, 30 sept. 1910.) J. Bouvier : Les maladies de la moelle épinière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

N° 116. — MARDI 11 OCTOBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 11 OCTOBRE 1910. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

Nous nous ferons un plaisir de l'adresser gracieusement à ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande dès maintenant.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Vurpas, Macaigne, Dufour, Josué, Michel, Lejars, Paul-Riche, Cathala, Sebileau, qui acceptent; Humbert, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Signes de l'étranglement herniaire. »

MM. Furet, 16; Grisoni, 15; Fouquet, 19; Funck, 15; Guiollot, 14; Faton, 15; Frucht, 13; Fris-Larrouy, 14; Folley, 9; Mlle Halperson, 17; MM. Exintaris et Fresney, 6; Fornairon, 7; Mlle Halpern, 14; MM. Gomot, 2; Gustin, 6.

Prochaine séance, mardi 11 octobre, à cinq heures, première moitié, troisième série.

La séance d'anatomie qui devait avoir lieu le vendredi 7 octobre a été renvoyée au mardi 11.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Composition écrite. — Question donnée : « Voies biliaires extra-hépatiques. — Signes et diagnostic des cholécystites. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire d'anatomie pathologique et histologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est déclarée vacante.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 20 octobre, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Un examen pour l'obtention du titre de « médecin sanitaire maritime » aura lieu à Marseille, à la direction de la Santé (consigne sanitaire du quai Saint-Jean), le 24 octobre 1910 à huit heures du matin. Les docteurs en médecine, qui désirent passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, peuvent se faire inscrire à la direction de la santé.

Les pièces à produire sont les suivantes : 1° Demande d'inscription; 2° Diplôme de docteur en médecine ou copie certifiée conforme; 3° Extrait de naissance sur papier timbré; 4° Certificat de bonnes vie et mœurs et de nationalité française.

Des exercices pratiques de bactériologie ont lieu les lundis et vendredis, à trois heures après-midi au laboratoire de la Santé (consigne sanitaire du bassin national, môle D), et des conférences sur la police sanitaire maritime et les procédés de désinfection, les mardis, à cinq heures après-midi, à la consigne du quai Saint-Jean.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Angelby (de Châtel-Guyon); Bataille père (de Déville); Magdelaine, médecin-major de première classe.

CONFÉRENCES PRATIQUES D'OPHTALMOLOGIE. — Le docteur Poulard commencera la première série de ses conférences d'ophtalmologie pratique, le lundi 7 novembre, à trois heures, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis de chaque semaine à la même heure, dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière.

Ces conférences sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles portent sur les maladies des yeux que tout médecin doit connaître et sur les soins d'urgence. Elles sont gratuites.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de se faire inscrire auprès du docteur Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Beaujon.

L'ORCHESTRE MÉDICAL reprendra tout prochainement ses répétitions dans le local habituel, 4, rue de Florence.

Les confrères qui seraient désireux d'en faire partie sont invités à en demander les statuts et à s'inscrire chez M. le professeur Richelot, président, 3, rue Rabelais; chez M. le docteur Destouches, secrétaire général, 4, rue Thénard; chez M. le docteur Duchesne, secrétaire général adjoint, 3, rue Rossini, ou chez M. le docteur Vaucaire, archiviste, 52, rue La Boétie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME MÉNINGITIQUE DE LA PARALYSIE INFANTILE

Par MM. G. PAISSEAU et JEAN TROISIER (1).

On a rapporté en France, dans ces derniers temps, des cas assez nombreux de paralysie infantile épidémique. Cette maladie, que les travaux de l'école suédoise nous ont fait surtout connaître est le plus souvent désignée sous le nom de maladie de Heine-Médin, ou encore de poliomyélite aiguë.

Cette paralysie infantile aiguë se caractérise par une atteinte diffuse et simultanée de l'axe cérébro-spinal et de ses enveloppes; de ce fait elle se prête mal à une classification précise, aussi la voit-on, selon les auteurs, rapportée à des affections bien individualisées comme la méningite cérébro-spinale ou la poliomyélite antérieure, tandis que d'autres la considèrent comme une maladie autonome ou encore n'y veulent voir qu'un assemblage de faits disparates.

Le cas que nous avons eu l'occasion d'observer nous a semblé, pour ces raisons, pouvoir prêter à quelques considérations intéressantes.

OBSERVATION. — Marcel T..., âgé de sept ans, entre dans le service du professeur Hutinel, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Bouchut, le 10 décembre 1909.

Marcel T... n'a présenté d'autres maladies que la rougeole à deux ans et la varicelle à six ans. On ne retrouve rien d'anormal dans son développement physique et intellectuel. Ses parents sont bien portants.

Le 5 décembre 1909, en pleine santé, l'enfant est pris dans la matinée de frissons, de fièvre et de malaises. Le 7 décembre, la fièvre est, paraît-il, très élevée; il n'y a ni vomissements ni troubles gastro-intestinaux. Les parents remarquent dans la journée que la jambe gauche présente un peu de raideur. La démarche est hésitante. Le soir, le jeune Marcel se plaint de douleurs vives dans le dos et dans le bras; le lendemain (8 décembre), il ne peut plus se tenir debout.

Il souffre maintenant dans les bras et dans les jambes. Le 9, la fièvre tombe. Les parents amènent l'enfant à l'hôpital (10 décembre).

Marcel T... est un enfant bien constitué, quoique un peu frêle d'aspect. Sa taille est de 1m12, son poids de 15k500. Lorsque nous l'examinons, nous le trouvons étendu sur son lit et se plaignant de douleurs vagues dans le dos et dans les membres. Le membre supérieur gauche est complètement inerte; du côté droit il est seulement parésié; les membres inférieurs sont au contraire raides, contracturés, avec une certaine prédominance pour le côté gauche.

Le malade ne peut remuer ni les doigts ni les orteils. Il est incapable de fléchir ni d'étendre les bras et les jambes. Du côté de la face, on note seulement une *paralysie faciale gauche* atténuée et de la *mydriase* légère du même côté.

La sensibilité n'est pas indemne; on constate une *hyperesthésie* généralisée des téguments.

L'examen des réflexes et du tonus musculaire donnait des résultats tout à fait dissemblables suivant les régions. Au niveau des membres supérieurs, l'hypotonie était manifeste et les réflexes absents.

Au niveau des membres inférieurs au contraire, la *contracture* était très intense, les réflexes exagérés et le *clonus* du pied facile à obtenir.

Du côté gauche le réflexe plantaire se produisait en extension (signe de Babinski) avec abduction des orteils (signe de l'éventail).

Enfin le *signe de Kernig* était des plus nets et la *raideur de la nuque* manifeste. Pas de troubles des réservoirs.

Le ventre était souple, la respiration un peu ralentie (12 par minute) et le pouls régulier battait à 80.

L'examen des organes restait négatif; il n'y avait, en particulier, aucun signe d'adénopathie trachéo-bronchique. La température oscillait entre 37°1 et 37°7.

En somme il s'agissait d'une quadriplégie avec prédominance du côté gauche, paralysie faciale; paralysie flasque au niveau des membres supérieurs, spasmodique au niveau des membres inférieurs.

Le lendemain (11 décembre) l'état du malade est plus grave, l'impotence est toujours absolue, la paralysie faciale est plus accentuée et la langue est légèrement déviée vers la droite. La nuque est plus raide et le Kernig plus marqué. L'hyperesthésie cutanée est manifeste. Il y a un certain degré de *strabisme* avec *inégalité pupillaire* (la mydriase s'accentue à gauche).

Du 12 au 15 décembre, l'état de l'enfant ne présente guère de modification. Le 17, un examen du fond de l'œil ne permet de déceler aucune lésion (M. Terrien). Il n'y a plus de strabisme.

A partir de ce jour une amélioration notable se produit; le bras droit recouvre très rapidement son fonctionnement normal tandis qu'il persiste une paralysie de l'avant-bras et du poignet gauche qui reste à peu près absolue pendant un certain temps. La raideur des membres inférieurs s'atténue; l'enfant peut soulever les pieds au-dessus du plan du lit. A ce moment le syndrome méningé a disparu. Vers le 20, la démarche devient possible, mais elle est encore très pénible (démarche spasmodique).

Le 30 décembre, on ne trouve plus de signe de Babinski, mais on obtient encore le clonus du pied à gauche. Les mouvements du membre supérieur gauche reparaissent progressivement. Dans le courant du mois de janvier l'état s'améliore de plus en plus; l'enfant engraisse (17k300) et marche convenablement.

Lorsque l'enfant sort de l'hôpital, il paraît entièrement guéri; néanmoins il conserve encore une légère parésie faciale gauche et de la trépidation épileptoïde au niveau du membre inférieur du même côté (23 janvier).

Nous avons eu depuis l'occasion de revoir notre jeune malade à deux reprises, au mois de mars et à la fin du mois de mai; la guérison était en apparence complète, l'état général excellent; la paralysie faciale et le clonus du pied avaient disparu; la force musculaire paraissait normale au niveau des membres supérieurs; en marchant, cependant, la jambe gauche semblait un peu paresseuse et traînait légèrement.

L'examen électrique pratiqué par M. Laret n'a révélé aucune anomalie de la contractilité musculaire.

PONCTIONS LOMBAIRES. — *10 décembre.* — Première ponction lombaire. Le liquide sous tension normale présente une forte proportion d'albumine; dans le culot de centrifugation, on trouve une importante réaction cellulaire, environ trente éléments par champ d'immersion (1/12 zeiss, ocul. 2); à part quelques cellules cytolysées, on ne voit guère que des lymphocytes.

L'ensemencement du culot sur sang gélosé reste stérile.

Six centimètres cubes de ce liquide sont inoculés dans la cavité cranienne d'un lapin.

L'animal inoculé ne présenta tout d'abord rien d'anormal; le trentième jour il était atteint de paraplégie flasque et complète; le trente et unième jour la paralysie gagnait les membres antérieurs et l'animal est alors sacrifié.

(1) Travail du service et du laboratoire du professeur Hutinel.

Un lapin sain, mis dans la même cage depuis la veille, est pris quelques heures après de paraplégie et meurt peu de temps après (1). Nous avons tenté de transmettre la maladie au lapin en inoculant dans le péritoine la moelle de ces lapins paraplégiques. Nos expériences sont restées négatives.

20 décembre. — Deuxième ponction lombaire. Rares lymphocytes et quelques éléments cytolysés ; 4 centimètres cubes sont inoculés dans le ventre d'un cobaye. Sacrifié au bout de six semaines, l'animal ne présente aucune lésion tuberculeuse.

19 janvier. — Troisième ponction lombaire. Liquide un peu albumineux et contenant encore quelques lymphocytes.

En résumé, il s'agit d'un enfant qui a été pris en pleine santé de fièvre puis de douleurs vives dans le dos et les membres. Le cinquième jour nous constatons une série de symptômes indiquant une diffusion remarquable des lésions de l'axe cérébro-spinal. Tout d'abord des symptômes « méningés » qui par leur intensité constituaient une véritable dominante clinique : le signe de Kernig, la raideur de la nuque, une hyperesthésie généralisée, le tout accompagné d'altérations du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose, albumine). On observait de plus des phénomènes médullaires indiscutables, signes de Babinski et de l'éventail, dénotant une perturbation du faisceau pyramidal, et une quadriplégie montrant l'atteinte de la substance grise de la moelle. Nous soulignerons tout particulièrement l'état du tonus musculaire et des réflexes ; exagération des réflexes tendineux, clonus du pied et hypertonie des membres inférieurs, absence de réflexes et hypotonie des membres supérieurs. Signalons enfin une série de signes qui indiquaient l'extension du processus à la région bulbo-protubérantielle ; ralentissement de la respiration, parésie faciale et linguale, mydriase et strabisme. Les symptômes d'encéphalite (délire, troubles intellectuels) et de polynévrite (douleurs sur le trajet des nerfs) faisaient défaut.

Somme toute, notre petit malade n'était atteint ni d'une méningite proprement dite ni d'une affection systématisée du système nerveux telle qu'une poliomyélite pure, mais de lésions diffuses de l'axe cérébro-spinal, portant à la fois sur les méninges et la moelle dans toute sa largeur, d'une véritable méningomyélite aiguë.

En quelques semaines, tous les symptômes disparaissaient un à un et deux mois après, l'enfant était presque entièrement guéri.

L'intensité toute particulière des symptômes méningés et la constatation objective de la réaction inflammatoire du liquide céphalo-rachidien auraient pu faire croire qu'il s'agissait d'une méningite primitive accompagnée de déterminations nerveuses secondaires. Certaines tuberculoses méningées peuvent en effet simuler le tableau clinique que nous venons d'esquisser ; mais le résultat négatif de l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien joint à l'évolution vers la guérison autorisent à rejeter cette hypothèse. Il en est de même pour la méningite cérébro-spinale à méningocoques ; on sait que parfois cette méningite est une véritable méningite séreuse avec liquide céphalo-rachidien clair et lymphocytaire. L'absence de tout microorganisme dans les cultures sur sang gélosé nous permet, croyons-nous, d'écarter le méningocoque du déterminisme de notre méningo-myélite.

* * *

Dans quel cadre nosographique devions-nous alors ranger notre cas ? Si nous consultons les traités français, nous devrions à coup sûr ne pas le classer dans la paralysie spinale infantile. Depuis les magistrales descriptions que nous ont données les Heine, les Charcot, les Duchenne, on admettait que la paralysie infantile était une affection systématisée, une poliomyélite ; jamais, disent les classiques, on n'observe de contracture ; les symptômes méningés sont passés sous silence, sauf dans le récent article de MM. Hutinel et Voisin où ils sont signalés dans la phase prodromique. L'amyotrophie est considérée comme constante et la guérison complète comme exceptionnelle. Tout semble donc éloigner notre cas du cadre de la paralysie infantile classique.

Mais la nosologie de la paralysie infantile est en train, depuis quelques années, de subir de profondes modifications. Depuis Medin (1), surtout depuis Wickman (2), l'étude clinique de plusieurs épidémies de paralysie infantile a permis de montrer qu'à côté de la paralysie classique à type poliomyélitique il fallait ranger de nombreux faits disparates, les uns témoignant de l'atteinte de l'encéphale (encéphalites de Strümpell), les autres du cervelet (ataxie aiguë), de la région bulbo-protubérantielle, des méninges et peut-être même des nerfs radiculaires ou périphériques. Parallèlement à la clinique, les études anatomo-pathologiques venaient montrer la diffusion des lésions nerveuses et méningées (Harbitz et Scheel).

Le caractère commun le plus saillant de ces accidents était de survenir habituellement dans des conditions d'épidémicité très nettes et de présenter souvent des exemples avérés de contagiosité.

Les épidémies étudiées tout d'abord en Suède et en Norvège ne tardèrent pas à être signalées en Amérique, Allemagne, Autriche, et Netter attirait naguère l'attention sur leur apparition en France.

L'interprétation de ces faits si complexes a prêté à de nombreuses discussions et une indécision extrême règne encore sur leur interprétation.

Un certain nombre d'auteurs leur refusent toute autonomie : pour V. Kahlden, Berg, Lhermitte (3), il s'agirait de cas disparates ressortissant à des groupes nosologiques distincts, polioencéphalites, myélites diffuses, méningo-radiculites, polynévrites, etc., qui auraient été, sous le nom de maladie de Heine-Medin, rangés à tort dans un groupe morbide autonome.

Mais c'est surtout avec la méningite cérébro-spinale qu'on a été tenté de confondre la maladie de Heine-Medin où nombre d'auteurs n'ont vu que de ces

(1) Tous les autres lapins du laboratoire restèrent indemnes.

(1) MEDIN. Ueber eine Epidemi von Spinäler Kinderlähmung, *Xe Congrès de méd. interne*, Berlin 1890, p. 37.

(2) WICKMAN. *Studien über poliomyelitis acuta*, Berlin 1906.

(3) LHERMITTE. *Sem. méd.*, 24 nov. 1909.

méningites avec lésions concomitantes des centres nerveux, sur lesquelles MM. Claude et Lejonne (1) ont attiré l'attention. On a surtout invoqué en faveur de cette identification, la simultanéité ou la succession des épidémies de méningite cérébro-spinale et de maladie de Heine-Medin (Schultze, W. Pasteur, Macphail, Caverley, Lovett, Netter). Or il semble bien qu'il s'agisse là d'interprétations défectueuses car les auteurs suédois et Wickman en particulier n'admettent l'existence d'aucun lien chronologique entre les deux affections.

Les similitudes cliniques qui ont été invoquées permettent seulement d'admettre avec Netter, que « certains cas qualifiés de méningite cérébro-spinale dans les localités où sévit la poliomyélite sont, en réalité, de simples poliomyélites à forme méningée ».

Aujourd'hui cette distinction peut être facilement établie par l'examen cytologique et bactériologique. Aussi, en général, admet-on l'autonomie de la maladie de Heine-Medin; cette autonomie, il est vrai, peut être comprise différemment.

MM. Claude et Lejonne ne la considèrent pas comme une entité morbide définie mais comme un groupe caractérisé par l'extension des lésions et la variété des symptômes qui en est la résultante; il s'agirait donc d'une autonomie purement anatomo-clinique.

D'importants travaux tendent actuellement à faire considérer la maladie de Heine-Medin comme une entité spécifique. Cette conception est basée sur des recherches cliniques dont celles de Medin et Wickman sont les plus importantes, elle pourra être considérée comme démontrée du jour où les résultats des recherches expérimentales concernant le virus de la paralysie infantile seront définitivement acquis.

D'une série d'expériences du plus haut intérêt dues à Landsteiner et Popper, Knöpfelmacher, Landsteiner et Levaditi, Röhmer, Flexner et Lewis, Leiner, il résulterait que la moelle des sujets morts de poliomyélite contient un virus susceptible de transmettre en série la maladie au singe et à certains autres animaux de laboratoire; il s'agirait d'un virus filtrant présentant les plus grandes ressemblances avec le virus rabique.

Ces recherches établissant l'existence d'une « poliomyélite aiguë » spécifique, la question qui se pose est celle de ses rapports avec la paralysie infantile des auteurs classiques. S'agit-il de deux affections distinctes ou doivent-elles être confondues?

En faveur de la seconde de ces hypothèses on peut invoquer des arguments de grande valeur.

Les différences dans l'évolution entre les formes aiguës et la forme chronique n'ont qu'une signification très secondaire car elles paraissent tenir aux localisations bulbaires qui, dans la poliomyélite aiguë, entraînent très rapidement la mort.

Il en est de même des caractères épidémiologiques la plupart des affections épidémiques et contagieuses pouvant se manifester sous forme de cas sporadiques.

L'argument le plus décisif, au point de vue clinique, est tiré de la fréquence des formes de transition entre la poliomyélite pure et les formes atypiques, diffuses, de la paralysie infantile épidémique. On a souvent noté l'existence d'une réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie infantile (Achard et Grenet, Triboulet, Guinon, Netter, Sicard, Rist, Camus et Sézary, etc.).

Sans vouloir discuter la notion des affections systématiques de la moelle, on peut donc penser que la paralysie infantile telle que nous l'ont léguée les travaux de Charcot n'existe que dans un nombre restreint de cas et que, dans la phase aiguë de l'affection, il s'agit le plus souvent d'une affection diffuse de la moelle avec participation des méninges.

Les examens anatomo-pathologiques, l'étude cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien montrent, à n'en pas douter, qu'il s'agit d'une méningo-myélite aiguë.

Enfin une démonstration encore plus précise peut être tirée des expériences de MM. Netter et Levaditi (1) qui ont vu que le sérum de sujets atteints de paralysie infantile classique neutralise *in vitro* le virus de la poliomyélite épidémique. Ces auteurs pensent apporter de la sorte une preuve matérielle de l'identité d'origine des formes anormales avec les formes typiques de la paralysie infantile.

Ces notions nécessitent un remaniement complet de la conception de la paralysie infantile.

A la paralysie infantile, affection étiologiquement banale, individualisée anatomiquement par sa localisation systématique aux cornes antérieures de la moelle, doit être substituée la notion de la paralysie infantile, affection diffuse du système nerveux, sans caractéristique anatomique mais étiologiquement spécifique.

De la paralysie infantile ainsi comprise doivent être rejetées, d'une part les méningo-encéphalites, d'autre part les poliomyélites infectieuses banales dont les causes bien connues, rougeole, scarlatine, variole, érysipèle, etc., étaient énumérées à l'étiologie de la paralysie infantile dans les traités classiques.

Cette conception peut paraître à première vue un peu simpliste. Elle tend à rapprocher dans une même famille morbide des états profondément disparates, depuis des paralysies flaccides et incurables classiques jusqu'à des quadriplégies parfois spasmodiques et susceptibles d'une guérison complète. A notre avis les localisations anatomiques ne sauraient différencier autant de maladies distinctes du névraxe, mais doivent être considérées simplement comme des formes cliniques de la « paralysie infantile ».

Il est donc indispensable d'envisager successivement dans la paralysie infantile un certain nombre de formes distinctes. Ces formes ont été déjà longuement étudiées par Medin et par Wickman. L'essai de classification que nous présentons exprime seu-

(1) Claude et Lejonne. Les lésions concomitantes des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales, *Gaz. des hôpit.*, 22 et 24 mars 1910.

(1) Netter et Levaditi. *Soc. de biol.*, 21 mai 1910, t. LXVIII, p. 855.

lement les conceptions auxquelles semblent devoir conduire les travaux cliniques et bactériologiques actuellement en cours.

On pourrait décrire à la paralysie infantile trois formes cliniques principales :

1° La *poliomyélite antérieure classique* caractérisée anatomiquement par la myélomalacie des cornes antérieures.

2° La *paralysie infantile aiguë épidémique*. Cette forme est couramment dénommée poliomyélite aiguë.

3° Une *forme méningitique* dans laquelle les symptômes et les lésions méningées paraissent l'emporter sur les déterminations médullaires.

En dehors de ces trois formes il existe un grand nombre de formes anatomo-cliniques plus ou moins fréquentes : la forme *bulbo-protubérantielle* avec paralysie des nerfs craniens (1); une forme *ataxique* (ataxie aiguë); une forme *encéphalitique*; on décrit encore des formes : *maladie de Landry*, *polynévritique*, *abortive*.

Il reste à déterminer la dénomination qui convient à cette affection ainsi comprise ; entre les nombreux termes qui ont été proposés : encéphalo-myélite aiguë (Neurath), polypoliitis acuta (Grober), paralysie infantile aiguë (Krause), le terme de poliomyélite surtout doit être rejeté car, comme le fait remarquer M. Claude, on ne saurait, sans impropriété, user d'un qualificatif anatomique précis pour désigner une affection caractérisée essentiellement par la diffusion des lésions.

La dénomination de maladie de Heine-Medin, la plus généralement employée, ne soulève aucune objection de principe à condition toutefois de comporter une interprétation uniciste, comme l'implique l'association du nom de l'auteur (Heine) qui a décrit le premier la paralysie infantile en 1840, à celui de Medin qui en a étudié les formes atypiques.

Mais il n'est pas d'ailleurs irrationnel de prévoir le jour où, l'identification étiologique de ces différentes formes cliniques étant définitivement acquise, elles pourraient être désignées, sans confusion, du terme générique de paralysie infantile, en raison de la prédilection de l'affection pour le jeune âge.

* * *

L'observation que nous venons de rapporter concerne la forme méningée de la paralysie infantile, c'est sur l'importance de cette forme que nous désirons attirer l'attention.

La première mention des accidents méningés dans la paralysie infantile peut être rapportée aux travaux de P. Marie. Cet auteur signale en effet des décès, attribués à la méningite, mais qu'il considère comme des cas de paralysie infantile méconnue.

Mais il fallait, pour isoler une forme méningée, que les épidémies de paralysies infantiles en offrissent à l'observation des exemples typiques, il fallait aussi que la précision des recherches cytologiques et bactériologiques pût permettre de les séparer avec certitude des méningites cérébro-spinales. La forme méningitique a été bien vue par Medin et sa description complète est due aux remarquables travaux de Wickman.

(1) Voir obs. II de GUINON et SIMON. *Soc. méd. des hôpit.*, 26 nov. 1909.

En France, Netter (1), Dévé, Halipré en ont rapporté les premières observations ; elle est étudiée dans les articles de Petren et Ehrenberg (2), de Job et Froment (3).

Cette forme, surtout fréquente au cours des épidémies, s'observe néanmoins à l'état sporadique.

Son début est caractérisé par l'intensité des phénomènes généraux et l'importance des accidents gastro-intestinaux ; aux troubles moteurs qui appartiennent à la forme bulbo-spinale viennent s'ajouter des accidents méningés ; il faut que les symptômes méningés acquièrent une certaine intensité ; l'existence d'une réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien ne suffit pas à caractériser la forme méningitique qui est seulement une forme clinique.

Les troubles moteurs et les signes méningés peuvent apparaître simultanément, parfois les paralysies sont plus tardives.

La céphalée est ordinairement intense, elle s'associe à des vomissements ; dans les formes pures il n'y a pas ou très peu de troubles psychiques (délire, obnubilation). L'intensité des contractures est variable ; elles peuvent se manifester seulement par de la raideur de la nuque et du Kernig plus ou moins douloureux, mais il n'est pas rare d'observer le renversement de la tête en arrière, de l'opisthotonos ; fréquemment les malades accusent des douleurs violentes généralisées de la nuque, des membres et de la rachialgie.

Parfois il s'associe à ces manifestations des troubles respiratoires, des troubles circulatoires et vaso-moteurs tels que la raie méningitique et la dissociation du pouls et de la température comme dans le cas de MM. Guinon et Simon (4).

Pour Petren, les méninges rachidiennes seraient atteintes d'une façon prédominante et il s'agirait toujours d'une méningite surtout spinale.

A côté de ces signes méningés on voit évoluer en même temps les troubles moteurs de la maladie de Heine-Medin, mais il ne semble pas qu'il y ait des relations entre l'intensité des troubles méningés et la généralisation de la gravité des troubles médullaires ; pour Petren il existerait même des formes méningitiques pures, sans phénomènes paralytiques.

Ces paralysies présentent tous les caractères distinctifs qui appartiennent à la forme bulbo-spinale ; elles sont remarquables par leur diffusion et on a signalé l'existence de troubles sphinctériens. Une de leurs particularités les plus importantes est la possibilité de paralysies spasmodiques ; on peut même voir, comme notre observation en est un exemple remarquable, la coexistence de paralysies spasmodiques et flaccides ; parfois la spasmodicité existe seulement au début.

(1) NETTER. *Soc. méd. des hôpit.*, 1909.
(2) PETREN et EHRENBERG. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1909.
(3) JOB et FROMENT. *Revue de méd.*, 1910, nos 3, 5, 6.
(4) GUINON et SIMON. *Soc. méd. des hôpit.*, 26 nov. 1909.

Ces accidents peuvent se terminer par la mort, due à des lésions bulbaires; il ne semble pas que l'intensité des phénomènes méningés assombrisse le pronostic, mais la gravité varie avec les épidémies. Les auteurs suédois, Wickman, Petren et Ehrenberg insistent sur ce fait que les dangers de mort sont plus considérables pour l'adulte que pour l'enfant.

Le plus souvent la durée de la période aiguë ne dépasse pas une à deux semaines ; elle peut être beaucoup plus courte et ce sont les phénomènes méningés qui disparaissent les premiers. L'évolution des troubles moteurs est surtout importante à considérer.

La terminaison par guérison complète appartient en propre à ces accidents et les distingue des paralysies de la poliomyélite classique. Leegard, Collins ont surtout insisté sur cette particularité essentielle.

La guérison est assez fréquente (22 p. 100 des cas, Leegard), elle peut être très rapide, il s'agit alors de paralysies transitoires, d'autres fois elle est plus lente. Souvent, cependant, la paralysie est définitive comme dans la poliomyélite classique ; il en est ainsi dans un cas que nous venons d'observer, où les troubles moteurs qui s'accompagnent de réactions de dégénérescence semblent devoir rester stationnaires.

Pourtant Petren et Ehrenberg insistent sur ce fait, également important, que la guérison reste toujours possible, après des mois et même des années; cette guérison n'est peut-être pas absolue, mais elle doit être considérée comme une guérison, au sens pratique du mot, car les membres atteints recouvrent une intégrité suffisante, au point de vue fonctionnel, pour ne pas entraîner une infirmité comparable à celles qui résultent de la poliomyélite proprement dite.

Il est à noter : ces paralysies qui peuvent être spasmodiques d'emblée ne le deviennent jamais secondairement (Petren).

On conçoit quel intérêt s'attache à faire le diagnostic de la forme méningée de la paralysie infantile, affection qui permet d'escompter la possibilité d'une amélioration considérable des troubles moteurs qui doivent être tenus pour incurables lorsqu'ils relèvent de la poliomyélite classique.

Selon l'intensité de la réaction méningée, la distinction doit être faite avec la méningite cérébrospinale ou avec la méningite tuberculeuse.

Dans certains cas, comme le fait publié par MM. Nobécourt et Voisin (1) que nous avons eu l'occasion d'observer, l'aspect de l'enfant, dont la tête en hyperextension venait en contact avec le rachis, l'aspect était absolument celui d'une méningite cérébrospinale.

Cliniquement, les caractères des paralysies ont une valeur considérable : beaucoup plus rares dans la méningite cérébro-spinale, elles affectent en outre des allures très différentes; bien moins diffuses, elles prennent de préférence la forme d'hémiplégies,

(1) NOBÉCOURT et VOISIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 nov. 1909.

comme dans un cas que l'un de nous a rapporté avec M. Voisin (1), où la paralysie ne dura d'ailleurs que quelques jours.

S'il y a doute, la formule leucocytaire et l'étude bactériologique suffisent en général à trancher la difficulté. La réaction cellulaire de la paralysie infantile est, dans la règle, lymphocytaire et, dans la méningite cérébro-spinale, polynucléaire. Il existe cependant des méningites méningococciques à lymphocytes, la culture permet de reconnaître la nature de ces faits d'exception. Nous estimons, à ce propos, qu'il faut écarter le diagnostic de paralysie infantile lorsqu'on constate la présence de microbes, pseudo-méningocoques ou autres, dans le liquide céphalo-rachidien.

Il nous semble beaucoup plus délicat de distinguer certaines formes de méningite tuberculeuse s'accompagnant de paralysies précoces.

Dans notre cas, malgré la diffusion des lésions, le diagnostic est resté un certain temps en suspens et il a fallu le résultat négatif des inoculations au cobaye, joint à l'évolution des accidents, pour nous permettre d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de tuberculose.

La brusquerie du début et la généralisation des troubles moteurs se rencontrent surtout dans la maladie de Heine-Medin, sans cependant être constants; il y a prédominance des symptômes méningo-encéphaliques dans la tuberculose et des manifestations rachidiennes dans la paralysie infantile.

Enfin l'évolution vers la guérison a la plus haute valeur ; il faudra néanmoins penser aux cas exceptionnels de rémissions prolongées dans la méningite bacillaire.

On conçoit combien il peut être parfois nécessaire de s'entourer de garanties avant de porter le diagnostic de paralysie infantile ; l'inoculation du liquide céphalo-rachidien au cobaye doit alors être considéré comme un criterium nécessaire.

Les mêmes considérations s'appliquent aux réactions méningées ou méningites séreuses des infections de l'enfance, surtout lorsqu'elles sont d'origine gastro-intestinale ; il est vrai qu'il y a souvent, dans ces cas, absence de toute réaction cellulaire et que les paralysies y font toujours défaut. Mais on ne voit pas comment le diagnostic pourrait être fait si l'on admet avec Petren l'existence de maladies de Heine-Medin à symptômes uniquement méningés, sans troubles moteurs. Si cette assertion se vérifiait, le chapitre des réactions méningées serait susceptible d'être singulièrement modifié.

Il y aurait donc un intérêt considérable à trouver le virus dans l'organisme, soit dans le liquide céphalo-rachidien, soit dans le sang. C'est vers ce but que tendent actuellement les recherches cliniques et expérimentales.

Le virus ne paraît pas exister fréquemment dans le liquide céphalo-rachidien; d'après Levaditi (2), cette humeur serait en général dénuée de virulence même pour les espèces sensibles comme les singes.

(1) VOISIN et PAISSEAU. *Assoc. franç. de pédiat.*, juillet 1910.
(2) LEVADITI. *Presse méd.*, 23 avril 1910.

Krause et Meynicke (1) admettent au contraire que le liquide céphalo-rachidien est virulent, même pour le lapin, en inoculation sous-durale, intra-veineuse ou intrapéritonéale. Dans notre cas, comme nous l'avons vu plus haut, le liquide cérébro-spinal injecté dans le crâne d'un lapin a déterminé, au bout d'un mois, une paralysie ascendante analogue au syndrome de Landry. Il s'agit jusque-là d'un fait assez banal chez un animal de cette race. Mais la contamination ultérieure d'un autre lapin neuf par simple contact semble montrer l'intervention d'un virus contagieux présentant une grande analogie avec celui de la maladie de Heine-Medin. Néanmoins, il n'y a peut-être là qu'une simple coïncidence. Mais ce fait n'est pas resté isolé. Depuis nos expériences, M. Neisser (2) [de Frankfort-sur-le-Mein] a injecté du liquide céphalo-rachidien supposé virulent dans le canal rachidien d'un lapin; au bout de trois semaines, une paralysie se déclarait. Comme nous, Neisser n'a pu infecter un deuxième lapin avec la moelle du premier; mais il a également observé que d'autres lapins non injectés périssaient d'une maladie paralysante analogue. Neisser estime qu'il s'agit d'une maladie spontanée du lapin, indépendante de l'inoculation.

Il est possible que cette interprétation ne soit pas définitive, et que dans certains cas le liquide céphalo-rachidien soit réellement virulent dans la maladie de Heine-Medin. Peut-être y a-t-il dans ces propriétés les éléments d'une méthode qui permettra un jour de poser ou d'écarter le diagnostic de paralysie infantile (3).

IIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE

POUR

L'ÉTUDE DU CANCER

Tenue à Paris du 1er au 5 octobre 1910.

Le samedi 1er octobre s'est ouverte à la Faculté de médecine, dans le grand amphithéâtre, la IIe Conférence internationale pour l'étude du cancer. L'importance de cette réunion ressort nettement du fait que vingt-trois gouvernements s'étaient fait représenter par des délégués, et de ce que M. le président de la République lui avait accordé son patronage.

M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, a ouvert la séance par un discours où il a souhaité la bienvenue aux savants étrangers accourus pour collaborer avec ceux de notre pays à l'œuvre à la fois scientifique et philanthropique de la lutte contre le cancer. Après après avoir esquissé à grands traits les diverses organisations étrangères et françaises concourant au même but, le ministre a parlé de la nécessité qu'il y a à faire l'éducation du public et des malades eux-mêmes qui doivent être les meilleurs auxiliaires des médecins. Cette nécessité est d'autant plus impérieuse lorsqu'il s'agit d'un mal comme le cancer « que beaucoup de médecins pendant longtemps n'ont guère aimé à diagnostiquer, qu'on n'avoue pas dans tous les cas bien volontiers à celui qui en est atteint et que celui-ci, tant il le redoute, est souvent le plus obstiné à ne pas vouloir reconnaître.

De combien de décès ce parti pris d'ignorer ou cette peur de savoir n'ont-ils pas été la cause ? Combien d'affections qui, prises à l'origine, auraient été guérissables ! Cela, messieurs, vos travaux, vos communications et vos débats pourront le faire connaître. Ils donneront aussi à ceux qui hésitaient la volonté de se soigner et l'espérance de se guérir. Ils apprendront, en même temps, à tout le monde que ce n'est pas seulement la peur de la souffrance, la crainte de la mort ni l'instinct égoïste et puissant de la vie qui doivent nous faire accepter certaines disciplines un peu dures pour obtenir la guérison du mal, mais que nous y sommes contraints aussi par un devoir supérieur, non seulement envers ceux au milieu desquels nous vivons, mais aussi envers les générations qui viendront après nous et devant lesquelles nous serons responsables des tares que nous leur aurons léguées, sans avoir fait aucun effort sérieux pour essayer de nous en guérir. »

Après M. Doumergue, c'est le professeur Czerny, président de la Conférence internationale, qui a pris la parole et qui a prononcé un substantiel discours où il a constaté tout d'abord que les résultats de la statistique des dix dernières années semblent prouver que le cancer augmente et que, surtout dans les pays civilisés, il prend le second rang, immédiatement après la tuberculose, parmi les causes de la mortalité chez les adultes. Mais la statistique ne nous éclairera réellement que si nos recherches s'étendent aux circonstances des communes, des maisons, des familles même, aussi la collaboration directe des médecins praticiens est-elle indispensable. La fréquence du cancer dans le même pays, dans le même organe, et l'étude approfondie de l'entourage et des conditions d'existence des malades nous permettront peut-être de faire des progrès plus rapides que par la statistique générale et universelle qu'organisent les grands pays.

C'est la France qui a signalé la première l'accumulation endémique de cas de cancer dans certaines localités, dans certaines maisons, et ce fait, confirmé ultérieurement dans les autres pays, plaide en faveur de l'origine parasitaire de beaucoup de cancers quoique cela n'ait pu être démontré jusqu'ici.

La théorie de l'irritation a été fortifiée, au cours des trois dernières années, par de nouvelles expé-

(1) Krause et Meynicke. *Deuts. med. Wochens.*, 1909.

(2) Neisser. *XXVIIe Congrès de méd. interne*, Wiesbaden, 18-21 avril 1910.

(3) Le liquide céphalo-rachidien peut être virulent au cours des maladies de l'axe cérébro-spinal, dans la rage par exemple (Denigès et Sabrazès). Dans le tétanos, on admet depuis Milian et Legros (*Soc. de biol.*, 30 mars 1901) qu'il ne contient pas de toxine tétanique. Or, dans un cas personnel de tétanos, l'inoculation sous-durale au cobaye de 3 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal a déterminé, après trois jours d'incubation, la mort de l'animal en attitude tétanique. L'inoculation de la moelle lombaire donnait les mêmes résultats. Il faut peut-être une certaine saturation de l'axe médullaire avant que les toxines ne diffusent dans le liquide céphalo rachidien.

riences, et le rôle des substances formées dans l'organisme humain par la décomposition des corps albumineux sous l'action des microbes, a été mis en lumière par Stäber.

Les substances irritantes se forment peut-être aussi sous l'action de causes physiques et chimiques, car on tend de plus en plus à admettre que les cancers peuvent avoir des causes diverses et que de cette diversité des causes résulte également une diversité des propriétés biologiques.

Quoi qu'il en soit, mieux nous connaîtrons les causes du cancer, mieux il nous sera possible d'éviter cette maladie et de la combattre avec succès. Le fait que, dans les classes où l'on est accoutumé de soigner le teint, le cancer du visage est extrêmement rare, semble justifier cet espoir.

Le professeur Czerny a insisté ensuite sur la curabilité du cancer au début, car les guérisons sont d'autant plus rares que la maladie est plus avancée; c'est pourquoi on cherche constamment de nouveaux moyens d'accroître les forces protectrices de l'organisme contre le cancer. L'existence de cette force protectrice est en effet suffisamment établie par les expériences sur les animaux, et on s'est donné une peine infinie pour augmenter cette force, ou plutôt ces forces, et les utiliser dans la thérapeutique anticancéreuse; malheureusement malgré quelques succès isolés on n'a pas encore pu arriver à une méthode universellement reconnue.

Enfin, après avoir rapidement passé en revue les derniers procédés imaginés pour combattre le cancer, le professeur Czerny a terminé ainsi : « Ce résumé succinct des derniers progrès faits dans la thérapie du cancer prouve que nous ne manquerons pas de matière pour nos délibérations. Puissent-elles mettre en lumière une abondance de faits et de résultats nouveaux, et nous donner le droit d'inscrire avec plus de raison encore que jusqu'à présent sur les portes de nos instituts la devise : *cancer curabilis.* »

Succédant au président de la conférence, le professeur Landouzy a passé en revue les conceptions diverses auxquelles le cancer a donné lieu, et montré tout ce qu'on peut attendre de la médecine expérimentale, d'où la nécessité de la création et de la dotation d'instituts comme ceux d'outre-mer, d'outre-Manche et d'outre-Rhin, comme l'Institut Pasteur en France. Enfin le dernier discours a été prononcé par le professeur Delbet qui a nettement déterminé l'esprit de la conférence, ainsi dénommée pour bien marquer que c'est une réunion fermée. « Dans un Congrès ouvert, le but scientifique et social que nous nous proposons aurait bien pu être manqué par des communications dont ni la science, ni les malades n'auraient tiré profit. »

A la séance qui a suivi la séance officielle d'ouverture, la conférence a commencé par discuter l'*établissement d'une nomenclature internationale* relative au cancer. Le professeur von Hansemann, rapporteur, a proposé de nommer une commission qui comprendrait tous les délégués étrangers, et qui devrait présenter à la conférence prochaine, c'est-à-dire dans trois ans, une nomenclature internationale.

M. Delbet, également rapporteur, fait remarquer que de pays à pays des lésions identiques reçoivent des noms divers, et que les mêmes appellations sont prises dans des acceptions différentes. Aussi, quelles difficultés dans l'interprétation des statistiques! C'est pourquoi, en collaboration avec MM. Menetrier et Herrenschmidt, l'orateur a déjà établi une nomenclature qui, sans avoir la prétention d'être complète ni définitive, peut déjà rendre des services, et il propose de l'adopter.

Après discussion, et à la suite d'une intervention de M. le professeur P. Marie, les deux propositions des rapporteurs sont adoptées.

En ce qui concerne l'*histogénèse du cancer*. MM. Brault et Faroy, rapporteurs, après avoir passé en revue et discuté les diverses théories émises, arrivent à cette conclusion, nécessairement provisoire, qu'à considérer l'histogénèse, le cancer nous apparaît comme une déviation aux lois du développement normal et aux actes qui régissent l'entretien, la rénovation et la réparation des tissus, sans que nous puissions dire exactement quel est le mobile réel de cette métamorphose.

Parlant de la *statistique*, le rapporteur, M. Ledoux-Lebard, insiste à nouveau, comme l'avait fait précédemment M. P. Delbet, sur l'impossibilité où l'on est à l'heure actuelle de comparer les statistiques de pays à pays, vu l'incertitude de la terminologie ; l'intérêt et l'importance des statistiques concernant le cancer sont donc très diminués par cet état de choses. Aussi le rapporteur propose-t-il d'adopter des méthodes uniformes et comparables, des feuilles d'enquêtes établies, à quelques variantes près, sur le même type, et de nommer une *commission internationale de statistique du cancer* qui serait en relation avec des *commissions nationales de statistique du cancer* en nombre égal à celui des pays participant à la lutte contre le fléau.

Les deux séances relatives à la *thérapeutique du cancer* ont eu lieu à l'hôpital Necker.

A propos de la *thérapeutique chirurgicale*, M. le professeur Kortewez (de Leyde), rapporteur, demande que pour la mamelle, l'utérus, la prostate, la vésicule biliaire et le pylore on fasse des extirpations aussi fréquentes et aussi larges que possible. Il ne faut cependant pas arriver à une mutilation gênante, et s'il est logiquement séduisant d'élargir de plus en plus le champ de l'exérèse, il ne faut cependant le faire qu'à bon escient et judicieusement.

Pour le rapporteur, le pronostic des interventions pour cancer est dominé par la variété de la tumeur, et seulement après par le temps de l'opération.

M. P. Delbet, rapporteur, s'est décidé, après mûre réflexion, à injecter à des cancéreux leur propre tumeur préalablement broyée. La tumeur, en effet, bien que ses cellules dérivent des cellules de l'organisme, est un véritable parasite. La tumeur, après avoir été broyée, est diluée avec du sérum artificiel et injectée sous la peau, sans stérilisation, en plusieurs points si la quantité est considérable.

Cette méthode a été pratiquée treize fois sans fièvre ni complications, mais ce n'est que dans plu-

sieurs années qu'on pourra se prononcer sur son efficacité.

Dans le traitement du cancer du sein, par exemple, M. Delbet combine la radiothérapie pénétrante, l'intervention très large, le badigeonnage de la plaie à la teinture d'iode, l'action temporaire du bromure de radium, l'injection de la tumeur broyée, puis de nouvelles séances de radiothérapie.

MM. P. Marie et Clunet, rapporteurs de la question relative à l'*action des rayons X sur les tumeurs malignes*, confirment cette loi formulée par Béclère à la première conférence internationale : « Tout élément cellulaire vivant, sain ou malade, s'il absorbe une quantité suffisante de rayons de Röntgen, devient le siège de transformations chimiques dont le dernier terme est la dégénérescence et la mort de l'élément irradié. » Les rapporteurs complètent cette loi par des observations particulières selon que la quantité de rayons X absorbée est suffisante, insuffisante, ou qu'il s'agit de doses insuffisantes longtemps répétées. Les faits qu'ils exposent permettent de mieux comprendre les succès et les échecs de la radiothérapie, et laissent peut-être entrevoir la pathogénie de certaines tumeurs malignes de la peau.

M. Segond, qui a fait un rapport sur le *traitement du cancer par la fulguration*, dit que cette intervention n'est pas toujours absolument bénigne. Chez les débilités, elle peut être une cause de shock, et même chez les sujets encore robustes elle peut, au voisinage d'organes importants, provoquer des complications graves ou même mortelles. De plus, la complexité même de la fulguration et la nécessité du large drainage qu'elle comporte ne permettent pas de croire à une réunion par première intention aussi facile que lorsqu'il n'y a pas eu fulguration.

Les cicatrices remarquables obtenues chez les cancéreux ne sont souvent que des cache-misères, la fulguration peut même donner un coup de fouet à l'évolution cancéreuse, si bien que dans le traitement palliatif du cancer, nous devons renoncer désormais à utiliser l'étincelle, quelles que soient ses vertus.

Il faut cependant reconnaître que dans certains cas la fulguration élargit le champ de la chirurgie en lui donnant des chances d'être plus ou moins salutaire là où elle n'osait plus intervenir. Peut-être même donne-t-elle des chances de non récidive prolongée supérieures à celles que donne la chirurgie abandonnée à elle-même.

Telle est, pour M. Segond, la seule indication de la fulguration.

Dans son rapport sur *les sérothérapies des tumeurs malignes*, M. Vidal (d'Angers) se plaint de la confusion des termes employés par les auteurs; c'est ainsi que certains d'entre eux donnent le nom de vaccins ou sérums à des produits n'ayant nullement ce caractère. Il en résulte des difficultés insurmontables quand on veut examiner les résultats de la sérothérapie anticancéreuse.

Parlant de l'*assistance aux cancéreux*, M. Récamier dit ce que doit être l'hospitalisation des cancéreux pauvres, qui seule peut soulager leur douleur. D'ailleurs à l'œuvre charitable doit être annexée l'œuvre scientifique avec service actif et laboratoire. Cette œuvre double est nécessaire à Paris, et l'association française pour l'étude du cancer peut avoir un rôle fort utile pour résoudre cette question.

(A suivre.) A. Gaullieur l'Hardy.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 octobre 1910)

Asymétries normales des organes binaires chez l'homme. — M. Paul Godin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 OCTOBRE 1910

THÈSES

Jeudi 20 octobre, à une heure. — M. Pougaud. L'albuminurie dans la scarlatine, ses rapports avec la diphtérie. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Claude et Nobécourt.) — M. Jamme. Diagnostic sur l'état mental de Junot duc d'Abrantès (1771-1813). (MM. Thoinot, président; Hutinel, Claude et Nobécourt.) — M. Deverre. Essai sur les rapports de l'hydronéphrose et du traumatisme. (MM. Pozzi, président; Lannelongue, Marion et Auvray.) — M. Chardin. Rupture spontanée de la cornée dans le glaucome. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Marion et Auvray.)

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 777 décès, au lieu de 758 pendant la semaine précédente et au lieu de 776, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 3 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 7. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 47, au lieu de 43 pendant la semaine précédente (moyenne 53).

La diphtérie a causé 2 décès au lieu de 4 pendant la semaine précédente (la moyenne est 2). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 43, au lieu de 40 pendant la semaine précédente et de la moyenne 31.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 92 décès, au lieu de 90 pendant la semaine précédente et au lieu de 81, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 180 décès (moyenne 175).

La méningite tuberculeuse 8 décès (moyenne 16).

La méningite simple 9 décès (la moyenne est 14); parmi eux nous ne comptons aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique (un seul cas nouveau est signalé par les médecins).

Les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 9 décès (la moyenne est 12).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17 RUE CASSETTE, 17.

N° 117. — JEUDI 13 OCTOBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 13 OCTOBRE 1910. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

Nous nous ferons un plaisir de l'adresser gracieusement à ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande dès maintenant.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Vurpas, Macaigne, Dufour, Josué, Michel, Lejars, Paul-Riche, Cathala, Sebileau, qui acceptent; Reclus, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Comment on examine en clinique un genou malade. »

MM. Gasiglia, 14; Guilhamon, 12 1/2; Hourquet, 16; Mlles Jacob, 13; Hochbert, 15; MM. Garnier, 11; Frémond, 14; Favory, 12; Gardès, 7; Herdner, 18; Gillard, 15 1/2; Gaudefroy, 13; Guilloux, 9; Imbert (Maurice), 16; Gardères, 17 1/2; François, 18 1/2; Fliniaux, 8; d'Hotel, 9; Fournier, 17.

Prochaine séance, jeudi 13 octobre, à cinq heures, première moitié, troisième série; deuxième moitié, première série.

Anatomie. — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Muscle psoas-iliaque. »

MM. Rebouillat, 2; Misrachi, 18 1/2; Pautet, 13; Phocas, 17; Meulle, 13 1/2; Popoff, 10; Ratel, 18; Paulin, 14 1/2; Minvielle, 18 1/2; Moulonguet, 18; Mlle Posnel de Verneaux, 15; MM. Olivieri, 19 1/2; Raison, 10; Mordague, 13.

— Concours du prosectorat. — Le jury est composé de MM. Sébileau, Reclus, Robineau, Auvray, Guinard, Aviragnet, Chauffard.

Liste des candidats : MM. Mousaingeon, Ollivier, Poupardin, Combier, Rouhier, Roux, Berger, Vilendre, Douay, Cadenat, Hovelacque, Toupet, Girode, Basset.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Paris, 13-15 octobre 1910). — La séance inaugurale du XIe Congrès français de médecine aura lieu jeudi 13 octobre, à dix heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Landouzy.

Les travaux du Congrès commenceront aussitôt après. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Jeudi matin : Rapport sur les *Bradycardies.* Discussion des rapports. Communications diverses.

Jeudi soir, à deux heures : Question à l'ordre du jour : la *Tuberculinothérapie.* Communications diverses.

Vendredi matin, à neuf heures : Rapports sur le *Traitement des épilepsies symptomatiques.* Discussion des rapports. Communications diverses.

Vendredi soir, à deux heures : Question à l'ordre du jour : les *Affections du pancréas.* Communications diverses.

Samedi matin, à neuf heures : Rapports sur les *Relations du foie et de la rate en pathologie.* Discussion des rapports. — *Traitement de la syphilis par les produits arsenicaux.* Communications diverses.

Samedi soir, à deux heures : Questions à l'ordre du jour : les *Méningites cérébro-spinales ;* les *Accidents de la sérothérapie.* Communications diverses.

Les congressistes sont priés de remettre au secrétaire général les manuscrits de leurs communications dont la longueur ne devra pas dépasser quatre pages d'impression.

Le banquet aura lieu le samedi 15 octobre, à sept heures et demie, à l'Elysée-Palace-Hôtel, 103, avenue des Champs-Elysées.

RENSEIGNEMENTS

UNE

COMPLICATION RARE DE LA HERNIE INGUINALE

ULCÉRATION SPONTANÉE DE LA PEAU ISSUE DE L'INTESTIN

Par les docteurs M. LÉVY et E. ROQUES,
Internes des hôpitaux de Montpellier.

A l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de notre maître, M. le professeur Forgue, il nous a été donné, l'été dernier, de soigner et d'observer un malade qui a présenté une complication fort rare des grosses hernies : la perforation spontanée de la peau avec issue de 40 centimètres d'intestin grêle. Le cas clinique intéressant s'est accompagné de circonstances qu'il nous a paru utile de relever.

OBSERVATION. — Le 15 août, à trois heures du matin, entre d'urgence à la salle Delpech n° 36, le nommé Jean B..., âgé de soixante-douze ans, buraliste.

Ses antécédents personnels n'offrent rien d'important à noter ; doué d'une bonne santé habituelle, le malade n'a jamais eu de grosse maladie. Il a successivement fait les professions de portefaix et de marbrier pendant plusieurs années. En 1898, il s'aperçoit pour la première fois de la présence, au niveau de la région inguinale gauche, d'une petite hernie, survenue sans traumatisme appréciable, absolument indolore et totalement réductible. Il ne s'en préoccupe point et ne porte pas de bandage. La hernie grossit progressivement, lorsque le 14 juillet 1903, ayant alors les dimensions du poing, elle s'étrangle brusquement. Jean B... est immédiatement amené à l'hôpital où il est opéré d'urgence par l'interne de garde. Les suites opératoires furent bonnes ; la paroi suppura, ce qui nécessita un certain nombre de pansements. Il sortit à la fin d'août, parfaitement guéri, porteur d'un bandage.

Pendant deux ans, notre malade put vaquer à ses occupations, sans aucune récidive de sa hernie. En 1905, il remarqua que la région opérée bombait à la toux et aux efforts, en même temps qu'il y ressentait quelques tiraillements. D'abord de faibles dimensions, cette récidive, ou plutôt cette éventration, augmenta progressivement, mais resta à *peu près réductible* jusqu'à son accident actuel. Le bandage fut bientôt insuffisant pour maintenir la masse herniée, mais son *port fut continué*. Ces derniers temps, la tumeur herniaire, ayant une forme bilobée, allongée suivant la direction de l'arcade crurale, était arrivée à acquérir les dimensions des deux poings, distendant l'ancienne cicatrice, et n'ayant aucune tendance à descendre dans le scrotum.

A la partie interne de la tumeur, sous la pression continue du bandage insuffisant, à la suite des frottements accidentels, la peau avait pris cet aspect brunâtre que l'on est habitué à voir dans les vieilles hernies. Elle était souvent le siège de démangeaisons ; son irritation et son inflammation chronique l'avaient rendue particulièrement friable. Le malade ne s'en était d'ailleurs pas préoccupé, les troubles fonctionnels restant minimes. Sa grosse hernie lui procurait une certaine gêne, mais elle rentrait dans la position allongée, elle restait à peu près indolore et ne l'inquiétait pas beaucoup, d'autant plus qu'il ne se produisit aucun trouble digestif : jamais de vomissement ni de ballonnement du ventre ; jamais de constipation même légère.

L'accident actuel pour lequel il entre d'urgence s'est d'ailleurs produit avec un minimum de phénomènes réactionnels.

Le mercredi 10 août, le malade, en se grattant, constate, au niveau du lobe interne de sa tumeur herniaire, la présence d'une petite ulcération rouge de la dimension d'une pièce de 50 centimes environ, presque indolore, et faisant une légère saillie dans les efforts. A ce moment, la peau, quoique tendue par le contenu intestinal, n'est pas particulièrement distendue et amincie. En dehors de l'ulcération, elle ne présente rien d'anormal ; et cette légère perte de substance ne gêne pas le port du bandage. Le soir, en se couchant, il s'aperçoit que la réduction est impossible. La hernie n'est toutefois pas étranglée puisque le malade continue à avoir une selle quotidienne.

Du mercredi au dimanche 14 août, rien de particulier. La petite ulcération n'a pas manifestement augmenté de surface, mais à son niveau fait saillie un bourrelet rouge de la dimension d'une petite noix. La journée du dimanche se passe très calmement ; le malade prend ses repas habituels, sort, se promène, va au café. Vers dix heures du soir (étant au café), il sent quelques tiraillements douloureux au niveau de sa région inguinale gauche et a l'impression de quelque chose qui échappe ; il rentre chez lui à pied, pris de malaise et s'évanouit en arrivant. On défait son pantalon et on voit alors une anse d'intestin qui, sortie par l'orifice cutané, a glissé sur le scrotum et la face interne de la cuisse. Le docteur appelé, décide le transfert d'urgence à l'hôpital et c'est à ce moment-là que nous voyons le malade. Il porte encore le vieux bandage inutile.

Porté immédiatement dans la salle d'opération, il est déshabillé et mis sur la table. L'anse intestinale, issue à l'extérieur, mesure environ 40 centimètres de longueur. Elle repose sur le scrotum, la verge et la face supéro-interne de la cuisse gauche. Sa surface séreuse est rouge vif, dépolie ; l'intestin est distendu, probablement par des gaz, tout comme celui d'une hernie étranglée. L'orifice cutané, en effet, constitue une véritable striction suffisante pour produire une pareille distension ; enfin l'anse est enroulée sur elle-même, à son orifice de sortie, faisant une sorte de volvulus. Autour de l'anneau cutané, la peau est soulevée en dôme aplati, par une tumeur étalée dans le sens de l'arcade crurale ; elle est assez tendue. Au-dessous d'elle, on sent une masse rénitente, constituée par de l'intestin.

L'opération est faite par l'un de nous, aidé de M. Bru, suppléant d'interne. Anesthésie au mélange de chloroforme et d'éther. Après lavage de l'intestin extériorisé au sérum tiède, on enveloppe toute la masse dans un champ opératoire. Ainsi soutenue on la soulève et la rejette du côté externe pour pouvoir raser la région le plus près possible de l'orifice cutané. La désinfection de la peau est faite à la teinture d'iode. Nouvelle toilette de l'intestin ; un lavage énergique est nécessaire pour le débarrasser des poils qui adhèrent encore à sa surface.

L'anneau cutané très serré permet à peine l'introduction du doigt : l'orifice est ovalaire, ses bords sont irréguliers ; à son pourtour immédiat la peau n'est pas très amincie. Sur l'index glissé dans la poche et du côté externe, on incise la peau aux ciseaux sur une longueur de 8 centimètres. Immédiatement une masse intestinale d'une longueur approximative de 80 centimètres s'échappe par cette incision ; elle était sous-cutanée. On l'enveloppe dans des champs opératoires pour la maintenir plus aisément.

L'orifice inguinal par où s'est faite la récidive herniaire peut alors être atteint ; il est large et permet l'introduction du doigt : il n'y avait donc pas étranglement à ce niveau. Malgré cela l'abondance de la masse herniée rend la déduction impossible. On est obligé d'agrandir l'orifice par une incision d'un centimètre environ, et de placer le malade en position de Trendelenbourg. Dans la poche sous-cutanée qui formait la récidive de la hernie l'intestin était libre partout sauf toutefois au niveau de l'angle externe de l'orifice cutané. En ce point en effet, et sur une longueur de 8 à 10 centimètres, l'intestin est accolé à la face profonde de la peau. La séparation est difficile surtout au voisinage de la plaie cutanée. A la limite

de ces adhérences, tout près de cette dernière, on aperçoit sur la paroi intestinale une petite perte de substance, grande comme une pièce de 50 centimes, qui est le siège d'un suintement glaireux et d'un peu de matière fécale. La masse intestinale déjà réduite étant maintenue par une compresse au niveau de l'anneau inguinal, on répare cette légère déchirure par un double surjet, au fil de soie fin. Tout l'intestin peut alors être rentré dans l'abdomen. L'orifice inguinal est fermé au moyen de cinq points séparés au catgut. L'obturation n'est pas très solide étant donné le très mauvais état de la paroi. On fait par-dessus un surjet qui consolide ce qui reste de l'aponévrose du grand oblique et l'on termine par la suture de la peau au crin de Florence.

Les suites opératoires immédiates ont été parfaites ; la température ne s'est jamais élevée à 38 degrés. Le premier pansement fait au dixième jour montre une réunion par première intention de toute l'incision sauf à la partie interne où un point a légèrement coupé. Au vingt-deuxième jour au moment où l'on allait faire lever le malade on constate à ce niveau une très petite fistule stercorale qui s'oblitère spontanément quinze jours après. Le malade est complètement guéri; il sort de l'hôpital porteur d'une sorte de ceinture faite sur mesure munie d'une large pelote élastique qui lui maintient la paroi abdominale.

La perforation non traumatique de la peau avec issue de l'intestin constitue une complication grave que nous n'avons pas trouvé signalée dans les classiques. Jaboulay et Patel dans le fascicule des Hernies du *Nouveau Traité de chirurgie* sont absolument muets là-dessus. Ils signalent simplement avoir vu une fois au niveau d'une grosse hernie une large ulcération cutanée qui a donné des craintes pour issue de l'intestin.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette curieuse observation d'autant plus qu'elle se livre à certaines considérations pathogéniques.

Comment et pourquoi s'est faite l'ulcération de la peau ?

Deux théories peuvent être discutées : 1° l'éclatement de la peau par distension ; 2° l'ulcération première par le bandage.

Il se peut en effet, *a priori*, qu'il se passe au niveau des grosses hernies, ce qui arrive dans les grosses tumeurs sous-cutanées, même bénignes, les lipomes par exemple : l'extension de la tumeur distend la peau, l'amincit ; la circulation à ce niveau se fait très mal à cause de cette pression centrifuge et il apparaît une plaque de sphacèle au point le plus culminant. Lorsque cette plaque tombe, la tumeur fait hernie à l'extérieur. C'est ainsi que l'on explique également l'ulcération de certains sarcomes malgré l'intégrité de la peau.

Peut-on invoquer cette pathogénie dans le cas qui nous occupe ? Nous ne le croyons pas.

En effet la hernie, quoique volumineuse, n'était pas très considérable ; la distension qu'elle occasionnait à la peau n'était pas grande, puisque l'intestin était réductible ; enfin on sait combien prête la peau des vieillards, flasque et plissée. D'autre part le sphacèle et l'ulcération par distension se seraient accompagnés de phénomènes douloureux très marqués, relevant de la même cause ; l'ulcération aurait été précédée d'une plaque noire de sphacèle dont l'élimination aurait fait la perforation de la paroi.

A cette théorie (perforation de dedans en dehors), il faut opposer celle qui fait intervenir l'action néfaste du bandage mal appliqué (perforation de dehors en dedans).

Le malade avoue en effet que rapidement après la récidive de sa hernie, le bandage herniaire est devenu insuffisant ; il en continua tout de même le port, écrasant ainsi l'intestin hernié. A cette cause d'irritation constante vient s'ajouter ce fait que les précautions de propreté et d'hygiène ne sont pas prises régulièrement : la peau de la région est le siège de démangeaisons, de légères éruptions passagères.

L'action du bandage serait seule insuffisante à produire l'accident qui a amené le malade à l'hôpital ; il faut faire intervenir la notion d'une cicatrice antérieure ; la pathogénie exacte de la complication est donc mixte.

La peau à ce niveau n'était en effet pas saine ; elle était le siège de la cicatrice de l'intervention de 1903 qui s'est accompagnée de la *suppuration de la paroi*. Cette cicatrice n'était donc pas linéaire ; elle devait constituer une bande plus ou moins large où la couche cornée est si fragile. Nous savons également que lorsque les hernies opérées par la méthode du Bassini antérieur, arrivent à récidiver, le point qui cède est le plus inférieur, celui qui se trouve au niveau de l'anneau inguinal ; de plus dans ces cas le trajet du nouveau sac est presque *direct*, les anses se logeant dans le tissu cellulaire sous-cutané dès leur sortie de l'abdomen.

Ces conditions pathogéniques complexes expliquent le mode de formation de l'ulcération provoquée par le bandage et facilitée par le tissu cicatriciel. Quant à l'adhérence de l'intestin à la peau sur une étendue de 8 à 10 centimètres, nous ne croyons pas qu'on doive l'attribuer aux phénomènes réactionnels qui ont accompagné la perforation de la peau. Ceux-ci étaient insignifiants, et de plus l'adhérence était ancienne, serrée, étroite.

Nous serions plutôt tentés de l'attribuer à l'intervention de 1903. L'anse intestinale étranglée que l'on rentre, présente souvent, au niveau de sa surface séreuse, des altérations anatomiques minimes qui favorisent d'une façon considérable sa greffe intra-abdominale. Cette anse a ainsi adhéré à la face profonde de l'anneau inguinal et a ultérieurement pénétré dans le sac par un mécanisme analogue à celui des organes comme le cæcum, par *adhérence charnue naturelle*. Elle constitue ce que l'on pourrait appeler une *adhérence charnue naturelle pathologique*. Ce qui semble venir à l'appui de notre façon de penser, c'est que l'adhérence en question se prolongeait dans le sac jusqu'à l'anneau inguinal.

Dès lors on comprend que la perforation cutanée s'étant faite à l'extrémité de cette zone d'adhérences, l'issue de l'intestin n'ait pas été immédiate. Elle s'est produite au contraire soit que l'ulcération ait dépassé cette région, soit plutôt qu'une portion de l'adhérence ait cédé sous le poids de la masse intestinale.

Il est un dernier point que nous voulons signaler en terminant, c'est ce que l'on pourrait appeler les *surprises de l'asepsie*. Notre malade est un vieillard,

ses moyens de défense ne sont pas brillants; une anse d'intestin de quarante centimètres s'est promenée pendant au moins cinq heures sur son scrotum et son périnée, a été amplement souillée au domicile du malade par des manipulations qui étaient loin d'être aseptiques et a été réintégrée après un lavage soigneux mais fatalement sommaire. (On n'a pas fait l'entérectomie à cause du mauvais état général du malade.) On voit des péritonites survenir pour beaucoup moins. Pas du tout; dans le cas présent, les suites opératoires sont parfaites et la réunion se fait *per primam*. A quoi ce résultat est-il dû? Nous n'en savons rien. Y a-t-il eu chez notre opéré un de ces coups d'héroïque défense comme on en voit parfois, ou bien les contacts sales ont-ils été peu septiques? Les deux hypothèses sont possibles. Quoi qu'il en soit, le malade en a tiré bénéfice et nous en sommes heureux pour lui.

XXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 3-8 OCTOBRE 1910 (1).]

TROISIÈME QUESTION

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES MÉTHODES SANGLANTES DE TRAITEMENT DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Deux rapporteurs avaient été désignés pour ce rapport, MM. JEANNEL (de Toulouse) et M. MAUCLAIRE. M. Jeannel traite des *varices en dehors de toutes complications*. Voici les conclusions de son travail :

Dans la genèse des varices, deux éléments distincts agissent chacun pour leur compte :

1° Un élément biologique qui détermine les lésions histologiques de la paroi veineuse d'où va résulter pour celle-ci la perte de ses qualités physiologiques, souplesse, résistance, contractilité, qui lui donnent dans les conditions normales l'activité nécessaire pour assurer la circulation veineuse et pour résister à la pression sanguine. C'est la cause première.

2° Un élément physique, purement physique, la pression hydraulique ou sanguine, qui réglée et maîtrisée à l'état normal, va agir avec toute sa brutale puissance sur la veine désorganisée et demeure purement passive; c'est la cause seconde.

L'idéal thérapeutique serait de combattre et de vaincre le premier élément, l'élément primordial, mais nous ne le connaissons pas et nous n'avons sur lui aucune prise médicale ou chirurgicale. Dès lors ne pouvant rien contre la cause première nous en sommes réduits à nous essayer contre la cause seconde. De là la nécessité de la connaissance approfondie du mécanisme de cette cause seconde, c'est-à-dire du reflux superficiel ou passif et du reflux profond ou actif.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 113, p. 1539, et 115, p. 1563.

En l'état actuel de la science, les opérations qui prétendent guérir les varices ne peuvent y aboutir que lorsqu'elles suppriment le reflux. Suffit-il de supprimer le reflux superficiel? Vaut-il mieux supprimer le reflux profond? Ou bien est-il nécessaire de supprimer les deux reflux superficiel et profond? Tel est en réalité le problème pratiquement formulé et que j'ai cherché à résoudre.

Or, mes recherches me permettent de conclure qu'ici comme toujours en chirurgie, il n'y a pas de loi absolue.

Les succès obtenus par chacune des méthodes opératoires sont également incontestables; mais il ne faut demander à chacune des méthodes que ce qu'elle peut donner.

Avant tout, se pose une question de diagnostic. En présence d'un variqueux la première question est de savoir si dans le cas particulier c'est le reflux superficiel seul qui est en cause, si c'est le reflux profond seul, ou bien si les deux reflux à la fois ont un rôle parallèle?

De la solution de cette question dépend l'indication opératoire et le succès.

L'opération de Trendelenburg ou l'une de ses dérivées procurera de bons résultats dans le premier cas.

L'excision jambière ou cruro-jambière donnera la guérison dans le second.

La saphénectomie totale, plus sûre sans être plus grave que les résections étagées, assurera le succès dans le troisième cas et même dans les cas douteux.

Tous les échecs sont dus à une erreur de diagnostic ayant eu pour conséquence une erreur dans le choix de l'opération.

M. MAUCLAIRE se borne à l'étude des COMPLICATIONS DES VARICES; il étudie principalement les *ulcérations variqueuses*, les *phlébites et leurs complications*, les *ruptures*, effleurant seulement la sciatique, le pied bot phlébitique, l'éléphantiasis, l'ostéo-périostite et la myosite.

Une très longue série de communications personnelles, faite par un grand nombre de membres du Congrès, tient lieu de discussion.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(XIVe SESSION, PARIS, 6-8 OCTOBRE 1910)

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE EN DEHORS DE LA BLENNORRAGIE & DU TRAUMATISME (1)

Discussion.

M. BAZY. — 1° *Rétrécissements tuberculeux.* — Je n'ai observé, en dehors des rétrécissements accompagnant la méryite tuberculeuse et qui sont mi-partie cicatriciels, mi-partie tuberculeux, qu'un seul cas de rétrécissement tuberculeux. Il s'est présenté sous la forme d'une sclérose étendue à presque tout l'urètre antérieur, avec, par place, des nodosités constituées

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 115, p. 1568.

par des folliculites tuberculeuses et une méryite tuberculeuse.

2° *Rétrécissements congénitaux.* — Je n'ai observé dans ma clientèle privée, en dehors des cas que j'ai publiés depuis sept ans, que neuf cas de rétrécissement congénital.

Avant que je n'aie établi l'existence du rétrécissement congénital, il y a sept ans, il était classique de dire : n'ont droit au rétrécissement de l'urètre que ceux qui ont eu une blennorragie ou un traumatisme du canal. Aussi ai-je dû passer au crible de la plus sévère critique les cas que j'ai dénommés tels : c'est ce qu'ont fait ceux qui m'ont suivi, c'est ce qu'a fait mon élève Foisy dans sa thèse faite sous mon inspiration.

C'est ce qu'a fait M. Minet.

Je n'ajoute rien à la symptomatologie que j'ai établie, mais les faits que j'ai observés accentuent encore la valeur du symptôme *incontinence nocturne d'urine*, qu'on observe souvent dans le rétrécissement congénital.

De même dans l'étiologie je retrouve la syphilis.

J'accepte complètement les idées d'Escat et d'autres auteurs disant que beaucoup de rétrécissements dits blennorragiques ont une origine congénitale, surtout quand il s'agit de rétrécissements blennorragiques précoces : la plupart des rétrécissements congénitaux et des rétrécissements blennorragiques ont le même siège : la région bulbaire.

J'opère, quand c'est nécessaire, les rétrécissements congénitaux avec mon urétrotome, parce qu'il me paraît réunir les avantages de l'instrument de Maisonneuve, sans en avoir les inconvénients, avantages que n'a aucun des urétrotomes recommandés par M. Minet.

M. Reynès (de Marseille). — J'ai observé seulement trois cas de rétrécissement congénital de l'urètre, chez des hommes de dix-huit, vingt-six et vingt-neuf ans, à l'abri de toute inflammation du canal. Je les ai rapportés à des malformations du canal; il est remarquable de voir que l'apparition de la sténose arrive tardivement : le canal serait comme arrêté dans son développement. J'en ai dilaté un et sectionné les deux autres.

J'ai également observé des sténoses profondes de l'urètre dues à des lésions avancées de tuberculose uro-génitale : mais ces cas, bien difficiles à améliorer, relèvent d'une pathogénie en somme banale.

Chez la femme j'ai vu des sténoses dans les périodes terminales des cancers génitaux.

M. Iungano (de Naples) communique un cas de rétrécissement cicatriciel de l'urètre consécutif au chancre dur; ce chancre qui, presque toujours, a pour siège l'urètre balanique, était localisé dans la partie moyenne de l'urètre pénien. Il recommande, dans ces sténoses cicatricielles, l'urétrotomie externe à sections multiples.

M. Desnos (de Paris). — Les rétrécissements de l'urètre au cours de la tuberculose ne sont pas très rares. Ils apparaissent presque toujours à une période avancée de la tuberculose urinaire, que la localisation principale soit rénale, vésicale ou prostatique. Dans ce dernier cas on voit, mais rarement, des rétrécissements dans le canal prostatique. Il peut se faire qu'un rétrécissement blennorragique ancien s'infecte et devienne le point de départ d'une localisation bacillaire de l'urètre. Un rétrécissement tuberculeux n'est jamais primitif et constitue toujours une complication importante de la tuberculose urinaire : en rendant l'évacuation de l'urine difficile, il amène la stagnation des produits infectieux en amont, et les lésions vésicales, surtout les lésions urétrales et rénales, se développent plus rapidement. Inversement on assiste à une amélioration parfois très sensible des lésions des voies supérieures quand un rétrécissement tuberculeux est dilaté ou incisé.

M. Legueu. — Les rétrécissements congénitaux sont rares si l'on ne tient compte que de ceux qui s'accompagnent de troubles fonctionnels sérieux. J'en ai vu trois cas chez des individus au-dessous de vingt ans, uniques, se caractériser par la rétention aiguë, complète ou incomplète. Dans deux cas la dilatation a suffi; dans un troisième, l'urétrotomie interne fut nécessaire pour mettre fin aux accidents.

Dans une quatrième observation, j'ai vu un rétrécissement congénital serré, unique, siégeant au fond du périnée, produire pendant vingt ans des crises intermittentes de rétention et conduire peu à peu le malade à la mort. L'autopsie m'a montré que le rétrécissement était seul en cause.

En ce qui concerne les rétrécissements tuberculeux, je pense qu'il y a avantage à serrer de près la question et à n'étudier dans ce groupe que les sténoses urétrales directement liées à la tuberculose, et produites par elle, à savoir les formes fibreuses de la tuberculose. Or les faits anatomiques sont encore exceptionnels et les faits cliniques sont peu précis et attribuent au rétrécissement des lésions manifestes de tuberculose urétrale pure; il y a donc intérêt à attendre des documents anatomiques et expérimentaux des données plus précises.

M. Escat (de Marseille). — Une cause étiologique prédominante, gonococcie, tuberculose, syphilis, traumatisme, sépare cliniquement les unes des autres les diverses variétés de rétrécissements, mais toutes sont reliées entre elles par le processus pathogénique surajouté de l'urétrite chronique sclérosante non spécifique. Cette urétrite banale relève du microbisme latent de l'urètre et des microbes ordinaires de la suppuration, mis en action par toute affection urétrale ou péri-urétrale diminuant les défenses de l'urètre. C'est une infection secondaire prépondérante qui s'ajoute à toute affection urétrale en apparence spécifique de la sclérose. Elle domine même toutes les formes graves du rétrécissement blennorragique. En dehors du rétrécissement congénital non infecté, toutes les sténoses urétrales ont une origine mixte et une pathogénie commune. Le gonocoque n'a pas une action sclérogène spécifique, il doit son action élective à l'intensité de l'inflammation du tissu spongieux et aux ruptures insuffisamment appréciées des aréoles spongieuses (spécificité de terrain local).

Les urétrites non gonococciques traduisent des infections glandulaires, prostatiques ou autres, et

laissent le tissu spongieux intact, d'où l'absence de cordée et de sténoses.

L'urétrite consécutive aux ruptures traumatiques, véritable urétrite expérimentale non spécifique, crée toutes les formes et tous les degrés du rétrécissement. Toutes les transitions existent entre les rétrécissements inflammatoires et traumatiques. Le traitement préventif et curatif de ces rétrécissements doit s'inspirer strictement de cette pathogénie associée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1910)

Le 606. — A propos du procès-verbal, M. NETTER communique la dépêche suivante qu'il a reçue du professeur Ehrlich :

« En raison de mon absence de Francfort, dit le professeur Ehrlich, et d'empêchements, ma réponse a été retardée.

Je n'ai aucun cas d'amaurose ou de lésion quelconque des yeux.

Le nombre des décès connus atteint à peine la douzaine. Un seul de ces décès a été signalé dans les services médicaux où il a été fait le plus grand nombre d'injections et dans lesquels ont été traités au moins 8000 cas. C'est le cas de Spiethoff, dont l'histoire est publiée.

Les autres décès sont survenus dans des asiles d'aliénés ou dans des cliniques médicales. J'ai, pour ma part, toujours déconseillé les injections chez les sujets atteints de maladies graves du système nerveux. Les injections, dans ce cas, ont été faites absolument en dépit de mes instructions.

Ces décès s'expliquent :

1° Par une réaction locale des infiltrats syphilitiques entourant les nerfs essentiels à l'existence.

2° Par une hypersensibilité générale vis-à-vis des agents toxiques. On a reconnu depuis longtemps cette hypersensibilité chez les paralytiques en ce qui touche l'emploi de l'iode et du mercure.

3° Par une technique défectueuse, une asepsie insuffisante.

J'ai instamment aussi déconseillé les injections chez les sujets atteints de lésions vasculaires. On a relevé, à Seravejo, un décès par rupture d'anévrisme. »

Monument élevé à Cornil. — M. LETULLE est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à Cusset, à la mémoire du professeur Cornil.

Epidémies. — M. KAUFFMANN lit le rapport sur les épidémies, en 1908. Comme son prédécesseur, il se plaint de la pénurie des documents qui sont parvenus à la commission.

Traitement des tuberculoses infantiles sur le littoral méditerranéen. — M. DEBOVE analyse un intéressant travail de M. Revillet (de Cannes), sur ce sujet.

D'après ce travail, les résultats obtenus, au sanatorium de Cannes, chez les enfants dans les tuberculoses osseuses, ganglionnaires, et même dans certaines tuberculoses pulmonaires, sont des plus encourageants. Ce traitement est basé à la fois sur l'air marin, les bains de mer, et la cure de soleil. L'organisation de ce sanatorium appartient à des Genevois. Ce sont des petits Suisses surtout qui en profitent. Une commission spéciale examine les enfants au départ et au retour, et les résultats constatés seraient supérieurs aux résultats obtenus par la cure d'altitude.

Ces enfants prennent des bains de mer toute l'année, de deux à trois minutes et sont exposés nus au soleil, avant et après le bain.

On a compté, l'hiver dernier, 190 jours de soleil sur 240. Il n'y en a jamais eu autant dans la montagne. On ne constate jamais d'accidents attribuables aux bains de mer. Les affections les plus améliorées sont les adénopathies trachéo-bronchiques, les tuberculoses ganglionnaires superficielles, le mal de Pott, la coxalgie, les tumeurs blanches. On a même obtenu de très bons résultats dans la péritonite tuberculeuse et dans un certain nombre de cas de tuberculoses pulmonaires.

Le travail de M. Revillet semble démontrer que, d'une façon générale, le traitement marin sur la côte méditerranéenne, joint à l'héliothérapie, donne de meilleurs résultats que la montagne, ce qui est bon à retenir. Ce traitement d'ailleurs n'est pas nouveau et nous nous rappelons l'avoir vu pratiquer à Cannes même, en 1889, par le docteur de Valcourt.

M. ROBIN appuie les conclusions du rapport de M. Debove et fait remarquer que c'est là une réponse péremptoire à faire aux membres du Congrès de Berlin qui vantaient la cure de repos à l'exclusion de toute autre et surtout de la cure marine qui y a été assez malmenée.

M. BOUCHARD a pu personnellement vérifier les résultats annoncés par M. Revillet et pour que les Suisses eux-mêmes aient pris le chemin de la côte méditerranéenne il faut qu'ils en aient obtenu de meilleurs résultats que dans la montagne. M. Bouchard se range donc complètement à l'avis exprimé par M. Debove.

M. LANDOUZY partage à son tour complètement la même opinion.

Anémie grave. — M. LANDOUZY communique une observation d'anémie grave avec subictère par fragilité globulaire chez un phtisique pulmonaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Manifestations cardiaques et circulatoires de l'uricémie. (CONSTANT [de Vittel]. *Rund. f. Med.*, n° 30, 30 juillet 1910, p. 919.) — L'acide urique est un poison qui se comporte comme les poisons du cœur ; il est aidé dans son action par les autres poisons de l'organisme, par l'entrave qu'il apporte à la circulation et au fonctionnement des reins, et par son influence nocive sur la vie cellulaire.

Parmi les *manifestations cardiaques* de l'uricémie, les unes sont *rares*, telles les *endocardites*, dont l'interprétation est délicate et complexe et nécessite, pour expliquer leur réalisation l'encombrement circulatoire et l'intoxication sous toutes ses formes ; l'acide urique se comporte comme les poisons du cœur (augmentation de l'amplitude, de la pulsation du cœur ; irrégularité des mouvements du cœur, perte ou diminution de la contractilité du myocarde).

Si l'on ajoute l'hypertension concomitante, on comprend que le souffle soit la résultante de la fatigue de la fibre musculaire cardiaque, et que d'autre part les altérations valvulaires aient peu d'influence sur la santé générale, tant que le tissu du cœur reste sain.

Les autres manifestations cardiaques de l'uricémie sont les palpitations, la dyspnée, les fausses angines, l'angoisse, la tendance syncopale.

Les manifestations circulatoires consistent surtout en une hypertension précoce, atteignant 20 à 23 en moyenne, assez réductible, avec pouls tendu, mais non dur, ne s'accompagnant pas en général de symptômes d'intoxication, très diffé-

rent par conséquent de l'hypertension qui accompagne l'artério-sclérose.

A signaler, en outre, les arythmies sans tachycardie, les intermittences. L. BABONNEIX.

Les obésités irréductibles. (Marcel LABBÉ, *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1910, n° 7.) — Chez un obèse jeune, dont les viscères sont sains, une cure de l'obésité bien instituée donne des résultats certains quasi-mathématiques; si les obèses sont atteints de lésions cardiaques, la cure peut échouer complètement.

Les variations de poids obtenues sont alors le plus souvent en rapport avec la formation et la disparition des œdèmes, mais nullement avec la combustion des graisses de l'organisme.

Pour expliquer cette conservation du poids malgré la réduction de régime, on peut invoquer la rétention chlorurée et des œdèmes, combinée à une réduction considérable des dépenses énergétiques et calorifiques permettant à l'organisme de s'entretenir avec un minimum de recettes alimentaires.

Les principales indications du traitement relèvent de l'asystolie et de l'urémie (déplétion sanguine, digitale, etc.).

Une fois l'asystolie vaincue, on peut espérer une amélioration telle que l'obésité cesse d'être irréductible.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Chlorome des mâchoires. (HERBERT A. BRUCE. *Ann of surg.*, vol. LI, n° 1, janv. 1910, p. 52-64.) — Le chlorome est une affection rare et mal définie. Le cas de Bruce concerne une femme de trente-huit ans, chez qui l'évolution fut rapide. Une opération *in extremis* fut suivie de mort rapide.

Il y a dans la littérature 54 cas de chlorome. L'âge moyen des malades est de dix-sept ans et demi. La durée moyenne est de six mois. Sur 52 cas à sexe spécifié, il y a 38 hommes et 14 femmes. Dans 50 des 54 cas, la tumeur primitive occupait la tête : 23 fois l'orbite, 26 fois la dure-mère étaient intéressées. Le temporal, le sphénoïde participent aussi souvent à l'affection. Dans 14 cas, il y avait métastase vertébrale, 13 fois métastase dans la moelle osseuse, 15 fois dans le foie, 16 fois dans le rein, 8 fois dans la rate.

Cliniquement, l'anémie et la faiblesse marquent le plus souvent le début; puis l'émaciation. D'autres symptômes sont dus à la localisation particulière de la tumeur : exophtalmie, surdité, cécité par exemple. La douleur est fréquente, de même les hémorragies cutanées. Il y a beaucoup de symptômes anormaux vus dans tel ou tel cas particulier, mais en somme, on peut grouper les symptômes en trois classes : *a.* les symptômes mécaniques : exophtalmie, tumeurs visibles, douleur, surdité; *b.* les symptômes toxiques : faiblesse, émaciation, fièvre; *c.* symptômes sanguins : pâleur, hémorragies, altérations du sang.

Le sang ressemble beaucoup à celui de la leucémie aiguë. A tel point que beaucoup d'auteurs relient les deux affections l'une à l'autre.

La couleur du chlorome (cancer vert d'Aran) n'a pas été bien expliquée jusqu'ici. Bramwel admet qu'il peut y avoir du chlorome légitime sans couleur verte.

La position du chlorome dans la classification des tumeurs est un peu incertaine. La tendance actuelle est de le rattacher au lymphome malin. Cependant il y a des différences. Le lymphome ne tend pas à donner de métastases, le chlorome en donne. Peut-être s'agit-il d'une prolifération myéloïde aiguë. Peut-être même s'agit-il d'un processus infectieux? Pope et Reynolds ont vu un chlorome aigu duquel ils ont retiré un bacille ressemblant à celui de la morve.

F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ABCÈS DU SEIN PARENCHYMATEUX

Par M. le docteur TRÉMOL.

Dans la grande majorité des cas, à la suite des couches, l'abcès du sein observé est l'abcès parenchymateux, et cette affection si fréquente mérite d'être bien connue en raison des complications nombreuses qu'elle entraîne bien souvent.

Voici quelle est l'évolution habituelle de cet abcès. Une femme qui allaitait jusque-là cesse brusquement de donner le sein, ou bien il existe autour du mamelon des crevasses plus ou moins perceptibles. Bientôt la glande se tuméfie et devient douloureuse, sa consistance est plus ferme. Puis elle se ramollit et les douleurs augmentent. La température s'élève et l'examen du sein fait percevoir un foyer fluctuant. Ce foyer devient de plus en plus superficiel et s'ouvre à l'extérieur en abandonnant une quantité considérable de pus.

Tout à fait au début, une antisepsie bien faite de toute la région et principalement de la région mamelonnaire aurait enrayé l'affection en arrêtant à la porte d'entrée les germes pathogènes. Des compresses d'anios (solution à 1 et 2 p. 100) tenues à demeure, dans l'intervalle des tétées, auraient suffi pour désinfecter les crevasses et les cicatriser sans le moindre inconvénient.

Mais l'abcès est constitué, et il faut bien savoir qu'il a une forme en sablier, la forme en bouton de chemise (Velpeau) et que cette disposition exige une incision profonde, très profonde, si l'on veut empêcher la production d'une fistule du sein dont la durée serait indéfinie !

Il faut savoir aussi que l'inflammation va probablement se répandre dans les lobes voisins et constituer des abcès à répétition avec des fistules multiples traversant le sein dans tous les sens. La glande mammaire se compose, en effet, de douze à quinze lobes aboutissant chacun à un conduit galactophore et l'inflammation atteint souvent l'un après l'autre plusieurs de ces lobes.

Il faut donc agir dès le début de l'affection et, aussitôt que l'on constate du gonflement et de la douleur sur la glande mammaire il faut recouvrir la région d'une épaisse couche de ouate trempée dans la solution d'anios à 2 p. 100. Il y a dans cet antiseptique une réelle énergie cicatrisante et germicide permettant d'espérer, assez promptement, la résolution de la tumeur inflammatoire.

Faut-il ouvrir les abcès du sein nettement collectés?

Beaucoup de chirurgiens ont conseillé de les abandonner à eux-mêmes craignant d'être obligés d'intervenir plusieurs fois de suite, et sans grand succès, en raison de la contamination des lobes voisins et même éloignés. Mais cette pratique est dangereuse parce qu'elle abandonne un foyer infectant, qui provoque des troubles généraux dans l'organisme et qui transforme le sein en une vaste poche de pus s'ouvrant à l'extérieur par de nombreux trajets fistuleux de durée indéterminée.

Il faut, au contraire, inciser, soit au bistouri, soit au thermocautère, mais inciser profondément, largement. Il faut atteindre les foyers profonds. Une bonne pratique consiste à couper le sein en quatre par une profonde incision cruciale. On voit alors sourdre le pus de toute part mélangé au lait et on peut ainsi arrêter l'évolution septique. Des mèches épaisses trempées dans la solution à 2 p. 100 de trioxychlorométhyle de vanadium sont placées dans cette incision et la purulence se tarit tandis que par l'effet kératoplastique de ce topique la cicatrisation s'opère rapidement et normalement.

Aucun danger toxique ou caustique n'est à craindre avec l'utilisation de l'anios sur cette vaste plaie chirurgicale.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES BRONCHO-PNEUMONIES (1)

III. Formes suivant le terrain. — Nous nous contentons de signaler la fréquence et la gravité des broncho-pneumonies chez les *gibbeux*, les *pottiques*, les *asystoliques*.

Chez les DIABÉTIQUES les broncho-pneumonies, souvent compliquées d'ailleurs de gangrène, comportent un pronostic toujours sévère; enfin au cours d'une *néphrite chronique*, l'apparition d'une broncho-pneumonie peut déterminer une crise aiguë d'urémie souvent mortelle; à la suite d'un *trauma* on peut voir éclater dans les jours qui suivent une broncho-pneumonie; il s'agirait le plus souvent du réveil d'une infection latente, souvent d'origine tuberculeuse.

IV. Formes suivant le germe : BRONCHO-PNEUMONIES SPÉCIFIQUES ET NON SPÉCIFIQUES. — Il est classique de diviser les broncho-pneumonies en SPÉCIFIQUES et NON SPÉCIFIQUES.

a. BRONCHO-PNEUMONIES NON SPÉCIFIQUES. — Parmi celles-ci se rangent les broncho-pneumonies dites encore mono-microbiennes, et dont les cas purs sont réalisés le plus souvent, par le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, le pneumo-bacille. Dans cette catégorie rentrent les broncho-pneumonies de la rougeole, de la coqueluche; peut-être lorsque sera découvert le germe spécifique de ces affections, sera-t-il possible de démontrer la spécificité des lésions pulmonaires. A l'heure actuelle, ces broncho-pneumonies reconnaissent comme cause l'un quelconque de ces microbes, la gravité de ces broncho-pneumonies variant d'ailleurs suivant le germe incriminé (à signaler la gravité du streptocoque).

Il faut rapprocher de ces formes les broncho-pneumonies d'*associations*; associations de ces microbes banaux, à d'autres espèces moins communes, parmi lesquelles surtout le *cocco-bacille de Pfeiffer* : discuté en tant que microbe spécifique de la grippe il est capable de devenir par association, un pathogène redoutable; il faut signaler également le coli-bacille, l'entérocoque, le tétragène, le pyocyanique, le micrococcus catarrhalis.

b. BRONCHO-PNEUMONIES SPÉCIFIQUES. — Les broncho-pneumonies spécifiques peuvent être primitives ou secondaires, suivant que la pneumonie lobulaire est la première manifestation de l'infection par un bacille spécifique, ou au contraire selon qu'elle survient dans le cours de cette infection à titre de détermination secondaire d'une infection déjà réalisée.

Parmi ces broncho-pneumonies spécifiques, il faut tout spécialement insister sur les BRONCHO-PNEUMONIES TUBERCULEUSES ; pour Landouzy et Quérat, toujours il s'agit de bacilles de Koch, réalisant pour leur propre compte le nodule péri-bronchique tuberculeux; pour Ziegler, Strumpell, etc., il s'agit de nodules infectieux, banaux, sur lesquels viennent se greffer et évoluer des bacilles de Koch.

Cette broncho-pneumonie peut éclater chez des tuberculeux latents adultes ou enfants, comme chez des sujets indemnes de toute tare tuberculeuse : tantôt l'allure clinique sera celle du catarrhe suffocant, avec cependant un ensemble de symptômes moins mobiles; tantôt elle affecte la forme de broncho-pneumonie à noyaux disséminés ou pseudo-lobaire, avec dyspnée plus intense, amaigrissement rapide, phénomènes d'intoxication tuberculeuse, température plus irrégulière, sueurs. La mort peut survenir en dix, quinze jours, ou seulement au bout de trois ou quatre mois, l'affection aboutissant alors à la *caséification*, à la formation de *cavernes*. Importance de la recherche du bacille de Koch, de l'inoculation des crachats, etc., pour parvenir parfois au diagnostic.

La broncho-pneumonie GRIPPALE ne doit être considérée comme une broncho-pneumonie spécifique, qu'avec de grandes réserves, si l'on se rappelle les discussions récentes de la Société médicale, sur la *non spécificité* du cocco-bacille de Pfeiffer.

Il faut signaler en outre parmi ces broncho-pneumonies spécifiques la broncho-pneumonie des *trieurs de laine*, ou broncho-pneumonie CHARBONNEUSE, (s'accompagnant de grosses lésions bronchiques, d'œdème gélatineux du médiastin), se caractérisant cliniquement par une dyspnée intense, une toux sèche au début, suivie, plus tard, de crachats noirs, rouillés, d'une pleurésie bilatérale, évoluant sans température, à pronostic fatal.

A mentionner également la broncho-pneumonie PESTEUSE étudiée par Zabolotny, reconnaissant pour cause le bacille de Yersin.

Dans cette catégorie doit se placer encore l'étude de la broncho-pneumonie SYPHILITIQUE, héréditaire ou acquise (avec tréponèmes constatés chez le fœtus, se présentant alors sous la forme de dilatation bronchique) sous forme d'induration fibreuse du poumon, chez l'adulte; elle peut évoluer quelques fois avec une allure rapide, c'est alors la broncho-pneumonie syphilitique aiguë de l'adulte.

Il faut y ajouter des broncho-pneumonies, reconnaissant comme cause déterminante, l'ASPERGILLOSE (maladie des gaveurs de pigeons), l'ACTINOMYCOSE, la SPOROTRICHOSE, affections dont le diagnostic peut s'affirmer, en plus de l'examen bactériologique des crachats, par les réactions d'agglutination et de co-fixation bien mises en lumière par M. le professeur Widal et ses élèves.

Il existe une seconde catégorie de broncho-pneumonies spécifiques survenant à titre de détermination pulmonaire, précoce ou tardive, d'une infection, localisée d'abord, ailleurs qu'aux poumons.

Telle est la broncho-pneumonie ÉRYSIPÉLATEUSE; le début en est souvent subit et violent; les signes physiques sont mobiles, ambulants, *serpigineux*; le pronostic est souvent grave; telle est encore, la broncho-pneumonie puerpérale.

Il faut signaler enfin la broncho-pneumonie DIPHTÉRIQUE, apparaissant du quatrième au sixième jour du début de la diphtérie, et relevant d'associations de pneumocoques, streptocoques, au bacille de Klebs-Löffler; la broncho-pneumonie LÉPREUSE, étudiée par Babès, et qui simule souvent la tuberculose.

Cette énumération, forcément un peu sommaire et quelque peu schématique, des diverses formes cliniques des broncho-pneumonies, nous amène ainsi à cette conclusion, que l'entité anatomo-clinique « broncho-pneumonie » est un SYNDROME, dont la constatation soulève immédiatement plusieurs problèmes que le clinicien doit s'efforcer de résoudre; à savoir la *spécificité* ou la *non spécificité* de la broncho pneumonie observée, spécialement au point de vue *tuberculose*, forme dont le domaine s'étend chaque jour et englobe la plupart des anciennes broncho-pneumonies, *a frigore*, *traumatiques*, etc. puis la détermination *anatomique*, et s'il se peut la nature du *germe* causal, facteur important à connaître pour porter un pronostic.

BIBLIOGRAPHIE : GILBERT et THOINOT. *Traité de méd.*, fasc. 29, Article BRONCHO-PNEUMONIE, par le docteur MOSNY. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. IV. — MOURIQUAND. *Diagnostic de la broncho-pneumonie infantile*, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 87.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 111, p. 1521, et 114, p. 1556.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique usuelle du praticien. Clinique thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, par le professeur Albert ROBIN, membre de l'Académie de médecine. Première série. In-8 carré. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

La Vie sexuelle et ses lois, par le docteur Anton NYSTROM (de Stockholm). In-8 cavalier. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

Les Adénites tuberculeuses et leur traitement (Consultations médicales françaises, fasc. XVIII), par le docteur SOUBEYRAN, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, chargé des cours de médecine opératoire. In-16 de 28 pages. — Prix : franco, 0 fr. 50; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (Nos 8-9, août-septembre 1910.) DUBREUILH et TRIBONDEAU : Kystes épidermiques prolifères. — BONNET et LAURENT : Polynévrite syphilitique. — DU BOIS : Etude d'un cas de trichosporie.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 8, août 1910.) HALPHEN : De l'examen clinique de l'audition chez les accidentés. — Emploi des appareils à bruit. Signe de Lombard. — BABANY : Rectification. — LOMBARD : A propos de la note rectificative et de la rectification.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Octobre 1910.) LESIEUR : Préparation et choix du médecin scolaire. — RENAULT : Etat actuel de la désinfection des locaux contaminés par la tuberculose. — MOSNY : Origine et prophylaxie des infections d'origine ostréaire.

Archives de médecine des enfants. — (N° 10, octobre 1910.) COMBY : Nouveaux cas de scorbut infantile. — TRIBOULET et RIBADEAU-DUMAS : Ostéopériostites nodulaires symétriques des os plats du crâne chez les nourrissons tuberculeux. — GOURAUD : La tuberculine-thérapie chez l'enfant. — Carle ROEDERER : A propos du traitement cinésique des scolioses.

Archives générales de médecine. — (Septembre 1910.) AMBLARD : Comparaison entre les résultats obtenus avec les divers sphygmomètres. — AGASSE-LAFONT : Les traitements nouveaux du cancer.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 septembre.) PATER : Le sous-nitrate de bismuth en thérapeutique gastrique (ses indications, son mode d'emploi, ses dangers). — BOUQUET : L'évolution de l'anesthésie chirurgicale. — (30 septembre.) LAVAL : Les plaies simples des parties molles.

Clinique. — (N° 39, 9 sept. 1910.) BARBARIN : Diagnostic de certaines manifestations du rachitisme. — PONCET et LERICHE : Tuberculose inflammatoire et corps thyroïde. — PLATON : Le traitement des déviations postérieures de l'utérus. — (N° 40, 7 oct.) L. WICKHAM et P. DEGRAIS : Traitement des chéloïdes par le radium. — André THOMAS : Inégalité de répartition des paraplégies sensitives dans les lésions transverses de la moelle.

Lyon médical. — (N° 40, 2 oct. 1910.) A. PONCET : Le goitre exophtalmique et son traitement chirurgical. — PÉHU et REY : Les taches jugo-labiales dans la rougeole (*fin*).

Echo médical du Nord. — (N° 40, 2 oct. 1910.) MINET : Les hémianopsies. — ROYER : Contribution au traitement antisyphilitique. Nouvel emploi du vasogène Hg.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 40, 2 oct. 1910.) GACHET : Considérations cliniques et thérapeutiques sur la préparation 606, recueillies dans la presse médicale allemande. — SABRAZÈS : Colorations extemporanées à l'éosine-bleu de méthylène par notre procédé pour l'étude du sang, des frottis de moelle osseuse, des dépôts de centrifugation, etc.

Semaine gynécologique. — (N° 38, 20 sept. 1910.) PICHEVIN : L'occlusion duodénale aiguë post-opératoire. — (N° 39, 27 sept.) PICHEVIN : Le traitement des rétrodéviations.

Tribune médicale. — (N° 40, 1er oct. 1910.) PASTIA : L'influence de la quinine, de l'opium et de l'arsenic sur le pouvoir opsonique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 37, 15 sept. 1910.) OPPENHEIM : Sur la résistance des spirochètes de la syphilis au mercure avec remarques sur le traitement par le 606 d'Erlich-Hata. — ACS-NAGY : Sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — GOBIET : Un cas de guérison opératoire d'un ulcus simplex perforé du gros intestin. — EWALD : Les blessures et affections de l'œsophage. — (N° 38, 22 sept.) EXNER : Coup d'œil en arrière sur la physiologie à Vienne. — SCHEIN : Sur la continuité des fonctions des glandes mammaires. — MÜNZER : Sur les hypotonies vasculaires. — CRISTEA et BIENENFELD : Sur la coagulation et les substances coagulantes dans l'éclampsie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fièvres intertropicales. Diagnostic hématologique et clinique, par M. AUDAIN. Fort in-8 de 1200 pages. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Maloine.

Précis clinique et thérapeutique de l'examen fonctionnel de l'œil et des anomalies de réfraction, par les docteurs C. FROMAGET, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux ; H. BICHELONNE, médecin-major. Préface de M. le professeur BADAL. In-8 de 504 pages avec 174 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Guy Patin, par P. PIC. In-8 de 300 pages, 74 portraits ou documents. — Prix : 8 francs. — Paris, Steinheil.

L'Homosexualité et les types homosexuels, par le docteur LAUPTS (G. Saint-Paul). Nouvelle édition augmentée de « Perversion et perversité ». Préface d'Emile ZOLA. In-8 raisin. — Prix : 6 francs. — Paris, Vigot frères.

Les Formes larvées du paludisme. Diagnostic et traitement, par le docteur Basile MOUSSÉOS. In-8 raisin, avec 18 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

Nous nous ferons un plaisir de l'adresser gracieusement à ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande dès maintenant.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Vurpas, Macaigne, Dufour, Josué, Michel, Lejars, Paul Riche, Cathala, Sebileau et Proust.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez l'homme. »

Mlle Potte, 14; MM. Pollet, 10; Monpin, 16 1/2; Pernet, 10; Mercier (Jacques), 17; Morel et Psaume, 9; Mouquin, 19; Pierson, 11; Mourlon, 6; Robinovitz, 8; Peyret, 10; Mercier (Justin), 7; Orphanidès, 16 1/2.

Prochaine séance, samedi 15 octobre, à neuf heures du matin, deuxième moitié, deuxième série; deuxième moitié, troisième série.

Pathologie. — Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Recherche du sucre, de l'albumine du sang dans les urines. »

MM. Gaume, 12; Gourcerol, 11; Guennon, 18 1/2; Grimbert, 15; Grimaldi, 8; Ginestet, 9; Guillouet et Fauchay, 15; Forestier et Faure, 17; Hissard, 9; Gaumet, 15; Fradkine, 10; Madelaine, 15; Jonescu, 4; Lucchini, 10; Lavat, 18; Letellier, 11; Kermorgant, 17; Langle, 19.

Prochaine séance, mardi 18 octobre, à cinq heures, deuxième moitié, première série.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury est composé de MM. Sébileau, Reclus, Robineau, Auvray, Guinard, Chauffard qui acceptent; Aviragnet, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— CONCOURS DU PRIX FILLIOUX. — Le jury est composé de MM. Bourgeois, Lermoyez, Lombard, Jeanselme et Bazy.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 11 octobre 1910 :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Delamare passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun; Ruotte, à l'hôpit. Saint-Martin.

Médecin-major de première classe. — M. Beaussenat passe au ministère de la guerre.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mathieu passe au 51e d'inf.; Dénomme, au 154e d'inf.; Idrac, au 151e d'inf.; Leclerc, au 27e de dragons; Blot, aux sapeurs-pompiers de Paris; Sorel, aux hôpitaux de la division d'Alger; Sylvestre, à l'hôpit. milit. thermal d'Amélie-les-Bains; Poutrin, à l'état-major du gouvernement militaire et place de Paris; Dreyfuss, au 20e escad. du train des équip.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Durand passe au 101e d'inf.; Monéry, aux hôpit. de la division d'Alger; Jeanty, au 151e d'inf.; Mandoul, au 24e d'inf.; Renaud, aux hôpit. de la division de Constantine; Bourland, au 6e d'art. de camp.; Vialle, au 25e de dragons; Solle, aux hôpit. de la division d'Oran; Bourguignon, à l'école spéciale milit. de Saint-Cyr; Izard, au 3e de chass. d'Afrique; Rigaux, au 1er bat. d'inf. légère d'Afrique; Curet, au 3e d'art. de camp.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Duband passe au 4e d'art. de camp.; Vaton, au 12e de chass. à cheval.

— M. le médecin principal de deuxième classe Ruotte, de l'hôpital Saint-Martin à Paris, est nommé membre externe de la section technique de santé.

— Le *Journal officiel* du 14 octobre publie une liste de médecins de réserve qui passent avec leur grade dans la territoriale, à partir du 1er octobre 1910.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 11 octobre 1910, M. le médecin aide-major de première classe Combes, du 24e d'infanterie coloniale à Perpignan, a été désigné pour servir en activité hors cadres à la Côte d'Ivoire.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1606.*)

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE (1)

DE L'ENDOANÉVRISMORRAPHIE

Par M. F. GARDNER.

I

Définition. — Sous ce nom, on désigne une nouvelle méthode de traitement des anévrismes, introduite depuis quelques années par Matas (de la Nouvelle-Orléans) et qui jouit actuellement, en Amérique, d'une très grande vogue. A l'étranger, elle n'a été mise en pratique que dans quelques cas. Pour reconnaître l'influence primordiale et prépondérante de Matas, Bullock a associé son nom à celui de l'opération, de telle sorte qu'aujourd'hui endoanévrismorraphie et méthode de Matas sont synonymes.

Comme son nom complet l'indique, le « Matas » est le traitement des anévrismes par suture effectuée par l'intérieur du sac. C'est l'application aux anévrismes du principe le plus nouveau de la chirurgie vasculaire, à savoir la suture, avec restauration, toutes les fois que cela est possible, de la continuité du tube vasculaire; au lieu du principe plus ancien de la ligature avec interruption de la circulation dans tous les cas. L'endoanévrismorraphie se rapproche plus de l'idéal chirurgical : faire un traitement causal sans supprimer l'organe ni sa fonction.

Deux grands faits anatomiques rendent possible cette application de la suture vasculaire : 1° le sac n'est point une membrane simplement inerte, recevant passivement des caillots, mais une membrane très vivante, pourvu qu'on ne la détache point de ses connexions vasculaires; comparable histologiquement à une séreuse, tapissée, dans les sacs arrivés à leur complet développement, par de l'endothélium provenant de l'endartère des parties normales, et peut-être aussi de celui des vasa-vasorum; 2° lorsqu'on applique endartère à endartère, l'union des deux surfaces accolées se fait aussi bien, aussi vite et aussi solidement que lorsqu'on accole péritoine à péritoine; c'est le grand principe qui domine toutes les techniques de suture vasculaire à l'heure actuelle.

Il convient de remarquer que le nom d'endoanévrismorraphie ne doit être appliqué qu'à la suture effectuée par l'intérieur du sac ; et que toute opération sur un anévrisme comportant une suture de l'artère n'est point nécessairement une endoanévrismorraphie. Par exemple, la dissection et l'extirpation du sac d'un anévrisme sacciforme avec suture ultérieure de l'artère, n'est point un « Matas »; c'est une extirpation avec artériorraphie latérale, quoique certains auteurs, Rigby entre autres, semblent prendre à tort artériorrhaphie en cas d'anévrisme et endoanévrismorraphie comme synonymes.

II

Historique. — Le premier cas de Matas date de mars 1888. A cette époque, la suture vasculaire, qui ne comptait à son actif que le cas de suture de l'artère humérale par Hallowell et Lambert en 1759, était considérée comme une chimère plutôt dangereuse. L'opéré de Matas était porteur d'un anévrisme de l'humérale pour lequel la compression avait échoué, et qui avait récidivé au dixième jour après ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac. L'extirpation fut décidée et le sac exposé et incisé. Les insuccès furent alors expliqués par la présence de plusieurs grosses collatérales qui s'ouvraient dans le sac. L'extirpation ne paraissait guère faisable par suite des adhérences trop intimes aux organes voisins et du danger qu'elle ferait courir aux nerfs cubital et médian. Les parois du sac étaient fortes et épaisses. L'idée vint de suturer, ce que Matas fit à la soie fine avec une aiguille courbe ordinaire. La plaie cutanée fut partiellement suturée. La guérison fut parfaite et se maintenait encore plus de vingt ans après l'opération.

Malgré ce succès, Matas, obéissant au préjugé régnant, ne traita pas d'autres cas par la suture avant 1900, où il opéra pour la seconde fois par suture endosacculaire; un échec récent avec la ligature, et une extirpation fort difficile le firent revenir à sa technique de 1888; un troisième cas fut opéré en 1900 également, puis un quatrième en 1901; en 1902 dans une communication à l'*American Surgical Association*, il érigea sa technique en méthode générale de traitement des anévrismes; depuis, il n'a cessé de la défendre dans de très nombreux articles. La faveur avec laquelle le « Matas » a été accueilli en Amérique peut se déduire des chiffres suivants. En janvier 1905, il y avait 20 cas opérés; en 1906, 34; au 1er juin 1908, 85 dus à 52 chirurgiens dont 49 américains et 3 étrangers; au 1er décembre 1908, 101; en juillet 1910, il y a 149 cas opérés. Quand on songe à la rareté des anévrismes dans la pratique civile, on trouve ce chiffre imposant.

L'endoanévrismorraphie, conçue primitivement et exclusivement pour les anévrismes artériels, a été appliquée avec succès en 1906 par Gessner (de la Nouvelle-Orléans) au traitement d'un anévrisme artérioso-veineux.

III

Technique. — Toute endoanévrismorraphie comporte nécessairement un certain nombre de temps qui restent toujours les mêmes, quelles que soient les conditions anatomiques; et un certain nombre de techniques spéciales variant suivant ces mêmes conditions anatomiques. Les temps toujours les mêmes sont ceux du début — ce sont des temps d'exploration, pour ainsi dire — et ceux de la fin, temps de clôture du sac et de la peau. Les temps variables sont ceux du milieu, temps où l'on traite l'artère au mieux des circonstances, suivant qu'il est préférable de l'oblitérer, de la restaurer ou de la reconstruire.

D'une façon générale, voici la succession des temps.

1° Hémostase provisoire; 2° exposition du sac; 3° incision du sac et évacuation des caillots; 4° exploration du sac et fermeture des collatérales; 5° traitement de l'artère; 6° suture du sac et de la peau.

Examinons chacun de ces temps en détail :

1° L'hémostase préalable est absolument nécessaire. Pour les anévrismes des membres, poplités, fémoraux, huméraux, on l'obtient à l'aide de la bande d'Esmarch, appliquée de la façon ordinaire. Pour les anévrismes de la racine des membres (ilio-fémoraux, inguinaux, axillaires, sous-claviers) et du cou (anévrismes carotidiens), l'hémostase provisoire s'effectue par la mise à nu, sans dissection du vaisseau, de l'artère mère que l'on pince au-dessus et au-dessous du sac, soit avec un long clamp à mors élastiques type Doyen, soit avec la pince spéciale que Matas a fait construire dans ce but. Ce pincement doit s'effectuer au ras du sac, de manière à bien prendre les collatérales qui naissent d'ordinaire très près des orifices d'entrée et de sortie de l'artère principale. A l'aine, même quand la fémorale a été oblitérée au-dessus de l'origine de la fémorale profonde, on peut avoir lors de l'ouverture du sac, une forte hémorragie venant de celle-ci. Dans ces cas, il faut mieux faire une laparotomie préliminaire et aller comprimer directement l'iliaque primitive. Et même alors, on peut avoir du sang provenant d'une épigastrique bien développée qu'il faut obturer directement. Dans les anévrismes intra et interscaléniques de la sous-clavière, il faut passer un fil d'attente sous le tronc brachio-céphalique à droite, sur la portion intrathoracique de la sous-clavière à gauche.

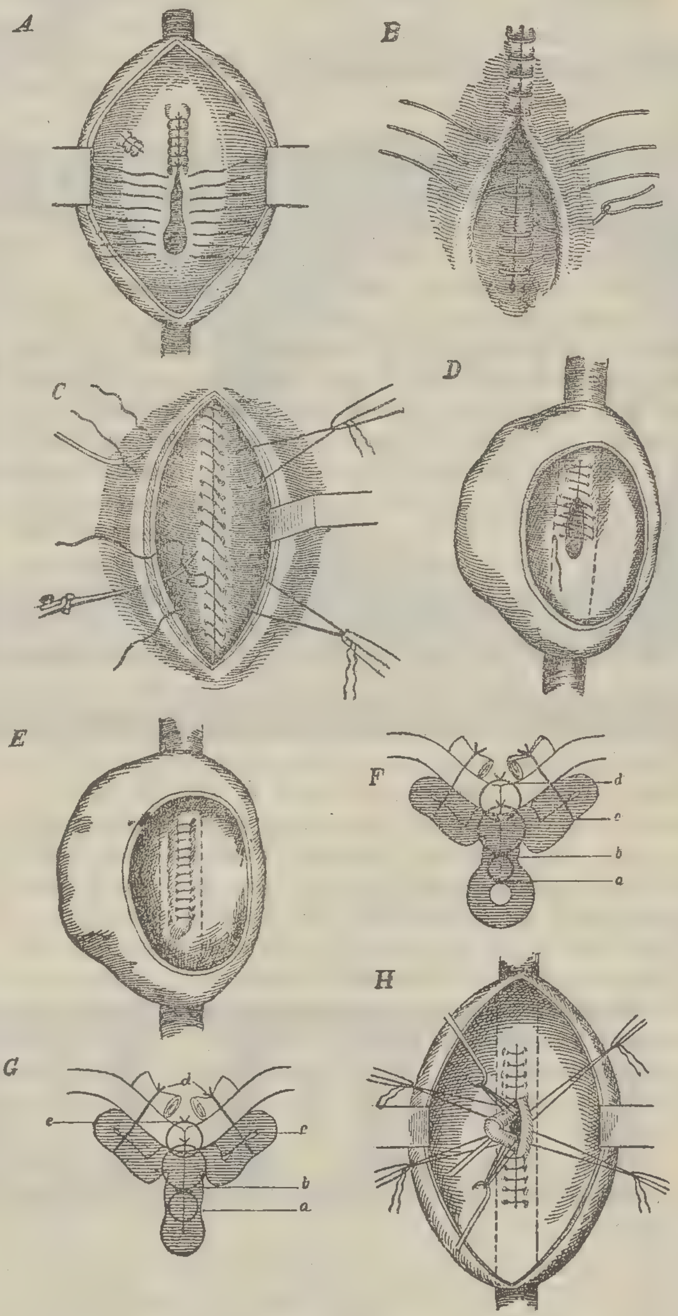
2° L'exposition du sac doit être juste suffisante pour qu'on y voie clair et qu'on puisse l'inciser librement; mais elle ne doit pas aller plus loin; il faut soigneusement éviter de dénuder ou commencer à disséquer les parois, car c'est troubler la nutrition du sac, et peut-être s'exposer à sa gangrène, et la circulation collatérale ; or l'un des principaux avantages du « Matas » est de respecter entièrement cette dernière.

3° L'incision du sac se fait longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à l'axe du vaisseau principal. Il est bon de rechercher avant d'inciser, si possible, la position des orifices d'entrée et de sortie de ce vaisseau ; il ne faut pas croire que dans les anévrismes fusiformes ayant existé pendant un certain temps, ces orifices se trouveront nécessairement à chacun des pôles de la tumeur. Car, par suite du mouvement tourbillonnant du sang à l'intérieur de la poche, il se produit un déplacement (rotation des anévrismes de Matas) qui fait que les orifices d'entrée et de sortie du vaisseau principal peuvent très bien se trouver au niveau de l'équateur de la tumeur. Or, il vaut mieux ne pas inciser à travers ces orifices si on peut l'éviter.

L'évacuation de tous les caillots lâchement adhérents s'effectue à l'aide du doigt et d'une compresse humectée de sérum artificiel. On respecte seulement la pseudomembrane adhérente. Alors, l'intérieur du sac apparaît poli et brillant. Beaucoup de chirurgiens croient que pour obtenir une bonne réunion, il faut aviver cet endartère. Cela n'est pas plus nécessaire que d'aviver le péritoine dans les opérations abdominales. Plus l'endartère est brillant, meilleure sera l'union.

4° Le doigt et les yeux explorent l'intérieur du sac, et déterminent la position et le nombre des orifices ce qui rend évidente la variété anatomique, d'où dépend le temps qui va suivre. Ensuite, on oblitère par suture tous les orifices de collatérales qui débouchent dans le sac.

5° Alors commence le traitement de l'artère elle-même. Ce traitement est différent suivant le type anatomique auquel on a affaire.



D'après Matas.

A. Schéma de la suture des orifices artériels (an. fusiforme, type oblitératif). — *B.* et *C.* Suture du sac. — *D.* Fermeture de l'orifice artériel en cas d'anévrisme sacciforme, type reconstructif. — *E.* Type restauratif, nouveau trajet artériel refait. — *H.* Avant de serrer le dernier point dans un Matas restauratif, on retire le conducteur. — *F.* et *G.* Schémas. Coupes montrant la manière d'oblitérer le sac dans un Matas restauratif et dans un Matas oblitératif.

S'agit-il d'un anévrisme sacciforme, avec un seul orifice de communication entre la poche et l'artère, et où celle-ci a plus ou moins gardé son contour normal, on ferme simplement par un surjet l'orifice de

communication entre l'anévrisme et l'artère. Ainsi l'on restaure le trajet primitif de celle-ci ; l'opération est une endoanévrismorraphie *restaurative*.

S'agit-il d'un anévrisme fusiforme, avec deux orifices, l'un d'entrée, l'autre de sortie, et que ces deux orifices soient rapprochés l'un de l'autre et d'approche facile, on peut essayer de refaire le trajet artériel primitif en suturant les parois du sac au-dessus d'un conducteur creux introduit dans l'artère (sonde ou drain en caoutchouc). Pour cela on se sert d'un surjet avec un point passé de temps en temps, ou de points séparés. La suture doit prendre toute l'épaisseur du vaisseau. Le nouveau trajet doit être de calibre plus petit que l'artère principale, il doit être à peu près la moitié du calibre tel qu'on le voit à l'orifice d'entrée, car là l'artère est fortement dilatée. La suture doit commencer bien au delà des orifices pour commencer à rétrécir le calibre. Elle doit comprendre deux plans, un principal et un de renforcement. Avant de nouer les derniers fils du premier plan de suture, c'est-à-dire les fils du milieu, on retire le conducteur qu'on avait introduit dans l'artère. On a ainsi reconstruit une artère qui, au moins temporairement, servira au passage du sang; on a fait une endoanévrismorraphie *reconstructive* (autrement dit, une *anévrismoplastie*).

Enfin, si les conditions sont telles que l'on juge meilleur d'oblitérer le trajet artériel, après avoir fermé les collatérales, on suture aussi les deux orifices principaux, puis on oblitère par suture la cavité du sac, ainsi que nous le dirons plus loin ; ainsi, on a transformé le segment anévrismal de l'artère en un cordon plein ; on a fait une endoanévrismorraphie *oblitérative*.

6° Une fois l'artère traitée, il ne reste plus qu'à suturer le sac pour en oblitérer la cavité. Suivant les cas, la technique pourra être un peu différente. On peut pratiquer l'oblitération totale du sac que l'on enfouit dans la plaie, sans drainage et sans inversion des lambeaux cutanés ; c'est la méthode la plus simple et celle qui a été le plus fréquemment appliquée ; ou bien, on peut oblitérer totalement le sac par suture et pratiquer l'inversion des lambeaux cutanés comme le montrent les schémas ci-joints. On prend d'abord dans une suture les plis latéraux les plus profonds qui se produisent toujours après l'évacuation du sac et on les réunit sur la ligne médiane et sur toute leur longueur depuis un pôle de l'anévrisme jusqu'à l'autre. S'il y a encore de la paroi du sac, on fait une autre rangée de suture, puis l'on replie les bords du sac sur eux-mêmes de manière à adosser endartère à endartère et à oblitérer tous les espaces morts. Pas de drainage. Ou bien, dans des cas exceptionnels, (sacs trop rigides, ou trop adhérents), on ne peut oblitérer le sac ; alors, on en tapisse la surface interne avec des lambeaux cutanés obtenus par glissement, ou avec des greffes épidermiques. Dans ces cas, faire attention à ce que les incisions nécessaires pour tailler les lambeaux n'exposent pas à la gangrène une peau à nutrition déjà mauvaise. Dans certains cas atypiques, il faut se contenter de suturer ce qu'on peut du sac, d'exciser partie du surplus et de drainer la plaie cutanée. Enfin, pour les anévrismes sous-péritonéaux, il faut laisser le revêtement péritonéal intact et s'en servir comme on se sert de la peau dans un anévrisme des membres. Le péritoine est encore plus facile à utiliser que la peau.

IV

Statistique et résultats. — On peut bien juger des résultats de l'endoanévrismorraphie par la comparaison des trois statistiques suivantes données par Matas lui-même :

	JANVIER 1905	JUIN 1908	JUILLET 1910
Oblitératif.....	16 (80 %)	59 (69,4 %)	105 (70,4 %)
Restauratif...	4 (20 %)	13 (15,3 %)	20 (13,4 %)
Reconstructif.		13 (15,3 %)	24 (16,1 %)
Totaux.....	20	85	149
Morts.........	0	7 (8,2 %)	7 (4,7 %)
Gangrène.....	0	4 (4,7 %)	5 (3,3 %)
Récidives.....	1 (5 %)	4 (4,7 %)	4 (2,7 %)

Mais il faut noter que sur les 7 morts survenues dans les opérations antérieures à 1908, 5 ne sont point imputables à l'endoanévrismorraphie : une par tétanos, une par embolie pulmonaire, une par rupture d'un anévrisme secondaire développé à distance du point opéré, deux dans des cas d'anévrismes de l'aorte où la technique ne put être correctement appliquée par suite de l'impossibilité d'obtenir une bonne hémostase provisoire; de telle sorte que la mortalité vraie est de 2 sur 149 (1,3 p. 100).

Sur les 5 cas de gangrène, 3 sont à défalquer, car dans 2 cas, il y eut blessure et ligature de la veine poplitée, accident qui ne peut point arriver dans une endoanévrismorraphie régulièrement exécutée; et dans un troisième, la gangrène survint après une opération sur un anévrisme fémoral, lorsqu'on eut lié l'iliaque externe pour hémorragie secondaire. De telle sorte que la proportion de gangrène après endoanévrismorraphie, qui est au plus de 3,3 p. 100 si l'on prend tous les cas, tombe à 2 cas sur 149, soit 1,3 p. 100, si l'on expurge ces cas. Encore faut-il faire remarquer que le dernier cas de gangrène se rapporte à une opération dont les détails n'ont point été publiés ni communiqués au docteur Matas.

Enfin les récidives, au nombre de 4, ont toutes été vues dans les opérations reconstructives antérieures à 1908. Globalement, la proportion de récidives dans le type reconstructif serait de 16,6 p. 100.

Mais depuis 1908, il n'y a pas eu de récidives dans ce groupe, ce qui tient sans doute à ce que les indications spéciales ont été mieux précisées. D'ailleurs une de ces récidives fut guérie par une opération oblitérative secondaire; deux autres auraient très vraisemblablement pu l'être de la même façon ; un seul cas était apparemment défavorable pour toute nouvelle opération.

Toutes les gangrènes furent observées après des opérations oblitératives; toutes les récidives après des opérations reconstructives. Le type restauratif n'a à son passif ni gangrène, ni récidive. D'ailleurs dans la dernière série de 64 cas, la mortalité tombe à 0, les récidives tombent à 0, les hémorragies secon-

daires à 0, et il y eut un cas de gangrène (1,5 p. 100). Ce qui nous montre que les statistiques s'améliorent notablement depuis que la technique est mieux connue et comprise ; qu'au point de vue gravité opératoire, l'endoanévrismorraphie est l'égale des opérations les plus bénignes; qu'au point de vue gangrène, elle est supérieure à toute autre méthode, puisque, de l'aveu même des partisans les plus convaincus de l'extirpation, la gangrène se voit après celle-ci dans 5 à 6 p. 100 des cas.

Au point de vue du type d'opérations, les deux statistiques de 1908 et de 1910 coïncident remarquablement; le type oblitératif est de mise dans 70 p. 100 des cas, le type restauratif et le type reconstructif chacun dans environ 15 p. 100 des cas.

Au point de vue des artères affectées, la statistique comprend à peu près toutes les grosses artères du corps. Les anévrismes du membre inférieur sont naturellement en forte majorité. Sur les 149 cas opérés jusqu'à ce jour, 131 siégeaient au membre inférieur : 94 poplités, 26 fémoraux, 7 ilio-fémoraux, 2 iliaques externes, 2 fessiers. Les autres 18 se répartissent entre l'aorte abdominale, la sous-clavière, l'humérale, l'axillaire, les carotides interne et externe.

Toutes les statistiques sont d'accord pour montrer que les anévrismes de la poplitée et de la fémorale forment 80 p. 100 des anévrismes chirurgicaux et qu'il y a un anévrisme fémoral pour environ trois ou quatre anévrismes poplités.

Ce qui donne une valeur et une force particulières à ces statistiques, c'est qu'elles sont complètes, sans aucune sélection. Le docteur Matas, à l'obligeance de qui nous devons les chiffres de la dernière, s'est donné comme tâche personnelle de recueillir tous les faits opérés en Amérique ; tous les chirurgiens américains le savent, et tout cas opéré lui est immédiatement transmis, même s'il n'est pas publié, ce qui donne des garanties d'exactitude que les statistiques colligées uniquement dans la littérature n'ont pas; en effet, dans ce dernier cas, il est presque impossible d'être complet, car tous les cas ne sont pas publiés et il y a d'assez grandes chances pour que ce soient les cas défavorables qui soient omis.

V

Avantages. — Matas, qui a eu l'occasion d'opérer de nombreux anévrismes et d'employer toutes les principales méthodes classiques de traitement chirurgical, affirme que l'endoanévrismorraphie se rapproche beaucoup plus de la perfection que n'importe quelle autre technique et la théorie et les faits semblent lui donner raison.

Pour ce qui est de la théorie, on ne peut nier que la conception de l'endoanévrismorraphie ne soit des plus satisfaisantes, car elle ne supprime rien qui ait une valeur fonctionnelle quelconque. Elle rétablit la continuité du tronc vasculaire dans bon nombre de cas; et, au pis, elle ne met hors de service que juste la longueur du segment artériel malade.

Pour ce qui est des faits, ils nous montrent que le « Matas » est meilleur que les deux autres méthodes qui se partagent la faveur chirurgicale en Europe : la ligature et l'extirpation. L'endoanévrismorraphie est aussi *radicale* que l'extirpation et plus que la ligature : les récidives que l'on a observées ont toutes été vues dans des cas plutôt anciens et avec le type reconstructif, dont on connaît aujourd'hui mieux les indications et la technique de telle sorte que l'on ne voit plus de récidives; d'ailleurs celles-ci peuvent être guéries par une intervention oblitérative secondaire.

L'endoanévrismorraphie est *plus sûre*, beaucoup plus sûre, au point de vue gangrène, que l'extirpation et surtout que la ligature. Et cette sécurité, amplement démontrée par les statistiques, est facile à expliquer. L'endoanévrismorraphie cause le *strict minimum* possible de *traumatisme* et de *délabrements*. Pas de dénudation étendue du sac comme dans l'extirpation ; pas de pression d'aucune sorte sur le sac pendant l'opération, par conséquent minimum de risques de détacher un caillot qui peut aller obturer une branche de division ou une collatérale et déterminer de la gangrène; or, ces embolies sont la grande cause de gangrène dans les anévrismes.

Puis, *elle respecte absolument la circulation collatérale*, et cela dans tous les cas, qu'elle soit oblitérative, reconstructive ou restaurative. Pas une collatérale n'est sacrifiée, même les vasa-vasorum du sac qui ont eux aussi leur utilité sont respectés. Or, il est superflu d'essayer de faire ressortir qu'en matière d'anévrismes, la circulation collatérale est absolument *tout*. Par l'incision et l'évacuation du sac, tous les phénomènes de compression sur les organes voisins disparaissent, et les conditions deviennent les plus favorables pour le prompt établissement d'une bonne circulation collatérale.

De plus, et c'est encore un gros avantage sur l'extirpation, tout se passant à l'intérieur du sac, il n'y a point de risque pour les organes voisins, et particulièrement pas pour la veine. Or, la blessure de la veine n'est point chose si indifférente que les partisans de l'extirpation voudraient le faire croire ; elle augmente considérablement les chances de gangrène dans les anévrismes poplités; sur 5 cas de gangrène observés sur 149 endoanévrismorraphies, 2 ont été observés dans des cas où la veine fut blessée et liée.

La supériorité du « Matas » sur l'extirpation à ces points de vue est bien mise en évidence par un cas de Mac Mullen et Stanton. Il s'agissait d'un anévrisme de la carotide interne dans sa portion extracranienne; on commença par isoler le sac en se proposant de l'extirper, puis on s'aperçut que cette extirpation n'était point possible ; alors on fit un Matas oblitératif. Mais le sac dénudé se gangrena et le malade mourut. Si l'on eût fait le Matas d'emblée, le sac ne se serait pas gangrené. Il y a opposition formelle entre les conceptions et les techniques de l'extirpation et de l'endoanévrismorraphie; la première ne voyant dans le sac qu'une tumeur pulsatile, cause de compression dont il faut se débarrasser; la seconde y voyant une partie vivante de l'artère que la chirurgie peut utiliser avec grand profit.

Une fois l'extirpation décidée et commencée, on ne peut revenir en arrière et recourir à l'endoanévrismorraphie.

Le champ de la suture endosacculaire est aussi *plus étendu* que celui de l'extirpation. Tout anévrisme extirpable peut être traité par suture; mais la réciproque n'est point vraie; il y a des anévrismes que l'on ne peut extirper et qui sont justiciables du Matas.

Enfin, celui-ci se recommande par sa simplicité et sa facilité d'exécution, et la simplicité du matériel requis. Celui-ci se trouve dans n'importe quelle salle d'opérations. Il suffit d'avoir du catgut chromique 0 ou 00 ou de la soie fine pour les opérations sur les yeux, trempés dans de la vaseline; des aiguilles semi-courbes ou courbes du type Hagedorn, Kirby, Mayo ou Ferguson, ou même une aiguille de Reverdin à suture intestinale. Point d'instruments ni de fils spéciaux comme pour la suture des vaisseaux normaux pour laquelle il faut les fils les plus fins que l'on puisse obtenir et des aiguilles excessivement ténues et une habileté qui ne s'acquiert que par une longue préparation. La suture d'un sac anévrismal à parois épaisses et fortes est une opération relativement peu délicate que tout chirurgien peut mener à bien qui sait clore une perforation intestinale ou faire une gastrostomie. La preuve de ceci se trouve dans ce fait que la majorité des cas opérés l'ont été dans de petites villes des Etats-Unis et non point dans des centres chirurgicaux, et par de jeunes chirurgiens faisant avec l'endoanévrismorraphie leurs premières armes dans la chirurgie des anévrismes.

Ceci dit, nous pouvons comparer l'endoanévrismorraphie à certaines techniques récentes qui ont été prônées comme le traitement opératoire *idéal*, à savoir l'extirpation de la poche suivie de la suture circulaire directe des deux bouts de l'artère, ou bien de la transplantation d'un segment de veine ou d'artère à la place du segment réséqué. Si l'on veut réfléchir que ces techniques entraînent d'abord le traumatisme de l'extirpation, puis les difficultés d'une suture vasculaire, opération délicate nécessitant des instruments spéciaux, un matériel spécial et une habileté spéciale; puis les difficultés pour se procurer un bout d'artère ou de veine fraîches; enfin les chances très grandes de thrombose du segment transplanté dans un milieu si traumatisé, on réalise que l'on se donne beaucoup de peine pour arriver peut-être à un résultat qu'aurait donné sûrement d'emblée un Matas oblitératif que tout chirurgien peut exécuter avec n'importe quel matériel.

La satisfaction personnelle de l'opérateur de savoir qu'il a exécuté une opération théoriquement idéale n'est point suffisante pour compenser les aléas. Le mieux est certainement ici l'ennemi du bien (1).

(1) Dans les anévrismes artérioso-veineux, la suture endosacculaire est certainement moins grave au point de vue de la circulation du membre que la quadruple ligature avec extirpation d'un segment de la veine et d'un segment de l'artère.

VI

Indications. — L'endoanévrismorraphie est indiquée d'une façon générale toutes les fois que l'hémostase provisoire est possible et la poche accessible. Elle doit alors être préférée aux autres méthodes. Elle ne peut être exécutée là où l'hémostase provisoire n'est pas réalisable. Mais alors, ni la ligature, ni l'extirpation ne sont de mise non plus.

Mais à côté de cette indication générale de la méthode, il y a des indications et des contre-indications particulières pour chaque type.

Le Matas restauratif ne convient qu'aux anévrismes sacciformes; non seulement à ceux où l'artère mère garde son trajet et son contour presque intacts, mais aussi à ceux où ce trajet primitif de l'artère n'est indiqué que par un sillon profond s'étendant du point d'entrée au point d'émergence. Théoriquement le mode restauratif est applicable à tous les anévrismes sacciformes sans exception; pratiquement la seule limite est l'impossibilité d'établir une hémostase provisoire. C'est-à-dire que la limite supérieure d'applicabilité est l'aorte thoracique au-dessous de la naissance des gros vaisseaux du cou. Le restauratif conviendrait parfaitement aux anévrismes sacciformes des artères viscérales terminales, rénale, hépatique, splénique, etc.

Le type oblitératif est indiqué dans tous les cas d'anévrismes fusiformes à bonne circulation collatérale. Il est évidemment contre-indiqué lorsque l'artère est terminale, ou qu'elle est si grosse que la suppléance ne pourrait pas s'établir après l'oblitération. Cela réduit le territoire du Matas oblitératif aux artères des membres et du cou.

Le type reconstructif a des indications plus délicates à fixer. Il est pratiquable dans les cas d'anévrismes fusiformes à parois élastiques et résistantes où les deux orifices sont situés au même niveau, assez près l'un de l'autre et facilement accessibles. Au début, Matas croyait que ce type serait probablement indiqué dans beaucoup d'anévrismes des membres inférieurs où la cuisse et la jambe sont cyanosées, engorgées, chez des artério-scléreux à mauvaise circulation collatérale. L'expérience lui a appris qu'il ne faut faire le reconstructif que dans des cas spéciaux où la circulation collatérale est insuffisamment développée et où les circonstances anatomiques sont favorables. Dans ces cas, la réfection de l'artère rend de grands services comme mesure *temporaire* pendant que la circulation collatérale se développe. Il ne faut pas prétendre à plus et vouloir obtenir une artère permanente. Le Matas reconstructif est destiné à *s'oblitérer secondairement*, et c'est vers ce but qu'il faut tendre sous peine de s'exposer à une récidive dans une artère malade. Rappelons en effet que le reconstructif ne s'emploie que chez des artério-scléreux à système artériel très altéré et que c'est le seul mode qui ait donné des récidives.

Il y a donc un intérêt capital au point de vue indications à pouvoir se rendre compte avant l'opération de la valeur de la circulation collatérale. En fait, aucune question n'est plus importante que celle-là

dans toute la chirurgie anévrismale. La méthode de Korotkow pour déterminer la pression sanguine aux extrémités des membres, l'emploi du tonomètre modifié de Gärtner, ou simplement du manomètre peuvent rendre des services, mais dans la pratique Matas préfère une modification de l'épreuve de Moszkowicz. Voici comment s'applique cette dernière sur un anévrisme des membres, un anévrisme poplité par exemple. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, le membre reposant sur un drap blanc qui rend plus sensibles les variations de teinte. On détermine la position de l'artère fémorale dans le canal de Hunter, puis on établit une compression mécanique aussi près que possible de l'anévrisme et l'on serre jusqu'à abolition des pulsations dans la tibiale postérieure et dans la pédieuse. Puis on enroule autour de la jambe une bande d'Esmarch qu'on laisse en place cinq ou six minutes chez les sujets âgés, dix minutes chez les sujets plus jeunes à système artériel en meilleur état. Puis on enlève rapidement la bande, en laissant le compresseur en place sur l'artère principale. Si la circulation collatérale est suffisante, on voit une *onde de vascularisation* donnant à la peau une teinte rosée et qui se propage du centre vers la périphérie. Si cette onde se propage jusqu'à l'extrémité des orteils, il n'y a rien à craindre. Tout ce qui devient rose est bon au point de vue capillaire. Voilà le fait capital en pratique, quelle que soit l'explication qu'on en donne.

Il y a de grandes variations dans le retour de l'onde de vascularisation; quelquefois elle se produit vite et complètement. D'autres fois, elle est lente et partielle et il faut l'aider en immergeant le membre dans l'eau chaude.

Au cou et à la racine des membres où la bande d'Esmarch ne peut être employée, on peut déterminer la valeur de la circulation collatérale au moyen de l'occlusion temporaire des troncs nourriciers, non pas avec une ligature temporaire qui, même serrée avec soin, lèse l'endartère, mais à l'aide des anneaux métalliques d'Halsted ou de la pince spéciale amovible en aluminium imaginée par Matas. On place cette pince sur l'artère et l'on observe le résultat. Si, pour la carotide par exemple, il y a des troubles cérébraux, on enlève la pince. Matas a déterminé expérimentalement que ces pinces peuvent rester soixante-douze heures en place sans jamais causer de lésion de l'endartère. Après quatre-vingt-seize heures, il commence à se produire des lésions dans un certain nombre de cas.

Si la circulation collatérale est suffisante, on peut employer d'emblée le Matas oblitératif, si le restauratif n'est pas de mise; si la circulation est insuffisante, et toujours si le restauratif ne peut être exécuté, il faut recourir au reconstructif qui apportera une aide temporaire à la circulation collatérale défaillante. Une exception cependant; au cou, à cause du danger d'embolie, il ne faut point essayer le reconstructif. Si la circulation collatérale est insuffisante, mieux vaut recourir à l'oblitération progressive de la carotide primitive à l'aide d'anneaux métalliques.

Si le reconstructif donnait un rétablissement permanent du calibre de l'artère, ce serait le traitement idéal des anévrismes fusiformes, et son terrain serait l'arbre circulatoire tout entier; mais il n'a pas cette prétention. L'endoanévrismorraphie reconstructive n'est somme toute qu'une *oblitérative lente* et elle n'est de mise que dans des circonstances particulières. Vouloir en étendre trop les indications serait s'exposer volontairement à des échecs.

En somme, l'endoanévrismorraphie ne mérite pas l'hostilité qu'elle semble avoir rencontrée, on ne sait trop pourquoi sur le Continent; c'est une méthode simple et sûre qui donne d'uniformément bons résultats et dont les statistiques soutiennent très avantageusement la comparaison avec celles de n'importe quelle autre opération.

BIBLIOGRAPHIE

ABBE. *Med. rec.*, 1er mars 1909, p. 783; — *Ann. surg.*, 1908, p. 10-14. — ANDERSON* (1).

BULLOCK. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1906, p. 1017. — BINNIE. *Ann. surg.*, 1908, p. 1-9. — BLAKE. *Ibid.*, p. 15-17. — BALCH et MURPHY. *Boston med. and surg. Journ.*, 24 déc. 1908, p. 860. — BICKHAM. *Ann. surg.*, nov. 1904. — BROWN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1906, p. 362. — BECK*. — L. BROWN*.

CRAIG BARROW. *Am. Journ. surg.*, avril 1908. — CRILE*. — CRAIN. *Journ. amer. med. Assoc.*, 30 avril 1910, p. 1443. — CARPENTER*.

DANNA. *Surg., gyn. and obst.*, 1907, p. 539; — *Journ. amer. med. Assoc.*, 1905, p. 395. — DENNIS. *Saint-Paul med. Journ.*, 1909, p. 34. — DELAUP*. — DA COSTA*. — DEL CONTE. *Gazz. intern. d. sc. med.*, 1905, p. 392-398.

ELDER*.

FRAZIER. *Ann. surg.*, 1907. — FRICK. *Amer. Journ. surg.*, 1909, p. 241.

GESSNER. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, 1908-1909, p. 531; 1907-1908, p. 590-592, p. 553-556; 1909-1910, p. 631. — GIBBON. *Ann. surg.*, 1907, p. 366-372. — GIORDANO*. — GOLTMAN*. — GREEN*. — GWATHMEY*.

HAMNER. *Journ. amer. med. Assoc.*, 11 juin 1910, p. 1942. — HARTE*. — HEGNER. *Ohio med. Journ.*, 1908, p. 580-588. — HUMISTON*. — HUNTINGTON*.

INGELS*.

KEEFE. *Providence med. Journ.*, 1908, p. 14. — KOHLMANN et NEWMANN*. — KOONTZ. *Kent. med. Journ.*, 1909, p. 576-581.

LILLY*. — LOZANO. *Clin. med.*, Saragosse 1906, p. 250.

MC CHORD*. — MC MULLEN et STANTON. *Ann. surg.*, 1909, p. 241. — MC RAE*. — MATAS. *Med. news*, 27 oct. 1888; — *Amer. surg. Assoc.*, Albany, mai 1902; — *Ibid.*, 1905; — *Ibid.*, 1910; — Surgery of the vascular system, in *Keen's Surg.*; — *Ann. surg.*, mai 1903; — *Med. assoc. Alabama*, 22 avril 1906; — *Journ. amer. med. Assoc.*, 29 sept. 1906 et 14 nov. 1908, etc. — MEYER*. — MITCHELL*. — MORRIS. *Ann. surg.*, oct. 1903. — MURRAY. *Ann. surg.*, 1909, p. 489-491. — MARTIN and PARHAM*. — MARKOE*. — MUNRO. *New-York med. Journ.*, 13 avril 1907.

LÉVI OLD*.

PANTZER. *Lancet clin.*, 1905, p. 544. — PARHAM. *Trans. Southern surg. and gyn. Assoc.*, 1906. — PERKINS*.

RIGBY. *Clin. Journ.*, 1909, p. 261.

STILLMANN*. — STAFFORD*. — STEWART. *Ann. surg.*, 1908, p. 474.

TORRANCE. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1909, p. 381.

VAUGHAN*. — VAN LENNEP*.

(1) * = Cité par Matas.

WAINWRIGHT. *Surg., gyn. and obst.*, 1909, p. 299. — WHITE. *Georgia Practitioner*, 1905, p. 13. — WHELAN. *Birmingham (Alab.) med. Journ.*, 1908-1909, p. 77-85.
YOCOM. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1906, p. 1019.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1910)

Technique de l'ablation du cancer du plancher de la bouche. — M. PICQUÉ fait un rapport sur deux observations de M. Abadie (d'Oran). Il rappelle d'abord les communications de M. Morestin sur ce sujet et le procédé opératoire qu'il a décrit, c'est à ce procédé qu'a eu recours M. Abadie dans les deux cas qu'il rapporte.

Dans le premier cas où il s'agissait d'un cancer du plancher de la bouche se propageant au maxillaire inférieur gauche et accompagné de ganglions sous-maxillaires, M. Abadie fit une première opération, en novembre 1908, consistant en une longue incision le long du sterno-cléido-mastoïdien, sur laquelle est branchée une seconde incision perpendiculaire à la première ; par cette incision, il ouvre la gaine des vaisseaux et procède à l'ablation des ganglions sous-maxillaires. Dans une seconde intervention faite un mois après, il enlève les ganglions sous-hyoïdiens, une partie du maxillaire inférieur, décolle la lèvre inférieure des gencives, enlève les tissus malades du plancher de la bouche et la moitié de la langue après avoir pincé les deux linguales. En résumé, intervention en deux temps; dans un premier temps, ablation des ganglions sous-maxillaires, dans un second temps ablation de toutes les parties atteintes du cancer.

La seconde observation de M. Abadie est calquée sur la première, avec cette particularité que, dans ce cas, M. Abadie a pu conserver une mince arcade osseuse du maxillaire pour sauvegarder la symétrie de la face.

C'est là, en somme, le procédé de M. Morestin consistant, comme on sait, à enlever les ganglions et toutes les voies lymphatiques, dans un premier temps, sans ouvrir la cavité buccale et à s'attaquer à celle-ci, dans un second temps. Ce procédé est basé sur la recherche bilatérale systématique des ganglions et des voies lymphatiques.

Suture latérale de la veine fémorale. — M. RICHE analyse une observation de M. Rebreyend (de Calais) dont voici le résumé : ablation d'un testicule cancéreux, récidive dans la région inguinale sous forme d'une tumeur dure, ulcérée, envahissant les muscles de l'abdomen ; au cours de la dissection de cette tumeur et des ganglions voisins, dissection laborieuse et allant jusqu'aux vaisseaux, déchirure de la veine fémorale, suture latérale; au quatrième jour léger œdème malléolaire puis guérison.

M. le rapporteur regrette que cette intéressante observation présente quelques lacunes, entre autres celle de l'examen histologique de la tumeur du testicule. En présence d'une déchirure de la veine, on pouvait hésiter entre la résection d'un segment étendu de la veine ou la suture latérale. M. Morestin a publié un cas de résection à la suite de laquelle ont apparu des troubles vasculaires inquiétants. Aussi M. Riche préfère-t-il la suture latérale ainsi que l'a fait notre confrère de Calais. Il a eu recours lui-même, dans un cas d'ablation d'un sarcome du creux poplité à la suture latérale de la veine poplitée, sans accidents consécutifs.

Tumeur du cervelet. — M. BONNET rapporte l'intéressante observation d'un forestier qui était atteint de céphalées intenses et de crises épileptiformes précédées de vagues sensations prémonitoires. Bientôt ces troubles s'accompagnent de vertiges, de vomissements, de troubles oculaires aboutissant à une cécité complète, de troubles de la locomotion rendant la marche impossible, de troubles auditifs du côté de l'oreille gauche, etc. L'idée d'un néoplasme dans la région du cervelet était justifiée ; curative ou palliative l'intervention avait son utilité.

Le malade étant placé dans le décubitus ventral, anesthésié par le chloroforme, M. Bonnet fit une incision allant d'une mastoïde à l'autre, mit à nu les fosses cérébelleuses, trouva la dure-mère tendue, mais intacte, l'incisa et arriva sur une tumeur assez considérable qu'il put assez facilement énucléer. Elle occupait la moitié supérieure et interne du lobe cérébelleux gauche. M. Bonnet n'a pas cru devoir explorer le lobe droit.

Le malade a succombé à des phénomènes bulbaires dix-neuf heures après l'opération. A l'autopsie, on a trouvé une petite tumeur du lobe cérébelleux droit et on a constaté que le bulbe était comprimé par la substance cérébrale qui entourait la tumeur enlevée.

Malgré l'insuccès thérapeutique de ce cas, M. Bonnet estime qu'il démontre la facilité relative de l'intervention dans des cas de ce genre.

Ankylose temporo-maxillaire bilatérale. — M. MORESTIN fait un rapport sur un cas d'ankylose bilatérale de la mâchoire observée par un confrère de Constantinople. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait fait une chute sur le menton. Bien qu'il n'y eût pas de signes évidents de fracture, peu à peu la mâchoire s'enraidit et il se fit une ankylose bilatérale complète.

Le chirurgien fit une incision oblique au niveau du conduit auditif et mit à nu l'articulation temporo-maxillaire. Il trouva une sorte de cal osseux qui englobait toute l'articulation ; il fit une résection complète, il réséqua même l'apophyse coronoïde qui adhérait à l'arcade zygomatique. Quatorze jours après, il procéda de même du côté opposé et put alors écarter les deux mâchoires. Le résultat obtenu est très satisfaisant.

Cette malade, dans la suite, à plusieurs reprises, se luxa la mâchoire. Mais elle savait opérer elle-même la réduction. Il n'y a pas une concordance absolue entre les deux arcades dentaires parce que, par suite de l'arrêt de développement, la mâchoire inférieure se trouve un peu en retrait sur la mâchoire supérieure.

Dans cette opération, il n'a pas été fait d'interposition musculaire.

Chirurgie réparatrice. — M. MORESTIN présente deux malades : la première était atteinte d'un épithélioma de la lèvre supérieure et du nez qui avait nécessité un délabrement considérable. M. Morestin a, chez cette malade, reconstitué la lèvre supérieure, en mobilisant ce qui restait de cette lèvre et en empruntant un lambeau à la lèvre inférieure. Il a refait le côté gauche du nez à l'aide d'un lambeau frontal. Le résultat obtenu est très satisfaisant.

L'autre malade est une jeune fille qui avait eu une grande partie de la face brûlée. M. Morestin lui a reconstitué une bouche et une joue très présentables, à l'aide de greffes par la méthode italienne.

Réflexions sur la Tuberculose, par le docteur PETTIDI. Préface du docteur L. FAISANS, médecin de l'Hôtel-Dieu. In-8 de 154 p. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine.

Morphinisme et la morphinomanie et les différentes méthodes de sevrage sans souffrance, par le docteur Oscar JENNINGS, traduit de l'anglais avec une introduction par le docteur Henri MIGNON. In-8 raisin. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES
(SUITE)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de deuxième classe (hors cadres) Sauzeau de Puyberneau.

M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Naudin.

M. le docteur Gourc, dentiste des hôpitaux de Paris.

— Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole.

Au grade d'officier. — M. le docteur Alfred-Edmond Fournier (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Aurégan (de Lannion), Cabannes (de Montpellier), Cousergue, médecin-major ; Ducos (de Masseube), Landrin (de Paris), Petit, médecin-major de deuxième classe ; Porge (de Saint-Nectaire), Teulon (d'Uriage).

LES MÉDECINS ET LA BOURSE DU TRAVAIL. — Le syndicat de médecine sociale avait obtenu récemment de la commission administrative son admission à la Bourse du travail.

Le préfet de la Seine, s'appuyant sur la loi de 1884 et sur les décrets d'organisation de la Bourse, vient d'annuler cette décision.

L'article 3 des statuts du syndicat de médecine sociale, dit, en effet, « que le syndicat est ouvert à tous les médecins faisant de la clientèle et assujettis à la patente ». Les médecins ne peuvent donc, de l'avis du préfet, être assimilés en aucune façon à des ouvriers ou à des employés ; dès lors, la société n'a pas le caractère de syndicat exigé par la loi et les règlements et elle ne peut être admise par la Bourse du travail.

INSPECTEURS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — L'ouverture des concours de 1910 pour une place d'inspecteur et huit places de sous-inspecteur de l'assistance publique est fixée au mercredi 14 décembre 1910.

La commission des concours est composée de M. de Mouy, conseiller d'état, président ; de MM. Félix Voisin, Alcindor, Sauzet, docteur Jules Renault, Mathieu et de la Tailhéde, secrétaire.

Les docteurs en médecine sont admis à concourir pour les places de sous-inspecteur.

Pour tous les détails consulter le *Journal officiel* du 14 octobre, p. 8496 et 8497.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire aura lieu le jeudi 20 octobre 1910, à trois heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarantième semaine, 679 décès, au lieu de 777 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On ne compte qu'un seul décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des cas nouveaux signalés est de 2).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antoine Courjon (de Meyzieu) et de M. le professeur Ernst von Leyden (de Berlin).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. — SEMESTRE D'HIVER 1910-1911. — Les travaux d'anatomie, d'histologie et d'anatomie pathologique commenceront le vendredi 4 novembre, sous la direction de M. le docteur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.

Sont admis à disséquer dans les pavillons : 1° MM. les internes et externes des hôpitaux, à titre gratuit ; 2° MM. les docteurs et étudiants en médecine, français et étrangers, moyennant le versement d'un droit de 50 francs par mois pour les docteurs et de 30 francs pour les étudiants.

Comporte également le versement d'un droit, l'admission dans le laboratoire du directeur.

M. le directeur reçoit le mercredi, de une heure et demie à trois heures, 17, rue du Fer-à-Moulin, à Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DU 24 AU 29 OCTOBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 octobre, à une heure. — 5e (2e partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Déjerine, Legry et Marcel Labbé ; — (2e série) : MM. Gaucher, Macaigne et Lœper ; — M. Zimmern, suppléant.

Mardi 25 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Laënnec* : MM. Pozzi, Marion et Auvray ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Quénu et Morestin ; — M. Carnot, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Chauffard, Rénon et Jeanselme ; — (2e série) : MM. Achard, Gouget et Fernand Bezançon ; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 26 octobre, à une heure. — 1er : MM. Nicolas, Gosset et Branca ; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 27 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Brumpt.

3e (oral, 1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Marion

4e : MM. Pouchet, Chantemesse et Balthazard ; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 28 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, 1re série), *Necker* : MM. Segond, Gosset et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust ; — M. Zimmern, suppléant.

A neuf heures du matin. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Lœper, suppléant.

Samedi 29 octobre, à neuf heures du matin. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie) : MM. Bar, Demelin et Brindeau ; — M. Nicloux, suppléant.

THESES

Mercredi 26 octobre, à une heure. — M. BALLAND. Fréquence des trichocéphales et des oxyures dans le cæcum et l'appendice d'adultes non typhiques morts dans les hôpitaux de Paris. (MM. Blanchard, président ; Déjerine, Sicard et André Jousset.) — M. PERRIN. Des vomissements graves de la grossesse dans leurs rapports avec des lésions du système nerveux. (MM. Déjerine, président ; Blanchard, Sicard e André Jousset.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Débris épithéliaux paradentaires, d'après les travaux de L. MALASSEZ, directeur adjoint des Hautes-Etudes, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de biologie, publié par son élève et ami, le docteur V. GALIPPE, membre de l'Académie de médecine. In-8 de XXVI-270 pages avec 60 figures dans le texte et un portrait hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies, étude historique, clinique et diagnostique. Considérations médico-légales, par le docteur Maurice BRISSOT, ancien interne des asiles de la Seine. In-8 raisin de 256 p., avec 9 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Steinheil.

La Tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses, par L. THÉVENOT, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon. (Bibliothèque de la tuberculose.) In-18 jésus, relié peau pleine, de 425 pages avec 51 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

N° 119. — MARDI 18 OCTOBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 18 OCTOBRE 1910. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

Nous nous ferons un plaisir de l'adresser gracieusement à ceux de nos abonnés qui nous en feront la demande dès maintenant.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Questions données : « Veine cave inférieure. — Causes, signes, évolution et traitement de l'infiltration d'urine d'origine urétrale. »

Questions restées dans l'urne : « Nerf grand hypoglosse depuis son émergence du crâne. — Signes et complications de la phlegmatia alba dolens. » — « L'uretère. Causes, signes et évolution de l'embolie pulmonaire. »

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 15 octobre (matin). — Question donnée : « Parois osseuses de l'orbite. »

MM. Patinet, 7; Mlle Ratuld, 17 1/2; MM. Mélik-Parsadaniantz, 12; Millet, 17 1/2; Mistarlet, 13; Radais, 14; Mégret, 18; Parat, 13 1/2; Peigneaux, 16; Popesco-Pascan, 13 1/2; Mlle Moiroud, 13 1/2; M. Penoyée, 14 1/2; Mlle Roudowski, 14; MM. Wroczynski, 15; Vasselle, 14; Thierry (Henry), 16 1/2; Roullaud, 12.

Séance du 15 octobre (soir). — Question donnée : « Aorte abdominale. »

MM. Valiadès, 12; Renard, 8; Rollot, 14 1/2; Tortat, 14; Vachet, 7; Rousseau (Jean), 7; Taphanel, 16; Mlle Tgrigoriantz, 17.

Prochaine séance, mardi 18 octobre, à huit heures et demie du soir, deuxième moitié, troisième série.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — *Un legs de 100 000 francs.* — Mme veuve Mader, décédée à la suite d'un accident d'automobile, vient de léguer à l'Université de Bordeaux une somme de 100 000 francs, dont les arrérages serviront à distribuer des prix aux étudiants en médecine de l'Université de Bordeaux qui auront soutenu, avant l'âge de vingt-cinq ans, leur thèse avec la mention *très bien.*

Ce legs important a été inspiré par le noble souci de venir en aide aux étudiants studieux de la Faculté de médecine de Bordeaux.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Nodier.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Labadens.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Hervé.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Dupuy et Dufranc.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (*treizième année, 1910*). — Cours de vacances, par le docteur A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, du dimanche 23 au dimanche 30 octobre.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le dimanche 23 octobre, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 24 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

RENSEIGNEMENTS

LES ACCIDENTS
DE LA
SÉROTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE
ET L'ANAPHYLAXIE

Par le docteur Louis RÉNON,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Necker.

La sérothérapie antituberculeuse utilise actuellement des sérums de cheval, de chèvre, de bouc et d'âne, sérums préparés par l'inoculation de produits tuberculeux divers à ces animaux.

Ces sérums inoculés sous la peau des malades ont produit des accidents de divers ordres, les uns identiques à ceux de la sérothérapie antidiphtérique, les autres totalement différents. Les premiers consistent en érythèmes, arthralgies, fièvre; les seconds très particuliers, ont été décrits la première fois par L. Guinard (de Bligny), puis retrouvés par Louis Rénon, Fernand Arloing et Dumarest, et Landis (de Philadelphie). Ces accidents, d'aspect clinique très spécial, débutent de quinze à vingt secondes après l'injection de sérum, quelquefois même au cours de l'injection. Ils consistent, comme l'a montré M. L. Guinard, en phénomènes d'excitation généralisée sur le système des vaso-moteurs et des fibres lisses, avec troubles de la respiration et du muscle cardiaque. Ces accidents, très impressionnants par leur gravité apparente, ne sont pas mortels; ils n'ont pas toujours eu une action fâcheuse sur l'évolution ultérieure de la tuberculose. Ces accidents se sont produits avec tous les sérums, celui de Maragliano, celui de Marmorek, celui de S. Arloing, celui de Lannelongue, Achard et Gaillard, etc; j'en ai noté avec du sérum de cheval neuf simplement chauffé.

Les accidents ne sont pas constants. J'ai vu le sérum de Vallée et celui de Maragliano ne pas les produire dans plusieurs cas, où l'état des malades s'était sensiblement amélioré. La date d'apparition est variable. La plupart apparaissent immédiatement dès l'injection; d'autres ne se montrent qu'une heure ou deux après; ils sont exceptionnels après la première injection, et n'apparaissent généralement, comme dans les cas de M. L. Guinard qu'après la onzième, la seizième, la vingt-neuvième injection, etc., sans aucun déterminisme particulier.

La discussion de la pathogénie de ces accidents est intéressante, car elle a une grande importance en pratique médicale, pour l'avenir de la sérothérapie des maladies chroniques.

Dans un sérum antituberculeux, comme dans tout sérum, il existe deux produits différents, inséparables à l'heure actuelle, mais que l'analyse chimique permettra peut-être un jour de dissocier complètement, une antitoxine, et le sérum qui lui sert de véhicule, comme dans une potion, le sirop ou le julep est le vecteur de la substance médicamenteuse. Les accidents sont-ils dus à l'antitoxine, au sérum, aux deux à la fois, ou même simplement au malade lui-même? C'est ce qu'il convient d'examiner.

Les accidents ne paraissent pas dus à une tuberculine contenue dans les sérums antituberculeux, bien que, dans l'anaphylaxie par la tuberculine, on puisse observer une violente réaction cutanée. L'anaphylaxie tuberculinique se traduit souvent, en plus de la réaction thermique, par une réaction pulmonaire intense, notée rarement dans les accidents sérothérapiques. Mais les sérums peuvent contenir plus d'antituberculine que de tuberculine, et même d'autres anticorps; comme l'a dit Küss, selon la période d'immunisation de l'animal, selon la nature des anticorps formés, selon la période des phénomènes réactionnels, le sérum peut être plus ou moins nocif; le sérum d'une saignée faite d'une manière plus précoce que d'habitude peut donner lieu à des accidents sériques chez tous les malades injectés avec le sérum de cette saignée. Les effets nocifs suraigus de la sérothérapie antituberculeuse peuvent aussi trouver une explication dans les « lysines » de Nicolle, « mauvais anticorps », dont la présence produit un empoisonnement presque fatal et parfois foudroyant. Cet empoisonnement explosif et foudroyant signalé par Nicolle ressemble à celui des malades atteints d'accidents dans la sérothérapie antituberculeuse, où le drame commence, l'injection étant à peine terminée et l'aiguille encore en place.

Les accidents de la sérothérapie antituberculeuse peuvent tenir au sérum lui-même, à l'anaphylaxie sérique, lorsqu'ils se produisent d'une façon progressivement croissante après chaque injection. Dans plusieurs de ces cas, j'ai observé la présence de précipitines, tout comme le professeur Marfan et ses élèves l'ont notée dans les accidents de la sérothérapie antidiphtérique. Fait curieux, les précipitines se sont produites à la suite d'une injection de sérum de cheval chez un malade traité par le sérum d'âne; le sérum de cheval et le sérum d'âne ont semblé agir dans ce cas, comme des sérums d'espèces presque similaires, dans une sorte de spécificité de groupe. Cette anaphylaxie sérique, dans la sérothérapie antituberculeuse, ressemble à l'anaphylaxie sérique antidiphtérique. Elle est, selon l'expression récente du professeur Richet, « une fonction de défense pour maintenir intacte et homologue la constitution chimique de chaque espèce animale ».

Les accidents peuvent donc tenir aux antitoxines tuberculeuses de certains sérums, et aussi à l'anaphylaxie sérique normale quand on se met, par un intervalle de temps trop grand entre chaque injection, dans les conditions où elle peut s'exercer. Ils peuvent tenir aussi pour une part à l'état des malades traités. Il s'agit de tuberculeux, c'est-à-dire de malades déprimés par une maladie souvent longue, et il est de notion classique que ces malades supportent mal d'autres sérums, notamment le sérum antidiphtérique, comme l'a montré Louis Martin.

Existe-t-il un moyen pratique de prévenir les accidents de la sérothérapie antituberculeuse?

L'emploi du chlorure de calcium, le chauffage du sérum, l'usage des sérums vieux et de notables quantités de sérum ne mettent pas toujours à l'abri des accidents. La vaccination antianaphylactique préconisée par Besredka, le mélange extemporané du

sérum à injecter avec une faible quantité d'acide chlorhydrique indiqué récemment par Carnot et Slavu, ne sont pas encore entrés dans la pratique courante. Jusqu'à la confirmation de la valeur clinique de ces intéressants procédés, il est préférable de donner les sérums antituberculeux en lavements plutôt qu'en injections sous-cutanées, selon la méthode signalée par Marmorek dans l'application de son sérum (1).

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Paris, 13-15 octobre 1910.)

Le XIe Congrès français de médecine vient de tenir ses assises à Paris. Après un magistral discours de M. le professeur Landouzy, président, les congressistes ont étudié, dans les journées des 13, 14 et 15 octobre, un grand nombre de questions que l'on peut, arbitrairement, répartir en un des groupes suivants.

PREMIÈRE QUESTION. — DES BRADYCARDIES.

Premier rapport. — MM. Vaquez et Esmein. Longtemps, on a admis l'origine nerveuse de toutes les bradycardies. Aujourd'hui, on en rattache un grand nombre à une lésion cardiaque. Cette théorie se fonde sur trois ordres d'arguments : anatomique, physiologique, clinique.

Les recherches anatomiques de His jeune ont en effet établi l'existence d'un faisceau musculaire, reliant l'oreillette au ventricule (*faisceau de His*).

Les études physiologiques de Gaskell, Engelmann, Hering, etc., ont prouvé que les incitations motrices nées au niveau des sinus reuniens se propagent d'abord aux oreillettes, puis, par l'intermédiaire du faisceau de His, au ventricule. Un obstacle situé sur ce faisceau empêchera donc la contraction de suivre son cours normal; il produira d'abord un retard de la contraction du ventricule sur l'oreillette, puis l'indépendance absolue des battements auriculaires et ventriculaires (*Herzblock*, blocage du cœur).

Enfin, la méthode anatomo-clinique montre que, dans les cas de bradycardie permanente correspondant à ce qu'on est convenu d'appeler le *pouls lent permanent*, les lésions ne frappent que le cœur, et encore, dans cet organe, se localisent-elles à la partie de la région septale qui contient le faisceau de His.

L'existence d'une bradycardie spéciale, liée à l'altération du faisceau de His, est donc définitivement établie. S'ensuit-il que toutes les bradycardies reconnaissent la même cause? Assurément non. A côté des *bradycardies d'origine intra-musculaire*, il faut décrire des *bradycardies liées à un trouble de la fonction du vague*, dont l'expérimentation a démontré la réalité, et que caractérisent les trois éléments suivants : variabilité des régions du cœur qu'elle affecte; courte durée; passage instantané du rythme normal au rythme pathologique, et peut-être même des *bradycardies toxiques*.

La *bradycardie de cause intra-cardiaque* est aujourd'hui bien connue. Elle évolue en deux phases : une première, où les périodes de ralentissement sont entrecoupées de périodes normales; une seconde, où la bradycardie est devenue permanente. Au cours de la première, surviennent des syncopes, parfois mortelles. Au sphygmographe, on constate l'allongement de l'intervalle *a c*, qui correspond à l'espace de temps séparant la contraction auriculaire de la contraction ventriculaire, et, plus tard, l'indépendance absolue de l'une et de l'autre. Anatomiquement, il s'agit souvent de néo-productions syphilitiques. Le siège des lésions importe d'ailleurs plus que leur nature. Pour qu'elles déterminent la bradycardie, il suffit, en effet, qu'elles intéressent le faisceau de His. Parfois la bradycardie est précédée par une phase où l'on note surtout des crises de tachycardie et d'extra-systoles. On peut alors supposer que les lésions, avant de régresser, ont passé par une phase inflammatoire, et provoqué, à ce moment, une excitabilité anormale du faisceau.

Quant aux *bradycardies nerveuses*, elles comprennent diverses variétés, dont la principale est peut-être la bradycardie expiratoire. Cette bradycardie est due (Fredericq) à une excitation des nerfs périphériques provoquée par les mouvements de la paroi thoracique, conduite jusqu'au noyau du vague, et, de là, réfléchie sur le cœur par les fibres du même nerf. Le ralentissement, dans ce cas, affecte le cœur dans son entier : se traduisant par une modification de l'activité sinusale, il mérite le nom d'*arythmie sinusale* (Mackenzie). Cette variété de bradycardie doit être bien connue du clinicien, car, trop souvent, elle est rattachée à une lésion nerveuse ou cardiaque.

A côté de cette bradycardie physiologique, il faudrait citer les bradycardies pathologiques, dues à une altération portant soit sur le bulbe, soit sur le pneumogastrique. L'existence des premières n'est pas encore démontrée. Quant aux secondes, on en connaît au moins deux cas, dus, l'un à Lasslett, l'autre à Esmein.

Les bradycardies toxiques sont surtout causées par la digitale, les sels biliaires et les poisons urémiques. Pour la digitale, il s'agit plutôt de bradysphygmie, ce phénomène correspondant, non à un espacement des battements cardiaques, mais au fait que l'un d'eux ne se manifeste pas à la radiale. La bradycardie ictérique doit, elle aussi, jusqu'à plus ample informé, être tenue (Bard) pour une bradysphygmie liée à des phénomènes extra-systoliques et à un bigéminisme qui ne se manifeste pas à la radiale. Quant à la bradycardie urémique, son existence n'est pas encore démontrée.

Comment peut-on arriver à isoler la bradycardie des arythmies qui peuvent la simuler? A la palpation de l'artère et à l'auscultation du cœur, insuffisantes, il faudra, désormais, ajouter la méthode graphique,

(1) Depuis dix-huit mois, j'ai utilisé le sérum de Marmorek en lavements dans beaucoup de cas de tuberculose pulmonaire. Si dans les cas chroniques l'action reste très discutable, dans les cas aigus j'ai observé parfois des améliorations sérieuses qui paraissaient nettement attribuables au sérum.

qui, seule, permet d'éliminer les cas de bradysphygmie où des manifestations extra-systoliques, caractérisées par une contraction surajoutée au moment de la diastole, ne s'inscrivent pas sur le tracé radial et s'accompagnent d'une pause compensatrice suffisamment prolongée pour donner l'illusion d'une véritable bradycardie.

L'existence de la bradycardie étant reconnue, peut-on savoir si elle dépend d'une cause intra ou extra-cardiaque? Deux cas sont à considérer. La bradycardie est-elle permanente, il ne peut s'agir que d'un trouble intra-cardiaque. Mais a-t-on affaire alors à une bradycardie musculaire ou à une bradycardie par extra-systole? Pour résoudre la question, il suffit de recourir à l'épreuve de l'atropine qui consiste à injecter au malade 2 milligrammes de cet alcaloïde. L'atropine, paralysant le nerf vague, provoque, chez les sujets normaux, une tachycardie notable. Il en est de même pour ceux chez lesquels la bradycardie est liée à la production d'extra-systoles; lorsqu'elle est liée à une lésion localisée au faisceau de His, l'atropine ne provoque au contraire qu'une accélération du rythme auriculaire, le rythme ventriculaire restant invariable. Les tracés et les inscriptions faites, à l'aide, soit de l'électrocardiogramme, soit de l'ampoule œsophagienne, mettront en lumière, dans ce dernier cas, la dissociation des battements de l'oreillette et de ceux des ventricules.

Deuxième hypothèse : la bradycardie est paroxystique. Il y aura alors à distinguer : la bradycardie expiratoire, qui est rythmée; la bradycardie liée à un trouble de la conductibilité dans sa phase initiale, caractérisée par un retard de la contraction ventriculaire sur la contraction auriculaire (allongement, sur les tracés jugulaires, de l'espace *ac*); la bradycardie nerveuse, où les phases de bradycardie sont séparées par des périodes de rythme parfaitement normal, où les tracés n'indiquent aucune modification de l'espace *ac* et où la bradycardie, habituellement modérée, disparaît sous l'influence des causes accélératrices habituelles : station debout, course, fièvre, épreuve de l'atropine.

M. Mackenzie a décrit, sous le nom de *brachycardie nodale*, une forme de ralentissement du cœur, cliniquement identique au ralentissement par lésion intra-cardiaque, mais qui s'en distingue, graphiquement, par la disparition complète des contractions auriculaires. Ce phénomène indiquerait que les systoles des oreillettes sont devenues synchrones à celle des ventricules, et serait dû lui-même à ce qu'une partie du faisceau de His, située à égale distance de l'oreillette et des ventricules, et appelée, pour cette raison, nœud de Tawara, est brusquement devenue hyperexcitable et s'est substituée à l'oreillette pour diriger le rythme du cœur.

Si les faits signalés par Mackenzie sont indiscutables, leur interprétation peut être contestée. Le rythme nodal semble dû plutôt à une déchéance de l'activité auriculaire à laquelle vient alors suppléer l'hyperexcitabilité du nœud de Tawara. Son apparition comporte donc un pronostic des plus sévères.

Les idées que nous venons d'exposer permettent de se rendre compte des troubles nerveux que l'on observe dans le pouls lent permanent. Ils sont *purement et simplement fonction de la brachycardie*, et il n'est pas de ralentissement du cœur qui ne puisse les provoquer, quelle que soit sa cause, pourvu qu'il soit porté à un degré suffisant. Suivant que la brachycardie est modérée, moyenne ou intense, surviendront des vertiges, des crises syncopales ou des accidents convulsifs, mais tous reconnaissent la même cause : l'ischémie cérébrale occasionnée par la suspension momentanée de l'activité ventriculaire. S'ils disparaissent souvent aux périodes avancées de la maladie, c'est parce qu'alors, la dissociation auriculo-ventriculaire totale s'étant effectuée, et le ventricule étant devenu maître de son rythme, la circulation cérébrale s'est pour ainsi adaptée au trouble permanent, mais régulier, de la contraction ventriculaire.

Deuxième rapport. — M. Gallavardin (de Lyon). Pour étudier la bradycardie, la palpation du pouls et l'examen du cœur ne suffisent pas; il faut leur adjoindre l'enregistrement graphique du pouls veineux, du pouls œsophagien, la radioscopie et surtout la prise d'électrocardiogrammes; on doit aussi envisager les modifications que subit la brachycardie sous l'influence de la compression du vague et de l'épreuve de l'atropine; les symptômes dépendant de la brachycardie et ceux qui lui sont associés; enfin il est indispensable, en cas de terminaison fatale, de procéder à l'examen anatomique du cœur et, particulièrement du faisceau de His.

En appliquant ces diverses méthodes d'étude, on arrive à distinguer les variétés suivantes de bradycardies.

Ce qui caractérise les *pseudo-bradycardies*, c'est l'existence de *systoles ventriculaires frustes* dont les signes artériels font défaut. Ces systoles sont le plus souvent des contractions extra-systoliques. Lorsqu'elles suivent chaque systole normale, sans donner naissance à une onde artérielle, on a affaire à la *pseudo-bradycardie par rythme couplé*, surtout fréquente chez les névropathes, les anémiques, et chez les sujets intoxiqués par la digitale.

Les *bradycardies ventriculaires* intéressent uniquement les ventricules, les oreillettes continuant à battre suivant leur rythme normal. Elles sont donc le fait d'une dissociation auriculo-ventriculaire, due elle-même à un trouble de conductibilité du faisceau de His. Cette dissociation est-elle incomplète, il n'y a que blocage partiel de la contraction auriculaire, toutes les contractions de l'oreillette ne donnant pas naissance à une systole ventriculaire. Est-elle complète, aucune contraction auriculaire ne se transmet plus aux ventricules, et ceux-ci se mettent à battre d'un rythme qui leur est propre. Il y a, dès lors, deux cœurs dans la poitrine; un cœur supérieur, représenté par les oreillettes, dont les connexions sont restées normales, et un cœur inférieur, ventriculaire, livré à ses propres forces. Les contractions ventriculaires ne se modifient plus sous l'influence de la fièvre, de l'effort, de l'atropine. Ces deux types de bradycardie ventriculaire peuvent être aisément

reproduits par l'expérimentation. Suivant, en effet, qu'on comprime ou qu'on sectionne complètement le faisceau de His, on a un *herzblock* partiel ou total. L'excitation du pneumogastrique détermine le blocage partiel, sa section, le blocage total du cœur. Les substances toxiques agissent d'une façon analogue.

Les *bradycardies totales* portent sur toutes les cavités du cœur, qu'elles soient dues à un ralentissement du stimulus normal (*bradycardies totales vraies*), à un défaut de transmission de ce stimulus à l'oreillette (*bradycardies par block sino-auriculaire*), ou à une excitation du nœud de Tawara (*bradycardies nodales*).

Les *bradycardies unilatérales* seraient dues au défaut de fonctionnement d'une moitié du cœur et donneraient lieu à l'hémisystolie. Leur existence est encore discutée.

Cliniquement, il y a bradycardie toutes les fois que le cœur, considéré dans son ensemble ou dans ses ventricules, bat moins souvent qu'il ne devrait le faire. Il y a lieu de distinguer : 1° des *bradycardies physiologiques*, qui constituent un groupe peu homogène; 2° des *bradycardies respiratoires*, dont la plus importante est le ralentissement expiratoire du pouls; 3° des *bradycardies nerveuses*, liées, suivant les cas, à des lésions organiques centrales, à des lésions du vague, à des névroses ou à des psychoses, ou encore à un trouble réflexe; 4° des *bradycardies chez les anémiques*, *les surmenés*, *les cachectiques*; 5° des *bradycardies liées aux intoxications exo ou endogènes;* 6° des *bradycardies liées à l'ictère*, où l'épreuve de l'atropine est presque toujours négative; 7° des *bradycardies au cours des cardiopathies*, dont le domaine semble devoir s'étendre de plus en plus; 8° des *bradycardies post-infectieuses*, qui, comme les précédentes, se divisent en trois classes : bradycardies totales, bradycardies par rythme couplé, bradycardies ventriculaires; 9° le *syndrome de Stokes-Adams*, qui peut être dû, suivant les cas, à une lésion cardiaque, à une lésion du pneumogastrique ou à une altération centrale.

Le syndrome de Stokes-Adams cardiaque est constitué par les trois termes suivants : une lésion du faisceau de His; une bradycardie en rapport avec cette lésion; des épisodes d'insuffisance ventriculaire conditionnant des accidents nerveux. Cette insuffisance ventriculaire est elle-même conditionnée tantôt, et le plus souvent, par une pause ventriculaire totale, tantôt par un ralentissement ventriculaire extrême, tantôt enfin par des extrasystoles inefficaces. L'évolution des lésions explique l'évolution de la maladie en deux phases : une première de bradycardie paroxystique avec attaques syncopales fréquentes, une seconde, de bradycardie permanente, où les attaques s'espacent et peuvent même disparaître.

Le syndrome de Stokes-Adams pneumogastrique, très rare, se caractériserait par une bradycardie passagère et non irréductible. Quant au syndrome de Stokes-Adams central, son existence n'est pas encore démontrée. C'est aux recherches de l'avenir qu'il appartiendra de montrer si, en face du bloc imposant et solide du Stokes-Adams cardiaque, il y a lieu d'édifier celui du Stokes-Adams nerveux.

Communications diverses. — *Traitement du pouls lent.*— M. Henrijean (de Liége). La digitale, à petites doses répétées, peut atténuer la bradycardie et faire disparaître les accidents nerveux qu'elle tient sous sa dépendance: syncopes, crises convulsives.

Recherches sur le mécanisme de la bradycardie ictérique.— M. J. Parisot (de Nancy). Divers faits cliniques et expérimentaux montrent que la bradycardie ictérique n'est pas produite nécessairement par l'intermédiaire des pneumogastriques, mais qu'elle est due surtout à une intoxication d'origine centrale portant sur le cœur lui-même.

Bradycardie dans les oreillons. — MM. Teissier et Schaeffer ont étudié de façon comparative dans 129 cas d'oreillons, les réactions méningées de la bradycardie. Les rapports entre les deux manifestations ne paraissent répondre à aucune règle fixe. Durable, mais modérée, la bradycardie se manifeste surtout dans les périodes d'apyrexie, elle offre les caractères de la bradycardie vraie et totale.

Syndrome de Stokes-Adams survenu comme complication terminale d'une aortite subaiguë. — MM. H. Claude et Verdun. Un malade, âgé de trente-sept ans, présentait depuis huit jours des douleurs à type angineux, on constatait une double lésion aortique, reliquat d'une infection rhumastimale et peut-être aussi pneumococcique datant de l'adolescence. Il se trouvait déjà quelque peu amélioré par le traitement hypotenseur quand survint une bradycardie accentuée non réductible avec dissociation des battements. Deux jours après, survenaient des crises syncopales avec crises épileptiformes rapidement mortelles.

A l'autopsie, les coupes sériées du faisceau de His montrèrent des lésions d'infiltration embryonnaire diffuse avec sclérose et dégénérescence fibrocalcaire de plusieurs points du faisceau et de ses deux branches. Les artères de la région étaient presque complètemeut oblitérées par l'athérome. Le pneumogastrique et le bulbe étaient intacts.

Le syndrome de Stokes-Adams paraît ici en rapport avec les altérations du faisceau de His atteint par un processus inflammatoire chronique propagé de la région sigmoïdienne. Peut-être faut-il attribuer à des troubles ultimes de la circulation locale dans le faisceau de His le déclanchement subit des accidents observés : bradycardie et angine de poitrine pourraient donc, dans certains cas, relever l'une et l'autre d'une insuffisance coronaire.

(*A suivre.*)

IIe CONFÉRENCE INTERNATIONALE

POUR

L'ÉTUDE DU CANCER

Tenue à Paris du 1er au 5 octobre 1910 (1).

M. le docteur Weinberg (de l'Institut Pasteur) a examiné l'aide qu'apportent à la clinique les procédés de laboratoire, pour le diagnostic du cancer, par l'étude du sang. Tout d'abord il n'existe pas d'altérations spécifiques des éléments figurés du sang dans le cancer, et la diminution de la résistance des érythrocytes aux sérums normaux est encore plus fréquente dans la tuberculose. La leucocytose peut être absente. Il n'existe pas non plus à l'heure actuelle de méthode pouvant déceler des anticorps spécifiques dans le sérum des cancéreux.

Lorsque l'index isolytique est élevé et que le sérum d'un sujet suspect de cancer dissocie la majorité des échantillons de globules rouges éprouvés, cet index acquiert une véritable importance. Il en est de même de l'index antitryptique, car la somme de substances antitryptiques du sérum est manifestement augmentée dans les deux tiers des cas de cancer étudiés.

Un sérum cancéreux, mis au contact d'un antigène pendant une heure à 52 degrés, présente un abaissement indéniable de la tension superficielle. Fait important s'il est établi que le phénomène est rare avec les sérums non cancéreux.

Partant de ce point de vue que le cancer n'est curable à l'heure actuelle que par une intervention chirurgicale, que celle-ci doit être aussi précoce que possible, et qu'un petit nombre seulement de malades subissent à temps l'opération, le professeur Winter (de Königsberg) propose dans son rapport d'instituer un *enseignement professionnel complémentaire du médecin* et de faire l'*éducation du public.*

En dehors des médecins, dit le rapporteur, les sages-femmes peuvent rendre des services considérables dans la lutte contre le cancer, et il faut leur donner sur ce point une instruction très sérieuse et toute spéciale.

Mais c'est surtout par l'éducation du public qu'on atteindra le but visé, et il faut l'habituer à consulter des conseillers sérieux dès l'apparition de symptômes même légers. Il faut d'ailleurs le pénétrer de cette idée que la guérison du cancer est possible, et que de nos jours l'opération est le seul moyen d'obtenir cette guérison. Il faut également le mettre en garde contre les conseillers inexperts. L'Etat et les sociétés ayant pour but la lutte contre le cancer, doivent entreprendre par divers moyens, articles, conférences, fiches, etc., cette éducation indispensable du public.

M. Monod (de Paris) déclare dans son rapport sur la même question, que l'utilité d'un enseignement complémentaire des médecins ne lui paraît pas démontrée. Il suffit que le praticien soit pénétré de la conviction qu'il faut faire un examen complet de chaque malade, et qu'on doit prendre au sérieux toute manifestation chronique locale, surtout dans la seconde moitié de la vie. Pour le médecin la crainte du cancer est le commencement de la sagesse. Quant au public, il faut apporter beaucoup de prudence dans son éducation, et se borner à quelques notions très simples. Il doit savoir, et cela suffit, que le cancer est curable, que c'est au début une lésion locale qui peut être complètement enlevée, mais que la marge du temps favorable est très restreinte, qu'il faut se méfier des affections minuscules qui traînent, et ne pas attendre le symptôme douleur pour consulter le médecin. Enfin il faut enseigner que le cancer n'est pas héréditaire.

Ces notions fondamentales pourraient faire partie du programme de l'enseignement secondaire, et être propagées par les conférences, les brochures, la grande presse.

M. Poziawecki signale les grands services rendus à Saint-Pétersbourg par des ambulances ouvertes destinées au traitement des cancéreux, et à chacune desquelles est annexé un laboratoire d'histologie.

Dans son rapport sur l'*Immunité*, le professeur von Dungern expose que l'expérimentation prouve la possibilité d'immuniser des animaux contre les tumeurs malignes, mais que les résultats ont été très différents selon la provenance des tumeurs et la méthode d'immunisation. Il est également possible d'immuniser contre des tumeurs en employant du tissu normal, et la spécificité des espèces et des tissus apparaît avec netteté. Mais il importe absolument de n'employer que du tissu vivant.

Il ressort des expériences, que les cellules des tumeurs sont détruites par les anticorps du sérum sanguin ou par une réaction cellulaire, ou encore par les deux causes agissant simultanément. Quant aux réactions anaphylactiques locales, elles peuvent exister ou être absentes.

Existe-t-il une immunité contre des tumeurs provenant du même individu? La question n'est pas encore résolue, et certaines expériences tendraient à faire admettre la négative. Cette immunité doit cependant être théoriquement admise comme possible, et en thérapeutique humaine l'immunisation active doit être tentée.

La question du *parasitisme des tumeurs* a été étudiée par M. Borrel (de l'Institut Pasteur), dans un rapport richement documenté.

Abordant l'histoire de la transplantation des tumeurs cancéreuses, M. Borrel montre qu'elles peuvent être indéfiniment transplantées lorsqu'on introduit des fragments de tumeur sous la peau d'animaux de même espèce, de même variété, vivant dans des conditions aussi identiques que possible. Par contre, les tumeurs de type bénin, même lorsqu'elles ont acquis chez le porteur initial un énorme développement, demeurent stériles à la transplantation, si soigneusement que soit faite celle-ci. Ces tumeurs bénignes se résorbent suivant le même processus que les tissus purement embryonnaires, tandis que les tissus cancéreux portent avec eux le pouvoir de croître indéfiniment. Cette pérennité de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 116, p. 1580.

la cellule cancéreuse est la notion qui permet de définir le processus cancéreux et les tumeurs malignes. Le cancer expérimental, obtenu par greffe et qui a été surtout étudié dans les laboratoires, ne constitue que le second acte dans le développement d'une tumeur cancéreuse, c'est la multiplication de la cellule cancéreuse. Mais quand la tumeur évolue spontanément, cette multiplication est constamment précédée de la transformation de cellules jusque-là normales en cellules cancéreuses, et c'est sur ce premier acte que doivent porter nos investigations.

Un premier point à considérer dans une tumeur en voie de formation, c'est que la zone d'envahissement en surface est masquée par la transformation périphérique progressive des cellules; car cet envahissement se fait non pas par multiplication cellulaire déplaçant les cellules voisines, mais par transformation de ces cellules voisines qui deviennent cancéreuses. Sous ce rapport, la lésion cancéreuse ne se conduit pas autrement dans sa progression envahissante, que les processus infectieux que nous connaissons déjà.

Les observations cliniques ou statistiques suivantes parlent dans le même sens : fréquence du cancer dans certaines régions, sa rareté ou son absence dans certains pays, la localisation de certaines formes. Ce sont là des arguments sérieux en faveur d'une cause extrinsèque à l'organisme.

Du même ordre sont les observations faites avec les élevages de souris. Il a semblé à M. Borrel que ces animaux, placés dans des bocaux de verre relativement propres présentaient peu de cancer, tandis que dans des cages en bois, intentionnellement mal tenues, la proportion augmentait certainement d'année en année. De même, à certaines périodes de l'année, avril-mai, septembre-octobre, les tumeurs semblent être plus fréquentes.

Chez les souris, dans les kystes simples ou au pourtour de ces kystes, dans le tissu cellulaire ou glandulaire ambiant, le rapporteur a presque toujours trouvé des helminthes. Dans les cas d'adénocarcinome au début, il a aussi trouvé plusieurs fois un nématode au voisinage de la tumeur. Dans un cas, il a constaté le sillon formé par le parasite sorti de la tumeur, en exode vers la surface cutanée, et l'helminthe encore présent à l'extrémité du sillon.

Ces faits sont éminemment suggestifs dans l'hypothèse d'un nématode pouvant donner ou de simples kystes ou un vrai cancer, suivant le point où il se loge, et suivant l'infection qu'il porte avec lui. Au point où nous en sommes, il serait séduisant d'admettre que ces nématodes transportés par un insecte piqueur, puce ou punaise par exemple, sont les supports de l'infection cancéreuse et peuvent être convoyeurs de quelque virus ou de virus variés. Mais tout cela n'est encore qu'hypothèse.

On peut être plus affirmatif au sujet de la présence du cysticerque du tænia crassicala dans le sarcome du foie chez le rat. Evidemment il y a, chez le rat, beaucoup de cas d'helminthiase, beaucoup de cysticerques présents dans le foie ou les autres organes qui ne provoquent pas la formation de sarcomes ; pour M. Borrel cela est une preuve de plus en faveur de l'hypothèse de quelque virus apporté dans l'intimité des tissus par des cysticerques déterminés et non par tous.

Les endo-parasites, les helminthes, ne sont pas les seuls porte-virus capables de déterminer la localisation d'une affection cancéreuse; il y aussi les ecto-parasites, les acariens, et cette hypothèse est confirmée par l'étude du cancer de la face chez l'homme. Dans l'épithéliomatose on voit l'ensemencement du cancer se faire en différents points de la face comme autant de foyers de réinoculation, et, dans tous les cas, des acariens nombreux ont pu être mis en évidence dans les follicules pileux en voie de transformation ou dans les glandes sébacées correspondant au poil atteint.

Plusieurs fois M. Borrel a eu la chance de rencontrer, dans un cancer initial de la face, des parasites ayant pénétré par effraction dans le tissu sous-épidermique, et là ayant donné naissance à une réaction mésodermique à cellules géantes, une sorte de véritable granulome. Ici, la cause du granulome et probablement aussi le *primum movens* du développement du cancer était visible et parfaitement reconnaissable.

Le cancer de la face se développe surtout chez les personnes des classes inférieures de la société qui ne se lavent que peu ou pas du tout, aux points d'élection du Demodex, et à un âge où le tissu épidermique relâché laisse béants les orifices des follicules ou des verrues séborrhéiques : c'est l'âge de la « crasse » des vieillards.

Les Demodex jouent certainement un rôle important dans l'étiologie des cancers du poil.

En résumé, M. Borrel soutient la théorie du cancer non inoculable directement, mais inoculable à la faveur de causes adjuvantes qui peuvent être très variées. L'action des rayons X, la transformation des radio-dermites en cancers épithéliaux vrais est maintenant bien connue.

Il existe à l'état normal, au niveau de la couche basale de l'épiderme, ou bien au niveau de la base des poils, des cellules du type pigmentaire. Elles sont mises en mouvement par les irritations chroniques, les épanchements sanguins, les corps étrangers, les rayons X, les brûlures, les parasites. Il pourrait bien se faire qu'elles jouent un rôle comme cellules réceptrices de l'infection cancéreuse. Ce rôle est certain dans les cancers mélaniques, puisque ce sont ces cellules elles-mêmes qui constituent la tumeur.

Jusqu'ici le virus cancéreux ou les virus cancéreux, soit au point de vue de l'inoculation, soit au point de vue morphologique, restent une hypothèse séduisante.

Les relations si discutées entre *traumatismes et cancers* ont été l'objet d'un rapport de M. L. Bérard (de Lyon). Pour admettre, a-t-il dit, l'influence du traumatisme sur le développement des néoplasmes, nous n'avons que des probabilités fournies par la seule observation clinique.

Fréquemment un traumatisme ne fait que révéler l'existence d'une tumeur encore ignorée du malade, et pourtant il paraît indéniable que chez des indi-

vidus prédisposés, soumis à l'hérédité, et placés dans des conditions qui échappent encore à nos procédés d'analyse, le traumatisme détermine l'apparition des tumeurs ou en favorise le développement.

On a dans cet ordre d'idées noté l'influence d'un traumatisme unique, d'une contusion un peu forte, sur des tissus sains en apparence, et en particulier pour les sarcomes des parties molles et des os, pour les tumeurs du rachis et de l'encéphale.

Les mêmes traumatismes, les irritations répétées et prolongées agissant sur du tissu sain, ou mieux encore sur des régions déjà ulcérées ou chroniquement infectées, semblent surtout provoquer l'apparition des épithéliomes cutanés ou muqueux ectodermiques et endodermiques.

Beaucoup de médecins et chirurgiens experts ont admis devant les tribunaux l'action d'un choc unique, ne s'accompagnant même pas de contusion grave des plans sus-jacents, comme responsable de cancers viscéraux profonds.

Quant au délai qui s'écoule entre le traumatisme et l'apparition de la tumeur, il est difficile de l'établir, et c'est arbitrairement qu'on l'a fixé de quelques semaines à trois ans.

On admet que chez certains sujets un traumatisme grave peut favoriser le développement ou hâter l'évolution d'un cancer déjà existant, même dans une région autre que celle traumatisée.

Chez les cancéreux, un traumatisme même grave, fracture par exemple, qui atteint une région saine distante de la tumeur, provoque rarement en ce point l'apparition d'un noyau secondaire métastatique. Si le traumatisme, qu'il soit accidentel ou chirurgical, atteint l'organe cancéreux, l'évolution de la tumeur en est généralement activée, quant à son développement local et à distance.

Les mêmes traumatismes, les irritations répétées au niveau d'une tumeur bénigne peuvent provoquer en elle l'évolution du cancer; au niveau des tumeurs primitivement malignes, ces mêmes agents hâtent généralement l'évolution. On a constaté cependant que des cancers vérifiés au microscope avaient rétrocédé et même guéri après des ablations incomplètes, des contusions, des irritations aiguës ou chroniques, après l'exposition limitée de la tumeur aux rayons X et à l'action du radium.

C'est le professeur Petit (d'Alfort) qui était chargé du rapport sur la pathogénie comparée du cancer. Il a exposé comment le cancer des animaux domestiques est identique à celui de l'homme, tant au point de vue de sa pathogénie que de son évolution ou de ses caractères macroscopiques.

On l'observe surtout chez les carnivores, mais on peut le rencontrer aussi chez les herbivores, les rongeurs et même les oiseaux, c'est-à-dire avec des modalités diverses, dans toute la série des vertébrés.

Le cancer, fréquent chez les animaux, comprend les diverses catégories de tumeurs malignes observées chez l'homme, avec quelques variantes, à savoir épithéliomes, sarcomes, sarco-épithéliomes, chondromes, lymphadénomes.

La vie des animaux étant brève, on ne peut pas établir aussi facilement que pour l'homme l'influence de l'âge et celle, moins nette, du sexe; on constate cependant chez eux également que le cancer est plus fréquent dans la seconde moitié de la vie.

La pathologie comparée n'apporte d'ailleurs aucun fait bien observé à l'appui de l'hérédité et de la contagiosité du cancer.

Chez les animaux comme chez l'homme, et peut-être plus fréquemment chez eux, on constate des états précancéreux. Ils sont représentés notamment par l'inflammation chronique, les lésions parasitaires, larves d'œstres, acariens, cysticerques, et les adénomes, corps thyroïde, mamelle, foie, muqueuses, etc.

Les données fournies par la pathologie humaine et la pathologie comparée concordent d'ailleurs exactement quant à l'origine et au siège primitif des tumeurs malignes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1910)

Sur le pouvoir microbicide des macérations de levure et des macérations de céréales. — MM. A. Fernbach et E. Vulquin.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1910)

Inversion du réflexe du radius. — M. Babinski. A l'état normal, la percussion de l'extrémité inférieure du radius provoque ordinairement une simple flexion de l'avant-bras sur le bras.

Quand les réflexes tendineux du membre supérieur sont forts, d'autres mouvements, en particulier la flexion des doigts, peuvent accompagner la flexion de l'avant-bras. C'est ce qui a lieu aussi généralement dans l'hémiplégie d'origine cérébrale.

Mais chez l'individu sain, on ne voit jamais, sous l'influence du choc radial, les doigts seuls se fléchir.

Or, cette sorte de transposition du mouvement réflexe normal habituel, que l'auteur propose de dénommer « l'inversion du réflexe du radius », peut se produire dans certaines circonstances pathologiques.

Il l'a constatée chez des malades atteints de lésions de la moelle cervicale (syringomyélie, tumeur), et jusqu'à présent il ne l'a jamais vue dans des affections autrement situées.

M. Babinski n'a pas eu l'occasion de pratiquer d'autopsies dans des cas de ce genre. Il ne lui est donc permis que de faire des hypothèses sur la disposition des altérations déterminant la perturbation dont il s'occupe. Il croit cependant qu'en l'espèce les prévisions ne risquent guère d'être erronées; elles découlent naturellement des connaissances anatomo-physiologiques. On sait que le réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras a pour centre principal le cinquième segment cervical, tandis que pour le réflexe de flexion des doigts ce centre se trouve dans le huitième segment cervical. On est conduit ainsi à penser que l'inversion du réflexe du radius est la conséquence d'une lésion atteignant particuliè-

ment le cinquième segment cervical; on conçoit en effet qu'une pareille lésion, sans influence sur les mouvements des doigts, produise une abolition du réflexe de flexion de l'avant-bras sur le bras; on conçoit aussi qu'en pareil cas, si la lésion intéresse le système pyramidal, le réflexe de flexion des doigts soit très accentué.

L'auteur admet également, quoiqu'il ne possède aucun fait semblable, qu'une lésion limitée des nerfs périphériques puisse engendrer le même phénomène, mais si de tels faits existent, ils sont probablement exceptionnels.

De ses observations, M. Babinski croit pouvoir conclure que l'inversion du réflexe du radius constitue un signe qui, à lui seul, permet presque d'affirmer l'existence d'une lésion de la moelle cervicale et peut contribuer à en préciser la disposition.

Le 606. — MM. Jeanselme, Laignel-Lavastine et Touraine ont traité par le 606 cinquante malades, à l'hôpital Broca. Ils exposent les techniques à suivre et insistent sur la nécessité d'une neutralisation exacte du mélange à injecter.

Les doses employées ont varié de 45 à 65 centigrammes; jamais il n'est survenu de phénomènes d'intoxication. L'injection intra-fessière s'accompagne de douleurs assez vives qui souvent irradient dans tout le membre inférieur. Pendant plusieurs jours la fesse est tendue, empâtée et la marche est difficile. Ils ont observé des érythèmes morbilliformes ou ortiés, soit au lieu même de l'injection, soit à distance ; la température s'est presque toujours élevée en moyenne à 38°5, pendant trois à quatre jours.

Le lendemain de l'injection, il est courant d'observer une turgescence du chancre et des tissus voisins et un aspect papuleux de la roséole.

Mais ces phénomènes sont éphémères et bientôt les syphilides entrent en régression, et cela d'autant plus rapidement qu'elles sont plus infiltrées; les plaques muqueuses hypertrophiques s'affaissent, se dessèchent et s'épidermisent en quelques jours ; les syphilides papuleuses, les syphilides acnéiformes si rebelles au mercure se résorbent en deux semaines environ. La céphalée disparaît en un à quatre jours.

Une seule injection suffit pour assécher les plaques muqueuses suintantes et diminuer considérablement les risques de contamination. On voit l'intérêt de cette nouvelle médication au point de vue de la prophylaxie sociale.

M. Milian rapporte toute une série d'observations très intéressantes qui prouvent que l'emploi du 606 dans certains cas de syphilis rebelles, a produit de véritables miracles. Il est impossible de qualifier autrement les faits auxquels il a fait allusion.

M. Jacquet a rapporté des observations curieuses. Sa communication sera publiée *in extenso* dans notre prochain numéro.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (1).

Ou : XX gouttes le 1er jour et X gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade 15 jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

(1) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.

LIVRES NOUVEAUX

La fonction du sommeil. Physiologie. Psychologie. Pathologie (1), par le docteur Albert Salmon (de Florence).

Pour l'auteur, le sommeil trouve sa meilleure explication dans une théorie bio-chimique, c'est une fonction organique analogue aux fonctions sécrétoires comme la digestion et la miction. Une confirmation de cette théorie nous est fournie par l'étude de la léthargie hibernale, de l'état de chrysalide, de l'état embryonnaire, états auxquels préside le fonctionnement d'organes spéciaux à sécrétion interne.

Aussi M. Albert Salmon admet-il l'intervention d'un organe identique pour expliquer le mécanisme du sommeil quotidien, et cet organe n'est autre que l'hypophyse.

Les considérations sur lesquelles l'auteur étaie sa démonstration sont fort intéressantes et très bien conduites.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Un nouveau traitement du tabes (2), par le docteur H. Jaworski.

Il s'agit du traitement de Denslow, basé sur cette conception que le tabes est dû à des irritations sensitives continues, épuisant les racines et cordons postérieurs, et y créant un locus minoris resistentiæ. La cause de l'irritation est souvent urétrale : son traitement par la dilatation avec incision de l'urètre antérieur, et traitement des lésions que révèle l'urétroscope. L'auteur aurait ainsi amélioré chez presque tous les malades traités, les troubles du sens des attitudes, l'ataxie, l'équilibre, les douleurs, l'état de la sensibilité cutanée.

L. ALQUIER.

Vieillesse et longévité (3), par le docteur P. H. Roeser.

L'auteur de cet ouvrage, où la philosophie tient une part aussi large que la médecine, sait bien « que les limites de la vie sont peu variables et peu extensibles, et qu'il ne nous est plus permis de nous bercer de l'illusion de leur éloignement indéfini », mais il sait aussi « que la durée possible de l'existence n'est généralement pas atteinte, et que la mort naturelle devrait survenir beaucoup plus tard ». Mais pour arriver à cette prolongation normale de la vie nous ne pouvons pas compter sur des médications quelconques, car « le problème est lié à celui de l'amélioration de nos habitudes et de nos conditions d'existence, et sa solution dépend plus de nous et de notre volonté que des éléments extérieurs ».

Cette dernière citation résume la pensée directrice de l'intéressant ouvrage du docteur Roeser; c'est à la développer et à l'asseoir sur une solide base scientifique qu'il a consacré ce livre qu'on lira avec grand profit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) 1 vol. de 235 p. — Paris, Vigot frères.
(2) 1 vol. de 320 p. — Paris Maloine.
(3) 1 vol. de 214 p. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — JEUDI 20 OCTOBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 20 OCTOBRE 1910. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Répartition des jurys.* — ANATOMIE. — MM. les docteurs Josué, Michel, Sebileau, Lejars et Cathala.

PATHOLOGIE. — MM. les docteurs Macaigne, Vurpas, Dufour, Proust et Riche.

Ordre de lecture. — ANATOMIE. — Du n° 1 à 504.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à cinq heures, à l'hôpital de la Charité.

PATHOLOGIE. — Du n° 253 à 504, puis du n° 1 à 252.

Les séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

ORDRE DE LECTURE DES COPIES. — 1. MM. Bailleul, Pena, Lavalée, Mallet (François), Noël, Besançon, Thouvenin, Maréchal, Pierquin, Marqueste,

11. Giraud, Arbassier, Haguenau, Drouet, Mlle Albessard, MM. Vielle, Legrain, Ecot (Pierre), Quiquandon, Coudray,

21. Piot, Quercy, Dauphin, Vigot, Walther, Tourneix, Schilmann, Weber (André), Kœchlin (J.), Duter,

31. Delot, Braine, Chavasse, Françon, Philardeau, Marchand, Renard, Cousin, Vallery-Radot-Pasteur, Saxe,

41. Massart, Achard (Alexandre), Humbert, Briault, Kahn (Georges), Deron, Marchak, Bruneau, Lefranc (Victor), Huguet,

51. Hertz, Stréhaïano, Delotte, Bertrand, Bardet (Daniel), Cambessédès, Blum, Vazeux, Rabut, Bardon,

61. Papillon, Colanéri, Bricaire, Bonnet (Emile), Brouet, Rabeau, Détourbe, Bernard-Gerriet. Galop, Mairesse,

71. Léger, Escallier, Ferrand, Wilmet, Dietz, Durand (Gustave), Vallerant, Antoine, Nadal, Dognon,

81. Mlle Monbiot, MM. Godlewski, Loubrieu, Bisson, Mersey, Bigot, Libert, Bontemps, Lacau Saint-Guily, Hudelo,

91. Ignard, Haristoy, Renault (André), Fourrière, Oberlin, Grandjean, Périn, Mossé, Ollier, Boyer,

101. Gardies, Couinaud, Belloir, Tzanck, Hamonic, Poirot-Delpech, Moreau, Sébillotte, Peltier, Lefèvre (Louis),

111. Wiart, Latil, Gerber, Gardin, Trousset, Réau, Rœhrich, Turnesco, Schoofs, Mlles Denis, .

121. Wahl, MM. Testard, Richard (G.-H.), Dedet, Salès, Bloch (Sigismond), Liberge, Achard (Pierre), François, Mlle Romme,

131. MM. Bretégnier, Coppin, Bouttier, Netter (René), Prigent, Floquet, Pierret, Ribo, Paraf, Théry (André),

141. Schneider, Mlle Cosmovici, MM. Eudel, Boncompain, Mlle Pouzin, MM. Longevialle, Chatellier, Vincentelli, Dutheillet de Lamothe, Solal,

151. Butin, Vallery-Radot (Pierre), Monod (Raoul), Angot, Beck, Gambier, Benoiste-Pilloire, Denet, Frette, Marcassus,

161. Meurisse, Rousseau (Ferdinand), Duvelleroy, Béon, Riberolles, Bel, Tissier, Sasportès, Arnaudon, Beloux,

171. Percepied, Bourgeois (Francis), Vosy, Mlle Peltier, MM. Bouquier, Darrieux, Marais, Rousseau (Emile), Vaquette, Lehmann (Paul),

181. Cassard, Rouillard, Petit-Dutaillis, Mlle Dons-Kaufmann, MM. Claude, Vinçotte, Piémont, Pollet, Boutet, Besnard (Jean),

191. Touchard, Dugué, Quinquaud, Malet (Charles), Fischer, Mlle Lang, MM. Le Roy (René), Colleville, Girard, Mlle Pommay,

201. MM. Devaux, Majour, Renaud (Jean), Baude, Sicquet, Lecerf, Dubois (Robert), Berthod, Farah, Gheorghiu,

211. Chenet (Henri), Audain, Gremeaux, Mlle Lévi-Alvarès, MM. Ledoux, Rouèche, Kudelski, Barthélemy, Fitte, Krebs,

221. Miriel, Lépine, Reilly, Caux, Plaisant (Eugène), Pinault (André), Buquet, Thibierge, Toutey, Alexandre,

231. Hartmann, Gautruche, Mouradian, Gresset, Desaux, Brizard, Duval, Ramadier, Bergeret, Flandrin,

241. Daniel, Debray, Boirac, Guinet, Hutinel, Hérisson-

RENSEIGNEMENTS

Laparre, Rougeulle, Marcorelles, Durand (Albert), Delort.

251. Thiers, Philip, Lévi-Franckel, Magniel, Gougelet, Durand (Jacques), Maurel, Vignal, Gastaud, Schmutz,

261. Bideaux, Mallet (Lucien), Théry (Louis), Mazzoléni, Rouffiac, Lamy, Aubin, Mlle Besson (Mar.), MM. Chenet (Charles), Baudin,

271. Chatelin, Chichmanian, Boucheron, Castex, Leblanc, Dupêchez, Duprey, Buc, Gouverneur, Lucas-Championnière,

281. Viguerie, Goret, Mlle de Pfeffel, M. Mozer, Mlle Besson (Hélène), MM. Richard (André), Monbrun, Bloch (René), Péroni, Anglès-d'Auriac,

291. Pataud-Devalencienne, Parin, Moricand, Jacquet, Galland, Brun, Fey, Proust, Moriez, Savidan,

301. Dubois (Jean), Rudelle, Marx, Réglade, Barat, Gallas, Pruvost, Schulmann, Michel, Lascaux,

311. Mlle Giboulot, MM. Broussolle, Deguignand, Guillaume, Leroy (Maxime), Rougier, Mlles Blanchier, Leven, MM. Fumet, Petit (Antoine),

321. Gaymard, Baudouin, Desvaux de Lyf, Barély, Parlitch, Masmonteil, Jacquemin (Alfred), Moineau, Powilewicz, Hischmann,

331. Chasseray, Ceillier, Queyroi, Mlle Trélat, MM. Alary, Frédault, Fouret, Le Maux, Duponchel, Sénèque,

341. Simard, Pernet, Errard, Penet, Salomon, Charbonnier, Roussillon, Lenoir, Autier, Héricourt,

351. Huc (Edouard), Rouché, Boussi, Cleisz, Sfez, Constantin, Meaux Saint-Marc, Dujarric de la Rivière, Lavaud, Dellac,

361. Narcy, Faure-Beaulieu, Durand-Fardel, Tartois, Feldstein, Astruc, Gallois, Besset, Netter (Fernand), Ruelle,

371. Dumet, Dax, Lory, Kahn (Henry), Camboulives, Weill, Sorel, Robin, Mlle Bouderlique, MM. Massé,

381. Colombe, Chaisemartin, Sécheret, Bonnet (Flavien), Petit (Louis), Allendy, Robert, Thibon de Courtry, Pottecher, Juin,

391. Paley, Sanjurjo, Meugé, Rongier, Morlot, Woillez, Farhat, Pineau (Alfred), Morisson-Lacombe, Dupradeau,

401. Lœwy, Mlle Hertz, MM. Durœux, Jacob, Bouchet, Baille, Mickaniewski, Lamare, Richard (G.-A.), Gatellier,

411. Prunier, Larcher, Lehmann (Pierre), Deville, Miégeville, Schlemmer, Portret, Rouffignac, Ohanianz, Photiadès,

421. Monod (Lorenz), Verdenal, Lanos, Jamin, Lévy, Clap, Ducastaing, Dufour, Carpanetti, Pimpaneau,

431. Avezou, Cornet, Champs de St-Léger (de), Barbary, Teisset, Monod (André), Larroque, Trifaud, Léchelle, Barraud,

441. Guerrero, Poissonnier, Audebert, Deffins, Vivier, Parcheminey, Toussaint, Desprez, Faveret, Eissen,

451. Aujay de la Dure, Borel (Paul), Duclos, Roubeau, Houlbert, Pilatte, Wallon, Guelfucci, Lesage, Réchad,

461. Mercier, Charrier, Guillemet (M.), Huc (G.), Rousse, Monnier, Panciulesco, Chabrol, Mlle Delage, MM. Collet,

471. Bruel, Imbert, Delagenière, Garcin, Dragatzis, Gilson, Janet, Guille, Michaux, Galliot,

481. Sourdille, Silvestre, Truffert, Doulcet, Scheikewitch, Nabias (de), Busson, Bordet, Luquet, Vaudescal,

491. Vinay, Escudié, Delivet, Costantini, Quénu, Lorreyte, Berthomieu-Lamer, Mignot, Bourgeois (Maurice), Tribes,

501. Boulin, Mlle Athanassiu, M. Liacre, Mlle Landesmann.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Rapports du cœur. »

MM. Thivolet, 15 ; Mlle Sériot, 10 ; MM. Thierry (Jacques), 15 1/2 ; Verdure, 11 ; Nicente, 14 ; Schoux, 12 ; Wisner, 15 ; Mlle de Tannenberg, 9 ; M. Touflet, 16 ; Mlle Roy, 15 1/2 ; M. Vaselle, 18 ; Mlle Stock, 12 ; M. Remilly, 14 ; Mlle Trouveller, 18 ; MM. Solas, 12 ; Vives, 14 ; Mlle Spanowski, 12 1/2 ; M. Stavropoulo, 14.

Pathologie. — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Symptômes de la tuberculose, chronique à la période cavitaire. »

MM. Lecoq, 12 ; Lannes, 13 ; Lelong, 12 ; Lebée, 18 ; Mlle Golgofsky, 11 ; MM. Malgat, 15 ; Lebrun, 16 ; Jolivot, 12, Mlle Lecocq, 19 ; MM. Malherbe, 17 ; Jeannet, 16 ; Laburthe-Tobra, 15 ; Lucas, 13 ; Larangot, 14 ; Loyauté, 13 1/2 ; Legler, 8 ; Lacourbas, 9 ; Levi-Alvarès, 13 1/2.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (reconnue d'utilité publique par décret du 16 avril 1878). — *Séance solennelle du 20 octobre 1910.* — Lauréats des concours :

PRIX. — Le *prix Paugoué* (1 200 francs) n'a pas été décerné. Les encouragements suivants ont été attribués :

1° Un rappel de prix à M. Edmond Hue (de Paris) ;

2° Une somme de 400 francs avec le titre de lauréat à M. Cazalbou, vétérinaire en premier au 10e régiment d'artillerie ;

3° Une somme de 400 francs à MM. Lemire et Ducrotoy, vétérinaires au 18e régiment de dragons, avec insertion des parties essentielles de leur travail dans le Bulletin de la Société ;

4° Une somme de 400 francs à M. Durroux, vétérinaire en deuxième au 10e régiment de hussards ;

5° Une mention très honorable à M. Rennes, vétérinaire délégué du département de Seine-et-Oise ;

6° Une mention très honorable à MM. Brocq-Rousseu, vétérinaire en premier au 5e régiment de hussards, et Gain, professeur adjoint à la Faculté des sciences de Nancy.

Le *prix Urbain Leblanc* (600 francs) a été décerné à M. Césari, vétérinaire sanitaire de la Seine.

Une mention très honorable a été accordée à M. Chausse, vétérinaire inspecteur de la ville de Versailles.

Sur le *prix Trasbot* (1 700 francs), une somme de 1 000 francs a été attribuée à M. Douville, chef de travaux à l'école vétérinaire d'Alfort, lauréat du prix.

Une mention et un encouragement de 500 francs ont été accordés à M. Chaussé, vétérinaire inspecteur de la ville de Versailles.

Sur le *prix Weber* (500 francs), deux encouragements de chacun 100 francs, ont été attribués à M. Henri Griffault, vétérinaire militaire en retraite au Passage d'Agen (Lot-et-Garonne).

Le *prix Foulon-Bodeau* (450 francs) a été décerné à M. le docteur Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople.

MÉDAILLE DU PRIX EUGÈNE MATHIEU. — M. le docteur Fontaine, vétérinaire en premier, chef de clinique à l'école de cavalerie de Saumur.

MÉDAILLES D'OR. — MM. Rennes, vétérinaire délégué du département de Seine-et-Oise ; Déchery, vétérinaire à Fismes.

MÉDAILLES D'ARGENT GRAND MODULE. — MM. Louis Caze, vétérinaire sanitaire à Chellala, Alger ; Paul Esmieu, vétérinaire à Torigni-sur-Vire ; Fayet, vétérinaire en premier au 9e régiment de hussards ; le docteur Crépet, médecin-major de première classe au 74e régiment d'infanterie ; Nieder, vétérinaire à Paris ; le docteur Huguier, vétérinaire en premier au 5e régiment de dragons ; Malherbe, vétérinaire de la Compagnie des omnibus.

MÉDAILLES D'ARGENT PETIT MODULE. — MM. Fafin, vétérinaire à Valognes ; Jules Jouquan, vétérinaire à Dinard.

MÉDAILLE DE BRONZE. — M. Adolphe Bouchet, vétérinaire militaire au corps de débarquement de Casablanca.

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. — Le docteur Eperon vient d'être appelé par le conseil d'Etat du canton de Vaud à la chaire d'ophtalmologie vacante depuis la mort du professeur Marc Dufour.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Sur l'initiative de M. Granjux, le conseil du S. M. P. a dans sa séance du 5 octobre émis le vœu suivant :

« Le S. M. P., considérant que, pour assurer les services d'hygiène, des connaissances médicales sont indispensables,

Emet le vœu :

Que la direction des bureaux d'hygiène soit, toujours, confiée à des docteurs en médecine. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Bernard, médecin-major de 1re classe, et de M. le docteur Morel de Villiers (de Villiers-le-Duc).

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1632.*)


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes
4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour
la préparation des médicaments organiques

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE TRAITEMENT PAR L'ARSENOBENZOL D'EHRLICH

ET SUR

LA BIOTHÉRAPIE DE LA SYPHILIS (1)

Par le docteur Lucien JACQUET.

Un grand effort se fait actuellement dans le monde entier pour préciser les indications et contre-indications du remarquable médicament nouveau révélé par Ehrlich : c'est à titre de contribution à cette étude que je crois devoir publier les faits suivants.

Trois malades ont été traités dans mon service par mon assistant, le docteur Lebar.

Dans le premier cas, il s'agit d'une glossite scléreuse superficielle, chez un homme de quarante-deux ans, sans antécédents syphilitiques avoués, mais présentant le signe d'Argyll et à Wassermann positif.

Injection intra-fessière de 50 centigrammes le 17 septembre; réaction douloureuse très vive; température, 40 degrés.

Résultat. — La mobilité linguale est accrue, la sensibilité diminuée; le malade peut siffler, ce qu'il ne pouvait faire auparavant; mais *objectivement*, pas de modification appréciable.

Le second fait a trait à un homme de cinquante ans; atteint de syphilis il y a vingt-neuf ans et entré pour un large ulcère lingual et une macrolabialite tertiaire, datant de dix-huit mois. Wassermann positif.

Injection de 50 centigrammes le 20 septembre.

Réaction douloureuse vive; pas de fièvre.

Résultat. — Diminution très importante de la macrolabialite; nulle modification de l'ulcère lingual, qui est très probablement *bacillaire*, le malade étant, au surplus, atteint de tuberculose laryngée.

Le troisième fait est regrettable par son issue, et d'interprétation délicate.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, alcoolique, sans antécédents syphilitiques avérés, mais entré pour un syphilome ulcéreux de la cuisse droite, datant environ d'un mois, et égal, en dimension, à une pièce de 5 francs en argent.

Depuis quelques années, troubles digestifs importants, crises douloureuses; vomissements alimentaires, mais non sanglants; dilatation gastrique considérable. Pas de cachexie. Wassermann positif.

Le malade est mis à la diète lactée, puis hydrique.

Injection de 50 centigrammes le 17 septembre.

Réaction douloureuse très vive; réaction thermique modérée.

Très rapidement l'ulcère se sèche et l'épidermisation apparaît.

Mais au septième jour surviennent des vomissements abondants de liquide noirâtre, à odeur butyrique et du melæna.

L'anémie et la faiblesse augmentent rapidement, et le 29 septembre, douzième jour après l'injection, le malade succombe.

On trouve à l'autopsie un ulcère à bord calleux avec sténose pylorique, vaste dilatation stomacale, et périgastrite.

L'arsenobenzol est-il responsable?

Je tends à le croire; notre malade jusque-là n'avait jamais eu ni hématémèse, ni melæna; dès son entrée, il fut mis au régime lacté, puis à la diète hydrique.

D'autre part, le médicament a une action puissamment vaso-dilatatrice, et a causé déjà d'assez nombreuses congestions, ou même des hémorragies cutanées et broncho-pulmonaires.

Je pense donc qu'il faudra ajouter à la liste des contre-indications déjà admises, les affections *ulcéreuses* du tube digestif.

Je comprends pourtant fort bien que M. le docteur Lebar ait traité ce malade, chez qui l'on pouvait légitimement soupçonner une gastropathie syphilitique.

Au total, j'admets volontiers — ces trois observations n'y contredisent pas — que l'arsenobenzol d'Ehrlich est un médicament *merveilleux*; mais c'est aussi peut-être un médicament *dangereux*. Nous ne connaissons encore que très imparfaitement la rançon de sa grande efficacité; et déjà elle apparaît assez lourde.

Et sans parler des accidents connus, je tends à la trouver telle, pour une série de raisons personnelles, que je demande la permission de vous exposer brièvement.

D'abord, n'oublions pas que nous possédons, contre la syphilis, des moyens, qui bien maniés, sont à bon droit jugés merveilleux aussi, et qu'ainsi nous sommes en droit de juger l'action de l'arsenobenzol non pas à titre absolu, mais comparativement à celle du mercure et de l'iodure de potassium, et en tenant compte de leurs inconvénients respectifs.

Ensuite, dans l'évaluation de ces inconvénients les médecins raisonnent un peu trop, ce me semble, comme si, quand nul accident avéré n'existe, l'organisme ne subissait nulle empreinte nocive.

Un grand nombre de faits et de raisons physiologiques ou pathologiques m'empêchent de raisonner ainsi, et je crois que nous connaissons fort mal encore les actions lointaines et *latentes*, les chocs en retour, de l'*ictus* organique, produit par l'arsenobenzol.

Enfin, avec quelques médecins, j'estime que l'on a fort exagéré la gravité de la syphilis.

On admet généralement l'importance de l'hygiène dans la prévention et le traitement des accidents syphilitiques. On l'admet très insuffisamment encore. Une patiente étude poursuivie depuis plusieurs années me permet de renforcer et de préciser cette opinion, et d'y ajouter des éléments nouveaux.

Ici même, il y a peu de temps, je vous ai apporté à cet égard la proposition générale que voici :

Les syphilomes tertiaires sont presque toujours provoqués, localisés et entretenus par un ensemble d'irritations fonctionnelles ou inflammatoires d'ordre banal; ils disparaissent toujours presque *complète-*

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

ment — et parfois *complètement — sans traitement spécifique*, si l'on supprime ces irritations (1).

Et j'ai ajouté que je prouverais ma proposition dès que j'aurais le loisir de dépouiller et de coordonner le volumineux dossier dont je m'autorise; mais je conçois qu'une proposition abstraite soit tenue pour peu convaincante et je vais vous soumettre les photographies de quelques syphilomes, les uns grandement améliorés, d'autres complètement guéris sous l'influence de la *Bio-thérapie*, sans *nulle intervention médicamenteuse.*

Voici par exemple (2) :

1° Un énorme syphilome du cuir chevelu et du front, réduit d'au moins de moitié, en quelques semaines;

2° Un syphilome papulo-tuberculeux peu profond, mais très étendu, du cuir chevelu, *guéri* en un mois environ;

3° Un vaste syphilome du front et de la région temporale droite, *guéri* en moins de trois mois;



Fig. 1.

4° Un syphilome papulo-tuberculeux étendu du front, *guéri* en quelques semaines (fig. 1);



Fig. 2.

5° Trois larges ulcères gommeux du bras, *guéris* en cinq semaines (fig. 2 et 3);

6° Une immense hérédo-syphilide ulcéreuse de la jambe, guérie en deux mois [fig. 4 (1)];

7° Un très grave ulcère palatin, guéri en moins d'un mois;



Fig. 3.



Fig. 4.

8° Une dépilation syphilitique secondaire très accentuée, en pleine repousse, en *moins de dix-huit jours* (fig. 5 et 6).

Mais je ne fais état en ce moment que des faits à propos desquels je peux montrer des photographies pour la plupart comparatives. Mon dossier est autrement important et me permet, sans forcer les choses, de formuler la proposition *générale* que je vous ai précédemment soumise.

(1) Lucien Jacquet. Sur le chancre syphilitique à reviviscences. *Bull. Soc. méd.*, 10 juin 1910.

(2) Les photographies, présentées par M. Jacquet, à la Société des hôpitaux, n'ont pu être toutes reproduites.

(1) La figure 4 reproduit une photographie prise au bout de six semaines; la guérison fut complète après deux mois seulement.

Voici maintenant mes moyens d'action :

1° La régulation de l'excitation fonctionnelle excessive ou insuffisante, en tous tissus et organes;

2° La suppression de l'irritation inflammatoire banale, d'ordre externe ou interne.

C'est assez dire que ces moyens sont *complexes*, qu'ils varient selon chaque malade, et qu'ils exigent l'intervention et l'effort méthodique d'un bon médecin.



Fig. 5.



Fig. 6.

Ces moyens sont infiniment moins simples qu'une injection d'arsenobenzol et les résultats sont moins rapides et moins brillants que ceux qu'on obtient grâce à elle. Restent à connaître la rançon respective et les *avantages annexes* de chaque méthode.

L'avenir nous fixera sur ce point.

En tout cas, et en attendant, c'est ce long et minutieux effort d'observation, qui me permet maintenant de rassurer les syphilitiques qu'affolent d'inopportunes lectures et, très consciemment, très délibérément, de leur tenir à peu près ce langage : « Si vous suivez bien traitement et régime, je vous affirme catégoriquement *que vous vous porterez mieux qu'*AVANT *votre maladie.* »

En d'autres termes, et sans contestation possible à mon sens, dès avant le nouveau et brillant remède, le *bienfait* hygiénique et thérapeutique l'emportait de beaucoup sur le *méfait* infectieux.

Et cela ne diminue pas mon admiration, pour la découverte d'Ehrlich, mais tend à me rendre très prudent et très strict dans son application.

SUR

UN MODE D'INJECTION PRATIQUE ET INDOLORE DU 606

Par MM. A. LÉVY-BING et L. LAFAY.

Les injections de 606 sont jusqu'à ce jour demeurées l'apanage de quelques médecins qui, ayant pu se procurer du produit, sont en outre suffisamment au courant de la technique. On sait en effet que cette préparation doit s'exécuter au moment même de l'utiliser, sans quoi elle s'altère rapidement. Son obtention elle-même ne va pas sans un outillage fort compliqué : récipients stériles, burettes graduées, pipettes stérilisées, solutions titrées alcalines et acides, liqueurs et papiers réactifs, eau stérilisée chaude, parfois même centrifugeur, etc.

Cette complication dans le mode de préparation, jointe à la précision exigée pour le titrage des liqueurs et la neutralisation exacte du liquide injectable, fait que l'utilisation du 606 demeurera nécessairement cantonnée entre les mains de quelques syphiligraphes possédant un outillage parfait et des solutions titrées journellement contrôlées. C'est à ces spécialistes que les praticiens devront envoyer leurs malades pour y recevoir une injection qui, jusqu'alors, n'est pas à la portée de toutes les bourses.

Il y a donc là une véritable impossibilité à la généralisation de la méthode, d'autant plus qu'il suffit d'avoir assisté à ces manipulations pour se rendre compte de la difficulté, de la quasi-impossibilité d'en garantir l'asepsie.

Et ce n'est pas tout. Vient-on à injecter cette préparation, qui pourtant a nécessité un travail long, méticuleux, extrêmement délicat, la douleur immédiate est parfois « atroce et presque intolérable », clouant le malade au lit et obligeant de recourir à la morphine! Même dans les cas les plus favorables surviennent fréquemment vers le troisième jour des phénomènes de réaction locale, avec gonflement, empâtement et douleur tardive plus ou moins prononcée; parfois même une certaine impotence fonctionnelle du membre inférieur du côté injecté et une sensation de tension et de battements, avec malaise général, courbature et poussée fébrile allant jusqu'à 40 degrés. Les douleurs immédiates proviennent d'une neutralisation imparfaite de la liqueur, et plus particulièrement de son alcalinité. Les douleurs tardives sont plutôt dues au travail de résorption du coagulum résultant de l'action du liquide arsenical sur les matières albuminoïdes des tissus.

Aussi, dès le début de nos recherches relatives à l'emploi du 606 — et ici nous sommes heureux d'adresser tous nos remerciements à M. le professeur Ehrlich qui a eu la très grande amabilité de nous confier une certaine quantité d'ampoules — avons-

nous songé à simplifier la technique et à augmenter la tolérance, bien plus qu'à étudier l'action thérapeutique proprement dite, action qui a encore besoin d'être précisée, mais qui d'ores et déjà n'est pas douteuse, et dont nous donnerons le résultat dans un travail ultérieur. En un mot, nous avons cherché, d'une part, à supprimer tout cet arsenal de burettes et pipettes jaugées, de liqueurs titrées et de réactifs colorants pour faire du 606 une préparation pratiquement injectable, et qui soit ainsi à la portée de tous les médecins ; d'autre part, à rendre cette injection facilement tolérable pour le malade.

Bien que le nombre de nos injections ne soit pas encore suffisant pour nous mettre à l'abri de l'objection dite de « l'heureuse série », les résultats observés, surtout au point de vue de la tolérance, sont tellement encourageants que nous avons cru intéressant de faire connaître cette technique, tout en continuant à l'étudier encore de façon à permettre aux autres de l'expérimenter à leur tour.

La thérapeutique arsenicale, tout comme la médication mercurielle, peut revêtir deux types : la forme soluble dans l'eau ou la forme insoluble. Le dioxy-diamido-arsenobenzol forme en quelque sorte le pont entre ces deux types, comme le biiodure de mercure en solution huileuse constitue le passage des solubles aux insolubles en donnant lieu, après son injection dans le muscle, à un coagulum que l'organisme doit ensuite solubiliser à la manière d'un sel insoluble, pour en dégager l'action curative. Le 606 est en effet insoluble dans l'eau, mais soluble dans la soude ou l'acide chlorhydrique dilués, suivant qu'il met en action ses deux oxydriles phénoliques ou au contraire ses deux groupements basiques aminogènes. Si le produit contenu dans les ampoules scellées, fournies par le professeur Ehrlich, est soluble dans l'eau, c'est que ce composé arsenical s'y trouve à l'état de chlorhydrate.

Ces notions ont été bien mises en lumière dans un travail de M. Mouneyrat paru le 10 octobre dernier. Elles offrent pour nous l'avantage d'apporter à notre conception pratique sa justification théorique : « Le dioxy-diamido-arsenobenzol, dit-il, est une médication de dépôt; elle joue, par rapport à la médication arsenicale, le rôle qui est dévolu à l'huile grise ou au calomel par rapport à la médication mercurielle. Elle a naturellement les avantages et les inconvénients des injections massives insolubles en général (1). » C'est d'ailleurs ce qu'enseigne M. le professeur Gaucher, dans ses leçons de l'hôpital Saint-Louis, depuis qu'il expérimente l'arsénobenzol.

Or c'est précisément sous cette forme que nous avons utilisé le 606.

L'excipient est en effet, à peu de chose près, celui que nous préconisions jadis pour l'huile grise, et qui figure actuellement au nouveau codex français. La proportion de lanoline est toutefois notablement diminuée, par suite de la différence de densité entre le produit arsenical et les composés du mercure.

(1) A. Mouneyrat. Arsenic et syphilis, *Journ. de méd. int.*, n° 28, 10 oct. 1910, p. 271.

Nous avons d'abord utilisé un excipient constitué par :

Graisse de laine anhydre stérilisée....	1 partie.
Huile de vaseline officinale stérilisée...	9 parties.

Le mode opératoire est des plus simples :

Dans un très petit mortier flambé on introduit, avec toutes les précautions aseptiques d'usage, la dose de 606 à injecter; on verse par-dessus une petite quantité d'excipient (2 centimètres cubes) et au moyen d'un pilon flambé on *délaie* soigneusement le sel ; quand l'émulsion est parfaite on l'aspire dans une seringue stérile; on rince à deux ou trois reprises, pilon et mortier avec le moins possible d'excipient (environ 1 centimètre cube) qu'on aspire chaque fois.

Pendant les quelques minutes nécessaires à cette manipulation, *que tout le monde peut faire*, l'aiguille est en place dans le muscle pour vérifier s'il ne vient pas de sang, comme on doit le faire pour toutes les injections huileuses. Il n'y a plus qu'à adapter la seringue sur l'aiguille et à pousser l'injection. Le produit est ainsi déposé dans l'organisme *sans aucune transformation chimique*, tel qu'il provient du fabricant, contrairement à ce qui arrive avec tous les autres procédés.

Nous conseillons pour cette piqûre, le même lieu d'élection que pour les préparations mercurielles, c'est-à-dire la région fessière, et non pas la région scapulaire recommandée par quelques auteurs et qui nous a toujours semblé moins favorable.

La tolérance est parfaite : *douleur immédiate* nulle ou minime; *douleurs tardives*, dans tous les cas observés jusqu'à ce jour, peu sensibles : ni réactions locales gênantes, ni phénomènes inflammatoires; pas de température : jamais la courbe de nos malades n'a dépassé 38 degrés, ni le pouls 90, même avec des doses de 80 centigrammes.

Un de nos malades, médecin, injecté le soir, a dormi presque toute la nuit; le lendemain il est sorti comme de coutume et le soir la température était à 37 degrés, et le pouls à 82.

Le début de l'action médicamenteuse du 606 ainsi préparé ne nous a pas paru sensiblement retardé, comparativement à celui que l'on observe avec le même corps solubilisé. Le fait n'a pas lieu de nous surprendre, puisque nous savons que le produit même injecté en solution est momentanément immobilisé dans les tissus sous forme de coagulum et ne passe ensuite que peu à peu dans l'organisme. Il est même vraisemblable d'admettre qu'à ce nouveau point de vue notre procédé présente encore l'avantage de mettre à l'abri de trop brusques décharges arsenicales.

A cette technique du début nous avons apporté déjà un perfectionnement sensible : l'huile de vaseline est maintenant remplacée avantageusement, au point de vue de l'absorption, par une huile végétale lavée et stérilisée, l'huile d'œillette froissage. Cet excipient, qui ne peut être employé pour les préparations mercurielles officinales, conservées un temps plus ou moins long, est au contraire l'excipient de choix pour une préparation extemporanée, injectée

aussitôt faite, car il n'y a pas à craindre le rancissement.

Nous dirons prochainement si, en utilisant cet excipient d'une façon spéciale que nous indiquerons alors en détail, il n'est pas possible de faire, avec le 606, une préparation titrée, d'une conservation suffisante, susceptible d'être délivrée au médecin comme une injection mercurielle quelconque. En un mot, nous nous proposons de transformer une préparation difficile, compliquée, qu'on ne peut opérer qu'au moment du besoin, fréquemment douloureuse, « atroce » même parfois, en une véritable préparation OFFICINALE, de conservation suffisante et de tolérance parfaite.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

LES BANANES DESSÉCHÉES DANS L'ALIMENTATION POPULAIRE

D'après M. WINCKEL (1).

Depuis longtemps, les bananes sont utilisées en Europe comme aliment, depuis surtout qu'elles sont transportées rapidement, à des prix relativement bas et dans de bonnes conditions de conservation, grâce aux glacières.

On coupe les régimes lorsque les bananes ne sont pas encore mûres et on ne les soumet à la maturation que durant le voyage ou bien à l'arrivée. Il va de soi que ces bananes n'ont plus l'odeur et la saveur aussi fines que dans le pays d'origine. Si, par exemple, on voulait fabriquer l'essence de bananes chez nous, on obtiendrait un rendement bien plus faible, sous le rapport de la qualité et de la quantité. Si l'on songe d'autre part que 40 p. 100 du fruit sont formés de pelure, on considérera comme très heureuse l'idée qu'on a eue d'importer ces fruits parfaitement mûrs et très aromatiques après les avoir desséchés et alors qu'ils ne renferment plus que très peu d'eau. Les bananes ainsi conservées se trouvent dans le commerce sous différents noms et se vendent très bon marché.

D'après V. Sury (*Chem. Ztg.*, 1910, p. 463), la banane verte non mûre renferme 80 p. 100 d'amidon et 3-4 p. 100 de sucre seulement. On fabrique en Angleterre, avec la farine, du pain, qui est vendu sous le nom de Bana ou Bananine, et un cacao de bananes, qui est de beaucoup supérieur comme valeur nutritive au cacao d'avoine. Par contre, le fruit mûr contient 70 p. 100 de sucre, dont 40 p. 100 de saccharose et environ 30 p. 100 de sucre interverti et seulement 2 p. 100 d'amidon. Il se produit donc du sucre, aux dépens de l'amidon, durant la maturation. Dans les bananes desséchées, on ne peut déceler ni amidon, ni saccharose ; le dernier reste d'amidon s'est donc transformé en sucre et le saccharose en sucre interverti. L'auteur a analysé une espèce de bananes desséchées et a trouvé les nombres suivants :

Eau	13,43 p. 100
Matière sèche (86, 57 p. 100) :	
Cendres	3,43 —
Matière azotée	5,57 —
Sucre interverti	67,27 —
Fibres brutes, mat. grasses, acides de fruits, etc	10,95 —
Matières insolubles dans l'eau	9,35 —

Les bananes se digèrent rapidement et facilement, presque sans déchet (fibres brutes) et sont très favorables à la nourriture des enfants, grâce à leur forte teneur en sucre. La valeur calorifique est de 308 ; la valeur nutritive est 783.

Par suite, les bananes desséchées se prêtent admirablement à l'alimentation populaire. A. F.

(1) Cf. *Journ. de pharm. et de chim.*, n° 8, 16 oct. 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1910)

La cure marine sur la côte d'Azur. — A propos du procès-verbal, M. LABBÉ tient à appuyer les conclusions formulées par M. Debove dans la dernière séance. Il y a longtemps, d'ailleurs, que M. Labbé professe la même opinion, qui était aussi celle d'un homme de grande expérience, de Bouvier. Dès 1868, M. Labbé adressait à Gimbert (de Cannes) de nombreux malades, qu'on désignait alors du nom de scrofuleux. Il rapporte l'histoire d'une jeune fille qui portait un énorme abcès de la hanche que Moissenet et Marjolin considéraient comme devant être opéré. M. Labbé s'y refusa et proposa d'envoyer cette jeune fille à Cannes et de la faire vivre le plus possible en bateau, entre Cannes et les îles Marguerites. Le résultat fut merveilleux ; six mois après il ne restait plus aucune trace de cet abcès. M. Labbé cite aussi l'exemple d'une jeune fille qui était atteinte d'énormes ganglions tuberculeux du cou, qu'il a vue avec M. Monod, et qui guérit aussi très bien à Cannes. Il admet donc, en forme de conclusion, que la cure marine, jointe à la cure de soleil, sur les bords de la Méditerranée, constitue un merveilleux moyen de traitement des tuberculoses locales, et semble même, de beaucoup, préférable aux cures d'altitude.

Le 606. — M. HALLOPEAU répond à la dépêche d'Ehrlich. Il s'étonne qu'il n'ait pas eu connaissance de deux cas d'amaurose publiés dans le *Berliner medizinische Wochenschrift.* Aux douze morts déjà connues, il faut ajouter quatre décès parisiens. Il est vrai que ces morts ont été observées sur des tabétiques et des paralytiques généraux ; mais ce n'en prouve pas moins le danger de ces injections. M. Hallopeau croit devoir attribuer la mort, dans ces cas, à des troubles graves de l'innervation du grand sympathique.

Pour ce qui est de l'inoffensive et efficace hectine, M. Hallopeau n'en a jamais réclamé la priorité. Il a seulement fait connaître les bons résultats qu'il en a obtenus, même au point de vue de l'immunité définitive.

Délire post-opératoire. — M. PICQUÉ fait une communication sur ce sujet.

De l'emploi du citrate de soude. — M. VARIOT fait une intéressante communication sur les excellents effets obtenus par le citrate de soude dans le traitement des vomissements chez les enfants nouveau-nés. Voici la formule qu'emploie M. Variot :

Sirop simple	25 grammes
Eau distillée	125 —
Citrate de soude	2g50

Une cuillerée à bouche avant chaque tétée ou mélangée au lait du biberon. Ce médicament, généralement employé aujourd'hui par tous les médecins d'enfants, a surtout pour propriété d'arrêter immédiatement les vomissements.

Percussion du thorax en état d'inspiration soutenue. — M. Edgard HIRTZ étudie minutieusement les résultats que fournit la percussion du thorax en état d'inspiration soutenue et il montre toute l'importance du procédé de diagnostic clinique dans les affections pleuro-pulmonaires.

Le malade respirant d'abord normalement, on constate à la percussion dans une région de la poitrine, de la matité ou de la submatité ou une tonalité élevée ; puis le malade fait une inspiration forcée et retenue : la poitrine de nouveau percutée, devient sonore au point même qui semblait d'abord mat.

Il ne s'agit dans ce cas que de lésion pulmonaire et non d'épanchement pleural.

Ce signe permet ainsi de différencier une congestion ou un œdème pulmonaire d'avec un épanchement pleural sans recourir à la ponction exploratrice. Il permet aussi d'affirmer, au décours d'une pleurésie, s'il existe encore ou non du liquide, ce qui est toujours fort difficile par les procédés courants. La splénopneumonie peut être aisément différenciée de la sorte d'avec un épanchement pleural. Enfin certaines congestions des sommets chez les brightiques ou chez les cardiaques, congestions simulant à s'y méprendre la tuberculose, seront interprétées comme il convient grâce à ce nouveau signe, de Hirtz, qui sera très précieux pour le clinicien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1910)

Nécrologie. — M. BOURSIER, président de la Société, prononce l'éloge du professeur Raymond, ancien président d'honneur de la Société, décédé pendant les vacances.

Histoire lamentable d'un rein et d'une vessie chez une femme. — M. CATHELIN rapporte l'observation d'une femme qu'il a opérée avec succès, à l'hôpital d'Urologie, d'une néphrectomie lombaire secondaire, sous-capsulaire, pour fistule, suite de néphrolithotomie ancienne et qui subissait sa *quinzième chloroformisation* pour exploration ou opération vésicale ou rénale, dans les mains de six chirurgiens successifs.

Appareil portatif à douches d'air chaud. — M. Pierre MÉNARD présente un appareil portatif à douches d'air chaud qui se compose d'un ventilateur à main, très puissant, envoyant de l'air dans un tube horizontal. Ce tube est chauffé par une flamme d'alcool à bec Bunsen. L'appareil présente l'avantage d'être d'un petit volume, d'un maniement facile. Il fournit de l'air pur et sec à une température très élevée, jusqu'à 200 degrés. La température et la pression de l'air réglables à volonté.

La traversée du tube digestif (Radiographies). — M. AUBOURG présente une série de clichés obtenus en radiographie rapide, et qui montrent des images de l'estomac aux divers moments de son évacuation, du duodénum, de l'intestin grêle, du confluent iléo-cæcal, de l'appendice iléo-cæcal, des côlons et du rectum. L'auteur accompagne ces radiographies de l'exposé du mode de remplissage et de vidage de chaque segment du tube digestif.

M. DESTERNES présente sur le même sujet quelques clichés montrant les différents aspects de l'estomac au cours de la digestion, l'image du duodénum et celle du gros intestin à l'état normal ou pathologique.

M. SMESTER demande d'où vient la différence des clichés présentés il y a six mois à la Société par le docteur Kolbé et ceux qui viennent d'être présentés aujourd'hui.

M. AUBOURG répond que la différence peut être due à ce que les épreuves qu'il a présentées sont uniquement prises dans la station debout et que les procédés qui permettent d'obtenir ces résultats de radiographie rapide avec écrans intensificateurs, en moins de 2 secondes, sont d'un usage tout récent.

Médications nouvelles. Sérums. — M. LEVASSORT. Avant d'essayer un médicament nouveau, les médecins devraient faire signer par les intéressés un engagement réservant toute communication et toute publicité, et stipulant même des dommages-intérêts en cas de manquement aux conventions. Il est nécessaire aussi de ne pas donner le nom de sérums à des préparations qui ne répondent pas à ce titre. L'auteur rappelle la loi de 1895 réglementant la fabrication et la vente des sérums.

ANALYSES

MÉDECINE

Des résultats de la ponction lombaire dans l'insolation. (DUFOUR. *Revue neurol.*, 1909, p. 317-324.) — Un homme de vingt-six ans bien portant est amené, inconscient, à la suite d'un coup de soleil. On ne constate que des signes de méningisme, avec, pendant plusieurs jours, de la confusion mentale contrastant avec un état général satisfaisant. « Il est rapidement amélioré par des ponctions lombaires répétées; la première révèle le caractère nettement sanglant, avec une forte polynucléose, du liquide céphalo-rachidien; d'hémorragique, ce dernier devient ambré, puis incolore, dans les ponctions ultérieures très rapprochées, tandis qu'à la polynucléose du début succède une légère lymphocytose qui persiste plusieurs semaines. » Guérison en deux ou trois mois.

L. ALQUIER.

L'albuminurie transitoire survenant au cours de la période post-opératoire chez les malades ayant subi la laparotomie pour péritonite tuberculeuse serait un élément de pronostic favorable. (Ferdinando GANGITANO. *Riforma med.*, 1er août 1910, n° 31.) — Le professeur Ferdinando Gangitano rapporte onze observations de péritonite tuberculeuse où il eut recours à la laparotomie.

Dans sept cas, il obtint la guérison; dans les cinq autres le liquide se reproduisit. Deux des cas négatifs concernent des malades opérés deux fois. En ce qui concerne les cas suivis de guérison, chez six d'entre eux, sur sept, la recherche de l'albumine fut positive, alors qu'elle fut constamment négative dans les cinq cas non suivis de guérison. La quantité d'albumine fut toujours peu considérable et n'atteignit 0,50 p. 1 000 que dans deux observations.

Il semblerait donc que lorsque la laparotomie doit être suivie de guérison dans la péritonite tuberculeuse, on trouve à peu près constamment de l'albumine dans les urines pendant la période post-opératoire, mais il est impossible de préciser l'interprétation de ce phénomène. On est en droit de penser qu'après l'opération, sous l'influence complexe de causes variées, il se fait dans la masse du sang une irruption de substances toxiques, lesquelles irritent les endothéliums rénaux et provoquent l'albuminurie transitoire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHIRURGIE

La dilatation utérine prolongée comme traitement de la dysménorrhée. (George B. SOMERS. *California state Journ. of med.*, juil. 1910, vol. VIII, n° 7, p. 241.) — Le mode de traitement que préconise l'auteur ne s'adresse qu'à certaines formes de dysménorrhée; inapplicable pour les dysménorrhées d'origine extra-utérine, ou liées à des polypes, fibromes, endométrites, il s'applique seulement aux cas de position vicieuse ou d'arrêt de développement de l'utérus. Dans les vices de position de l'utérus la douleur au moment des règles provient de la distension utérine, et des contractions nécessitées par la difficulté de l'écoulement du sang et des caillots. Dans l'arrêt de développement la douleur est causée par la résistance que le tissu utérin offre à l'hyperémie de la menstruation; les vaisseaux distendus sont étranglés dans un tissu

qui ne se laisse pas facilement distendre. Dans les deux cas l'indication thérapeutique est la dilatation, cependant elle échoue souvent. L'auteur pense que c'est uniquement parce qu'elle est pratiquée de façon tout à fait insuffisante. Il a obtenu des succès constants par la technique suivante qu'il recommande :

Sous anesthésie générale, l'utérus est dilaté à fond avec la série des dilatateurs de Kelly. La dilatation est très lente, elle doit demander trois quarts d'heure à une heure. Quand les nos 17 ou 18 ont été atteints, on laisse le dilatateur en place et la malade est couchée. Au réveil, la malade se plaint en général, et on est obligé de faire une piqûre de morphine. Au bout de huit à dix heures seulement, le dilatateur est enlevé lentement.

D'ordinaire les deux ou trois périodes menstruelles suivantes sont accompagnées d'un écoulement d'abondance anormale, mais non douloureuses, peu à peu l'écoulement devient entièrement normal, et la guérison se confirme.

M. LANCE.

Etudes sur les pancréatites et la réaction pancréatique de Cammidge. (James Taft PILCHER. *Ann. of surg.*, vol. LI, n° 1, janv. 1910, p. 89-101.) — La réaction de Cammidge a été très discutée, certains lui accordant une certaine valeur, d'autres la rejetant absolument. Pilcher l'a étudiée cliniquement à l'aide de 62 cas opérés par les Mayo entre mars et octobre 1909. Ses conclusions sont toutes en faveur de la spécificité de la réaction de Cammidge. Si certains ont obtenu une réaction positive dans certains cas où il n'y avait pas de pancréatite, c'est qu'ils ont commis des fautes de technique. Il faut une rigueur extrême dans celle-ci. Pilcher a aussi fait des expériences sur l'animal et il conclut qu'il y a, en cas d'irritation pancréatique, une substance qui passe dans l'urine : cette substance n'appartient pas à la sécrétion externe du pancréas, donc elle doit provenir de la sécrétion interne et vient probablement des îlots de Langerhans. Cette substance disparaît en quelques jours après une intervention qui enlève l'irritation pancréatique. La sécrétion interne du pancréas est aussi essentielle que la sécrétion externe.

Sur les 62 cas examinés, 82 p. 100 donnèrent une réaction positive. La réaction positive fut obtenue dans tous les cas subaigus et dans tous les types chroniques accusés. Les réactions négatives (18 p. 100) furent vues dans les scléroses partielles modérées de type interlobulaire.

Au point de vue statistique, la clinique des Mayo accuse 3 095 opérations sur la vésicule et les voies biliaires, avec 293 cas d'inflammation pancréatique, soit 9,5 p. 100. Parmi ces 3095 cas, 394 se rapportent à des calculs du cholédoque, et dans cette série l'inflammation pancréatique se trouvait dans 19 p. 100 des cas (74 cas). Sur les 293 cas de pancréatite, 77 p. 100 s'accompagnaient de lithiase biliaire de la vésicule (52 p. 100) ou du canal cholédoque (25 p. 100). Dans les cas restants, il s'agissait de cholécystite.

F. GARDNER.

L'actynomycose des annexes utérines. (Carl WAGNER. *Surg., gynecol. and obs.*, février 1910). — L'auteur à propos d'une observation donne une description générale de l'affection.

L'aspect macroscopique et microscopique des lésions dans la plupart des cas rappelle celui de la tuberculose. Dans ces cas on n'a pu constater la présence de corps jaunes, réclamée par Bollinger comme nécessaire au diagnostic. Des examens bactériologiques répétés, longs et fastidieux des mêmes pièces doivent être faits pour pouvoir arriver à se faire une opinion sur la pièce suspecte. L'inoculation aux animaux de cultures pures n'a pas été suivie de succès. C'est seulement l'ingestion de pus actynomycosique et de fragments de tissu malade, qui produit chez les animaux des lésions actynomycosiques. Il semble que l'affection ne se propage pas par voie lymphatique et sanguine mais de proche en proche. Le pronostic est favorable quand l'affection est restée limitée aux annexes.

Le traitement réclame l'extirpation radicale avec large drainage, applications de tribomo-phénol-bismuth, ou irrigations avec des solutions de sulfate de cuivre. A l'intérieur on administrera l'iodure de potassium à haute dose (5 grammes), ce qui amènera une cicatrisation rapide du trajet fistuleux.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TISSU MUSCULAIRE

Les recherches de Hedin et Rowland, Vogel, Schmidt-Nielsen, Delrez, Oker-Blom et d'autres nous ont démontré que le tissu musculaire est un des plus riches de l'organisme en ferments de toutes variétés.

Que parmi ces ferments il y en ait qui soient doués de propriétés spécifiques, et que cette spécificité puisse intervenir utilement dans certaines réactions de défense de l'organisme, c'est là encore une hypothèse, mais qui est justifiée par toute une série de faits expérimentaux que nous connaissons seulement depuis une dizaine d'années.

Mais le muscle est riche aussi en certaines substances chimiques, sur le rôle spécial desquelles nous ne savons encore rien.

La nucléine de Siegfried est une des plus intéressantes parmi ces substances. Elle est soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool. Elle passe presque en totalité dans les extraits aqueux de muscle frais. Elle se présente avec les caractères d'un acide faible, donne la réaction de Biuret et ne présente pas celle de Millon. Par l'hydrolyse elle fournit de l'ammoniaque, des acides aminés.

D'après Siegfried, la nucléine a un rôle physiologique très important. Elle aurait la propriété de solubiliser et de permettre la circulation simultanée dans l'organisme de l'acide phosphorique, de la chaux, magnésie et du fer. Le métabolisme de ces substances serait intimement lié à l'existence du nucléon. Siegfried considère donc le nucléon musculaire comme une des substances énergétiques des plus importantes. Or, le nucléon diminue en quantité dans les muscles des animaux fatigués, surmenés ou malades, ainsi que dans les cachexies.

Parmi les ferments du muscle on a isolé récemment l'arginase, la créatase, la créatinase, etc.

Nous avons déjà parlé dans un article du travail de Hein. Rappelons que cet auteur a montré que le muscle est une des parties de l'organisme qui contient le maximum de corps immunisants. Hein a démontré que le muscle est la partie de l'organisme la plus riche en substances antipneumococciques. Carlo Bezzola a confirmé et étendu ces recherches. Il se demande même si les muscles ne doivent pas être considérés comme un siège de formation des anticorps.

Carnot émet l'hypothèse que le muscle est peut-être le siège de formation d'anticorps à l'égard du bacille de la tuberculose et que peut-être ainsi pourrait-on expliquer l'effication de l'opothérapie musculaire dans la tuberculose.

Tous ces travaux viennent donc confirmer l'action efficace de la *musculosine Byla* dans la tuberculose.

La musculosine est du *myoserum* hyperactivé par l'adjonction des catalases et oxydases sanguines.

Il contient en grande quantité ces ferments, tous les ferments spécifiques du tissu musculaire et grâce à une technique spéciale il est actuellement le plus riche des produits existants en *nucléon*.

La musculosine Byla doit être employée dans les anémies, les convalescences, toutes les affections débilitantes.

Mais c'est surtout dans la tuberculose qu'elle constitue un remède héroïque. C'est à Finster (de Montpellier), Ch. Richet et Héricourt que l'on doit l'introduction de ce précieux agent thérapeutique.

Les recherches de Richet fils, Lesné, Lassabière, Galbrailh, Carnot et Delion, Mircoli et Soleri, Mitilesco, Laufer, Maurel, etc., ont construit de solides assises scientifiques à l'opothérapie par le suc musculaire (musculosine Byla).

LIVRES NOUVEAUX

Eléments d'obstétrique (1), par le docteur V. WALLICH, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Lorsqu'a paru la première édition de ce consciencieux ouvrage, j'ai dit ici même tout le bien que j'en pensais, et la rapidité avec laquelle cette édition a été enlevée m'a prouvé que j'étais d'accord avec la généralité des praticiens. La deuxième édition rencontrera la même faveur auprès du public médical, et cela d'autant plus que l'auteur a opéré quelques modifications avantageuses. C'est ainsi qu'il a multiplié les figures, qu'il en a consacré un certain nombre aux manœuvres sur le mannequin, et qu'au lieu de les réunir toutes à la fin du volume, comme dans la précédente édition, il les a réparties au fur et à mesure des questions traitées.

Au résumé, excellent ouvrage excellemment édité.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Tension artérielle en clinique. Sa mesure, sa valeur séméiologique (2), par le docteur Louis GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux de Lyon.

L'étude de la tension artérielle a acquis ces dernières années, en pathologie, une importance que traduisent les nombreux travaux parus sur la question, et la multiplicité des appareils de mesure de la pression sanguine qui ont vu le jour. Cela se conçoit aisément si l'on réfléchit, avec M. Louis Gallavardin, « que la valeur séméiologique de la tension artérielle n'est pas indicatrice du seul état fonctionnel du cœur, mais de l'état du système artériel, des différents viscères, et en premier lieu de celui dont le fonctionnement est lié de façon si intime à l'appareil circulatoire, le rein ».

L'étude d'ensemble que publie M. Louis Gallavardin, et qui comprend une large part de recherches personnelles à l'auteur, vient donc à son heure ; très complète et très clairement exposée elle rendra de grands services aux praticiens, en leur évitant de longues et difficiles recherches dans une foule de mémoires dispersés. A. GAULLIEUR L'HARDY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret du 1er octobre 1910, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Choux.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Petit.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Mandoul et Beau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Bobard et Tibéri.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Hémery, de Gauléjac, Michel et Rigourd.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Jacobson, Hillairet, Corset, Poupardin, Legras, Bosc, Pastour, Laroche, Lafond, Lévy-Franckel, Bory, Giret, Halmagrand, Pacotte, Jaworski, Lévy, Roche, Chavelet, Œchsner de Coninck, Sauvé, Massip, Virlogeux, Auroire, Gillot, Bouvier, Denance, Grandgérard, L'Hoste, Rancier, Guédeney, Bisch, Camoin, Carnot, Boyer, Brissot, Dupuy, Brulé, Bazy, Duru, Adain, Sauvan, Baudrimont, Petit, Vallès, Bonnotte, Dalmas, Limouzi, Maniel, Solacroup, Gibault, Carréga, Sicard, Voinier, Cardot, Paynel, Desqueyroux, Bernadou, Audy, Laporte, Cochet, Azambourg, Hutin, Margot, Albaret, Buscail, Algan, Ravet, Duvernoy, Daniel, Mariel, Magnes et Lancrenon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le docteur en médecine Poan de Sapincourt.

NOTES POUR L'INTERNAT

INFILTRATIONS D'URINE (1)

DÉFINITION. — NAGUÈRE, faisant aux causes mécaniques la part prépondérante dans l'étiologie de l'infiltration d'urine, on la définissait : *la sortie brusque d'une assez grande quantité d'urine dans le tissu cellulaire périurétral*; ce qui la distinguait de l'abcès urineux caractérisé par la très petite quantité et la tendance à l'enkystement.

AUJOURDHUI, avec Albarran, on accorde à l'infection le premier rôle et l'on dit que l'infiltration d'urine est *une périurétrite diffuse purulente ou gangréneuse.* C'est une variété de phlegmon diffus; l'abcès urineux qui a d'ailleurs la même pathogénie est « un phlegmon périurétral circonscrit ».

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Donc, dominée autrefois par la notion d'effusion urineuse, la pathogénie de l'infiltration l'est aujourd'hui par l'idée d'infection périurétrale.

Parmi les causes, il en est où les conditions mécaniques jouent un rôle important dans la production du phlegmon périurétral : ce sont les *ruptures traumatiques de l'urètre.* Mais il s'agit le plus souvent de *causes pathologiques.*

I. CAUSES TRAUMATIQUES. — Les accidents apparaissent à la suite d'un écrasement de la région bulbaire par un choc sur le périnée (chute à califourchon, coup de pied). Ou bien ils viennent compliquer une fracture du bassin. Quelquefois la rupture est due à une fausse route de cathétérisme, à une électrolyse ou à une divulsion urétrale. Plus rarement, il y a eu une simple déchirure de l'urètre pénien pendant l'érection.

Pathogéniquement, dans tous ces cas de rupture, le mécanisme est le même et l'infection y joue le principal rôle. Il y a d'abord hématome périurétral (correspondant cliniquement à une période de tolérance relative); puis l'*hématome s'infecte* et le phlegmon apparaît.

II. CAUSES PATHOLOGIQUES. — Les plus fréquentes. C'est assez rarement une obstruction urétrale par calcul. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un *rétrécissement urétral* d'origine généralement blennorragique. Et c'est chez les vieux rétrécis qu'on observe presque toujours l'infiltration d'urine.

(1) 1 vol. de 718 p. avec 135 fig. 2e édit. — Prix : 8 fr. — Paris, Steinheil.
(2) 1 vol. de 206 p. — Prix : 4 fr. — Paris, Steinheil.

(1) Cette question n'a plus qu'un intérêt rétrospectif. Nous croyons cependant utile de la publier. Les candidats verront ainsi l'une des façons de traiter la question qui leur a été donnée.

La *pathogénie* de ces cas a donné lieu à de longues discussions.

Déjà autrefois Civiale et Hunter croyaient à la formation primitive d'un *abcès périurétral* qui ulcérait la paroi du canal de dehors en dedans déterminant une infiltration secondaire.

Au contraire, tous les classiques avec Woillemier niaient cette ulcération. Pour eux, l'urètre est rendu plus friable par les lésions inflammatoires chroniques au niveau de la poche rétrostricturale et un *excès de pression* sous l'influence d'un effort vésical rompt la poche. D'où effusion brusque de l'urine et à la suite infection du foyer d'infiltration.

Mais on peut observer des infiltrations à la suite de rétrécissements peu serrés, où l'excès de pression semble insuffisant.

D'autre part, comme l'ont fait observer Guyon et Albarran, la vessie du rétréci qui est rétentionniste est par là même parésiée et incapable de produire un effort de rupture. Enfin le liquide infiltré n'a pas toujours les caractères de l'urine, mais souvent ceux d'une sérosité d'œdème septique.

Actuellement, on admet que les deux facteurs du phlegmon péri-urétral sont les lésions antérieures de l'urètre et la septicité de l'urine.

1° *Lésions urétrales antérieures.* — Ce sont des lésions inflammatoires chroniques d'urétrite favorisées par l'existence d'un rétrécissement et la stase dans une poche rétro-stricturale. Le rétrécissement siège le plus souvent à la partie bulbaire.

On trouve, chez ces rétrécis, des inflammations glandulaires et péri-glandulaires, des phlébites du corps spongieux. Les différentes couches de la paroi sont envahies par une infiltration de cellules rondes qui gagne de dedans en dehors. Enfin, souvent, il existe des bourgeons épithéliaux néoformés, nés du revêtement enflammé de l'urètre.

Toutes ces lésions peuvent aboutir parfois à une véritable destruction partielle de l'urètre, et à la perforation succède l'infiltration.

Le plus souvent, l'inoculation n'est pas brusque et directe, mais il y a migration microbienne à travers une paroi altérée mais continue (Bazy-Delbet). Il y a péri-urétrite sans effraction de l'urètre, comme il se fait des phlegmons de la loge sous-maxillaire par inflammation de la muqueuse buccale des phlegmons ischio-rectaux par inflammation de la muqueuse anale. Le début brusque en apparence de l'infiltration est donc préparé par toute une série de lésions progressives.

2° *Septicité de l'urine.* — C'est la cause première. L'urine normale est aseptique, comme l'a démontré Pasteur. Donc, son effusion traumatique ou pathologique dans les tissus ne peut déterminer leur phlegmon et sa quantité n'influe guère sur la gravité des accidents.

Mais l'urine des rétrécis est infectée. On y trouve une flore microbienne très variée, mais dans laquelle domine le *colibacille* (dans les deux tiers des cas) associé surtout au streptocoque et au staphylocoque. A côté d'eux pullulent très souvent des microbes *anaérobies* dont la présence explique, comme dans beaucoup d'autres phlegmons, l'intensité généralement grande des processus gangréneux (surtout micrococcus fœtidus, bacillus fragilis, Cottet et Albarran).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. LÉSIONS. — Ce sont celles du phlegmon diffus en général, c'est dire que les lésions sont successivement :

1° Infiltration séreuse louche avec réaction diapédétique intense ;

2° Puis infiltration verdâtre sans collection de pus, mortification du tissu cellulaire ;

3° Enfin, suppuration plus franche, fusées purulentes, ouverture et élimination lente des escarres.

Mais ce qui domine, dans l'infiltration d'urine, c'est l'intensité et la diffusion rapide des lésions nécrotiques qui, dans certains cas, n'ont pas le temps d'aboutir à la période d'élimination et de suppuration, le malade étant d'abord emporté par la toxi-infection générale.

II. SIÈGE. — Il en existe deux variétés, distinguées par Woillemier, comme il y a deux loges périnéales.

1° *Loge inférieure.* — Elle est limitée en haut par l'aponévrose périnéale moyenne; en bas, par l'aponévrose superficielle, bridée en arrière par la rencontre de ces deux aponévroses, au niveau du nœud central fibreux du périnée. Les anatomistes la désignent parfois sous le nom de loge en crosse de pistolet. C'est la variété de beaucoup la *plus fréquente.* L'infiltration phlegmoneuse s'étend dans le tissu cellulaire du périnée antérieur, du scrotum, de la verge, et ensuite vers les aines et les flancs. Le point de départ de l'infection est dans ce cas presque toujours à l'*urètre membraneux* (siège d'ailleurs fréquent de rétrécissements).

2° *Loge supérieure.* — Elle siège entre l'aponévrose moyenne en bas et le releveur de l'anus en haut. C'est en somme la loge prostatique et la fosse ischio-rectale. L'infiltration dissèque l'aponévrose de Denonvilliers et descend vers la région anale disséquant le rectum. Elle peut gagner la région prévésicale en avant, parfois elle passe dans la loge inférieure.

Pour Albarran, il s'agit toujours dans ces cas, d'ailleurs rares, de périprostatite phlegmoneuse d'*origine prostatique.*

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 19 octobre : MM. Lévi-Franckel, 9; Magniel, 7; Gougelet, 9; Maurel, 13; Vignal, 9; Gastaud, 9; Schmutz, 5; Bideaux, 4; Mallet (Lucien), 11; Théry (Louis), 11; Mazzoléni, 9; Rouffiac, 6.

Anatomie. — Séance du 19 octobre : MM. Bailleul, 9; Pena, 6; Lavalée, 9; Mallet (François), 7; Noël, 9; Besançon, 8; Thouvenin, 11; Maréchal, 10; Pierquin, 5; Marqueste, 4.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Fracture de la clavicule. »

MM. Legac, 17; Legras, 16; Laget, 17; Marie, 15; Manne, 16; Lasmartres, 10; Leray, 15; Joyes-Nouguier, 10; Le Basser, 19 1/2; Lion, 8; Lumierre, 17; Krieger, 10; Loré, 13; Mlle Kaufmann, 16; Maire et Lefort (Robert), 15; Jacquemin (Guillaume), 8; Leduc, 13; Marquet, 15; Liénard, 17.

Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Causes, signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. »

MM. Lemperrière, 17 1/2; Lowenthal, 8; Laffineur, 11; Malassiz, 10; Lépinay, 13; de Léobardy, 17; Lavergne, 16 1/2; Lhomme, 8; Mlle Krassowska, 10; MM. Langlet et Lefort (Emile), 11; Labrue, 12; Lorain, 15; Kleimann, 11; Luizy, 7; Lequin, 4; Oliviéri, 16; Mérigot de Treigny, 14; Monpin, 16.

Anatomie. — Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

MM. Soubaigné, 11; Touchard, 13; Wallon, 14; Romain, 15 1/2; Mlle Simon, 11 1/2; MM. Ullmann, 12; Rousseau (Pierre), 16 1/2; Vincent (Henri), 15 1/2; Solente, 14; Woirin, 12; Mlles Semiechowska, 13 1/2; Urion, 16; MM. St-Martin, 3; Toberlet, 8; Traill, 7; Séménoff, 13; Tisné, 17 1/2; Wallet, 8.

Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Veine cave inférieure. »

MM. Sagot, 10; Mlles Weinzweig, 11; Safonszeff, 18 1/2; MM. Viateau, 7; Xoudis, 12; Rémouit, 6; Tessier (Georges), 17 1/2; Zivy, 9; Selter, 8; Rosset, 8; Younés, 11; Vernon, 4; Yacoël, 16; Tesseyre, 7; Codet, 11; Durupt, 7; Designole, 5.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Petit, Matteï, Bernard, Barbe, Planche, Hayem, Robiolis, Bocca et Nalin.

— Reims. — *Concours pour l'internat et l'externat.* — Un concours est ouvert à l'effet de procéder à la nomination de deux élèves internes et de trois élèves externes en médecine.

Ce concours aura lieu en la salle de l'administration de l'hôpital civil les lundi 7 et mardi 8 novembre 1910 pour l'internat, à huit heures et demie du matin et les mercredi 9 et jeudi 10 novembre 1910 pour l'externat, à huit heures et demie précises du matin.

1° Le concours pour l'internat est ouvert entre tous les élèves des facultés et écoles de médecine de l'Etat, âgés de vingt-cinq ans au plus et pouvant justifier d'une année d'externat.

2° Tous les externes des hôpitaux de Reims ayant une année de nomination sont tenus de prendre part au concours de l'internat, sous peine de déchéance.

3° Le concours pour l'externat sera ouvert entre les élèves de toutes les facultés et écoles de médecine de l'Etat.

Les candidats à l'un et à l'autre concours devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, place Museux, 1, où un registre d'inscription est ouvert à cet effet. — Ce registre sera clos définitivement trois jours avant la date fixée par le concours.

GUERRE. — Les médecins aides-major de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe pour prendre rang du 1er octobre 1910 et ont été maintenus à leurs postes actuels :

MM. Mouchard, au 25e bataillon de chasseurs à pied et Ferron, au 34e d'infanterie.

ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Loyer, étudiant en médecine, classé 52e à la suite du concours de 1910, est nommé élève de l'école principale du service de santé de la marine, en remplacement de M. Giuliani (P.), démissionnaire.

ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — Ont

RENSEIGNEMENTS

été chargés des fonctions de professeur pendant une année, à compter du 1er novembre 1910 :

Chaire d'anatomie : M. le médecin de première classe Avérous.

Chaire de physiologie et d'histologie : M. le médecin de première classe Mailliu. Cet officier du corps de santé sera en plus chargé de la clinique dentaire.

Chaire de physique biologique : M. le pharmacien de première classe Foerster.

En outre, M. le médecin de première classe Lucas, professeur de petite chirurgie et séméiologie médicale, restera chargé, pendant une nouvelle année, des services du laboratoire de bactériologie à l'hôpital maritime de Brest.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante et unième semaine, 758 décès, au lieu de 679 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 105 décès, au lieu de 80 pendant la semaine précédente et au lieu de 95, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 160 décès (moyenne 178).

On compte 3 décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des cas nouveaux signalés est de 5).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. Brémond (de Marseille), J. Chapplain, directeur honoraire de l'École de médecine de Marseille et Lagnoux (de Paris).

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA COQUELUCHE

Par M. R. Bellard.

Ce qui, de tous temps, a frappé l'attention des médecins dans la coqueluche, c'est uniquement le caractère spasmodique des accès. Nous savons aujourd'hui que cette affection est primitivement infectieuse et qu'elle est en outre l'une des plus favorables à l'installation de la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie. A côté du traitement antispasmodique, une médication antiseptique est donc nécessaire.

Plusieurs auteurs ont, à ce point de vue, vanté le thiocol seul qui, d'après eux, abrège sensiblement la durée de cette affection. A notre avis, ce système est un peu trop exclusif. Combattre l'élément pathogène de la maladie par les comprimés Roche de thiocol ou mieux le sirop Roche, c'est évidemment atténuer ou détruire la raison des quintes et les dangers généraux de l'infection. Mais encore faut-il laisser au thiocol le temps d'agir, et comme il n'est pas un antispasmodique, il laisse pendant les deux ou trois premiers jours du traitement subsister la violence des quintes. Aussi, il est préférable, à notre avis, de l'associer à ce moment à la médication directement sédative.

Voici donc comment nous conseillons de traiter cette affection.

Au début, pendant quatre à cinq jours, nous donnons, suivant l'âge, une à quatre cuillerées à café de sirop de belladone et en même temps une à trois cuillerées à café de sirop Roche. Nous assistons alors très nettement à la diminution des quintes. Au bout du cinquième jour nous cessons donc complètement la belladone et nous continuons pendant deux semaines environ le sirop Roche au thiocol ; dès la première semaine de ce traitement, l'amélioration est manifeste, l'enfant tousse peu, les râles muqueux et sibilants disparaissent, les nuits sont calmes, l'état général est meilleur et la convalescence s'établit.

Alors, si le temps le permet, nous conseillons des sorties au grand air, tout en continuant le thiocol.

Par ce moyen, nous avons généralement évité les vomissements, l'ulcération du frein de la langue, les ruptures vasculaires, etc., et surtout nous empêchons la broncho-pneumonie de se produire. La coqueluche est jugulée en quinze jours au plus.

Donc, nous insistons sur ce fait que la belladone doit au début être associée au thiocol, car elle s'opposera d'emblée à l'élément névropathique des quintes. Le sirop Roche, ensuite, continuera ces bons effets, il tarira le catarrhe bronchique et relèvera l'état général, sans le moindre danger de toxicité.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 37, 15 sept. 1910.) Paschkis : Sur la cosmétique. — Wechselmann : Sur les réinjections de dioxydiamido-arsenobenzol. — Von Grosz : L'arsenobenzol contre les affections oculaires syphilitiques. — Bergrath : Sur l'emploi de l'atoxylate de mercure dans le traitement de la syphilis humaine. — Brüns et Genner : L'influence du dépresseur sur le travail du cœur et l'élasticité de l'aorte. — Nonne : Diagnostic entre la sclérose en plaques et la compression de la moelle. — Mendel : Diagnostic et traitement de l'ulcère duodénal. — Joachimsthal : Sur les anomalies des vertèbres congénitales. — Bircher : Sur la question de l'étiologie du goitre. — Gerber : Sur la lèpre. — Münz : La réaction de Wassermann en consultation. — Werthemier-Raffalowitch : Recherches expérimentales sur l'action du pantopon. — Ruheman : La sajodine ferrique.

Medizinische Blætter. — (N° 38 et 39, 17 et 26 sept. 1910.) Hirsch : La diète végétale dans les villes d'eaux. — (N° 40, 1er octobre.) Fürntratt : Sur les épidémies de poliomyélite antérieure, particulièrement en Styrie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 20 sept. 1910.) Grafe : Importance de l'acide oléique pour le diagnostic du carcinome gastrique. — Auscherlick : Observations sur le 606 d'Ehrlich. — Schroen : Etudes sur l'épiphanine de Weichhardt. — Klaumer : Exanthème médicamenteux et hypersensibilité. — Schothmüller : Pachyméningite interne infectieuse aiguë et méningisme. — Kehr : Vingt années de chirurgie de la lithiase biliaire. — Melchior : Sur les dangers de la dilatation forcée du sphincter anal. — Goldschmidt : L'intoxication ascaridienne. — Schaefer : Respiration saccadée. — Kelling : Sur l'ulcère calleux de l'estomac. — Calmann : Myome et glycosurie. — Langer : Sur la présence du spirochète de Schaudinn dans les pustules de vaccine chez les enfants hérédo-syphilitiques. — Reichmann : Sur un cas de leucémie myéloïde atypique sans participation de la moelle osseuse. — Werner : Expériences avec le cycloforme comme anesthésique local. — Stempel : Un cas de luxation irréductible de l'index.

Pester Medizinisch-chirurgische Presse. — (N° 38, 18 sept. 1910.) Loeb : Sur la nature de l'irritation formative. — (N° 39, 25 sept.) Verebely : La tétanie postopératoire. — Loeb : Sur la nature de l'irritation formative.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES SOUFFLES ANORGANIQUES
DE LA RÉGION PRÉCORDIALE

Par le docteur A. CHABANON,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

On désigne, en auscultation cardiaque, sous le nom de souffles anorganiques, des souffles s'entendant au niveau de la région précordiale, rythmés par la révolution cardiaque, et qui ne correspondent a aucune lésion du cœur. Nous ne décrirons pas sous ce titre les souffles dits fonctionnels ; ceux-ci, en effet, bien qu'ils ne soient pas, comme les souffles cardiaques organiques, la traduction de lésions véritables des orifices, s'observent cependant, en général, dans des cas où le cœur est malade, et où tout au moins les orifices sont modifiés.

I

Historique. — Laënnec s'exprime ainsi dans le *Traité de l'auscultation médiate* : « J'ai vu mourir de maladies aigües ou chroniques très variées un assez grand nombre de sujets qui avaient présenté le bruit de soufflet pendant les derniers temps de leur vie et quelquefois pendant plusieurs mois, d'une manière très manifeste, dans le cœur et dans diverses artères; et à l'ouverture de leur corps, je n'ai trouvé aucune lésion organique qui coïncidât constamment avec ces phénomènes, et qui ne se rencontre fréquemment chez des sujets qui ne les ont nullement présentés. Le bruit de soufflet du cœur se rencontre aussi très fréquemment chez des sujets qui n'ont aucune affection de ce viscère. » On voit par cette citation que Laënnec avait parfaitement reconnu et signalé l'existence des souffles anorganiques. Et cependant, après lui, on peut presque dire qu'ils tombent dans l'oubli. Nous aurons bien, au cours de ce travail, à citer les noms de Bouillaud, de Constantin Paul, de Samson, de Barth. Mais c'est seulement avec les travaux de Potain que commence véritablement l'histoire des souffles anorganiques. Cet auteur en décrit minutieusement les caractères : siège, temps de production, variations, etc. Se fondant sur ces derniers, ainsi que sur les expériences de François Franck, il édifie une théorie pathogénique, qui, admise et développée par ses élèves, Barié, Choyan, Mez-Bourian, Cuffer, etc., règne longtemps en maîtresse dans la science.

Tripier et Devic, en 1897, dans leur article Séméiologie du cœur du *Traité de pathologie générale* de Bouchard reprennent cette question, sur laquelle tout semblait avoir été dit par l'école de Potain ; ils font une critique serrée et des faits décrits par le maître parisien et de sa théorie ; ils rejettent, du moins en ce qui concerne les cas communément observés, l'origine cardio-pulmonaire des souffles anorganiques et en font des bruits intra-cardiaques, développés au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

Parmi les travaux récents, nous signalerons les thèses de Magdelaine, de Jousselin, d'Augey, de Ch. Beutter qui étudient surtout une variété rare de souffles cardio-pulmonaires, les souffles diastoliques.

II

Etiologie. — Les souffles anorganiques s'observent le plus ordinairement chez les adolescents et les adultes ; ils s'entendent moins souvent chez le vieillard et sont tout à fait exceptionnels au-dessous de trois ou quatre ans. Chez le vieillard, on a, pour expliquer leur moindre fréquence, invoqué l'emphysème ; et, de fait, nous verrons, en ce qui concerne les souffles cardio-pulmonaires, qu'une des conditions de leur production est la minceur, la souplesse de la lame pulmonaire interposée entre le cœur et la paroi. Quant aux tout jeunes enfants, on peut expliquer chez eux l'extrême rareté des souffles anorganiques, ou tout au moins de ceux dont l'origine est nettement cardio-pulmonaire, en remarquant, avec Jacobi, que chez eux le cœur est relativement gros et très incomplètement recouvert par le poumon, deux conditions défavorables à la production de ce genre de bruits.

C'est dans les affections qui s'accompagnent d'*altérations du sang* que l'on rencontre le plus communément les souffles anorganiques. Ils sont à peu près constants dans la chlorose et très fréquents aussi dans l'anémie pernicieuse progressive. On les observe aussi dans les anémies post-hémorragiques, dans la leucémie et dans toutes les anémies symptomatiques, telles que celles qui viennent compliquer l'impaludisme, l'intoxication saturnine, le cancer, la tuberculose. Signalons également l'existence de souffles anorganiques dans l'ictère et notamment dans les ictères hémolytiques, qui s'accompagnent, on le sait, d'une anémie très marquée.

A côté des anémies, nous devons placer, comme causes de souffles anorganiques, diverses *affections fébriles*, et, parmi elles, celles qui s'accompagnent le plus volontiers d'un état anémique, telles le rhumatisme articulaire aigu : les souffles précoces de l'endocardite rhumatismale sont le plus souvent anorganiques ; ce n'est qu'à une époque relativement tardive de la maladie que les lésions endocardiques ont suffisamment modifié les valvules et les orifices pour donner lieu aux diverses variétés de souffles organiques. La fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, l'érysipèle, la variole hémorragique (Tripier et Devic), voilà autant d'affections au cours desquelles les souffles anorganiques peuvent être observés.

Enfin, ils peuvent s'entendre dans diverses *maladies nerveuses*, au premier rang desquelles il faut placer la maladie de Basedow, où ils sont à peu près constants. Ils sont également fréquents chez les hystériques, les névropathes, neurasthéniques ou autres. Nul doute qu'ici on ne doive invoquer l'influence que peuvent exercer ces états nerveux divers sur la brusquerie, la fréquence et l'intensité de la contraction cardiaque. Nous aurons plus loin à signaler l'influence des émotions sur les variations des souffles anorganiques.

En somme, nous voyons, par l'exposé qui précède, que ces souffles existent surtout dans des maladies qui entraînent soit une adultération du milieu sanguin, soit des modifications de la contraction cardiaque (impulsion plus forte et plus brusque). Nous aurons plus tard, à propos de la discussion pathogénique, à faire état de ces deux données étiologiques.

III

Description clinique. — Nous étudierons successivement le siège des souffles anorganiques, leur temps de production, leurs caractères acoustiques, leur propagation, leurs variations. Nous dirons ensuite quelques mots d'autres phénomènes qui peuvent les accompagner.

Siège. — Potain a établi une division schématique de la région précordiale qui sert de base à la localisation des souffles anorganiques et qui est devenue classique. Notons tout d'abord que les points d'auscultation des souffles anorganiques ne correspondent pas aux foyers des souffles orificiels. Par suite, pour établir le schéma indiqué par Potain, il convient de délimiter aussi exactement que possible l'aire de la grande matité cardiaque, et c'est dans cette surface que l'on distinguera : 1° la *zone basilaire*, correspondant à la base du cœur et à l'origine des gros vaisseaux ; cette zone se subdivise en deux parties : une partie droite ou préaortique et une partie gauche, préinfundibulaire, située au-devant de l'infundibulum de l'artère pulmonaire ; 2° la *zone mésocardiaque* qui correspond à la partie moyenne du cœur ; elle se subdivise en trois régions secondaires d'importance très inégale au point de vue qui nous occupe : tandis que les deux régions sternale et xiphoïdienne sont exceptionnellement le siège de souffles anorganiques, il n'en est pas de même de la portion préventriculaire ; celle-ci occupe le bord gauche de la ligne de matité ; elle correspond à la faible portion du ventricule gauche qui fait partie de la face antérieure du cœur et qui est en grande partie recouverte par le bord du poumon gauche ; 3° enfin, la *zone apexienne*, subdivisée en quatre parties : apexienne proprement dite, correspondant au siège exact de la pointe, sus-apexienne, située un peu au-dessus de la pointe, endapexienne, un peu en dedans, et enfin parapexienne, en dehors de la pointe, sur la ligne apexo-axillaire.

Ceci posé, en quels points de la région précordiale localiserons-nous les souffles anorganiques ? Pour Potain, ces souffles ont trois foyers de prédilection : 1° la zone préinfundibulaire ; 2° la zone préventriculaire, au niveau du troisième espace intercostal et de la quatrième côte, à quatre ou cinq centimètres de la ligne médiane ; 3° la zone parapexienne, à trois centimètres environ en dehors de la pointe. Ils sont encore fréquents dans la région endapexienne, plus rares dans les régions sus-apexienne et aortique, exceptionnels enfin dans les régions sternale et xiphoïdienne. Fait important, ces souffles, d'après Potain et son école, ne se produisent que sur des points où le cœur est recouvert par une lame pulmonaire, et ne s'entendent jamais dans la zone de matité absolue, c'est-à-dire là où le cœur est en contact direct avec la paroi.

Tout autre est l'opinion soutenue par Tripier et Devic. Nous verrons plus loin leur conception pathogénique ; disons seulement ici que ces auteurs admettent comme étant d'observation courante, les autres étant des raretés, un seul souffle anorganique, qu'ils dénomment souffle anémique de la base. Ce souffle, d'après eux, s'entend au niveau de la partie interne des deuxième et troisième espaces intercostaux, près du bord gauche du sternum, avec maximum dans l'un ou l'autre de ces deux espaces, suivant qu'il est fort ou faible.

D'autres auteurs décrivent, sous le nom de souffles anémiques de la pointe, des souffles anorganiques plus ou moins localisés à cette région et pouvant être confondus avec le souffle de l'insuffisance mitrale.

Temps de production. — Quelles que soient leurs conceptions pathogéniques, tous les auteurs admettent que l'immense majorité des souffles anorganiques appartiennent à la phase systolique de la révolution cardiaque. Mais les divergences commencent quand il s'agit de préciser leurs rapports exacts avec la systole. Potain admet qu'ils n'occupent qu'une partie de cette dernière ; ils sont *méro-systoliques*, pouvant se produire au début, au milieu, ou à la fin de la systole et méritant ainsi d'être appelés proto, méso, télé ou post-systoliques.

Pour Tripier et Devic, le souffle anémique de la base, qui représente d'après eux, comme nous venons de le voir, l'immense majorité des souffles anorganiques, est franchement systolique : il débute avec le premier bruit, occupe tout le petit silence, pendant lequel il décroît progressivement d'intensité, puis se renforce à la fin du petit silence, pour se terminer exactement au deuxième bruit.

Existe-t-il des souffles anorganiques *diastoliques?* C'est là un point controversé. Tandis que certains auteurs les nient complètement, d'autres les admettent. Ces souffles sont, en tout cas, extrêmement rares. Durozier en a nettement signalé l'existence. Potain (*Clin. de la Charité*, 1894) les décrit en détail. Depuis lors, ces souffles ont fait l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons : la thèse de Magdelaine qui en rapporte quinze observations, dont quelques-unes avec autopsie, les communications de Huchard et de Chauffard à la Société médicale des hôpitaux, la thèse de Jousselin, inspirée par J. Teissier, qui en signale la valeur dans le diagnostic précoce des aortites, les thèses de Augey et de Ch. Beutter. Citons également l'observation publiée par Gallavardin et Ch. Beutter, observation avec autopsie d'un malade chez lequel une lame antérieure du poumon droit se trouvait « fixée à la base du cœur et rendue solidaire de ses mouvements par une triple symphyse pleurale, pleuro-péricardique et péricardique », démontrant ainsi clairement l'origine cardio-pulmonaire du souffle. L'existence de souffles anorganiques diastoliques nous paraît donc bien établie. Le caractère essentiel de ces souffles est d'être mésodiastoliques (Barié, Magdelaine, Jousselin, Augey) ; ils débutent un peu après le claquement sigmoïdien et cessent un peu avant le premier bruit de la révolution cardiaque suivante. Il s'agit là de souffles reconnus par tous comme étant d'origine cardio-pulmonaire. A côté d'eux, et indépendamment des souffles d'insuffisance aortique fonctionnelle, on a signalé des souffles anorganiques diastoliques d'origine indéterminée, au cours de la chlorose (Durozier), de l'anémie pernicieuse (Sahli). Weill, Cabot et Locke ont signalé des faits analogues.

Caractères acoustiques. — Le *timbre* des souffles anorganiques est ordinairement doux, aspiratif, superficiel. Toutefois Tripier et Devic, dans leur description du souffle anémique de la base, admettent qu'il est tantôt doux, tantôt rude et même granuleux. Les souffles anorganiques diastoliques sont souvent aussi rudes et râpeux et Ch. Beutter, dans sa thèse, note qu'on a pu les trouver parfois avec des caractères intermédiaires entre ceux d'un souffle et ceux

d'un frottement; dans une des observations de cet auteur, il est même noté comme un peu musical. Mais il s'agit là de raretés cliniques.

La *tonalité* est ordinairement peu élevée, d'après les classiques. Le souffle anémique de la base a au contraire, pour Tripier et Devic, une tonalité plus élevée que celle des souffles organiques.

Quant à l'*intensité* des souffles anorganiques, elle n'est jamais très considérable. Cependant Barié a rapporté un cas où le souffle était perçu à distance.

Propagation. — L'opinion classique à ce sujet depuis Potain consiste à admettre l'absence totale de propagation. Les souffles anorganiques naissent et meurent sur place comme les frottements péricardiques. Là encore, nous nous trouvons, avec Tripier et Devic, en face d'une opinion différente. C'est à tort, suivant les auteurs lyonnais, que l'on a voulu localiser aussi nettement le souffle anorganique : il présente toujours un certain degré de propagation. Il peut, il est vrai, rester limité à son foyer maximum, qui se trouve, comme nous l'avons vu plus haut, au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux gauches, mais le plus souvent il se propage sur une grande partie de la région précordiale; toutefois, il ne s'entend pas ou s'entend peu en dehors de cette région, et jamais dans les vaisseaux du cou. La non-propagation dont on a fait longtemps un des caractères distinctifs essentiels des souffles anorganiques, n'est donc plus admise sans conteste. Ch. Beutter signale, lui aussi, dans trois observations la propagation du souffle anorganique diastolique jusqu'à l'appendice xiphoïde et à la pointe.

Variations. — La variabilité des souffles anorganiques est un de leurs caractères les plus importants. Il leur est commun à tous et il est admis par tous les auteurs, quelles que soient leurs idées doctrinales sur la pathogénie de ces bruits. Les souffles anorganiques varient suivant les moments, suivant la rapidité plus ou moins grande des battements cardiaques, suivant la position du malade; ils peuvent varier encore avec la pression du sthétoscope ou avec les mouvements respiratoires.

a. Il est d'observation courante de voir les souffles anorganiques changer d'un jour à l'autre. Entendus à un premier examen, ils peuvent disparaître le lendemain pour réapparaître plus tard. C'est là un caractère de grande valeur pour le diagnostic.

b. Ils peuvent varier aussi suivant la plus ou moins grande rapidité des contractions cardiaques; et là nous retrouvons l'influence, déjà signalée plus haut, des exercices violents, des émotions. On connaît ce que Potain appelait les souffles de consultation, les souffles du conseil de revision.

c. La position du malade influe également sur les souffles anorganiques. Ordinairement plus intenses dans le décubitus horizontal, ils s'atténuent beaucoup et peuvent même disparaître complètement dans la position assise ou dans la station debout.

d. Il en est de même pour la pression plus ou moins grande que le médecin exerce avec le sthétoscope, et cela est surtout manifeste, comme l'a indiqué Weill, chez les enfants, dont la paroi thoracique est douée, comme chacun sait, d'une plus grande élasticité.

e. Enfin les souffles anorganiques sont susceptibles d'être influencés par les *mouvements respiratoires* et ce sont là celles de leurs variations qui sont les plus intéressantes à étudier. La plupart d'entre eux présentent leur maximum de netteté et d'intensité pendant l'*expiration*; pendant l'inspiration au contraire ils s'atténuent et peuvent même disparaître. Ces variations respiratoires des souffles anorganiques sont un des phénomènes sur lesquels se fondait Potain pour établir sa théorie pathogénique. Cet auteur admet en effet que le souffle peut non seulement se modifier suivant qu'on l'ausculte à l'une ou à l'autre des deux phases de la respiration, mais encore qu'il peut se transformer en respiration saccadée par suite de l'exagération d'amplitude des mouvements respiratoires et il voit là une preuve de l'origine cardio-pulmonaire de ces bruits. Nous reviendrons sur ces faits quand nous étudierons la pathogénie et nous verrons que Tripier et Devic n'admettent pas cette transformation des souffles anorganiques en bruit respiratoire.

Ici se place le phénomène décrit sous le nom de *respiration à rythme systolique*. Le bruit respiratoire, à l'état normal, est un bruit continu. Mais dans certains cas, il peut être, pour ainsi dire, morcelé par les bruits cardiaques, de telle manière qu'on a l'impression d'une suite de petits souffles rythmés par la systole et se substituant au bruit respiratoire continu. Potain admet que ces souffles peuvent se produire aussi bien pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Tripier et Devic pensent au contraire que ces bruits ont toujours lieu pendant l'inspiration et décrivent le phénomène sous le nom d'*inspiration à rythme systolique*. « Au moment de l'inspiration, on perçoit, suivant la rapidité du cœur et des mouvements respiratoires, quatre à six petits souffles brefs coïncidant exactement avec la systole et donnant l'impression d'une inspiration fragmentée et en quelque sorte hachée par les systoles cardiaques. D'après Tripier et Devic, cette inspiration à rythme systolique présenterait deux sièges d'élection : la base du cœur et un point situé un peu en dehors du cœur sur la ligne apexo-axillaire, où on la rencontre assez souvent. » (Gallavardin.)

Nous avons eu jusqu'à présent en vue les souffles anorganiques les plus fréquents, c'est-à-dire les souffles systoliques. Les souffles diastoliques, beaucoup plus rares comme nous l'avons dit, présentent aussi des relations intéressantes avec les mouvements respiratoires. Contrairement aux précédents, ils présentent leur plus grande netteté pendant l'*inspiration*. Parfois même, ainsi que le note Ch. Beutter dans quatre des observations relatées dans sa thèse, ces souffles sont uniquement perceptibles pendant l'inspiration. Gallavardin et Beutter ont proposé de donner à ce phénomène le nom d'*inspiration à rythme diastolique*, par analogie avec l'inspiration à rythme systolique de Tripier et Devic.

Phénomènes concomitants. — Il nous reste à étudier, sous ce titre, les rapports qu'affectent les souffles anorganiques avec les bruits normaux du cœur, avec les bruits qui peuvent leur être associés et enfin avec d'autres signes fournis par la palpation ou par l'inspection de la région précordiale.

a. Ainsi que l'a bien montré Durozier, les souffles anorganiques ne se substituent jamais aux deux bruits normaux, comme le font souvent les souffles organiques. Ils se superposent à eux, mais on peut toujours, sous le bruit de souffle, retrouver le claquement normal, notamment en faisant varier la pression du sthétoscope, de même que l'on peut voir les

différents plans d'une préparation microscopique en faisant varier le point.

b. Les souffles anorganiques peuvent coexister avec des souffles organiques. « Il n'est aucune des affections organiques du cœur, dit Potain, qui ne puisse s'accompagner de bruits anorganiques en quelque sorte supplémentaires. Et l'on comprend assez les embarras et les incertitudes que cela peut introduire dans la séméiologie cardiaque. » On comprend que les difficultés d'interprétation seront surtout grandes au cours des affections susceptibles de donner naissance aux deux catégories de souffles, dans le rhumatisme articulaire aigu, par exemple.

c. On peut également noter la coexistence, chez le même sujet, de plusieurs souffles anorganiques. Beutter rapporte l'observation d'un malade chez lequel on entendait deux souffles cardio-pulmonaires, l'un systolique, l'autre diastolique. Huchard a publié également un cas où des souffles cardio-pulmonaires multiples très intenses avaient simulé un rétrécissement mitral avec insuffisance et une insuffisance aortique.

d. Notons enfin, comme autres phénomènes concomitants, les dépressions de la paroi signalées par Potain. Ces dépressions, synchrones avec le souffle, seraient susceptibles d'être enregistrées au cardiographe. De leur côté, Tripier et Devic signalent comme phénomène accompagnant le souffle anémique de la base, une impulsion cardiaque au niveau du foyer de ce souffle, parfois seulement un petit choc, ou encore un frémissement court et superficiel, tous phénomènes perceptibles à la palpation.

IV

Diagnostic. — Tels sont les principaux caractères des souffles anorganiques. C'est sur eux que s'appuiera le clinicien pour en faire le diagnostic. Mais tous n'ont pas la même valeur. Le siège du souffle a une grande importance, car les foyers d'élection des souffles anorganiques sont en général différents de ceux des souffles orificiels. L'absence de propagation n'a peut-être pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois, puisque nous avons vu Tripier et Devic et quelques autres admettre que le souffle anorganique se propage toujours un peu. Les caractères acoustiques, timbre, tonalité, intensité, n'ont qu'une valeur assez restreinte, le souffle anorganique pouvant parfois se montrer rude et même râpeux et présenter une certaine intensité. Notons, comme signe distinctif plus caractéristique, le fait que le souffle anorganique se superpose aux bruits normaux sans se substituer à eux. Mais, en définitive, le caractère le plus important des souffles qui nous occupent ici, c'est leur *variabilité*; lorsque l'on reconnaît qu'un souffle cardiaque change de caractères avec la position du malade, avec le plus ou moins de rapidité du cœur, suivant qu'on appuie plus ou moins le sthétoscope, lorsqu'on l'entend avec plus de netteté pendant l'expiration, enfin et surtout si l'on a l'occasion de voir disparaître le lendemain un souffle que l'on avait entendu la veille, on pourra affirmer la nature anorganique de ce souffle.

Mais, dans bien des cas, les caractères du bruit anormal sont beaucoup moins tranchés et l'on reste exposé à le confondre : avec un souffle organique, avec le frottement péricardique, et avec certains bruits pulmonaires ou pleuraux.

a. Nous ne saurions nous étendre ici sur les considérations auxquelles pourrait prêter le diagnostic entre les souffles anorganiques et ceux qui sont liés à des lésions orificielles. Rappelons seulement que ceux-ci ont pour caractéristiques les plus frappantes : leur siège aux foyers d'auscultation des différents orifices, leur propagation dans un sens déterminé, bien connu pour chacun d'eux, leur fixité et leur persistance ; enfin ils présentent plus volontiers une grande intensité ou un timbre râpeux et rude.

b. Les frottements péricardiques se distinguent par leur rythme spécial. Chevauchant, pour ainsi dire, sur les bruits normaux, ils donnent l'impression d'un bruit de va-et-vient, parfois d'un bruit de locomotive ; ils sont en général superficiels et remarquables par leur rudesse : bruit de selle, bruit de cuir neuf, etc. Cependant on a signalé des frottements péricardiques doux, légers, simulant des souffles (Tripier et Devic, Soulier).

c. Indépendamment des bruits qui constituent l'inspiration à rythme systolique de Tripier et Devic ou l'inspiration à rythme diastolique de Gallavardin et Beutter, et qui, eux, rentrent nettement dans la classe des souffles cardio-pulmonaires, on peut observer certains bruits pulmonaires ou pleuraux rythmés par la révolution cardiaque et pouvant prêter à confusion. Nous n'y insisterons pas, car ce sont des faits assez exceptionnels. C'est ainsi que Skoda, Barth et Roger, Choyau, Aubertin ont signalé des frottements pleuraux rythmés par le cœur et simulant des souffles. Egalement certains bruits pathologiques prenant leur origine dans un poumon plus ou moins altéré peuvent être rythmés par le cœur (bruits de Choyau) : c'est le cas pour certains bruits cavitaires (souffles et râles caverneux) prenant naissance dans une caverne située au voisinage du cœur ; de même chez certains tuberculeux moins avancés, on a pu observer des râles pulsatiles.

V

Pathogénie. — De très nombreuses théories ont été successivement émises pour expliquer le mécanisme des souffles anorganiques. Un certain nombre d'entre elles n'ont d'ailleurs plus guère aujourd'hui qu'un intérêt historique. Les travaux de Potain ont fait faire un tel progrès à cette question que la théorie de ce maître fut à peu près universellement admise et, pendant longtemps, relégua dans l'oubli les essais d'explication qui s'étaient fait jour avant lui. Mais, depuis lors, l'École de Lyon, à la suite de Tripier et Devic, tend à réagir contre les idées de Potain, et, de fait, ces auteurs ont apporté à ce chapitre de nosographie une contribution dont il est impossible de ne pas tenir compte. Cela étant, nous diviserons cette étude pathogénique en trois parties : nous indiquerons d'abord sommairement les principales théories qui avaient cours avant les travaux de Potain, puis nous exposerons la théorie de ce dernier, et enfin nous résumerons la critique que Tripier et Devic ont faite de cette théorie et l'explication qu'ils proposent eux-mêmes.

A. **Théories anciennes.** — On a surtout cherché aux souffles anorganiques une origine musculaire, une origine sanguine, une origine orificielle et valvulaire.

a. ORIGINE MUSCULAIRE. — C'est la théorie que proposait Laënnec, qui, comme nous l'avons vu, découvrit le premier les souffles anorganiques. Pour lui, ces souffles ne seraient autre chose que la traduction acoustique de contractions cardiaques plus

violentes qu'à l'état normal. On a objecté depuis longtemps à cette théorie que le bruit de souffle anorganique, pas plus qu'aucun autre souffle, ne présente nullement le caractère de bruit musculaire. D'autre part l'idée qu'il pourrait se produire au niveau du cœur des bruits relevant de la tétanisation musculaire est en contradiction avec ce que nous savons de la physiologie du myocarde.

b. Origine sanguine. — « Le bruit de soufflet, qui est un signe précieux des rétrécissements et de l'insuffisance des valvules et qui peut même faire découvrir les cavités et la valvule où siège la maladie, se manifeste dans les circonstances les plus variées : quantité plus considérable de sang ; diminution de quantité de ce fluide ; qualité plus stimulante ; hydroémie ; état nerveux, chlorotique ; déperdition rapide du sang, ne sont-ce pas là les conditions variées qui souvent président à la production du symptôme ? » Ainsi s'exprime Monneret, l'un des auteurs qui ont le plus insisté sur l'origine sanguine des souffles anorganiques. C'est là, il faut l'avouer, une théorie plus plausible que la précédente et qui renferme incontestablement une part de vérité. Elle est d'ailleurs en conformité avec les données étiologiques qui nous montrent la fréquence des souffles anorganiques au cours des diverses anémies et, plus généralement, des maladies qui s'accompagnent à un degré quelconque d'altérations du milieu sanguin. Il était donc naturel de chercher dans les modifications chimiques du sang la cause de ces bruits anormaux. Certains auteurs ont incriminé la teneur plus ou moins grande du sang en oxygène. D'autres ont invoqué la diminution de la densité du sang, que celle-ci soit due elle-même à une rapide déglobulisation ou au contraire à l'augmentation de la masse liquide, à l'hydrémie (Bouillaud). Marey invoque de son côté l'abaissement de la tension sanguine. Potain enfin a lui aussi admis que dans certaines anémies post-hémorragiques on peut entendre des souffles sanguins, au foyer aortique notamment. « L'importance des modifications du sang, dans la genèse des souffles cardiaques anorganiques, n'est pas douteuse, et il est de notion vulgaire que le sang *chante* plus facilement chez les chlorotiques et les anémiques ; mais il est difficile de préciser, parmi les nombreuses altérations que peut présenter ce liquide, celles qui influent réellement sur la production des souffles, ainsi que la raison physique de cette action. » (Gallavardin.) Nous verrons plus loin que Tripier et Devic, eux aussi, font de l'altération sanguine une des conditions essentielles de la production des souffles anorganiques ; mais pour eux la modification chimique ou histologique n'agit qu'en modifiant l'impulsion cardiaque.

c. Origine orificielle et valvulaire. — Nous ne nous arrêterons pas à la théorie de Sansom ; cet auteur pensait que, chez les anémiques, l'infundibulum de l'artère pulmonaire était animé de « trémulations » qui, en agitant le sang dans l'intérieur de cet entonnoir musculaire, étaient la cause du bruit de souffle. Mais dans cet ordre d'idées, on a surtout cherché la cause des souffles anorganiques soit dans des rétrécissements, soit dans des insuffisances fonctionnelles des divers orifices du cœur. Constantin Paul invoquait un spasme de l'artère pulmonaire (souffle anémo-spasmodique), Bondet le rétrécissement aortique. L'hypothèse d'un spasme vasculaire est bien difficile à vérifier. D'autre part, pour qu'un spasme pût entraîner un souffle, il faudrait qu'il se produisît comme la contraction d'un sphincter (Cassaët), c'est-à-dire transversalement et en un point limité, de manière à produire des différences notables de calibre. On sait, en effet, que, comme l'ont démontré Chauveau et Marey, les bruits de souffle qui naissent à l'intérieur du système circulatoire sont dus à la formation d'une veine fluide qui elle-même ne se produit que si le sang passe d'un point rétréci dans un point plus large.

D'autres auteurs ont voulu voir l'origine des souffles anémiques dans des insuffisances fonctionnelles des valvules. Parrot incriminait la valvule tricuspide, d'autres, comme Naunyn, Balfour, la valvule mitrale. D'une part l'augmentation de la pression sanguine, comme Huchard l'a signalée au niveau des capillaires chez les chlorotiques, d'autre part le surmenage du cœur, son défaut de résistance aboutiraient à ce résultat : la dilatation en masse des cavités cardiaques et l'élargissement des orifices que les valvules, organes membraneux incapables d'hypertrophie compensatrice, ne parviennent plus à obturer. Certains invoquent, comme cause adjuvante de ces insuffisances, la parésie des muscles papillaires, mais il ne s'agit là que d'une hypothèse dont la vérification, là aussi, paraît impossible.

Que faut-il penser de cette pathogénie ? Sans doute, l'existence au niveau des orifices du cœur d'insuffisances fonctionnelles est réelle. Sans parler de l'insuffisance fonctionnelle de la tricuspide qui est commune dans tous les cas de dilatation marquée des cavités droites, on peut observer des insuffisances de même ordre au niveau des orifices artériels, et Beutter les étudie dans sa thèse déjà citée. Pour lui, il est vrai, l'existence d'une insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire est tout hypothétique et il n'en existe pas d'observation probante. Mais il n'en est pas de même au niveau des sigmoïdes aortiques, bien que le fait soit rare, car il exige, notamment en ce qui concerne la pression, des conditions rarement réalisées en clinique. Enfin, l'existence d'un souffle mitral fonctionnel n'est pas douteuse, bien que la fréquence en soit discutée. Tandis que Potain dit n'en avoir observé que quatre cas, d'autres auteurs le considèrent comme très fréquent. « Il existe dans bien des cas, dit Gallavardin, chez des malades présentant un cœur hypertrophié et l'aspect de cardiaques, un souffle systolique de la pointe, en jet de vapeur, parfois intense, se propageant nettement en dehors de la pointe, simulant à s'y méprendre l'insuffisance mitrale organique et faisant bien souvent porter ce diagnostic aux débutants, alors que l'autopsie révèle l'absence de toute lésion au niveau de la mitrale. » Ce souffle s'observe dans les affections entraînant la dilatation du ventricule gauche : cœur de Traube, myocardite chronique, symphyse cardiaque, etc.

En somme, il s'agit là de souffles qui ont bien leur réalité clinique, mais on ne saurait par ce mécanisme expliquer tous les souffles anorganiques ou, pour mieux dire, ces souffles d'insuffisances fonctionnelles sont précisément ceux que nous avons éliminés de notre étude dès le début, et les souffles communément observés chez les anémiques, les nerveux, les basedowiens, etc., ne relèvent pas de la même pathogénie.

Il nous faut donc examiner maintenant les deux théories qui restent en présence : celle de Potain et celle de Tripier et Devic.

B. **Théorie de Potain.** — Laënnec, et après lui quelques auteurs anglais, avaient émis déjà l'idée que certains souffles anorganiques pourraient bien être la traduction de phénomènes qui se passeraient dans le poumon. C'est bien néanmoins à Potain que l'on doit la première théorie complète de l'origine cardio-pulmonaire des souffles anorganiques. Pour l'édifier, Potain se fonde sur trois ordres de faits : 1° sur les rapports des lames pulmonaires avec le cœur; 2° sur des faits expérimentaux; 3° sur les caractères mêmes des souffles anorganiques.

a. Tout d'abord, admet Potain, ces souffles s'entendent toujours en des points de la région précordiale où le cœur se trouve recouvert par une lame pulmonaire. Il reconnaît, à vrai dire, qu'à l'autopsie des malades il est souvent impossible de vérifier le fait, car le poumon, en se rétractant, a abandonné les points où il se trouvait pendant la vie. Mais, sur le vivant, on peut, par la percussion, se rendre compte de la présence des lames pulmonaires au niveau des foyers des souffles, et c'est ainsi que ces derniers ne s'entendent jamais dans la zone de matité absolue.

b. Les faits expérimentaux sur lesquels s'appuie Potain consistent en une expérience due à François Franck. Chez des chiens, au moyen d'un crochet introduit dans la cavité pleurale, on peut, à volonté, récliner ou laisser revenir au-devant du cœur le bord antérieur du poumon gauche et, dans ces conditions, on assiste à l'apparition et à la disparition successive du souffle suivant la situation de la lame pulmonaire.

c. Enfin, les caractères mêmes des souffles anorganiques sont en faveur de leur origine cardio-pulmonaire. Nous avons suffisamment insisté plus haut sur ces caractères sans qu'il soit besoin d'y revenir en détail. Rappelons seulement leur caractère *mérosystolique*, leur variabilité, leur absence de propagation, enfin et surtout leurs variations respiratoires et leur transformation possible en respiration saccadée, tels sont, suivant Potain, les caractères qui plaident le plus en faveur de la nature pulmonaire de ces bruits.

Cette origine étant admise, quel est le mécanisme des souffles extra-cardiaques ? Au moment de la systole, le cœur effectue un mouvement de retrait qui l'éloigne de la paroi thoracique et qui se traduit extérieurement par une dépression de cette paroi. Cette dépression, nous avons eu déjà l'occasion de la signaler et nous avons vu qu'elle pouvait s'enregistrer au cardiographe. Le mouvement de retrait est surtout marqué en deux points : la région préinfundibulaire et la région préventriculaire gauche qui sont précisément les points où les souffles anorganiques s'entendent le plus souvent. Que va-t-il se passer au moment où le cœur s'éloigne ainsi de la paroi? La lame pulmonaire interposée entre cette dernière et le cœur et qui, à la fin de la diastole, était comprimée entre ces deux plans par suite de l'état de réplétion des cavités ventriculaires, cesse brusquement de l'être au moment du mouvement de retrait en question. Il se produit alors, en ce point limité du poumon, une aspiration, un appel d'air, en même temps qu'un mouvement d'expansion, aspiration et expansion qui donnent naissance au bruit de souffle. Certaines dispositions anatomiques favorisent la production du phénomène. Ce sont d'abord les adhérences pleuro-pulmonaires et pleuro-péricardiques, en fixant le bord du poumon au-devant du cœur. D'autre part, la petitesse du cœur, la rapidité et la brusquerie de ses mouvements sont autant de conditions favorables. Il faut encore, pour que le bruit de souffle se produise suivant le mécanisme sus-indiqué, que la lame pulmonaire interposée entre le cœur et la paroi soit mince et compressible. Si, en effet, elle ne se laisse pas en quelque sorte aplatir pendant la réplétion diastolique des ventricules, il ne saurait y avoir décompression au moment de la systole, partant pas de souffle. C'est pour cette raison que les souffles cardio-pulmonaires sont exceptionnels chez les emphysémateux.

Tel est, dans la conception de Potain, le mécanisme général des souffles anorganiques. Ce sont donc des souffles extra-cardiaques, cardio-pulmonaires, dus à une aspiration rapide et localisée se produisant au moment du retrait systolique du cœur dans la portion du poumon interposée entre cet organe et la paroi thoracique.

Avant d'entrer dans la discussion de cette théorie et d'exposer les idées de Tripier et Devic à son sujet, il convient de dire quelques mots du mécanisme des *souffles anorganiques diastoliques*. L'immense majorité de ces souffles est en effet considérée par tous les auteurs comme étant d'origine cardio-pulmonaire. Au moment de la diastole du cœur, les gros vaisseaux de la base et principalement l'aorte, qui, pendant la systole, avaient été fortement distendus par l'ondée sanguine, reviennent sur eux-mêmes. Il en résulte que la lame pulmonaire voisine est le siège d'une aspiration localisée absolument comparable à celle qui se produit dans les zones préinfundibulaire ou préventriculaire, au moment de la systole. Ceci posé, les conditions qui favoriseront la production du souffle seront les suivantes : « Ou bien il faut que les mouvements des organes constituant la base du cœur aient une amplitude exagérée, ou bien il faut que les rapports entre le cœur et le poumon soient devenus tellement intimes, que leur influence réciproque soit considérablement augmentée et qu'ils soient devenus solidaires l'un de l'autre. » (Beutter.) La première de ces conditions se trouve réalisée dans les cas où, comme le veut J. Teissier, le souffle anorganique diastolique se montre comme signe précoce d'aortite; l'aorte alors se laisserait distendre davantage pendant la systole et le retrait diastolique en serait plus accentué et plus brusque. La deuxième condition était admirablement réalisée dans le cas de Gallavardin et Beutter, déjà cité plus haut, et dans lequel une triple symphyse, pleuro-pulmonaire, pleuro-péricardique et péricardique, fixait une lame pulmonaire à l'aorte et la rendait solidaire des mouvements de ce vaisseau.

C. **Théorie de Tripier et Devic.** — Exposée et défendue avec talent par un maître dont l'autorité était si grande en pathologie cardiaque, offrant une explication claire, séduisante, et qui semblait cadrer d'une façon parfaite avec les faits, la théorie de Potain ne pouvait manquer d'être acceptée par la grande majorité des médecins, d'autant que c'était la première fois que la question était ainsi fouillée dans tous ses détails. L'origine cardio-pulmonaire de tous les souffles anorganiques ne fit donc, pour ainsi dire, pas de doute, et souffle extra-cardiaque devint synonyme de souffle anorganique. Pourtant quelques rares auteurs s'élevèrent contre ce que la théorie avait de trop absolu, et Durozier disait en parlant des

souffles de la chlorose : « Au-dessus de la clavicule, bruits vasculaires; au-dessous, bruits extra-cardiaques pulmonaires. La clavicule peut-elle ressembler aux Pyrénées? Pourquoi ne pas faire des souffles veineux du cou des souffles extra-cardiaques? » Mais ce n'était là qu'une boutade, et il nous faut arriver au travail de Tripier et Devic pour trouver une critique minutieuse des idées de Potain en même temps qu'une pathogénie nouvelle. Mais avant d'entrer dans le détail de cette critique et de cette pathogénie, il importe de faire remarquer que Tripier et Devic ne rejettent pas totalement l'existence des souffles cardio-pulmonaires. Ce qu'ils repoussent, c'est la théorie de Potain en tant qu'elle prétend s'appliquer à la totalité des souffles anorganiques. Pour eux souffle anorganique et souffle extra-cardiaque ne sont pas des termes synonymes. Les souffles extra-cardiaques, cardio-pulmonaires existent, mais sont extrêmement rares. Les souffles anorganiques que l'on observe couramment sont *intra-cardiaques* et dus à l'anémie.

Voyons donc maintenant comment Tripier et Devic, prenant un à un les arguments de Potain, s'efforcent de les réfuter, et comment à leur tour ils cherchent à expliquer les souffles anorganiques.

a. Potain donne trois preuves de l'origine pulmonaire des souffles en question. Ces preuves, nous les avons exposées plus haut. La première invoque le siège constant des souffles anorganiques au niveau de points où le poumon vient s'interposer entre le cœur et la paroi. Les auteurs lyonnais ont au contraire noté avec une grande fréquence la présence des souffles anorganiques en des points où le cœur est directement en contact avec la paroi. On le vérifie, à l'autopsie, en enfonçant des aiguilles au niveau des points où, pendant la vie, s'entendait le souffle. Or, Potain lui-même reconnaît que la présence du poumon ne se vérifie généralement pas dans les autopsies, mais qu'il suffit pour la démontrer de s'appuyer sur les données de l'examen clinique et, notamment, de la percussion. Mais c'est là, pensent Tripier et Devic, une preuve assez précaire, car les résultats de la percussion sont trop souvent vagues et incertains pour pouvoir ainsi servir de base à une théorie. Pour eux, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, les souffles anorganiques ont un siège d'élection : c'est la région infundibulaire, partie de la base où on perçoit le mieux l'impulsion systolique du cœur et où l'on peut voir un soulèvement de la paroi synchrone avec le souffle.

La deuxième preuve s'appuie sur les expériences citées plus haut de François Franck, chez des chiens. Tripier et Devic ne leur accordent pas grande valeur. Pour eux le crochet au moyen duquel on vient modifier les rapports du poumon et du cœur ne peut manquer de modifier aussi les rapports du cœur avec la paroi, ainsi que la modalité des contractions cardiaques. Ce sont là des conditions spéciales qui pourront être invoquées dans la production des souffles.

La troisième preuve enfin réside dans les variations du souffle en rapport avec les mouvements respiratoires et surtout sa transformation possible en respiration saccadée. Tripier et Devic n'admettent pas cette transformation. En dehors du phénomène de l'inspiration à rythme systolique, ils n'ont jamais vu de souffle cardiaque se transformer en bruit respiratoire.

Après avoir ainsi combattu les preuves fondamentales de la théorie cardio-pulmonaire, Tripier et Devic en arrivent à discuter le mécanisme même des souffles tel que le comprend Potain. Nous avons vu que, pour celui-ci, le souffle est produit par une aspiration d'air dans la languette pulmonaire précordiale, aspiration accompagnée d'expansion, au moment du retrait systolique du cœur. Mais est-il démontré que ce retrait produise un vide suffisant pour aspirer ainsi l'air du poumon voisin? Tripier et Devic ne le pensent pas. Du reste, nous le savons, le souffle est surtout marqué pendant l'expiration; il faudrait donc que le vide invoqué fût assez puissant pour produire l'aspiration du poumon à un moment où l'ensemble de cet organe tend à revenir sur lui-même, par suite de son élasticité, en chassant l'air qu'il renferme à son intérieur, et où son bord antérieur tend de ce fait à se porter dans une direction inverse de celle qu'il lui faudrait prendre pour venir réaliser au-devant du cœur le mouvement d'expansion dont parle Potain. En d'autres termes, on conçoit difficilement qu'un léger mouvement de recul du cœur puisse venir contrarier la force élastique du poumon. Admettons cependant que le fait soit possible et que, pendant la systole, l'aspiration d'air dans la lame précardiaque ait réellement lieu. Il faut maintenant, pendant la diastole, c'est-à-dire pendant le remplissage des ventricules, que le poumon soit fortement comprimé entre le cœur et la paroi, de manière à ce que l'air en soit chassé presque totalement, sans quoi évidemment l'entrée d'air à la systole suivante serait insuffisante pour produire un souffle. Or, disent Tripier et Devic, cette compression ne saurait avoir lieu, car les physiologistes nous apprennent que le remplissage diastolique des ventricules se produit en laissant le cœur mou et flasque; dans cet état, l'organe est incapable de remplir l'office de compresseur que l'on veut lui attribuer.

En admettant d'ailleurs que les objections précédentes fussent sans valeur, ne faudrait-il pas encore, pour adopter le mécanisme invoqué par Potain, supposer que la portion du poumon située au-devant du cœur se comporte comme si elle était indépendante du reste de l'organe. Voilà en effet une fraction du parenchyme pulmonaire qui serait animée de véritables mouvements respiratoires autonomes d'expiration et d'inspiration, sans d'ailleurs que les propriétés du tissu pulmonaire entrent en jeu, puisque le mouvement expiratoire lui-même serait purement passif.

Mais ce n'est pas tout. Le souffle, qui a son maximum d'intensité au moment de l'expiration, diminue ou même disparaît pendant l'inspiration. Potain pense expliquer le fait par la dilatation du cœur qu'entraîne à ce moment l'aspiration thoracique; le cœur, augmentant de volume, laisse moins de place entre sa paroi et celle du thorax, et l'inspiration localisée, cause du souffle, ne se produit plus ou se produit moins. Mais, disent Tripier et Devic, il faudrait alors prouver que cette dilatation est suffisante pour diminuer le pouvoir aspirateur du cœur que l'on considère comme si puissant au moment de l'expiration.

Reste enfin un dernier argument, ce sont les dépressions de la paroi que Potain invoque, comme étant synchrones avec le souffle et qui traduisent à l'extérieur le mouvement de retrait du cœur. Pour Tripier et Devic, ces dépressions ne sont pas synchrones avec le souffle, elles lui sont antérieures.

Le souffle au contraire s'accompagne ordinairement d'un soulèvement perceptible à la palpation.

b. Tel est le résumé des objections que Tripier et Devic ont formulé contre la théorie de Potain. Il nous faut maintenant exposer sommairement celle que les deux maîtres lyonnais ont cherché à substituer à la précédente.

Pour établir leur propre explication pathogénique ils se fondent sur les caractères, sur les conditions anatomiques et étiologiques du souffle anorganique. Ce dernier, dans la grande majorité des cas, a son maximum d'intensité dans les deuxième et troisième espaces intercostaux; il a toujours un certain degré de propagation. Il se produit en un point du cœur en contact direct avec la paroi et ce point correspond à l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Enfin il s'entend dans des affections accompagnées d'altérations sanguines et dans les maladies fébriles. Ce souffle est donc *intra-cardiaque* et se passe dans l'infundibulum. Deux conditions sont essentielles à sa production : 1° une altération du milieu sanguin ; 2° une impulsion exagérée de la base contre la paroi. Nous retrouvons là, comme on le voit, quelque chose des théories que nous avons résumées plus haut et qui font intervenir les altérations sanguines dans la production des souffles anorganiques. Mais tandis que les auteurs précités semblent chercher dans les modifications de la composition chimique du sang la cause directe du souffle, Tripier et Devic pensent que l'altération sanguine n'agit que par les modifications qu'elle est susceptible d'apporter à la modalité de l'impulsion cardiaque. Cette impulsion se trouvant exagérée, il en résulte une pression plus forte de l'infundibulum contre la paroi; celui-ci se trouve ainsi comprimé, à la façon du vaisseau périphérique que le médecin comprime avec son sthétoscope, et le changement de calibre qui en résulte est la cause du souffle.

Ce qui précède ne s'applique qu'au souffle de la base. Quant au souffle anorganique entendu à la pointe, il n'est le plus souvent, pour Tripier et Devic, que la propagation de celui de la base. Il peut toutefois avoir une existence autonome et être limité à la pointe; en ce cas, il est dû à la « pression sur la paroi thoracique d'un point du canal ventriculo-infundibulaire formé au moment de la systole du ventricule droit ».

En résumé, l'immense majorité des souffles anorganiques sont des souffles anémiques, intra-cardiaques, dont le siège est au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Telle est la théorie générale que proposent Tripier et Devic. Hâtons-nous d'ajouter, comme nous l'avons déjà fait remarquer au début de ce paragraphe, que ces auteurs ne nient pas l'existence de souffles cardio-pulmonaires. Ils les considèrent seulement comme très rares. Pour eux il en existe deux variétés : 1° l'inspiration à rythme systolique sur laquelle nous avons suffisamment insisté plus haut; 2° des bruits réellement produits suivant le mécanisme indiqué par Potain, mais qui s'observent rarement et seulement quand il existe des adhérences pleurales.

Que faut-il conclure de toutes ces discussions pathogéniques? Il semble, en définitive, que nous nous trouvions en présence, moins d'un antagonisme véritable entre deux théories irréductibles, que d'une divergence de vues sur la fréquence plus ou moins grande de tels ou tels phénomènes. Tandis que Potain a voulu généraliser sa théorie à la totalité des souffles anorganiques, Tripier et Devic pensent que les souffles extra-cardiaques sont l'exception et que la majorité des souffles anorganiques relèvent d'un autre mécanisme. Les deux pathogénies peuvent donc subsister et il semble qu'on puisse admettre aujourd'hui, avec certains classiques récents (Gallavardin), la classification suivante.

Il existe deux sortes de souffles anorganiques (abstraction faite des souffles dits fonctionnels que nous avons éliminés dès le principe) : 1° des souffles intra-cardiaques ou souffles anémiques, dont le type est le souffle anémique de la base, de Tripier et Devic; ce souffle est systolique, s'entend surtout dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, présente des caractères acoustiques variables et est soumis à toutes les variations communes aux souffles anorganiques. A côté de ce souffle, on peut observer plus rarement des souffles anémiques de la pointe, systoliques eux aussi, et plus rarement encore des souffles anémiques diastoliques. Pour tous ces bruits, on peut adopter la pathogénie défendue par Tripier et Devic. 2° Les souffles anorganiques extra-cardiaques, d'origine cardio-pulmonaire, se divisent à leur tour en deux variétés : les uns, de beaucoup les plus rares, sont diastoliques et sont dus au retrait diastolique de l'aorte; les autres, beaucoup plus fréquents, sont systoliques et c'est à eux qu'est applicable la théorie de Potain.

BIBLIOGRAPHIE

Augey. *Contribution à l'étude des souffles extra-cardiaques*, Th. de Toulouse, 1902-1903. — Barié. *Bruits de souffle et bruit de galop*, Collection Charcot-Debove. — Ch. Beutter. *Des souffles diastoliques et principalement des souffles diastoliques inorganiques de la base du cœur*, Th. de Lyon, 1906. — Cassaët. *Précis d'auscultation*. — Chauffard. *Soc. méd. des hôpit.*, 1903. — Delabost. Souffles inorganiques du cœur chez les enfants, *Rev. des malad. de l'enf.*, 1895. — Duroziér. *Maladies du cœur*. — François Franck. *Soc. de biol.*, 1902. — Gallavardin. *Précis des maladies du cœur et de l'aorte*, 1908. — Gallavardin et Beutter. *Lyon méd.*, 3 juin 1906. — Huchard. *Soc. méd. des hôp.*, 1896. — Jacobi. *Klin. therap. Woch.*, 1900. — Jousselin. Th. de Lyon, 1901. — Magdelaine. *Souffles cardio-pulmonaires*, Th. de Paris, 1896-97. — Potain. Bruits extra-cardiaques, *Sem. méd.*, 1885; — *Cliniques de la Charité*. — Tripier et Devic. Séméiologie cardiaque, *Traité de pathol. gén.* de Bouchard, 1897.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Paris, 13-15 octobre 1910*] (1).

DEUXIÈME QUESTION

RELATIONS DU FOIE ET DE LA RATE EN PATHOLOGIE

Premier rapport. — MM. Gilbert et Lereboullet. Les relations pathologiques du foie et de la rate sont encore des plus obscures. Nous fondant sur des constatations anatomiques, cliniques et expérimentales, nous nous efforcerons d'en préciser l'histoire, et d'étudier successivement la rate des cirrhoses et des ictères, c'est-à-dire la rate hépatique, le foie et la rate des infarctus et des maladies du sang, enfin, le foie splénique, tel que nous l'ont fait connaître les travaux de M. Chauffard.

Considérations anatomiques. — Le foie et la rate

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 119, p. 1612.

recevant leur sang d'un même tronc artériel, toute cause agissant par la voie artérielle est susceptible de retentir simultanément sur les deux organes : telles certaines infections ou intoxications; telles, les embolies viscérales multiples. Par contre, leur circulation veineuse est très différente. Le sang du foie, collecté par les veines sus-hépatiques, est directement versé dans la veine cave inférieure, tandis que celui de la rate est recueilli par la veine splénique et directement apporté au foie. Le sang venu de la rate peut donc, s'il est modifié dans sa constitution, adultérer le foie, et inversement, tout trouble dans la circulation portale déterminera la congestion passive de la rate. On a dit que la veine splénique et la veine mésaraïque irriguaient surtout le lobe gauche du foie, tandis que la grande mésaraïque se rend au lobe droit. Cette séduisante hypothèse manque encore de base expérimentale solide.

De par sa vascularisation comme de par sa structure, la rate jouit de fonctions multiples et complexes : véritable éponge sanguine, elle laisse le sang portal s'accumuler à son intérieur, en cas d'obstruction portale; elle est un centre leucopoiétique important, et aussi, chez l'enfant, un centre hématopoiétique; elle possède enfin, au plus haut point, la fonction hémolytique.

Connexions physiologiques. — Les fonctions de la rate et du foie s'associent, tant à l'état physiologique qu'à l'état pathologique. La fonction biliaire est liée dans une large mesure à la fonction spléno-hémolytique; de même, le foie et la rate possèdent en commun un rôle dépuratoire.

L'*action du foie sur la rate* est surtout vasculaire. En effet la gêne de la circulation portale peut entraîner une splénomégalie par congestion passive, et, inversement, certaines congestions hépatiques peuvent protéger, plus ou moins longtemps, la circulation portale. Mais il faut encore faire place à d'autres facteurs, cholémie, anémie, infection : la première excite les fonctions de la rate, la seconde provoque, au niveau de cet organe, une réaction myéloïde; la troisième, du foie, peut, au bout d'un temps variable, finir par gagner la rate.

Quant à l'*action de la rate sur le foie*, elle est plus difficile à préciser. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'hémolyse splénique ne peut pas ne pas influer sur les fonctions biliaires, et que les infections spléniques sont sans doute susceptibles, dans certaines conditions, de se propager au foie.

Les *altérations simultanées des deux organes* peuvent être consécutives à des actions vasculaires (il s'agit habituellement alors d'actions artérielles); à des actions infectieuses, qui reconnaissent la même origine; à des actions toxiques (alcool, chloroforme, toluylène-diamine); à des actions sanguines, telles que l'anémie.

Relations pathologiques du foie et de la rate. — La rate est très fréquemment touchée dans les affections hépatiques; et, surtout, dans celles qui ont leur point de départ dans l'altération des ramifications veineuses et biliaires intra-hépatiques : cirrhoses alcooliques et biliaires. Les symptômes observés sont alors des plus variables. Le plus important est la splénomégalie qui se modifie souvent du fait, soit d'une affection intercurrente, soit d'une hémorragie gastro-intestinale, et s'associe aux hémorrhoïdes, à la circulation supplémentaire et à l'ascite, signes qui relèvent, comme elle, de l'hypertension portale. L'étude anatomique de ces rates hépatiques n'a pas encore conduit à des résultats définitifs, les uns admettant l'identité des lésions dans la rate des cirrhoses et dans la maladie de Banti, les autres la contestant. En réalité, ces lésions varient selon l'ancienneté de la splénomégalie. Au début, c'est la congestion qui domine; plus tard, c'est la sclérose. On sait, d'autre part, que les ictères acholuriques simples comprennent deux groupes : cholémie simple familiale, ictère chronique simple. Les modifications du foie et de la rate, rares dans le premier, deviennent la règle dans le second. Jadis, nous avions, dans ces cas, subordonné l'hypertrophie splénique aux lésions hépatiques d'angiocholite. Mais, d'une part, l'angiocholite manque souvent; d'autre part, on ne peut pas ne pas tenir compte de la fragilité globulaire et des notions relatives aux ictères hémolytiques. Les ictères acholuriques simples seraient dus à une suractivité fonctionnelle de la rate et du foie entraînant, d'une part, la splénomégalie et l'altération sanguine; d'autre part, l'hyperbiligénie et la cholémie secondaire. Dans les cas les plus légers, on a affaire à la cholémie familière; à un degré de plus, l'ictère chronique apparaît, accompagné, dans ses formes les plus accentuées, de splénomégalie, de fragilité globulaire et d'anémie.

Le foie et la rate dans les infections et dans les maladies du sang. — Les infections suscitent des réactions hépato-spléniques très variables, suivant qu'il s'agit de fièvre typhoïde, de syphilis, de paludisme; dans ce cas, l'influence de la rate sur le foie a été nettement démontrée par M. Chauffard; de tuberculose : les splénomégalies tuberculeuses primitives retentissent sur le foie tandis que, dans d'autres cas, il s'agit d'altérations simultanées. En ce qui concerne les maladies du sang, celles qui provoquent le plus fréquemment des réactions spléno-hépatiques sont les anémies avec splénomégalie et les leucémies. Dans la leucémie myéloïde, le foie est souvent pris secondairement; il en est sans doute de même dans la leucémie lymphatique.

Foie splénique. Splénomégalies primitives. Maladie de Banti. — L'existence d'un foie splénique se fonde sur les différents faits précédemment rapportés et sur la connaissance des splénomégalies. De celles-ci, les unes (épithélioma primitif, kystes hydatiques, etc.) n'ont pas d'influence sur le foie; par contre, les splénomégalies primitives décrites par Debove et Brühl et surtout par Banti retentissent constamment sur cet organe. La maladie de Banti évoluerait en trois phases : anémique et splénomégalique, précirrhotique, cirrhotique; l'étiologie en est encore très obscure. Histologiquement, il s'agirait surtout de lésions scléreuses (fibro-adénie). La splénectomie arrêterait quelquefois la marche de la maladie. Le type nosologique décrit par Banti doit-il être maintenu? C'est ce dont il est permis de douter, car aucun des caractères invoqués par les auteurs ne possède de valeur absolue, et il vaut mieux parler, non de maladie, mais de syndrome de Banti, toutes les fois que l'on constate une splénomégalie évoluant une ou plusieurs années avant l'apparition d'une cirrhose veineuse avec ascite.

Deuxième rapport. — LA SPLÉNOMÉGALIE DES CIRRHOTIQUES ET LA CIRRHOSE DES SPLÉNOMÉGALIQUES. — M. M. ROCH (de Genève). La synergie fonctionnelle entre le foie et la rate explique « cette sorte de sympathie qui unit les deux viscères » à l'état patholo-

gique, qu'il s'agisse de maladies du foie retentissant sur la rate, ou de maladies de la rate retentissant sur le foie.

L'hypertrophie de la rate chez les malades atteints de cirrhose du foie. — L'hypertrophie de la rate est constante dans toutes les variétés de cirrhose du foie. Elle n'est pas due, comme on pourrait croire, à la stase sanguine. En effet, comme l'avaient déjà remarqué Debove et Brühl, la congestion splénique n'est en rapport ni avec la quantité de l'ascite, ni avec le degré de la lésion hépatique. De plus, l'anatomie pathologique de la rate des cirrhotiques n'est pas celle de la rate de stase, et l'on sait que la rate cardiaque est rarement augmentée de volume. Cliniquement, ce sont précisément les cirrhotiques qui n'ont aucun symptôme d'hypertension portale qui portent, en général, les plus grosses rates, puisque, dans les cirrhoses biliaires hypersplénomégaliques, le passage du sang dans le foie s'effectue sans la moindre gêne.

Quels sont donc les caractères anatomo-pathologiques de la rate des cirrhotiques ? Pour Gauckler, qui a particulièrement bien étudié cette question, la rate cirrhotique n'est ni une rate de stase, ni une rate infectieuse, ni une rate scléreuse atrophique. C'est une rate où domine une sclérose lâche, hypertrophiante, essentiellement pulpaire (*sclérose pulpaire hypertrophique*), n'aboutissant jamais à l'atrophie; cette sclérose, qui débute par une réaction macrophagique intense, est en rapport avec l'exagération des fonctions hémolytiques de la rate, et peut-être aussi, de ses fonctions leucolytiques et toxinolytiques. Cette exagération doit être rattachée, non à une auto-intoxication par insuffisance hépatique ou par ictère, mais à une affection intéressant simultanément le foie, la rate, et, sans doute aussi, le pancréas. On peut même se demander si, dans certains cas, les lésions spléniques ne sont pas primitives. La splénomégalie précède souvent l'hépatomégalie. Expérimentalement, dans certaines circonstances déterminées, les lésions spléniques peuvent exister seules plus ou moins longtemps. Il ne faudrait pas, toutefois, considérer toutes les hépatites comme secondaires à une affection de la rate. Et l'on peut résumer cette discussion un peu ardue en disant que ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut affirmer que la splénomégalie est sous la dépendance de l'hépatite chronique.

Les cirrhoses du foie d'origine splénique. — La lésion splénique ne précède-t-elle pas, bien souvent, la lésion hépatique? C'est ce que semble démontrer l'étude de la maladie de Banti. Dans les cas purs, en effet, la splénomégalie apparaît plusieurs années — dix ans dans certains cas — avant la cirrhose. La splénectomie empêche la cirrhose de se déclarer, ou si celle-ci est en cours, en arrête l'évolution. Mais quelle pathogénie invoquer en ces cas ? Il est évident, tout d'abord, que la rate peut exercer une influence cirrhogène sur le foie par l'intermédiaire des veines splénique et porte, soit que ces veines conduisent au foie des substances toxiques ou irritantes élaborées par la rate, soit que l'inflammation splénique s'étende de proche en proche aux parois des veines et arrive ainsi à se propager jusqu'aux espaces portes hépatiques. Dans ces cas, la lésion fondamentale, c'est toujours la lésion splénique qui, comme précédemment, consiste en une sclérose hypertrophique pulpaire, liée à l'exagération des fonctions hémolytiques de la rate, et ce sont peut-être les déchets qui résultent de la destruction des globules rouges dans la rate qui vont léser soit la veine splénique, soit le foie. Ces déchets ne sont peut-être autres que les pigments ferrugineux désignés sous les noms de *pigment ocre* ou d'hémosidérine, seuls, ou accompagnés d'autres corps actifs, mais invisibles, parce que non colorés. Ajoutons enfin que, de toutes les causes invoquées à l'origine de la maladie de Banti, seule, la malaria paraît jouer un rôle important. Qu'il existe ou non, dans cette affection, des lésions pancréatiques, la lésion primitive siège à gauche dans la rate et se propage dans le sens du courant sanguin spléno-portal.

(*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 31 OCTOBRE AU 5 NOVEMBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 31 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne ; — (2e série) : MM. Delbet, Gosset et Proust; — M. Zimmern, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Déjerine, Marcel Labbé et Sicard ; — (2e série) : MM. Roger, André Jousset et Lœper ; — M. Legry, suppléant.

Jeudi 3 novembre, à une heure. — 1er (oral) : MM. Pozzi, Thiéry et Morestin.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et André Broca.

3e (oral, 1re partie) : MM. Chauffard, Castaigne et Brumpt.

4e : MM. Chantemesse, Albert Robin et Balthazard.

1er (chirurgien-dentiste), (1re série) : MM. Prenant, Gley et Grégoire ; — (2e série) : MM. Rémy, Langlois et Rouvière; — M. Terrien, suppléant.

Vendredi 4 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Retterer et Legueu.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

1er (oral) : MM. Kirmisson, Branca et Mulon.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Guillain et Léon Beinard.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Macaigne; — M. Laignel-Lavastine, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Hartmann, Proust et Lecène ; — M. André Léri, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Jean Camus, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Pathologie.* — Séance du 21 octobre : MM. Baudin, 6 ; Chatelain, Chichmanian et Castex, 8 ; Leblanc, 13 ; Duprey, 4 ; Buc, 10 ; Gouverneur, 14 ; Lucas-Championnière, 8 ; Viguerie, 7 ; Goret, 9.

Anatomie. — Séance du 21 octobre : MM. Arbassier, 3 ; Haguenau, 12 ; Vielle, 14 ; Legrain, 10 ; Ecot (Pierre), 11 ; Coudray, 7 ; Piot, 8 ; Vigot, 9 ; Tourneix, 7 ; Weber (André), 10.

Séance du 23 octobre : MM. Kœchlin, 12 ; Vallery-Radot-Pasteur, 13 ; Saxe, 5 ; Massart, 8 ; Briault, 5.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Nerf sciatique poplité externe. »

MM. Dufilhol, 16 ; Dauptain, 16 ; Coader, 16 ; Epstein, 10 ; Dariau, 4 ; Chirol, 8 ; Cornil, 9 ; Chick, 11 ; Dujardin, 8 ; Courtois (Raymond), 11 ; Dalbanne, 6 ; Delahaye, 15 ; Desanges, 6 ; Ducrohet, 16 1/2 ; Chanut, 12 ; Ducomet, 3 ; Cerné, 9 ; Cochez, 16 1/2.

Séance du 22 octobre. — Question donnée : « Muscle diaphragme, sans les rapports. »

MM. Durand (René-Alexis), 15 1/2 ; Chevrolet, 11 ; Durand (Marcel), 16 ; Duroselle, 16 1/2 ; Chemin, 13 1/2 ; Clémenceau, 16 ; Mlle Dvoretzky, 10 ; MM. Chanson, 17 ; Devauchelle, 11 ; Echavarria, 14 ; Croquefer, 9 ; Chauvel, 9, Cornet, 15 ; Claverie, 10 ; Cumine, 10 ; Dufraisse, 10 ; Charron 16 1/2 ; Cojan, 10 ; Delamare, 12 ; Chicandard, 16.

Prochaine séance, mardi 25 octobre, à huit heures et demie du soir, première moitié, deuxième série et première moitié, première série.

Pathologie. — Séance du 21 octobre. — Question donnée : « Vaccine et vaccination jennérienne. »

MM. Pernet, 13 ; Orphanidés, 15 ; Meunier, 12 ; Paulin, 12 ; Moulonguet, 18 ; Pollet, 10 ; Morlot, 12 ; Flichet, 17 ; Mlle Ratuld, 14 ; MM. Quesnel, 15 ; Mordagne, 8 ; Martin, 18 ; Poney 15 ; Mordagne, 8 ; Martin, 18 ; Poney, 15 ; Mouquin, 20 ; Mlle Moulard, 17 ; MM. Moulle, 10 ; Phocas, 13 ; Peignaux, 19.

Prochaine séance, mardi 25 octobre, deuxième moitié, deuxième série.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 27 mars 1911.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 56 ; le registre d'inscription sera clos le samedi 18 mars 1911, à onze heures du matin.

— Bordeaux. — *Concours de l'internat.* — Ont été déclarés admissibles aux épreuves orales :

MM. Secousse, Villar, Souchet, Lacour, Leuret, Seringes, Lataste, Guénard, Bonnin, Soulard, Lousteau, Laylavoix, Boursier, Belvèze, Romefort, Daudin-Clavaud, Fouquet, Lafforgue, Cazaux, Beausoleil, Harmand, Juhel, Mme Mercier-Bellevue, MM. Sidaine, Dusillol, Heydenreich.

— Marseille. — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 21 novembre 1910, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 14 novembre iuclusivement.

Les candidats prendront connaissance du règlement intérieur ainsi que de celui spécial à la pharmacie, dans les bureaux du secrétariat, à l'Hôtel-Dieu.

— Rouen. — Un concours s'ouvrira le 10 novembre prochain, à l'hospice général de Rouen, pour la nomination de cinq internes en médecine.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1666.*)

UNE FORME MÉNINGÉE
DE LA
FIÈVRE DE MALTE

Avec hémorragie sous-arachnoïdienne et myélite tardive,

Par M. SOULEYRE,
Médecin de l'hôpital civil d'Oran.

La fièvre de Malte considérée en France jusqu'à ces dernières années comme une affection exotique vient de s'y révéler avec une fréquence telle que l'attention du monde médical, d'abord surprise, s'est portée avec ardeur à l'étude de cette nouvelle entité morbide. Les nombreux travaux, suscités par le vif intérêt qu'elle inspire, auraient pu faire croire avec raison que toutes les modalités cliniques en avaient été explorées. Aussi quel ne fut pas notre étonnement de voir récemment se dérouler les péripéties les plus inattendues au cours de cette infection. Leur importance clinique est telle que nous croyons devoir les rapporter en détail.

OBSERVATION. — La nommée C. N..., d'Hammam-Bou-Hadjar (près Oran), entre à l'hôpital, dans notre service, le 14 mars 1910, parce que depuis cinq à six jours elle a de la fièvre.

Rien de notable dans ses antécédents héréditaires; son père est mort d'une pneumonie, sa mère, ses trois frères et ses quatre sœurs jouissent d'une bonne santé. Elle-même n'a jamais été malade jusqu'ici. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans.

La fièvre dont elle se plaint a débuté assez brusquement, survenant surtout le soir, accompagnée d'une douleur très vive à la tête et à la nuque; il s'y joint de l'anorexie, de la constipation, de l'insomnie entrecoupée de cauchemars et même d'un léger délire, et enfin de la rachialgie.

A l'examen, la température (matin) est de 37°8; la langue est saburrale, blanchâtre, sauf un liseré rose à la pointe et aux bords, mais humide et étalée. Inappétence et constipation, pas de vomissements. L'appareil pulmonaire ne présente que de légers signes d'induration au sommet gauche en arrière : sub-matité sus-épineuse, inspiration un peu rude, expiration prolongée, bronchophonie, vibrations plus accusées à la palpation. Presque pas de toux. Expectoration nulle. Appareil circulatoire normal. Pas de souffle cardiaque. Pouls régulier, bien frappé, fréquent parce que fébrile. La rate est accessible à la percussion. Pas de taches rosées, de gargouillements ni de douleurs iliaques; pas de météorisme, de contracture ni de déformation abdominale.

Du côté du système nerveux : douleur continue à la tête et à la nuque; légère hyperesthésie cutanée, à peu près généralisée, plus marquée aux régions cervicale, abdominale et aux membres inférieurs. Ceux-ci sont de plus le siège de douleurs profondes, spontanées et plutôt musculaires. Les mouvements sont douloureux, les réflexes tendineux légèrement exagérés, les pupilles dilatées, paresseuses à la lumière et à l'accommodation. Les urines rares contiennent un gramme d'albumine par litre.

Ces symptômes permettent d'éliminer d'emblée la fièvre typhoïde ou une affection paratyphoïde. En raison des bons antécédents héréditaires et personnels de la malade l'idée d'une bacillémie légitimée par les signes suspects d'un sommet est rejetée. L'hypothèse d'une atteinte de paludisme ou de grippe avec déterminations méningées est admise avec les réserves nécessitées par le manque d'un contrôle bactériologique.

D'ailleurs le traitement quininé prescrit sous forme de piqûres de bichlorydrate, conjointement avec le régime lacté et les lavages intestinaux, servira de pierre de touche à cet effet.

Le soir, la température est à 40°4. Nuit mauvaise, délire, insomnie.

Le 15, température matinale 40°2. Les signes méningés se sont accentués. La malade est couchée en chien de fusil. Raie méningitique nette, Kernig. Une ponction lombaire est faite. Le liquide céphalo-rachidien recueilli dans deux tubes s'écoule sous pression, teinté uniformément en rouge vif. On en retire 30 centimètres cubes. Au repos ce liquide se sépare en deux couches : l'inférieure, minime, formée par le dépôt des hématies libres et sans fibrine; la supérieure beaucoup plus considérable, d'une fluidité parfaite, sans coagulum, d'une limpidité à peine voilée par une opalescence presque imperceptible. A la chaleur cette couche donne un trouble albumineux très marqué. Ces signes sont ceux d'une hémorragie sous-arachnoïdienne.

L'évolution des jours suivants paraît confirmer l'hypothèse de paludisme. La température descend en cinq jours de 41°3 à 37°4 le 20. L'état général s'améliore parallèlement sans que toutefois le syndrome méningé disparaisse.

Du 20 au 22 la température remonte à 39°6, malgré les piqûres de quinine quotidiennes; cette recrudescence fait abandonner, avec la médication quininée, l'idée de paludisme pour celle d'une grippe, en dépit des variations insolites de la température en tel cas. La balnéation tiède systématique est prescrite.

Du 22 au 26 amélioration très marquée. La fièvre décroît jusqu'à 37°2. Les signes méningés rétrocèdent et disparaissent malgré la persistance de l'hémorragie rachidienne démontrée par deux ponctions lombaires faites le 23 et le 25. L'albuminurie a disparu. La malade semble renaître, se sent plus forte, dort bien, n'éprouve plus de douleurs et ressent de l'appétit. Il semble que la guérison soit proche.

Mais brusquement la scène change d'aspect. Dans la journée du 29 survient un grand frisson avec céphalée violente. Le soir, température 40 degrés. La nuit est mauvaise, agitée. Il y a de l'insomnie et du délire. On constate le lendemain matin un léger écoulement de l'oreille droite, cause probable de cette recrudescence thermique. Du 29 mars au 1er avril malgré les soins otiques appropriés, la température continue ces larges oscillations à maximum vespéral. L'oreille gauche suppure à son tour. Le pus est abondant de chaque côté. Les réactions méningées observées précédemment surgissent de nouveau, très amplifiées. Kernig très prononcé, position constante en chien de fusil et contracture abdominale, céphalée violente et continuelle, douleurs diffuses généralisées articulaires et musculaires, hyperesthésie cutanée totale, raie méningitique, mouvements très douloureux et par suite abolis à la région cervicale et aux membres inférieurs, immobilité pupillaire, pouls fébrile et rapide. La constipation s'accompagne de vomissements de plus en plus fréquents et incoercibles. Délire et obnubilation mentale continus, cris répétés et persistants.

L'intensité et la brusquerie des réactions méningées, les larges oscillations de la température font penser à une thrombo-phlébite possible des sinus tout au moins à une infection septicémique à retentissement méningé. Localement il n'existe ni rougeur, ni œdème, ni empâtement des mastoïdes. Elles sont sensibles à la pression et même au toucher, mais il s'agit plutôt d'une hyperesthésie d'ordre méningé qui d'ailleurs est générale. L'abondance de l'écoulement et l'absence de signes positifs mastoïdiens éliminent l'hypothèse d'une rétention antrale.

Le traitement de l'otite est confié au docteur Jouty, chef du service otologique, qui malgré cet état réellement alarmant, ne croit pas une intervention chirurgicale justifiée et se borne à une thérapeutique d'expectative.

Du 5 au 10 avril, amélioration sensible, défervescence en lysis; mais, bien qu'atténués, persistance des signes méningés.

Le 10 avril, survient une vive douleur à la hanche gauche qui est immobilisée, la jambe contracturée en chien de fusil. L'examen de l'article ne dénote ni rougeur, ni empâtement, ni localisation douloureuse possible, en raison de la vive hyperesthésie cutanée régionale et générale, celle-ci doublée d'une reviviscence des mêmes réactions méningées déjà notées. Cette arthralgie très intense arrache des cris au moindre attouchement. Sous son influence la fièvre se rallume et oscille autour de 39 degrés. On craint une suppuration de l'article, malgré l'absence de symptômes présomptifs extérieurs. Par précaution la malade est confiée le 13 avril aux soins du docteur Abadie, chirurgien de l'hôpital.

Une ponction exploratrice de la hanche, faite le 15 par notre distingué collègue, reste blanche, démontrant l'intégrité septique de la jointure; dans les trois jours qui suivent, la température tombe et cette défervescence coïncide avec la disparition de tous les signes d'irritation articulaire et méningée, définitive pour ces derniers.

La malade nous revient paraissant guérie, sauf persistance de l'otorrhée. Mais on est frappé du changement opéré dans son teint. La pigmentation brune de la peau a fait place à une pâleur mate et comme diaphane caractéristique. L'asthénie domine l'état général.

Bientôt, et contre toute attente, survient une nouvelle poussée thermique qui atteint à son apogée 39 degrés le 21. Rien ne peut l'expliquer que la possibilité d'une fièvre de Malte soupçonnée alors avec la conviction d'une quasi-certitude. Un séro-diagnostic (1) positif au 1/30 pour le micrococcus melitensis, sans autre infection associée, vient nous donner la clef de la situation.

Du 21 avril au 2 mai, fièvre modérée en cycle, à type intermittent. Une ponction lombaire faite alors pour recherches chimiques et biologiques donne issue à un liquide clair et sans hypertension. Le lendemain se montre une vive arthralgie scapulo-humérale droite, doublée de fièvre. Les mouvements très douloureux sont abolis. L'article est hypersensible spontanément et au toucher; aucun signe d'ailleurs de fluxion. Ces douleurs disparaissent au bout d'une dizaine de jours.

Sur ces entrefaites on constate de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation spinale plus accusée à droite, le réflexe plantaire cutané de Babinski bilatéral. Les sphincters ne sont pas touchés. Il n'existe pas d'autres altérations de la motilité, ni de troubles de la sensibilité des membres inférieurs. Une menace d'escarre sacrée se montre le 18, mais rétrocède aux soins appropriés. Le 19, nouvelle ponction lombaire de 30 centimètres cubes. Liquide clair et paraissant normal.

La tachycardie persistante (96 à 120) fait prévoir une nouvelle vague thermique qui débute le 22, oscillant autour de 39 degrés, à forme rémittente. Le 27 mai, sur les indications du docteur E. Sergent (de l'Institut Pasteur d'Alger), on fait une injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes d'un sérum organique spécifique fourni par cet établissement. Elle provoque, cinq jours après, une chute brusque à 36°1 ainsi qu'une forte éruption sérique. Puis la température fait un bond à 40 degrés, en même temps qu'apparaît une nouvelle et légère poussée d'otorrhée droite.

Successivement, pendant cinq jours de suite, injections de 10 centimètres cubes d'électrargol, alternativement intramusculaires et veineuses. La fièvre tombe graduellement. Le 14 juin, léger écoulement de l'oreille gauche.

(1) Toutes les recherches biologiques et chimiques nécessitées par ce cas ont été faites à l'Institut Pasteur d'Alger, à qui nous adressons nos remerciements.

Du 14 au 26 juin, nouveau cycle thermique de peu d'amplitude, avoisinant 38 degrés.

Enfin, à partir du 25 juin, la température tombe définitivement à 37 degrés et au-dessous; le pouls, encore instable, s'abaisse jusqu'à 80 et 72. L'amélioration simultanée de ces deux signes fait espérer la guérison définitive. L'écoulement des oreilles s'est tari. La malade a repris de l'appétit, dort bien et se recolore un peu sous l'influence de préparations martiales et stimulantes. Il ne reste aucune trace des algies antérieures. Seuls se retrouvent encore atténués les signes médullaires tardifs.

Vers le milieu d'août, la convalescence est troublée par une assez volumineuse collection purulente sous-cutanée, évoluant comme un abcès froid, insidieusement, sans fièvre et sans douleur. Il n'existe à son origine aucune infection locale spontanée ou accidentelle. A la ponction le pus se montre jaunâtre, visqueux, un peu grumeleux. On n'y retrouve pas le micrococcus melitensis. Cet abcès guérit par ponctions suivies d'injections modificatrices.

Vers la même époque, on constate aussi au niveau du troisième espace intercostal gauche, près du bord sternal, un dédoublement diastolique sans autre altération cardiaque. Depuis lors, la guérison se maintient définitive.

Les longues et multiples péripéties cliniques de cette histoire suffiraient seules à fixer la physionomie de cette curieuse et redoutable affection qu'est la fièvre de Malte. Mais pour le médecin déjà familiarisé avec cette maladie, l'intérêt de ce cas réside surtout dans les diverses complications qui s'y sont présentées, quelques-unes inédites, et dans leur prédominance.

Le diagnostic de la fièvre de Malte à son début, très difficile à faire par ses symptômes protéiformes, l'est encore davantage lorsque, comme dans nos régions, elle procède moins par poussées épidémiques que par des atteintes en quelque sorte sporadiques, isolées dans un milieu nosocomial très riche en maladies fébriles. Elle demande à être recherchée et dépistée avec attention, mais quelque soin que l'on y mette, la confusion est presque inévitable à l'origine. Dans la suite son évolution, sa résistance aux antithermiques, quelques particularités cliniques finissent par orienter fermement le diagnostic que vient signer la réaction de Wright.

La nature et l'importance des phénomènes initiaux présentés par notre malade permettent de se demander rétrospectivement si une infection méningée, telle que la méningite cérébro-spinale, n'aurait pu être associée aux premières phases de la fièvre de Malte. Cette conjecture est d'autant plus admissible que des faits de cet ordre (association double) ont déjà été rapportés (1). L'examen bactériologique et cytologique du liquide céphalo-rachidien à cette période aurait levé tous les doutes. Malheureusement ces recherches n'ont pu être faites pour la première fois que seize jours après la fin des phénomènes méningés. Elles ont révélé la présence d'un diplocoque *prenant le Gram*, l'absence de micrococcus melitensis et d'agglutinines. Quant aux éléments leucocytaires, les altérations subies en cours de route n'ont pas permis de

(1) Roger. Fièvre de Malte, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 22 et 29 janv. 1910, nos 9 et 12. — Rauzier. Deux cas de fièvre de Malte dont un compliqué de fièvre typhoïde, *Province méd.*, 12 mars 1910.

les identifier. Or il est notoire qu'il n'existe pas un parallélisme étroit entre la disparition du syndrome méningé et celle du méningocoque. Celui-ci peut lui survivre assez longtemps (plus de sept jours dans un cas personnel où, à la suite d'une atteinte légère, des accidents sériques avaient dû faire cesser ce traitement). On aurait donc pu retrouver, même après un délai de seize jours, chez notre Méditerranéenne, des traces de méningocoque si ce microbe avait joué un rôle. Ajoutons, dans le même ordre d'idées, qu'un second examen du liquide rachidien fait quinze jours plus tard, dans de meilleures conditions, n'y a décelé aucun élément figuré, bien que la persistance de la lymphocytose post-méningococcique après la guérison, soit souvent très longue [deux mois dans un cas de Griffon et Gardy (1)]. Enfin la localité habitée par la malade était indemne de toute contamination suspecte à cet égard; et la guérison normale de cette méningite sans la sérothérapie anti-méningococcique plaide en faveur de notre thèse. Pour toutes ces raisons nous considérons ces accidents comme relevant exclusivement du micrococcus melitensis.

La fièvre de Malte touche très rarement les méninges. Lorsqu'elle le fait c'est plutôt à titre de complication ou d'épiphénomène passager et peu marqué, intercurrent. Tel est du moins le sens des observations parues jusqu'ici. La première de ce genre est due à Scherb (2). Les signes méningés se bornaient à « un délire hallucinatoire violent, strabisme convergent, signe de Kernig, abolition des réflexes rotuliens, le tout venant s'ajouter à des symptômes de broncho-pneumonie et d'infection générale ». Ils disparurent de la scène au bout de quinze jours, la maladie ayant évolué pendant deux mois et demi. Cantaloube (3) sur 180 cas signale deux fois seulement un syndrome méningé terminé par la mort.

Mestrezat (4) rapporte l'observation d'un malade du professeur Carrieu où dix jours après le début d'une fièvre de Malte se manifestèrent « une légère raideur de la nuque, un peu de Kernig, de la dilatation pupillaire ». Une ponction lombaire pratiquée peu après fit rétrocéder rapidement les manifestations rachidiennes. Citons pour mémoire le malade du professeur Rauzier (5) atteint d'une infection associée éberthienne et mélitensique qui, au déclin de sa longue pyrexie, présenta des phénomènes de méningo-myélite tardive.

Tout récemment le professeur Brault (6) a observé à titre de complication brève et terminale, de l'inégalité des pupilles, la rigidité de la nuque, le signe de Kernig, du coma, le relâchement du sphincter vésical, de la tachycardie, chez une malade qui présenta à l'autopsie des traînées purulentes endo-craniennes et des altérations dure-mériennes.

La symptomatologie des complications méningées intercurrentes de la fièvre de Malte apparaît donc quelque peu effacée, pauvre et fugace. Du délire une fois, quelques légers troubles moteurs (parésie ou contractures) de la musculature des yeux, de la nuque, des membres inférieurs (Kernig), quelques altérations de la réflectivité tendineuse, tout cela survenant à titre d'épiphénomène de courte durée et sans gravité, tel est le bilan des observations précédentes. Si les cas de Cantaloube et de Brault sortent de ce cadre, c'est qu'alors les accidents méningés y sont survenus comme un bref épisode terminal, dont l'absence n'aurait retardé en rien le dénouement fatal.

Le tableau clinique présenté par notre malade offre un contraste saisissant avec ceux de ses devanciers. Chez elle, les phénomènes méningés s'installent presque d'emblée, et avec une brutalité d'apparition qui n'a d'égale que celle de certaines méningites cérébro-spinales suraiguës Ils occupent le premier plan de la scène morbide et domineront toute l'évolution de la maladie pendant une longue période de trente-cinq jours. Ce sont à l'origine des troubles de la sensibilité, communs à beaucoup d'infections, mais déjà significatifs (algies céphalique, cervicale, lombaire), de l'insomnie avec subdélire, de la constipation, un léger mouvement fébrile. Au sixième jour s'ajoutent de l'hyperesthésie cutanée généralisée, des myalgies diffuses, profondes, de l'exagération des réflexes tendineux, de la mydriase, de la diminution des réflexes pupillaires, du délire. Puis brusquement la température saute de 37°8 à 40°4 et même 41°3, son point culminant. Alors se montrent les contractures (position en chien de fusil), le Kernig, la raie méningitique, l'hémorragie sous-arachnoïdienne. Celle-ci persiste encore dix jours malgré l'atténuation des autres troubles. Tout paraît rentrer dans l'ordre. Ce n'est qu'une fausse accalmie. Une otite double survient et avec elle reparaissent les mêmes phénomènes, si aggravés qu'ils évoquent l'idée d'une méningite otogène. Aux signes précédents se joignent l'abolition complète de tout mouvement par suite des douleurs musculaires et de la contracture généralisée, des vomissements progressivement plus violents, fréquents et incoercibles, de l'immobilité pupillaire, de l'obnubilation mentale avec délire aigu, cris répétés et incessants. La température décrit de larges oscillations malgré l'absence de signes de rétention purulente locale. L'orage passe, les signes méningés diminuent. Fausse rémission ! La fièvre se rallume, une arthralgie très douloureuse envahit la hanche gauche et redéclanche le même syndrome, un peu moins aigu pourtant. Malgré l'absence de réaction inflammatoire locale, l'état général force la main, on ponctionne la hanche. Pas de pus, pas même de sérosité ! Mais cette fois c'est bien la fin. En quelques jours la fièvre tombe, les symptômes nerveux et l'arthralgie rétrocèdent, laissant comme stigmate de leur empreinte, des altérations légères

(1) Marcel Labbé. *Le cyto-diagnostic.*

(2) Scherb. Fièvre de Malte et puerpéralité, *Bull. méd. de l'Algérie*, 20 déc. 1908, obs. IV.

(3) Cantaloube. *Une épidémie de fièvre de Malte en France*, 1909.

(4) Mestrezat. Le liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte et la fièvre typhoïde, *Prov. méd.*, 2 avril 1910.

(5) Rauzier. Loc. cit.

(6) Brault. Fièvre de Malte. Violente ostéite du fémur et du tibia gauche. Vaste ostéite du crâne exo et endo-cranienne, *Gaz. des hôpit.* 25 août 1910.

mais indéniables de la moelle. Tel est en raccourci le tableau des phénomènes méningés présentés par notre malade.

Il peut se définir par les termes suivants : début rapide, évolution aiguë, très fébrile, entrecoupée de brèves rémissions, complications variées, longue durée. Au point de vue des éléments cliniques : prédominance des troubles de la sensibilité (céphalée, cervicalgie, rachialgie, hyperesthésie cutanée et myalgies généralisées); importantes altérations de la motilité plus marquée dans le mode hypertonique (contractures généralisées, Kernig, exagération des réflexes rotuliens) que dans le mode parétique ou paralytique (mydriase, diminution des réflexes pupillaires) et des fonctions cérébrales (insomnie, délire, hallucinations et obnubilation mentale dans les phases les plus aiguës, cris); troubles vaso-moteurs (raie méningitique), digestifs (vomissements fréquents et incoercibles, constipation, augmentation de volume du foie et de la rate), urinaires (albuminurie d'un gramme).

Ajoutons au titre des complications l'hémorragie rachidienne, l'arthralgie coxo-fémorale gauche, l'otite double et enfin la myélite.

A côté de cet ensemble imposant de signes positifs il est intéressant de noter l'absence d'autres troubles communs à la fièvre de Malte et aux infections méningées : défaut de transpirations profuses, régularité et fréquence du pouls, absence d'herpès et d'érythèmes.

Il est aisé de constater la richesse d'expression et l'intensité de ce syndrome. Ce cortège symptomatique évoque, à quelques détails près, l'aspect d'une méningite cérébro-spinale, ce terme étant pris dans son sens le plus large concernant la spécificité de l'élément infectieux.

Son évolution permet d'y considérer quatre phases: une période d'invasion d'une durée de cinq à six jours où les symptômes habituels d'une infection générale montrent quelque tendance à se localiser sur les enveloppes rachidiennes ; une période d'état d'une durée approximative de trente-trois jours, caractérisée au début par la rapidité (deux jours) avec laquelle se constitue au complet le syndrome méningé ; par son allure aiguë entrecoupée de brèves rémissions, par l'entrée en scène de complications variées, inattendues, tel un changement de décors, et importantes ; une phase de déclin très brève ; puis celle des séquelles coexistant avec les autres troubles morbides de la fièvre de Malte qui suit son cours terminal et normal.

De cette esquisse générale se détachent quelques symptômes, initiaux ou secondaires, qui méritent une étude plus approfondie.

La fièvre si capricieuse ou folle de l'infection mélitensique, si déroutante en tous cas, semble ici avoir obéi à certaines impulsions, pendant l'état méningé. On note, en effet, au début une ascension brusque en deux jours de 37°8 à 41°3 quand se révèle l'hémorragie rachidienne. Cet accident est toujours suivi d'une fièvre de résorption hématolytique [Froin (1), Follet et Chevrel (2)] de courte durée et et ne dépassant 39 degrés que dans les formes mortelles (3). La haute température de cette décade doit être attribuée pour une part à l'hémorragie, comme cause occasionnelle, et surtout à l'élément infectieux qui a imprimé, suivant son mode coutumier, un caractère hyperpyrétique que ne justifiait pas la gravité propre du phénomène. La même réflexion peut s'appliquer aux recrudescences thermiques qui ont accompagné l'otite double et l'arthralgie, celle-ci purement nerveuse. Détail probant : une récidive à localisation scapulo-humérale droite, de forme identique, survenue vingt-trois jours plus tard en état d'apyrexie a provoqué une ascension de plus de deux degrés.

L'hémorragie méningée et les caractères du liquide céphalo-rachidien comportent quelques considérations. L'importance de cette complication est d'autant plus grande qu'elle est tout à fait inédite dans la fièvre de Malte. *A priori* elle y est possible au même titre que dans toute autre septicémie (4). Les tendances hémorragipares de l'infection méditerranéenne sont plus élevées qu'on ne le pensait, puisque Cantaloube sur 180 cas signale le fait dans la proportion de 1/8 (h. nasales, utérines, gastriques, gingivales, intestinales, urétrales, sous-cutanées). La réalité de l'épanchement sanguin sous-arachnoïdien de notre malade ne peut être mise en doute. Liquide uniformément rouge cerise dans deux tubes, dépôt sur une faible hauteur des hématies libres sans coagulation, fluidité parfaite du liquide sus-jacent, dont il faut noter ici le défaut de xantochromie, précipité abondant d'albumine à la chaleur. Mêmes caractères pour deux autres ponctions faites le huitième et le dixième jour, ce qui assigne une durée minima de douze jours à cet état hémorragique. L'absence de lésions cérébrales en foyer écarte toute idée d'en rapporter l'origine à cet organe. La fréquente similitude des symptômes de cet accident et de ceux des méningites spinales permet de se demander si on doit l'envisager ici comme une cause ou un effet. Cette dernière interprétation est évidente. Les hémorragies primitives se distinguent par la brutalité foudroyante de l'apparition du syndrome méningé, tel un ictus, sa courte durée, le peu d'élévation de la température (sauf dans les cas mortels), la brièveté de sa phase terminale, toutes choses qui ne se retrouvent pas ici.

Peut-on étiqueter méningite l'ensemble des phénomènes nerveux décrits dans cette observation? Ce problème est d'autant plus difficile à résoudre que l'appoint du laboratoire fait défaut pour toute la durée des accidents aigus. Bousquet (5) a insisté récemment sur la complexité de ce diagnostic pathogénique. Les caractères cytologiques, bactériologiques, chimiques du liquide rachidien considérés

(1) Froin. Th. de Paris, 1904.

(2) Follet et Chevrel. Hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées chez les jeunes gens, *Gaz. des hôpit.*, 5 avril 1910.

(3) Faige. *Hémorragies méningées simulant la méningite cérébro-spinale*, Th. de Paris, 1910.

(4) Follet et Chevrel. Loc. cit.

(5) Bousquet. Le méningisme. Ses rapports avec la ponction lombaire, *Gaz. des hôpit.*, 23 juin 1910.

isolément peuvent être contradictoires, prêter à confusion et n'ont de valeur que par leur groupement. Ici de par le seul aspect macroscopique, l'opalescence, indice d'une réaction cytologique appréciable, la forte teneur en albumine, la présence d'hématies, témoin d'importantes altérations histologiques imposeraient le vocable de méningite.

Quant à l'agent infectieux spécifique, très probablement il ne s'y trouvait pas, comme le témoigne la quatrième ponction faite quinze jours après la période méningée, ainsi que la suivante (diplocoque (1), prenant le gram, absence de micrococcus melitensis et de pouvoir agglutinant).

La présence d'agglutinines rachidiennes est-elle dans la fièvre de Malte, comme le fait a été démontré pour la fièvre typhoïde par Nieter, Claret et Lyon-Caen (2), corrélative à l'envahissement des méninges par le microbe spécifique? Bien que cette hypothèse ne soit pas prouvée, quelques indices lui sont favorables. Lagriffoul (3), Mestrezat et Roger déclarent avoir constamment trouvé ce liquide inactif et stérile. D'autre part, chez la malade de Brault, présentant entre autres lésions des altérations dure-mériennes avec traînées purulentes sus-jacentes, ce liquide était agglutinant quoique stérile. L'absence d'agglutinines dans notre cas paraît donc impliquer une atteinte méningée purement toxinique, fait bien connu depuis les expériences et démonstrations de Chauveau, Arloing et Tripier.

Quant au diplocoque à gram positif, seul élément figuré mis en évidence, il doit être considéré comme un parasite surajouté à la faveur de l'hyperémie locale. Ces associations ou symbioses sont banales dans les méningites spinales et ne diminuent en rien la valeur de la spécificité bien déterminée de leur origine.

La myélite fruste tardive, à forme paraplégique, a bien le caractère d'un fait nouveau dans la fièvre de Malte. Chez le malade de Rauzier, atteint d'une séquelle semblable, il y avait infection double éberthienne et mélitensique (4). Cliniquement, le défaut de contractures, de parésie, d'atrophie musculaire, de troubles de la sensibilité et des sphincters, l'augmentation des réflexes, la trépidation épileptoïde, le signe de Babinski indiquent une lésion localisée au faisceau pyramidal. Actuellement (fin septembre) seul persiste le réflexe des orteils en extension ; la motilité des membres inférieurs est parfaite.

D'après Mestrezat (5), la réaction méningée des accidents médullaires tardifs se traduit par des modifications constantes et caractéristiques dans la composition chimique du liquide rachidien : légère augmentation de l'albumine, diminution sensible des chlorures, taux plus élevé du sucre. Deux analyses

(1) Ce diplocoque n'a été vu qu'à la quatrième ponction. Le liquide de la cinquième était stérile.

(2) Claret et Lyon-Caen. Les méningites typhiques, *Gaz. des hôpit.*, 30 avril 1910.

(3) Lagriffoul, Mestrezat et Roger. Le liquide céphalo-rachidien dans la fièvre de Malte. *Soc. de biol.*, 18 fév. 1910.

(4) Dans notre cas le séro-diagnostic a été nettement négatif pour l'éberth.

(5) Mestrezat. Loc. cit.

faites au cours de cette période nous ont donné les résultats suivants :

12 mai : albumine 0g244 par litre.

Matières réductrices = traces (en quantité trop faible pour pouvoir être dosée). Pouvoir rotatoire après défécation au réactif mucinique (α/D = O).

9 juillet : albumine = 0g10 par litre.
chlorures = 6g435.

Matières réductrices. Néant.

Ces données concordent assez sensiblement avec celles de Mestrezat pour l'albumine et les chlorures. Elles en diffèrent pour le sucre. La valeur de ces renseignements sera dans l'avenir d'autant mieux établie qu'ils proviendront d'un nombre plus élevé de cas.

L'otite suppurée est assez rarement mentionnée (Gouget, Cantaloube (1), 2 cas sur 180) dans les complications de la fièvre de Malte. Chez notre malade elle s'est montrée en somme bénigne malgré sa répercussion hors de proportion, purement réflexe ou dynamique, sur les symptômes méningés. Notons sa bilatéralité presque simultanée, sa durée moyenne, ses récidives qu'expliquent dans une certaine mesure la cachexie générale subséquente à toutes ces atteintes.

La fréquence des troubles rénaux (néphrite, albuminurie) est affirmée par les uns [Gardon (2), Schoull (3)], niée par d'autres [Cantaloube (4)]. L'albuminurie observée ici, assez sensible (1 gr.), a persisté une dizaine de jours. D'une façon générale elle est assez courante dans la fièvre de Malte de nos régions, le plus souvent précoce, abondante, mais passagère et à peu près inoffensive pour l'avenir du rein. Elle offre quelques analogies en ce sens avec celle qui marque le début de la scarlatine.

Vers le déclin de sa convalescence notre malade a présenté un dédoublement diastolique très net localisé au bord sternal du troisième espace intercostal gauche et dont l'interprétation évoque la possibilité d'un rétrécissement mitral. Si l'on rapproche de ce fait les deux cas d'endocardite (passagère ou durable) observés par Lagriffoul et Roger (5), un autre cas personnel (6), on doit admettre que les altérations de l'endocarde, plus spécialement des cavités gauches, ne sont pas si rares ou même inexistantes, qu'on a bien voulu le dire. Eyre (7) les signale dans 5 p. 100 des cas.

Les arthropathies habituelles à la fièvre de Malte n'ont pas manqué dans notre observation. Elles avaient le caractère de pures algies, sans altération décelable congestive ou inflammatoire de l'article,

(1) Gouget. La fièvre de Malte, *Presse méd.*, 19 mars 1910. — Cantaloube. Loc. cit.

(2) Gardon. Etude descriptive de la fièvre méditerranéenne, *Bull. méd. de l'Algérie*, 30 janv. 1907.

(3) Schoull. *De la fièvre de Méditerranée*, 1903.

(4) Cantaloube. Loc. cit.

(5) Lagriffoul et Roger. Fièvre de Malte et troubles cardiaques, *Prov. méd.*, 19 juin 1910.

(6) Souleyre. Relation de deux cas de fièvre méditerranéenne observés à Oran, *Bull. méd. de l'Algérie*, 30 oct. 1906.

(7) Eyre. The milvoy lecture om melitensis septicemia (Malta en Mediterranea fever), *Lancet*, 1908.

avec douleur superficielle et profonde, d'intensité uniforme, immobilisant la jointure par contracture réflexe. Leur répercussion sur l'état général a été déjà noté. Leur durée respective a été de huit et dix jours. On s'est demandé (1) si la forme purement nerveuse de ces arthropathies ne relevait pas d'une lésion méningée ou méningo-médullaire comme tendraient à le prouver les altérations cytologiques et chimiques du liquide rachidien. A l'appui de cette hypothèse, outre l'exemple de notre malade avec ses lésions méningées si évidentes, s'ajoute un autre cas personnel observé en ville. Après une longue période fébrile pseudo-grippale, s'étaient installées en permanence des algies continues, superficielles et profondes de la nuque, du dos depuis l'épaule jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, et des articulations vertébrales correspondantes, territoire des branches postérieures rachidiennes cervicales et thoraciques. Pas d'autres troubles de la sensibilité, ni de signes méningés, séro-diagnostic positif au 1/50. Pas d'agglutinines, d'éléments leucocytaires ni de micrococcus melitensis dans le liquide rachidien, mais hypochlorurie (6 gr. 02) et surtout teneur excessivement élevée en albumine (1 gr. 40 par litre). Ces algies, d'un déterminisme en apparence obscur, seraient donc en réalité commandées par des altérations méningées, médullaires ou radiculaires, dues probablement à une fixation toxinique de ces éléments organiques.

Que dire du traitement mis en œuvre si ce n'est pour souligner une fois de plus son inefficacité complète ? Les hautes doses de quinine en injections intra-musculaires, conseillées par de Brun (2), n'ont pas encore fait leur preuve, à supposer qu'elles soient inoffensives. Antithermiques et balnéation fraîche, toniques divers ne constituent en somme qu'une exspectative qui a l'illusion d'être armée. Une tentative de sérothérapie spécifique n'a abouti qu'à une défervescence très brève. Les ponctions lombaires n'eurent aucune influence sur l'élément douleur et l'évolution des symptômes méningés. Très mal supportées au début, elles durent être interrompues pendant longtemps. La médication qui nous a paru avoir le plus de prise sur le micrococcus melitensis est le *collargol chimique* en injections intra-veineuses, suivant une technique spéciale (3) et personnelle. Les inconvénients reprochés à cette méthode sont facilement évitables. Nous y reviendrons en détail dans une étude ultérieure qui réunira un certain nombre d'exemples démonstratifs. Nous n'avons pas voulu recourir ici à ce traitement, de parti pris, et pour laisser à ce cas la valeur d'un terme de comparaison à cet égard.

L'enseignement tiré de cette observation n'est certes pas aussi complet qu'il aurait pu l'être, puisque nous n'avons pu utiliser tous les éléments d'étude qu'elle offrait. Ces lacunes seront certainement comblées dans un avenir peut-être proche. Néanmoins, tel qu'il est, ce cas était de nature à apporter dans le champ d'observation de la fièvre de Malte quelques faits nouveaux qui resteront peut-être acquis et c'est à ce titre qu'il nous a paru digne d'être relaté. On peut en synthétiser les données dans les conclusions suivantes :

Les déterminations méningées, presque exceptionnelles, de la fièvre de Malte, s'y présentent sous trois aspects bien tranchés :

1° Des *accidents* terminaux, brefs et comateux ;

2° Un *syndrome* intercurrent, fugace, court, purement épisodique et sans gravité ;

3° Une *forme* initiale, d'évolution et d'intensité aiguës, de longue durée, prédominant les autres troubles morbides, comparable aux autres infections méningées spinales et susceptible comme celles-ci de complications et de séquelles ;

4° L'une de ces complications peut être une hémorragie sous-arachnoïdienne ;

5° La seule séquelle bien déterminée jusqu'ici a consisté en une myélite fruste.

(1) Lagriffoul et Roger. Le pseudo-rhumatisme méditerranéen, *Gaz. des hôpit.*, 14 juin 1910.

(2) De Brun. Fièvre de Malte. Inefficacité de la quinine à doses ordinaires. Guérison par la quinine à doses massives, *Soc. de path. exotique*, 14 oct. 1908.

(3) Souleyre. Loc. cit.

XXIIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 3-8 octobre 1910 (1).]

DISCUSSION SUR LES VARICES

M. Ceci (de Pise) a opéré 86 cas de varices à la cocaïne. Les suites opératoires ont toujours été aseptiques. Cependant, dans quatre cas, il y a eu phlébite. La mortalité est nulle. L'auteur attire l'attention sur les varices des enfants, dues à l'hérédité, et que l'on doit considérer comme des néoplasmes.

M. Willems (de Gand). L'état variqueux des membres inférieurs constitue une dégénérescence totale du système veineux de ces membres. Lorsqu'il existe des varices dans le domaine des saphènes, il en existe aussi dans le domaine des veines profondes. Il n'y a donc pas de traitement radical des varices, puisqu'on ne peut pas supprimer tout le système veineux d'un membre, et les résections les plus étendues ne sont toujours que des opérations palliatives.

Au point de vue du choix du procédé opératoire, il faut distinguer les cas où les varices sont limitées au territoire de l'une des saphènes, et ceux où les varices sont diffuses. Dans le premier cas, il pratique la résection totale de la veine, même quand elle n'est ectasiée que dans une partie de son trajet. Dans le second cas, il extirpe toujours les deux saphènes, parce que tout le système superficiel est alors atteint sensiblement au même degré, et que la suppression des deux troncs principaux peut seule mettre ce système superficiel hors fonction.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 113, p. 1539, 115, p. 1563 et 117, p. 1589.

Il a abandonné la ligature simple et même les résections étagées, qui donnent trop de récidives.

Pour éviter la gangrène des bords de l'incision, il reporte celle-ci en dehors du trajet veineux, de façon à limiter un lambeau qui est ensuite disséqué en passant au-dessus ou en dessous de la veine.

A propos du traitement de l'ulcère variqueux, il signale les excellents résultats que donnent les incisions parallèles ou perpendiculaires menées à travers l'ulcère et pénétrant jusque dans les tissus sains. Le fond de ces incisions bourgeonne activement, les bourgeons débordent l'ulcère et l'on obtient, au lieu de la cicatrice fragile que peut donner l'ulcère lui-même, une cicatrice formée aux dépens de tissus normaux, donc normale elle-même, et, par conséquent, beaucoup plus solide.

M. Tavel (de Berne). La thrombose artificielle des varices après ligature ou résection du tronc principal est la meilleure méthode de traitement. La technique comprend deux temps : 1° ligature du tronc principal pour empêcher les caillots d'être charriés dans la circulation; 2° injections intra-veineuses, répétées à plusieurs jours d'intervalle, de 10 à 12 centimètres cubes, d'acide phénique à 5 p. 100, et faites en deux ou trois points différents de la veine. Le lendemain la veine est tuméfiée en amont et en aval des points d'injection, dure, légèrement douloureuse, sans fièvre. Le surlendemain la thrombose s'est étendue et les jours suivants les phénomènes réactionnels diminuent. M. Tavel a opéré 38 cas; le résultat a été une fois nul, deux fois insuffisant, et bon pour les autres malades.

M. Bœckel (de Strasbourg) réclame la priorité de l'intervention chirurgicale dans le traitement des varices, pour Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté française de Strasbourg. Ce chirurgien isolait la saphène sur une lamelle de caoutchouc. D'après la thèse d'Alcide Treille (1868), sur 140 cas il n'aurait eu que trois insuccès.

M. Villar (de Bordeaux) donne la préférence à la saphénectomie totale étendue. Il est, en effet, difficile de savoir si le reflux est superficiel ou profond. Or, la saphénectomie répond aux deux indications. Les résultats immédiats ont toujours été excellents. Ses malades, revus au bout de deux ans et demi, étaient tous guéris, sauf un qui avait une récidive parce que l'opération avait été incomplète. Dans les ulcères, la guérison s'obtient avec une rapidité surprenante.

M. Bérard (de Lyon), pour les varices sans complications ulcéreuses ou phlébitiques, s'était borné, jusqu'en 1907, à faire des ligatures à la Trendelenburg et des excisions partielles des veines malades en étageant ces résections selon les besoins, depuis le triangle de Scarpa jusqu'à mi-hauteur du mollet. Dans la plupart des cas, il avait eu recours à l'anesthésie générale, six fois seulement à la cocaïne, chez des sujets cardiaques ou emphysémateux ayant dépassé la cinquantaine. Sauf chez une malade, toutes les opérations de cette catégorie se terminèrent et guérirent sans incident grave; dans cinq cas cependant des poussées de phlébite localisée se manifestèrent dans les deux semaines après l'opération, par des empâtements perceptibles au voisinage des paquets excisés. De telles thromboses, très peu septiques, représentent une complication minime, puisque toujours la saphène a été liée à son origine, et qu'ainsi des embolies ont peu de chance de gagner les veines iliaques; de telles coagulations constituent un véritable processus de guérison, en oblitérant les voies de reflux profondes.

Néanmoins ce fut là une des raisons qui l'engagèrent, dès 1907, à pratiquer des saphénectomies totales. Il y en avait une autre plus importante; c'est que parmi les opérés qu'il lui avait été donné de revoir, plusieurs mois après des ligatures et des résections partielles, près de la moitié seulement pouvaient être considérés comme totalement guéris de leurs varices; les autres gardaient encore, soit des distensions veineuses visibles dans la station debout, soit du gonflement et des troubles fonctionnels plus ou moins accentués à la fin de la journée.

Il a fait en trois ans 14 saphénectomies totales, 12 avec l'aide de l'anesthésie générale, 2 en utilisant la méthode d'anesthésie endoneurale de Crile, par l'adrénaline et la novocaïne. Aux incisions étagées multiples de la peau, qui permettent sans doute d'attirer sous les téguments dans leurs intervalles tout le tronc de la saphène, mais qui exposent pendant ces manœuvres à des hémorragies gênantes pour la cicatrisation, du fait de l'arrachement des veines collatérales ou communicantes cachées sous la peau, il a préféré la longue incision, menée de la pointe du triangle de Scarpa à la malléole interne.

Dans huit cas, la saphène externe a été découverte, liée près de son embouchure et réséquée sur une hauteur de 5 à 15 centimètres, lorsque les varices semblaient, sinon prédominantes, du moins très développées dans son territoire. Comme la résection totale de la saphène interne et la résection partielle de la grande anastomotique fragmentent la colonne sanguine en charge sur la saphène externe, il a restreint au minimum l'étendue des dissections sur les parties molles au voisinage de cette dernière.

La saphénectomie totale n'a contre elle que la longue durée de l'opération qui entraîne une anesthésie prolongée durant trois quarts d'heure à plus d'une heure, et même plus, parfois, lorsque l'on veut assurer par d'exactes sutures des téguments le maximum de rapidité à la convalescence. Quant à la suture, on peut la rendre beaucoup plus rapide, quoique suffisamment exacte, en faisant des surjets superposés au crin de Florence, ou en utilisant les agrafes métalliques.

Pour les varices avec ulcères, c'est encore la saphénectomie totale avec excision des bords de l'ulcère et curettage de son fond, qui est la meilleure opération, lorsque la plaie ulcéreuse n'est pas trop étendue ni les troubles trophiques trop graves. Il lui doit trois beaux succès. Avant de l'adopter il avait utilisé, indépendamment des topiques locaux toujours précieux (diachylon, emplâtres de Vigo, acide picrique, etc.), toutes les péritomies, avec mobilisation des téguments, les incisions circulaires de Moreschi, les dilacérations et élongations nerveuses, qui ne semblent être actuellement, comme

les greffes diverses, que des compléments de la saphénectomie, préférables à toutes les autres interventions, quand elle est possible.

M. Lardennois (de Reims) est intervenu 27 fois pour traiter des varices non compliquées. Chez 24 malades il s'est borné à l'extirpation des paquets variqueux associée à la résection de la saphène au tiers moyen de la cuisse ou à son embouchure.

Dans un bon nombre de cas assez avancés, pratiquant la résection de la saphène près de son embouchure et l'extirpation d'une série de masses variqueuses étagées sur le trajet de la veine, il a été amené, sans idée préconçue, à l'extirpation à peu près complète de la saphène et de ses communicantes.

Son impression bien nette est que les récidives sont assez rares et en tout cas assez tardives pour justifier une intervention aussi facile et aussi bénigne.

Après le mémoire de Terrier et Alglave, il a pratiqué trois fois d'une façon systématique et seulement dans des cas avancés l'extirpation des saphènes. Le premier malade, opéré le 1er février 1907, est resté comme infirmier à l'hôpital. Le résultat obtenu est tout à fait satisfaisant.

Il a recours très volontiers aux greffes dans le traitement des ulcères variqueux. Lorsqu'il s'agit d'ulcères profonds récidivants encastrés dans un tissu cicatriciel dur et scléreux, il estime que rien ne vaut l'ablation des parties malades et l'application d'une greffe italienne selon le procédé de Berger.

M. Paul Delbet (de Paris) estime qu'il faut opérer les varices le plus tôt possible, alors qu'elles sont encore limitées. Dans les varices peu étendues, faire une résection du paquet superficiel. Dans les varices superficielles et étendues, enlever largement la saphène, au besoin dans toute son étendue et réséquer la peau suivant le procédé de Schwartz. Les ligatures de Trendelenburg sont insuffisantes. Dans les varices généralisées, être très prudent et n'opérer que s'il y a un bon état général. Dans les ulcères, la dissociation fasciculaire n'est indiquée que s'il existe de la sciatique. Le procédé de choix est l'opération de Mariani ; elle réussit dans presque tous les cas.

M. E. Reymond (de Nanterre), d'une statistique de 235 cas de varices ou de phlébites traitées par les méthodes sanglantes, tire les conclusions suivantes : la résection de la totalité de la saphène interne est, dans le plus grand nombre des cas, le traitement de choix des varices sans ulcères.

Les ulcères variqueux lui paraissent justiciables de l'incision dite en jarretière seule ou accompagnée de la résection de la saphène. Dans les deux cas, le résultat immédiat est satisfaisant, mais ce résultat est beaucoup plus durable à la suite du second procédé.

Quinze observations de phlébites traitées par ablation en masse se rapportent à des malades présentant des symptômes généraux et une température variant entre 38 et 40 degrés.

Les heureux résultats obtenus : une amélioration, quatorze guérisons, prouvent que l'on peut intervenir aussi bien dans les cas où l'infection de la veine a un point de départ local (plaies du pied), que dans ceux où elle représente la localisation d'un état général (puerpéralité, mastoïdite purulente, entéro-colite) ; l'état général a toujours présenté une grande amélioration, du fait de l'ablation de la lésion locale ; une puerpérale ayant 40 degrés le jour où on l'opère n'a plus que 37°5 le lendemain, et guérit de son infection puerpérale.

L'intervention doit se garder d'être économique ; souvent la peau, toujours le tissu graisseux doivent être enlevés en bloc avec les veines : celles-ci doivent être liées très loin de la lésion ; dans cinq cas la saphène fut enlevée en totalité.

Les indications du traitement chirurgical des phlébites sont plus étendues qu'on ne paraît le croire : le traitement médical est moins innocent qu'on ne l'admet, étant donnée la fréquence relative d'embolies pulmonaires ; il est long, laisse souvent un membre impotent ou tout prêt à une récidive : sur les quinze opérations, trois correspondaient à des récidives de phlébites traitées médicalement.

M. Alessandri (de Rome) rappelle que son compatriote Schiassi a préconisé, contre les varices diffuses, une opération en deux temps : au moyen d'une petite incision à la cuisse, il fait la résection de la saphène, puis il injecte dans le bout inférieur une solution iodée. Il se produit alors une thrombose curative. L'opération se fait avec l'anesthésie locale. Elle est simple, facile, et n'exige que huit jours de lit. Il l'a employée avec un succès constant. Dans le traitement de l'ulcère, il donne la préférence à l'incision en jarretière.

M. Sabadini (d'Alger) emploie la résection fragmentaire étagée ; il a toujours obtenu la réunion par première intention, et la guérison de ses malades.

M. Viannay (de Saint-Etienne) a opéré une centaine de malades et fait notamment 58 résections totales de la saphène. Il convient d'opérer de haut en bas et en liant toutes les collatérales, et après badigeonnage de la peau à la teinture d'iode. Il a eu un décès chez un homme âgé, cachectique, qui a succombé à une pyohémie bâtarde. La guérison a toujours été rapide. Il a vu quelquefois de petits points de sphacèle, mais sans importance. L'œdème est fréquent et apparaît quand les malades se lèvent. Il disparaît assez vite. Il a revu quarante de ces opérés et constaté quatre échecs ; tous les autres ont repris leurs professions qui exigent des stations debout prolongées. Ce sont des résultats excellents, aussi il estime que la saphénectomie totale est l'opération de choix.

Il a fait trois fois la résection de phlébites et a eu trois succès.

M. Rémy. Circonscrites, les varices sont guéries par l'opération. Mais celles-ci sont rares. Les plus fréquentes sont les varices congénitales qui peuvent atteindre toutes les veines et apparaissent vers dix-huit ans, aux premières fatigues. Elles ne peuvent qu'être améliorées. Il faut obvier au reflux cardiaque surtout, soit par des ligatures, soit par des résections partielles multiples, soit par l'extirpation

totale, soit par l'abouchement des veines superficielles dans les profondes. Tout est bon, si l'on peut faire des barrages ou rétablir des valvules à la cuisse. Si la peau montre la moindre tendance à une altération (capillarite), il faut, en outre, réséquer les veines du mollet.

Dans les varices très généralisées et dans la forme cyanique qui atteint les veinules, il ne conseille plus d'opération, mais la physiothérapie.

L'électricité, de forme variée, soulage, car les veines les plus altérées en apparence sont encore très contractiles. Il recommande les eaux qui entretiennent la peau, mais proscrit le massage, à cause des phlébites localisées dans les ampoules variqueuses qui provoquent des embolies. Enfin, dans toutes les formes variqueuses, il prescrit de limiter ses fatigues ou même de changer de profession.

L'ulcère de moyenne étendue est opérable; on peut d'ailleurs vivre très longtemps avec de grands ulcères.

M. DURAND (de Lyon) pratique la résection subtotale de la saphène, l'attaquant, d'une part, à la crosse, et, de l'autre, au niveau des condyles. Il estime ce procédé aussi curatif que la saphénectomie totale, et lui reconnaît l'avantage, pour les femmes, de ne pas laisser de cicatrice à la cuisse. Il insiste sur ce que les complications névrotiques et trophiques assombrissent le pronostic.

M. POUZY (de Saint-Nazaire) dit que, dans sa région, il est impossible, pour le chirurgien, de « toucher à une veine ». On ne peut intervenir que sur les professionnels de la mendicité quand ils sont incapables de continuer leur métier. Il a opéré cinq de ces miséreux, et a eu un insuccès et quatre succès.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1910)

Arthrites séreuses bacillaires expérimentales. — MM. LANDOUZY, GOUGEROT et SALIN, pour déterminer la nature des arthropathies congestives et séreuses, observées en clinique, dans la bacillose, et pour en éclairer la pathogénie, ont entrepris des expériences sur les lapins. Ces expériences démontrent la nature bacillaire de certaines arthrites fluxionnaires, avec ou sans épanchement, aiguës ou subaiguës.

Elles éclairent encore la pathogénie des arthrites humaines fluxionnaires. Leur mécanisme n'est pas univoque; elles relèvent tantôt d'une décharge bacillémique de bacilles vivants ou morts se fixant sur l'articulation; tantôt d'une tuberculinisation locale de la jointure, provoquée par la sécrétion des bacilles enfermés dans l'épiphyse juxta-articulaire; tantôt enfin ces arthrites semblent traduire la réaction anaphylactique des articulations sensibilisées, à la toxémie bacillaire générale.

Sur quelques propriétés du virus exanthématique. — MM. Ch. NICOLLE, A. CONOR et E. CONSEIL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1910)

Syndrome méningé avec lymphocytose rachidienne d'origine indéterminée. — MM. CH. LAUBRY et PARVU rapportent trois observations concernant des jeunes malades âgés de quinze à dix-huit ans, ayant présenté le syndrome clinique d'une méningite aiguë à début brusque : céphalée, vomissements, constipation, torpeur, signe de Kernig, instabilité du pouls, bradycardie, et chez lesquels la ponction lombaire décela une lymphocytose rachidienne abondante.

L'examen bactériologique fut négatif ainsi que l'inoculation au cobaye. Les auteurs insistent sur la nécessité de connaître de tels faits pour éviter de poser de façon prématurée le diagnostic de méningite tuberculeuse ou syphilitique.

En présence d'une lymphocytose aseptique et aiguë, de nature indéterminée, ils pensent également qu'en l'absence d'inoculations dûment répétées la guérison d'une méningite tuberculeuse, avec ou sans traitement, ne doit être acceptée qu'avec réserve.

Syndrome méningé avec polynucléose rachidienne d'origine indéterminée. — MM. CH. LAUBRY et G. FOY rapportent l'observation de deux malades atteints de phénomènes gastro-intestinaux fébriles dans un cas, apyrétiques et accompagnés d'ictère dans l'autre et ayant présenté tous deux des phénomènes méningés sévères: céphalée, raideur de la nuque, photophobie, torpeur, signe de Kernig. La ponction lombaire révéla chez l'un un liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique, dont les éléments intacts se montrèrent légèrement altérés dans les ponctions ultérieures ; chez l'autre un liquide jaune avec polynucléaires abondants, mais en voie de désintégration. Le premier de ces cas confirme l'opinion de M. Widal sur l'importance diagnostique et pronostique des épanchements puriformes et leur caractère de bénignité; le second montre, d'après les auteurs, que certaines réactions aseptiques des méninges, tout en étant bénignes, peuvent être purulentes. La notion de tels faits, même exceptionnels, complique l'interprétation cytologique et pronostique des résultats de la ponction lombaire dans les états méningés aigus.

Méningites bénignes d'allure épidémique. — MM. E. RIST et J. ROLLAND ont observé à l'hôpital Trousseau, durant les mois d'août et septembre, cinq cas de méningite aiguë chez de jeunes garçons âgés de onze à quinze ans. La ponction lombaire permettait de constater que le liquide céphalo-rachidien contenait une notable quantité d'albumine. La réaction cellulaire, plus ou moins intense suivant les cas, était constituée par une lymphocytose toujours prépondérante et parfois exclusive. Les ensemencements et les inoculations sont restés entièrement négatifs. Tous ces cas ont guéri sans séquelles. Les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'un type spécial de méningite, à évolution bénigne, à agent pathogène inconnu, et qui aurait sévi cet été à Paris sous forme épidémique.

M. WIDAL. Les communications de M. Rist et de M. Laubry montrent qu'entre la méningite cérébro-spinale et la méningite tuberculeuse il y a une série d'états méningés qu'il est intéressant de connaître, ce que pour sa part il a signalé à plusieurs reprises. Ces états méningés ainsi qu'il les a appelés au cours d'une communication récente au Congrès de médecine, sont certainement de cause différente. Rien n'est plus banal qu'une réaction méningée au cours d'un état infectieux ; lorsque celui-ci est connu on n'y prête qu'une attention secondaire (pneumonie, fièvre typhoïde, grippe); lorsque l'état méningé est primitif en apparence, il peut prêter à confusion. Ils ont toujours une évolution aussi bénigne que possible, malgré une allure souvent dramatique. La ponction lombaire peut d'ailleurs hâter leur guérison.

Sporotrichose. — MM. Balzer et Brunier ont observé une femme de vingt-deux ans qui présentait des gommes multiples non ulcérées du bras et de l'avant-bras gauches; une tuméfaction du poignet gauche simulait une tumeur blanche, une synovite palmaire du tendon fléchisseur du quatrième doigt et un puncto-spina ventosa du cinquième doigt, avec ulcérations cutanées (la radiographie montre que le squelette était intact). La ponction de ces différentes lésions donna issue à un pus grumeleux jaunâtre qui, ensemencé sur des tubes de gélose maltosée, donna des cultures de sporotrichum Beurmanni.

La malade présentait également une hydarthrose du genou gauche. Le liquide jaune citrin obtenu par ponction et ensemencé ne donna naissance à aucune culture. Il faut dire qu'à ce moment la femme prenait de l'iodure depuis quinze jours. La malade quitta Paris améliorée au bout de quinze jours, mais non complètement guérie.

MM. de Beurmann, Gougerot, Bith et Heuger présentent un malade atteint de **sporotrichose à grands abcès froids multiples** simulant des abcès ossifluents. Les grands abcès n'ont été que rarement signalés jusqu'ici dans la sporotrichose. Dans le cas de Dor c'étaient de grands abcès chauds phlegmoneux dus à un parasite différent du sporotrichum Beurmanni. Dans le cas de Lagoutte et Briau, il s'agissait de lésions semi-chaudes compliquant une sporotrichose cachectisante à localisations multiples. C'est donc une forme nouvelle. La malade a aussi un spina ventosa sporotrichosique qui contribue à lui donner l'aspect d'un tuberculeux.

La maladie ne s'améliorant que difficilement par l'iodure de potassium, les lésions seront traitées localement par des injections de solutions arsénicales qui ont déjà donné en pareil cas de très bons résultats dans le service de M. le professeur Landouzy et qui stérilisent les cultures de sporotrichum beaucoup mieux que les solutions iodées.

Les grandes quantités de pus fournies par la ponction de ces abcès froids ont permis de faire un certain nombre de travaux de contrôle démontrant que la recherche du parasite sur lame est toujours difficile même après l'emploi des divers procédés d'homogénisation, et que les seuls moyens pratiques et sûrs de diagnostic sont la culture d'abord, puis l'agglutination et la fixation du complément. — L'intradermo-réaction a été obtenue avec la sporotrichosine de de Beurmann et Gougerot et avec le pus du malade tué par chauffage. On sait que ce procédé indique seulement que le sujet est mycosique ou micophore et n'a pas de valeur spécifique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 19 octobre 1910)

Ankylose temporo-maxillaire. — M. Demoulin, dans un rapport sur un travail de MM. Douai et Gernez, nous présente une étude magistrale de cette question, tant au point de vue de la pathogénie, de la symptomatologie, qu'au point de vue du traitement chirurgical. Il distingue tout d'abord les ankyloses succédant à des arthrites traumatiques de celles qui apparaissent consécutivement à des arthrites infectieuses.

L'arthrite traumatique est le plus souvent déterminée par une chute sur le menton, et trois semaines après, généralement, apparaît l'ankylose. Rarement ces arthrites traumatiques résultent d'une chute ou d'un choc direct sur l'articulation temporo-maxillaire. Quant aux arthrites infectieuses, elles succèdent à la scarlatine, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, et, comme les arthrites traumatiques, elles aboutissent à l'ankylose. Du côté ankylosé, le maxillaire s'atrophie, surtout chez les sujets n'ayant pas encore atteint leur complet développement.

En présence d'une ankylose temporo-maxillaire, la première question à se poser est celle de savoir si la lésion est unilatérale ou bilatérale. Y a-t-il des signes qui permettent de reconnaître s'il n'y a qu'un seul côté de la mâchoire atteint d'ankylose et quel est ce côté? On a signalé la diminution de la hauteur de la branche montante du maxillaire, s'abaissant plus du côté sain. Mais ce sont là des signes presque négatifs; il peut être très difficile de reconnaître de quel côté siège l'ankylose, si bien que des chirurgiens expérimentés, ayant affaire à une ankylose de la mâchoire, se sont d'abord attaqués à l'articulation du côté sain. Donc, diagnostic parfois très difficile.

Pour l'intervention chirurgicale indiquée contre ces ankyloses, on a proposé plus de vingt incisions différentes. L'important est de pratiquer tout d'abord la résection de la partie postérieure de l'apophyse zygomatique. Dès 1892, Poubert a proposé, comme premier temps, cette résection de l'arcade zygomatique pour attaquer plus facilement l'articulation temporo-maxillaire. Il faut avoir recours à l'incision préauriculaire de Huguier, à convexité antérieure, remontant vers la fosse temporale. Le lambeau, étant disséqué, est reporté en avant; un écarteur placé sur la lèvre inférieure de la plaie récline en bas le facial. On procède alors à la résection de l'apophyse zygomatique; à l'aide de la scie de Gigli, on sectionne au niveau du tubercule zygomatique; on fait sauter la partie postérieure de l'arcade avec la gouge et le maillet, et il devient alors facile d'ouvrir l'articulation temporo-maxillaire.

Faut-il faire l'opération des deux côtés, dans la même séance? Oui, pourvu que l'anesthésie soit régulière. On peut recourir, dans ce but, à l'un des nombreux appareils perfectionnés que nous possédons aujourd'hui.

Comme soins consécutifs, M. Demoulin insiste sur la nécessité d'une mobilisation précoce de l'articulation. L'opération n'est pas sans une certaine gravité. Lorsqu'on a ouvert l'articulation d'un côté, si la mâchoire ne s'abaisse pas facilement de quelques centimètres, il ne faut pas hésiter à aller ouvrir l'articulation du côté opposé. Quand la mâchoire s'abaisse facilement, il n'est peut-être pas utile d'aller ouvrir l'articulation de l'autre côté. Toutefois, M. Demoulin fait quelques réserves à ce sujet et se demande si, même la mâchoire s'abaissant bien, il ne serait pas bon d'ouvrir et de réséquer également l'autre articulation de façon à établir une parfaite symétrie entre les deux côtés.

M. Kirmisson rappelle avoir communiqué, en janvier 1900, l'observation d'une fillette de dix ans chez laquelle il avait pratiqué la résection de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit pour une ankylose consécutive à une arthrite suppurée survenue au cours d'une scarlatine. Le résultat a été très bon et huit ans après, en mars 1908, M. Kirmisson a pu constater que le résultat était resté parfait. Il est utile, dans ces cas, comme l'a dit M. Demoulin, de pratiquer la résection de l'apophyse zygomatique.

Au point de vue du diagnostic, il est un signe important, c'est la persistance ou l'absence des mouvements de diduction.

M. Broca, dans un cas d'ankylose osseuse de la mâchoire, ayant constaté un écoulement sanguin de l'oreille droite, intervint du côté droit. Or c'était du côté gauche que siégeait l'ankylose. On se tromperait à moins et cela prouve une fois de plus la difficulté, dans certains cas, du diagnostic.

De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — M. F. Legueu. Dans les tuberculoses vésicales qui malgré la néphrectomie s'aggravent et résistent au traitement local, la chirurgie était jusqu'alors assez dépourvue. Entre les cystostomies hautes ou basses que leur inefficacité a depuis longtemps fait délaisser, et la cystectomie totale trop grave, il n'y avait aucun intermédiaire. L'opération que propose M. Legueu comble cette lacune; convaincu que les douleurs et le ténesme

ne sont dus qu'à la contraction vésicale selon la doctrine classique et cesseraient immédiatement si la vessie ne recevait pas d'urine, il a eu l'idée de pratiquer la dérivation des urines dans l'intestin, l'opération ainsi réalisée est bien une exclusion vésicale.

Sur un de ses malades qui, à la suite d'une néphrectomie en 1906, avait vu malgré tous les traitements utilisés la cystite s'aggraver progressivement, il a vu après l'implantation de l'uretère dans l'intestin les douleurs cesser immédiatement, le ténesme disparaître, le sommeil revenir, l'appétit renaître. Le malade a sensiblement engraissé et se trouve aujourd'hui, neuf mois après l'intervention, absolument transformé. Le rectum fonctionne toutes les quatre heures, sans douleur.

Dans un autre cas opéré dans le même but par M Wilhems par la néphrostomie lombaire le bénéfice thérapeutique fut également considérable. Il semble donc que l'exclusion vésicale étende dans le domaine chirurgical les limites de notre action indirecte et palliative et constitue une ressource précieuse à utiliser dans certaines formes graves et rebelles de tuberculose.

M. Savariaud estime que l'opération proposée par M. Legueu est très logique. Elle peut aussi avoir d'autres indications que celle qu'il a donnée. Dans un cas de cancer du col propagé à la vessie, M. Savariaud a pratiqué l'exclusion de la vessie. D'un côté, il a implanté l'uretère dans la fosse iliaque; de l'autre, dans l'appendice. Malheureusement la malade est morte de péritonite, mais elle avait été soulagée après l'opération.

Abcès du cerveau d'origine amibienne. — M. Jacob communique deux cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne chez des malades qui avaient été atteints d'abcès du foie d'origine dysentérique.

Fracture du col du fémur. — M. Nélaton présente un malade qui était atteint d'une fracture intra-trochantérienne du fémur. Sous l'anesthésie chloroformique, il a opéré la réduction et fixé le membre en rotation interne, de façon à éviter la rotation externe consécutive. Résultat très satisfaisant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 22 octobre 1910)

Action des extraits d'ascaris equorum sur la coagulation du sang de lapin. — MM. P. Emile Weil et Boyé ont constaté que des extraits d'ascaris equorum, dissous dans de l'eau salée, rendent incoagulable le sang du lapin *in vivo*. Le retard de coagulation, qui varie de 15 à 45 minutes, apparaît dès l'injection, faite dans les veines de l'oreille ; l'injection dans les veines mésaraïques n'a point donné le même résultat. Une première injection immunise contre une seconde. Les extraits n'agissent pas sur la coagulation du sang *in vitro*.

Cette action, semblable à celle que possèdent d'autres parasites (ankylostome, tiques, larves d'œstres, etc.), doit être invoquée pour expliquer la genèse des hémorragies, si fréquentes dans les affections parasitaires.

Action des extraits d'hypophyse sur le rein. Remarques sur l'opothérapie hypophysaire. — M. Paul Thaon en soumettant des moutons à des injections d'extraits frais d'hypophyses provenant d'animaux de la même espèce a provoqué des hématuries et des lésions de glomérulo-néphrite. En rapprochant ces faits de la polyurie déjà signalée chez les sujets soumis à l'action des extraits hypophysaires on peut conclure que ces extraits ont sur le rein une action directe qui peut être nocive si la dose injectée est trop élevée. Il y a lieu, en matière d'opothérapie, de réserver l'emploi de ces extraits chez l'homme, aux sujets indemnes de toute affection rénale.

Recherches sur la pathogénie des pancréatites infectieuses : voie ascendante et voie descendante. — MM. P. Abrami, Ch. Richet fils et Saint-Girons rapportent une série d'expériences dans lesquelles ils ont essayé de reproduire la pancréatite ascendante, en créant chez les animaux une infection massive intestinale.

Pas plus pour le pancréas que pour le foie ou le rein il n'est possible de réaliser l'infection ascendante.

PRATIQUE MÉDICALE

TUMEURS ADÉNOIDES DU RHINO-PHARYNX

Par le docteur Blachet.

Les végétations adénoïdes sont une maladie de l'enfance, mais aussi de l'âge adulte, et à diverses reprises, on a signalé des cas d'adénome pur opérés chez des malades de quarante ans passés (1).

Les signes de cette affection sont bien connus. Il existe du nasonnement, une difficulté réelle pour respirer par le nez. Les malades dorment la bouche ouverte, ronflent fortement et crachent parfois un peu de sang au réveil. L'ouïe est plus ou moins altérée, d'abord d'une façon intermittente et plus tard permanente car, à la longue, la surdité s'installe.

Presque toujours, sinon toujours, on constate en même temps un certain degré d'hypertrophie des amygdales et la constitution générale de ces enfants est lymphatique, scrofuleuse, avec, pour signature de cet état diathésique, des ganglions cervicaux augmentés de volume.

Les anciens oto-laryngologistes pensaient que la tumeur adénoïde pouvait diminuer d'elle-même avec l'âge, et que pour cette raison, il ne fallait intervenir qu'en présence d'accidents. Mais cette thérapeutique est imprudente, car la trompe d'Eustache participe toujours plus ou moins à l'inflammation voisine et la surdité apparaît si l'on attend pour agir.

Cependant, il est toujours utile pendant un certain temps, de commencer le traitement par des douches nasales, des irrigations modificatrices d'assez longue durée. On emploiera pour ces lavages tantôt une solution d'anios à 1 p. 100 et tantôt des eaux sulfureuses. L'anios complètement dépourvu d'inconvénients agit par une production d'oxygène naissant qui désinfecte et désodorise tout le rhino-pharynx, et empêche les germes de se répandre dans la trompe d'Eustache. On fera des lavages doux, sans brusquerie, soit avec un bock laveur, soit avec le siphon de Weber. Les eaux sulfureuses agissent en décongestionnant la muqueuse.

Après les lavages antiseptiques, on touchera les végétations avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 10 portée sur la tumeur avec un pinceau recourbé. Mais si ce traitement échoue, il faut enlever chirurgicalement l'adénome.

L'extraction des végétations adénoïdes est trop connue pour que nous la décrivions ici. Nous conseillons seulement le couteau de Schmidt qui opère un raclage, mieux que les pinces coupantes imaginées par les spécialistes.

Après cette opération, on laissera l'enfant au repos, lui permettant quelques fragments de glace dans la bouche, et plus tard, au bout de trois ou quatre jours, on pourra recommencer quelques lavages à l'anios, pour nettoyer entièrement la cavité rhino-pharyngienne, le débarrasser des quelques débris qui pourraient encore adhérer et aussi pour favoriser la cicatrisation rapide des points d'implantation de l'adénome. Le trioxychlorométhyle de vanadium est en effet, en même temps qu'un germicide actif, un énergique kératoplastique.

On évitera chez ces enfants l'eau phéniquée dangereuse et

(1) Voir Tillaux. *Gaz. des hôpit.*, 19 mars 1884.

l'eau oxygénée caustique, ainsi que l'eau boriquée complètement inactive au point de vue antimicrobien et antiputride.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 31 OCTOBRE AU 5 NOVEMBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Samedi 5 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Chevassu et Okinczyc.

3e (oral, 2e partie) : MM. Achard, Balthazard et Roussy.

1er (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Morestin ; — (2e série) : MM. Rémy, Thiéry et Langlois ; — (3e série) : MM. Gley, Rouvière et Grégoire ; — M. A. Schwartz, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Castaigne et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gougerot et Rathery.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Terrien, suppléant.

THÈSES

Vendredi 4 novembre, à une heure. — M. Langlet. Etude médicale d'une possession au XVIe siècle. (Nicole Obry, dite Nicole de Vervins). (MM. Reclus, président ; Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. Chapuis. Iconographie de l'exploration du genou tuberculeux chez l'enfant. (MM. Delbet, président ; Reclus, Pierre Duval et Ombrédanne.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Un concours s'ouvrira le 25 avril 1911 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Le programme de ce concours est ainsi arrêté :

1° Une composition écrite sur une question d'anatomie. Cinq heures sont accordées pour cette épreuve qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Une leçon d'une heure sur une question d'anatomie descriptive, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger.

3° Epreuves pratiques :

a. Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive ; cinq heures sont accordées pour cette préparation ;

b. Une préparation extemporanée d'histologie ; quatre heures sont accordées pour cette préparation ;

c. Une épreuve de médecine opératoire ;

d. Une préparation de pièces sèches dans un délai fixé par le jury.

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Danjou, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale est chargé en outre pendant l'année scolaire 1910-1911 du cours de pharmacie et matière médicale.

— Nantes. — Un concours s'ouvrira le 1er mai 1911, devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 20 octobre 1910, les mutations suivantes ont été prononcées dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Médecins aides-majors de première classe de réserve. — MM. Daverne passe à la 3e région ; Fuster, à la 19e région ; Gibert, à la 3e région ; Salmon, au gouvernement militaire de Paris ; Tissot, à la 2e région.

Médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale. — MM. Baillon passe à la 15e région ; Bouvier, à la 7e région ; Guinement, à la 11e région ; Lacassagne, à la 6e région ; de Langenhagen, au gouvernement militaire de Paris.

Médecins aides-majors de deuxième classe de réserve. — MM. Brissaud passe à la 9e région ; Boutin, à la 7e région ; Carretier, à la 10e région ; Favier, à la 16e région ; Gougerot, au gouvernement militaire de Paris ; Henry, à la 15e région ; Maës, à la disposition des troupes coloniales ; Miquel-Maillé, à la 19e région ; Offret et Tizon, à la 10e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Charvet passe à la 15e région ; Dousset, à la 5e région.

MARINE. — M. le médecin de première classe Mourron est désigné pour remplir les fonctions de secrétaire archiviste du conseil de santé du port de Toulon, en remplacement de M. Hervé, récemment promu au grade de médecin principal.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Nicolle (de Tunis) est nommé officier du Mérite agricole.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel, section de médecine, sera attribué, cette année, au professeur Albert Kassel, le célèbre physiologiste de l'Université d'Heidelberg. Chaque prix se montera cette fois à 193 360 francs.

UN NOUVEAU DOMAINE POUR LA « MAISON DU MÉDECIN ». — La « Maison du médecin » vient de s'assurer la jouissance d'un fort joli domaine, à Brézolles (Eure-et-Loir), à l'effet d'y installer des pensionnaires. Situé à 24 kilomètres de Dreux, dans un bourg important, cette propriété répond admirablement au but poursuivi. La maison est confortablement aménagée, bien meublée, et peut recevoir une dizaine de pensionnaires. Elle est entourée d'un superbe parc boisé, d'un jardin potager, auquel fait suite une prairie bordée par la charmante rivière la Neuvette. De nombreux communs permettent une exploitation fructueuse de la propriété. Cheval et voiture à la disposition des pensionnaires.

Ceux-ci vont pouvoir entrer tout de suite.

Ils se trouveront à Brézolles dans une quiétude parfaite ; le pays est pittoresque, les promenades très agréables, la chasse et la pêche offriront un agrément de plus aux amateurs.

Voici donc réalisée définitivement la première fondation de la « Maison du médecin ».

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 32, rue Notre-Dame des Victoires, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Herbart (de Dunkerque).

COURS PRATIQUE D'OPHTALMOLOGIE. — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Cerise, Coutela et Pley, chefs de clinique et de laboratoire, commencera un cours pratique de maladies des yeux, avec présentation de malades, le mardi 25 octobre 1910, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren).

Les leçons auront lieu tous les jours. Les élèves seront exercés individuellement au maniement de l'ophtalmoscope et des appareils employés en oculistique.

MM. les docteurs et étudiants français et étrangers, immatriculés à la Faculté, seront admis à s'inscrire en vue de ce cours. Le droit à verser est de 50 francs.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE CHIMIE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE. — *Epreuve écrite.* — MM. Guillemard et Blanchetière, 15; Sarvonat, 19.

Leçon de trois quarts d'heure. — MM. Blanchetière, 11; Sarvonat, 13; Guillemard, 16.

Epreuve de titres. — MM. Sarvonat, $13 \times 2 = 26$; Guillemard, $17 \times 2 = 34$.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Pathologie.* — Séance du 24 octobre : Mlle de Pfeffel, 10; MM. Richard (André), 8; Monbrum, 13; Bloch (René), 12; Péroni, 5; Pataud de Valencienne, 4; Parin, 7; Moricand, 2; Jacquet, 11; Brun, 6; Fey, 9.

Anatomie. — Séance du 24 octobre : MM. Blum, 9; Françon, 10; Philardeau, 8; Cousin, 5; Humbert, 5; Kahn (Georges), 6; Deron, 3; Marchak, 9.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Veines jugulaires externe et interne. »

MM. David, 14; Coty, 16; Delmas, 14; Chailley-Bert, 11; Ducas, 7; Eltrich, 17; Caussé, 16; Collin et Coulaudon, 14; Decléty, 16; Dohen, 14; Chalut, 9; Chabert, 15; Clément, 10; Cathala, 14.

Pathologie. — Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. »

MM. Melik-Parsadaniantz, 10; Raison et Mégret, 16; Radois, 15; Psaume, 14; Mlle Moiroud, 15; MM. Rabinovitz, 7; Pautet, 13; Polonowsky, 8; Popesco-Pascon, 5; Morestin, 8; Mme Piness, 14; MM. Moutier, 17; Monestier, 12; Ratel, 14; Misrachi, 18; Mignot, 8; Mlle Mille, 15; M. Pinel, 4.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont délégués, pour un an, du 1er novembre 1910 au 31 octobre 1911, dans les fonctions de chargés de cours de clinique annexe, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux dont les noms suivent :

HOTEL-DIEU. — MM. Petit, médecin des hôpitaux et Guinard, chirurgien des hôpitaux.

CHARITÉ. — M. Mauclaire, chirurgien des hôpitaux.

SAINT-ANTOINE. — MM. Siredey et Vaquez, médecins des hôpitaux; Lejars et Ricard, chirurgiens des hôpitaux; Doléris, accoucheur des hôpitaux.

NECKER. — MM. Rénon, médecin des hôpitaux, et Routier, chirurgien des hôpitaux.

COCHIN. — M. Schwartz, chirurgien des hôpitaux.

BEAUJON. — MM. Bazy et Tuffier, chirurgiens des hôpitaux.

LARIBOISIÈRE. — MM. Brault, Launois et Legendre, médecins des hôpitaux; Sébileau et Picqué, chirurgiens des hôpitaux.

LAENNEC. — MM. Barié et Bourcy, médecins des hôpitaux; Legueu, chirurgien des hôpitaux.

ENFANTS-MALADES. — MM. Méry, médecin des hôpitaux; A. Broca, chirurgien des hôpitaux.

PITIÉ. — M. Potocki, accoucheur des hôpitaux.

BOUCICAUT. — MM. Letulle, médecin des hôpitaux; Lepage, accoucheur des hôpitaux.

TENON. — M. Thiéry, chirurgien des hôpitaux.

CLAUDE-BERNARD. — M. Teissier, médecin des hôpitaux.

M. Aviragnet, médecin des hôpitaux, est chargé pour un an, du 1er novembre 1910 au 31 octobre 1911, d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1676.*)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DE LA

TRÉPANATION DU COTÉ OPPOSÉ

DANS LA NÉVRALGIE FACIALE

Par M. André CHALIER,

Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Dans un article publié ici même il y a deux ans (*Gazette des hôpitaux*, 17 sept. 1908), j'ai indiqué les bons effets immédiats que mon maître, M. le professeur Jaboulay, a obtenus chez un malade atteint de névralgie faciale très douloureuse, par une méthode jusqu'alors inusitée en pareil cas : la *trépanation de la zone sensitivo-motrice du côté opposé*. L'amélioration qui suivit cette opération fut immédiate ; dès le soir, la parole et la déglutition se faisaient normalement, sans la moindre grimace, sans la moindre secousse musculaire douloureuse. Pareil résultat se maintenait lors de la publication de cette observation, deux mois après l'intervention.

Depuis, deux autres prosopalgiques ont retiré les mêmes bénéfices d'une thérapeutique semblable.

L'un d'eux a été présenté par M. Morestin à la Société de chirurgie de Paris (4 nov. 1908). Il s'agissait d'un malade qui avait subi, en dix ans, un grand nombre d'opérations, destinées à le débarrasser d'une névralgie faciale atroce : résection du bord alvéolaire, section du nerf dentaire, résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne, résection du sympathique cervical. Il avait même été traité sans succès par les rayons X, les injections d'alcool, les injections mercurielles... Bref, le 31 août 1908, il était « dans une situation lamentable, réclamant à grands cris la mort, et à la veille de se suicider... Il ne pouvait s'alimenter qu'avec beaucoup de peine, n'osait plus parler, le moindre mouvement déchaînant des crises terribles ». La recherche du Gasser ou de la grosse racine du trijumeau, tentée le 2 septembre 1908, n'aboutit à aucun résultat. C'est alors que M. Morestin — connaissant l'observation précédente de M. Jaboulay — se décida à trépaner le malade du côté opposé à sa névralgie (2 oct. 1908). Les résultats furent excellents : « le lendemain le malade était mieux ; les douleurs avaient diminué de 50 p. 100 ; au deuxième jour, il ne souffrait plus du tout ». Un mois après, il n'avait pas repris de crise ; « de cachectique qu'il était, il était devenu un homme d'apparence normale ».

Voici enfin une troisième observation, recueillie par M. Crémieu (*Lyon médical*, 1908), et qui se rapproche par beaucoup de points des deux précédentes. Elle concerne un épileptique de l'hospice du Perron qui, depuis dix ans environ, souffrait d'une névralgie faciale droite, localisée dans le territoire du mentonnier. Ce malade n'avait pas subi moins de 18 interventions, parmi lesquelles l'arrachement du mentonnier, la résection partielle du rebord alvéolaire, l'évidement du maxillaire au niveau du trou mentonnier, et récemment enfin la section successive des deux sympathiques. Quelques-unes de ces opérations avaient sans doute amené des améliorations, mais des améliorations bien transitoires. Quand il revint, en octobre 1908, demander à M. Jaboulay une nouvelle tentative, il souffrait violemment et ne pouvait supporter le plus léger effleurement au niveau de l'émergence du mentonnier droit. Devant ces signes, M. Jaboulay intervint le 14 novembre 1908 : il appliqua une couronne de trépan au niveau de la zone rolandique gauche, puis il agrandit avec le davier-gouge l'orifice sur tout son pourtour. Il incisa la dure-mère, laissa filtrer quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien à travers le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et sutura les plans cutanés par-dessus. Les suites de l'opération furent des plus simples : le lendemain, le malade se promenait dans la salle et ne ressentait plus aucune douleur spontanée dans la région naguère douloureuse. Dix jours après, on pouvait appuyer fortement sur le point mentonnier sans provoquer de douleur ; une pression très intense réveillait un léger endolorissement, mais qui n'était en rien comparable à la douleur exquise que présentait le malade avant l'intervention.

Comme on le voit, *dans les trois cas où elle a été tentée* (à notre connaissance) *la trépanation du côté opposé a amélioré d'emblée des névralgies faciales très anciennes et rebelles à toute autre thérapeutique.* A ce seul titre, la méthode mérite d'être placée à côté des multiples interventions préconisées dans le traitement de la prosopalgie. Mais ce qui lui confère une plus grande valeur, c'est que *les bons résultats dont elle s'accompagne paraissent être, d'après les deux observations de M. Jaboulay, sinon des résultats définitifs*, *du moins des résultats durables.* Ces deux opérés, en effet, sont en bonne santé actuellement et, depuis qu'ils ont été trépanés, ils n'ont jamais présenté la moindre récidive de leurs douleurs faciales. Le premier malade, *opéré depuis plus de deux ans*, vaque à ses fonctions habituelles d'employé du Crédit lyonnais ; depuis sa trépanation, il peut parler, mâcher et déglutir tout à son aise, sans éprouver le moindre tiraillement, et surtout sans grimacer. Le second, *opéré presque depuis deux ans*, ne se plaint jamais de sa face, et ne présente plus de point douloureux à la pression au niveau des branches émergentes du trijumeau. Sans doute il serait téméraire de parler, dès maintenant, pour ces deux anciens prosopalgiques, de guérison définitive ; mais, tels qu'ils sont, les résultats de la nouvelle méthode sont des plus intéressants, car ils justifient l'emploi de la trépanation du côté opposé chez certains malades à qui toutes les opérations directes pratiquées sur le trijumeau restent inefficaces. Effectuée *du côté opposé* à la névralgie, la craniectomie est destinée à modifier l'excitabilité du neurone cortical de la cinquième paire cranienne. C'est dire qu'*elle sera surtout indiquée lorsqu'il s'agira, comme chez nos deux malades, d'une névralgie-névrose, du tic douloureux de la face, si bien étudié par Trousseau.* L'opération sera pratiquée très simplement, comme toute trépanation, au niveau de la zone rolandique, et plus particulièrement *au niveau de la circonvolution pariétale ascendante*, terminaison

corticale du trijumeau. On y joindra, comme l'a fait M. Jaboulay chez ses deux malades, une ou plusieurs incisions horizontales de la dure-mère, de façon à permettre l'exosmose du liquide céphalo-rachidien, à travers le feuillet viscéral de l'arachnoïde. L'opération sera terminée par la suture directe des téguments par-dessus la perte de substance cranienne. Les suites opératoires seront des plus simples, à moins de fautes de technique ou d'asepsie.

La méthode est donc à la fois bénigne, facile et efficace : on ne saurait en dire autant de toutes les opérations, périphériques ou centrales, destinées à combattre une des maladies les plus douloureuses et les plus rebelles.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Paris, 13-15 octobre 1910*] (1).

DEUXIÈME QUESTION

RELATIONS DU FOIE ET DE LA RATE EN PATHOLOGIE

Discussion.

M. CHAUFFARD. La question des rapports du foie et de la rate est toute d'actualité. Elle comporte un certain nombre de points dont l'existence est admise par tous. Seule, leur interprétation est encore discutée. Il y a quelque vingt ans, personne ne se souciait du retentissement que pouvaient avoir sur le foie les lésions de la rate. Les travaux de Banti, comme le rapport qu'en 1899 j'ai consacré à ce sujet, ont enfin attiré l'attention sur l'un des chapitres les plus intéressants et les plus complexes de la pathologie, puisqu'il comprend l'étude des foies leucémique, paludéen et typhique, de la tuberculose spléno-hépatique et des ictères congénitaux. Nous pouvons dès aujourd'hui, sinon résoudre toutes les données du problème, du moins fixer, dans ses grandes lignes, le programme des recherches futures. Elles devront utiliser diverses méthodes. La première consiste à mesurer comparativement le volume du foie et celui de la rate. Cette méthode, que l'on peut appeler *volumétrique*, fournit des renseignements intéressants, mais qui n'éclairent en rien la pathogénie. On peut aussi, de par l'analyse clinique, chercher à établir la précession des lésions spléniques sur les lésions hépatiques, et vice versa : toutefois, il s'agit là d'une tâche délicate, puisque, souvent, les unes et les autres évoluent simultanément. La méthode anatomo-pathologique expose elle aussi à bien des causes d'erreur, des altérations identiques pouvant être la conséquence, l'aboutissant des processus les plus dissemblables. Restent les méthodes biologiques, qui, seules, feront faire à la question des progrès décisifs. Cessons d'être des organiciens purs. Rendons-nous compte de la complexité des modifications humorales et, puisque les cadres anciens craquent de toutes parts, efforçons-nous, à l'aide des méthodes nouvelles d'investigations, de saisir le *comment* et le *pourquoi* des choses.

M. Marcel LABBÉ. Dans la pathogénie de la maladie de Banti, il faut peut-être faire jouer un rôle capital aux lésions de la veine porte et de la veine splénique. Dans un cas de cette affection, observé avec M. Castaigne, nous avons trouvé une endophlébite à la fois splénique et portale. Peut-être, pourra-t-on soupçonner ces lésions veineuses en se fondant sur l'absence, en de tels cas, de phénomènes d'insuffisance hépatique.

M. GAILLARD. L'indépendance du foie et de la rate peut être démontrée par certains faits cliniques. Nous avons eu l'occasion, M. Léri et moi, d'examiner une malade qui présentait les symptômes habituels aux cirrhoses splénomégaliques. Comme sur le revêtement cutané il y avait d'évidentes lésions de syphilis tertiaire, nous avons essayé d'abord un traitement intensif, puis du 606. Sous l'influence de cette thérapeutique, la rate diminua au point de reprendre, à la fin, son volume normal. Mais maintenant, les signes de cirrhose deviennent de plus en plus manifestes. Il semble donc ici exister une dissociation entre la cirrhose hépatique et la splénomégalie.

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES ÉPILEPSIES SYMPTOMATIQUES

Premier rapport. — TRAITEMENT DES ÉPILEPSIES SYMPTOMATIQUES PAR LA TRÉPANATION CRANIENNE. — M. SOUQUES. Il n'y a pas d'épilepsie essentielle. Toute épilepsie est symptomatique, qu'elle soit généralisée, totale, ou partielle, jacksonienne. Il n'est donc pas illogique de chercher à la guérir par une intervention chirurgicale portant sur la zone motrice. Mais quelle est exactement cette zone? On a longtemps cru qu'elle occupait l'écorce de toute la zone rolandique, de telle manière que les deux termes : zone motrice et zone rolandique étaient regardés comme synonymes. Or, les recherches de Grünbaum et Sherrington (de Liverpool) ont montré que la région motrice est située tout entière en avant du sillon de Rolando, et qu'elle occupe exclusivement la frontale ascendante, la partie antérieure du lobule paracentral et le sillon prérolandique ou précentral. La pariétale ascendante ne jouit, à aucun degré, de propriétés motrices. Ces données ont été confirmées par les résultats opératoires de Krause, qui, dans dix-huit cas de trépanation humaine, a trouvé ces centres cortico-moteurs exactement situés comme l'avaient indiqué Grünbaum et Sherrington; par les anatomistes, qui ont démontré la présence, dans la frontale ascendante, l'absence, dans la pariétale ascendante, de cellules motrices géantes (cellules de Betz); par l'histo-pathologie : dans les cas de dégénération systématisée du faisceau pyramidal, on voit toutes les fibres dégénérées se perdre dans l'écorce de la frontale ascendante. Aux différents centres moteurs du corps et des membres correspondraient des centres sensitifs distincts, situés directement en arrière des centres moteurs, à leur hauteur respective. La sensibilité superficielle occuperait surtout la pariétale ascendante, la profonde, le

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 119, p. 1612 et 121, p. 1648.

lobe pariétal proprement dit. Mais la frontale n'est-elle que motrice? Sans doute, l'ablation brusque d'un centre moteur provoque, indépendamment d'une paralysie, une anesthésie transitoire dans la région correspondante du corps. Mais, en clinique, les lésions de la frontale ne s'accompagnent pas d'anesthésie, pas plus que les altérations de la pariétale ascendante ne s'accompagnent de paralysie. Dans la pratique courante, il faut donc s'en tenir à l'étroite séparation des centres moteurs et sensitifs par le sillon de Rolando. Pour retrouver, sur le vivant, la zone motrice, il n'y a qu'un procédé ; c'est celui qui consiste à s'appuyer sur les résultats d'une excitation électrique prudente et modérée. On sait d'ailleurs, et le fait présente une extrême importance au point de vue chirurgical, qu'une excitation électrique forte, portant sur une région plus ou moins éloignée de la zone motrice, détermine, comme l'excitation de la zone motrice elle-même, des convulsions dans le côté opposé du corps, par propagation de l'excitation à la zone motrice. On ne peut donc formuler cette équation : épilepsie jacksonienne = lésion de la zone motrice, et l'on comprend que, dans certains cas d'épilepsie bravais-jacksonienne, la trépanation puisse montrer cette zone absolument intacte. Somme toute, la valeur localisatrice de cette forme d'épilepsie est généralement médiocre, sauf dans certaines conditions : aura unilatérale, état de mal unilatéral. De même, la remarque faite par certains auteurs, que le type jacksonien pur correspond à des lésions corticales, tandis que ses déviations indiquent une lésion sous-corticale ou extra-rolandique ne peut être acceptée que sous bénéfice d'inventaire. Quant à l'aura, elle ne constitue qu'un signe de probabilité. D'ailleurs, les larges ouvertures du crâne qu'on pratique aujourd'hui suppléent, dans une grande mesure, à l'ancienne nécessité d'une étroite localisation.

Les méthodes chirurgicales préconisées contre l'épilepsie sont nombreuses. Citons d'abord la sympathicectomie, et le traitement chirurgical des épilepsies réflexes d'origine traumatique, lesquelles succèdent, le plus souvent, à des blessures des nerfs, et qui sont d'ailleurs exceptionnelles, pour arriver, tout de suite, à la trépanation cranienne qui a pour but, d'une façon générale, de supprimer la cause matérielle de l'épilepsie, si cette cause est accessible, et, dans le cas contraire, de décomprimer le cerveau ou d'exciser le centre qui donne le signal des attaques. Pour atteindre ce but, on peut recourir aux méthodes suivantes :

1° *Trépanation simple*, dont on pourrait se contenter si la dure-mère était intacte et si la lésion trouvée paraissait suffisante pour expliquer les phénomènes cliniques.

2° *Trépanation avec incision ou excision de la dure-mère* (méthode de Kocher), infiniment plus avantageuse, puisqu'elle permet d'explorer, de palper et de ponctionner le cerveau, s'il n'y a rien de visible à sa surface, et aussi, lorsqu'on ne trouve aucune lésion, de diminuer l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, si fréquente dans l'épilepsie, et qui joue un rôle considérable dans la production des accès.

3° *Trépanation avec excision du centre-signal* (Horsley). — L'excitation électrique d'un centre cortical provoque, dans un groupe musculaire circonscrit, des secousses convulsives limitées qui forment le signal-symptôme de Séguin, avant de se propager à toute une moitié du corps. Si on enlève ce centre cortical, on doit, en principe, supprimer le point de départ de la crise et, par suite, la crise elle-même. Mais, en pratique, le résultat n'a pas toujours répondu à la théorie.

Dans l'*épilepsie traumatique*, dont l'existence, bien que niée, est incontestable, la trépanation est nettement indiquée. Malheureusement, les récidives post-opératoires sont très fréquentes. Il va sans dire que l'opération réussira surtout dans les cas où elle est pratiquée de bonne heure, où les méninges sont seules intéressées, etc.

Quant à l'*épilepsie non traumatique*, elle peut, au point de vue qui nous intéresse, se voir dans deux cas : tumeurs cérébrales, lésions circonscrites du cerveau.

Dans les *tumeurs cérébrales*, il faut tâcher de localiser, en appelant à son secours les moyens cliniques et la radiographie, puis on enlèvera la tumeur, si elle est accessible et extirpable ; dans le cas contraire, on pratiquera la trépanation décompressive, dont les résultats palliatifs sont incontestables.

Dans les *lésions circonscrites* il s'agit, le plus souvent, d'encéphalopathies infantiles ; les résultats de la trépanation peuvent être excellents ; le plus souvent, ils sont médiocres, ce qu'explique suffisamment l'ancienneté et la nature des lésions.

Que vaut la trépanation dans l'*épilepsie essentielle?* Il est évident, tout d'abord, qu'elle doit être réservée aux cas graves, rebelles à la thérapeutique interne, qui, par leur intensité ou leur fréquence, mettent la vie en danger. Abandonnée, il y a quelques années, à cause de la mortalité opératoire, elle est actuellement très en honneur, surtout à l'étranger. Elle semble surtout indiquée quand il existe des symptômes en foyer.

Deuxième rapport. — Traitement des épilepsies symptomatiques. — M. Vires (de Montpellier). On n'admet plus aujourd'hui l'antique division des épilepsies en deux groupes : épilepsies essentielles, épilepsies symptomatiques. Cette conception a vécu. Il n'existe que des épilepsies symptomatiques, ou, pour mieux dire, toute épilepsie n'est qu'un symptôme, traduisant l'existence de lésions diverses. Les indications thérapeutiques, dans l'épilepsie, devront donc être tirées d'éléments divers : étiologiques, pathogéniques, symptomatiques, anatomiques, etc.

Quelles sont les *indications thérapeutiques tirées des éléments étiologiques?* Elles varient selon qu'il s'agit d'épilepsies réflexes, infectieuses, toxiques ou auto-toxiques.

Les épilepsies *réflexes* liées à des tumeurs, à des polypes, à des cicatrices douloureuses, à des plaies infectées sont justiciables d'un traitement chirurgi-

cal; toutes les autres, d'un traitement médical : révulsifs, sédatifs nervins.

Quant aux *épilepsies infectieuses*, dont l'importance augmente chaque jour, il faut, pour les traiter, réduire au minimum la virulence du bacille et les propriétés de ses toxines; relever, soutenir l'organisme, le mettre en état de faire les frais de l'infection. On se rappellera, d'ailleurs, que certaines infections générales sont susceptibles d'atténuer ou de faire disparaître complètement l'épilepsie.

Les *épilepsies toxiques* peuvent être aiguës ou chroniques. Aiguës, elles doivent être traitées par toutes les méthodes propres à assurer l'élimination rapide des toxiques ; chroniques, elles relèvent surtout de la médication symptomatique.

Le cadre des *épilepsies auto-toxiques* et *diathésiques* comprend les épilepsies gravidiques, avec l'éclampsie; diabétiques, goutteuses, congestives, qui doivent être combattues par des médications plutôt d'ordre général que local.

Il faut aussi tenir compte des *indications thérapeutiques tirées des éléments pathogéniques*. Certaines conditions prédisposent, en effet, à l'épilepsie. Telle est l'hérédité similaire qui relève, à son tour, de causes diverses : alcoolisme, syphilis, tuberculose, hérédo-bradytrophie. D'autre part, l'épilepsie paraît, au moins dans certains cas, une maladie d'intoxication. Mais quel est le poison en cause? Après en avoir incriminé un grand nombre on a, ces dernières années, rattaché l'épilepsie à l'action produite, sur le système nerveux, par une auto-cytotoxine (Vires, Ceni, de Buck). L'organisme créerait, de toutes pièces, chez certains sujets, une toxine qui offre une prédilection particulière pour la cellule nerveuse, et contre laquelle il se défend par la crise épileptique. A cette question se rattache celle des sérums neurotoxiques.

Les *indications thérapeutiques tirées des éléments anatomiques* ont été étudiées dans le rapport précédent.

Les *indications thérapeutiques tirées des éléments symptomatiques* varient suivant que l'on est appelé au moment de l'attaque ou en dehors d'elle. Au moment de l'attaque, ce sont surtout des mesures d'hygiène et de surveillance qui s'imposent. En dehors d'elle, il faudra recourir à la médication antispasmodique constituée surtout par les bromures, seuls ou associés à la déchloruration, et aussi par d'autres substances : solanées, gommes fétides et substances musquées, sels de zinc, borate de soude. Aux bromures, on peut associer l'opium (méthode de Flechsig) ou l'adonis vernalis (méthode de Bachterew).

Certaines *indications thérapeutiques* seront encore tirées du *malade lui-même* ; il est bien certain que le traitement doit varier selon l'âge, le sexe, les forces du patient. En ce qui concerne le régime, grande sobriété en général, mais pas d'exclusivisme et surtout analyse délicate de chaque individualité clinique. Enfin, les stations thermales seront désignées d'après les facteurs d'épilepsie.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

MÉCANISME ET TRAITEMENT DES TOUX DITES RÉFLEXES

Il n'est pas de médecin qui ne soit consulté parfois, assez souvent même, par des malades qui toussent sans qu'il soit possible de découvrir chez eux une lésion quelconque de leur appareil respiratoire. Et il semble même que cette toux *sine materia* soit particulièrement intense et fréquente. « Le plus souvent c'est une toux fatigante, quinteuse, une toux désespérante pour le malade et le médecin, la thérapeutique ordinaire du symptôme toux échouant pitoyablement. »

Cette dernière phase est empruntée à l'excellent ouvrage que le docteur Alfred Martinet vient de publier sous ce titre : *Thérapeutique usuelle des maladies de l'appareil respiratoire* (1), et où, avec le sens clinique et le talent d'exposition qu'on lui connaît, il consacre aux toux dites réflexes une étude que j'aimerais résumer ici.

Notons d'abord, avec M. Martinet, que le terme de « toux réflexes » est impropre, car il semble admettre que cette catégorie seule de toux est réflexe, alors que la toux, réaction de l'organisme à une action périphérique, est toujours réflexe.

Certains caractères donnent à la toux d'origine extra-respiratoire une physionomie clinique particulière.

C'est d'abord une toux *sèche* qui n'aboutit et ne peut aboutir à une expectoration réelle, et qui est par conséquent une toux « inutile ». On ne peut en effet tenir compte des rares mucosités ou de la minime quantité de salive dont elle précède l'expulsion.

C'est la plupart du temps une toux quinteuse, constituée par des séries de secousses expiratoires nombreuses séparées par des reprises inspiratoires espacées, relativement rares. La durée et la fréquence des quintes rend cette toux particulièrement pénible.

Enfin, il s'agit d'une toux dont les conditions de production sont ordinairement très spécialisées. C'est ainsi que chez le pleurétique elle éclatera à l'occasion d'un changement d'attitude; ailleurs, chez un dyspeptique, il s'agira d'une toux gastrique provoquée par la stase alimentaire; chez les enfants il existe une toux bien connue due aux vers intestinaux, et les laryngologistes nous ont appris à connaître la toux nasale et la toux pharyngée.

Quant au mécanisme, il consiste dans une excitation périphérique transmise à un ou plusieurs centres nerveux et qui est réfléchie par voie centrifuge aux muscles expirateurs. Le pneumogastrique est certainement la voie centripète principale suivie par l'excitation pour arriver aux centres ; aussi la toux accompagne-t-elle presque constamment les affections de la muqueuse des voies respiratoires innervée par le pneumogastrique.

Mais ce nerf s'épanouit également en rameaux destinés à la plèvre, au pharynx, à l'œsophage, à l'estomac, à l'intestin; aussi les affections de ces organes peuvent-elles provoquer une toux pleurale, pharyngée, œsophagienne, stomacale, vermineuse, etc.

D'autre part, l'excitation de tous les nerfs sensitifs, y compris les nerfs sensoriels, peut être le point de départ de réflexes excito-respiratoires, et le trijumeau et le glosso-pharyngien peuvent acquérir une importance considérable dans la pathogénie du réflexe tussigène.

Les expériences de Laborde sur les tractions rythmées de la langue font comprendre en particulier l'importance du glosso-pharyngien, d'autant que ses filets sensitifs sont sou-

(1) Un vol. de la *Bibliothèque de thérapeutique clinique à l'usage des médecins praticiens.* — Paris, Masson et Cie.

mis aux nombreuses causes d'excitation locale survenant dans toute la zone du vestibule laryngo-pharyngien. Il est d'observation courante que l'éternuement précède souvent la toux, et la clinique a démontré l'existence de la toux nasale.

Les voies centrifuges du réflexe ne nous retiendront pas; mais il faut mentionner l'action inhibitrice de la volonté ou des émotions sur la toux.

Un mécanisme aussi complexe, une aussi grande multiplicité des voies centripètes conductrices de l'excitation, interdisent de croire à un traitement spécifique de la toux. Et cependant, autant il faut savoir respecter ou tout au moins ménager la toux utile qui, dans les affections respiratoires, débarrasse l'arbre bronchique, autant il importe de calmer la toux inutile que nous venons d'étudier.

La thérapeutique devra tendre à diminuer la sensibilité de la muqueuse d'où part le réflexe, à atténuer l'excitabilité du centre nerveux, à agir dans la mesure du possible sur les voies centrifuges, enfin à essayer de mettre en œuvre l'action inhibitrice de l'encéphale sur le centre bulbaire. Pour remplir la première de ces indications il faut commencer par établir un diagnostic causal extrêmement précis, car en l'espèce seule une thérapeutique pathogénique pourra avoir un résultat satisfaisant. S'il s'agit de vers intestinaux, un vermifuge fera disparaître la toux, et il en sera de même d'un régime approprié chez un dyspeptique. La toux d'origine gastrique sera souvent calmée par une potion chloroformée et cocaïnée, et quand la muqueuse malade sera accessible aux applications externes, un anesthésique local, tampon cocaïné dans les fosses nasales par exemple, donnera dans beaucoup de cas d'excellents résultats.

Pour diminuer l'excitabilité réflexe du centre bulbaire on a généralement recours de façon tout à fait routinière et automatique à l'emploi de l'opium et des opiacés. Cette pratique est souvent désastreuse dans les toux dites réflexes, sauf s'il s'agit de toux pleurale. Les bromures au contraire feront souvent merveille, et on pourra avoir recours également aux classiques pilules de Méglin, dont chacune contient :

Extrait de semence de jusquiame. . }
Extrait de valériane. . . . . } ââ 5 centigr.
Oxyde de zinc. . . . . }

on en donnera trois fois par jour, une le matin, une à midi, une le soir.

Pour agir sur les voies centrifuges, on sait par expérience que dans certains cas deux mouches de Milan placées sur le trajet du nerf phrénique ont l'effet le plus heureux, on en posera une au-dessus de la clavicule entre les deux chefs du cléido-mastoïdien, et l'autre au niveau du rebord costal, sur le « bouton phrénique ». Les toux spasmodiques, celles en particulier qui s'accompagnent d'hyperesthésie sur le trajet du phrénique, et elles sont nombreuses, retireront un grand soulagement de cette thérapeutique.

Enfin il faut enseigner au malade que sa toux est inutile, qu'il peut la supprimer ou tout au moins la réduire, et grâce à cette influence suggestionnante du médecin l'action inhibitoire centrale viendra concourir à l'effet désiré.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1910)

Nous entrons dans la période des rapports de fin d'année. C'est dire qu'il reste bien peu à glaner pour nous. Nous n'avons, en effet, aujourd'hui qu'une seule communication à enregistrer, celle de M. Dupré, dont voici le résumé :

La folie de Charles VI, roi de France. — M. DUPRÉ. La folie de Charles VI, sujet d'études aussi intéressant pour l'histoire de la médecine que pour la médecine de l'histoire, a déjà suscité plusieurs travaux qui ne discutent pas tous les éléments du problème et différents, d'ailleurs, dans leurs conclusions.

Tandis que les uns concluent à la manie intermittente et les autres à la confusion mentale, aucun auteur ne fait sa part, dans le tableau clinique, aux accès de mélancolie qui alternent irrégulièrement avec les accès de manie.

En réalité, le roi, d'hérédité vésanique, d'intelligence médiocre et de mentalité déséquilibrée, présenta pendant trente ans les accès d'une psychose intermittente, à forme irrégulièrement alterne, avec intervalles lucides pendant lesquels il reprenait, malgré quelques défaillances épisodiques, son rôle et ses fonctions de roi. L'affection débuta à l'âge de vingt-quatre ans, quelques mois après une fièvre typhoïde probable, par la crise demeurée fameuse, de la forêt du Mans. L'analyse clinique de cette crise y révèle l'association de l'agitation maniaque et du délire confusionnel. La confusion mentale, d'origine toxique, déterminée chez un convalescent par la fatigue, l'insolation et quelques excès probables de boisson, se marqua par l'inconscience et l'amnésie des faits, les troubles sensoriels, la fugue et les accidents ultérieurs d'adynamie et de collapsus.

L'apparition du vagabond, obstiné et insaisissable, qui effraya le roi, est relatée dans trois chroniques du temps dont les récits, d'ailleurs contradictoires, sont peu vraisemblables et dont la critique laisse place à l'hypothèse d'une illusion collective, suggérée à son entourage par le monarque halluciné, au début de la plus violente et de la plus dramatique des crises délirantes.

La critique du témoignage, appliquée à ce chapitre de médecine historique, montre le caractère légendaire et l'incertitude de l'épisode le plus connu de la folie du roi. Cette méthode rigoureuse de recherche et de critique permet de reconstituer, au moins dans une certaine mesure, la clinique du passé, d'évoquer parfois la vision directe des grands malades de l'histoire, et, dans le cas présent, d'aboutir à un diagnostic complet de la maladie de Charles VI.

— Communication faite à la séance du 18 octobre :

Une nouvelle préparation d'opium (injectable). — M. le professeur POUCHET, à l'occasion des intéressants travaux de M. le professeur Sahly (de Berne), étudie une nouvelle préparation d'opium injectable. Cette préparation dénommée pantopon, réalise le désir, bien des fois exprimé par tous les pharmacologues, de constituer un produit représentant l'action totale de l'opium. Le pantopon représente, en effet, la totalité des principes actifs, des alcaloïdes de l'opium. On emploie ce médicament aux doses de deux à quatre centigrammes par voie d'injection hypodermique, d'un à cinq centigrammes sous forme de comprimés (d'un centigramme chacun), de cinq à huit centigrammes dans une potion de 150 à 300 grammes.

D'un grand nombre d'observations, il résulte que les qualités de l'action médicamenteuse exercée par cette substance la différencient nettement tant de la morphine que de l'extrait thébaïque; d'autre part, cette préparation permet de réaliser l'emploi médicamenteux de l'opium brut avec une très grande facilité et notamment sous forme d'injections hypodermiques; enfin l'emploi du pantopon ne présente pas les inconvénients de l'opium, ni de la morphine (excitation, état nauséeux, euphorie, etc.). Aussi M. Pouchet se propose-t-il de revenir plus longuement, dans un travail ultérieur, sur l'action pharmacodynamique de ce produit appelé à se substituer à l'opium et à la plupart de ses dérivés.

— Mardi prochain étant jour férié, la prochaine séance aura lieu jeudi 3 novembre.

PHARMACOLOGIE

BROME-DIÉTHYL-ACÉTYL-URÉE

$$\begin{matrix} C^2H^5 \\ C^2H^5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} Br. \\ CO.\ NH.\ CO.\ NH^2. \end{matrix}$$

Cette substance s'obtient par l'action de l'urée sur les sels halogénés de l'acide brome-diéthyl-acétique.

Cette substance représente une poudre cristalline, incolore, presque insipide, fondant vers 115-116 degrés. Elle est très peu soluble dans l'eau froide (environ à 0,05 p. 100), plus facilement soluble dans l'eau chaude, très soluble dans l'alcool, l'acétone, la benzine cristallisable; par contre, assez difficilement soluble dans l'éther de pétrole; la lessive de soude qui dissout aisément ce produit le dédouble cependant, en dégageant de l'ammoniaque. L'ébullition prolongée de la solution de cette substance en provoque également la décomposition.

Les expériences sur l'animal ont démontré que la brome-diéthyl-acétyl-urée exerçait une action hypnotique très accentuée. Le soluté concentré aqueux (à 0,05 p. 100) exerce une action hypnotique rapide sur le poisson (le vayron). Le poisson se renverse déjà après quinze secondes; la narcose est complète trois minutes après le début de l'action. Si on laisse le poisson cinq minutes dans la solution, sa respiration s'arrête, tandis que la circulation reste assez active. Transporté dans de l'eau pure, le vayron se rétablit très vite.

Chez le chat, 13 centigrammes du produit par kilogramme d'animal provoquent un sommeil léger de plusieurs heures de durée; ni la respiration, ni la circulation ne sont influencées; 20 centigrammes par kilogramme provoquent un sommeil plus profond; mais, même des doses plus élevées n'arrivent pas à provoquer la narcose; la sensibilité ne disparaît pas, elle n'est qu'amoindrie. La respiration et l'activité cardiaque restent excellentes.

La dose mortelle n'est pas toujours la même chez les chats. La plus petite quantité mortelle qui ait été observée pour cet animal est de 35 centigrammes par kilogramme. Cependant, beaucoup de chats ont très bien supporté cette dose.

10 centigrammes par kilogramme d'animal provoquent chez le chien un sommeil léger qui dure plusieurs heures et qui précède une assez longue période de forte somnolence; 20 centigrammes par kilogramme provoquent un sommeil intense et un abaissement de la sensibilité. Le cœur et la respiration sont peu ou invisiblement influencés. Le pouls est légèrement ralenti et renforcé. Il semble que la lumière des vaisseaux soit augmentée.

Cette substance est sans action sur la fermentation par la levure; elle n'exerce donc pas d'action toxique sur le protoplasma.

Chez le lapin, l'élimination par l'urine se fait sous trois formes différentes :

1° Sous forme de combinaison bromée, soluble dans l'éther (substance probablement non modifiée) ;

2° Sous forme d'une substance organique, bromée également, mais non soluble dans l'éther, dans les conditions d'alcalinité de la solution;

3° Sous forme de bromure anorganique.

La tolérance de ce produit doit être considérée comme bonne : un lapin en reçut pendant une semaine 50 centigrammes par jour sans qu'il s'ensuivît aucune modification de son état général ou de son appétit.

Chez l'homme, la brome-diéthyl-acétyl-urée s'est comportée comme un excellent sédatif avec action légèrement hypnotique. Cette substance se recommande surtout dans la nervosité générale, les états de dépression, l'hypocondrie, l'hystérie, les névroses cardiaques (battements de cœur), etc., et rend, en tant que somnifère inoffensif, d'excellents services dans l'insomnie nerveuse et les autres formes d'insomnie légère. Les malades se réveillent, frais et dispos, sans aucun sentiment d'engourdissement. A doses plus élevées, cette substance peut également influencer favorablement les états de dépression grave et de forte excitation.

Dans la neurasthénie et les états légers d'excitation, dans l'agrypnie nerveuse, etc., des doses simples de 0gr30 à 0gr50 suffiront. Dans les cas graves, on pourra aller jusqu'à un gramme trois fois par jour, sans avoir à craindre aucun phénomène secondaire. L'acné bromique ne se produit pas, même après un emploi prolongé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. Caubet, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie externe pendant l'année 1910-1911.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — M. Millardet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale est chargé d'un cours de clinique médicale.

M. Véron, professeur de clinique obstétricale est chargé en outre de l'enseignement de la théorie et de la pratique des accouchements aux élèves sages-femmes.

M. Marquis suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale est chargé en outre de l'enseignement de l'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes.

Sont chargés pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef de travaux : MM. Lefeuvre, professeur : physiologie; Castex, professeur : physique; Lenormand, professeur : chimie; Houlbert, professeur : histoire naturelle.

— ANGERS. — M. Jagot, professeur de clinique médicale, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er novembre 1910.

— CAEN. — M. Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — MM. les docteurs Just Lucas-Championnière, Philippeau et Tourtourat ont été nommés membres de la commission chargée de l'élaboration des tarifs de frais médicaux et pharmaceutiques en cas d'accidents du travail, en remplacement de MM. Dubuisson, Pédebidou et Jeanne, démissionnaires.

LA NATURALISATION DES MÉDECINS TUNISIENS. — Un décret, en date du 3 octobre, a décidé que les sujets tunisiens ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, peuvent être naturalisés français.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Moine, médecin inspecteur du cadre de réserve.

COURS DE TECHNIQUE CLINIQUE ÉLÉMENTAIRE A L'USAGE DES ÉTUDIANTS DE PREMIÈRE ANNÉE. — Les docteurs P. Le Noir et Berger, médecins des hôpitaux, Lapointe et Labey, chirurgiens des hôpitaux, assistés de MM. les docteurs Camus, Courcoux et Ambard, anciens internes des hôpitaux, commenceront le lundi 7 novembre une série de conférences à l'usage des étudiants de première année.

La première conférence aura lieu à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, à neuf heures.

Le nombre de places étant limité, se faire inscrire dans le service du docteur Le Noir (hôpital Saint-Antoine).

CONFÉRENCES. — Deux internes des hôpitaux commenceront le 3 novembre, à l'Association corporative, une série de vingt conférences gratuites sur les notions de médecine (terminologie, éléments de séméiologie, principaux types morbides) indispensables aux étudiants qui commencent leur première année.

NOTES POUR L'INTERNAT

INFILTRATIONS D'URINE [1]

SYMPTOMES. — Nous aurons surtout en vue le phlegmon de la loge inférieure, c'est le cas ordinaire qui donne lieu au tableau clinique classique. Le phlegmon de la loge supérieure, nié par Albarran en tant qu'infiltration, est en tout cas exceptionnel.

I. Début. — Il varie un peu suivant la cause :

1° DANS L'INFILTRATION TRAUMATIQUE. — Après une chute à califourchon par exemple, il y a eu une urétrorragie plus ou moins abondante avec rétention d'urine ou au moins difficulté d'uriner. On a pu placer généralement une sonde à demeure et pendant quelques jours les choses vont bien localement et généralement. C'est la *période de tolérance.*

Puis après deux ou trois jours, la fièvre monte assez brusquement, s'accompagnant de frissons répétés et de malaise général. Le périnée devient empâté, tendu, douloureux. La septicémie urineuse apparaît bientôt et le tableau se complète. Il a fallu le temps que les microbes pullulent dans l'urine qui stagne autour de la sonde et infectent par la plaie urétrale le tissu cellulaire voisin.

Dans les cas graves les accidents débutent vingt-quatre heures après le traumatisme.

2° CHEZ UN RÉTRÉCI. — Il est rare que le début soit brusque comme le décrivaient tous les classiques : au moment d'une miction pénible comme d'habitude, à l'occasion d'un effort plus considérable, le malade éprouve une sensation de déchirement aussitôt suivie d'un bien-être qui est la cessation de la dysurie ; *il a pissé dans son périnée.*

Presque toujours le début est *insidieux* ; le malade ne peut pas le préciser; les mictions n'ont pas cessé d'être difficiles; il n'y a pas eu de douleur soudaine et il arrive à l'hôpital en pleine période d'état avec un périnée infiltré, une verge œdématiée, de la dysurie, de la fièvre et la langue rôtie, tous ces symptômes s'étant développés progressivement. Il est d'ailleurs à noter que l'infiltration n'est pas l'apanage exclusif des rétrécissements très serrés et qu'on l'observe avec des rétrécissements « larges ».

Plus rarement c'est un abcès périurétral en évolution qui brusquement se diffuse; et que traduit l'apparition de phénomènes généraux graves.

II. Période d'état. — 1° SIGNES LOCAUX. — Ce sont en somme ceux d'un phlegmon diffus. D'abord c'est de l'*œdème*, mou, gardant le godet qu'y forme le doigt, un peu tendu au niveau du périnée, s'étendant rapidement au scrotum qui apparaît bientôt infiltré, énorme et à la verge, qui se déforme et enfouit le gland. La peau est plutôt pâle, à peine teintée de rouge. La *douleur* spontanée et à la pression est peu intense.

Puis l'œdème augmentant devient dur surtout au niveau du périnée. La peau rougit et devient violacée. En même temps l'œdème peut envahir les régions voisines, hypogastre, région ischioanale, fesses, cuisses.

Bientôt des plaques violacées, des marbrures livides apparaissent sur la peau. Souvent aussi des phlyctènes brunes qui à l'ouverture laissent échapper un liquide roussâtre et découvrent une plaque noire, dure et insensible. D'autres placards de sphacèle apparaissent sur le scrotum et sur la verge. A la palpation on peut alors percevoir une fine crépitation emphysémateuse de phlegmon gazeux.

2° SIGNES GÉNÉRAUX. — D'abord peu marqués ils augmentent très rapidement d'intensité, trahissant une intoxication générale grave.

Après quelques *frissons* plus ou moins intenses, c'est une tendance à l'hypothermie; le malade se refroidit malgré les excitants et les enveloppements chauds. Il a des sueurs froides, abondantes. Le *facies* est *altéré*, pâle, le malade abattu considérablement.

La *langue* est sèche, *rôtie*, rouge à la pointe et sur les bords, couverte d'un enduit blanc saburral à la base; la salive est acide et le muguet apparaît fréquemment. La soif est très vive. On observe souvent des vomissements; la diarrhée fétide est fréquente. Le délire n'est pas rare.

La température est variable; généralement la courbe est celle d'une *fièvre hectique* à grandes oscillations montant jusqu'à 40 degrés; le pouls est rapide et, très vite, mal frappé, petit, bientôt misérable. On peut enfin noter de la congestion des bases pulmonaires. C'est en somme le tableau d'une *infection urineuse à marche rapide.*

III. Evolution. — Elle dépend de facteurs nombreux dont les principaux sont la résistance du malade et l'influence de l'intervention chirurgicale.

1° Si le malade est jeune, si ses reins sont suffisamment sains pour éliminer les toxines diffusées dans l'organisme, si le traitement est actif et précoce, une réaction franche succède à l'intervention chirurgicale. La température tombe à 38 degrés, le pouls devient large, régulier, plus lent; le visage se colore, la langue devient humide ; parfois il y a une crise sudorale. Localement, les parties sphacélées s'éliminent rapidement au milieu d'une suppuration franche et modérée. La cicatrisation s'achève ensuite plus ou moins rapidement; le malade *guérit.*

2° S'il s'agit d'un vieil urinaire, infecté déjà largement, de longue date, dont les reins sont insuffisants, un dyspeptique, fébricitant, dont tout l'organisme en somme est déja délabré par une infection chronique, l'évolution est tout de suite beaucoup plus inquiétante. Localement, c'est d'emblée une infiltration diffuse et gangréneuse : quand on incise on a peine à atteindre les limites du tissu cellulaire sphacélé qui laisse écouler un liquide séro-purulent mal lié, fétide, sanguinolent, d'odeur urineuse. Souvent les escarres n'ont pas le temps de s'éliminer. Dès le début apparaissent des symptômes généraux très graves avec une fièvre à oscillations énormes et souvent en vingt-quatre ou quarante-huit heures le malade tombe dans l'adynamie malgré toutes les médications, et *meurt.*

IV. Phlegmons de la loge supérieure. — Ils se caractérisent par l'intensité des symptômes généraux contrastant avec l'allure insidieuse des symptômes locaux.

L'infiltration partie de la région prostatique reste profonde pendant plusieurs jours et c'est tardivement qu'on la voit se manifester sous l'aspect d'un phlegmon diffus soit de la *région hypogastrique*, soit des *fosses ischio-rectales.* Le périnée antérieur reste intact ainsi que les bourses. Le malade se présente à l'hôpital dans un état général très mauvais se plaignant, outre ces symptômes d'infection générale, d'une tuméfaction rougeâtre qui commence à apparaître dans l'une des deux régions précédentes après quatre ou cinq jours d'évolution. Le toucher rectal peut faire sentir une tuméfaction profonde et douloureuse. Si l'on incise, on trouve un foyer rempli de pus urineux et de débris sphacéliques avec des fusées lointaines rejoignant l'urètre. Généralement, malgré l'intervention, l'aggravation continue, la température tombe au-dessous de 37 degrés et le malade meurt, d'infection générale, dans le collapsus.

PRONOSTIC. — Toujours très grave, il dépend : 1° de l'*âge* du malade; 2° de la *cause de l'infiltration* ; 3° de l'*état antérieur des voies urinaires hautes*; 4° de la *précocité de l'intervention.*

Dans les phlegmons de la loge supérieure « la difficulté d'un bon débridement suffisamment large et bien placé, la diffusion le plus souvent très étendue de l'urine septique, la date de l'accident initial tardivement reconnu et l'infection avancée qui en résulte, contribuent à assombrir singulièrement le pronostic » (Lejars).

DIAGNOSTIC. — **I. Phlegmon de la loge inférieure.** — Il est généralement facile à reconnaître, mais il faut le faire le plus tôt possible. D'ailleurs, les rares cas qui pourraient faire hésiter commandant également une intervention opératoire, le doute sera facile à lever.

1° Au début, on peut penser à une *cowpérite* suppurée ou à un *abcès urineux*, mais ce sont des suppurations localisées,

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 120, p. 1632.

sans gros phénomènes généraux et que maîtrise une simple incision suivie de drainage.

2° Un *érysipèle phlegmoneux* débute plus lentement sans antécédents urinaires bien nets; généralement, la fluctuation apparaît assez vite. Il est important d'examiner le malade dans la position de la taille qui découvre largement la région. Intervention précoce dans les deux cas.

3° Dans l'*œdème gangréneux de la verge*, conséquence d'une infection urineuse préputiale, les lésions moins étendues s'avancent de la verge vers le périnée.

4° Il faudrait un examen très incomplet pour confondre l'infiltration avec un éléphantiasis du scrotum ou une anasarque. La gangrène spontanée de la verge est exceptionnelle et localisée.

II. Phlegmon de la loge supérieure. — Ici le diagnostic est beaucoup plus délicat et on peut facilement méconnaître la lésion ou du moins son origine. Suivant la région où l'infiltration gangréneuse se fait jour vers la peau, on peut penser à un *phlegmon de la cavité de Retgius* ou de la *fosse iliaque*, à un *phlegmon péri-rectal* ou à un *abcès de la prostate*. Mais dans tous ces cas la suppuration est localisée, a une évolution plus lente, sans tendance au sphacèle et aux fusées lointaines, sans le cortège de symptômes généraux graves qui accompagnent l'infiltration. Les antécédents urinaires ajoutés à ce tableau devront toujours faire penser au phlegmon urineux diffus.

TRAITEMENT. — **I. Intervention d'urgence.** — C'est le plus pressé et l'opération doit être faite aussitôt le diagnostic posé.

1° PHLEGMON DE LA LOGE INFÉRIEURE. — Le *foyer primitif est toujours au périnée* (Gosselin). Donc, ne pas essayer de pratiquer le cathétérisme et malgré l'œdème énorme des bourses, *aller de suite au périnée*.

Le malade est dans la position de la taille, les cuisses repliées sur le ventre. Après désinfection de la peau, on incise au *thermocautère*, sur la *ligne médiane*, de la racine des bourses jusqu'à un travers de doigt de l'anus. On traverse le tissu cellulaire infiltré, sphacélé *profondément*, 5, 6 centimètres et plus, toujours sur la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on arrive sur une collection de pus sale, d'odeur urineuse, généralement près de l'urètre. Souvent le foyer collecté est minime et il y a surtout une infiltration énorme. On agrandit ensuite l'incision aux limites de l'infiltration. On fait des *incisions de décharge* sur le scrotum, parallèles à deux travers de doigt de distance pour éviter le sphacèle du pont cutané et on multiplie dans toute la zone infiltrée des *ponctions au thermo* formant des puits d'aération.

On inonde ensuite toute la région avec de l'*eau bouillie très chaude* coupée d'eau oxygénée en enlevant autant que possible les débris sphacèles s'il y en a. Cependant le principal est d'aller vite, le malade ne pouvant supporter une longue intervention.

Pas de drainage; inutile, puisque tout est largement béant, on remplira les incisions et on garnira toute la région de compresses humides imbibées d'eau oxygénée, maintenues par un bandage en T.

Le pansement sera renouvelé trois ou quatre fois par jour.

2° Dans les PHLEGMONS DE LA LOGE SUPÉRIEURE on incisera aussitôt qu'on constatera un point de tuméfaction en débridant largement et en tâchant d'atteindre le foyer périurétral initial. Il peut être indiqué, ne pouvant l'atteindre facilement, de pratiquer une *cystostomie* suivie de l'installation d'un *siphon vésical*.

II. Traitement général. — Très important pour combattre l'infection organique il consistera surtout en injections de sérum, d'huile camphrée, ingestion d'alcool, de sulfate de quinine.

III. Traitement ultérieur. — Si le malade résiste, il faut veiller au *rétablissement du cours de l'urine*. Celui-ci se fait généralement de lui-même soit par le méat, soit plus souvent par le périnée. Sinon il faudrait soit mettre une sonde à demeure, soit faire une urétrotomie externe, au bout de trois jours environ.

Enfin plus tard, après cicatrisation, il peut persister une *fistule urétrale* qu'on traitera par les procédés habituels.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale, expérimentale et clinique. — (N° 295, 10 oct. 1910.) LEVEN et BARRET : Notions nouvelles introduites en médecine par l'exploration radiologique de l'estomac. — DELHERM et LAQUERRIÈRE : Les nouvelles idées sur la poliomyélite infantile. — THOMSON : Les rayons Röntgen en thérapeutique. — Guido HOLZ RUECHT : Considérations nouvelles sur l'échelle pour radiomètre Sabouraud.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1910.) RUOTTE : Procédé simplifié de cure radicale de la hernie inguinale. — BILLET et DELAROCHE : Un cas de maladie de Roger. — HENRY : Les nouvelles méthodes de recherches du bacille d'Ebërth dans les selles. — RENARD et TOURNADE : La peste à Casablanca en 1909. — BILLET et NOCARD : Organisation d'un poste de secours. — OBERLÉ : Infirmerie-ambulance de la colonne du Haut-Guir. — COINDREAU : Courroie de marche ou courroie d'éclopé.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 9, sept. 1910.) THÉOHARI et BABÈS : Action des eaux minérales alcalines chlorurées (mixtes) sur la sécrétion gastrique. — CHABROL : L'infarctus hémorragique du mésentère et de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

Archives générales de chirurgie. — (N° 9, 25 sept. 1910.) L. DESGOUTTES et L. TAVERNIER : Cicatrices vicieuses de la face. Restauration de la lèvre. Blépharoplastie. — G. HOUZEL : Les hématomes iliaques d'origine hémophilique. — MAUCLAIRE et R. BURNIER : Le masque ecchymotique de la face par compression thoracique.

Archives internationales de neurologie. — (Oct. 1910.) BIANCHI : Physiologie et pathologie de la sphère sensorielle. — Havelock ELLIS : Aberrations sexuelles (*fin*). — BOURILHET : Traumatismes et troubles mentaux (*fin*).

Clinique. — (N° 41, 14 oct. 1910.) H. CARRION : Le diagnostic de la syphilis par la méthode de Wassermann. — EMERY : Les prétendus dangers du 606. — L. PRON : Difficulté de diagnostic de l'appendicite chronique d'après Th. Hausmann. — G. BOUCHAUD et F. USSE : Mort par perforation de la vessie chez un paralytique général. — FERDRIZET : Stérilité de la femme provoquée artificiellement (méthode tubaire). — A. BAEH : Trachéotomie transvésicale.

Echo médical du Nord. — (N° 41, 9 oct. 1910.) CALMETTE : L'hérédo-prédisposition tuberculeuse et le terrain tuberculisable. — MINET : Les hémianopsies (*fin*). — (N° 42, 16 oct.) C. GUÉRIN : Les terrains prédisposés à la tuberculose chez les bovidés. — BETTREMIEUX : La sclérectomie simple dans la chorio-rétinite. — LEGRAND : Un cas de pleurésie purulente diaphragmatique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 oct. 1910.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Rôle de la décompression cérébrale en thérapeutique. — DAGRON : La réduction des luxations simplifiée par le massage.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 124. — SAMEDI 29 OCTOBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 29 OCTOBRE 1910. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — SECTION DE CHIMIE BIOLOGIQUE ET MÉDICALE. — *Leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation.* — MM. Sarvonat, 15 1/2; Guillemard, 15.

Epreuve pratique. — MM. Sarvonat, 13; Guillemard, 16.

A la suite de ce concours, M. Guillemard est nommé agrégé.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 26 octobre : MM. Duter, 13; Lefranc (Victor), 8; Hertz, 9; Stréhaïano et Delotte, 6; Bertrand, 3; Cambessédès, 5; Vazeux, 5; Rabut, 8; Papillon, 10.

Pathologie. — Séance du 26 octobre : MM. Moriez, 10; Dubois (Jean), 7; Rudelle, 12; Marx, 4; Barat, 11; Gallas, 4; Michel, 11; Lascaux, 3; Broussolle, 9; Deguignand, 8; Leroy (Maxime), 6.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Veine porte. »

Mlles Chncerson, 17 1/2; Cramer, 18 1/2; Cabiale, 12; MM. Barabeau, 8; Boucher, 16; Bardon, 11; Aureille, 8; Bechmann, 18; de Butler d'Ormond, 15 1/2; Mlle Bruyère, 18.

Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation du genou. »

MM. Bartement, 13; Barrès, 12 1/2; Cassan, 17; Mlle Armand, 15; MM. Besson, 17; Besse, 12 1/2; Bodet et Bureau (Louis), 10; Bozonet, 8; Andral, 17 1/2; Agnel, 9; Boyau, 13; Broussin, 18; Aveline, 14; Boissier, 17; Brabander, 14.

Nota. — Séance du 22 : M. Cumine, *19* (et non 10).

Pathologie. — Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Symptômes du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Parat, 17; Ramadier, 15; Minvielle, 17 1/2; Michalowsky, 14; Mlle Posnel de Verneaux, 15; Pierson, 16; Muller, 13; Popoff, 16; Mistarlet, 12; Regnauld de la Soudière et Rasmijean, 15; Penoyée, 17; Mlle Patte, 8; MM. Mercier (Jacques), 17 1/2; Millet, 18; Stavropoulo, 14; Solas, 15; Selter, 10; Roullaud, 6; Vincent (Henri), 17.

Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Rhumatisme articulaire aigu. »

MM. Valiadès, 6; Tisné, 15; Tesseyre, 7; Romain, 17; Solenté, 10; Touflet, 13; Rousseau (Pierre), 15; Mlle Safontzeff, 15; MM. Rollot, 13; Thierry (Henri), 16; Tessier, 18; Vasselle, 13; Yonnès, 11; Soubaigné, 6; Mlle Weinzweig, 10; MM. Wroczynski, 10; Rosset, 14; Mlles Stock, 14, et Urion, 15.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — RÉSULTAT DES CONCOURS DU CLINICAT. — *Gynécologie.* — Chef de clinique adjoint : M. Deverre.

Accouchements. — Chefs de clinique titulaires : MM. Devraigne et Dupont; chefs de clinique adjoints : MM. Willette, Lecomte, Lemeland et Pottet.

Maladies des voies urinaires. — Chefs de clinique adjoints : MM. Picot et Marsan.

Chirurgie. — Chefs de clinique titulaires : MM. Cauchoix et Barbier; chef de clinique adjoint : M. Mathieu.

Maladies nerveuses. — Chef de clinique adjoint : M. Lévi-Valensi.

Médecine infantile. — Chef de clinique titulaire : M. Darré; chef de clinique adjoint : M. Lemaire.

Thérapeutique. — Chef de clinique adjoint : M. Fiessinger.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de clinique titulaire : M. Claude; chefs de clinique adjoints : MM. Lévy-Franckel et Giroux.

Médecine. — Chefs de clinique titulaires : MM. Herscher, Troisier et Pater; chefs de clinique adjoints : MM. Esmein, Tinel, Pinard, Lippmann, Jomier.

INCENDIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Un incendie a éclaté jeudi matin à la Faculté de médecine de Toulouse. Malgré la promptitude des secours, le feu, attisé par un vent violent, a détruit complètement le bâtiment principal. La bibliothèque et les laboratoires seraient complètement anéantis.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Les médecins de la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts commenceront le mardi 15 novembre des leçons cliniques qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites, alternativement tous les mardis à 1 h. 15, par MM. les docteurs Trousseau, Chevallereau, Valude et Kalt.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 29 octobre seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre 1910, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MÉNISQUES
DE L'ARTICULATION DU GENOU

Par M. Ch. LÉVÊQUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'étude des lésions traumatiques des ménisques articulaires du genou a été longtemps délaissée en France, et les traités classiques n'en font qu'une courte mention; à l'étranger au contraire, depuis la première arthrotomie de Brodhurst en 1866 pour une luxation de ces organes, de nombreux travaux ont été publiés sur la question, surtout en Angleterre.

Peut-être comme on l'a dit, la pratique des sports rend-elle cette affection plus fréquente chez nos voisins; mais c'est surtout parce que le diagnostic de l'affection est difficile, les symptômes ayant bien des points communs avec ceux de diverses lésions traumatiques du genou, et notamment l'entorse, que bien des cas passent inaperçus.

Il est cependant intéressant de reconnaître ces lésions, moins rares qu'on ne le croit généralement, en raison de l'efficacité et de l'innocuité du traitement sanglant qu'on peut leur opposer. Il est juste d'ajouter que, si les Anglais et les Américains ont vulgarisé la pratique de l'arthrotomie dans ces cas, les recherches de Mouret et de Pauzat (1895) en ont élucidé le mécanisme, et nous devons citer le mémoire de Dambrin dans la *Revue de chirurgie* (1907), qui est une mise au point de la question.

I

Etiologie et mécanisme. — L'étiologie des luxations des ménisques est, d'une façon générale, celle de tous les traumatismes. Le sexe masculin est plus fréquemment atteint, étant plus exposé aux chutes et aux chocs; de même, et pour la même raison, c'est à l'âge adulte qu'on en observe le plus grand nombre. La nature du traumatisme est du reste très variable, et Digby, faisant une statistique sur 100 cas observés depuis 1907, distingue 11 circonstances dans lesquelles les lésions peuvent se produire :

1° Chute pendant la marche;
2° Pied coincé entre deux objets résistants;
3° Rotation brusque sur une jambe;
4° Chute suivie de traction du sujet tombé;
5° Chute sur une jambe après un saut;
6° Relèvement brusque, après chute, la jambe en rotation;
7° Mouvement de rotation du corps, le pied restant en place;
8° Mouvement fait en se retournant dans un lit, le pied étant retenu par le poids des couvertures;
9° Montée d'un escalier;
10° Choc direct, cause rare;
11° Accidents divers survenant chez des joueurs de foot-ball inexpérimentés.

Ces diverses causes peuvent se ramener aux quatre principales décrites par Roux (de Lausanne) au Congrès de chirurgie de 1895 :

1° Hyperextension surtout passive, sans lésion des ligaments croisés ou postérieurs de l'articulation;
2° Mouvement de rotation du corps, la jambe tendue, lorsque la pointe du pied est empêchée de se tourner en dehors;
3° Au début du mouvement d'extension;
4° Dans la rotation brusque du pied en dedans.

Pour expliquer le mécanisme de la luxation au cours de ces divers mouvements, nous devons rappeler en quelques mots les moyens de fixité des ménisques.

Ceux-ci, en forme de prismes triangulaires, viennent adhérer par une de leurs faces aux cavités glénoïdes du tibia, dont ils augmentent la concavité; l'interne a la forme d'un croissant très ouvert, l'externe décrit une circonférence presque complète. Leurs extrémités ou cornes, distinguées en antérieure et postérieure, viennent s'attacher au tibia et c'est là le moyen de fixité le plus important.

Il est beaucoup plus efficace cependant pour le ménisque externe dont les deux cornes s'insèrent par des trousseaux fibreux résistants immédiatement en avant et en arrière des épines tibiales; de plus, de la partie postérieure de ce ménisque se détache un volumineux faisceau qui monte obliquement se fixer sur le condyle interne.

Du côté interne, si le ménisque est bien fixé en arrière il l'est beaucoup moins en avant : en effet la corne antérieure très amincie se divise en deux parties dont l'une excentrique va s'unir au ménisque externe pour former le ligament jugal, alors que l'autre, concentrique, très mince, vient s'étaler au-devant de la surface préspinale du tibia.

Les autres moyens de fixité sont constitués par l'adhérence de la face externe des ménisques à la capsule, renforcée elle-même par les expansions des vastes et les ailerons rotuliens.

Sur les parties latérales de l'articulation, la capsule est représentée par des fibres descendant du fémur vers le tibia ; leur trajet est interrompu par la face externe des ménisques, sur laquelle elles se fixent, pour reprendre au-dessous.

Les expansions des vastes sont formées par un feuillet aponévrotique qui se détache de la portion inférieure de chacun de ces muscles; les deux feuillets s'entrecroisent pour se fixer, celui du vaste interne sur le rebord externe du plateau tibial, celui du vaste externe sur le rebord interne du même plateau.

Les ailerons rotuliens sont au nombre de deux : l'externe peu distinct, difficile à isoler, l'interne plus net que l'on isole généralement sous la forme d'une bandelette rayonnant du bord interne de la rotule vers le condyle correspondant; en réalité ses limites sont moins nettes et il double presque toute l'expansion correspondante du vaste.

De ces différents moyens de fixité, l'insertion de la corne postérieure, solide, est très rarement le siège d'un arrachement; il n'en est pas de même des insertions antérieures et latérales; ainsi que l'ont montré les expériences de Pauzat.

A. **Insertions antérieures.** — *a.* Corne proprement dite. — Pauzat n'a pu produire sa rupture sur le cadavre par rotation forcée; Mouret a pu une fois arracher la corne antérieure du ménisque interne.

b. Ligament jugal. — Pauzat a produit sa rupture par extension forcée; sur sept expériences en

(1) Reproduction interdite.

effet, il a par ce mouvement produit quatre fois l'arrachement du ligament adipeux, et trois fois la rupture du jugal à son insertion sur le ménisque interne. Dans une deuxième expérience, en provoquant une rotation forcée, il a produit, sur 3 cas de rotation en dehors, une fois l'arrachement du ligament adipeux, une fois celle du jugal; par la rotation en dedans, il n'a pu produire la rupture.

Pauzat ajoute que cette différence entre les résultats obtenus par extension et par torsion tient à la rigidité cadavérique, qui rend particulièrement pénible la rotation; quoi qu'il en soit, ces deux mouvements, dont on retrouve l'un ou l'autre dans presque toutes les observations, peuvent produire expérimentalement l'arrachement de l'insertion antérieure.

B. **Insertions latérales**. — *a*. Expansions des vastes. — Ici l'expérience n'a pu permettre à Pauzat l'arrachement de ces expansions par extension ou rotation, parce qu'il n'a pu trouver dans le muscle lui-même ou le tissu fibreux qui le termine un point d'appui assez solide.

b. Ailerons rotuliens et capsule. — Ils ont été rompus au cours de mouvements d'extension si les ménisques sont artificiellement retenus dans la position qu'ils occupaient au moment de la flexion; les ailerons fortement tendus peuvent alors se rompre, au début d'une extension brusque; or ce mouvement peut être produit dans certains actes, ainsi dans un saut ou une course, lorsque nous fléchissons brusquement les jambes et nous relevons aussitôt.

Dans le mouvement de rotation, l'aileron situé du côté opposé au sens de la rotation peut se déchirer, si celle-ci est assez énergique; c'est l'aileron interne qui se rompt de préférence, la rotation en dedans étant relativement limitée par la tension du fascia lata.

II

Anatomie pathologique. — Elle était très incomplètement élucidée jusqu'à ces dernières années; en effet, les expériences cadavériques qui peuvent être d'un grand secours au point de vue du mécanisme, ne sont pas très utiles au point de vue anatomo-pathologique; c'est plutôt par l'étude des constatations opératoires que l'on a pu classer les lésions, et Dambrin a basé sa description sur le résultat de 122 interventions.

Siège. — Le genou gauche paraît être plus souvent atteint que le droit; on ne peut avoir une idée absolument précise de ce fait, certaines observations restant muettes à cet égard; dans celles où le détail est mentionné, Dambrin trouve sur 74 cas, 40 pour le genou gauche; d'autre part, c'est le ménisque interne qui est le plus souvent lésé; Dambrin trouve 89 ménisques internes sur 104; Kroiss dans un travail tout récent donne comme proportion 4 1/2 à 1. Il est certain que le fibro-cartilage interne est moins épais, surtout au niveau de son extrémité antérieure, mais aussi au niveau de sa partie moyenne cette différence peut aller du simple au double, et Dambrin a trouvé dans un cas 3 millimètres pour le ménisque interne au lieu de 7 pour l'externe; de plus, nous avons déjà montré que les moyens de fixité, du moins au niveau de la corne antérieure sont moins solides du côté interne; ces deux causes paraissent suffire à expliquer la prédominance des lésions en dedans.

Lésions proprement dites. — Elles méritent rarement à l'affection le nom de luxation dont l'usage s'est répandu en France; plus souvent il s'agit d'une subluxation ou d'une véritable fracture du ménisque.

a. Subluxation. — Il s'agit alors d'un simple relâchement des insertions méniscales antérieures ou capsulaires latérales; il n'existe aucune déchirure, mais le relâchement des moyens de fixité permet au ménisque une mobilité plus ou moins étendue, et il vient se coincer entre le fémur et le tibia (cas de Parona, Kocher, Mayo-Robson, Allingham, Michon, Jeannel et Dambrin).

b. Luxation. — Il y a ici une déchirure des insertions méniscales, et le déplacement est plus étendu. Ces insertions, nous l'avons vu, sont au nombre de trois : antérieure, postérieure, latérale; chacune d'elles pourra être le siège d'un arrachement, d'où trois variétés de luxations.

1. *Arrachement de la corne antérieure*. — Existe dans le tiers des cas, et peut être expliqué par la fragilité même de cette insertion; W. Bennett distingue deux types dans cette variété : le plus souvent, la portion libre se recroqueville à l'intérieur de l'articulation; plus rarement, elle s'enroule sur la surface articulaire du fémur.

2. *Arrachement de l'extrémité postérieure*. — Est beaucoup plus rare et même exceptionnel, en raison de la solidité de cette insertion; il peut être négligé dans la pratique.

3. *Arrachement des insertions latérales*. — Est assez fréquent; le ménisque est détaché de la capsule articulaire, soit sur tout son pourtour, soit seulement au voisinage des insertions antérieure et postérieure qui sont respectées; ces diverses lésions peuvent d'ailleurs coexister, et souvent l'on trouve un arrachement de l'insertion antérieure combiné avec celui de la portion voisine des insertions capsulaires.

Quoi qu'il en soit, le ménisque jouit dans tous ces cas d'une grande mobilité qui lui permet de se déplacer dans les situations les plus variables; plusieurs fois, on l'a trouvé dans l'espace intercondylien.

c. Ruptures. — Ces solutions de continuité sont fréquentes, et, suivant le mot de Mayo-Robson, les ménisques peuvent « se fracturer » comme les os; on voit des ruptures longitudinales ou transversales. Les déchirures longitudinales sont parallèles à l'axe du ménisque, et rarement complètes; le ménisque est alors divisé en deux bandes longitudinales qui peuvent, comme dans le cas de Cotteril, être séparées l'une de l'autre.

Dambrin a réuni cinq cas de déchirures complètes; plus souvent elles sont incomplètes et portent alors toujours sur la partie antérieure du ménisque; enfin, on a observé deux traits parallèles, divisant le fibro-cartilage en trois fragments, deux antérieurs, un postérieur.

Les déchirures transversales ont une fréquence à peu près égale; Dambrin en rapporte douze observations; on observe différents types; parfois le trait de fracture est double, isolant un fragment médian; rarement aussi on trouve plusieurs fragments; le

plus souvent, le trait est unique, il siège alors à la partie antérieure, postérieure ou moyenne, d'où trois sous-variétés.

Les ménisques luxés ou rompus peuvent présenter des modifications de structure qui en changent l'aspect macroscopique. C'est ainsi qu'Annandale l'a trouvé épaissi, avec un début de dégénérescence graisseuse; mais ces lésions ne semblent pas dues au traumatisme lui-même; elles sont plutôt sous la dépendance d'une méniscite chronique.

Enfin, souvent, il existe des lésions d'arthrite concomitante.

III

Symptomatologie. — Le début est brusque, géneralement consécutif à un traumatisme assez intense; au cours d'un exercice violent, d'une marche rapide, un homme trébuche, se tord le genou, et ressent une vive douleur; quelquefois il perçoit à ce moment un craquement, indice d'une rupture ligamenteuse; d'autres fois, le traumatisme est beaucoup moins intense, et dans un cas dont nous résumons plus loin l'observation, le malade avait ressenti une brusque douleur en se mettant au lit.

Quoi qu'il en soit, dès le début, l'impotence fonctionnelle est assez marquée; il se peut en effet que la jambe reste immobilisée en flexion, et le malade est incapable de l'étendre; ce signe a été donné comme pathognomonique; la cause en est simple: la contraction du triceps écarte les lèvres de la déchirure, et le ménisque coincé entre les deux os s'oppose à l'extension; il se peut cependant que, instinctivement, le malade réduise lui-même sa luxation, par exagération de la flexion, suivie d'une brusque tentative de redressement.

Si l'on voit le blessé tout à fait au début, on pourra donc constater ou non une position anormale; dans les deux cas, l'examen du genou permettra de reconnaître une douleur limitée sur la région méniscale, en même temps que l'on pourra sentir à ce niveau une saillie ou au contraire une dépression, suivant la position prise par le fibro-cartilage.

Ce sont là en somme les deux symptômes qui permettent d'établir le diagnostic, et le deuxième est inconstant puisque nous savons par l'anatomie pathologique que le déplacement peut être fort peu étendu; aussi devra-t-on en son absence s'attacher surtout à préciser le siège de la douleur; on la réveille par une pression exercée exactement sur l'interligne, et plus souvent en avant du ligament latéral, puisque nous savons que la déchirure en ce point est la plus fréquente.

Si l'on voit le blessé plus tard, quelques jours après l'accident, la recherche de cette douleur peut être rendue plus difficile par la présence d'un épanchement dans l'articulation; cet épanchement est généralement peu abondant, car la luxation ne détermine pas une hémorragie bien considérable; il s'agit plutôt d'une sécrétion due à l'irritation de la synoviale; dans tous les cas, une compression exercée durant quelques jours permettra la résorption et l'exploration méthodique des points douloureux.

Mais souvent le malade ne se présente pas au chirurgien dans ces conditions; après l'accident initial, un repos prolongé plus ou moins longtemps, a amené une sédation de la douleur, une diminution du gonflement; peu à peu le blessé a pu s'essayer à marcher; il a pu retrouver un usage partiel de son membre, et c'est seulement plus tard, lorsqu'il constate que la jambe est restée faible qu'il vient consulter pour une luxation ancienne; ou bien, il a été d'abord complètement guéri, mais sous l'influence d'un traumatisme minime, les phénomènes se sont reproduits, il arrive au chirurgien avec une luxation récidivante. Celles-ci sont très fréquentes; elles s'accompagnent souvent d'un léger épanchement: épanchement périodique des auteurs anglais.

Si l'on constate alors la présence d'une saillie méniscale, il faut savoir dans quelles conditions l'on peut attacher à ce symptôme une réelle valeur. Le cas est différent, suivant qu'il s'agit du ménisque interne ou de l'externe.

L'interne forme dans l'extension complète une saillie que le doigt peut apprécier chez l'homme sain, à condition que son embonpoint ne soit pas trop considérable; on constate alors que cette saillie se confond avec le rebord inférieur du fémur. Si l'on veut s'assurer qu'elle appartient bien au ménisque et non à l'os, il faut, lorsque le doigt amené de bas en haut a buté contre elle, placer la jambe en demi-flexion; la saillie disparaît alors dans l'intérieur de l'articulation; dans des cas rares, le ménisque est plus nettement séparé des deux os, et l'on sent à son niveau un double ressaut (2 cas sur 40, Pauzat).

Le ménisque externe n'est pas perceptible dans l'extension de la jambe; dans cette position, l'aponévrose externe qui est très épaisse se trouve tendue et rend la palpation du ménisque impossible.

On peut l'accrocher dans la demi-flexion, en avant du ligament latéral; le moment où on le sent le mieux est la flexion à angle droit.

Toutes les modifications que l'on observe dans ces rapports devront mettre sur la voie de la luxation du ménisque; celui-ci forme suivant l'étendue du déplacement une saillie plus ou moins volumineuse, appréciable au toucher; dans certains cas, l'inspection seule permet de le reconnaître; mais le plus souvent alors, pour expliquer un pareil volume, il y aura une inflammation surajoutée, une chondrite ou une périsynovite qui se développent parfois à la faveur du traumatisme.

De plus, comme dans toutes les affections du genou, l'impotence de l'articulation retentit sur les organes juxta-articulaires, notamment sur les muscles; c'est ainsi que l'on voit presque toujours apparaître rapidement une atrophie du triceps qui peut, dans certains cas, atteindre un degré très marqué.

L'évolution variera suivant la précocité du diagnostic et le traitement institué; mis à part les cas simples qu'un traitement conservateur suffit à guérir, il ne faudra pas hésiter dans les cas anciens à employer le traitement sanglant que nous préconisons plus loin; sinon le malade est réduit à l'état de véritable infirme; il peut faire quelques mouvements, mais son genou reste faible; l'atrophie musculaire fait des progrès constants, et le malade est exposé à voir d'autres lésions se surajouter à celles des ménisques.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic se pose dans deux conditions différentes, suivant qu'il s'agit d'une luxation récente ou d'une luxation ancienne ou récidivante. Dans les deux cas, il sera facile si l'on peut constater nettement les signes caractéristiques: douleur bien limitée, saillie ou dépression au niveau de l'interligne articulaire; dans le cas de luxation récidivante, la notion d'un épanchement périodique

aura une grande valeur, et W. Bennett sur 12 arthrotomies pratiquées pour traiter ce symptôme, trouve 7 fois un déplacement de l'un ou des deux ménisques.

En l'absence de ces symptômes, le diagnostic devient beaucoup plus difficile, et dans le cas de luxation récente, on est parfois embarrassé pour distinguer les lésions du ménisque d'une entorse du genou; il est vrai qu'ici, il se produit rapidement un épanchement abondant, la lésion des ligaments provoquant une hémarthrose; le malade raconte donc que son genou est devenu globuleux presque instantanément; dans la luxation, l'hémarthrose est rare, et l'épanchement, s'il existe, plus tardif et moins abondant; mais ce signe est inconstant, et l'on devra surtout s'attacher, ainsi que l'a montré Griffiths à rechercher le siège de la douleur. L'entorse est due à la rupture d'un ligament, et plus souvent du ligament latéral interne, qui est généralement arraché au niveau de son extrémité inférieure. C'est en ce point, au niveau de son attache sur le tibia, que la pression réveillera une douleur bien localisée; dans la luxation, le point douloureux siège au niveau de l'interligne articulaire, plus souvent en avant du ligament latéral; d'autre part, on devra rechercher l'existence des mouvements latéraux dans l'extension de la jambe; ils font défaut dans les lésions du ménisque; dans le cas d'entorse, on peut déterminer un mouvement d'abduction ou d'adduction, suivant que l'un ou l'autre des ligaments latéraux est arrraché; enfin M. le professeur Segond a insisté sur l'existence dans le cas d'entorse d'un point douloureux situé en arrière du tubercule de Gerdy, et correspondant à un petit arrachement osseux. Le diagnostic peut être rendu plus difficile par la coexistence des deux lésions qui résultent l'une et l'autre d'un mouvement forcé du genou; dans ce cas, les signes se confondent, et l'hémarthrose gêne pour la détermination de la douleur due à la luxation; ce n'est guère qu'après sa disparition que l'on pourra parfaire le diagnostic.

Il est plus facile de distinguer les fractures articulaires du genou; sans parler de celles qui siègent sur l'extrémité inférieure du fémur, dont la symptomatologie est bien nette, nous devons insister un peu sur celles de l'extrémité supérieure du tibia, en particulier les fractures condyliennes. Celles-ci résultent d'un choc direct sur la région, les luxations méniscales succèdent à un mouvement anormal de l'articulation; il faut reconnaître cependant qu'un choc direct les a produites dans certains cas (2 faits de Mayo-Robson); la recherche de la douleur a évidemment une grosse importance; dans la fracture, il est au-dessous de l'interligne, sur la tubérosité brisée; cette différenciation est parfois délicate; on pourra affirmer la fracture, si l'on peut déterminer une motilité anormale de la tubérosité, ou percevoir à son niveau de la crépitation, enfin toujours dans ce cas, il est possible de mesurer un certain élargissement de l'extrémité supérieure du tibia; la radiographie devra être faite dans tous les cas douteux, pour affirmer le diagnostic.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une luxation récidivante, sans avoir pour se guider l'un des signes cardinaux que nous avons indiqués plus haut, le diagnostic est surtout à faire avec les corps étrangers articulaires, et de fait plusieurs fois l'on s'est trouvé en face d'un déplacement du ménisque, en croyant intervenir pour un arthrophyte. Certains symptômes sont communs aux deux affections : ainsi le traumatisme peut être l'origine de l'une et de l'autre; il devra cependant faire croire à une lésion méniscale, car on le retrouve presque toujours à l'origine de cette affection, alors que les corps étrangers d'origine traumatique, constitués par un arrachement osseux sont beaucoup plus rares; on sait en effet que la plupart des arthrophytes sont sous la dépendance de l'arthrite sèche. Mais on connaît des faits de déplacements méniscaux où le traumatisme paraît avoir joué un rôle très effacé; cette notion ne pourra donc être qu'une présomption. La localisation et surtout la fixité de la douleur ont une valeur beaucoup plus grande; si on réveille celle-ci au niveau de l'interligne, toujours au même point, on peut conclure à une lésion méniscale; au contraire le corps étranger, presque toujours libre, donne lieu à une douleur qui se déplace avec lui; de plus cette douleur a une brusquerie et une intensité qu'elle ne paraît pas posséder au même degré dans l'autre cas; enfin l'on peut quelquefois sentir le corps étranger, et l'on sait combien cette recherche est difficile en raison du déplacement constant qu'il subit; le malade l'a souvent senti remuer, et c'est lui qui oriente les recherches du chirurgien; au cas où l'on perçoit une saillie au niveau du cartilage, elle présente des caractères opposés de fixité qui emportent le diagnostic; si le corps étranger était de nature osseuse, la radiographie pourrait le déceler.

L'intervention opératoire seule permettra de faire le diagnostic d'affections rares, telles que les lipomes de la synoviale, les franges synoviales épaissies.

On devra enfin s'efforcer de distinguer les déplacements du ménisque de leurs lésions inflammatoires décrites par Roux sous le nom de méniscite; ces affections sont proches parentes, et il n'est pas rare, en intervenant pour une luxation, de trouver un ménisque déplacé présentant en même temps des lésions de méniscite caractérisées par une hypertrophie inflammatoire du bord fibreux du ménisque et formation de tissu conjonctif; le fibro-cartilage est alors épaissi et rugueux; mais cette affection peut dans quelques cas résulter d'entorses ou de simples contusions du genou; quoi qu'il en soit, le diagnostic est difficile, les signes étant communs.

On devra rechercher ceux qui ont été décrits par Marais comme caractéristiques, en particulier l'épaississement du coussinet adipeux sous le ligament rotulien, et l'existence d'une saillie douloureuse siégeant sur le bord du ménisque, qui disparaît dans la flexion, ce dernier signe appartient aussi à la luxation, et les troubles fonctionnels étant à peu près identiques, il est souvent difficile de se prononcer; il faut dire que ceci n'a pas grande importance, les deux affections étant justiciables du même traitement et coexistant souvent.

En somme, le diagnostic parfois délicat, pourra le plus souvent être fait en cas de luxation récente: en cas de luxation ancienne ou récidivante, il pourra être presque impossible avec un arthrophyte ou une méniscite traumatique; mais ces diverses affections nécessitent l'arthrotomie.

V

Traitement. — Il faut encore ici distinguer les luxations récentes et les récidivantes.

A. **Luxations récentes**. — Ici le premier devoir du chirurgien est de réduire; pour ce faire, on exa-

gère d'abord la flexion en faisant exécuter au membre une torsion dans le sens inverse de celui qui a déterminé l'accident, puis l'on étend brusquement la jambe sur la cuisse; si l'on ne réussit pas du premier coup, on recommence autant de fois qu'il est nécessaire, en utilisant, si l'on ne peut faire autrement, le chloroforme ou la scopolamine; Schlofter cependant proscrit l'usage du chloroforme; dans un cas, un fragment de ménisque réduit de cette façon était venu se loger dans la loge intra-condylienne, gênant le jeu de l'articulation. On fait suivre la réduction d'une immobilisation prolongée pendant une quinzaine; si la réduction n'était point parfaite, on pourrait combiner ce procédé avec l'extension continue (Mauclaire); puis l'on exerce progressivement du massage et de la mobilisation; on devra éviter d'abord les mouvements de rotation, pour éviter la reproduction du déplacement; de même, lorsque l'on permettra la marche, le malade devra pendant un certain temps porter une genouillère ou un appareil quelconque limitant la flexion de la jambe et surtout sa rotation.

Si malgré ce traitement on voyait se développer les signes d'une méniscite chronique, le massage pourrait être à nouveau tenté suivant les règles préconisées par Roux au Congrès de chirurgie; mais il peut être cependant insuffisant; on appliquera alors le traitement sanglant, celui que nous allons étudier à propos des luxations récidivantes.

B. **Luxations récidivantes.** — Ici le traitement par le massage est insuffisant; et il ne faut pas s'obstiner à l'employer lorsqu'il s'agit de malades qui depuis de longues années « ont passé de longues périodes à l'hôpital, subissant les traitements les plus divers : bandages, pointes de feu, compression, etc. » (Allingham). Dans ces cas, à moins de contre-indications très générales, telles que âge avancé, mauvais état général, diabète, albuminurie, etc. il ne faut pas hésiter à prendre le bistouri. Que sera l'intervention? Deux méthodes ont été employées; l'une consiste à extraire le ménisque : la méniscectomie pratiquée pour la première fois par Brodhurst (1866); la deuxième, plus récente, pratiquée par Annandale en 1883, est la fixation du ménisque ou méniscopexie.

Les premiers temps de ces deux opérations étant communs, nous les décrirons d'abord. Il est évident que ces interventions n'étant pas d'urgence, on ne les entreprendra que si l'on est absolument sûr de son asepsie; étant donnée la sensibilité de la synoviale vis-à-vis de l'infection, la moindre faute de ce genre pourrait amener un désastre.

Toutes les précautions d'usage prises, la région aseptisée par le brossage au savon ou mieux la teinture d'iode, on pratique l'arthrotomie; certains chirurgiens emploient l'anesthésie locale; d'autres, plus nombreux, préfèrent l'anesthésie générale qui permet une exploration plus complète de l'articulation.

Technique de l'arthrotomie. — *a.* INCISION. — 1° *Siège.* — L'incision sera faite au niveau du ménisque lésé; si l'on ne sait pas exactement lequel est en cause, il sera préférable de faire l'incision en dedans, les lésions du ménisque étant plus fréquentes de ce côté.

2° *Direction.* — On lui a donné les directions les plus variables : transversale du ligament rotulien au ligament latéral (Annandale), oblique (Mayo-Robson), curviligne (Barker), ces deux dernières ayant les mêmes limites que l'incision précédente, mais donnant plus de jour en hauteur; Allingham pratique une incision verticale, pour respecter les vastes et c'est à celle-ci que l'on devra donner la préférence, comme on le fait pour toutes les arthrotomies du genou. On fera donc, comme l'indique Dambrin, une incision d'environ 6 centimètres à égale distance du ligament rotulien et du ligament latéral et dont le milieu corresponde à l'interligne articulaire. On sectionne successivement la peau, le surtout fibreux, la capsule, la synoviale; certains auteurs (Barker) préfèrent ne pas inciser la capsule : par l'incision curviligne dont nous avons parlé, ils atteignent son insertion inférieure et décollent le périoste en respectant ses rapports avec la capsule : on peut reprocher à ce procédé de donner un jour insuffisant; d'ailleurs l'incision capsulaire sera parcimonieuse pour ne pas compromettre le fonctionnement ultérieur de l'article; on fera ensuite l'exploration de la jointure facilitée par une demi-flexion.

On sera sobre de toutes manœuvres digitales, en se rappelant la fragilité de l'articulation; Barker voudrait même que l'exploration fût entièrement instrumentale; dans certains cas un léger contact est indispensable pour se rendre compte de l'état exact des lésions.

On passe alors à l'opération proprement dite qui sera une méniscopexie ou une méniscectomie.

b. MÉNISCOPEXIE. — Le ménisque étant reconnu on le replace en situation normale, et on le fixe par quelques points séparés au périoste de la tubérosité tibiale; s'il n'est pas simplement déplacé, mais déchiré, on pourrait réunir auparavant les fragments l'un à l'autre; mais il vaut mieux dans ces cas pratiquer l'ablation; la seule question qui se pose est celle du fil que l'on devra employer pour la suture; il semble que le catgut, trop rapidement résorbable, doive être rejeté; suivant les préférences de chaque chirurgien, on se servira de soie, de fils métalliques fins ou de crins.

c. MÉNISCECTOMIE. — Cette opération est le plus souvent préférée à la précédente; nous verrons tout à l'heure pourquoi; elle consiste dans l'ablation du ménisque; disons tout de suite que l'extirpation totale est très difficile à réaliser; car il n'est pas simple par une incision verticale antéro-latérale d'atteindre les attaches postérieures du ménisque; aussi la plupart des interventions pratiquées sous ce nom ne furent en réalité que des ablations partielles qui suffisent d'ailleurs à assurer la guérison. On se borne donc le plus souvent à exciser la partie du fibro-cartilage qui est déplacée. Ce cartilage est généralement séparé de ses insertions antérieures, on attire la portion libérée en l'isolant de ses attaches capsulaires latérales si elles ont été respectées, et l'on excise au ciseau toute cette portion; si le ménisque est divisé en plusieurs fragments, on excise isolément chacun d'eux; enfin s'il est détaché de ses insertions capsulaires latérales, on le libère des insertions antérieure et postérieure.

Il est inutile après ces interventions de pratiquer, comme le font certains opérateurs un lavage de l'articulation avec un liquide antiseptique; il n'y a pas plus de raison de faire ce lavage ici, qu'il n'y en aurait à le pratiquer sur le péritoine après une opération abdominale aseptique; de même, il n'y a

aucune raison de drainer, puisque, en principe, on n'entreprend cette opération qu'autant que l'on est sûr de son asepsie; le suintement sanguin est très peu considérable, et il est facile de faire une hémostase parfaite pour éviter la formation d'un hématome. Quant aux sutures, il semble préférable de les faire en 3 plans séparés pour la synoviale, la capsule et la peau; certains chirurgiens cependant prennent en un seul plan la synoviale et la capsule.

Le pansement un peu compressif terminé, on immobilisera la jambe en extension, il n'est pas nécessaire toutefois d'appliquer un appareil plâtré, et une simple gouttière suffira à assurer la rectitude du membre.

Les suites opératoires sont très simples, et à moins de faute contre l'asepsie, on obtient la réunion par première intention; les fils sont donc enlevés le huitième jour; on devra dès lors se préoccuper du fonctionnement ultérieur du membre, et lutter le plus tôt possible contre l'atrophie du triceps; on fera donc exécuter au malade des mouvements qui provoquent la contraction du muscle : on lui fait élever très lentement le pied au-dessus du plan du lit, aussi haut qu'il est possible; le mouvement de descente a la même lenteur; puis, prudemment, l'on mobilisera l'articulation; lorsque la marche sera permise, on fera porter assez longtemps au malade un appareil de contension qui s'opposera à des mouvements trop étendus, enfin ce traitement post-opératoire très important pourra être complété par la balnéation chaude et l'électrisation.

Il nous reste maintenant à étudier les résultats de ces interventions pour pouvoir les comparer l'une à l'autre. Nous nous reporterons à la statistique du mémoire de Dambrin; celui-ci rapporte 122 cas, en éliminant 3 dont les suites ne sont pas mentionnées, et 2 dans l'un desquels Nicoladini fit une simple incision sans arthrotomie, alors que dans l'autre Riedel fit une résection du genou.

Sur les 117 cas restants, les malades n'ont pas été toujours revus après leur sortie de l'hôpital, mais comme le fait remarquer Dambrin, il n'y a pas lieu de croire que le fonctionnement du membre ait été moins bon par la suite, mais bien plutôt qu'il se soit amélioré par la marche et l'exercice ; d'ailleurs certains malades ont été revus plusieurs années après l'intervention et toujours, dans ces cas, le résultat se maintenait bon.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu tout d'abord d'examiner les résultats immédiats; comme la description de l'opération l'a laissé prévoir, ils sont excellents, et il faudrait une faute grave contre l'asepsie pour entraîner la formation d'une arthrite suppurée; aussi aucun cas de mort n'est-il signalé, et dans 8 cas seulement, on observa une infection légère avec désunion incomplète de la plaie ; l'un de ces cas fut plus grave (obs. d'Allingham) avec désunion complète de la plaie et suppuration prolongée ; le malade guérit cependant. Sans accorder à une statistique de ce genre plus de valeur qu'elle n'en peut présenter, on peut dire que ce sont là accidents généraux qui tiennent à une faute de technique ou à une stérilisation insuffisante de l'un des matériaux de l'arsenal chirurgical, et non à l'opération ; on peut donc affirmer la bénignité de celle-ci.

Les résultats définitifs sont-ils aussi bons ?

D'une façon générale, on peut répondre par l'affirmative, et pour nous en tenir encore à la statistique de Dambrin, nous dirons que sur les 117 cas sus-mentionnés, un seul fut franchement mauvais, puisqu'il se termina par une ankylose du genou ; 6 s'accompagnaient de raideur persistante, de limitation des mouvements, de faiblesse du membre : ce sont les résultats médiocres de Dambrin. Dans 36 cas assez bons, on notait seulement une légère limitation du mouvement de flexion bien que la marche fût facile et le membre très utile. Dans 74 cas enfin, on peut dire que la guérison a été absolue: le genou est redevenu tout à fait normal, et le malade a pu reprendre sa vie habituelle qui dans certains cas n'était pas sans exiger une liberté parfaite de la jointure : ainsi le malade de Lockwood qui montait à cheval; celui de Owen qui était champion de foot-ball. La récidive n'a été notée dans aucun cas. On peut rapprocher de cette statistique celle de Schloffer : sur 25 cas, 3 ne furent pas suivis, mais l'état des malades était très amélioré lorsqu'ils quittèrent l'hôpital; 16 donnèrent des résultats excellents, et les 4 insuccès tiennent à des causes bien déterminées. Dans un cas il est expliqué par une mauvaise technique : incision antérieure avec section du ligament rotulien ; dans les 2 autres la tuberculose vint se greffer sur l'articulation; dans le quatrième, le ménisque était anormalement mobile, avec épaississement de son bord externe et de la zone adhérente de la capsule : c'est le seul insuccès vraiment imputable à l'intervention.

Enfin nous devons, pour terminer, comparer les résultats des deux interventions préconisées, méniscopexie et méniscectomie. Il semble d'abord que la deuxième soit un peu plus facile; il est parfois délicat en effet de passer les fils qui doivent unir le ménisque à la tête du tibia. Il semble aussi que les cas d'infection soient un peu plus fréquents avec la première méthode, peut-être parce que l'on doit laisser dans la plaie des fils inamovibles; mais en somme au point de vue de la bénignité et de la facilité, les deux interventions se valent à peu près. Mais n'est-il pas sans inconvénients d'extirper presque entièrement un ménisque, alors que l'on sait le rôle délicat de ces organes à l'état normal dans le mécanisme des mouvements? Les résultats sont la meilleure réponse à cette question. La restitution ad integrum a été obtenue dans la statistique de Dambrin plus souvent par ablation que par fixation, et Schloffer a toujours employé l'ablation qui lui a donné 16 résultats parfaits. Kroiss qui préfère l'ablation obtient par ce procédé 60 p. 100 de résultats excellents.

Nous pouvons résumer à ce propos l'histoire d'un malade que nous avons observé dans le service de notre maître, M. le docteur Walther.

Le nommé A..., 25 ans, entre à la Pitié le 11 mai 1909 pour impotence du genou. Le 24 septembre 1907 en se mettant au lit, à la suite d'un faux mouvement, le malade a ressenti une sorte de craquement et une légère douleur; au bout de quelques jours, le mal empirant, il entre à la Charité où on le traite par la compression et le massage; il sort au bout de quarante-huit jours, marchant mal; après un repos prolongé il reprend son métier de boulanger dont il s'acquitte tant bien que mal, jusqu'au 15 avril 1909; à son entrée, on voit et l'on sent sur la face interne du genou gauche, exactement au niveau de l'interligne, une saillie transversale longue de 2 centimètres sur 1 centimètre de haut, et l'on réveille en ce point une légère douleur. Cette saillie disparaît dans la flexion qui

est arrêtée à 45 degrés; le triceps est fortement atrophié. Le diagnostic de luxation du ménisque interne est porté, et l'intervention est pratiquée le 25 mai, suivant la technique indiquée par M. le docteur Baumgartner; on fait l'ablation du ménisque à l'exception de sa corne postérieure. Les suites opératoires sont simples et le malade quitte l'hôpital le 15 juin ayant récupéré ses mouvements; seul l'acte de descendre un escalier reste un peu difficile.

Il semble donc que la méniscectomie soit préférable au point de vue de l'efficacité. Est-ce parce que le ménisque serait capable de se régénérer après l'ablation? Lenail, dans des expériences sur les animaux, a enlevé une partie du ménisque, et les sacrifiant au bout de quelques mois, il a trouvé un organe entièrement reformé, plus mince cependant, plus étroit dans la partie régénérée, au point de vue histologique, ce tissu de nouvelle formation se rapprochait de la structure des tendons, d'autre part, les plaies étroites des ménisques peuvent se cicatriser, ainsi que l'ont montré Cornil et Coudray. Mais les faits ne sont pas assez nombreux, pour que l'on puisse les ériger en règle, et d'autre part, dans certains cas, en revoyant les malades, on a pu constater l'existence d'une fente intra-articulaire à la place qu'occupait le fibro-cartilage.

Mais, même dans ces cas, le résultat ayant été excellent, cette question n'a qu'un intérêt spéculatif. On peut donc affirmer que la méniscectomie est l'opération de choix dans les lésions anciennes ou récidivantes.

Schloffer rejette formellement la fixation. Dambrin la réserve à quelques cas particuliers : les déchirures partielles antérieures ou latérales, le simple relâchement sans déchirure.

A part ces rares cas, on proposera la méniscectomie, opération bénigne et efficace, qui presque toujours évitera au malade l'impotence fonctionnelle contre laquelle le traitement conservateur est impuissant.

BIBLIOGRAPHIE

Allingham. *The Lancet*, 15 mars 1902; — *Brit. med. Journ.*, 1888-1889.

Atkinson, d'après Burns. *Beit. z. klin. Chir.*, 1892.

Annandale. *Brit. med. Journ.*, 1880, t. I, p. 291; 1885, t. I, p. 779; 1867, t. I, p. 319; 1889, t. I, p. 291.

Barker. *Lancet*, 18 sept. 1897.

Bennett. *Lancet*, 1900 et 1905.

W. Biesiekierski. Affections traumatiques des ménisques de l'articulation du genou, *Przeglad chir. et gin.*, t. II, n° 2, mars-avril 1910.

Blake. *Ann. of surg.*, 1903.

Boucher. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1904, t. XLIII, p. 185.

Bowmann, d'après Burns. Loc. cit.

Brodhurst. *Saint-George's hosp. Rep.*, 1867, t. II, p. 141.

Bruns. *Beit. z. klin. Chir.*, 1892.

Cornil et Coudray. De la réparation des plaies et pertes de substance des cartilages, *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1905, t. XLI, p. 353.

Croft. *Brit. med. Journ.*, 1888, t. I, p. 587.

Dambrin. *Revue de chir.*, 1907.

Danis. *Journ. de chir. de Bruxelles*, oct. 1909.

Dawies-Colley. *Brit. med. Journ.*, 1888.

Delamare et R. Picqué. *Bull. de la Soc. de méd. milit.*, fév. 1901.

Desguin. *Journ. de chir. de Bruxelles*, oct. 1909.

Digby. *The Lancet*, 15 janv. 1910.

Erdmann. *Ann. of surg.*, 1903.

Gorse. Traumatisme des ménisques du genou, *Arch. gén. de chir.*, 25 mars 1910.

Griffiths. *Brit. med. Journ.*, 1900, t. II, p. 1171.

Haffa. *Sperim. Firenze*, 1889.

Johnson. *Ann. of surg.*, 1903.

Jones. *Ann. of surg.*, déc. 1909.

Keetley, d'après Burns. Loc. cit.

Kocher. *Centralbl. f. Chir.*, 1881, p. 709.

Kroiss. Les traumatismes des ménisques du genou, *Beitr. z. klin. Chir.*, t. LXVI, fasc. 3, avril 1910, p. 598.

Krönlein, C. Schlatter. *Beit. z. klin. Chir.*, 1903, t. XLI, p. 229.

Langton. *Pathol. Soc. Trans.*, 1888.

Lardy. *Revue de chir.*, fév. 1895.

Lanenstein, d'après Lenail, 1898.

Lediard. *Pathol. Soc. Trans.*, 1888.

Lenail. *Des luxations des cartilages semi-lunaires et en particulier de leur traitement par l'excision*, Th. de Lyon. 1808.

Lockwood. *Brit. med. Journ.*, 1890, t. I, p. [illegible].

Madelung, cité par B[illegible]. *Congrès des chir. allemands*, 1893.

Marais. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1896, p. 297.

Margary. *Giorn. della Accad. di Torino*, 1882, p. 361.

Maurice. *Brit. med. Journ.*, 1888.

Mayo-Robson. *Brit. med. Journ.*, 1902, t. I, p. 877.

Michon, rapport de Chaput. *Soc. de chir. de Paris*, 26 déc. 1906.

Moreau, d'après Burns. Loc. cit.

Mouret. *Considérations sur l'anatomie du genou et l'étude des luxations des cartilages semi-lunaires*, Th. de Montpellier, 1895.

Owen. *The Lancet*, 1900, t. I, p. 1183; — *Brit. med. Journ.*, 1888.

Parona, d'après Burns. Loc. cit.

Pauzat. Etude sur le fonctionnement des ménisques intra-articulaires du genou et les lésions qui peuvent en résulter, *Revue de chir.*, 1895, p. 95.

Poulsen. *Centralbl. f. Chir.*, 1890.

W. Pye. *Lancet*, 1890.

Richard. Th. de Bordeaux, 1907.

Riedel, d'après Burns. Loc. cit.

Roux (de Lausanne). La méniscite traumatique, *Congrès de chir.*, 1895.

Schloffer. Traitement des blessures des ménisques du genou, *Wiener klin. Wochens.*, 20 fév. 1910.

Segond. Recherches sur les épanchements sanguins du genou par entorse, *Progrès méd.*, 18 avril 1879.

Southarn. *Brit. med. Journ.*, 1892.

LANCEREAUX

La science médicale vient de perdre un de ses représentants les plus autorisés. Le docteur Lancereaux a été emporté en quelques jours par une pneumonie. Cette mort, si brusque et si inattendue, nous a d'autant plus surpris qu'il y a quelques jours à peine, nous admirions, à l'Académie, la belle vigueur de ce robuste maître, sur lequel les années semblaient n'avoir aucune prise.

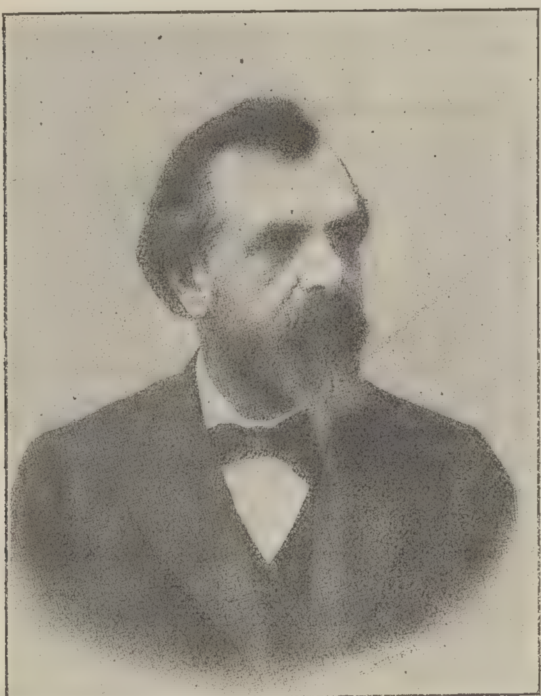
Etienne Lancereaux était né à Brécy-Brières (Ardennes) le 27 novembre 1829. Interne des hôpitaux en 1857, médecin des hôpitaux en 1869, agrégé en 1872, membre de l'Académie en 1877, président de cette assemblée en 1908, officier de la Légion d'honneur, Lancereaux n'a dû tous ces succès qu'à un labeur incessant, qu'à des travaux de tout premier ordre. C'est de lui surtout qu'on peut dire qu'il fut vraiment le fils de ses œuvres.

Il n'est pas de grande question de médecine qu'il n'ait abordée. Ce chercheur infatigable, ce clinicien avisé, cet anatomo-pathologiste consommé ne se payait pas de mots, ni de théories. C'était toujours sur des faits précis, anatomiquement démontrés, qu'il basait ses assertions.

Nul ne fut plus patient dans ses recherches, plus rigoureux dans ses conclusions. Il suffit de citer ses nombreux travaux pour montrer l'importance du rôle qu'il a joué dans la médecine de notre temps et pour comprendre la renommée considérable qu'il s'était acquise à l'étranger : *des Affections nerveuses syphilitiques*, 1861; *de la Thrombose et de l'embolie*

cérébrale considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau, Th. de doctorat, 1862; *des Hémorragies méningées*, 1863; *de l'Endocardite suppurée* et *de l'Endocardite ulcéreuse*, 1862; *de l'Infection par produits septiques engendrés au sein de l'organisme*, 1862; *un Cas de paralysie saturnine avec altération des cordons nerveux et des muscles paralysés*, 1862; *de la Dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement par le phosphore*, 1863; *de l'Amaurose liée à la dégénérescence du nerf optique*, 1864; l'ALCOOLISME, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; *Traité de la syphilis*, 1866; *de la Polyurie*; *un Atlas d'anatomie pathologique*; *de la Maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée*, Th. d'agrégation; *Paralysie toxique et syphilis cérébrale*; *Leçons de clinique médicale*; *Traité de l'herpétisme*; *Traitement des anévrismes*; *Traité de la goutte*, son dernier ouvrage. Ainsi qu'on le voit d'après cette longue énumération, Lancereaux a abordé la pathologie interne tout entière. Mais les questions d'hygiène, la syphilis et surtout l'alcoolisme ont particulièrement captivé son attention.

Malgré ce bagage scientifique considérable, malgré le succès de son enseignement dans les hôpitaux, Lancereaux ne fut pas professeur à la Faculté; ce fut regrettable pour la Faculté.



La réputation universelle qu'il s'était rapidement acquise, plus encore peut-être à l'étranger que chez nous, lui procura une nombreuse et brillante clientèle, car là encore ce fut à ses travaux seuls et à aucun autre procédé qu'il dut son grand succès.

Arrivé à l'âge de la retraite, encore plein de force et toujours aussi ardent au travail, Lancereaux ne pouvait se passer d'un service hospitalier et il fut nommé médecin en chef de l'hôpital du Perpétuel Secours, à Levallois-Perret, où il poursuivit ses recherches d'anatomie pathologique et son rôle de clinicien toujours avec la même passion de la recherche de la vérité.

Grand, fort, la tête haute recouverte d'une abondante chevelure qui avait à peine grisonné, portant toute sa barbe, les yeux vifs et bons, bien que surmontés d'épais sourcils noirs, conscient de sa force, comme de sa valeur personnelle, Lancereaux montrait une certaine réserve, comme un reste de timidité de la jeunesse, qui lui donnait un abord un peu froid, mais pour ceux qui l'approchaient, quelle bonté se cachait sous cette réserve, quelle bienveillance pour ses élèves!

En dehors de ses travaux scientifiques, de son hôpital, de sa clientèle, Lancereaux ne connaissait plus que sa famille, si nombreuse, si unie, si dévouée. Quel vide il y va laisser! Aussi la *Gazette des hôpitaux*, qui a eu si souvent l'occasion de publier des travaux du maître, prend-elle une vive part à ce deuil cruel et nous adressons à cette malheureuse famille, et en particulier à notre confrère René Gaultier, l'expression de notre vive et sincère condoléance. A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 NOVEMBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 7 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Hartmann et Proust ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Jean Camus, suppléant.

Mardi 8 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Lenormant et Chevassu ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Terrien et Okinczyc ; — M. A. Schwartz, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Castaigne ; — (2e série) : MM. Chauffard, Balthazard et Roussy ; — M. Claude, suppléant.

Mercredi 9 novembre, à une heure. — 3e (oral, 2e partie) : MM. Blanchard, Guillain et Léon Bernard.

4e (1re série) : MM. Pouchet, Macaigne et Sicard ; — (2e série) : MM. Langlois, Laignel-Lavastine et Tiffeneau ; — M. André Léri, suppléant.

Jeudi 10 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Desgrez et Brumpt.

1er (oral, 1re série) : MM. Pozzi, Quénu et Morestin ; — (2e série) : MM. de Lapersonne, Rouvière et Grégoire.

2e : MM. Prenant, Langlois et Maillard ; — M. Lecène, suppléant.

Vendredi 11 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Hartmann et Proust ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. Jean Camus, suppléant.

Samedi 12 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Hutinel, Castaigne et Nobécourt ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Gougerot et Rathery.

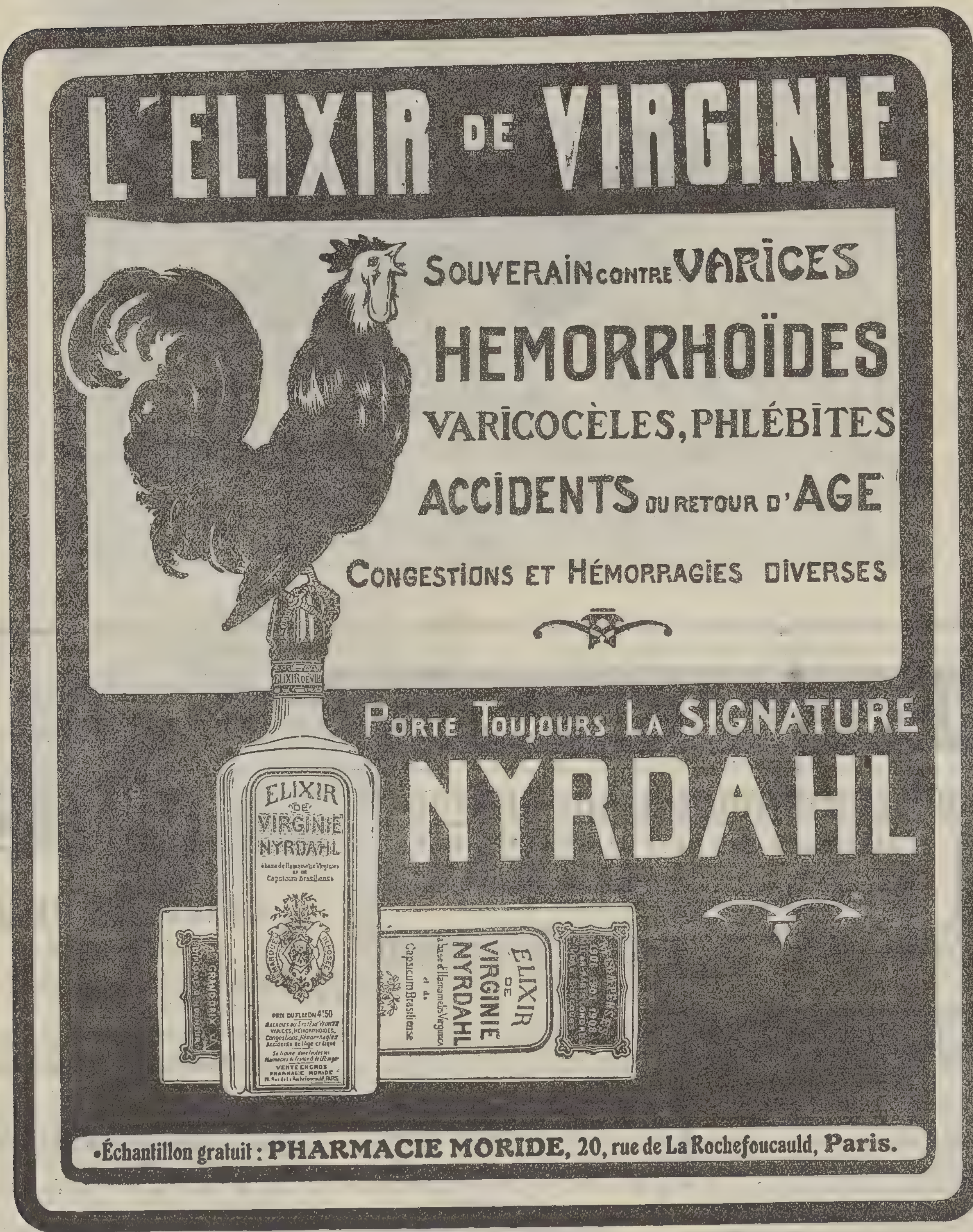
5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Roussy, suppléant.

THÈSES

Mercredi 9 novembre, à une heure. — M. DORMOY. Sporotrichose musculaire osseuse et viscérale. (MM. Gaucher, président ; Reclus, Segond et Gougerot.) — M. THEROUDE. Méningite cérébro-spinale épidémique et sérothérapie antiméningococcique. (MM. Gaucher, président ; Reclus, Segond et Gougerot.) — M. MOUFLET. L'opération de Robinson dans la cure radicale des varices. (MM. Reclus, président ; Gaucher, Segond et Gougerot.) — M. POISSON. Techniques chirurgicales. Suites opératoires et résultats de la trépanation décompressive dans le syndrome d'hypertension intracranienne. (MM. Segond, président ; Gaucher, Reclus et Gougerot.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


L'ELIXIR DE VIRGINIE
SOUVERAIN CONTRE VARICES
HEMORRHOÏDES
VARICOCÈLES, PHLÉBITES
ACCIDENTS DU RETOUR D'AGE
CONGESTIONS ET HÉMORRAGIES DIVERSES
PORTE TOUJOURS LA SIGNATURE
NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
•Échantillon gratuit : PHARMACIE MORIDE, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris.

Nº 125. — MARDI 1er ET JEUDI 3 NOV. 1910. 83e ANNÉE. MARDI 1er ET JEUDI 3 NOV. 1910. — Nº 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 28 octobre : MM. Bricaire, 4; Bardon, 10; Bonnet (Emile), 12; Brouet, 7; Bernard-Gerriet, 5; Galop, 9; Mairesse, 10; Escallier, 11; Ferrand, 8; Vilmet, 5.

Séance du 30 octobre : MM. Dietz, 4; Durand (Gustave), 12; Vallerant, 7; Antoine, 9; Nadal, 12; Mlle Monbiot, 9; MM. Godlewski, 11; Libert et Lacau-Saint-Guily, 8; Fourrière, 7.

Séance du 31 octobre : MM. Oberlin, 9; Bisson, 7; Bontemps, 12; Hudelo, 3; Renault (André), 6; Grandjean et Périn, 7; Mossé, 8; Ollier, 4; Gardies, 6.

Pathologie. — Séance du 28 octobre : MM. Rougier, 7; Mlles Blanchier, 8; Leven, 11; MM. Fumet, 5; Baudouin, 11; Desvaux-de-Lyf, 9; Baréty, 10; Jacquemin (Alfred), 6; Powilewicz, 5; Hischmann, 11; Mlle Trélat, 7.

Séance du 31 octobre : MM. Alary, 9; Le Meaux, 10; Sénéque, 4; Pernet, 10; Charbonnier, 7; Héricourt, 9; Huc, 4; Cleisz, 7; Meaux-Saint-Marc, 11; Feldstein, 8; Astruc, 6.

— MM. les candidats sont informés que chaque semaine, à la séance du vendredi, M. le président du jury fera l'appel d'un certain nombre de candidats qui liront leur copie à la séance du dimanche suivant, lorsque le jury aura décidé de siéger le dimanche.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Rapports de la trachée. » MM. Calderon, 11; Barbier, 16; Mlle Caesar, 13; MM. Babalian, 14; Bouthillier, 12; Bertaux, 14; Buneau, 10; Bourgoin, 12; Blindmann, 15; Binet (Léon), 16 1/2; Mlle Billoud, 13; MM. Brawarsky, 12; Benoist, 16; Apchin, 10; Ach, 13 1/2; Bellon, 9; Andréoli, 12; Bougault, 8.

Prochaine séance, jeudi 3 novembre, à huit heures et demie du soir, première moitié, première série et première moitié, troisième série.

Pathologie. — Séance du 28 octobre. — Question donnée : « Causes et symptômes des péritonites aiguës généralisées. » MM. Trouveller, 10; Yacoël, 8; Mlle Smiechowska, 13; MM. Séménoff, 5; Verdure, 10; Vachet, 4; Mlle Tgrégoriantz et MM. Couinaud, 8; Wallon, 9; Mlle Roudowski, 13 1/2; MM. Taphanel et Touchard, 5; Apchin, 4; Vicente, 16; Mlle Roy, 10; M. Tortat, 7; Mlle Sériot, 12; MM. Camino, 11; Wisner, 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Secousse, Lataste, Souchet et Guénard (*ex æquo*), Lacour, Leuret, Seringes, Villar et Bonin.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Le nombre des places d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France a été porté de vingt à vingt-trois par arrêté du président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes, en date du 16 juin 1910; une vacance existait antérieurement. Il y a lieu ainsi pour le ministre de pourvoir à la nomination de quatre auditeurs.

D'après le règlement intérieur du Conseil supérieur d'hygiène publique de France appelé à établir une liste double de présentation de candidats, les présentations seront faites sur les bases suivantes : deux places seront réservées à des bactériologistes, une à un docteur en médecine et la quatrième à un ingénieur ou architecte.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à titre exceptionnel à MM. les docteurs Petit, inspecteur de l'hygiène et de l'assistance du

Pas-de-Calais; Berquet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Calais, et Deladrière, médecin à Calais : en témoignage du concours précieux que ces praticiens ont prêté aux services maritimes lors des opérations de désinfection, d'identification et d'ensevelissement des corps des officiers et marins de l'équipage du sous-marin *Pluviôse*.

CONGRÈS DES MÉDECINS LÉGISTES DE FRANCE. — Les médecins légistes de France ont décidé de se réunir une fois par an, au mois de mai, pour discuter les questions professionnelles et scientifiques qui les intéressent particulièrement.

L'assemblée aurait lieu dans un centre universitaire ou dans une grande ville possédant un institut médico-légal. Elle durerait deux jours, trois jours au plus. Deux questions seraient étudiées par des rapporteurs nommés un an d'avance : l'une relative aux intérêts professionnels, l'autre à une question scientifique avec applications médico-légales.

La première réunion aura lieu à Paris, à la fin du mois de mai 1911. Aucun rapport ne sera discuté à cette assemblée, les questions d'organisation générale occuperont les premières séances.

Adresser immédiatement son adhésion, au docteur Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-deuxième semaine, 755 décès, au lieu de 758 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire continue donc à être très satisfaisant.

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

La diarrhée infantile a causé 44 décès de zéro à un an, au lieu de 35 pendant la semaine précédente (moyenne 37).

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 78 décès, au lieu de 105 pendant la semaine précédente et au lieu de 95, moyenne ordinaire de la saison.

On ne compte aucun décès par méningite cérébro-spinale épidémique (le nombre des cas nouveaux signalés est de 3).

LE CHOLÉRA EN RUSSIE. — D'après une communication d'un médecin de Moscou, reproduite par le *Lyon médical*, la mortalité par le choléra en Russie aurait été en chiffres ronds :

	Nombre de morts.
Dans l'épidémie de 1829-1837......	243000
— de 1847-1859......	1033000
— de 1865-1872......	327000
— de 1892-1896......	227000
Total......	1830000

La mortalité, par rapport à la morbidité, aurait été, dans les quatre épidémies, respectivement de 43, 40, 37 et 45. Si l'on admet l'exactitude de ces derniers chiffres on en peut tirer que plus de quatre millions et demi d'individus en Russie ont été atteints du choléra.

En tout cas, le chiffre de la mortalité, plus certain que celui de la morbidité, est très élevé, et il est probable que tous les cas n'ont pas été recensés.

Quant à l'épidémie actuelle, du 18 avril au 14 août, les chiffres officiels sont : 74723 morts et 154445 malades. Cela fait une mortalité de 48 p. 100, supérieure à celle des épidémies précédentes. Comme il est impossible de supposer que des médecins russes soignent moins bien le choléra qu'autrefois, et que le contraire est même certain, il faudrait supposer que la malignité de l'épidémie est plus grande ; mais tous les chiffres précédents sont sujets à caution.

L'auteur attribue l'extension et la gravité de l'épidémie au défaut absolu d'hygiène publique dans un très grand nombre de localités. (*Münch. med. Woch.*, 1910, n° 38.)

POUR LES CONFRÈRES AUTOMOBILISTES. — Il sera procédé au recensement des voitures automobiles du 1er au 16 janvier prochain. Dans ce but, les maires de chaque commune inviteront les propriétaires d'automobiles, quelle que soit leur nationalité, à se présenter à la mairie de leur domicile pour y faire la déclaration des voitures qu'ils possèdent et des noms des personnes habituellement préposées à la conduite de ces voitures lorsque ces personnes sont soumises aux obligations du service militaire.

Les voitures recensées seront divisées en deux catégories : poids lourds et voitures de tourisme.

Du 1er au 15 janvier, les maires dresseront les listes de recensement des voitures automobiles. Ces listes ne devront pas comprendre les voitures qui auront été reconnues impropres au service de l'armée.

Les propriétaires de voitures automobiles et de motocyclettes qui ne se conformeront pas aux dispositions de la loi seront passibles d'une amende de 25 à 1000 francs.

SHERLOCK HOLMES MÉDECIN. — Sans avoir précisément pris le type de Sherlock Holmes dans la vie, le romancier Conan Doyle a pourtant trouvé son modèle... parmi les médecins.

A l'époque où il étudiait la médecine, à Edimbourg, il assista aux cours du professeur Bell, qui était un diagnostiqueur stupéfiant.

Avant même d'examiner médicalement le malade il remarquait d'un coup d'œil les moindres détails de son visage, de ses mains et de ses vêtements... Et il tirait de ces observations des déductions fantastiques de justesse et de rapidité quant aux causes logiques de la maladie.

Ce fut l'exemple du professeur Bell qui donna à sir Conan Doyle l'idée de créer le type du policier Sherlock Holmes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Théodore Monthus (de Paris). Nous adressons à son fils, notre collaborateur et ami, Albert Monthus, l'expression de notre très profonde et très affectueuse sympathie ; — de MM. les docteurs Victor Olivier, médecin honoraire des hôpitaux de Lille ; — Armand Trousseau, médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts, à Paris ; — Xavier Gillot (d'Autun) ; — Henri Dunant (de Genève), l'un des promoteurs de la Croix-Rouge, titulaire du prix Nobel en 1901.

FONDATION PIERRE BUDIN. — ÉCOLE DE PUÉRICULTURE, consultations de nourrissons, 91 *bis*, rue Falguière, 15e (métro Pasteur). Année scolaire 1910-1911. — *Cours de puériculture du premier âge.* — Il y aura deux cours complets en huit ou dix leçons chacun.

Le premier, fait par le docteur Devraigne, chef de clinique à la Faculté de médecine, aura lieu le mercredi à cinq heures, à partir du 9 novembre.

Le deuxième, fait par le docteur Avirагnet, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera à une date qui sera indiquée ultérieurement.

En outre, il y aura tous les mois une conférence sur un sujet de puériculture. La première sera faite par M. Paul Strauss, sénateur, président de la Fondation Pierre-Budin, le lundi 7 novembre, à cinq heures. Sujet de la conférence : « La puériculture ».

HOPITAL NECKER. — M. le docteur Louis Rénon commencera le vendredi 11 novembre, à dix heures et demie du matin, à l'amphithéâtre Laënnec, une série de sept conférences pratiques sur le traitement scientifique actuel de la tuberculose pulmonaire.

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

11 novembre : L'esprit d'un traitement scientifique réel de la tuberculose pulmonaire.

18 novembre : Le traitement « rationnel » simple par l'hygiène, le repos, la cure d'air et l'alimentation.

25 novembre : Le traitement biologique « spécifique » par les sérums.

2 décembre : Le traitement biologique « spécifique » par les tuberculines.

9 décembre : La chimiothérapie.

16 décembre : La physiothérapie.

23 décembre : Le traitement opothérapique glandulaire et le traitement chirurgical.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Service direct Paris-Béziers, viâ Brioude-Saint-Flour.* — Depuis le 1er juin 1910, la Compagnie a rétabli son service rapide et direct Paris-Béziers, par l'itinéraire Brioude-Saint-Flour, qui offre la plus courte distance entre Paris et Béziers.

Ce service est assuré par les express nos 921 et 930 comportant des voitures directes de toutes classes de ou pour Béziers.

Aller : Départ de Paris à 8 h. 15 soir ; arrivée à Saint-Flour le lendemain à 7 h. 42 matin, et à Béziers à 3 h. 22 soir.

Retour : Départ de Béziers à 9 h. 20 matin, et de Saint-Flour, à 6 h. 02 s. ; arrivée à Paris le lendemain à 5 h. 10 m.

UN CAS
DE
BRONCHO-PNEUMONIE GRAVE
A FORME ATAXO-ADYNAMIQUE
GUÉRI PAR LES BAINS CHAUDS SINAPISÉS

Par le docteur G. GOUBERT (d'Avignon)
et C. GUEIT,
Aide de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

La gravité de la broncho-pneumonie chez l'enfant est suffisamment connue de tous et il serait inutile d'y insister davantage si chaque cas ne fournissait au praticien l'occasion de s'instruire sur une forme nouvelle.

La mortalité par broncho-pneumonie infantile est d'ailleurs énorme. Il est bien plus rare d'assister à une guérison.

Le petit Roger G..., sans antécédents héréditaires morbides, âgé de sept ans environ, d'une complexion frêle, mais nerveux et vif, avait été nourri au sein par sa mère. A trois ans il eut la rougeole, sans gravité ni complication. En mai 1909, il eut une congestion pulmonaire (?) légère, qui guérit rapidement en une dizaine de jours et fut résolue par un vésicatoire.

Aux environs du 14 juillet 1910, il s'enrhuma, puis se mit à tousser.

Pâlot et inquiet, on le mettait au lit. Le mal faisant de rapides progrès, en deux ou trois jours, une broncho-pneumonie à forme ataxo-adynamique d'emblée, se déclarait.

Un traitement approprié de compresses humides, tièdes, sinapisées, ne paraissant pas arrêter la maladie dans son évolution, elles sont remplacées par des cataplasmes sinapisés, alternativement toutes les trois heures, sur la poitrine et dans le dos.

On commence le traitement par les injections d'électrargol.

En même temps on essaye des injections de 25 centimètres cubes de sérum de Quinton.

26 *juillet*. Depuis trois jours l'état s'est aggravé. L'enfant ne s'alimente plus et ne prend qu'avec peine quelques gorgées de vin de Malaga. C'est le mercredi 27, que nous sommes appelés auprès du petit malade, et que nous le voyons pour la première fois.

Il est étendu pâle et cyanosé, sans connaissance dans son lit, les yeux fixes et noyés, sans expression. Un cri déchirant et continu, rappelant le cri méningé, plaintif et voilé, s'échappe de ses lèvres brûlées par la fièvre, que des fuliginosités recouvrent. La langue et le palais rouges et rôtis sont chargés d'un épais enduit de muguet. L'haleine est forte et acide.

L'enfant est en opisthotonos : la nuque raide est renversée en arrière.

Ses bras s'agitent en mouvements de carphologie. Les extrémités sont froides et cyanosées.

Sa poitrine est soulevée rapidement par une respiration irrégulière et désordonnée, du type inverse.

Des râles de toutes sortes et de tous calibres, en véritable « bruit de tempête », occupent toute l'étendue des deux poumons. Les bases en arrière sont totalement obscures.

Il y a un peu de toux, mais pas d'expectoration.

L'abdomen est ballonné, surdistendu, augmentant encore la gêne respiratoire et la dyspnée. Le tympanisme est énorme. Le foie et la rate ne peuvent être perçus.

L'intestin ne s'exonère pas.

L'enfant perd continuellement des urines rares, d'odeur forte. Enfin le cœur n'est pas le moins atteint des organes du petit malade. Il est rapide, irrégulier, avec intermittences et léger frémissement de la pointe.

Le pouls est à 150 à la minute.

Il est rapide, petit, filiforme, irrégulier, inégal.

Les réflexes ne peuvent être appréciés, à cause de la raideur des membres.

A deux reprises, deux consultations médicales posèrent le même diagnostic et ne laissèrent pas ignorer à la famille la gravité du pronostic.

Cependant, il nous semble qu'il pouvait y avoir encore un peu d'espoir dans un traitement rationnel.

Il y avait à tirer indications de nombreux facteurs, auxquels on pouvait opposer une thérapeutique rationnelle.

Ce dont il fallait tenir compte avant tout, c'était l'état de résistance du sujet et considérer que le maintien intégral de son *état des forces* était la condition première d'une guérison, qui restait, malgré tout, bien aléatoire.

Nous ne pouvions rien contre les facteurs étiologiques et pathogéniques, pneumocoques ou pneumococcie, contre lesquels les sérums n'ont encore point fait leurs preuves et que nous n'avions pas d'ailleurs à notre disposition.

Mais les symptômes faisaient tous indications, et relevaient de nos moyens thérapeutiques.

Voici le traitement qui fut institué dès le jeudi 28 juillet :

Toutes les deux heures, on donne au petit malade par cuillerée à café un peu de lait de Grock ou de bouillon. Entre temps on humecte les lèvres avec de la tisane. On donne du café et du rhum.

On tente les lavements nutritifs (jaune d'œuf et peptone : deux fois par jour) mais sans grands succès.

Nous prescrivons des nettoyages fréquents de la bouche, avant et après chaque prise de lait, avec de l'eau de Vichy, la désinfection des narines, avec un peu d'huile mentholée, la potion du muguet.

Localement les cataplasmes sinapisés, alternativement devant et derrière, toutes les trois heures, sont continués.

On donne une potion à l'ipéca et une à l'acétate d'ammoniaque. Pour exonérer l'intestin, matin et soir on donne un lavement émollient (feuilles de noyer, glycérine, etc.).

Devant le ballonnement excessif du ventre et l'exagération des phénomènes dyspnéiques qui en

résulte, nous proposons l'introduction d'une sonde molle de Nélaton n° 16, à demeure dans le rectum.

Enfin, pour soutenir l'état du cœur et lutter contre l'infection croissante, l'huile camphrée est faite en injections *larga manu* (quatre à cinq centimètres cubes par injection) deux et trois fois par jour, suivant la méthode employée dans le service de M. le professeur Vires à l'hôpital général.

On continue les injections d'électrargol.

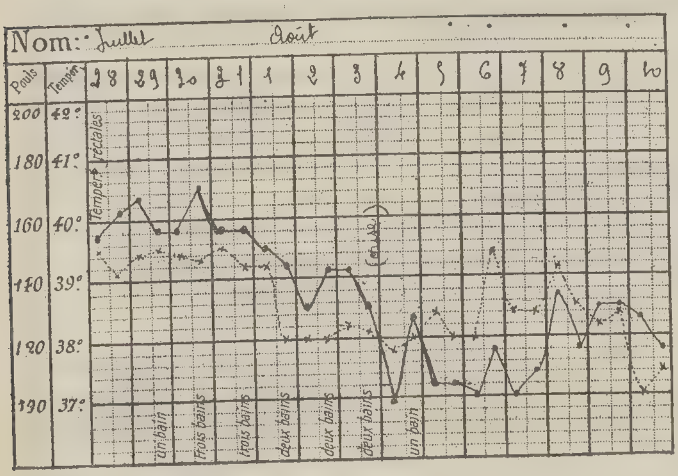
Mais tout cela ne suffit pas et l'état général s'aggrave dans les vingt-quatre heures qui suivent. La dyspnée est extrême avec poses inspiratoires, ébauche de Cheyne-Stockes. Les parents sont affolés.

Le 29 *juillet*. Nous proposons alors et appliquons, non sans résistance de la part de la famille, le traitement par les bains chauds à 40 degrés sinapisés, trois fois par jour, de dix minutes de durée. Ce traitement est poursuivi jusqu'au 4 août; couverture de laine, frictions à l'alcool camphré, bottes de ouate et taffetas, complètent la médication.

Dès le quatrième bain un mieux se dessine et l'enfant peut reposer une heure. La température décroît. L'oppression est toujours très grande et localement les poumons sont toujours bien encombrés.

Le 1er août les phénomènes méningés s'atténuent, l'enfant repose plus tranquille. Il est moins raide. Une diurèse abondante s'établit. Pas d'albumine.

Au quatrième jour du traitement, la température est descendue au-dessous de 38°7 rectale, au lieu de 40°5 l'avant-veille. On ne donne que deux bains.



Au sixième jour la température porte 36°9 le matin après une chute brusque marquant la crise. Sueurs profuses, diurèse. L'enfant dort longuement et calme.

Dans ces conditions, le mieux s'accentue jusqu'au 5 août. Cependant de nouveaux foyers, fugaces, se forment çà et là. Les poumons sont encore chargés. Il n'y a toujours pas d'expectoration. On met dans le dos deux mouches de Milan pour hâter la résolution.

Le cœur, un moment relevé, retombe tout d'un coup, et vient compromettre la convalescence.

Arythmie, irrégularité, tachycardie, embryocardie même, dénoncent la lutte excessive qu'il a eu à soutenir; il est prêt de faillir.

La spartéine, l'huile camphrée, la caféine, lui viennent en aide.

Nous plaçons, à demeure, sur la région précordiale, une vessie de glace qu'on maintient là quatre à cinq jours.

En deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre. Vers le 10 août, l'enfant parle à son réveil, d'une voix faible et voilée, mais il s'exprime bien. C'est pour les parents une vraie résurrection.

Cinq à six jours après, la convalescence s'établit. L'enfant joue et rit. Il est gai et se lève le 15 août une heure. Toute médication est suspendue.

Le 28 août nous le revoyons complètement guéri.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Paris, 13-15 octobre 1910*] (1).

TROISIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES ÉPILEPSIES SYMPTOMATIQUES

Discussion.

Inutilité ou danger des trépanations successives au cours de l'épilepsie traumatique. — M. J.-A. SICARD. Après un trauma cranien, l'éclosion et la répétition d'accidents épileptiques non modifiables par le traitement médical commandent l'intervention chirurgicale, qui peut guérir définitivement le malade. Mais, s'il y a récidive épileptique post-opératoire, il faut s'abstenir d'interventions successives, trépanations nouvelles ou grattages. On s'expose à doubler le syndrome convulsif intermittent transitoire d'un syndrome paralytique permanent et incurable.

Radiothérapie cérébrale avec craniectomie bilatérale dans un cas d'épilepsie essentielle. — M. J.-A. SICARD. Pour tenter d'arrêter le processus de sclérose corticale névroglique invoqué par certains auteurs comme facteur épileptogène, j'ai traité un cas d'épilepsie essentielle à crises très fréquentes et rebelles à toute cure médicale, par la röntgénisation cérébrale après craniectomie bilatérale. Huit séances hebdomadaires de rayons ont été pratiquées à travers les brèches osseuses. Cette tentative n'a été suivie d'aucun résultat appréciable.

M. CLAUDE. Il faut avant tout, lorsqu'on se trouve en présence d'un comitial, tenir compte des facteurs associés qui dominent de très haut pronostic et thérapeutique. A ce sujet, on peut distinguer deux éventualités.

S'agit-il d'épilepsie dite essentielle, le traitement médical, c'est-à-dire, somme toute, l'usage des bromures, doit être seul prescrit. En cas d'état de mal, on pourra avantageusement recourir à la ponction lombaire. Mais les interventions chirurgicales doivent être systématiquement abandonnées, car elles ne donnent que des résultats incomplets, peu durables, ou même, d'emblée, franchement médiocres.

Dans l'épilepsie dite secondaire, il faut, avant d'in-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 119, p. 1612; 121, p. 1648, et 123, p. 1672.

tervenir, étudier avec soin son malade, et encore arrive-t-il trop souvent, après examen minutieux, de se tromper. J'ai vu une femme épileptique depuis longtemps et qui, dans les derniers mois de sa vie, présenta des signes de tumeur cérébrale : céphalée, vomissements, névrite optique. On constatait, de plus, chez elle, une dilatation des veines frontales *droites*; or, l'autopsie montra l'existence d'un sarcome localisé au lobe frontal *gauche*. L'opération, si elle avait été pratiquée, n'aurait pu qu'échouer. Lorsqu'on constate, chez les malades, certains signes, tels que le signe de Babinski, ou encore des phénomènes de spasmodicité indiquant l'existence de lésions localisées à l'écorce motrice, on peut intervenir chirurgicalement; dans un premier temps, on fera la trépanation large; dans le second, on recherchera la lésion. Existe-t-il seulement des phénomènes diffus d'hypertension, on devra se contenter d'une opération palliative. Mais, d'une façon générale, il conviendra de se montrer extrêmement sobre d'opérations chez les épileptiques.

M. Souques. Certains cas d'épilepsie essentielle sont améliorés par la trépanation.

M. Cruchet (de Bordeaux). S'il est vrai, comme l'ont soutenu les rapporteurs, que toutes les épilepsies sont symptomatiques, il n'y a plus lieu de séparer les convulsions de l'épilepsie. Dans les deux cas, en effet, les phénomènes observés sont identiques et l'on peut, au point de vue de l'évolution, distinguer : 1° une forme passagère, habituellement curable, qui correspond à l'éclampsie infantile; et 2° une forme chronique qui correspond à l'épilepsie essentielle. La forme passagère peut être, elle-même, bénigne ou grave. Cette dernière est généralement symptomatique d'une grosse lésion méningo-cortico-encéphalique; la ponction lombaire l'améliore toutes les fois qu'il y a hypertension du liquide céphalo-rachidien. Quant à la forme chronique, la ponction lombaire donne de bons résultats lorsque le sujet est en plein état de mal; expérimentée à titre préventif, elle semble faire plus de mal que de bien.

COMMUNICATIONS RELATIVES A LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Méningite sérique et anaphylaxie après sérothérapie rachidienne. — MM. Sicard et Salin. A la suite d'injections arachnoïdiennes de sérum de cheval chez des sujets à liquide céphalo-rachidien normal, on observe une réaction méningée caractérisée par une élévation thermique de 1 à 2 degrés, de la céphalée, parfois des nausées et une ébauche de kernig, tous phénomènes disparaissant en quarante-huit heures. La ponction lombaire, pratiquée trois heures après l'injection, permet de constater une abondante polynucléose qui, trois jours plus tard, fait place à une lymphocytose persistante. Une seconde injection détermine à peu près les mêmes signes réactionnels que la première.

Il faut voir, dans cette réaction biologique post-sérique, un phénomène d'irritation méningée aseptique inflammatoire, et non un accident anaphylactique. Une telle réaction se montre, en effet, avec la plus grande netteté à la *première injection*, dès que l'on dépasse la dose de 20 centimètres cubes de sérum chez tout sujet à cavité arachnoïdienne normale ou préalablement lésée par un processus *subaigu* ou *chronique*. Au contraire, au début de la méningite aiguë, la réaction irritative s'estompe au milieu des autres symptômes méningés plus bruyants de la maladie. Plus tard, quand l'évolution perd de son acuité, les signes irritatifs s'extériorisent à chaque nouvelle injection de sérum.

Il ne faut donc pas confondre les réactions irritatives et les accidents anaphylactiques. Ces deux phénomènes ont une pathogénie et une allure clinique dissemblables. Ils peuvent cependant, dans certains cas rares, associer leurs effets si étroitement qu'il est bien difficile de distinguer la part qui revient à chacun d'eux dans le tableau morbide (Hutinel et Darré).

Le foie dans la méningite cérébro-spinale. — MM. P. Teissier et Duvoir. L'hypertrophie douloureuse du foie est constante dans la méningite cérébro-spinale; elle correspond, anatomiquement, à des lésions congestives et inflammatoires discrètes, consistant en une infiltration leucocytaire de l'espace porte. Son évolution, subordonnée à l'infection générale, est, jusqu'à un certain point, indépendante des localisations méningées.

Le drainage lombaire du liquide céphalo-rachidien sans opération chirurgicale. — M. G. Rosenthal. Le drainage lombaire permanent permet d'enlever à volonté les liquides hypertendus et d'injecter les sérums thérapeutiques ou les solutions anesthésiques.

Méningite cérébro-spinale et pneumonie. — MM. Achard et Flandin ont observé, chez un jeune homme, un cas de méningite précédée d'un point de côté avec signes de pneumonie. Le sixième jour, survint une défervescence très franche. Mais les signes de pneumonie égalèrent au moins en intensité et en durée ceux de méningite. La vérification bactériologique fut faite par la ponction lombaire et la ponction exploratrice du poumon qui fournirent des cultures de méningocoque. De plus, la précipito-réaction fut positive.

Sur une petite épidémie de méningite cérébro-spinale à bacilles de Pfeiffer. — MM. G. Simon et Aine ont observé, à Bretonneau, en sept mois, cinq cas de méningite à bacilles de Pfeiffer, dont quatre chez des nourrissons. Cette variété de méningite, souvent très fruste, ne se distingue de la méningite à méningocoques que par l'existence constante de symptômes pulmonaires. L'examen du liquide céphalo-rachidien fournit au diagnostic des renseignements décisifs. La maladie, indépendante de toute épidémie grippale, est presque toujours mortelle.

La pression artérielle dans la méningite cérébro-spinale. — M. P. Teissier, de l'étude de quarante-cinq cas, couclut que, dans la méningite cérébro-spinale, il y a constamment une hypotension artérielle prononcée et durable.

COMMUNICATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Modes d'action de la tuberculine. — M. F.-X. Gouraud. Les modifications provoquées dans l'organisme par la tuberculinothérapie sont très complexes. Les unes sont d'ordre général, les autres d'ordre local. L'action générale de la tuberculine est démontrée à la fois par la tuberculine et par le laboratoire, puisqu'on a constaté la présence fréquente d'antituberculine, le relèvement de l'index opsonique, etc. Cette action est en général précoce et a sa part d'utilité, mais nous croyons qu'à ce point de vue l'effet local est prépondérant et que c'est à ce dernier que la tuberculine doit sa véritable valeur thérapeutique. L'existence et l'utilité de cette action sur le foyer tuberculeux lui-même sont surtout démontrées par les observations cliniques. Malheureusement sa nature et son mécanisme physiologique nous échappent encore et il est à souhaiter que de nouvelles recherches soient entreprises à ce point de vue.

Valeur pratique de l'emploi limité des tuberculines dans la phtisiothérapie. — M. L. Rénon. Les tuberculines ne constituent qu'un traitement partiel de la tuberculose, car elles ne contiennent pas tous les poisons du bacille de Koch. Elles ont néanmoins une action efficace incontestable dans les cas suivants : tuberculose au début à évolution lente, traitée deux à trois mois au moins après le début des hémoptysies ; surtout, tuberculose torpide déjà améliorée par les médications usuelles ou la cure d'air, dont les lésions tendent à s'immobiliser; dans ces cas, les tuberculines font souvent disparaître des lésions complètement fixées depuis des semaines, des mois et même plus. L'apyrexie relative du malade (température rectale de 37°8 au maximum le soir) paraît une des conditions nécessaires du traitement dans la pratique courante, chez des tuberculeux ne séjournant ni dans un hôpital ni dans un sanatorium. Toutes les tuberculines peuvent être utilisées dans ces cas. On débutera par des doses moyennes de un demi-millième de milligramme pour augmenter progressivement jusqu'à un centième, un cinquantième, un vingtième de milligramme. Dans la progression des doses, il faut éviter toute réaction locale ou générale apparente, en modifiant la teneur des injections selon les données cliniques. Cette tuberculinothérapie limitée peut rendre des services dans le traitement pratique de la tuberculose pulmonaire.

Les accidents de la sérothérapie antituberculeuse et l'anaphylaxie. — M. L. Rénon. (V. *Gaz. des hôp.*, 1910, n° 119, p. 1611.)

Résultats pratiques de la tuberculinothérapie. — M. G. Etienne. La tuberculine a été employée systématiquement et exclusivement dans un groupe de huit cas de tuberculose pulmonaire, pendant un an ; les malades ont été suivis depuis lors, soit pendant vingt-huit mois. Un seul, âgé de quatre-vingt-deux ans, atteint de vastes cavernes, a succombé à sa tuberculose, un mois après le début du traitement; un autre est mort d'une poussée nouvelle, du côté opposé. Un a succombé à une pneumonie (soixante-douze ans), deux à une asystolie (soixante-deux et soixante-quatre ans); et l'autopsie a montré chez les trois la guérison des lésions bacillaires. Les autres ont guéri, par sclérose de leurs lésions (soixante-dix-huit, cinquante-cinq, quarante-quatre ans). J'insiste sur la nécessité d'un traitement extrêmement prudent en cas de lésions étendues, pour éviter une sclérose pulmonaire trop rapide, avec crises d'hyposystolie ; ou sur les réactions anaphylactiques, surtout fréquentes à la phase avancée du traitement.

Traitement tuberculinique des tuberculoses urinaires. — M. Ch. Mantoux (de Cannes), ayant observé une amélioration très nette à la suite d'une cure de tuberculine chez un malade atteint de récidive de tuberculose rénale après néphrectomie, a réuni 70 cas de tuberculoses urinaires traités par la tuberculine. L'amélioration est de règle (48 p. 100) et la guérison fréquente (33 p. 100) ; le traitement est sans danger si l'on s'attache à éviter toute réaction. Il convient, quand l'état général permet d'en faire l'essai : 1° dans les cas paraissant localisés à la vessie ; 2° dans les tuberculoses rénales bilatérales et dans les récidives, après néphrectomie ; 3° dans les tuberculoses rénales unilatérales peu avancées. Par contre, si le rein est fortement lésé, mieux vaut l'enlever d'emblée, quitte à recourir à la tuberculine comme traitement post-opératoire.

La pancréatinisation à hautes doses dans la tuberculose expérimentale. — MM. Lœper et Esmonet. Les symptômes d'insuffisance pancréatique étant très fréquents chez les tuberculeux, comme les lésions pancréatiques à l'autopsie de ces malades, nous avons eu l'idée de traiter la tuberculose expérimentale, chez le rat, par la pancréatinisation à hautes doses. Les bons résultats obtenus peuvent s'expliquer par une triple action de la pancréatine : digestive, générale et antibacillaire. Ils permettent de fonder quelque espoir sur l'application, à la clinique, de cette nouvelle méthode thérapeutique.

Tuberculine et tuberculinothérapie. — M. Bauer, (de Neufchâtel). L'action des diverses tuberculines est due, pour Wolff-Elsner, à la présence dans toutes, de débris de corps bacillaires. Bauer, en comparant l'ancienne tuberculine et la tuberculine de Beraneck par des cuti-réactions simultanées chez le même malade, trouve des différences ; la cuti due à la tuberculine Beraneck est plus précoce et moins intense ; tandis que par voie sous-cutanée, la tuberculine Beraneck est très active, même à la dose de A/562 de l'échelle Beraneck. Comme conclusion, il y aurait dans les tuberculines deux toxines, l'*une vaso-dilatatrice*, peu abondante dans la tuberculine Beraneck et l'autre *thermique et léthale*, et cette dernière peut provoquer la formation d'anticorps dans le sérum des animaux traités par la tuberculine. Le sérum antituberculeux est surtout antithermique et antiléthal (Beraneck, Löwenstein, Hamburger).

La tuberculine artificielle doit donc être aussi peu

toxique que possible; elle est variable en toxine suivant la préparation, et différente de la tuberculine produite dans l'organisme du malade.

Comme indication, le malade ne guérit que par réaction. Donc la tuberculinothérapie doit provoquer la sensibilité. Si le malade est *sensible*, on emploiera de petites doses; si la sensibilité est nulle, la provoquer par des doses fortes, l'augmentation ou la diminution des doses doit s'appuyer sur la diminution ou l'augmentation de cette sensibilité.

La cholergine dans le traitement de la tuberculose. — M. Parmentier. Le foie jouissant d'importantes propriétés antitoxiques, nous avons eu l'idée d'employer, pour traiter nos malades, un extrait hépatique auquel nous avons donné le nom de cholergine. Cet extrait, injecté à doses convenables, est toujours bien toléré; il semble exercer une action favorable sur les hémoptysies, les sueurs, et permet aux patients de reprendre un peu de poids. Mais il n'est pas encore possible de formuler à son sujet une opinion définitive.

Poussées évolutives et immunité dans la tuberculose. — M. Bezançon. On sait que la tuberculose pulmonaire est fréquemment entrecoupée d'*épisodes aigus* que l'on peut appeler des *poussées évolutives*, et que caractérisent : 1° la chute lente de la courbe thermique; 2° les variations de la formule sanguine: polynucléose au début, puis mononucléose relative, enfin, éosinophilie marquée. A la fin de ces poussées, le taux des agglutinines s'élève ainsi que celui des précipitines, les cuti ou intradermo-réactions deviennent beaucoup plus nettes, ce qui indique une sensibilisation marquée de l'organisme.

Discussion. — Les communications que nous venons de résumer, d'autres encore, provoquent une intéressante discussion. M. Mayor insiste sur la nécessité d'injecter de très petites doses de tuberculine, surtout dans les formes fébriles. M. le professeur Teissier (de Lyon) vient, avec chaleur, affirmer sa foi dans l'avenir de la tuberculinothérapie. Il a vu un cas de tuberculose rénale inopérable dans lequel la tuberculine a donné une guérison radicale. L'introduction de cette substance dans l'organisme des tuberculeux provoque la formation d'anticorps spécifiques qui détruisent à la fois les bacilles et leurs produits de sécrétion; ce qui le prouve, c'est que, lorsque, chez un lapin, on inocule simultanément, dans la chambre antérieure de l'œil, des bacilles de Koch et un peu de bactériolysine de Maragliano, on n'observe, ultérieurement, aucune lésion oculaire tandis que les animaux témoins présentent bientôt des tubercules choroïdiens. De même, il faut savoir que, sous l'influence de la tuberculine, l'agglutination devient plus intense, tandis que certains polynucléaires, plus spécialement chargés de détruire les bacilles, augmentent de nombre. La tuberculine possède donc une valeur thérapeutique incontestable, et dans certains cas, le médecin commet une véritable faute en n'y recourant pas. Mais quels sont ces cas? C'est ce qu'il est encore difficile de dire: tuberculoses ganglionnaire, rénale, laryngée. Dans un cas de tuberculose pulmonaire avancé, on constata, au bout de cinq semaines de traitement par la tuberculine, que les crachats inoculés au cobaye, ne produisaient plus, chez cet animal, de lésions tuberculeuses. Pour M. F. X. Gouraud, la sérothérapie antituberculeuse convient surtout aux tuberculoses à marche rapide et agit en neutralisant les substances toxiques dissoutes dans les humeurs. M. Fernand Arloing a essayé chez l'homme le sérum de M. Vallée (d'Alfort), mais il a eu de telles réactions locales qu'il a dû s'arrêter. La tuberculine jouit surtout, comme l'a démontré, dès 1900, le professeur Arloing, de propriétés antitoxiques, mais elle possède encore d'autres propriétés. Elle exerce en effet une action marquée sur certains leucocytes et augmente nettement le pouvoir agglutinant du sérum. M. Landouzy rappelle que le sérum de Maragliano était il y a dix ans uniquement antitoxique, aujourd'hui, il est devenu, de plus, antibactérien. M. Rénon estime que tous les sérums préconisés contre la tuberculose sont essentiellement antitoxiques. M. Faivre (de Poitiers) demande aux orateurs précédents s'ils ont observé, comme lui, l'action favorable exercée par les sérums antituberculeux dans les cas d'hémoptysie. M. Bezançon répond que cette action, tout indiscutable qu'elle soit, est due plus au sérum qu'à la tuberculine elle-même. Le sérum de cheval neuf ne jouit-il pas de propriétés antihémorragiques manifestes? M. Maragliano admet que son sérum agit en multipliant les produits de défense dans le sang des sujets auxquels on l'injecte.

COMMUNICATIONS RELATIVES AUX AFFECTIONS DU PANCRÉAS

Un cas de diabète maigre. — Discussion des rapports entre le diabète et les lésions du pancréas. — MM. Marcel Labbé, Laignel-Lavastine et Vitry rapportent une observation de diabète maigre qui représente le type des cas que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer. Il s'agit d'une femme jeune qui présenta tous les signes d'un diabète grave pendant dix-huit mois et mourut dans le coma. A l'autopsie, le pancréas présentait seulement un épaisissement du tissu conjonctif interacineux qu'on ne saurait qualifier de sclérose et une infiltration hyaline de quelques îlots; du reste pendant la vie, l'exploration fonctionnelle du tube digestif n'avait pas révélé d'insuffisance pancréatique. Il n'y a donc pas lieu de parler ici de diabète pancréatique et il convient de rejeter l'équation devenue classique en France entre le diabète maigre et le diabète pancréatique. D'une part, on observe souvent des cas de diabète maigre sans aucune lésion du pancréas et, d'autre part, on trouve souvent des lésions très marquées du pancréas, à l'autopsie d'individus morts d'affections les plus diverses et n'ayant jamais présenté de signes de diabète. On doit donc réserver le nom de diabète pancréatique aux cas où l'on constate pendant la vie des signes rigoureusement déterminés d'insuffisance pancréatique et où l'on trouve à l'autopsie des lésions très intenses des divers éléments constituants du pancréas détruisant la plus grande partie de l'organe.

Les altérations pancréatiques non diabétigènes. — MM. M. Salomon et P. Halbron insistent sur la réserve qu'il faut mettre pour apprécier la valeur pathogénique des altérations du pancréas chez les diabétiques. En effet s'il est hors de doute que des lésions considérables de la glande déterminent le syndrome diabétique, celui-ci est souvent imputé à des altérations purement histologiques : lésions diffuses ou systématisées soit aux acini, soit aux îlots, modifications de la transformation des acini en îlots (Curtis et Gellé). De ces différentes altérations considérées comme diabétigènes les auteurs ont jugé intéressant de rapprocher des faits de sclérose pancréatique intense coïncidant avec des lésions profondes des îlots de Langerhans qu'ils ont observés au cours de la tuberculose et qui ne s'accompagnaient pas de glycosurie. Donc, quand chez un diabétique on trouve des lésions même marquées du pancréas, on ne doit pas voir nécessairement entre le syndrome et ces lésions une relation pathogénique.

Du rôle de l'infection hématogène dans les lésions pancréatiques. — MM. Salomon et Halbron. Il faut attribuer à l'infection par voie sanguine une influence prépondérante dans la production des lésions du pancréas. On peut obtenir aisément par des inoculations intra-vasculaires des altérations du pancréas prédominantes au niveau des îlots de Langerhans, mais qui peuvent également intéresser les autres portions de la glande. Dans la tuberculose humaine, ce sont également les îlots de Langerhans qui présentent les altérations les plus précoces, celles-ci s'étendant ensuite au tissu interstitiel de la glande. Les auteurs rapprochent de ces faits expérimentaux et humains des cas d'entérite infantile aiguë ou subaiguë dans lesquels il semblait probable *a priori* que le pancréas fut atteint par la voie canaliculaire et où ils ont au contraire trouvé des types de lésions très comparables aux altérations pancréatiques déterminées par les inoculations vasculaires, par leur aspect et leur localisation langerhansienne, contrastant avec l'intégrité des cellules acineuses et des canaux excréteurs. Aussi tout en ne niant pas les altérations pancréatiques d'origine canaliculaire dans la lithiase, ou d'origine lymphatique dans la tuberculose péritonéale, faut-il admettre que le plus souvent les lésions du pancréas relèvent d'une infection hématogène et obéissent au même mode pathogénique que celui auquel on tend à rapporter les altérations du foie. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE LA PHARYNGITE RHUMATISMALE

Gargarisme.

Salicylate de soude...........	8	grammes
Antipyrine.....................	2	—
Glycérine.....................	25	—
Eau distillée..................	275	—

Après gargarisme à l'eau tiède, gargariser avec une cuillerée à soupe et avaler, trois fois par jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1910)

Épidémie d'états méningés avec liquide céphalo-rachidien clair et amicrobien. — MM. F. Widal, A. Lemierre, Cotoni et Kindberg ont été frappés, comme MM. Rist et Roland, Laubry, Foy et Parou, de la fréquence insolite des syndromes méningés d'origine indéterminée pendant ces derniers mois. Ils en rapportent six cas observés presque simultanément.

Dans toutes ces observations, le début a été celui d'infection à invasion brusque. Les symptômes méningés, céphalalgie, raideur de la nuque, signe de Kernig, etc., ont été extrêmement nets. La température atteignait 39 et même 40 degrés; deux malades présentèrent de l'herpès labial, deux des phénomènes broncho-pulmonaires et deux de l'ictère.

Le liquide céphalo-rachidien était en hypertension et parfaitement limpide. Quatre fois il contenait des lymphocytes et une fois des polynucléaires. Il était normal dans un cas. Les examens bactériologiques de ces liquides furent négatifs. L'absence de précipito-réaction et de réaction agglutinante, les résultats des ensemencements du naso-pharynx et de l'hémoculture montrèrent que le méningocoque n'était pas en cause.

Ces cas doivent être rangés dans le cadre des faits décrits depuis plusieurs années par M. Widal sous le nom d'*états méningés*. Parfois secondaires à une fièvre typhoïde, à une pneumonie, à une grippe, les états méningés se montrent parfois comme la manifestation prédominante d'une infection de nature indéterminée.

Il est intéressant de noter qu'ils peuvent affecter l'allure de petites épidémies et qu'ils présentent alors les mêmes caractères que les cas isolés : ils sont essentiellement bénins; la ponction lombaire, faite dans un but de diagnostic, atténue souvent les symptômes; la guérison survient sans aucune intervention thérapeutique.

Le diagnostic des méningites bénignes. — MM. L. Galliard et Baufle ont observé, à Lariboisière, une fille de vingt et un ans qui, à la suite d'une chute sur la tête, présenta pendant plusieurs jours un syndrome méningé avec leucocytose de liquide céphalo-rachidien sans microbes, faisant craindre la tuberculose des méninges, d'autant plus que les poumons étaient suspects. La guérison fut complète sans injection médicamenteuse dans le rachis.

Dans un autre cas, la méningite bénigne a été, comme dans les faits dont parlait M. Widal à la dernière séance, la complication initiale d'une infection : ici la fièvre typhoïde.

La malade, une femme de vingt-trois ans, soignée d'abord par eux, au commencement de 1910, pour une arthrite blennorragique du genou et des accidents de syphilis secondaire, puis pendant l'été pour une pleurésie tuberculeuse, avait quitté l'hôpital le 1er octobre. Elle revient le 13 octobre avec un syndrome méningé qu'il était difficile de ne pas rapporter, dès l'abord, à la tuberculose. Le liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes, et rien d'autre; pas de microbes. La fièvre atteignait et dépassait 40 degrés. A la suite d'une injection intrarachidienne de collargol, la température s'abaissa à 38°4 pour revenir ensuite à 40 degrés, et bientôt les lymphocytes disparurent pour faire place aux polynucléaires, toujours sans microbes.

Or l'examen clinique et le séro-diagnostic montrèrent que la malade était à la période d'invasion de la *fièvre typhoïde*, dont le syndrome méningé bénin avait constitué une complication initiale.

Actuellement, les symptômes méningitiques ont complète-

ment disparu et la fièvre typhoïde évolue d'une façon régulière.

Etude sur une maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé. — MM. Georges GUILLAIN et Charles RICHET ont observé chez quatre malades une affection fébrile se caractérisant spécialement par un ictère et un syndrome méningé; cette affection, identique chez les quatre sujets, ne rentre dans le cadre nosologique classique ni des maladies des méninges, ni des maladies du foie.

Le début de l'affection est en général brusque, par de la céphalée violente, de la rachialgie, des courbatures, une élévation thermique. A la période d'état on constate des signes méningés et des signes hépatiques. A ces signes primordiaux s'ajoutent des symptômes digestifs, urinaires, cardiaques.

Le syndrome méningé se caractérise par de la céphalée, le signe de Kernig, la raideur de la nuque, le nystagmus, la raie vaso-motrice. Chez tous les malades ils ont noté la diminution ou l'abolition des réflexes rotuliens. La ponction lombaire montre un liquide clair, hypertendu, avec une grosse réaction mixte à polynucléaires et à mononucléaires. Jamais ni par coloration, ni par ensemencement, ni par inoculation ils n'ont rencontré de microbes.

L'ictère se montre intense chez leurs sujets avec décoloration des matières fécales, cholémie, cholurie. Cet ictère dure quelques jours.

Aux signes méningés et hépatiques s'ajoutent des symptômes infectieux (hyperthermie, leucocytose à polynucléaires), de l'albuminurie constante mais transitoire, de l'hypotension artérielle, de l'asthénie. L'hémoculture sur milieux aérobies et anaérobies est négative.

Au début de la maladie l'état général a des apparences graves, mais rapidement il s'améliore; la période pyrétique ne dure que six à onze jours. Tous les malades ont guéri sans aucune complication viscérale, sans aucune séquelle nerveuse.

L'affection, qu'ils ont observée diffère de la méningite cérébro-spinale et de la maladie de Heine-Medin. Leurs cas appartiennent, croient-ils, à une maladie infectieuse spéciale dont l'agent est inconnu. Cette infection qui paraît être une septicémie peut léser le cœur, les reins, les capsules surrénales, mais elle paraît déterminer avec élection des troubles du foie et des méninges.

L'affection observée chez les malades avec une unité symptomatique remarquable, leur paraît mériter d'être isolée et d'avoir une place en nosographie.

A propos du 606. — M. Pierre MARIE relate l'observation d'un malade âgé de cinquante et un ans, atteint le 6 septembre dernier d'une paralysie de la troisième paire, traitée pendant cinq semaines par le protoiodure, dont il a pris environ 2gr80 en pilules, et qui n'a présenté, sous l'influence de ce traitement intensif, qu'une amélioration légère.

Le 18 octobre on pratiqua chez lui une injection intramusculaire de 0gr50 de 606, qui fut suivie d'une légère réaction douloureuse. Quarante-huit heures après, le ptosis avait disparu; l'amélioration était telle et si rapide que, malgré le traitement mercuriel antérieur, force est de l'attribuer au 606.

M. MILIAN a soigné deux malades atteints de paralysie oculaire relativement récente. Il les a traités par le 606 et n'a pas noté chez eux d'amélioration. Ces cas ne prouvent rien, car il peut, dit M. Milian, se faire qu'on se trouve en présence d'un nerf complètement détruit.

Pleurésies sèches avec dysphagie douloureuse. — M. Ch. MANTOUX (de Cannes) a observé chez plusieurs de ses malades atteints de pleurite sèche, l'apparition de phénomènes de dysphagie douloureuse. La douleur se produit quelques secondes après l'ingestion des aliments, au second temps de la déglutition : elle se renouvelle chaque fois que le malade avale une nouvelle bouchée. Sa durée, très variable, a pu atteindre plusieurs mois. Elle semble liée à l'existence d'une plaque de pleurite sèche médiastinale juxta-œsophagienne, contre laquelle le bol alimentaire vient appuyer, en la dilatant, la paroi de l'œsophage. Elle serait donc l'homologue de la douleur que provoque la pression du doigt au cours de la pleurite sèche pariétale.

Traitement de l'hémophilie familiale par les injections de peptone de Witte. — MM. NOBÉCOURT et Léon TIXIER ont observé un jeune garçon de neuf ans qui présentait au complet le syndrome clinique et hématique de l'hémophilie héréditaire. Depuis l'âge de quatre ans cet enfant avait des hématomes sous-cutanés, des hématuries, des hémorragies des muqueuses, des arthropathies; le retard de la coagulation du sang était considérable.

Les injections de sérum antidiphtérique fraîchement préparé activèrent la coagulation, mais n'eurent aucune influence ni sur l'état général, ni sur les hémorragies.

Le malade fut alors soumis aux injections sous-cutanées de peptone de Witte (38 centimètres cubes d'une solution de peptone à 5 p. 100 répartis en sept injections pendant deux mois et demi). Après cette première période de traitement, la coagulation s'accéléra, les hémorragies ne se reproduisirent plus et l'état général devint excellent.

Ces injections, bien supportées à des doses modérées, sont susceptibles de produire à des doses un peu fortes des réactions thermiques et des érythèmes.

Sur le traitement de l'hémophilie. — M. P. Emile WEIL, à propos de la communication de M. Nobécourt, rappelle ses recherches sur l'hémophilie, qui ont montré la constance des lésions du sang et surtout du grand retard de la coagulation sanguine, et la proportionnalité entre les lésions et les accidents, enfin l'existence des lésions du sang chez les femmes, mères d'hémophiles, apparemment saines.

Il considère que le traitement par les injections de peptone peut se montrer efficace au même titre que les injections de sérum; car tous deux agissent comme les hémorragies internes spontanées des hémophiles, qui sont suivies de périodes de rémission grâce à la correction sanguine passagère. Personnellement, il n'éprouve pas le besoin de recourir à un autre traitement que celui des injections de sérum de cheval, qui répétées tous les deux mois sont inoffensives et guérissent l'hémophilie. L'auteur rappelle les quatre cas, rapportés par lui au récent Congrès de médecine, soignés depuis quatre ans et qui ne présentent plus depuis lors d'incidents pathologiques. En outre, de très nombreuses communications en tous pays sont venues confirmer l'efficacité de la méthode.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1910)

La myocardite homogène. — MM. N. FIESSINGER et L. ROUDOWSKA décrivent sous ce nom une altération parcellaire de la fibre cardiaque distincte de la dégénérescence vitreuse ou cireuse. L'homogénéisation, pour être vue, nécessite une technique de coloration spéciale des fibres musculaires. Elle débute par l'extrémité de la fibre, « homogénéisation terminale », détermine une rupture de la bande intermédiaire, apparaît ensuite en îlots sur la fibre cardiaque, « homogénéisation parcellaire », quelquefois n'intéresse que les fibrilles, « homogénéisation fibrillaire ». Dans tous les cas, elle débute par le gonflement des disques épais et aboutit à la disparition de la striation transversale. Des recherches expérimentales démontrent aux auteurs que cette altération n'est pas un artifice de cadavérisation et qu'elle se montre avec rapidité au cours des infections et des intoxications aiguës.

Chez l'homme elle est exceptionnelle dans la tuberculose, mais peut s'observer dans l'ictère grave, urémie, dans la fièvre typhoïde (où elle est fréquente), dans la pneumonie et dans les grandes septicémies. Il semble que cette altération traduise l'intoxication préagonique. Aussi s'appuyant sur les faits cliniques et anatomiques, les auteurs la dénomment-ils « myocardite préagonique ». La chute de la tension artérielle et le collapsus en semblent les symptômes les plus fréquents.

Contribution à l'étude des urobactéries. — MM. A. Rouchaix et A. Dufourt ont isolé huit nouvelles urobactéries. Ils attirent l'attention sur leurs propriétés de sécréter d'autres ferments que l'uréase, sur leur pouvoir de faire virer le neutral rot, de fabriquer de l'indol et enfin sur l'action pathogène qu'ils peuvent exercer vis-à-vis des animaux de laboratoire.

Remarques sur la réaction du neutral rot. — MM. A. Rochaix et A. Dufourt. La réaction du neutral rot est commune au groupe des microbes de la fermentation ammoniacale. Ce fait constitue une cause d'erreur importante dans la recherche du colibacille dans les eaux de boisson par la méthode au rouge neutre. Ces microbes ne faisant pas fermenter les sucres, l'erreur peut être évitée en combinant cette méthode à celle d'Eiskmann, ainsi que l'avait préconisé Lacomme.

Signification de la réaction du neutral rot. Essai sur son mécanisme. — MM. A. Rochaix et A. Dufourt distinguent dans la réaction du neutral rot deux éléments : 1° la coloration jaune visible par transparence; 2° la fluorescence verte appréciable par réflexion. Seuls les microbes capables de transformer l'urée en carbonate d'ammoniaque donnent la réaction complète avec ses deux éléments. Cette réaction serait due à la production momentanée d'ammoniaque saturée par la suite dans les cultures microbiennes.

Utilité de l'évaluation du pouvoir hémolysant des sérums sanguins dans le séro-diagnostic de la syphilis.— MM. Hallion et Bauer. La séroréaction de Heicht, dérivée de la méthode de Wassermann, offre pour le diagnostic de la syphilis à côté de certains avantages, un défaut sérieux : celui d'utiliser des quantités inconnues d'hémolysine et d'alexine. Dans le sang humain, en effet, les proportions d'hémolysine et d'alexine, par conséquent la puissance hémolysante, sont variables d'un sujet à l'autre. Dans le cas où cette puissance est très grande, les anticorps syphilitiques, même en proportions notables, ne suffisent pas à l'abolir et, par suite, leur présence reste méconnue. Dans le cas où elle est plutôt faible l'antigène syphilitique seul, même en l'absence d'anticorps spécifiques, risque au contraire d'y suffire; on est alors exposé à croire faussement à la présence d'anticorps. La réaction peut donc être indûment négative dans le premier cas, indûment positive dans le second.

Pour éviter ce double écueil, on dose d'abord le pouvoir hémolysant de chaque sérum, d'après la quantité de globules rouges qu'il est susceptible de détruire en un temps donné. Cela permet ensuite, dans l'épreuve définitive, de proportionner la dilution globulaire employée à l'énergie du pouvoir hémolysant.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 7 AU 12 NOVEMBRE 1910

THÈSES

Jeudi 10 novembre, à une heure. — M. Pillot. Histoire thérapeutique du mercure et de ses composés. (MM. Pouchet, président; Albert Robin, Richaud et Rathery.) — M. Fourgous. Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose. Indications. Accidents. Techniques opératoires. (MM. Albert Robin, président; Pouchet, Richaud et Rathery.) — M. Hanriot. Contribution à l'étude des pleurésies putrides chez l'adulte. (MM. Albert Robin, président; Pouchet, Richaud et Rathery.) — M. Guinoiseau. La paralysie pseudobulbaire dans la maladie de Little. (MM. Hutinel, président; Widal, Claude et Nobécourt.) — M. Cassard. Considérations sur la chorée de Sydenham, maladie organique. (MM. Hutinel, président; Widal, Claude et Nobécourt.) — M. Bénard. Le foie scarlatineux. (Etude clinique, anatomique et biologique.) (MM. Widal, président; Hutinel, Claude et Nobécourt.)

Traitement de l'angine diphtérique (Consultations médicales françaises, fasc. XXI), par le docteur L.-G. Simon, chef de laboratoire à l'hôpital Bretonneau. In-16 de 32 pages. — Prix : franco, 0 fr. 50; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Définition. — La paralysie générale est une affection post-syphilitique, caractérisée anatomiquement par une méningo-encéphalite diffuse et cliniquement par des symptômes progressifs de démence et de paralysie, auxquels viennent s'associer des symptômes accessoires divers, somatiques et psychiques.

Symptomes. — La paralysie générale peut être divisée, au point de vue clinique, en 4 périodes successives : 1° période préparalytique ; 2° période de début; 3° période d'état; 4° période de terminaison.

I. Période préparalytique. — C'est une période extrêmement longue, excepté les cas où le début se fait brusquement par un ictus congestif; on retrouve dans les antécédents du malade, des symptômes avant-coureurs : *a*) d'ordre physique : état général moins bon, tics, paralysies oculaire, migraine ophtalmique, etc. ; *b*) d'ordre psychique : difficulté du travail, sensation de déchéance intellectuelle, troubles du caractère, tristesse, etc.

Invasion. — Elle se fait suivant deux modalités différentes : ou *forme neurasthénique* ou *forme d'excitation*. La forme neurasthénique rappelle considérablement les symptômes psychiques de la forme précédente, mais elle se complète par l'existence, à côté des symptômes neurasthéniques, de quelques-uns des symptômes initiaux somatiques et psychiques de la paralysie générale; diminution de la mémoire, de la conscience, altération appréciable de la parole, de l'écriture; la forme d'excitation est caractérisée par une suractivité de l'organisme, dans le domaine psychique, comme dans le domaine physique; mais déjà apparaissent des défaillances qu'il faut savoir dépister, faux pas de la mémoire, oubli des faits récents, tendance aux actes délictueux, puis des troubles légers de la parole, quelquefois de véritables attaques congestives à type apoplectique ou épileptique. Dès cette période la ponction lombaire peut donner d'utiles indications.

II. **Période de début.** — SYMPTOMES SOMATIQUES. — Le signe capital, pathognomonique, est l'ALTÉRATION DE LA PAROLE, parole lente et scandée (trouble de l'articulation des mots); en second lieu, il faut signaler le TREMBLEMENT affectant plus spécialement la langue, les lèvres, les mains, donnant ainsi à l'écriture un caractère particulier; l'affaiblissement musculaire est peu marqué au début; les *troubles oculo-pupillaires* sont assez fréquents (inégalité des pupilles, altération des réflexes iriens, etc.). Les réflexes tendineux et cutanés sont en général exagérés; il existe souvent de l'anesthésie : l'on a signalé des troubles plus vagues (céphalées, névralgies, insomnie, etc.)

SYMPTOMES PSYCHIQUES. — Le symptôme cardinal est l'*affaiblissement de l'intelligence*; il y a *amnésie* progressive, diminution du sens moral; c'est sur ce fond affaibli que se greffent fréquemment d'autres troubles psychiques, délire des grandeurs, obsessions, impulsions irrésistibles. C'est la période *médico-légale de la paralysie générale*, pendant laquelle le sujet est capable de commettre des actes délictueux.

III. **Période d'état.** — Elle se caractérise par les symptômes suivants : le *tremblement* : tremblement fin, menu, prédominant aux extrémités, très marqué au niveau de la langue, des lèvres et des muscles de la face; des troubles, de la *contraction musculaire* : il y a affaiblissement musculaire, parésie et non paralysie véritable. On observe cependant parfois des paralysies véritables, à la suite d'ictus, elles sont le plus souvent incomplètes et transitoires, il faut signaler également la fréquence de spasmes, crampes, contractures; la marche est trémulante, raide et lourde; elle peut devenir ataxique, spasmodique. Extrêmement importants sont les *troubles de la parole* : la parole est incertaine, chevrotante, avec des accrocs, des arrêts ou une lenteur scandée; ces troubles souvent très évidents, doivent être dépistés au début (mots d'épreuve). On signale également les *troubles de l'écriture* (lettres mal formées, mots confus, omission de syllabes, de lettres), les *troubles visuels, inégalité pupillaire*, souvent accompagnée du signe d'Argyll : mydriase ou myosis, souvent atrophie optique; les *troubles des réflexes* : les réflexes tendineux sont le plus souvent exagérés; les réflexes cutanés sont assez variables, il existe des troubles de la sensibilité générale et spéciale, analgésie du cubital à la pression (signe du cubital de Biernaki), céphalée, névralgie, etc.; des troubles vaso-moteurs (hématome de l'oreille, *othématome*); des troubles trophiques, multiples, arthropathies, fractures spontanées.

Il faut signaler, à côté de ces symptômes de premier plan, des *troubles digestifs* : exagération de l'appétit, état saburral; insuffisance hépatique; des troubles des *fonctions génitales*, d'abord exagérées, puis rapidement abolies.

Le sang présente une diminution de l'hémoglobine et des globules rouges.

Le LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN donne précocement une lymphocytose très importante à dépister : elle s'accompagne d'albuminurie de ce liquide, et d'une réaction de Wassermann positive (importance de cette recherche, au point de vue de l'étiologie syphilitique, mise en doute par certains auteurs).

Le malade présente un facies spécial, masque paralytique (couleur terreuse et flaccidité des joues), puis survient un amaigrissement très rapide.

SYMPTOMES PSYCHIQUES. — Il faut distinguer la *démence* et les *psychoses*.

La démence à la période d'état est caractéristique; ce qui domine c'est l'*amnésie*, c'est aussi la diminution des facultés morales et affectives; c'est l'incohérence de la plupart des actes de ces malades. Cette démence se combine à des psychoses, à des DÉLIRES dont la caractéristique est d'être *absurdes, mobiles, contradictoires, incohérents*. L'on peut observer de l'excitation maniaque, d'autres fois même de la manie aiguë; c'est dans ces états maniaques que s'observe le *délire des grandeurs* si bien connu et sur lequel nous n'insisterons pas. Parfois on rencontre des états mélancoliques, du délire hypocondriaque, et même, dans certains cas, des délires systématisés, enfin des hallucinations, des obsessions, des impulsions.

IV. **Période terminale.** — Elle est marquée par le relâchement des sphincters, c'est l'état gâteux; la démarche est celle d'un ataxique, puis elle devient impossible, la mort survient au milieu de la plus profonde déchéance, soit à la suite des progrès de la cachexie, soit à cause d'une complication intercurrente, soit à la suite d'un ictus.

FORMES CLINIQUES. — La forme simple ou démente, la démence paralytique, est la forme typique clinique; on décrit également une forme à prédominance des symptômes somatiques; enfin multiples sont les formes *délirantes* (forme maniaque, forme dépressive, forme hallucinatoire, etc.).

EVOLUTION. — La paralysie générale est une maladie essentiellement chronique et progressive. Il faut savoir que son évolution peut présenter des *rémissions* : la durée moyenne est de deux à quatre ans, mais peut se prolonger bien au delà — la mort en est la conséquence fatale — elle peut survenir brusquement (ictus) ou lentement.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic repose, en plus des symptômes déjà énumérés, sur certaines considérations qu'il importe de résumer : la paralysie générale s'observe entre quarante et cinquante ans, cependant elle se rencontrerait quelquefois chez l'enfant; il existe une forme de paralysie générale précoce apparaissant entre vingt et trente ans : elle apparaît en général douze à quinze ans après la contamination syphilitique, elle est plus fréquente chez l'homme. Depuis que l'on recherche systématiquement la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien des paralysies générales, l'on met de plus en plus toujours en évidence la syphilis, ce qui permet de rejeter l'hypothèse de paralysies générales infectieuses, alcooliques, traumatiques.

Le diagnostic de paralysie générale *au début* est extrêmement difficile; souvent il est à faire avec la *neurasthénie*, et surtout avec la neurasthénie syphilitique et certaines manifestations de syphilis cérébrale; l'on hésitera parfois avec l'*hystérie*, l'*épilepsie*, la *chorée*; lorsque dominent les signes psychopathiques, on hésitera encore avec certains états *maniaques*, hypocondriaques. surtout avec la *confusion mentale*, ou avec certaines formes de délire alcoolique, de *démence précoce*.

Si d'emblée la forme est typique, tout au plus devra-t-on discuter l'artériosclérose cérébrale, la démence sénile, certaines démences dues à des tumeurs cérébrales, relevant parfois même de la syphilis (pseudo-paralysie générale syphilitique).

La paralysie générale peut s'associer au tabes, ou se compliquer de tabes; il en est de même avec la sclérose en plaques.

Dans tous ces cas le diagnostic se fera par la recherche des signes pathognomoniques : le tremblement, les troubles de la parole et de l'écriture, les troubles visuels, les troubles psychiques parmi lesquels surtout l'amnésie, le délire des grandeurs, enfin la recherche de la lymphocytose rachidienne et de la réaction de Wassermann.

BIBLIOGRAPHIE. — RÉGIS. *Précis de psychiatrie.* — BALLET. *Traité de pathologie mentale.* — ROGUES DE FURSAC. *Manuel de psychiatrie.* — DURANTE. Paralysie générale; complications viscérales, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1894, nos 24 et 27.

CHOLÉRA ASIATIQUE

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DÉFINITION. — Le choléra asiatique est déterminé par le développement dans l'organisme, du *bacille virgule*, ou *vibrion* de Koch. — Cette affection se caractérise surtout par sa nature *épidémique* ; son berceau véritable est l'Inde, mais de ce centre le choléra se propage souvent en Europe, par des épidémies très meurtrières; l'eau, les aliments consommés à l'état cru, sont les principaux facteurs de propagation; il faut y ajouter les *porteurs de germes*, représentés par des individus en bonne santé, mais en état de *microbisme latent*.

BACTÉRIOLOGIE. — Le vibrion de Koch se présente dans les matières fécales des cholériques, sous l'aspect de *bâtonnets* courbes, gros, mobiles (cils vibratiles), *non colorés* par le *gram*. — Ce bacille se développe bien sur tous les milieux ordinaires à 37° ; il *liquéfie* la gélatine : c'est un bacille surtout *aérobie*, peu résistant à la chaleur et au *froid*; la cul-

ture en bouillon peptoné donne la réaction du CHOLÉRA ROTH (coloration rouge obtenue par l'addition à cette culture, de 1 à 2 p. 100 d'acide sulfurique ou d'acide chlorhydrique purs). — L'*inoculation* aux animaux réalise difficilement un choléra intestinal.

Roux, Salimbeni ont extrait une *toxine* des cultures en milieux liquides ; il existe également une endotoxine extraite directement du corps des vibrions.

Bossaërt a étudié l'*agglutination* élective des bacilles du choléra par le sérum des animaux immunisés et MM. Achard et Bensaude ont mis en évidence le pouvoir d'*agglutination du sérum des cholériques*. Enfin le sérum des animaux immunisés présente la réaction d'*immunité* de Pfeiffer (*pouvoir bactéricide*).

CLINIQUE. — On décrit classiquement quatre phases à l'évolution du choléra : 1° une période prodromique ; 2° une période d'invasion ; 3° une période d'état ou période algide ; 4° une phase terminale ou de réaction. Il faut y ajouter une phase d'incubation.

Incubation. — Moyenne, six jours environ, rarement quinze jours, parfois quelques heures.

Prodromes. — Symptômes rappelant ceux d'une indigestion : tiraillements épigastriques, *selles abondantes*, borborygmes, etc.

Invasion. — Le premier symptôme est la DIARRHÉE, s'accompagnant toujours de lassitude générale ; le visage est pâle, couvert de sueurs, on signale de l'endolorissement des membres inférieurs, des vertiges ; exceptionnellement la diarrhée fait défaut, c'est le *choléra sec*.

Période d'état. — Elle est caractérisée par deux symptômes, la DIARRHÉE, les VOMISSEMENTS ; les évacuations peuvent se succéder toutes les dix minutes, l'écoulement se fait à flots, sans effort, ni ténesme ; l'aspect des selles est grisâtre, avec grumeaux blanchâtres, les GRAINS RIZIFORMES ; les selles n'ont pas l'odeur fécaloïde, leur réaction est alcaline, et elles donnent la réaction du *choléra roth*. — Les *vomissements* sont opiniâtres, avec hoquet et crampes stomacales ; ils sont surtout muqueux, puis séreux (apparence eau de riz).

A ces deux symptômes, il faut ajouter l'apparition de CRAMPES surtout vives chez les sujets musclés. — L'état général est très mauvais, le facies grippé, les extrémités refroidies, le pouls rapide, les URINES DIMINUÉES, *albumineuses*.

Au bout de vingt-quatre heures environ apparaît le *syndrome algide*, les extrémités sont glacées avec coloration bleuâtre et plaques ecchymotiques, la face est pâle, livide, le pouls est rapide, petit, débile, la tension artérielle abaissée, la température cutanée tombe à 34, 35 degrés, la température rectale est au contraire à 38, 39 degrés.

Les *urines* sont supprimées ; il existe une *anurie* presque complète. L'état général est profondément altéré.

La *mort* est la conséquence fatale de cette algidité, 75 fois sur 100. Lorsqu'elle ne doit pas arriver on voit alors apparaître la phase de réaction.

Phase de réaction. — Elle peut être, ou progressive, ou lente, ou brusque ; la diarrhée, les vomissements, les crampes s'atténuent peu à peu ; la peau se réchauffe, l'urine augmente ; parfois la réaction est brusque et il n'est pas rare que pendant cette réaction à allure aiguë, le malade ne succombe, au milieu de symptômes typhiques très accentués.

Séquelles, complications. — Même en cas de guérison, des SÉQUELLES peuvent persister (cachexie progressive, myocardite, mal de Bright, tétanie, paralysie, aliénation mentale). Parmi les COMPLICATIONS, il faut signaler la broncho-pneumonie, les gangrènes, les exanthèmes, la suette cholérique, etc.

La *durée* et la *gravité* sont très variables suivant le génie épidémique et la forme clinique observée.

FORMES CLINIQUES. — a. *Suivant* l'**âge**. *Chez l'enfant*, un seul signe persiste, c'est la diarrhée ; les vomissements et les crampes manquent souvent, il faut signaler la prédominance des symptômes nerveux.

Chez le vieillard, l'affection est marquée par de l'adynamie et une allure foudroyante, la diarrhée reste souvent chronique.

Chez la *femme enceinte*, le choléra provoque presque toujours l'avortement.

b. *Suivant la* **prédominance d'un symptôme** l'on a décrit de multiples formes cliniques : forme *entérique* ; forme *asphyxique* ; formes *nerveuses*, bien étudiées par Fernet, dans lesquelles prédominent les phénomènes *cérébraux* ; forme *comateuse* ; enfin une forme *cardiaque asystolique* bien étudiée par Besnier.

c. *Suivant l'* **évolution**, enfin, on a décrit des types légers, des types graves avec mort en trois ou quatre jours, des types *foudroyants*.

DIAGNOSTIC. — En temps d'*épidémie*, le diagnostic se fera en général facilement ; il sera néanmoins toujours à discuter avec le CHOLÉRA NOSTRAS ; jusqu'en 1892, on admettait que le choléra asiatique était contagieux, épidémique, foudroyant ; le *choléra nostras*, au contraire, bénin, peu contagieux et peu grave ; en réalité cette distinction clinique est loin d'être aussi absolue ; souvent d'ailleurs, le choléra nostras à bacterium coli prépare les voies au choléra indien, et le diagnostic des deux affections devient surtout alors un *diagnostic bactériologique*.

En présence de malade atteint de diarrhée cholériforme, il faudra tout d'abord écarter l'hypothèse d'empoisonnements par les champignons, l'arsenic, le tartre stibié ; il faudra se rappeler également certaines formes d'étranglement herniaire qui simulent le choléra (choléra herniaire).

Mais surtout le diagnostic sera discuté, avec l'*accès pernicieux cholériforme* (absence de grains riziformes, constatation d'hématozoaire) et d'autre part avec la *dysenterie*, à *forme algide*, avec selles mucosanglantes *caractéristiques*.

Ce diagnostic devra toujours se compléter par un *diagnostic bactériologique*.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — On s'efforcera de mettre en évidence des vibrions dans les selles, en ensemençant un grain riziforme, dans de l'eau peptonée et salée (apparition en quelques heures d'un léger voile dans lequel on recherchera la présence du bacille virgule). On complétera ensuite cette première recherche par l'identification du vibrion obtenu : nous rappelons les caractères de ce vibrion : bacille virgule, mobile, non coloré par le gram, donnant la réaction de l'indol, liquéfiant la gélatine, agglutiné par les sérums spécifiques (séro-agglutination, pouvoir bactéricide, etc.).

Nombreux sont, en effet, les vibrions analogues au véritable bacille du choléra, dont il faut savoir le différencier ; les uns sont isolés des selles : vibrion de Massaouah (grêle, voile tardif), vibrion de Santorini (pas de voile, liquéfaction lente de la gélatine) ; les autres sont isolés de l'eau : vibrions de Sanarelli ; à côté de ces types mal définis, il en existe un certain nombre avec des caractères bien définis : vibrion de *Finkler* et *Prior* (réaction faible de l'indol), vibrion de *Metchnikoff* (surtout pathogène pour le pigeon).

Ce n'est qu'après une identification absolue du vibrion obtenu par culture d'un grain riziforme, que l'on est en droit d'affirmer le diagnostic de choléra asiatique : cette identification, souvent longue et difficile, est simplifiée par la recherche de l'agglutination d'un vibrion typique par le sérum du malade, ou inversement par l'agglutination du vibrion extrait des selles, par un sérum spécifique, tel le *sérum anticholérique de Salimbeni* qui agglutine à 1 p. 50.000.

Enfin ce diagnostic une fois établi, le médecin devra s'efforcer de préciser l'*origine du cas observé* : il devra *dépister les porteurs de germe*, et pour cela se rappeler la fréquence des cas de microbisme latent ; puis rechercher si l'eau n'est pas le vecteur du germe, et se rappeler enfin que son rôle, lors de la constatation d'un cas de choléra asiatique, est tout spécialement un rôle de prophylaxie générale et individuelle.

BIBLIOGRAPHIE. — WURTZ. *Maladies tropicales*. — MANSON. *Maladies des pays chauds*. — METCHNIKOFF. Quatre mémoires, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1893. — CHANTEMESSE et BOREL. *Frontières et prophylaxie*, Paris 1907. — MILHIT et LÉVY. Le choléra asiatique, Revue générale, *Progrès médical*, mars 1909. — GALLIARD. Choléra, Revue générale, *Gazette des hôpitaux*, 1893, n° 24.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 126. — SAMEDI 5 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 5 NOVEMBRE 1910. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 2 novembre : MM. Couinaud, 12; Belloir, 10; Tzanck, 11; Moreau, 7; Sebillotte, 10; Lefèvre (Louis), 11; Wiart, 6; Latif, 11; Gardin, 8; Roehrich, 6.

Pathologie. — Séance du 2 novembre : MM. Besset, 12; Netter (Fernand), 6; Ruelle, 9; Lory, 5; Camboulives, 12; Weill, 2; Mlle Bouderlique, 6; MM. Colombe, 12; Sécheret, 8; Bonnet (Flavien), 10; Allendy, 6.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 3 novembre. — Question donnée : « Sacrum et coccyx. »

MM. Abrial, 12; Reynaud, 15; Bertier, 13; Broqua, 14; Camino, 16; Bazile, 14 1/2; Beaud, 12; Breger, 19; Barbion 15 1/2; Caron, 17; Hourquet, 13; d'Hôtel, 14 1/2; Fomairon, 14; Hissard, 14 1/2; Herdner, 16; Imbert (Maurice), 13; Fournier, 18.

Pathologie. — Séance du 2 novembre. — Question donnée : « Hydrocèle vaginale. »

MM. Vives, 11; Reynaud, 14; Mme de Tannenberg, 11; M. Woirin, 8; Mlle Spanowski, 12 1/2; M. Schoux, 16; Mlle Thivolet, 14; MM. Remilly, 16; Viateau, 2; Nesselle, 15; Thierry (Jacques), 12; Dupret, 8; Zivy, 13; Patrikios, 11; Mme Simon, 13; MM. Ulmann, 13; Gehard, 15; Defiol, 14; Bonnard, 16.

Première séance du 3 novembre. — Question donnée : « Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Caracostea, 15; Huas, 4; Petitjean, 2; Tisseyre, 9; Eschalier, 14; Vidal et Jaillet, 17 1/2; Maufrais, 15 1/2; Jourdan-Corneille, 19; Dezac-Derecq, 7; Joanny, 17; Xoudis, 10; Menville, 14; Leblanc, 5; Pidoux, 10.

Deuxième séance du 3 novembre. — Question donnée : « De la signification clinique des différents râles dans les maladies des bronches et du poumon. »

MM. Jullien, 5; Lipschitz, 17; Mallebay, 16; Lavaux, 9; Rechède, 12; Bouillette, 16 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du clinicat. — Ajouter à la liste que nous avons publiée (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 124) le nom de M. Chirié, nommé chef adjoint de clinique obstétricale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — MM. Etienne Cestan, professeur de clinique chirurgicale, et Desforges Mériel, chargé d'un cours de médecine opératoire, sont autorisés à faire échange d'enseignement pour l'année scolaire 1910-1911.

M. Dambrin, agrégé, est chargé du cours de médecine opératoire pendant la durée du congé d'un an accordé, sur sa demande, à M. le professeur Etienne Cestan.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Dijon. — M. Voisenet, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, d'un cours de pharmacie et matière médicale (chaire de M. Vincent, député).

— Grenoble. — M. Vaillant, maître de conférences à la Faculté des sciences, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'Ecole de médecine.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Bourée (de Châtillon-sur-Seine); Combier, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Baudon (de La Palisse); Lebrou (de Mayet-en-Montagne); Leclerc, médecin sanitaire maritime; Rondel (de Saint-Fromond).

M. Jacques, interne à la Maison départementale de Nanterre.

L'ASSISTANCE MÉDICALE EN AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE. — En 1905, M. Roume, gouverneur de l'Afrique occidentale française, fit appel, pour procurer aux indigènes les bénéfices de la science médicale européenne, à de jeunes praticiens de France. Cette expérience réussit : les vaccinations se sont multipliées ; d'autres maladies encore, dont les effets réduisent considérablement la natalité indigène, ont vu réduire leur puissance de contagion. Enfin les noirs ont pris confiance dans le médecin européen ; et ceci est pour réduire d'autant l'influence du marabout musulman.

Ces médecins, jusqu'à ce jour, ne sont pas des fonctionnaires. Ils ont été simplement invités à passer avec le gouvernement général des contrats de cinq ans, avec deux périodes de congé. Ils n'ont pas de hiérarchie ; ils ne bénéficient d'aucun avancement en solde, quels que soient leur âge ou leurs états de service. Malgré les garanties scientifiques qui leur sont demandées, ils ne sont point considérés comme des professionnels de la médecine coloniale, mais bien plutôt comme des jeunes gens désireux de passer quelques années sous les tropiques avant de s'installer en France et de se créer une famille, car ils doivent être célibataires en Afrique, la colonie n'admettant pour leurs femmes aucune concession de passage.

On envisage actuellement des mesures administratives modifiant cet état de choses. Les « médecins de colonisa-

tion » jouiraient alors d'une situation assez analogue à celle de leurs confrères d'Indo-Chine, qui font partie d'un cadre organisé, avec échelle de grades et de traitements, et bénéficient d'une retraite.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale annuelle de l'U. F. M. R. T. aura lieu le vendredi 25 novembre, à cinq heures et demie, dans les salons du Cercle militaire.

Le banquet annuel aura lieu le samedi 26 novembre, à sept heures et demie, dans les salons de l'Hôtel Continental, sous la présidence effective de M. Sarraut, ancien sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, vice-président du Comité d'honneur.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Krantz, ancien interne des hôpitaux de Paris.

CONFÉRENCES CLINIQUES DE SYPHILIGRAPHIE (SEMESTRE D'HIVER 1910-1911 [quatrième année]), par le docteur Hudelo, médecin de l'hôpital Broca (Lourcine) et de la policlinique de l'hôpital Cochin-annexe (Ricord), avec le concours et la collaboration de MM. les docteurs Fernand Lévi, ancien interne des hôpitaux et de la Salpêtrière; Du Castel, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital Broca; André, chef de laboratoire du service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière.

Ces conférences auront lieu pendant tout le semestre d'hiver, du 7 novembre 1910 jusqu'à Pâques, tous les lundis, à neuf heures du soir, à l'hôpital Cochin-annexe.

PROGRAMME DE L'ENSEIGNEMENT. — I. *Hôpital Cochin-annexe* (salle de la consultation), les lundis, à neuf heures du soir. Examen des malades syphilitiques; discussion du diagnostic et du traitement.

II. *Hôpital Cochin-annexe* (salle du musée), les lundis, à dix heures du soir. Conférences théoriques et cliniques sur la syphiligraphie (avec présentation de malades et de moulages).

Première conférence : Généralités sur la syphilis. La syphilis expérimentale. Le tréponème pâle. Le séro-diagnostic de la syphilis (méthodes de Wassermann, Porgès).

Deuxième conférence : *Accidents de la période primaire*. Les chancres génitaux.

Troisième conférence : Les chancres extra-génitaux.

Quatrième conférence : *Accidents de la période secondaire*. Les éruptions cutanées.

Cinquième conférence : Les éruptions muqueuses secondaires.

Sixième conférence : *Eruptions de la période tertiaire*. Les syphilides cutanées tertiaires.

Septième conférence : Les syphilides tertiaires des muqueuses.

Huitième conférence : Syphilis tertiaire de la langue. Leucoplasie bucco-linguale.

Neuvième conférence (docteur André) : Syphilis de l'oreille. — Dixième (*Id.*) : Syphilis du nez. — Onzième (*Id.*) : Syphilis du larynx, de la trachée, de l'œsophage.

Douzième conférence : Syphilis tertiaire de l'appareil génital. Sarcocèle syphilitique.

Treizième conférence : Syphilis des os et des articulations.

Quatorzième conférence (docteur Fernand Lévi) : Syphilis de la moelle. — Quinzième (*Id.*) : Syphilis cérébrale. — Seizième (*Id.*) : *Parasyphilis nerveuse* : Tabes. — Dix-septième (*Id.*) : Paralysie générale.

Dix-huitième conférence : *Traitement général de la syphilis* : Médication mercurielle et iodurée.

Dix-neuvième conférence : Médication arsenicale.

Vingtième conférence : Médications accessoires. Hygiène du syphilitique.

III. *Hôpital Broca* (laboratoire du docteur Hudelo). — Le docteur Du Castel, chef de laboratoire, fera, à des dates et heures qui seront indiquées ultérieurement, des conférences pratiques sur la recherche du tréponème, les manipulations de la séro-réaction (méthode de Wassermann-de Porgès, etc.), l'anatomie pathologique générale de la syphilis.

CONFÉRENCES D'INTERNAT. — Une conférence privée pour l'internat des asiles de la Seine sera faite par deux internes à partir du 15 novembre 1910.

S'adresser à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, au service de l'admission (hommes) le matin, de dix heures à midi.

Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine ou les étudiants en médecine possédant seize inscriptions de doctorat.

La durée de l'internat est de trois années. A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leur thèse pourront être autorisés à faire une quatrième année d'internat.

Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante : première année, 800 francs; deuxième année, 1000 francs; troisième année, 1200 francs.

Les internes non logés et non nourris dans l'établissement recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes : logement, 600 francs; nourriture, 900 francs par an.

Certains asiles donnent en outre droit à une indemnité de déplacement de 300 et 400 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 NOVEMBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Déjerine, Lœper et Laignel-Lavastine; — (2e série) : MM. Gaucher, Léon Bernard et André Léri; — M. Guillain, suppléant.

Mardi 15 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Lecène et Lenormant.

5e (obstétrique), *Laënnec* (1re partie) : MM. de Lapersonne, Terrien et A. Schwartz; — M. Claude, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Nobécourt; — (2e série) : MM. Thoinot, Roussy et Rathery; — M. Balthazard, suppléant.

Mercredi 16 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, André Jousset et Lœper.

1er (oral, 1re série) : MM. Nicolas, Hartmann et Retterer; — (2e série) : MM. Delbet, Branca et Mulon; — M. Jean Camus, suppléant.

Jeudi 17 novembre, à une heure. — Médecine opératoire *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Morestin et Chevassu.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Rouvière et Grégoire.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Okinczyc; — (2e série) : MM. Méry, Brindeau et Lenormant; — (3e série) : MM. Retterer, Lecène et Jeannin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Pierre Marie, Brumpt et Gougerot.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Tiffeneau; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 18 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Legueu et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust; — M. Langlois, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque* (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Guillain, suppléant.

Samedi 19 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier*, (1re partie) : MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Lecène, suppléant.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, par ZIEGLER. Traduit sur la 6e édition allemande et annoté par AUGIER et VAN ERMENGEM. Tomes I et II. — Prix : 40 francs. — Bruxelles, Société belge d'édition, 33, rue d'Idalie.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine (Consultations médicales françaises, fasc. XX), par le docteur F.-X. GOURAUD, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux. In-16 de 20 pages. — Prix : franco, 0 fr. 50; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Traité chirurgical d'urologie, par Félix LEGUEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec. Préface de M. le professeur GUYON, membre de l'Institut. Fort in-8 jésus, de VIII-1 382 pages avec 708 gravures dont 45 en couleurs hors texte, cartonné. — Prix : 40 fr. — Paris, Félix Alcan.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES VAISSEAUX DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par MM. Pierre-Jean MÉNARD et Paul BRODIN,

Internes des hôpitaux de Paris.

Nous étudierons sous ce titre :

1° Le pouls ;

2° Les complications vasculaires dans la fièvre typhoïde.

Les complications vasculaires qu'on peut observer dans le cours de la fièvre typhoïde sont très nombreuses, mais nous écarterons systématiquement les altérations vasculaires viscérales dont l'étude serait susceptible de nous entraîner hors du sujet et doit être faite avec les complications viscérales correspondantes pour nous borner à celle des altérations des vaisseaux des membres, artérite et phlébite, qui seules vraiment ont une symptomatologie particulière.

I

Pouls. — En l'absence d'une thermométrie exacte, les anciens auteurs s'attachaient à étudier minutieusement le pouls qui leur permettait de juger de la fièvre et de l'état du cœur, voire de diagnostiquer les maladies, et il faut lire les travaux de Gilles de Corbeil, de Bordeu, de Hufeland pour se rendre compte de l'importance qu'ils attachaient au fait « d'interroger le pouls ». Il n'est donc pas étonnant que les premiers qui décrivirent vraiment la fièvre typhoïde, Bretonneau, Louis, Chomel, Andral, aient d'emblée donné du pouls dans cette affection une description clinique très exacte, que complétèrent encore Griesinger et Lorain. Mais à la suite des travaux de Wunderlich, en Allemagne, de Jaccoud en France, la température prit la place du pouls relégué au second plan et il fallut ceux de Liebermeister, de Murchison, les thèses de Malherbe, Parisot et autres de moindre importance pour le remettre en valeur.

Depuis cette époque (1884-1885), et mises à part les études sur la pression artérielle, on n'a guère ajouté aux descriptions cliniques du pouls. D'ailleurs, il paraît à nouveau un peu délaissé et l'on s'en remet plus volontiers à la température tout en lui accordant une grande importance. Pourtant, comme nous le verrons, le pouls mérite mieux, d'autant que c'est encore le meilleur indice que nous ayons de l'état du cœur.

Nous étudierons successivement le pouls chez l'adulte, chez l'enfant et chez le vieillard.

I. Adulte. — *A.* Fièvre typhoïde normale. Fréquence. — Exceptions mises à part, le pouls est normalement accéléré dans le cours de la fièvre typhoïde.

Il en est en cela de la fièvre typhoïde comme des autres pyrexies et la pathogénie du phénomène n'y est pas différente (intoxication typhique, hyperémie). Mais cette accélération est variable, et cette variabilité, facteur de multiples causes que nous verrons, fait que l'on ne peut donner du pouls dans la fièvre typhoïde que des approximations souvent différentes, suivant les auteurs. La plupart d'entre eux n'en font que des études d'ensemble, des moyennes. Nous n'en citerons que quelques-uns.

D'après Liebermeister, « dans la première semaine, il augmente peu à peu ; il reste au même niveau, puis il descend au-dessous de la normale pendant la quatrième semaine ». Griesinger s'exprime dans le même sens : « Au début de la maladie, sa fréquence augmente graduellement comme les symptômes » ; à la période d'état, il se maintient, pour retomber au moment de la convalescence.

Nous trouvons d'ailleurs l'expression du même fait, chez tous les auteurs, Murchison, Homolle, Chantemesse, Brouardel et Thoinot.

Parisot, dans sa thèse, est plus explicite et donne une étude détaillée de la fréquence du pouls en fonction des périodes de la maladie, de l'âge et du sexe du malade. Aussi le suivrons-nous dans le résumé de ses observations, en rapprochant de ses chiffres les chiffres des autres auteurs.

Période de début. — Parisot ne rapporte à cette période qu'une seule observation d'un individu ayant contracté la fièvre typhoïde dans son service. En la rapprochant d'autres observations analogues, et la marche du pouls étant la même dans les rechutes (Parisot), *on peut conclure avec vraisemblance qu'au début de la fièvre typhoïde le pouls oscille autour de 80-100 (80-90 Chantemesse), et qu'il s'accélère avec la progression de la maladie vers la période d'état.* Le pouls est donc d'emblée accéléré, mais cette accélération est minime en regard de l'élévation de la température qui beaucoup plus rapide est souvent déjà très élevée.

Période d'état. — A cette période, le pouls, progressivement accéléré, atteint généralement son maximum d'accélération. Mais ce maximum varie avec la gravité des cas. Aussi Parisot divise-t-il ses observations en 3 groupes :

Premier groupe. — Cas bénins : 14 observations (7 hommes, 7 femmes). Conclusions : *a.* Dans la majorité des cas chez les hommes, le pouls oscille entre une limite minima de 80-84 et une limite maxima de 96-104.

b. Dans la majorité des cas chez la femme, le pouls oscille entre 96-104 et 120-124.

Deuxième groupe. Cas moyens. — 17 observations (10 hommes, 7 femmes). Conclusions : *a.* Dans la majorité des cas chez les hommes, le pouls oscille entre 80-84 et 100-104.

b. Dans la majorité des cas chez la femme, il oscille entre 104-108 et 116-124.

Troisième groupe. Cas graves. — 12 observations (5 hommes, 7 femmes). Conclusions : *a.* Dans la majorité des cas chez l'homme, le pouls oscille entre 100-104 et 116 au plus.

b. Dans la majorité des cas chez la femme, il oscille entre 100-108 et 140 ou plus.

Ces chiffres se rapprochent sensiblement des moyennes données par Andral (95-120, cas moyens); par Griesinger (90-100, cas légers et moyens; 100-120, cas graves); par Murchison (90-110, cas légers ou moyens; 110-120 et plus, cas graves) et par Liebermeister pour qui, « tant que le cœur a de la force le pouls ne dépasse pas facilement 120 » et reste souvent à 100 ou au-dessous.

Nous y voyons que, à date et gravité égales de la maladie, le pouls est plus accéléré chez la femme que chez l'homme, exagération d'un phénomène physiologique bien connu.

Mais il ne saurait évidemment s'agir là que de chiffres moyens : outre en effet que le pouls, comme nous l'avons dit, est sujet à de nombreuses variations, la bradycardie relative des périodes de début et d'état peut dans certains cas être remplacée par une bradycardie véritable.

Variations du pouls. — Il est peu de maladies où le pouls soit aussi variable que dans la fièvre typhoïde et d'après Murchison c'est là, vraiment, le grand caractère du pouls typhique. Ce sont d'abord des variations journalières. Le pouls est en effet plus fréquent le soir que le matin. L'étendue de ces variations est de 8 à 12 en moyenne, parfois plus : 20-24 (Homolle), 20-30 (Murchison). D'après Murchison, l'abaissement matinal du pouls est plus notable au début, et les différences sont plus marquées dans les cas bénins — et dans les premières périodes des formes les plus graves.

Généralement, elles sont donc assez minimes. Mais dans certains cas, plus importantes et jointes à des oscillations correspondantes de la température, elles peuvent donner à la fièvre typhoïde une allure intermittente, d'autant plus, qu'elles sont parfois alors accompagnées de sueurs plus ou moins abondantes (Murchison).

A côté de ces variations journalières, le pouls en peut présenter maintes autres qui font justement son instabilité. Sa fréquence baisse sous l'influence d'un bain pour remonter ensuite ; et les mille riens physiques ou moraux de la vie d'un malade, mobilisation, alimentation, fait d'aller à la selle ou d'uriner, de parler, émotions, etc., amènent aussitôt une accélération du pouls du typhique susceptible ainsi de varier d'un moment à l'autre de 10-20 ou plus.

A plus forte raison le pouls doit-il être influencé par les complications et c'est ce que nous verrons en effet plus loin.

Anomalies de fréquence. — Nous avons vu que normalement, et si relative que soit cette accélération, le pouls est accéléré dans la fièvre typhoïde. Dans certains cas, par contre, il peut rester normal (60-80) ou même tomber au-dessous de la normale. Il s'agit alors vraiment de *bradycardie*. Cette bradycardie est complètement indépendante de la température qui peut être très élevée. Elle est variable numériquement : 36-38 (Andral), 40-60 (Griesinger), 56-37 (Murchison), 60-68-72 (Bouillaud). Elle varie aussi quant à son évolution. Dans certains cas en effet, elle apparaît d'emblée, dès les premiers jours de l'affection, tels les cas de Murchison, où pendant la période fébrile le pouls ne s'éleva pas à plus de 56, tomba même à 37, et atteignit 66 au moment de la convalescence, et de Beddoë (cité par Homolle) où le pouls passa successivement de 53 (début) à 50-57 (état) et 100 (convalescence). Dans d'autres cas, elle n'apparaît qu'au cours de l'affection. Ces chutes *isolées* du pouls au cours de la fièvre typhoïde ne sont même pas rares, et sur 100 cas Murchison en rapporte 6 où il tomba à 60, 2 à 56, 1 à 37. Dans sa statistique, dans 1/9 des cas, il est tombé à 52. Rares à la convalescence (obs. Andral) où la fréquence du pouls tend au contraire à se relever, ces chutes s'observent surtout aux périodes de début et d'état. Rarement elles s'accompagnent d'accidents tels que œdèmes considérables signalés par Griesinger.

Elles affectent enfin un rapport variable avec la gravité ou la forme de l'affection. Andral les a surtout observées dans les formes nerveuses et graves; Griesinger, indifféremment dans les formes graves et dans les formes bénignes, peut-être plutôt dans celles-ci; Malherbe dans les formes graves.

La pathogénie de cette bradycardie, exagération de la bradycardie relative normale de la fièvre typhoïde, a été et est encore assez discutée. On ne saurait admettre avec Griesinger et Bouillaud qu'il s'agisse au moins constamment d'individus normalement bradycardiaques, ou chercher l'explication du fait dans la lenteur de l'établissement de la fièvre dans la fièvre typhoïde (Liebermeister). En réalité, comme l'indiquait déjà Liebermeister, elle est le résultat de l'action du poison typhique sur le cœur, les nerfs ou les centres nerveux.

Rapports du pouls et de la température. — Il faut envisager les rapports d'ensemble des deux courbes du pouls et de la température et les rapports entre l'élévation de la température et la fréquence du pouls.

Prises dans leur ensemble, les courbes du pouls et de la température sont assez sensiblement parallèles. En effet, à la période de début, pouls comme température montent progressivement, le fastigium thermique et pulsatile, atteint vers le huitième jour, se maintient pendant toute la période d'état avec oscillations diverses à peu près correspondantes.

Mais, en réalité, ce parallélisme des deux courbes est très variable et l'on ne saurait admettre l'opinion de Wolf et Vierord pour qui « l'on peut d'après l'état de la température mesurer la forme du pouls comme d'après celle-ci mesurer la hauteur de la température ».

En effet : 1° au début la fréquence du pouls s'accroît plus lentement que la température ne monte; 2° le pouls est sujet, comme nous l'avons vu, à des variations souvent considérables sous l'influence de causes diverses sans action généralement sur la température; 3° au cours de certaines complications le pouls monte beaucoup plus que la température, ou même dans les perforations et les hémorragies intestinales devient très fréquent alors que la température tombe; 4° au moment de la convalescence, alors que la température est tombée, le pouls reste fréquent ou le redevient souvent, ce qui a fait dire à Malherbe « que les deux courbes du pouls et de la

température tendent à converger, le pouls faisant les frais de cette convergence » ; 5° enfin, la température étant élevée, le pouls peut, ou bien présenter des chutes de fréquence, ou bien demeurer d'emblée rare, ce sont ces cas de fièvre avec bradycardie que nous avons étudiés.

Le parallélisme du pouls et de la température n'est donc que relatif. D'ailleurs même dans les formes les plus normales, *la fréquence du pouls n'est pas en rapport avec l'élévation de la température : on dit qu'il y a dissociation du pouls et de la température*. C'est là un des grands caractères du pouls dans la fièvre typhoïde, signalé par tous les auteurs, même les plus anciens (Louis, Andral) qui lui attribuent une certaine valeur diagnostique. Cette dissociation est surtout marquée au début; à la convalescence, elle tend souvent à devenir inverse, le pouls s'accélérant alors que la température est tombée ou baisse. Elle est au maximum dans les formes bradycardiques et dans certaines autres formes plus rares encore où c'est au contraire une tachycardie extrême qu'on observe (obs. de Thompson et de Woodbury relatées par Malherbe).

Elle est d'autant plus remarquable que la fièvre typhoïde, comme nous le verrons, étant une maladie hypotensive, le pouls devrait y être au contraire très accéléré.

Rapports du pouls et des urines. — Charvot dans sa thèse avait déjà envisagé ces rapports, mais ce sont surtout MM. Dehérain et Acher Dubois qui les ont étudiés.

D'après eux, il y aurait un rapport inverse entre la fréquence du pouls et le taux d'élimination urinaire. Avec l'oligurie coïnciderait ainsi de la tachycardie, avec la polyurie, de la bradycardie et la fréquence du pouls s'abaisserait dès que la diurèse aurait atteint 3 litres dans les formes bénignes. Et les auteurs expliquent la discordance du pouls et de la température par la réaction toxinique.

Période de déclin. — La période de déclin est marquée par une chute progressive de la température — et un ralentissement correspondant du pouls. — Ce ralentissement du pouls est avec l'abaissement de la température un des premiers indices du déclin. Il est plus tardif cependant que la défervescence, et n'apparaît guère d'après Parisot que deux ou trois jours après le début de la période des oscillations descendantes. Il peut même se produire plus tard encore, précédant de très peu la défervescence définitive. Ralentissement du pouls et défervescence ne sont d'ailleurs pas parallèles ; la température tombe en effet plus vite que le pouls, et celui-ci ne présente pas cette série d'oscillations qui caractérisent généralement la courbe thermique du déclin et qu'on appelle stade amphibole. Cependant, le pouls se ralentit d'autant plus vite et d'autant plus que la température tombe plus rapidement. Rarement la chute est brusque comme dans l'observation d'Andral déjà citée où le pouls tomba brusquement à 36-38 au début de la convalescence.

Convalescence. — Le pouls qui s'était ralenti au moment du déclin, au point de tomber souvent au-dessous de la normale, se relève à la convalescence. L'accélération du pouls pendant la convalescence est variable. Elle peut être supérieure à celle du stade fébrile. Il peut même arriver que, peu fréquent dans le cours de la maladie, le pouls s'accélère seulement au moment de la convalescence. C'est ce qu'on observe surtout, comme nous l'avons vu, dans les formes bradycardiques. Elle semble proportionnelle à la gravité de la maladie. Rarement elle est remplacée par de la bradycardie.

Un autre grand caractère du pouls dans la convalescence de la fièvre typhoïde est son instabilité. Suivant l'expression des auteurs le pouls devient « très impressionnable », capable de présenter des accélérations considérables sous l'influence des causes les plus minimes, comme un changement de position ou une émotion.

S'il survient des *recrudescences fébriles*, qu'il s'agisse simplement de *fièvres de convalescence* (Bernheim, Parisot) ou de *rechutes*, le pouls suit la température, mais présente généralement une accélération plus considérable qu'au cours de l'évolution première de la maladie.

Rythme. — 1° Dicrotisme. Polycrotisme. Anacrotisme. — a. *Dicrotisme*. — Normalement, la ligne de descente de la pulsation présente un ressaut dû à la propagation d'une onde secondaire — c'est ce qu'on appelle le *dicrotisme*. — Mais ce dicrotisme n'est pas perceptible au doigt et ne se décèle qu'à l'inscription sphygmographique. Sous l'influence de certaines causes, il s'exagère et devient perceptible : c'est ce qui arrive dans la fièvre typhoïde. C'est là un caractère très important du pouls typhique. Non spécial à la fièvre typhoïde, puisqu'on peut l'observer dans plusieurs autres maladies, pneumonie, érysipèle grave, septicémies (Marey), il y est cependant particulièrement fréquent : « C'est dans la fièvre typhoïde qu'on rencontre le dicrotisme le plus intense et le plus régulier. » (Lorain.)

Signalé par tous les auteurs, il a été l'objet d'intéressants travaux de Lorain et Marey et d'une bonne étude clinique d'ensemble d'Oddo et Audibert.

De 50 observations, ces derniers auteurs concluent que le dicrotisme existe dans 68 p. 100 des cas. Il s'observe beaucoup plus souvent dans les formes moyennes (74 p. 100) et graves (75 p. 100) que dans les formes légères (45 p. 100), fait constaté déjà par Labbée entre autres.

D'après Griesinger, il apparaîtrait « de préférence au plus fort de la maladie ». Cependant, Oddo et Audibert le considèrent comme un phénomène précoce, rarement tardif. Son évolution et son intensité sont très variables. Il peut être éphémère et ne durer que quelques jours, c'est rare. Le plus souvent, il persiste pendant une grande partie de la maladie, demeure égal pendant toute la période d'état, puis s'atténue pour disparaître complètement au moment de la convalescence. Une fois disparu, il est rare qu'il réapparaisse à nouveau (dicrotisme secondaire).

Dans toute cette évolution, il est généralement *continu*, présentant seulement quelques variations

dans son intensité (Griesinger). Mais il peut être *intermittent.*

Il est en rapport étroit avec la température. Il coexiste en effet avec les hautes températures et manque quand la température est basse. Aussi disparaît-il au moment de la défervescence. Il peut même apparaître et disparaître alternativement suivant que la température est haute ou basse, et Griesinger a noté qu'il se manifeste souvent pour la première fois à l'occasion d'une exacerbation thermique.

Il requiert pour sa production une pression artérielle assez basse (12-11). Mais « disparaît lorsqu'elle s'éloigne de cette moyenne soit pour se relever, soit pour s'abaisser » (Oddo et Audibert).

D'après Oddo et Audibert, il est sans rapport constant avec la fréquence du pouls. Cependant Griesinger a signalé que dans les rechutes il est souvent précédé d'une accélération plus ou moins marquée du pouls.

Le dicrotisme est d'autant plus net que le cœur est moins touché. Aussi manque-t-il généralement dans les formes cardiaques et disparaît-il le plus souvent quand dans le cours d'une fièvre typhoïde surviennent des complications cardiaques graves. D'après Bouchard, il disparaît lors de perforation intestinale.

La *pathogénie* du dicrotisme donne l'explication de sa fréquence dans la fièvre typhoïde. D'après Marey, en effet, le dicrotisme est d'autant plus marqué : que la pression artérielle est plus faible, que la vitesse d'impulsion du sang est plus grande, que les artères sont plus extensibles. Or, justement dans la fièvre typhoïde normale, la pression artérielle est basse, l'éréthisme cardiaque marqué et la contractilité artérielle affaiblie.

Dans les cas de bradycardie que nous avons signalés, le dicrotisme affecte une forme spéciale : c'est le *dicrotisme asymétrique* de Lorain, essentiellement constitué au point de vue sphygmographique par ce fait que les deux ondes, onde directe et onde dicrote, sont réunies par un plateau presque horizontal.

b. *Tricotisme. — Polycrotisme. — Anacrotisme.* — Le dicrotisme n'est pas le seul rythme qu'on puisse rencontrer dans la fièvre typhoïde. On peut en effet, parfois, sous l'influence des mêmes causes qui déterminent le dicrotisme, percevoir d'autres ondes pulsatiles secondaires.

On observe alors, soit du *tricotisme*, soit du *polycrotisme.* Ces rythmes sont surtout fréquents aux périodes avancées de la maladie. D'après Lorain, Marey et Hutinel même, le polycrotisme serait un fait de convalescence ou l'annonçant. Pour Parisot il serait seulement plus marqué à ce moment.

Dans la fièvre typhoïde enfin, on a signalé l'*anacrotisme* du pouls; « type spécial de la pulsation artérielle, caractérisé par un véritable dicrotisme initial » *siégeant sur la ligne d'ascension.* Il est facteur d'hypotension et d'amplitude artérielle exagérée et accompagnerait souvent d'après Parisot une température haute, une hémorragie ou une anémie lente.

Irrégularités du pouls. — Les irrégularités du pouls sont fréquentes dans le cours de la fièvre typhoïde et peuvent apparaître à un stade quelconque de son évolution. Bien que leur valeur pronostique varie avec le moment de leur apparition, il faut les considérer toujours comme un indice de gravité.

Rares au début, elles se manifestent surtout aux périodes d'état et de convalescence.

Les intermittences du début sont peu graves en elles-mêmes, mais doivent faire craindre une forme sévère nerveuse surtout. Rarement dues à une lésion myocardique organique, elles relèvent le plus souvent d'un simple trouble fonctionnel de l'innervation cardiaque, d'ordre toxique.

Les irrégularités de la période d'état sont, par contre, beaucoup plus fréquentes et plus graves. Elles sont en effet, symptôme de myocardite et préludent souvent à la syncope ou au collapsus. D'après Hayem, elles correspondraient à des « repos du cœur à musculature dégénérée ».

Il s'agit le plus souvent d'arythmie régulière faite soit d'intermittences cardiaques vraies, soit de fausses intermittences résultant de contractions cardiaques insuffisantes pour déterminer une pulsation artérielle.

Elles accompagnent fréquemment les complications nerveuses, méningées surtout (Lereboullet, Baginsky).

Elles sont habituelles aux approches de l'agonie.

Les irrégularités ne sont cependant pas toujours aussi graves, elles peuvent parfois, en effet, apparaître sous des influences minimes, et Parisot rapporte qu'il les provoquait à volonté en refroidissant le malade sur le matelas à eau, mais elles ne sont alors que passagères. Au moment du déclin, lors de chute thermique brusque, quelques faibles irrégularités peuvent se produire, mais d'une façon très inconstante. Elles n'ont aucune valeur pronostique (Hayem, Cadet de Gassicourt, Hutinel).

Pendant la convalescence par contre l'arythmie est très fréquente comme d'ailleurs dans la convalescence de toutes les grandes pyrexies, et surtout quand la défervescence a été rapide. Elle est bénigne en général et hors les cas où elle précède la mort subite, relève de l'instabilité nerveuse particulièrement marquée à cette période.

Pression et tonicité artérielles. — a. *Pression artérielle.* — La pression artérielle est généralement abaissée dans la fièvre typhoïde. C'est même, d'après Potain, « de toutes les maladies aiguës, celle qui abaisse le plus la tension artérielle ».

La pression moyenne dans la fièvre typhoïde chez l'adulte et l'adolescent est de 12,95 d'après Potain, de 13,6 à 15 d'après Teissier. Pour Reynaud elle serait de 15 à 13 dans les formes légères, de 13 à 10 dans les formes moyennes, autour de 10 dans les formes graves. Quoi qu'il en soit, la pression artérielle ne présente guère que des oscillations très limitées pendant l'évolution de la maladie (Teissier). Le plus souvent elle s'abaisse dans les premiers stades de l'affection. Elle se relève légèrement ensuite vers le troisième septe-

naire jusqu'à la convalescence. Au début de la convalescence, elle retombe brusquement en même temps que la température ou un peu avant (Alezais et François). Elle atteint alors son point le plus bas, et Potain cite un cas où la pression tomba ainsi à 5,5 au moment de la défervescence d'une fièvre typhoïde à rechutes. Rarement elle est remplacée par de l'hypertension (Villeneuve, Alezais et François). Après cette chute critique du début de la convalescence, la pression remonte graduellement vers la normale mais très lentement, et ne l'atteint qu'alors que tous les autres symptômes thermiques et fonctionnels ont disparu depuis longtemps déjà.

Toute *rechute* est accompagnée, parfois même annoncée par une chute de 2 à 3 centimètres qui souvent précède les variations du pouls et de la température (Jourdin et Fischer).

L'hypertension artérielle est donc presque la règle dans la fièvre typhoïde. Et quand dans le cours d'une fièvre typhoïde on observe une pression artérielle normale, et à plus forte raison de l'hypertension, on doit réserver le pronostic et redouter une évolution anormale de la maladie ou une complication (Potain, Teissier, Huchard et Amblard, Carrière et Dancourt, Jourdin et Fischer). Cette hypertension peut s'établir lentement; le plus souvent elle apparaît brusquement (crises d'hypertension, Huchard et Amblard) et peut s'accompagner de signes cardiaques dont le plus constant est le bruit de galop. Quoi qu'il en soit, hypertension et phénomènes cardiaques disparaissent quand la complication s'est produite et l'on observe alors souvent de l'hypotension, la pression artérielle ne revenant que secondairement à la moyenne. Cette évolution hyper puis hypopression est la plus nette dans les hémorragies et perforations intestinales comme nous le verrons plus loin.

Dans les complications cardiaques, l'hypotension est habituelle, mais non absolument constante, parfois même remplacée par de l'hypertension (Carrière et Dancourt).

Elle est extrême aux approches de la mort.

Pour ce qui est des rapports entre la pression artérielle et les autres syndromes pulsatile et thermique, ils semblent nuls. Il paraît même d'après la plupart des auteurs, que si toute aggravation survenant dans le cours d'une typhoïde est capable de se marquer par une modification de la pression artérielle préexistante, par contre, il n'y a guère de proportion entre la pression artérielle et la gravité de la maladie.

b. *Tonicité artérielle.* — La tonicité artérielle varie avec les stades de la maladie. *Au début*, en effet, le pouls est ample, plein, « résistant ». Au sphygmographe, la ligne d'ascension est brusque, et élevée (Hayem). A mesure que la maladie progresse, l'ampleur diminue, « il devient mou, compressible » (Griesinger, Homolle). La ligne d'ascension toujours haute est cependant déjà moins élevée. Plus tard encore, et dans les formes graves, il devient « petit, faible, ondulant » (Griesinger). Au moment de la convalescence, il perd toute son ampleur, devient petit, rapide, filiforme. La ligne d'ascension sphygmographique est à peine marquée.

D'après Parisot, la tonicité artérielle est à la période d'état, en raison inverse de la température et de la pression artérielle, tant que le myocarde est sain. Si le myocarde fléchit, quelles que soient la pression et la température, la hauteur de la pulsation radiale diminue.

B. Pouls et complications. — Comme il était naturel de le penser dans une maladie où il est aussi « impressionnable », le pouls est fortement influencé par les complications survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.

D'une manière générale, toute complication sérieuse ou douloureuse se marque par une accélération plus ou moins notable du pouls. Cette accélération, qui précède souvent toute modification de la température, se distingue aisément des variations passagères d'ordre émotif ou autre, en ce qu'elle est persistante, se prolongeant plus ou moins suivant la gravité et les caractères de cette complication. Si bien qu'en présence d'une accélération anormale et persistante du pouls, dans le cours d'une fièvre typhoïde, on doit soupçonner une complication.

Ces complications peuvent être rangées en deux groupes, suivant qu'elles atteignent le cœur ou un autre organe.

On sait combien les complications cardiaques sont fréquentes dans la fièvre typhoïde, les plus fréquentes et les plus graves avec les complications intestinales. Elles se marquent toutes par des modifications du pouls. La tachycardie avec affaiblissement progressif du pouls est en effet, avec l'assourdissement des bruits, le premier symptôme de la myocardite.

Au début, le pouls est accéléré, mais encore fort, bien frappé et dicrote. Plus tard, l'accélération s'accentuant, le pouls faiblit, devient petit, dépressible, irrégulier, le dicrotisme s'atténue. Aux phases ultimes enfin, la tachycardie est extrême, 130-140, pouvant même atteindre 200 et plus (250, cas de Gubler). Elle s'accompagne d'arythmie, avec hypotension et disparition du dicrotisme. Quand le pouls présente ces caractères, le collapsus est proche.

Le pouls donne donc vraiment la mesure de l'énergie cardiaque et, en l'absence de toute autre complication, aux phases avancées de la maladie surtout (déclin, convalescence), une tachycardie persistante avec hypopression et arythmie doit faire soupçonner la myocardite et redouter la syncope.

Après les complications cardiaques, ce sont les complications intestinales et respiratoires qui retentissent le plus sur le pouls.

Dans les complications intestinales (hémorragies, perforations), les modifications du pouls évoluent chronologiquement de pair avec celles de la température qu'elles précèdent souvent cependant un peu. Seulement, dans l'immense majorité des cas, du moins, pouls et température marchent en sens inverse. Alors, en effet, que la température tombe brusquement jusqu'à l'hypothermie, le pouls monte, devient rapide, petit, dépressible, irrégulier, « misérable ».

Donc, dans les hémorragies intestinales graves et

dans les perforations, le pouls brusquement s'accélère.

Cette accélération consécutive serait précédée, d'après Huchard et Amblard, d'un ralentissement notable.

De plus, ces modifications prémonitoires et consécutives de la fréquence du pouls s'accompagnent d'importantes modifications de la pression artérielle (Potain, Teissier, Huchard, Jourdin et Fischer, Carrière et Dancourt, etc.). Généralement, en effet, précédant l'apparition d'une hémorragie ou d'une perforation intestinales, on observe une hypertension artérielle d'autant plus remarquable que la fièvre typhoïde est normalement hypotensive.

La complication se produit, la *pression tombe* brusquement pour ne remonter que quelque temps après. On peut donc décrire un véritable syndrome pulsatile, symptomatique des perforations ou hémorragies intestinales, constitué par *ralentissement du pouls* (Huchard et Amblard) et *hypertension, précédant la complication*, et par *tachycardie* et *hypotension*, la suivant aussitôt ou l'accompagnant.

Cette hyperpression préalable n'est pas constante toutefois, la tension reste en effet parfois normale, et d'après Potain les hémorragies à pression normale seraient plus graves que les autres.

Les complications respiratoires s'accompagnent, elles aussi, d'hypertension et de tachycardie et l'on doit même toujours les soupçonner en présence d'une tachycardie ne relevant pas d'une autre complication (Malherbe, Homolle).

Les complications nerveuses, méningées surtout (méningite, hémorragie méningée), entraînent également des désordres du pouls. Lereboullet, Griesinger, Baginsky-Parisot, en effet, ont noté qu'elles s'accompagnent de ralentissement, d'inégalité et d'irrégularité persistants du pouls (Lereboullet) et Lereboullet croit trouver l'explication des faits de bradycardie persistante dans une complication encéphalo-méningée méconnue.

Mais ce ne sont pas seulement les grandes complications, cardiaques, intestinales, respiratoires et méningées qui agissent sur le cœur. D'une manière générale, en effet, toute complication notable ou douloureuse s'accompagne de tachycardie [phlébite, otite (obs. Parisot), myosites et ruptures musculaires (Lereboullet), abcès, etc.].

C. Le pouls dans les formes de la fièvre typhoïde. — Mises à part les variations du pouls avec la gravité plus ou moins grande de la maladie, le pouls, d'une manière générale, présente quelle que soit la forme les caractères que nous avons étudiés.

D'emblée très rapide, hypotendu et irrégulier dans les formes cardiaques (Bernheim, Wuillaume) ou adynamiques (Louis, Andral, Lorain, Griesinger), il est au contraire peu accéléré dans les *formes avortives* (Murchison). Il est remarquablement lent dans le typhus des chiens d'Herzégovine.

II. **Enfants.** — Chez les enfants, le pouls présente quelques caractères un peu particuliers.

A. Fréquence. — Le pouls étant normalement plus rapide chez eux, l'*accélération du pouls est plus grande chez les enfants que chez l'adulte.*

D'après Cadet de Gassicourt et Rilliet et Barthez, on trouverait de 160 à 180 pulsations chez les plus jeunes, de 100 à 140 chez les plus âgés; d'après Bouchut, 90 dans les cas légers, 120-160 dans les cas graves.

Aussi est-il difficile de tirer un élément pronostic de la tachycardie chez l'enfant.

West insiste sur le parallélisme du pouls et de la température.

Roger, au contraire, note comme fréquente la discordance des deux phénomènes et y voit un élément important de diagnostic.

B. Rythme. — Tous les auteurs (Vogel, Prunac, Baginsky, Parrot), sauf Cadet de Gassicourt, considèrent le dicrotisme comme rare chez les enfants, et Vogel n'en trouva qu'un cas au-dessous de dix ans.

Par contre, les irrégularités du pouls sont très fréquentes.

C. Pression. — La pression artérielle présente dans l'ensemble les mêmes caractères que chez l'adulte; l'hypopression est seulement plus marquée, 9,2 en moyenne d'après Carrière et Dancourt, soit un abaissement moyen « égal au tiers et non au quart », perte moyenne chez l'adulte.

III. **Vieillards.** — Le pouls typhique a, chez les vieillards, sensiblement les mêmes caractères que chez l'adulte (Madet, Guéneau de Mussy, Parisot). Pour Josias, cependant, la bradycardie y serait plus marquée.

Le dicrotisme est moins accentué, et la pression plus basse.

Valeur diagnostique et pronostique du pouls dans la fièvre typhoïde. — A. *Valeur diagnostique.* — L'étude que nous venons de faire des caractères du pouls dans la fièvre typhoïde montre qu'il peut avoir une certaine importance pour le diagnostic général de la maladie, et qu'il en a une de premier ordre pour le diagnostic de ses complications.

Pour le diagnostic général de la fièvre typhoïde, il n'a pas la haute importance de la température, mais mérite néanmoins d'entrer en ligne de compte. Les éléments principaux du syndrome pulsatile dans la fièvre typhoïde sont : 1° la *bradycardie relative*, se marquant par la dissociation du pouls et de la température ; 2° le *dicrotisme* ; 3° l'*instabilité* ; 4° l'*hypotension*. De ces quatre éléments, la dissociation du pouls et de la température a certainement le plus de valeur et les anciens cliniciens lui attachaient assez d'importance pour que Malherbe pût écrire que « si le pouls reste peu fréquent et la température élevée au début d'une affection fébrile on doit penser à la fièvre typhoïde ». Il ne faudrait cependant pas exagérer cette importance diagnostique du pouls ; il ne vaut en effet qu'à titre de symptôme relativement constant, bien qu'il soit susceptible d'acquérir une valeur considérable dans le diagnostic avec certaines affections, où comme dans la granulie la tachycardie est la règle.

Le pouls a au contraire une valeur de premier

plan dans le diagnostic des complications cardiaques, myocardite ou collapsus — et dans celui des complications intestinales, respiratoires et méningées. — Chaque fois que dans le cours d'une fièvre typhoïde jusque-là normale on trouve une tachycardie persistante, il faut se méfier d'une complication imminente ou déjà produite. Si cette tachycardie est apparue progressivement, qu'elle s'accompagne d'arythmie, et d'hypotension, le mal est vraisemblablement au cœur; si non, il faut chercher du côté de l'appareil respiratoire, ou de l'intestin, et nous savons quels sont les syndromes prémonitoire et secondaire des hémorragies et perforations intestinales.

Pathogénie des modifications du pouls dans la fièvre typhoïde. — La pathogénie des modifications du pouls dans la fièvre typhoïde, bradycardie relative et hypopression surtout, est de notion assez récente; Liebermeister, Hayem, Bernheim, Huchard, ne l'avaient en effet qu'entrevue.

C'est un fait acquis aujourd'hui qu'elles résultent de l'action de la toxine typhique sur le muscle cardiaque et son système d'innervation, nerfs ou centres (Brieger, Brieger et Frœnkel, Sanarelli, Chantemesse et Widal, Lépine et Lyonnet, Chantemesse et Lamy).

Quelque imparfaite que soit le plus souvent l'expérimentation, faute d'une toxine vraiment pure et en tout cas totale, elle a permis de déterminer que la toxine typhique a comme action capitale « le ralentissement immédiat du cœur et, au bout de quelques jours, un certain degré d'hyperthermie » (Lépine et Lyonnet).

Chantemesse et Lamy de même amènent chez la tortue, par une circulation artificielle toxique, des troubles cardiaques caractérisés par « la lenteur des battements du cœur, leur faiblesse et enfin l'arrêt du cœur en diastole ».

La bradycardie des périodes de début et d'état résulte donc directement de l'intoxication typhique, cependant que la tachycardie de convalescence s'expliquerait par l'action prédominante de substances antitoxiques d'action inverse à celle de la toxine typhique.

La toxine typhique étant hyperthermisante et hypotensive, — ainsi se trouve expliqué ce paradoxe physiologique d'une bradycardie relative coïncidant avec une hyperthermie et de l'hypotension.

B. *Valeur pronostique.* — *Au point de vue pronostic, le pouls vaut beaucoup plus que la température.* — Les éléments capitaux de pronostic du pouls sont : 1° la fréquence; 2° le rythme ; 3° la pression.

L'accélération anormale et persistante du pouls dans la fièvre typhoïde est toujours un symptôme de gravité de l'affection. En général, en effet, dans les formes moyennes, comme nous l'avons vu, le pouls oscille entre 90 et 110 chez l'homme. Il ne dépasse guère ces limites tant que le cœur est indemne et qu'il n'y a pas de complications. Au delà de 120 (Louis, Andral, Chomel, Murchison, Griesinger, Liebermeister, Parisot, Malherbe), le pronostic devient sérieux. Il est grave quand le pouls atteint et dépasse 140. « Un malade dont la température est élevée peut guérir si le pouls reste bon ; un malade qui a de 130 à 150 pulsations par minute tous les soirs sans qu'aucune cause actuelle explique ce symptôme insolite est presque certainement un malade perdu quand même. » (Liebermeister.) C'est aussi l'opinion qui se dégage de la statistique de Murchison — comme de tous les travaux importants parus sur la question.

Un pouls de 120 et au-dessus est donc un symptôme de gravité, quand on l'observe d'une manière persistante dans le cours d'une fièvre typhoïde. Mais encore faut-il tenir compte du sexe et de l'âge du malade. Nous avons vu, en effet, que le pouls est toujours plus accéléré chez la femme que chez l'homme, chez l'enfant que chez l'adulte. D'après Parisot, chez la femme, la tachycardie n'est menaçante qu'à partir de 140. Pour ce qui est des enfants, la tachycardie a moins de valeur encore. « Une fréquence également exagérée du pouls comporte une signification moins sérieuse chez les enfants que chez les adultes. » (Louis.) Cependant, Bouchut considère comme graves les cas où le pouls atteint 120-160.

Mais il ne faut pas se contenter de l'élément fréquence — les autres caractères du pouls ont également leur valeur et c'est l'ensemble de ces caractères, bien plus que chacun d'eux en particulier, qui vaut pour le pronostic.

Un pouls à 120, mais bien frappé, régulier, ample, à bonne tension, surtout coïncidant avec une température élevée, ne comporte pas un pronostic absolument mauvais. Ce pronostic est meilleur en tout cas que celui d'un pouls moins fréquent mais petit, mou, irrégulier, dépressible.

On devra considérer comme d'un pronostic également fâcheux, une hypo et une hyperpression brusques s'accompagnant de modifications corrélatives dans la fréquence du pouls.

Nous savons enfin, pour l'avoir étudiée précédemment, la valeur pronostique des arythmies dans la fièvre typhoïde.

Pour ce qui est des rapports du pouls et de la température, leur valeur pronostique n'acquiert quelque importance que lorsqu'on observe une dissociation marquée et brusque des deux phénomènes. Nous avons vu, en effet, que c'est alors généralement symptôme de complication grave (perforation, hémorragie interne).

En résumé, et toute réserve faite pour des exceptions assez peu nombreuses toutefois, le pouls comporte un pronostic bénin ou momentanément bon : quand sa fréquence ne dépasse pas 110 (d'une manière persistante), qu'il est régulier, dicrote, que la pression oscille autour de 13 à 15, qu'il est *dans une certaine mesure* en rapport avec la température.

Il entraîne au contraire un pronostic sérieux ou grave, chaque fois que d'une manière persistante il dépasse 120, est irrégulier, hypo ou hypertendu — qu'il a perdu son dicrotisme et qu'il est en notable discordance avec la température. Ces caractères vaudront d'autant plus, si le myocarde n'est pas en cause, qu'ils seront apparus plus brusquement.

(*A suivre.*)

XXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 3-8 OCTOBRE 1910 (1).]

QUESTIONS DIVERSES

La décompression cérébrale par l'ouverture du crâne et ses indications. — M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. La décompression cérébrale agit sur la douleur et fait disparaître les douleurs qui ont résisté à toutes les thérapeutiques. Mais elle peut avoir une influence modificatrice sur des états cérébraux divers et transformer complètement les sujets.

Ses indications peuvent apporter des ressources précieuses pour le traitement de certaines formes d'épilepsie dite essentielle; de vertiges avec douleurs, dont quelques-uns étaient attribués à des suites de traumatismes du crâne; de phénomènes très analogues à ceux de la paralysie générale et d'origine traumatique; de syphilis cérébrale et peut-être de la paralysie générale.

L'action de la décompression cérébrale sur les lésions cérébrales syphilitiques est très remarquable. Il est facile de constater que des lésions qui avaient résisté à tout traitement spécifique bien dirigé ont été, après l'opération décompressive, très heureusement influencées par un retour au même traitement qui avait échoué. C'est là un encouragement à traiter de bonne heure, par la trépanation, les lésions cérébrales syphilitiques; et la paralysie générale étant actuellement attribuée surtout à la syphilis, il sera logique d'aborder le même traitement.

Même avec des pertes de substances considérables, une prothèse est complètement inutile si la réunion de la plaie a été bonne et bien régulière sans aucune trace de suppuration.

Le recours à une nouvelle opération de décompression est une intervention facile et de peu de gravité, comme le lui ont montré ses opérations multiples sur le même sujet qui ont toujours été heureuses.

Traitement opératoire des méningites séreuses. — M. GIRARD dit que la méningite séreuse est en général une toxi-infection d'origine otique, mais il y a d'autres causes qui entrent parfois en jeu. Ordinairement, il s'agit de la forme diffuse aiguë; il existe aussi des formes circonscrites. Généralement, tous les cas sont très graves; mais la chirurgie est d'un puissant secours. Il a trépané un malade qui a fort bien guéri. M. Lecène avait déjà rassemblé cinq faits analogues; il a retrouvé, au total, douze cas de trépanation, tous suivis de succès

Un cas de section des racines postérieures de la moelle pour crises gastriques du tabes. — M. LAMBRET (de Lille) a pratiqué chez un tabétique à crises gastriques très fréquentes l'opération de Förster. Il s'agissait d'un homme de trente-six ans, syphilitique, malade depuis six ans, qui au début avait des crises de quinze jours, mais qui devinrent très violentes et presque permanentes. Il fit la laminectomie et la section nerveuse des huitième, neuvième et dixième paires. L'arachnoïde était très œdématiée. Il pratiqua des sutures en surjet du sac dural et mit un petit drain. Les douleurs cessèrent; il survint des crises de hoquet, mais il y eut un écoulement très abondant de liquide céphalo-rachidien. La plaie ne se cicatrisa pas, quoiqu'elle fût aseptique. Le 24, la température était de 37°5 à 38 degrés; le 30, la fièvre atteignit 39 degrés, par suite d'infection médullaire. La mort survint vingt jours après l'opération.

Le temps médullaire de l'opération est grave, parce qu'on ouvre la dure-mère; mais la résection, en dehors du sac dure-méral, est presque impossible et dangereuse pour les racines antérieures. Il faut fermer le sac dure-méral par un surjet très soigné, et ne pas drainer; cela est capital.

Ce qui est indéniable, c'est la disparition des douleurs et des crises. Le résultat fut patent. L'opération est donc très légitime.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait plusieurs fois des sections des racines postérieures de la moelle. L'écoulement lui a paru presque constant; mais, avec un pansement antiseptique, il évite l'infection.

Traitement des sinusites frontales chroniques par voie endo-nasale. — M. Louis VACHER (d'Orléans) dit que la méthode interne doit toujours précéder la cure radicale par voie externe, parce que la cure radicale est une opération grave, quelquefois suivie de complications endo-craniennes mortelles. En effet, la cavité du sinus est très septique; en curettant la muqueuse infectée on ouvre des veines qui communiquent avec celles du diploé et qui peuvent s'infecter pendant l'opération. Nécessité d'une désinfection préalable par drainage large, irrigations, cautérisations. Par conséquent, nécessité de rechercher le canal naso-frontal, de le curetter, de l'élargir au maximum.

Depuis tantôt quatre ans, il n'a été obligé qu'une seule fois de faire la cure radicale.

Prophylaxie de la pneumonie après les opérations sur la bouche. — M. CECI n'a pas obtenu de bons résultats de la position inclinée ni des autres méthodes employées pour éviter la pneumonie d'aspiration, après les larges amputations de la langue, il a également utilisé la sonde œsophagienne à demeure, sans grand succès. Alors il a supprimé complètement l'*alimentation naturelle*; et n'a eu recours qu'à la *voie rectale d'une façon exclusive.* Dans ces conditions, sur onze malades ainsi traités, neuf ont guéri, deux sont morts. Par l'alimentation *rectale* exclusive, on évite donc la pneumonie dans la plupart des faits.

Résultats éloignés de rhinoplastie sur charpente métallique. — MM. Cl. et Fr. MARTIN (de Lyon) se sont attachés depuis de longues années à démontrer que les corps étrangers métalliques peuvent et doivent être parfaitement tolérés par les tissus.

Cette démonstration a déjà été faite pour les char-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 113, p. 1539, 115, p. 1563, 117, p. 1589 et 122, p. 1660.

pentes nasales métalliques employées dans la rhinoplastie.

Les corps métalliques, et en particulier le platine, ont cet avantage de ne pouvoir s'infecter dans leur substance. Les phénomènes infectieux qu'on observe parfois au cours des prothèses sont indépendants de celles-ci et ne sont ni provoqués, ni favorisés par elles. L'élimination des charpentes nasales est due non à l'infection, mais à la rétraction cicatricielle du lambeau qui vient se sectionner sur les bords de l'appareil; cet accident sera évité, si l'on a la précaution de tailler un lambeau largement étoffé.

Fréquence relative des différentes affections de l'œsophage. — M. Guisez (de Paris). Sur 930 malades examinés à l'œsophagoscope, la plupart étaient atteints de sténose à forme grave. Le *cancer* occupe de beaucoup la première place, plus fréquent à lui seul que toutes les autres maladies réunies (3/4).

Les *sténoses cicatricielles* viennent immédiatement après le cancer, au point de vue de la fréquence, 60 cas dus pour la plupart (40) à des brûlures par des caustiques; quelques-unes (3) consécutives à des lésions par corps étrangers. Mais il existe dans l'œsophage des *lésions cicatricielles*, qu'on pourrait appeler spontanées, dues à la cicatrisation d'ulcère simple (4 cas) ou consécutives à des poussées d'œsophagite répétées (13 cas), en particulier chez les spasmodiques. Ces rétrécissements sont intéressants à connaître, car ils simulent tout à fait le cancer.

Les *contractures spasmodiques* constituant des sténoses progressives et permanentes, bien distinctes de l'œsophagisme, affection essentiellement transitoire qui procède par crise, sont un peu moins fréquentes que les sténoses cicatricielles (40 cas).

Parmi les maladies infectieuses à localisation œsophagienne, la tuberculose semble la plus fréquente, tantôt primitive, se présentant sous la forme ulcéreuse (15 cas), ou tantôt par propagation d'adénopathie des ganglions médiastinaux (1 cas).

La syphilis est très rare : un cas seulement observé à base cicatricielle.

Une centaine de malades nous ont été adressés pour des corps étrangers œsophagiens. Chez 54 seulement le corps étranger existait. Pour les autres, il s'agissait de *faux corps étrangers* déglutis ou imaginaires.

M. Morestin (de Paris). — De l'extirpation des ganglions du cou dans les cancers de la face et de la cavité bucco-pharyngée.

M. Le Bec (de Paris). — La laryngectomie en deux temps séparés.

M. Aboulker (d'Alger). — Quelques cas de bronchoscopie et d'œsophagoscopie.

M. Peugniez (d'Amiens). — Laminectomie tardive pour paraplégie consécutive à une fraction du rachis.

Résection de l'articulation sterno-costo-claviculaire. — M. Reymond (de Paris) préconise la résection en bloc, c'est-à-dire sans ouverture de l'articulation. On évite ainsi les inoculations. En effondrant le médiastin antérieur derrière le sternum, on fait aisément la dénudation profonde, qui est le temps délicat en raison du voisinage de la mammaire interne et du tronc veineux brachio-céphalique.

Résultats éloignés de trois pleurotomies avec résection costale pour pleurésies purulentes. — M. Lancial (d'Arras) apporte trois observations suivies de succès. Il estime que cette opération est la meilleure en pareil cas, d'autant que l'anesthésie locale permet de l'amener à bien.

M. Walther (de Paris) dit que les pleurésies purulentes opérées à temps, avec une incision suffisante et par des drains, guérissent toujours et sans fistule. Il emploie la thoracotomie postérieure à incision horizontale.

M. Delorme, comme président du Comité de santé, voit des dossiers où des pleurésies purulentes se sont terminées par des fistules et cela malgré l'habileté des médecins militaires. Cela tient, d'une part, au moment tardif auquel ils sont appelés à opérer et, d'autre part, aux conditions anatomo-pathologiques, notamment lorsque la plèvre encoque le poumon.

M. Walther objecte qu'il y a production de fistule quand on n'a pas incisé au niveau de la partie déclive ou qu'on a mis des drains. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 3 novembre 1910)

Après la lecture du procès-verbal, M. Lannelongue, vice-président, remplaçant M. Dieulafoy, absent, prononce l'éloge de M. Lancereaux et, en signe de deuil, M. Lancereaux ayant été président, la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 27 octobre 1910)

L'ulcère duodénal. — Il serait bon que, de temps à autre, médecins et chirurgiens s'entendissent sur certaines questions d'ordre médico-chirurgical, telles, par exemple, que celle de l'ulcère du duodénum, qui a été mise à l'ordre du jour au dernier Congrès de chirurgie. C'est ce qui fut fait, avec succès, dans cette séance :

M. Mathieu, dont on connaît la grande compétence en matière de maladies du tube digestif, est venu nous donner son opinion sur cette importante question de l'ulcère duodénal.

Il nous a fait observer que la symptomatologie attribuée par les chirurgiens anglo-américains à l'ulcère du duodénum est exactement la même que celle qui a été attribuée dans les travaux français à l'ulcère pylorique. Ce ne serait donc qu'une question de mots. Mais que l'ulcère soit franchement pylorique, gastro-pylorique, juxta-pylorique ou franchement duodénal, les troubles sont les mêmes, l'évolution de la maladie est la même. Suivant M. Mathieu, les chirurgiens anglo-américains se pressent peut-être un peu trop de s'attribuer la découverte de l'ulcère duodénal et de porter ce diagnostic. Les travaux de Hayem et surtout ceux de Soupault sont là pour montrer que l'histoire de l'ulcère pylorique ou voisin du pylore est déjà une vieille histoire et essentiellement d'origine française.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici, dans son

entier, la très intéressante communication de M. Mathieu. Nous sommes obligés de nous borner à donner ses conclusions :

« 1° La séméiologie attribuée par les chirurgiens anglo-américains à l'ulcus duodénal est celle que, depuis les travaux des divers médecins et chirurgiens français, et en première ligne Soupault, nous sommes habitués à rapporter à l'ulcère pylorique ou juxta-pylorique, que cet ulcus soit directement au pylore ou bien qu'il en soit voisin : soit en haut, soit en bas;

2° Les chirurgiens anglo-américains qui prennent comme point de repère une veine pylorique qui paraît se trouver à gauche de la limite vraie du pylore, regardent certainement comme duodénales des lésions ulcéreuses que les chirurgiens français classent comme pyloriques;

3° Si l'on compare la fréquence relative de l'ulcus gastrique et de l'ulcus duodénal d'après les pièces anatomiques d'autopsie ou de résection, on voit que, au lieu d'être environ 2 fois plus fréquent que l'ulcus gastrique, l'ulcus duodénal est environ 7 à 8 fois plus rare;

4° Cette différence entre les constatations des auteurs américains et celles qui résultent de l'examen des pièces anatomiques, si elle ne provient pas de ce qu'ils diagnostiquent d'une façon absolue un nombre trop élevé d'ulcères simples, peut s'expliquer parce qu'ils admettent un nombre relativement trop élevé d'ulcères du duodénum;

5° Si, par contre, l'ulcus duodénal est réellement aussi fréquent que le disent les chirurgiens anglo-américains, on est forcé de penser qu'il guérit dans le plus grand nombre de cas sans intervention chirurgicale;

6° Il nous paraît certain, d'après notre expérience clinique, que les manifestations gastropathiques, considérées par les chirurgiens anglo-américains comme presque pathognomoniques de l'ulcus duodénal, disparaissent assez souvent complètement et définitivement par le simple traitement médical;

7° Même avec la mortalité très réduite accusée par les statistiques anglo-américaines, il ne semble pas établi qu'on soit en droit d'intervenir dans les formes légères et initiales du syndrome de Reichmann;

8° Toutefois, il est désirable que, pour décider l'intervention opératoire, le médecin et le chirurgien n'attendent pas que l'ulcus soit devenu chronique, qu'il se soit étendu en surface et en profondeur, qu'il y ait des accidents permanents de sténose pylorique, que les malades soient amaigris et épuisés.

Mieux vaut certainement intervenir plus tôt, mais cependant d'une façon moins précoce en général que le font les chirurgiens anglo-américains.

Pour ma part, je suis déjà entré dans cette voie et je m'y engagerai d'autant plus avant que les statistiques chirurgicales seront meilleures et que, en particulier, les accidents pleuropulmonaires, après les interventions portant sur l'estomac, seront devenus moins fréquents et moins graves. »

D'après le règlement, ce travail ne peut être discuté immédiatement, M. Mathieu n'appartenant pas à la Société de chirurgie. Il a été renvoyé à une commission dont M. Ricard sera le rapporteur.

Plaies de la rate. — M. Auvray fait un rapport sur trois observations de plaies de la rate communiquées par M. Guibé. Il s'agissait dans ces cas, de plaies par armes à feu ayant intéressé la rate. Dans ces trois cas, M. Guibé a dû recourir à la splénectomie. Il y eut deux morts et une guérison.

Les plaies de la rate sont des lésions rares comparativement aux ruptures. Les plaies par coups de couteau intéressent plus souvent la cage thoracique. Mais il faut souvent combiner la laparotomie à la thoracotomie. Dans l'immense majorité des cas c'est à la laparotomie qu'on a eu recours. Il faut se dispenser autant que possible de la thoracotomie supplémentaire. Si on peut suturer la rate et la conserver, cela vaut mieux.

On a relevé 95 cas de plaies de la rate par armes à feu. On est intervenu dans 53 cas. Ces interventions ont donné 58 p. 100 de morts. C'est une mortalité très élevée. Quant au pneumothorax opératoire, M. Guibé et M. Auvray n'en ont observé aucune conséquence fâcheuse. Mais la suture du diaphragme s'impose pour éviter les accidents ultérieurs.

Grossesse double, utérus double, double hystérectomie. — M. Rochard communique l'observation d'une femme de vingt-sept ans qui avait de violentes douleurs abdominales et de fréquentes métrorragies. En janvier 1909, elle fit une fausse couche de trois mois. Quand M. Rochard vit cette malade pour la première fois, elle présentait une vulve normale, un col mou. Le palper bi-manuel révélait une première tumeur à gauche, ovoïde, rénitente; les mouvements imprimés à cette tumeur se transmettaient au col. Il existait une autre tumeur à droite dont les mouvements provoqués ne se transmettaient pas au col. Le diagnostic fut : grossesse ectopique. Dans la crainte d'une rupture, M. Rochard fit la laparotomie; il tomba sur deux utérus gravides. Il fit une double hystérectomie. Il y avait deux cols. Chaque utérus contenait un fœtus de six semaines à deux mois. Au cours de l'opération, M. Rochard constata la présence d'un tractus vésico-rectal très rarement observé.

En pareil cas, faut-il intervenir comme l'a fait M. Rochard? Faut-il laisser les grossesses suivre leur cours? M. Rochard s'est décidé pour l'intervention parce que cette femme avait fait une fausse couche. D'autre part, bien qu'un utérus bicorne puisse mener à terme les grossesses, on sait que ces femmes sont plus sujettes aux infections que les autres, puisque dans 50 p. 100 des cas elles présentent de l'infection puerpérale.

LIVRES NOUVEAUX

Guide populaire d'hygiène. Manuel de la santé, publié par l'office sanitaire de l'empire allemand (1), traduit d'après la 10e édition allemande avec l'autorisation des auteurs par le docteur J. Cryns, de Verviers.

Cet ouvrage est évidemment bien fait, mais comme nous en avons d'excellents en France il n'aurait pas lieu de nous intéresser autrement s'il ne contenait certains détails et renseignements particuliers sur l'hygiène et la démographie de nos voisins d'outre-Rhin. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Etudes sur la paralysie générale et sur le tabes. Etiologie clinique, traitement (2), par MM. Spillmann et Perrin.

C'est un plaidoyer en faveur de l'origine syphilitique des deux affections, et du traitement mercuriel du tabes.

L. ALQUIER.

(1) 1 vol. de 315 p., 3e édit. franç. — Bruxelles, Manceaux.
(2) 1 vol. de 85 p. — Paris, Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Introduction générale à la thérapeutique positive, par le docteur G. SIEFFERT. In-8 de 407 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, A. Maloine.

Etudes sur la paralysie générale et sur le tabes. Etiologie. Clinique. Traitement, par MM. Paul SPILLMANN, professeur de clinique médicale, correspondant de l'Académie de médecine, et Maurice PERRIN, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Préface de M. le professeur FOURNIER. In-18, de VI-88 pages, broché. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Poinat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique des maladies des enfants (diagnostic et thérapeutique), publié en fascicules par les docteurs APERT, BARBIER, CASTAIGNE, GRENET, GUILLEMOT, GUINON, MARFAN, MÉRY, SIMON (de Paris); ANDERODIAS, CRUCHET, MOUSSOUS, ROCAZ (de Bordeaux); WEIL, PÉHU (de Lyon); CARRIÈRE (de Lille); HAUSHALTER (de Nancy); DALOUS (de Toulouse); LEENHARDT (de Montpellier), etc. — Vient de paraître: **Maladies du tube digestif**, par les docteurs CRUCHET, ROCAZ, MÉRY, GUILLEMOT, GRENET, FARGIN-FAYOLLE, GENEVRIER et DELCOURT. Grand in-8 de 520 pages avec figures. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des maladies de l'œsophage, par le docteur GUISEZ, ancien chef des travaux d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. In-8 de 316 pages avec 139 figures. — Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Opothérapie, par le docteur Paul CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 600 pages avec 90 figures. — Prix : cart., 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 127. — MARDI 8 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 8 NOVEMBRE 1910. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 4 novembre : MM. Turnesco, 5; Trousset, 6; Schoofs, 8; Richard (G.-H.), 11 ; Dedet et Salès, 9; Bloch (S.) et Achard, 10; François, 11 ; Coppin, 10.

Séance du 6 novembre : MM. Boutier, 8; Netter(René), 11; Prigent et Pierret, 10; Ribo, 7; Paraf et Mlle Cosmovici, 8; M. Eudel, 6; Mlle Pouzin, 7; M. Chatellier, 9.

Pathologie. — Séance du 4 novembre : MM. Pottecher, 7; Juin, 10; Paley, 12; Sanjurjo, 10; Meugé, 11; Farhat, 2; Pineau (Alfred), 7; Morisson-Lacombe, 8; Dupradeau, 13; Lœwy, 10; Durœux, 11.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 4 novembre. — Question donnée : « Rapports des reins. »

MM. Faure, 15; Frémond, 8; Frucht, 14 1/2; Gillard, 12; Hupnagel 17 1/2; Hemmerdinger, 16; Fris-Larrouy, 15; François, 17; Guillouet, 16; Gourcerol, 11 ; Mlle Golgofsky, 8; MM. Grisoni, 8; Gondal, 14; Favory, 15; Gaudefroy, 13; Gasiglia, 10 ; Guiollot, 14; Fatou, 15 ; Fresney, 9.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Mangé, Frahier, Pontal, Monod, Pradel, Delaye, Damade, Fournier, Boisserie-Lacroix, Dieudé-Fauvel, Le Barazer, Chambon, Joulia, Roux, Barbier, Duranthon, Morterol, Lamaison, Ferré, Labuchelle, Goéré, Eggiman, Larrieu, Fayolle, Courbin, Maurin, Gardé, Cornet, Doré, Surle, Muselli, Pons, Klingebiel, Froustey, Bazin, Caine, Renault, Fleurant, Maneyrol, Roulx, Cheyrouse, Darléguy, Lagrange, Faure, Singer, Pailhès, Batz, Bousquet, Dabory, Sourdois.

— Lyon. — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 27 mars 1911. S'inscrire avant le 18 mars au secrétariat, passage de l'Hôtel-Dieu, 16.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — M. Lardennois, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions, du 18 mai 1910 au 31 octobre 1911.

M. Bagnéris, suppléant de la chaire de physique, est prorogé dans ses fonctions pour un an à dater du 25 octobre 1910.

M. Téchoueyres, professeur d'histologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de parasitologie et bactériologie.

M. Bottu, professeur de chimie et toxicologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours complémentaire de chimie biologique.

M. Henry, agrégé des sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de suppléant de la chaire de chimie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chefs de travaux :

M. Grau, agrégé des sciences physiques, chef des travaux chimiques (pharmacie).

M. Luton, docteur en médecine (anatomie et histologie).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Sauné (d'Aspet) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

A PROPOS DE L'AGRÉGATION. — La rentrée des universités a été marquée par quelques discours qui sont à retenir. Tandis qu'à la Faculté des lettres de Paris, M. le doyen Croiset prend en main la défense de la Sorbonne contre le « bel esprit » et nie ce que l'on a appelé la crise du français, à l'Université de Montpellier, le professeur Grasset revient sur la question de l'agrégation.

M. Grasset admet, et personne ne le contredira, que le praticien français n'est inférieur en rien au praticien anglais ou allemand.

Cela veut-il dire que l'enseignement français soit irréprochable et que tout soit pour le mieux dans le concours d'agrégation? Non certes.

Mais il ne suffit pas de dire que le concours d'agrégation est parfois mauvais, il faut encore démontrer en quoi il est pire que les autres modes de recrutement.

Or, que vaut par exemple le privat-docentisme? Rien, affirme M. Grasset. Un élève peut faire de très bonnes études, se faire remarquer par un professeur ordinaire, obtenir de lui d'être désigné comme assistant et quatre ans plus tard être nommé privat-docent; mais l'erreur commence le jour où la faculté tout entière, sur simple rapport du professeur patron, admet l'assistant au professorat. Le système allemand est le triomphe du népotisme, du favoritisme, du « magistrisme », du « discipulisme », dit M. Grasset; c'est l'organisation la plus antidémocratique qu'on puisse rêver.

En réalité, ajoute l'éminent professeur, ce n'est pas le maintien ou la suppression du concours qui doit inquiéter les esprits, c'est quelque chose de plus grave, la « phobie de

l'inégalité », dont le corps médical est atteint; le corps médical autant que toute la société contemporaine.

Et il conclut en ces termes :

« Le remède à cette terrible et dangereuse maladie du siècle est facile sinon à appliquer, du moins à indiquer, surtout si l'on se place sur le terrain médical et biologique.

Le dogme de l'égalité sociale, tel que J.-J. Rousseau l'a promulgué, est une monstrueuse erreur biologique. Les hommes naissent, vivent et meurent « inégaux » en santé, en force, en vertu, en aptitudes, en intelligence, en tout.

Donc, l'égalité ne peut s'entendre que dans les termes où la définit la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. La loi, disait l'Assemblée nationale, le 21 août 1789, doit être la même pour tous soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les citoyens étant égaux à ses yeux, sont également admissibles à toutes les dignités, places et emplois publics selon leur « capacité » et sans autres distinctions que celles de leurs « vertus et de leurs talents ».

Voilà la saine doctrine de l'égalité dans une démocratie; pas de caste ou de classe fermée ou inaccessible, « réservée » à quelques-uns à cause de leur naissance; les mêmes droits devant la loi; mais l'inégalité selon les capacités, les vertus et les talents de chacun. »

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro des *Annales de la Jeunesse médicale*, organe officiel de l'association corporative des étudiants en médecine de Paris. Nous adressons tous nos vœux de bienvenue à ce nouveau confrère.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-troisième semaine, 843 décès, au lieu de 755 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies de l'appareil respiratoire et la phtisie sont les causes principales de cette différence par rapport à la semaine précédente.

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

On signale un seul cas de méningite cérébro-spinale n'ayant pas entraîné de décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort d'un de nos jeunes collaborateurs, M. Henri Beaufrère, décédé dans sa vingt-deuxième année. La rédaction tout entière tient à adresser à son père, notre dévoué metteur en pages, M. Beaufrère, l'assurance de sa très affectueuse et très douloureuse sympathie; — de M. le docteur Edouard Bezencenet, doyen du corps médical vaudois, décédé à Aigle (Suisse).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — CONFÉRENCES DERMATOLOGIQUES. — MM. Brocq, Thibierge et Darier reprendront leurs réunions hebdomadaires avec présentation de malades le samedi 12 novembre à neuf heures trois quarts à la salle de conférences du Musée, et les continueront les samedis suivants à la même heure, excepté le premier samedi de chaque mois.

LE 606. — M. le docteur Milian, médecin des hôpitaux, fera à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Potain, une série de quatre leçons sur le 606, sa technique, ses accidents, ses résultats, contre-indications, etc.

Ces leçons auront lieu le jeudi, de onze heures à midi.

La première leçon aura lieu le jeudi 10 novembre, à onze heures.

Se faire inscrire, dès maintenant, auprès du concierge de l'hôpital de la Charité, car le nombre des auditeurs sera limité.

Le droit d'inscription est de 5 francs.

HOPITAL LARIBOISIÈRE (année 1910-1911). — ENSEIGNEMENT DE L'OPHTALMOLOGIE. — *Démonstrations d'anatomie normale et pathologique et d'histogenèse de l'appareil visuel* (enseignement du deuxième degré). — M. le docteur Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, fera les mardis et vendredis, à onze heures et demie du matin, avec la collaboration du docteur Magitot, assistant du service, une série de démonstrations avec projections qui ont commencé le vendredi 4 novembre 1910, et se continueront jusqu'à la fin de décembre dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital

LEÇONS SUR LES TRAITEMENTS ANCIENS ET RÉCENTS DE LA SYPHILIS. — M. le docteur Leredde commencera le lundi 21 novembre, à six heures du soir, un cours sur les traitements anciens et récents de la syphilis, et il le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Ce cours aura lieu à sa maison de santé, 31, rue La Boétie.

Le nombre des auditeurs étant limité, prière de se faire inscrire, même par correspondance.

Première leçon : Caractères cliniques et évolution de la syphilis.

Deuxième leçon : Les bases du traitement. L'immunité dans la syphilis. Réaction de Wassermann. Traitement des accidents. Traitement de l'infection.

Troisième leçon : Le traitement mercuriel, normal et intensif. L'intoxication mercurielle. Technique du traitement.

Quatrième leçon : Le traitement arsenical. L'intoxication arsenicale. Atoxyl. Hectine. Arsenobenzol (606). Technique du traitement.

Cinquième leçon : Le traitement arsenical (*fin*). Le traitement iodopotassique. Intoxication iodopotassique.

Sixième leçon : Traitement général et local des accidents syphilitiques.

Septième leçon : Traitement de l'infection.

Huitième leçon : Traitement de l'infection (*fin*).

Neuvième leçon : Syphilis de la femme enceinte. Syphilis du nouveau-né.

Dixième leçon : Traitement des affections parasyphilitiques.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal des praticiens. — (N° 41, 8 oct. 1910.) G.-H. LEMOINE : Viandes frigorifiées et viandes réfrigérées. — LE GENDRE : Devoirs et droits du médecin. — BABINSKI : Maladie de Friedreich. — C. RŒDERER et TRIBES : Les injections d'huile goménolée dans le traitement des tuberculoses externes. — (N° 42, 15 oct.) RECLUS : Lipomatose symétrique. — J.-Ch. ROUX : Les moyens d'exploration de la digestion duodénale.

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1910.) Fr. ARNAUD : Traitement du paludisme par le quinquina et la quinine. — ROUSLACROIX : Statistique du laboratoire des cliniques. — IMBERT et CLÉMENT : Hystéro-traumatisme. — PIÉRI : Volvulus de l'intestin grêle. — SILHOL et BOSSY : A propos d'un cas d'invagination ascendante de l'intestin grêle.

Montpellier médical. — (N° 33, 14 août 1910.) C. JOURDAN : Du traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales (*suite*). — (N° 34, 21 août.) CARRIEU : Du traitement du tabes par la rachicentèse et les injections sous-arachnoïdiennes d'électro-mercurol.

Nord médical. — (N° 384, 1er oct. 1910.) H. GAEHLINGER et A. TILMANT : Adénites tuberculeuses multiples; traitement par les lipoïdes hépatiques, guérison.

Pédiâtrie pratique. — (N° 28, 5 oct. 1910.) AVIRAGNET et TIXIER : Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. — ROCAZ : Eczéma des nourrissons (*suite*). — (N° 29, 15 oct.) SAVARIAUD : A propos des traumatismes crâniens. Au sujet de l'intervention dans l'appendicite polycyclique. — AVIRAGNET et TIXIER : Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 80, 5 oct. 1910.) G. LUYS : Séparation endo-vésicale des urines et cathétérisme des uretères. — (N° 81, 8 oct.) OMBRÉDANNE : Indications et technique de l'orchidopexie transcrotale chez l'enfant. — A. GOUGET : Nouvelles recherches sur la claudication intermittente. — (N° 82, 12 oct.) L. LANDOUZY : Anémie et ictère hémolytiques tuberculeux. Bacillo-tuberculose hémolysante. Anémie grave et subictère, par fragilité globulaire chez un phtisique pulmonaire. — CHICOTOT : Traitement des végétations vénériennes par la radiographie. — (N° 83, 15 oct.) Léon BERNARD : La néphrite hydropigène tuberculeuse. — Cyrille JEANNIN : Conception actuelle du traitement chirurgical de la rétroversion de l'utérus.

LES MALADES CHRONIQUES DES HOPITAUX DE PARIS

ET

L'ASSISTANCE FAMILIALE A LA CAMPAGNE

Par les docteurs Paul CLAISSE,
Médecin de la Pitié,
et RODIET,
Médecin de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Depuis longtemps, l'Administration de l'assistance publique et les médecins des hôpitaux de Paris se plaignent de l'encombrement des services. Dans un récent article (1) l'un de nous a signalé que, « malgré toutes les protestations des médecins et les efforts très réels des administrateurs, les hôpitaux de Paris souffrent d'une pléthore inquiétante et croissante ». Les causes de cet encombrement sont : l'absence d'hôpitaux dans les grandes agglomérations suburbaines, l'admission des malades aisés à l'hôpital, et l'occupation abusive de lits d'hôpital par des infirmes. Pour remédier à cet état de choses, plusieurs moyens se présentent : 1° créer des hôpitaux suburbains; 2° interdire l'entrée de l'hôpital aux malades aisés; 3° diriger les infirmes et les vieillards sur des hospices et asiles dont le nombre devra être augmenté.

A cette dernière solution, nous en ajouterons une autre qui nous paraît préférable, aussi bien pour les malades que pour les deniers de l'assistance publique.

Le Conseil général de la Seine, pour désencombrer les asiles du voisinage de Paris, place les aliénés chroniques inoffensifs dans les colonies familiales, situées dans les départements du Cher et de l'Allier.

C'est ainsi que 1 000 femmes environ sont assistées dans la petite ville de Dun-sur-Auron (Cher), et dans les villages et hameaux voisins. Les hommes, au nombre de 440, sont placés à Ainay-le-Château (Allier) et aux environs. Pourquoi les infirmes et les vieillards qui encombrent les salles des hôpitaux ne seraient-ils pas appelés à bénéficier du même système ? A la condition, toutefois, qu'ils ne soient pas atteints d'affections contagieuses, les gens de ce pays, habitués maintenant à recueillir des malades, les hospitaliseraient volontiers. Les places ne manqueraient pas. L'économie pour l'assistance publique serait appréciable, car la journée d'assisté, qui revient à 3 ou 4 francs dans les hôpitaux de Paris, serait aisément réduite à la colonie. Le prix de journée est de 1 fr. 60 à Ainay-le-Château et de 1 fr. 50 à Dun-sur-Auron.

Les malades trouveraient à la campagne une hygiène meilleure qu'à l'hôpital et une vie plus saine et plus normale. Ils seraient traités par les médecins du pays à qui l'Assistance publique a déjà confié la surveillance et le soin de ses enfants. Tous les détails d'organisation seraient promptement résolus, si l'idée elle-même était adoptée pour les mêmes raisons qui ont déterminé le Conseil général de la Seine à tenter l'expérience et à la poursuivre depuis 1893, en faveur des aliénés.

(1) Claisse. L'encombrement dans les hôpitanx de Paris, *La Clinique*, 15 avril 1910.

Le tableau de la vie à l'hôpital est-il moins sombre que celui de l'existence dans un asile? Ceux qui peuvent quitter leurs lits, ces malades chroniques à l'égard desquels tous les traitements ont échoué, ces infirmes auxquels le chirurgien ne peut plus rien faire, tous ceux, en un mot, qu'on connaît sous le nom de « pilons d'hôpital » ont-ils quelque bénéfice à retirer d'un plus long séjour au milieu des malades aigus? Dans le jour, s'ils quittent les salles, c'est pour s'asseoir, par groupes, sous les longues galeries couvertes ou dans les jardins de l'hôpital. Toute la nuit et la matinée, ils vivent dans les dortoirs au milieu des gémissements et des plaintes avec ceux qui restent toujours couchés et qui souffrent, et aussi avec ceux qui meurent. Si indifférents qu'ils deviennent à ce spectacle, il n'est pas fait pour leur inspirer courage. N'y a-t-il pas, d'ailleurs, des risques de contagion, si parfaites que soient les précautions prises; et en tous cas une pareille vie, en se prolongeant, peut-elle assurer une amélioration dans un état physique déjà précaire?

Mais, dira-t-on, les malades des hôpitaux ne sont pas comparables aux malades des asiles. Ceux-ci sont à l'asile, malgré eux. Pour le plus grand nombre, l'asile est une prison d'où ils désirent s'évader par tous les moyens possibles. Le malade qui se présente à l'hôpital entre volontairement dans le service de médecine ou de chirurgie où il recevra les soins qui lui sont nécessaires. Si, malgré les conseils du médecin, il veut partir, retourner chez lui, il est libre. L'administration n'a aucun droit pour lui refuser son billet de sortie. Mais ce billet de sortie, il ne le réclame pas, et c'est précisément dans cette liberté même du malade, que se trouve l'une des causes de l'encombrement des hôpitaux. L'infirme de corps, le malade chronique dont le foie, l'estomac, le cœur ou les reins sont encore atteints, éprouve une certaine anxiété à l'idée de ne plus vivre à l'hôpital. Certains « pilons d'hôpital » se refusent à quitter le service dans lequel depuis des mois ils occupent un lit. Ils ne suivent plus aucun traitement. La phase aiguë de leur affection étant passée, ils en sont arrivés à cette période de calme relatif où ils pourraient vivre à la ville. Mais ils restent des « infirmes », ils sont incapables de travailler. Par crainte d'une rechute immédiate, par pitié pour eux et leur famille, le médecin ne peut pas les jeter à la porte. Alors on les garde, ou bien on les envoie à Vincennes ou au Vésinet. Le lendemain même de leur « exeat », ils se présentent au « bureau de bienfaisance » ou à la consultation d'un autre hôpital. Inutile d'ajouter que, aussitôt après leur sortie, ils vont solliciter le conseiller municipal de leur quartier ou le député de leur circonscription, les apitoyer sur leur sort et se faire recommander à l'Assistance publique.

Un autre obstacle à la sortie du malade, c'est l'impuissance de la famille à lui continuer les soins nécessaires à son état. Soit par manque de ressources, soit parce que le travail oblige ses parents à le laisser à la maison seul et sans protection, l'infirme est abandonné à lui-même. Si, par les soins du bureau de bienfaisance, il est, à sa sortie de l'hôpital, assisté dans sa propre famille, ces soins sont insuffisants,

malgré tout le dévouement des siens, malgré tout le zèle des médecins et de l'Assistance publique.

A ce malade, il faut une autre vie que l'existence de Paris. Faire monter des étages à un cardiaque ou à un bronchitique, lui donner à respirer l'air des cours et des faubourgs ou l'atmosphère d'une chambre dans laquelle, faute d'espace, on vit à cinq ou six, c'est l'aider à mourir. Voilà pourquoi, je pense, le malade qui a passé des mois à l'hôpital, ne demande pas à sortir, même lorsqu'il n'a plus rien à gagner à prolonger son séjour. Voilà pourquoi aussi le médecin ne lui propose pas sa sortie.

Il y a trop de raisons de craindre une rechute dans de pareilles conditions pour que, la crise aiguë étant passée, le malade veuille s'exposer à cette rechute et le médecin ne se fasse pas scrupule de la provoquer.

Pour les chroniques ou infirmes qui n'ont pas de famille, la situation est encore pire. C'est bien à ceux-là vraiment que le placement dans une famille étrangère peut servir de refuge, car ils ont le choix entre l'hospice ou la mendicité. Mais les hospices sont insuffisants. Chacun sait que les demandes sont nombreuses et les places très rares. L'hospice et l'hôpital se renvoient les malades.

Le grand obstacle au traitement de ces malades dans une famille, à la campagne, sera la difficulté de les décider à quitter Paris. Cette difficulté sera d'autant plus sérieuse que le malade aura de la famille et qu'il sera plus souvent visité à l'hôpital. Même pour les aliénés qui pourraient bénéficier du placement familial, le médecin n'arrive pas à convaincre les parents que l'intérêt du malade est de vivre à la colonie. Dans les asiles de la Seine, les aliénés souvent visités sont rarement désignés pour les colonies, à cause de l'opposition des familles.

Le malade ne voudra pas quitter l'hôpital par crainte de s'éloigner de ses parents. A l'ennui de quitter Paris, s'ajoutera la peur de mourir loin des siens. Les visites du dimanche et du jeudi à l'hôpital sont un soulagement à sa misère. Il renoncera malaisément au plaisir de voir souvent ceux qui lui sont chers. La famille s'opposera aussi à cette séparation. Tous les raisonnements du médecin, hygiène, grand air, vie plus saine, amélioration possible, échoueront contre cette résistance très justifiée par la difficulté et la lenteur des communications entre Dun-sur-Auron et Paris.

L'objection est valable. Si l'idée de la colonisation des malades des hôpitaux était acceptée, il faudrait donc réaliser les premiers essais avec des infirmes qui n'ont pas de famille ou qui sont abandonnés par leur famille. Tout le succès de la tentative dépend du choix des premiers malades qui seront envoyés en colonie. L'expérience réalisée par le docteur Auguste Marie, en 1893, aurait échoué, dès le début, si les premiers aliénés transférés à la colonie de Dun-sur-Auron avaient causé du scandale, fait des tentatives de suicide ou frappé leurs nourriciers. De même il faudra choisir avec le plus grand soin les infirmes des hôpitaux destinés à vivre en colonie familiale.

Dès maintenant, il semble qu'on puisse fixer les trois règles suivantes pour le choix de ces malades. Il faut : 1° qu'ils soient encore assez valides pour supporter le voyage, il importe de ne pas les exposer à des accidents aigus, sous l'influence du déplacement; 2° qu'ils ne soient pas atteints d'affections contagieuses, donc, ni tuberculeux, ni syphilitiques, ni contagieux d'aucune sorte; 3° qu'ils ne soient pas alcooliques ou du moins que, malades, ils aient compris combien l'alcool a été nuisible à leur santé. La dure expérience faite pendant leur séjour à l'hôpital peut être, pour un grand nombre d'entre eux, une garantie d'avenir.

D'ailleurs, pourquoi ne pas commencer par des malades femmes? Avec elles, les risques à courir sont moins grands. Même en faisant un choix sévère, on trouverait dans les services de médecine toute une catégorie de malades atteintes d'affections chroniques du cœur, du foie, de l'estomac, des reins et, encombrant les services de chirurgie, des impotentes et des infirmes.

Toute une région est disposée à les accueillir. Plusieurs petits pays des environs de Dun sollicitent des malades depuis longtemps, sans pouvoir obtenir satisfaction. Même dans les villages organisés en colonies d'aliénés, un certain nombre de placements sont toujours vacants, à cause du nombre de demandes et de l'inscription sans cesse croissante de nouveaux nourriciers.

L'Assistance publique, en adoptant ce système, réaliserait une notable économie. Le Conseil général de la Seine a bien compris les avantages financiers de ce mode d'assistance. Pour apprécier ces avantages, il suffit de comparer les prix de journée dans les asiles du voisinage de Paris, et les prix de journée dans les colonies. Le prix de journée d'une pensionnaire de Dun-sur-Auron est de 1 fr. 50, soit : 1 fr. 10 pour le nourricier et 40 centimes pour les frais de personnel, d'infirmerie, de pharmacie, de lingerie et vêtements, etc. A Ainay-le-Château, le prix de journée est de 1 fr. 65. Le même malade pour lequel, en 1910, le département de la Seine paiera un prix de journée de 3 fr. 81 à Sainte-Anne, de 2 fr. 99 à Villejuif et de 3 fr. 09 à Ville-Evrard, ne coûtera que la somme de 1 fr. 65 par jour à Ainay-le-Château et de 1 fr. 50 à Dun-sur-Auron. Le fait n'est pas sans importance, si on songe que le budget des aliénés augmente en 1910, pour le département de la Seine, de la somme de 360 000 francs.

En résumé, si l'éloignement de Paris n'est pas un obstacle absolu à l'assistance familiale à la campagne des malades chroniques des hôpitaux, l'application de cette idée aurait pour résultats : 1° une diminution sensible des frais pour une grande quantité d'infirmes qui n'ont plus aucun bénéfice à séjourner à l'hôpital et qui ne peuvent être assistés dans leurs familles; 2° le désencombrement des hôpitaux dont le nombre de places est limité, au profit des malades atteints d'affections aiguës exigeant l'entrée immédiate dans un service de médecine ou de chirurgie; 3° enfin, pour les malades chroniques abandonnés par leurs parents, l'assurance d'une vie plus saine, plus hygiénique, moins triste qu'à l'hôpital, avec plus de liberté et l'illusion d'une famille.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU PALUDISME

D'après M. F. Arnaud.

M. Arnaud résume ainsi dans le *Marseille médical* (n° 20, 15 oct. 1910) les éléments essentiels de la méthode de traitement du paludisme par la quinine.

1° Règle de la dose : 1 gramme de sulfate de quinine donné à dose unique, massive, ou mieux en deux cachets de 0g50, à intervalles très rapprochés d'un quart d'heure ou d'une demi-heure ;

2° Règle de l'heure : cinq à six heures avant le début de l'accès, marqué par le frisson de l'ascension thermique ;

3° Règle du jour ou des intervalles : répéter la quinine, à même dose et à même heure, chaque jour, durant sept jours après le premier accès coupé par le remède, puis une fois par semaine, durant un mois environ, le jour correspondant à l'accès qui a manqué.

En se conformant à cette pratique, dont l'efficacité ne m'a jamais fait défaut, le médecin peut être assuré, non seulement de couper sûrement et sans délai les accès de fièvre intermittente, mais de supprimer radicalement les rechutes.

XIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Paris*, *13-15 octobre 1910*] (1).

COMMUNICATIONS RELATIVES AUX NOUVEAUX TRAITEMENTS DE LA SYPHILIS

Un certain nombre de ces communications ont été faites simultanément au *Congrès* et à la *Société médicale des hôpitaux* : telles sont celles de MM. Milian, Jacquet, Jeanselme, Laignel-Lavastine et Touraine. Nous nous contenterons donc de les mentionner puisqu'elles ont déjà été résumées ici même.

M. Salmon (de Paris). Le traitement de la syphilis par le 606 est le triomphe du laboratoire. A l'heure actuelle, les résultats fournis par cette méthode sont tels qu'on doit complètement laisser de côté le mercure. C'est ainsi que j'ai guéri, par une seule injection, un chancre syphilitique chez un malade qui allait se marier et qui a pu, grâce au 606, ne modifier en rien ses projets.

M. Granjux. Lorsqu'on parle devant un auditoire qui n'est pas exclusivement médical, il est indispensable de bien mesurer la portée de ses paroles. Demain, les grands journaux politiques s'empareront de votre communication, et le public s'imaginera qu'une seule injection de 606, faite à un sujet porteur d'un chancre induré, neutralise si bien sa syphilis qu'il peut se marier dans la quinzaine. Il y a là une illusion dangereuse, et contre laquelle je m'élève de toutes mes forces.

Quatre-vingts cas de syphilis traités par le 606. — M. Emery. Chez quatre-vingts syphilitiques atteints des accidents les plus divers, le 606 a donné d'excellents résultats. De ces sujets, les plus intéressants présentaient les accidents suivants : arthropathies avec ankylose, syphilis cérébrale avec amnésie, épilepsie bravais-jacksonienne, surdité labyrinthique, syphilis œsophagienne et gastrique, irido-choroïdite, etc. Ils n'avaient retiré aucun bénéfice des traitements classiques. Il faut employer le médicament en suspension ou solubilisé dans un alcalin. En opérant ainsi, on supprime le plus souvent toute réaction locale. Par contre, si la valeur curative du 606 est définitivement prouvée, sa valeur, à titre prophylactique, mérite encore examen.

MM. Sicard et Bizard ont obtenu d'excellents résultats, avec le 606, dans les accidents syphilitiques. Ce médicament ne leur a, par contre, donné que des insuccès dans les affections parasyphilitiques.

M. Netter. Les statistiques fournies par les savants de tous les pays montrent l'innocuité absolue du 606. Les faits confirment donc les lumineuses théories d'Ehrlich, en montrant la valeur d'un traitement qui guérit la syphilis en une fois, par une seule injection.

A propos du 606. — M. Leredde. Les faits cliniques démontrent que l'action du 606 sur les accidents spécifiques est considérable et constante; elle est surtout mise en valeur dans les cas où la syphilis a résisté au mercure. Ces cas sont du reste plus rares qu'on ne le dit. Quant aux affections parasyphilitiques, elles peuvent guérir, à leur début, sous l'influence du 606 comme sous celle du mercure.

M. Faivre (de Poitiers). La sulfuration associée au 606, en augmenterait sans doute les effets thérapeutiques.

L'hectine. — M. Mouneyrat donne les lois biochimiques qui établissent les relations existant entre la constitution chimique des corps arsenicaux et leurs propriétés antisyphilitiques. Il détermine avec précision les groupements atomiques qui augmentent ou diminuent l'action tréponimicide de l'arsenic. Cela fait, il indique les moyens propres à désintoxiquer les molécules arsenicales antisyphilitiques. L'hectine tue le tréponème, agent infectieux de la syphilis (Fouquet). Elle ne se fixe pas dans les centres nerveux, ce qui explique son innocuité; elle se localise presque exclusivement dans la peau et les muscles, régions où siègent le plus souvent les lésions d'origine syphilitique. Cette action anti-infectieuse de l'hectine et sa localisation spéciale indiquent sa puissante action dans le traitement de la syphilis à toutes ses périodes, ainsi que dans les affections parasyphilitiques. De plus, elle relève très rapidement l'état général des malades.

Traitement abortif de la syphilis. — M. Hallopeau. Le 606 est un médicament dangereux. Pour le traitement abortif local, on doit recourir à tout médicament actif et suffisamment toléré, tels sont l'hectine et l'oxycyanure de mercure.

Traitement de la syphilis par l'hectine. — M. Balzer (de Paris). L'hectine contient à peu près 19 p. 100 d'arsenic, et 5 centigrammes en contiennent environ 1 centigramme. Les doses moyennes sont de 10 centigrammes par jour, et le meilleur mode de traitement consiste à injecter cette dose tous les jours. On peut aussi injecter 20 centigrammes tous les deux jours. La cure totale est de 2 à 3 grammes, administrés, soit sans interruption, soit avec une interruption de quatre à cinq jours au milieu de la cure. Il n'y a aucun intérêt à utiliser des doses plus fortes ou plus rapprochées. La dose que nous proposons correspond, au point de vue teneur en arsenic, à la dose

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 119, p. 1612; 121, p. 1648; 123, p. 1672, et 125, p. 1698.

qui est administrée dans le traitement par le 606. A elle seule, l'hectine donne de très bons résultats, mais il est extrêmement avantageux de l'associer à d'autres substances : iodure de potassium, mercure. L'hectargyne est une combinaison d'hectine et d'oxycyanure de mercure : elle réussit contre toutes les manifestations de la syphilis. L'hectine est-elle susceptible de faire avorter la syphilis? C'est ce qu'il est encore difficile de dire. Toujours est-il qu'on peut l'employer en injections sous-cutanées, intramusculaires, intraveineuses ou la faire ingérer aux malades. Chez les enfants, on la prescrira aux doses initiales de 1 ou 2 centigrammes pour monter prudemment jusqu'à 5, 6, 8 et même 10.

COMMUNICATIONS RELATIVES A LA SÉROTHÉRAPIE ET A L'ANAPHYLAXIE

Nouvelles recherches sur l'anaphylaxie. — M. Ch. Richet. Je me propose, dans cette communication, de résoudre les trois questions suivantes : 1° *L'anaphylaxie est-elle spécifique?* Non, parce que si vous comparez deux chiens de même taille, soumis à l'injection d'une même dose d'apomorphine, vous pouvez constater que celui qui a été préalablement anaphylactisé par une substance quelconque vomit plus vite que l'animal témoin. 2° *Les phénomènes anaphylactiques sont-ils simples?* L'expérience montre que les substances anaphylactisantes sont constituées par l'union de deux principes que l'alcool permet de dissocier : un *préparant* et un *déchaînant*. 3° *L'anaphylaxie peut-elle être individuelle?* Oui, puisque certains cobayes sont plus sensibles que d'autres à l'injection du sang provenant d'un même cobaye.

Diminution des accidents sériques dus au sérum antirhumatismal. — M. Rosenthal a vu les accidents sériques disparaître presque complètement par le chauffage du sérum au bain-marie à 56 degrés.

Activation d'un cas de tuberculose pulmonaire par des injections de sérum antidiphtérique. — MM. Salomon et Paris. Chez un enfant atteint de diphtérie oculaire, et traité par le sérum de Roux, des signes de tuberculose pulmonaire apparurent en même temps que l'éruption sérique. Il y eut, entre l'injection de sérum et la constatation des phénomènes respiratoires, une période d'incubation assez longue. M. Landouzy a cité des faits de ce genre. On doit donc, chez les tuberculeux, se montrer aussi réservé que possible dans l'application de toute médication sérothérapique.

Accidents d'anaphylaxie consécutifs à la sérothérapie antitétanique. Manifestations névritiques. — M. P. Thaon. Un homme de trente ans, bien portant, se blesse à la main, on lui fait une injection de sérum antitétanique qui ne détermine aucun accident. Quatre ans après, une seconde injection du même sérum provoque des accidents de deux ordres : immédiats, caractérisés par un œdème pseudo-phlegmoneux de la région injectée et tardifs; défaillances brusques du cœur, vomissements, poussées d'urticaire, oligurie avec albuminurie. Plus tard, apparut une paralysie du grand dentelé avec atrophie musculaire et réaction de dégénérescence. Cette observation pose la question, dont l'importance pratique n'a pas besoin d'être soulignée, de savoir par quels moyens on pourra prévenir la réapparition des accidents anaphylactiques chez un sujet déjà traité par les sérums antitoxiques et chez lequel on se verra obligé de recourir à une nouvelle injection.

M. Netter. Les sujets auxquels on a fait une injection de sérum peuvent rester anaphylactisés de longues années.

M. P. E. Weill. J'ai traité un certain nombre d'hémophiles par des injections de sérum de cheval répétées tous les deux mois. Les accidents anaphylactiques se sont produits d'une façon variable et irrégulière; cependant, d'une façon générale, on peut dire qu'ils paraissent moins graves chez l'homme que chez l'animal.

M. Martin. Presque toujours, lorsqu'on est obligé de répéter les injections de sérum, on voit survenir des accidents d'abord locaux : œdème, urticaire; puis généraux : éruptions diverses, arthralgies. Mais tandis que, chez l'enfant, ces accidents sont le plus souvent bénins, chez l'adulte, il est de règle qu'ils acquièrent une gravité particulière. Pour les éviter, ou du moins les réduire à leur minimum d'intensité, on peut, avec Besredka, injecter le sérum prescrit d'abord à faibles, puis à fortes doses.

M. Landouzy. A la crèche de Laënnec, j'injecte aux bébés du sérum antidiphtérique dans tous les cas douteux. Pour les mamans, je suis beaucoup moins pressé d'agir, ayant remarqué à diverses reprises que ces injections provoquaient des accidents graves.

M. Fernand Arloing. Pour éviter les accidents d'anaphylaxie, j'ai essayé, sans grand succès, le chlorure de calcium, les sérums chauffés, le citrate et le lactate de strontium, etc. Puis j'ai tâché de rompre le charme anaphylactique, en administrant tous les onze jours le sérum en lavement. On peut aussi, comme l'a conseillé un savant japonais, injecter du sérum préalablement chauffé en présence du chlorure de sodium.

M. Widal. J'insiste, à mon tour, sur la nécessité de n'injecter le sérum qu'à bon escient. Il y a des états méningés qui simulent la méningite cérébrospinale et qui ne demandent qu'à guérir tout seuls. Ce serait une grave faute que de les traiter par les injections sous-arachnoïdiennes de sérum antiméningococcique.

M. Netter. Il peut y avoir des méningites cérébrospinales à liquide clair. Attendre, pour les soumettre à la sérothérapie, qu'on ait procédé à toutes les méthodes de laboratoire permettant de les différencier des états méningés décrits par M. Widal serait perdre un temps précieux.

M. Widal. Pour voir si un liquide céphalo-rachidien contient des germes et des éléments cellulaires, il ne faut pas plus d'une demi-heure. Cette demi-heure, il est indispensable de la prendre, pour ne pas risquer de soumettre le malade à un traitement inutile toujours, et souvent dangereux.

M. M. Labbé. J'ai observé une jeune fille à laquelle on fit, à l'occasion d'une angine pseudo-membraneuse, une première injection de sérum de 20 centimètres cubes, puis, une seconde de dix. Dix jours après, apparurent brusquement des phénomènes inquiétants : frisson intense, malaise, urticaire généralisée, collapsus, ténesme, refroidissement des extrémités, délire, anurie. Au bout de trente heures, il y eut une sédation brusque qui succéda à l'émission d'une petite quantité d'urines. Dix jours s'écoulèrent, à la suite desquels reparurent les mêmes symptômes, mais beaucoup plus atténués. Depuis, la malade est restée très sujette à l'urticaire.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde ; soixante-cinq cas de traitement précoce. — M. A. RODET. 65 malades ont été traités au moyen du sérum antityphique que je prépare avec Lagriffoul, le sérum étant donné d'une façon précoce, avant le onzième jour. Chez 36 on a observé une défervescence *précoce* et *rapide*; parmi les 38 derniers malades traités, cette proportion de cas à évolution courte s'élève à 60,5 p. 100. Si l'on ne tient compte que des malades ayant donné un séro-diagnostic positif et sans soupçons d'une autre infection concomitante, ce pourcentage, loin de s'abaisser, monte à 69. Une si forte proportion de cas à durée au-dessous de la moyenne ne peut être l'effet du hasard. Chez les malades traités par le sérum, la sécrétion urinaire a été abondante (en l'absence de bains froids), la convalescence rapide, les complications très rares, ainsi que les rechutes.

La cure de l'hémophilie par le traitement sérique continu. — M. P. EMILE-WEIL rapporte l'histoire de quatre grands hémophiles familiaux, traités depuis deux à quatre ans, par des injections de sérum animal, répétées tous les trois mois. Par ce traitement, les malades ont vu s'atténuer, puis disparaître les accidents spontanés graves, qui revenaient depuis des années. En même temps, les troubles de coagulation subissaient des changements ; le sang, qui mettait un temps variant de douze à trois heures pour se coaguler, suivant les malades, se coagule actuellement en un temps, allant de trente à soixante minutes.

Le traitement sérique ne fait donc pas que parer aux accidents hémorragiques, spontanés ou provoqués, mais agit sur le vice diathésique même de l'hémophilie. L'affection a plus vieilli, chez nos malades, en deux ans, qu'elle n'eût fait spontanément dans l'existence entière, et leur amélioration est telle, qu'on peut, pour certains, parler de guérison.

Les injections de sérum ne causent aucun trouble sérieux dans la santé des malades.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Du traitement endoscopique des spasmes à forme grave. Résultats éloignés. — M. GUISEZ. Depuis six ans, nous avons eu à soigner 40 cas de sténoses par contracture du cardia et de l'orifice supérieur de l'œsophage. Chez tous, il s'agissait de sténoses à forme grave s'accompagnant de rétro-dilatation de l'œsophage, souvent très volumineuses, diverticules et grands dilatateurs dits idiopathiques. L'alimentation était devenue progressivement impossible, non seulement aux liquides mais aussi aux solides.

Le traitement, une fois le diagnostic endoscopique établi, a consisté en dilatations progressives du sphincter à l'aide du ballon dilatateur modifié de Gottstein. On fait une sorte de dilatation progressive et forcée de l'orifice supérieur ou du cardia avec un ballon dilatateur construit à cet effet. Tous les malades qui ont suivi cette thérapeutique sont guéris et la guérison s'est maintenue à la condition de continuer suffisamment longtemps ce traitement.

Les malades avalent en un temps et leur alimentation est normale maintenant.

Pseudo-cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ. Le nombre des pseudo-cancers de l'œsophage est relativement élevé, puisque, dans la statistique de l'auteur, il atteint 12 p. 100 des cas examinés. Seul l'œsophagoscope a pu redresser le diagnostic, permettant de voir exactement la lésion, et, dans les cas douteux, de le contrôler par l'examen biopsique d'un fragment enlevé à la pince.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans la plupart de ces pseudo-cancers, c'est qu'il s'agit de lésions curables par les ressources actuelles de l'endoscopie.

Formes de la tuberculose rénale d'après les données expérimentales. — MM. L. BERNARD et SALOMON. Il existe les plus grandes similitudes, tant pathogéniques qu'anatomiques, entre les tuberculoses rénales expérimentales et humaines. Le bacille de Koch est l'agent responsable de toutes les lésions, qui relèvent uniquement de l'action des poisons locaux. On peut distinguer, suivant les voies d'apport des bacilles : 1° une forme primitive, *tuberculose infiltrée des reins*, le plus souvent unilatérale, à évolution chronique, qui répond à une inoculation accidentelle, et qui relève de la chirurgie ; 2° des formes secondaires, comprenant les *néphrites folliculaires et non folliculaires*, à lésions bilatérales, observées ordinairement chez des tuberculeux, et occasionnées par la bacillémie ; 3° des rétentions rénales tuberculeuses, *hydro* et *pyonéphrose*, qui ont besoin, pour se réaliser, d'un obstacle uretéral absolu.

La néphrite hydropigène tuberculeuse. — M. L. BERNARD. En 1901, j'ai établi, avec M. Landouzy, que la néphrite hydropigène est le plus souvent de nature tuberculeuse, et que fréquemment, véritable forme larvée de la tuberculose, elle semble primitive, de cause ignorée, alors qu'en réalité derrière ses symptômes se masque l'infection tuberculeuse. Depuis ce moment, un grand nombre de travaux et d'observations ont confirmé cette conception.

Au début, la maladie ne se traduit que par la triade albuminurie, oligurie, œdème, sans signes cardio-artériels ni petits signes de brightisme ; cela tient à ce qu'alors la perméabilité rénale est normale ou exagérée. Le cortège symptomatique peut rester tel jusqu'à la mort, qui survient en quelques mois. Dans d'autres cas, au contraire, l'évolution dure une ou plusieurs années ; alors, l'imperméabilité rénale s'établit progressivement, entraînant les signes qui lui sont propres, et modifiant le tableau clinique.

Cette complication peut survenir chez des phtisiques avérés ; mais les faits intéressants sont ceux où l'affection rénale semble primitive ; le malade se présente comme un brightique, chez lequel les signes pulmonaires sont discrets ou inexistants ; le diagnostic de tuberculose a parfois été révélé par les méthodes de laboratoire.

Les lésions sont celles de la néphrite diffuse, à prépondérance d'altérations épithéliales ; il existe parfois de la dégénérescence amyloïde ; mais elle manque souvent.

Notre conception pathogénique de ces faits s'est modifiée sous l'influence des travaux de A. Jousset et des recherches expérimentales de L. Bernard et Salomon ; les uns et les autres ont établi que ces altérations rénales sont provoquées directement par l'action du bacille, et non par celle de ses toxines diffusibles. De fait, la présence du bacille dans les reins ou les urines a été reconnue dans quelques cas.

Le traitement doit s'inspirer de ce que le malade

est avant tout un bacillaire, et de ce que ses reins ne sont pas imperméables.

Action antitoxique des lipoïdes vis-à-vis du poison tuberculeux. — MM. Lemoine et Gérard (de Lille). Chez les animaux tuberculisés traités par l'injection de lipoïdes, on constate, dans le cas où l'injection est volumineuse, la production de nodosités remplies d'un magma épais, crémeux, qui, au microscope, montre des leucocytes farcis de lipoïdes contenant des bacilles de Koch. Ce magma, injecté sous la peau ou dans le péritoine d'un cobaye, ne donne jamais de tuberculose. Il se produit donc de véritables points de fixation à bacilles tuberculeux morts.

Influence du régime carné sur l'organisme des herbivores. — MM. Labbé et P. Thaon. Alors que le régime carné exclusif, administré à des lapins ou à des cobayes, conduit rapidement à la mort les animaux expérimentés, un régime mixte, composé de viande mélangée à la nourriture habituelle, permet une survie de plusieurs mois. A l'autopsie, on trouve des lésions multiples : début de cirrhose périportale, altérations épithéliales et conjonctives des reins, hémorragies des surrénales et, surtout, remarquable prolifération des îlots de Langerhans au niveau du pancréas.

Remarques anatomiques sur les plexus. — M. Mencière (de Reims) explique certains faits d'apparence paradoxale observés dans la paralysie infantile par la constitution anatomique des plexus. Un même nerf innervant deux muscles, l'un d'eux peut être paralysé et l'autre pas; celui-ci, malgré cette innervation commune, pourra servir de greffe réparatrice au premier. Ces données servent à fixer la technique de greffes musculo-tendineuses dans la paralysie infantile du pied, du genou, de la hanche.

Un cas de leucémie subaiguë à cellules embryonnaires. — M. Chevrel (de Rennes) rapporte une observation de leucémie à évolution relativement lente (sept mois) et caractérisée au point de vue leucocytaire par la présence en forte proportion (95 p. 100) de cellules embryonnaires analogues au grand lymphocyte d'Ehrlich. Cette observation doit être rangée dans le groupe des leucémies embryonnaires. Des inclusions cellulaires en forme de bâtonnets, de fuseaux ou de masses colorés en rose par le giemsa ont été constatées dans les grands lymphocytes. Elles n'ont pas l'aspect de parasites et représentent, sans doute, des débris cellulaires.

Etude comparative des différentes méthodes de coprologie clinique. — M. R. Gaultier. Tandis que les auteurs diffèrent sur les méthodes de coprologie clinique, je recours aux divers moyens macroscopiques et microscopiques d'analyse, mais j'y ajoute deux autres procédés, en donnant une place prépondérante à l'un d'eux ; l'un est un moyen *physiologique*, renseignant sur la motricité intestinale, tiré de la notion de la *traversée digestive*; l'autre est un moyen d'*analyse chimique* montrant l'activité sécrétoire des glandes digestives par l'*analyse quantitative et qualitative des graisses excrétées* et leur rapport avec les graisses ingérées dans un *repas d'épreuve*.

Résultats pratiques de cinq cents analyses coprologiques faites dans un but diagnostique, pronostique et thérapeutique, des affections intestinales, hépatiques et pancréatiques. — M. R. Gaultier. J'insiste sur les données suivantes : 1° importance de la notion de la traversée digestive; 2° peu de valeur de l'examen macroscopique ; 3° valeur assez considérable de l'examen microscopique; 4° prépondérance des renseignements fournis par l'analyse chimique. L'*analyse chimique des graisses fécales* est un signe aussi important dans le *diagnostic des affections du pancréas* que la présence d'albumine dans les urines pour le diagnostic des affections du rein, et la présence de sucre pour le diagnostic des diabètes.

Supériorité de la cure libre sur l'isolement dans le traitement de la neurasthénie et des névroses. — M. P.-E. Lévy. Sauf dans les cas où l'agitation est trop considérable, ou quand on se trouve en présence d'une anorexie nerveuse, la cure libre doit être préférée à l'isolement. Elle seule permet, en effet, l'éducation de la volonté et supprime les rechutes, si fréquentes à la suite d'une cure d'isolement.

Formes cliniques de la syphilis gastrique. — M. G. Leven. La syphilis de l'estomac revêt les apparences les plus diverses : 1° dyspepsies banales, graves, rebelles ; 2° ulcère gastrique avec hématémèses récidivantes; 3° sténoses pyloriques et médiogastriques (estomac en tablier) ; 4° cancer. On guérit des dyspepsies, des ulcères, des faux cancers, sans régime alimentaire, avec le traitement spécifique. En présence du cancer gastrique le moins discutable, nous instituons toujours le traitement spécifique avant de désespérer ou de faire opérer.

Processus histologique de la régression des tumeurs malignes sous l'influence du rayonnement du radium. — M. H. Dominici. Dans les tumeurs malignes, le radium agit en émettant des rayons qui vont frapper de mort les éléments néoplasiques au milieu des tissus sains qui sont plus ou moins épargnés, principalement dans les cas où l'on filtre les radiations à travers les écrans de métaux denses. Les cellules cancéreuses, sous l'influence du radium, subissent des modifications diverses : inhibition, déviations morphologiques, maturation cornée atypique des cellules pour les épithéliomas pavimenteux d'origine ectodermique ; maturation régulière qui, de cellules sarcomateuses, embryonnaires, fait des fibroblastes adultes ; régularisation de l'évolution des cellules les moins déviées dans le sens néoplasique. Le radium n'est donc pas un caustique mais un modificateur de la nutrition et de l'évolution cellulaires.

Régression de l'épithéliome pavimenteux malpighien métatypique du col de l'utérus sous l'influence du rayonnement du radium. — MM. Rubens-Duval et H. Chéron. La régression est due aux modifications des cellules épithéliomateuses et aux réactions conjonctivo-vasculaires. Les premières consistent en une dégénérescence cornée, les secondes, en une segmentation des masses cancéreuses par des masses connectives : fibrome et cellules. Polynucléaires et lymphocytes contribuent à la destruction des éléments épithéliomateux. La vascularite oblitérante, qui est constante, explique l'influence favorable qu'exerce le radium sur les hémorragies des tumeurs. Ces diverses modifications sont identiques à celles que l'on observe dans les épithéliomas qui présentent des phénomènes de régression spontanée.

Radiothérapie des tumeurs malignes.—MM. L. Wickham, Degrais et Gand. La méthode du fer croisé, qui consiste à placer certains appareils à radium d'un côté de la tumeur, et les autres de l'autre côté, intéresse les cellules néoplasiques d'une façon plus complète, plus homogène et à une profondeur plus grande que toute autre méthode, comme le prouvent deux cas de cancer des reins étudiés à ce point de vue par les auteurs.

Urologie des paralytiques généraux. — MM. Henri Labbé et Alfred Gallois. Les contradictions des auteurs qui ont précédemment étudié l'urologie des paralytiques généraux tiennent surtout à ce fait qu'ils n'ont pas placé leurs malades dans des conditions définies d'alimentation et n'ont pas fait le bilan des échanges nutritifs de leurs sujets. Les recherches actuelles portent sur quinze malades, du service de M. Truelle, aux trois périodes classiques et à la période pré-mortelle; les analyses ont été faites sur soixante échantillons prélevés sur des malades soumises par séries à des régimes lacté, lacto-végétarien, végétalien et mixte bien définis.

Les caractères physiques, les échanges minéraux et azotés ont été étudiés, et la présence des principaux corps anormaux a été recherchée. La *couleur* des urines semble sous la dépendance de la concentration du liquide. Un *dépôt* floconneux est fréquent; les *urines moussent* assez facilement par agitation. L'*odeur* varie avec la réaction : en général *sui generis*, elle est parfois fade aux dernières périodes. Les paralytiques généraux ne présentent ni *polyurie relative*, ni *polyurie absolue*, comme le montrent l'étude du volume excrété V et celle du rapport $\frac{\text{V excrété}}{\text{V ingéré}}$ aux différentes périodes. L'épreuve de la chlorurie expérimentale confirme ces résultats.

La *densité* Δ qui n'est qu'apparemment abaissée aux deux premières périodes augmente sensiblement au cours de l'affection ; le rapport $\frac{\Delta}{V}$ augmente parallèlement, car le volume V diminue au contraire. Au cours de l'épreuve de la chlorurie expérimentale, la densité moyenne Δ est légèrement plus élevée qu'elle ne l'est pour des régimes moins chargés en chlorures. L'*acidité* est soumise à l'influence de la nature du régime et de la période de la maladie. Avec l'évolution du processus, l'acidité s'abaisse; les urines, à la période pré-mortelle, deviennent même alcalines avec production d'ammoniaque, et cette alcalinité finale semble témoigner d'une réaction humorale de défense contre l'intoxication acide mortelle s'effectuant par un processus analogue à celui que l'on observe dans le coma diabétique.

Les échanges minéraux totaux se caractérisent par ce fait qu'une faible partie seulement des matières minérales ingérées passe dans la circulation et se retrouve dans l'élimination urinaire. Cette faible quantité se réduit de plus en plus au cours de l'affection et s'accroît légèrement à la période pré-mortelle. Comme les échanges azotés, ainsi que nous le verrons, les échanges minéraux se caractérisent par une restriction progressive aboutissant à la cachexie des malades. — L'*étude de l'élimination chlorurée* donne des résultats remarquablement différents selon qu'elle est pratiquée au cours des régimes ordinaires où les chlorures sont combinés aux aliments, ou qu'elle est pratiquée au cours des mêmes régimes avec surcharge de chlorures libres expérimentaux. Dans le premier cas, l'élimination se fait mal; son coefficient est à la deuxième période de 36,4 p. 100; à la troisième période, de 50,1 p. 100. Dans le second cas, le coefficient d'élimination est bien meilleur, soit 68,1 p. 100 en moyenne. Cette dystrophie vis-à-vis des échanges chlorurés semble due pour une très faible partie à des lésions rénales constantes mais toujours minimes, et pour une part beaucoup plus grande à la rétention intestinale des chlorures combinés. L'assimilation des protéines est très mauvaise; les chlorures du lait semblent suivre le même sort. Au contraire, les chlorures condimentaires paraissent éminemment diffusibles. En pratique, quels que soient les malades, il est donc impossible dans l'épreuve de la chlorurie expérimentale, de se borner à n'observer que l'élimination des chlorures du lait; il est rigoureusement nécessaire d'ajouter au régime une quantité déterminée de sel libre et d'en suivre l'évolution. — L'*élimination des phosphates* est faible aux trois périodes; elle est toujours notablement inférieure à ce qu'elle devrait être pour la quantité de phosphates entrant dans les régimes administrés. — L'*élimination de la chaux* donne des résultats variables.

Les échanges azotés totaux urinaires sont mesurés par la détermination de l'azote total urinaire et la détermination du rapport $\frac{\text{NT urinaire}}{\text{NT ingéré}}$.
Alors que pour le régime pratiqué le *coefficient d'assimilation azotée* chez un sujet normal ne serait pas inférieur à 85-88 p. 100, la moyenne globale de ce coefficient chez nos malades n'a pas dépassé 69,9 p. 100. Cette moyenne met en lumière l'insuffisance générale des échanges azotés. En outre, l'assimilation azotée devient de plus en plus mauvaise, période par période. A la période pré-mortelle, qui doit être soigneusement distinguée des précédentes, le coefficient d'élimination azotée remonte ; la courbe de poids décroît rapidement et témoigne d'une destruction cellulaire intense en même temps que les escarres creusent en profondeur. La *production d'urée* nous a paru sensiblement normale ainsi que le *rapport azoturique* aux différentes périodes. Dans la période pré-mortelle seulement, la production d'azote uréique s'abaisse et le rapport azoturique devient très inférieur à la moyenne. D'une façon générale, l'*élimination azotée ammoniacale* n'est pas supérieure à ce qu'elle serait pour un même régime chez un individu normal. Le rapport $\frac{\text{N ammon. urin.}}{\text{N total urinaire}}$ s'abaisse d'une période à l'autre pour un régime mixte. A la période pré-mortelle, le phénomène change, l'élimination d'ammoniaque s'accroît considérablement et le rapport $\frac{\text{N ammon. urin.}}{\text{N total urinaire}}$ monte à 32,2 p. 100. C'est un fait qui nous paraît avant tout conditionné par l'approche de la mort. — Les *purines* endogènes sont éliminées en quantité normale; les purines alimentaires sont éliminées à peu près intégralement elles aussi et ceci aux trois périodes. Ce n'est qu'à la période pré-mortelle que cette loi est modifiée et que l'élimination des purines devient extrêmement faible. D'une façon générale, la proportion des purines éliminées à l'état d'acide urique nous a paru très élevée. Pour les végétariennes, la quantité d'acide urique est au

contraire très faible proportionnellement à la quantité des purines totales. — La quantité des *matières organiques indosées totales* ne s'est montrée anormale qu'à la période pré-mortelle où l'on trouve dans ces matériaux indosés un déficit dont la cause est inexpliquée.

Parmi les CORPS ANORMAUX, il faut signaler : la constance d'une petite quantité d'*albumines vraies*; la fréquence de *nucléo-albumines*, d'*albumoses*; la constance de l'*indican*; deux cas de *glycosurie* nette; la présence assez fréquente d'une petite quantité de *bilirubine* et la très grande rareté de l'*urobiline*.

***

Le prochain Congrès aura lieu à Lyon, en 1911, sous la présidence du professeur TEISSIER. Les questions suivantes feront l'objet de rapports : 1° *Rôle des hémolysines en pathologie*; 2° *Coma diabétique*; 3° *Médications diurétiques*. Les *sérothérapies* sont maintenues à l'ordre du jour.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1910)

Sur un monstre humain acéphale. — MM. MAGNAN et PÉRILLIAT ont observé un cas très rare de tératologie. Lors d'un accouchement gémellaire au septième mois, le premier enfant normal pesait 1 800 grammes, le deuxième fœtus, du sexe masculin, est un monstre pesant 1 700 grammes et mesurant 25 centimètres de long. Il a la forme d'une masse globuleuse, on dirait un ventre distendu au bas duquel s'allongent deux embryons de jambe. Le fait caractéristique est l'absence de tête et de bras, ainsi que la non existence du cœur, des reins, des poumons, de l'estomac et de l'œsophage.

Action des rayons ultraviolets sur les bacilles tuberculeux et sur la tuberculine. — Mme HENRI-CERNOVODEANU, MM. Victor HENRI et V. BARONI ont entrepris l'étude de l'action des rayons ultraviolets sur les propriétés biologiques des bacilles tuberculeux, ainsi que sur la tuberculine.

Leurs expériences leur ont montré qu'après une exposition de courte durée les bacilles tuberculeux sont atténués; après une durée plus grande, ils sont détruits.

La tuberculine exposée aux rayons ultraviolets ne donne plus aucune réaction chez le cobaye tuberculeux.

La tuberculine exposée dans le vide est détruite beaucoup plus lentement que celle exposée à l'air.

Sur la stabulation des huîtres en eau filtrée, par M. FABRE-DOMERGUE. La stabulation des huîtres en eau filtrée pendant huit jours ne diminue ni leur poids, ni leur embonpoint, ni leur résistance vitale. La durée de ce traitement peut être doublée sans qu'il en advienne pour le produit une notable dépréciation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1910)

Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses d'arsenobenzol. — MM. Louis MARTIN et Henri DARRÉ exposent une méthode de préparation et de conservation de l'arsenobenzol, qui leur paraît devoir rendre plus facile l'emploi de ce médicament dans la pratique médicale courante.

Ils ont recours aux injections intraveineuses, dont ils indiquent les principaux avantages : maximum d'action sur les parasites qui ne peuvent s'accoutumer au médicament et devenir arsenicorésistants ; minimum d'action sur l'organisme en raison de la rapide élimination de l'arsenic; absence de douleurs et de phénomènes réactionnels locaux. Ces injections se prêteront mieux que les injections intramusculaires à un traitement prolongé, si les recherches ultérieures en démontrent la nécessité dans les formes graves de la syphilis.

Ils exposent ensuite en détail la technique à suivre pou- préparer la solution qui sera injectée dans les veines : dissolution de l'arsenobenzol dans une solution concentrée de soude étendue ensuite avec de l'eau salée physiologique à 7 p. 1000, de façon à ce que la solution contienne 0g01 d'arsenobenzol dans 3 centimètres cubes de liquide; addition d'acide acétique de façon à diminuer autant que possible l'alcalinité de la solution, qui doit rester toutefois parfaitement limpide et par conséquent légèrement alcaline; filtration sur bougie Chamberland.

Cette solution doit être employée exclusivement en injection intraveineuse à la dose de 0g40 chez l'homme adulte, de 0g30 chez la femme, 0g0065 par kilogramme de poids corporel chez l'enfant. Une seconde injection peut être pratiquée six à huit jours après la première. L'injection est poussée lentement à l'aide d'un appareil à soufflerie.

Quelques heures après l'injection, on observe parfois, surtout dans la syphilis secondaire, une élévation thermique (38°5) qui disparaît dès le lendemain; on note toujours une vive réaction locale au niveau du chancre, de la roséole ou des syphilides qui entrent en régression dès le second jour et ne tardent pas à disparaître complètement. L'efficacité des injections intraveineuses est donc au moins égale, sinon supérieure, à celle des injections intramusculaires.

Le fait le plus important au point de vue pratique est que la solution, préparée comme il a été dit plus haut, peut être conservée prête à injecter pendant huit jours au moins et sans doute pendant beaucoup plus longtemps si l'on prend soin de la maintenir à l'abri de la lumière et surtout de l'oxygène de l'air dans des ampoules fermées à la lampe.

M. MILIAN a pratiqué des injections intraveineuses, et il doit dire que leur efficacité est moins grande que celle des injections intramusculaires. C'est d'ailleurs une opinion émise par Ehrlich, pour lequel il est indispensable d'adjoindre une injection intramusculaire à l'injection intraveineuse.

Au point de vue des accidents locaux, il en va de l'arsenobenzol comme des composés mercuriels insolubles. Tout dépend de l'endroit où on pratique l'injection. Il a injecté dans le tissu cellulaire des malades, des doses très faibles, 15 centigrammes de 606, et il a obtenu des abcès, alors que chez d'autres, et quelques fois chez le même malade, une injection de 50 centigrammes intramusculaire ne provoquait aucune réaction.

Un fait intéressant, c'est l'évolution de ces abcès arsenicaux, qui d'ailleurs ne sont pas des abcès infectieux. Pendant les deux jours qui suivent l'injection, il ne se produit rien, sauf une douleur immédiate vive. Au troisième jour apparaît une rougeur étendue, accompagnée d'œdème, offrant même un aspect érysipélateux. Au sixième jour l'abcès est formé, il y a de la fluctuation en même temps que se manifeste un prurit avec desquamation. Dans les jours qui suivent se forment des nodosités avec pigmentations des téguments. Ceci ne vise que des abcès consécutifs à des doses faibles. Si on emploie des doses plus fortes, il y a gangrène. C'est ce qui explique les accidents locaux assez sérieux qui émaillent les statistiques des auteurs allemands, la plupart partisans de l'injection sous-cutanée. Or, sur les 200 malades injectés par M. Milian, il n'a observé ni un abcès, ni une gangrène; cela tient à ce qu'il fait ses injections dans le muscle.

Si les accidents, tout en étant nombreux en Allemagne, ne sont pas plus fréquents, c'est qu'on a pratiqué l'injection entre les deux épaules, à un endroit où, la peau étant épaisse, adhérente à l'aponévrose, l'injection est faite en réalité dans le muscle. Quand il y a abcès, il est sous-aponévrotique, et remarquable par sa durée.

Cependant il ne conseille pas cette région, car la présence de nerfs intercostaux rend les douleurs intolérables, atroces, à tendance syncopale, avec sensation de striction thoracique, signes cardio-pulmonaires, angoisse, dyspnée et ralentissement du pouls. Faite plus bas, l'injection s'accompagne de vomissements, de signes gastriques. Plus haut, elle peut donner lieu à de véritables paralysies transitoires des mem-

bres supérieurs. Aussi doit-on préconiser l'injection dans les muscles de la région fessière.

Syphilis nerveuse traitée sans sucès par le 606. — M. Léon BERNARD rapporte l'observation d'une femme de quarante-neuf ans, souffrant depuis longtemps de céphalée et qui présentait, au moment de son entrée, une série de phénomènes nerveux, cérébraux, bulbaires et spinaux (parésie des membres, paralysies oculaires, paralysie du voile du palais). On lui fit une injection intramusculaire de 45 centigrammes de 606. Elle eut une réaction locale douloureuse intense, mais éphémère, ayant néanmoins nécessité au bout de trois heures une injection de morphine, et une élévation de température à 39 degrés. Dans les jours qui suivirent, on ne nota aucune amélioration. Bien plus, au bout de huit jours apparurent des symptômes dénotant une aggravation : délire et troubles sphinctériens. On lui fit alors un traitement mercuriel, et M. Bernard revit récemment la malade très améliorée, sans paralysie oculaire, sans paralysie du voile et sans trouble psychique. Comme on peut prétendre que l'injection de 606 ne fut pas suffisante, M. Bernard signale le fait sans en tirer de conclusion.

Hémiplégie de la période secondaire de la syphilis terminée par la mort malgré un essai de traitement par le dioxydiamidoarsenobenzol. — MM. Georges GUILLAIN et P. RAVAUT croient utile pour les études qui se poursuivent sur l'action thérapeutique du dioxydiamidoarsenobenzol (préparation 606 d'Ehrlich) de relater le fait suivant :

Une malade de vingt-huit ans en pleine syphilis secondaire entre le 14 août 1910 à l'hôpital Cochin; elle présentait une hémiplégie gauche survenue la veille à la suite d'un ictus, hémiplégie flasque avec signe de Babinski, troubles de la sensibilité, incontinence des urines et des matières, état d'obnubilation psychique et dysarthrie; il n'y avait aucune cardiopathie; la ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien clair donnant une réaction albumineuse très nette et contenant de nombreux lymphocytes et polynucléaires. Le 19 août ils pratiquent dans la région fessière une injection de 0g45 de dioxydiamidoarsenobenzol; à la suite de cette injection il y eut une élévation thermique, l'état de l'hémiplégie ne s'améliora pas et la malade mourut le 26 août. A l'autopsie, on constata l'absence de toute hémorragie cérébrale ou méningée. Il existait un petit foyer de ramollissement du segment postérieur de la capsule interne intéressant le putamen du noyau lenticulaire : il n'y avait aucun foyer dans le pédoncule, la protubérance, le pulpe. Aucune lésion viscérale à signaler.

Il leur paraît difficile de déduire de ce cas des enseignements précis. Au point de vue scientifique et avec impartialité, ils diront qu'ils avaient l'impression de par la clinique que l'hémiplégie de leur malade devait s'améliorer par le traitement mercuriel, que d'ailleurs l'autopsie a montré non une grosse hémorragie cérébrale, mais un foyer de ramollissement cérébral relativement minime, d'un autre côté ils savent fort bien qu'il est des hémiplégies syphilitiques ou non syphilitiques qui peuvent se terminer plus ou moins rapidement par la mort avec ou sans traitement; aussi la seule conclusion qu'ils puissent tirer est qu'une injection de 0g45 de dioxydiamidoarsenobenzol n'a pas guéri une hémiplégie syphilitique de la période secondaire, fonction d'un petit foyer de ramollissement cérébral et que leur malade est morte malgré cette injection et non à cause de cette injection.

Le 606. — MM. JEANSELME et TOURAINE, sur 36 malades traités par le 606, ont recherché la réaction de Wassermann immédiatement avant l'injection, puis pendant chacune des semaines suivantes. Les résultats qu'ils ont obtenus peuvent être divisés en quatre groupes.

1° Dans un cas de syphilis primaire, le Wassermann, encore positif quatre jours après l'injection, était négatif huit jours après et l'est encore le quarante-neuvième jour.

Chez 19 sujets atteints de syphilis secondaire, la réaction, de positive, est devenue négative en moins de onze jours dans 48 p. 100 et en seize jours dans 37 p. 100 des cas.

Dans 3 cas de syphilis tertiaire, le Wassermann est devenu négatif les neuvième, quatorzième et seizième jours.

2° Dans 5 cas, le Wassermann est resté positif plus de trois semaines après l'injection.

3° Sur quatre malades, le Wassermann, négatif avant le traitement, est devenu positif après, pour redevenir négatif dans la troisième ou quatrième semaine, sauf dans un cas.

4° Dans 5 cas, le Wassermann, positif, avant l'injection, est devenu négatif après elle, pour redevenir positif plus tard.

Il semble, d'une façon générale, que la réaction disparaît d'autant plus rapidement que la dose employée est plus élevée; toutefois, cette règle comporte de nombreuses exceptions.

La réaction de Wassermann devient le plus souvent négative en même temps que disparaissent les manifestations cliniques. Cependant, en ce qui concerne les syphilides *infiltrées*, secondaires ou tertiaires, on conçoit que le Wassermann devienne négatif avant que la résorption si lente de ces accidents soit terminée. A l'inverse, quand il s'agit de lésions *volantes*, telles que les plaques érosives, elles disparaissent bien avant que la réaction soit devenue négative.

A propos des réactions méningées. — M. Triboulet, à l'appui de l'opinion de M. Netter qui, dans les nombreuses observations d'états méningés rapportées dans les dernières séances, faisait de ces états des paralysies infantiles frustes, signale que dans son service à Trousseau, la paralysie infantile sévit avec une fréquence très grande. Cela lui permet de penser qu'il y eut entre les cas de méningite fruste et l'épidémie de paralysie infantile plus qu'une relation de coïncidence, mais une étiologie commune.

Il observa même un enfant qui, ayant toutes les apparences d'une méningite confirmée, fit au seizième jour de sa maladie une paralysie brachiale du type scapulo-huméral sans réaction de dégénérescence, réalisant ainsi une forme intermédiaire très importante.

De plus, il n'est pas rare d'observer des états infectieux, d'origine gastro-intestinale, avec des réactions méningées violentes. Tel celui d'un enfant qui pendant six jours resta dans un état comateux simulant une méningite, et qui était atteint d'acétonémie avec entérite glaireuse et sableuse. Au déclin de ses accidents, il fit une paralysie infantile. Au même moment son petit frère fit une attaque d'entérite sans aucun retentissement grave. Il arrive donc quelquefois que les toxines rompent le filtre intestinal pour se répandre brutalement sur certains organes, en particulier les centres nerveux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1910)

Cancer sténosant de l'intestin. — M. SAVARIAUD apporte trois nouvelles observations de cancers sténosants, phlegmoneux, de l'intestin.

Dans le premier cas, communiqué par M. Henri Petit, il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque qui détermina des accidents d'obstruction intestinale. On fit un anus iliaque. La tumeur de l'S iliaque devint phlegmoneuse. On l'incisa; il en sortit une quantité de gaz fétides et de pus. Peu de jours après, le malade fut pris de douleurs atroces et succomba à une rupture intrapéritonéale. M. Petit pense que la rupture s'est faite en deux temps et que le malade a succombé à une rupture circonférencielle totale.

Le second cas, communiqué par M. Roblot, a trait à une femme de soixante ans qui, à la suite de phénomènes péritonéaux, présenta un empâtement dans la fosse iliaque gauche. Il s'agissait d'un cancer térébrant du gros intestin. On opéra, et la malade succomba sept ou huit jours après.

M. Savariaud rapporte une troisième observation analogue et conclut que le cancer térébrant du gros intestin n'est pas aussi rare qu'on l'a dit.

Utérus doubles gravides. — M. MORESTIN, à propos de la communication de M. Rochard, rapporte l'observation suivante. En 1905, il vit, à Saint-Louis, une femme de vingt-deux ans qui portait une tumeur abdominale et qui avait des hémorragies. Ses règles avaient cessé depuis quatre mois. La malade présentait d'autres signes de grossesse; ses seins étaient

gros; il y avait du colostrum. En l'examinant, on trouvait une tumeur à droite, qui remplissait le flanc droit. On ne percevait presque rien du côté vaginal. Le col était normal. On sentait une masse intra-abdominale faisant suite au col et qui paraissait un utérus normal. Le diagnostic fut : grossesse extra-utérine. Le fœtus était vivant et semblait âgé de cinq à six mois. M. Morestin, en raison de la persistance des hémorragies, décida l'intervention. Il fit la laparotomie et il tomba sur une vaste poche qu'il contourna facilement et qui portait de chaque côté une trompe et un ovaire. C'était donc un utérus gravide à côté d'un autre utérus normal, dont il était séparé par une sorte de tractus. M. Morestin se décida à enlever l'utérus droit et laissa l'utérus gauche, qui semblait bien conformé. Les suites opératoires furent simples. Mais M. Morestin n'a pas pu retrouver cette malade.

M. Guinard apporte également une observation de grossesse gémellaire dans un utérus bicorne. Il s'agissait d'une femme de quarante ans qui avait eu trois enfants, dont le dernier était âgé de seize ans. Cette malade avait des douleurs dans le ventre et des pertes sanguines. Elle ne présentait d'ailleurs aucun signe de grossesse. Le col était dur et fermé. Il y avait une tumeur utérine que M. Guinard prit pour un fibrome. Il fit une hystérectomie subtotale. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire dans un utérus bicorne. La pièce fut envoyée à l'examen de M. Cornil qui trouva, dans cet utérus bicorne, des signes d'infection, de nombreux leucocytes, des glandes dilatées, etc.

Que faire en pareil cas, se demande M. Guinard? Il faudrait d'abord, dit-il, faire le diagnostic. Mais chez une femme qui a eu trois enfants, qui a des accidents hémorragiques, l'hystérectomie subtotale semble indiquée.

M. Hartmann a observé un utérus double chez une malade qu'il a opérée d'une double salpingite suppurée.

M. Quénu trouve la conduite de M. Rochard un peu excessive dans le cas qu'il a cité.

M. Souligoux a observé la femme d'un confrère qui portait une grosse tumeur sur l'utérus, du côté droit. Il pensa à une grossesse, mais le confrère la niait puisqu'il avait pu introduire l'hystéromètre à plusieurs reprises. Cette femme entra dans une maison de santé pour être opérée, M. Souligoux préféra attendre, et bien lui en prit car cette femme accoucha d'un enfant à terme et bien portant.

M. Rochard résume la discussion et répond à M. Quénu, en lui rappelant les arguments qu'il a déjà fait valoir en faveur de l'intervention dans ces cas. La persistance de l'hémorragie, la menace des fausses couches ou d'accidents infectieux puerpéraux après l'accouchement naturel, sont des raisons qui plaident en faveur de l'intervention.

L'ulcère duodénal. — M. Ricard fait un rapport sur l'intéressante communication de M. Mathieu. Il fait observer, ainsi que nous l'avons fait nous-même dans notre dernier compte rendu, qu'il y aurait souvent un grand intérêt à ce que médecins et chirurgiens s'entendissent pour discuter ensemble certaines questions médico-chirurgicales. Telle est la question de l'ulcère duodénal que M. Ricard ne fait qu'apporter aujourd'hui à la tribune de la Société de chirurgie, en demandant l'insertion du travail de M. Mathieu.

Tous ceux qui auront entre les mains le rapport de MM. Ricard et Pauchet au Congrès de chirurgie et la communication de M. Mathieu à la Société de chirurgie pourront être éclairés sur cette question de l'ulcère, duodénal pour les chirurgiens anglo-américains, pylorique ou juxta-pylorique pour les médecins français, et pourront être à même de discuter la question de l'intervention. Peut-être y a-t-il excès d'intervention de l'autre côté du détroit, peut-être aussi y a-t-il insuffisance d'interventions de notre côté. C'est là une question d'indications qu'il appartient à la Société de chirurgie de trancher. Plusieurs membres, MM. Quénu, Tuffier, Delagenière, Ricard, entre autres, se font inscrire pour prendre part à cette discussion.

Angiocholécystite typhoïdique. — M. Quénu fait un rapport très documenté, sur un travail de M. Guibal. Voici l'intéressante observation que rapporte M. Guibal : une femme présente un état infectieux mal défini avec engorgement considérable du foie. M. Guibal est appelé auprès de cette femme vingt-quatre jours après le début des accidents. Il trouve un foie volumineux, une vésicule biliaire énorme, avec de l'ictère. Il se décide pour une intervention immédiate : il fait une incision, ponctionne la vésicule, en tire 900 grammes de liquide épais et pratique une cholécystostomie. L'ictère s'atténue, le foie remonte, la fièvre tombe. Quelques jours après, la fistule biliaire rend quatre calculs de formation récente. Tout allait bien quand, en peu de temps, l'écoulement de la bile par la fistule s'arrête; tous les accidents reparaissent. Nouvelle intervention de M. Guibal qui reconnaît une coudure du cystique ayant été la cause de l'arrêt de la bile. Il introduit une sonde et rétablit le cours de la bile.

L'examen de cette bile a montré qu'elle contenait des bacilles d'Eberth. Il s'agissait donc d'une bacillémie eberthienne dans laquelle le foie a toujours tenu le premier rôle, la fièvre typhoïde elle-même n'étant, pour ainsi dire, que secondaire.

Par contre, on a cité des exemples dans lesquels la vésicule biliaire contenait des bacilles d'Eberth vingt ans après une fièvre typhoïde. M. Quénu rapporte l'histoire d'une femme de soixante ans qui présentait des accidents de lithiase biliaire. Sa vésicule était remplie de calculs, on recueille un peu de bile du cholédoque, on l'examine et on y trouve des cultures d'éberth. Or jamais cette malade n'a eu la fièvre typhoïde, c'est donc ici le système biliaire seul qui aurait été atteint de l'infection éberthienne.

Dans le cas de M. Guibal, il s'agissait au contraire d'une infection biliaire éberthienne au cours ou dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

M. Quénu a recueilli 30 observations de cholécystites au cours de fièvres typhoïdes, dans la moitié de ces cas, il y a eu de la lithiase biliaire. Cela semble bien montrer l'influence de l'infection sur la lithiase biliaire. On peut dire que la part de la fièvre typhoïde est très grande dans la genèse des calculs biliaires, mais pas à la période aiguë.

Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, M. Quénu estime que, devant un début brusque d'accidents hépatiques au cours d'une fièvre typhoïde, le chirurgien doit intervenir immédiatement. M. Quénu s'applique à poser bien nettement les indications de l'intervention.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 NOVEMBRE 1910

THÈSES

Mercredi 16 novembre, à une heure. — M. Abrami. Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires. (MM. Gaucher, président; Widal, Morfan et Gougerot.) — M. Joltrain. Origine sanguine des pneumonies et broncho-pneumonies. (MM. Widal, président; Gaucher, Marfan et Gougerot.) — M. Doucet. Les états subfébriles de cause obscure chez les enfants. (MM. Marfan, président; Gaucher, Widal et Gougerot.) — M. Chabert. Contribution à l'étude du ferment oxydant et de la cytologie du lait de femme. (MM. Marfan, président; Gaucher, Widal et Gougerot.) — M. Deparpe. L'opération précoce dans l'appendicite. (MM. Reclus, président; Roger, Segond et Marcel Labbé.) — Mlle Guichardon. Des infections à streptocoques au cours de la grossesse (en particulier des érysipèles et des pleurésies purulentes). (MM. Roger, président; Reclus, Segond et Marcel Labbé.) — M. Auffret. De l'hémostase par le procédé de Momburg. (MM. Segond, président; Reclus, Roger et Marcel Labbé.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 7 novembre : MM. Vincentelli, 4; Duthillet-de-Lamothe, 11; Butin, 10; Vallery-Radot (Pierre), 6; Monod (Raoul), 10; Angot, 8; Benoiste-Pilloire, 7; Denet, 3; Frette, 8; Marcassus, 9.

— *Avis.* — MM. les candidats sont de nouveau avisés qu'au début de chaque séance a lieu l'appel des candidats devant lire leur copie. Le jury invite donc MM. les candidats à être présents dès l'ouverture des séances, très exactement, et leur rappelle de plus, que l'appel des candidats devant lire leur copie le dimanche, lorsque le jury décidera de se réunir ce jour, a lieu au début de la séance du vendredi précédent.

Pathologie. — Séance du 7 novembre : MM. Jacob, 7; Baille, 5; Lamare, 10; Richard (G.-A.), 7; Gatellier, 14; Prunier et Larcher, 8; Lehmann (Pierre), 6; Deville, 7; Miégeville, 11; Portret, 6.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Articulation coxo-fémorale. »

Mlle Jacob, 13 1/2; M. Goy, 13; Mlle Hochberg, 15; MM. Guilhamon, 14; Garnier, 17; Guilloux, 8; Grimaldi, 12; Gaumet, 11; Grimbert, 13; Fradkine, 13; Imbert (Jean), 13; Fliniaux, 17; Guennou, 11; Fafalio, 14 1/2; Funck, 10; Grillet, 17; Furet, 18; Forestier, 15.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Courgenou (de Courbevoie), Dayez (de Paris), Dercheu (d'Issy-les-Moulineaux), Dieulafé (de Castelnaudary), Lequette (de Liévin), Magnan (de Die), Perraudeau (de Saint-Ouen), Servant (de Tours), Terrier (de Paris), Villedary (de Saint-Vincent-de-Comuzac), Waquet (de Lorient).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Augé (de Paris), Aumont (de Caumont), Béchard (de Nice), Billard (de Malesherbes), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Bourret (de Saint-Louis), Cartron (mission Niger-Tchad), Châtel (d'Ercé-en-Lamée), Christiaens (de Lille), Daviot (de Domont), Debray (de Creil), Deladrière (de Calais), Gazin (de Tarbes), Gout (de Saint-Rémy-de-Provence), Grimaud (de Bellegarde), Guyard (de Malesherbes), Lecerf (de Paris), Maupomé (de Montégut), Michel (d'Ancenis), Poirier (de Rochefort-en-Terre), Ramond (de Bordeaux), Routier (de Castres), Sahut (de Vichy), Stolz (de Montpellier), Tanche (d'Armbouts-Cappel), Viel (de Paris), Voillemot (de Paris.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gagnière, agrégé à la Faculté de Montpellier.

HOPITAL LARIBOISIÈRE (année 1910-1911). — ENSEIGNEMENT DE L'OPHTALMOLOGIE. — *Démonstrations d'ophtalmologie* (Enseignement du premier degré). — Le docteur Morax fera pendant les mois de janvier, février et mars 1911 des démonstrations cliniques et techniques, qui auront lieu les lundis et jeudis matin à neuf heures, dans le service de la consultation ophtalmologique. Ces démonstrations commenceront le lundi 9 janvier 1911. Le vendredi matin à onze heures et demie, conférence avec présentation de malades et de pièces sur les « Manifestations oculaires en rapport avec les affections générales » (syndromes viscéraux, vasculaires et nerveux).

Pendant cette même période, il sera fait un cours pratique d'ophtalmoscopie par MM. Magitot et Landrieux. Ce cours aura lieu l'après-midi. M. Magitot, assistant du service, recevra les inscriptions et adressera sur demande un programme détaillé.

CONFÉRENCES D'INTERNAT. — Une conférence privée pour l'internat des asiles de la Seine sera faite par deux internes à partir du 15 novembre 1910.

S'adresser à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, au service de l'admission (hommes) le matin, de dix heures à midi.

Peuvent prendre part au concours les docteurs en médecine ou les étudiants en médecine possédant seize inscriptions de doctorat.

La durée de l'internat est de trois années. A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leur thèse pourront être autorisés à faire une quatrième année d'internat.

Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante : première année, 800 francs; deuxième année, 1000 francs; troisième année, 1200 francs.

Les internes non logés et non nourris dans l'établissement recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes : logement, 600 francs; nourriture, 900 francs par an.

Certains asiles donnent en outre droit à une indemnité de déplacement de 300 et 400 francs.

OZÈNE ET GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE

(avec 6 figures)

Par M. Marcel NATIER

I

La thérapeutique ordinairement usitée dans maintes affections des fosses nasales, de la gorge et des voies respiratoires, est suivie d'échecs fréquents et incontestables. Ceux-ci proviennent alors, à mon avis, d'un oubli regrettable des lois générales de la physiologie d'abord et de la pathologie ensuite.

L'étude minutieuse d'une maladie implique l'interrogatoire successif de chaque organe de l'économie. Cette analyse faite, il faut procéder à la synthèse et reconstituer, dans une vue d'ensemble, les différentes étapes dont l'état actuel se trouve être l'aboutissant. Aucun médecin — le spécialiste moins que tout autre — ne saurait se soustraire à cette obligation. Atteindre le mal dans ses origines doit être notre constante et principale préoccupation.

La certitude des données sur lesquelles elle s'appuie constitue pour le succès de chaque intervention un maximum de garantie. Partant, je m'efforce pour mon compte de recueillir tous les détails, spontanés ou autres, obtenus des malades : leur comparaison laisse souvent pressentir quels liens les unissent. Le traitement institué, j'observe et note avec soin tout ce qui advient. J'ai, de la sorte, fait de très curieuses constatations. Je signalerai, parmi d'autres, des remarques sur les troubles variés de la respiration et les conséquences souvent insoupçonnées qui résultent du rétablissement de l'intégrité de cette fonction.

Or, à cet égard, est particulièrement intéressante l'action favorable exercée par la gymnastique respiratoire sur l'ozène. Cette affection si pénible, désespérante par sa ténacité et sa résistance opiniâtre aux traitements les plus divers, serait-elle donc vraiment susceptible d'être influencée par des exercices respiratoires? Etudions les faits : c'est encore la meilleure façon d'asseoir un jugement fondé.

La seule variété envisagée dans ce travail sera l'*ozène essentiel*, ainsi qualifié pour le distinguer des *ozènes symptomatiques*. A l'appui de la thèse que j'entends soutenir je ne saurais produire de meilleur exemple que le suivant.

II

Observation. — Garçon de huit ans, amené pour la première fois le 17 novembre 1905.

Antécédents héréditaires. — *Père*, cinquante ans, nerveux; taille au-dessous de la moyenne. *Mère*, trente et un ans, nerveuse; santé excellente au moment de la conception de l'enfant. Nulle affection des fosses nasales chez les parents.

Antécédents personnels. — Né à terme, dans de bonnes conditions. Pesait à la naissance 4 kilogrammes.

Envoyé, dès le troisième jour, en nourrice à la campagne où a toujours été convenablement soigné.

Elevé au biberon : lait de vache cru et toujours de même provenance.

A six mois, après un développement jusque-là très régulier, dysenterie ayant mis la vie en danger. Persistance de la phase aiguë : une semaine. Impossibilité de rien supporter : une simple cuillerée de lait, additionné d'eau de Vichy, était rendue aussitôt que prise. Au bout de huit jours, arrêt net de la diarrhée par alimentation avec lait stérilisé. Amaigrissement profond consécutif, mais de courte durée.

A un an, abcès de l'oreille droite.

Vers deux ans, au moment du sevrage, état général excellent.

A cinq ans, est conduit, pendant deux mois, au bord de la mer, ce qui lui fait grand bien.

A six ans, rougeole bénigne.

A six ans et demi, quitte la campagne pour venir rester à Paris avec sa mère.

Céphalées. — Néant.

Sommeil. — Toujours très agité avec rêves et cauchemars; pas d'insomnies, dort souvent la bouche ouverte.

Appareil digestif. — Appétit bon et régulier; mange avec trop de précipitation.

Au dire de la nourrice, il y a presque toujours eu tendance à la constipation, avec, parfois, des « picotements » à l'estomac. On prescrivait, alors, une diète hydrique de vingt-quatre heures. La constipation, cependant, ne survenait qu'à d'assez longs intervalles. Fréquemment, et durant des périodes de deux à trois mois, l'enfant ne prenait d'autre boisson que du lait, et cela, après des indigestions répétées qui obligeaient à le mettre au lit et se terminaient par des vomissements.

Rentré chez sa mère, celle-ci le montra à un médecin qui, trouvant l'estomac un peu fatigué, prescrivit une potion et une poudre dont l'usage fut continué pendant deux mois. De cette façon disparurent des « piqûres » de l'estomac. Depuis, plus d'autre médication.

Appareil respiratoire. — Ni coryzas, ni maux de gorge. A la campagne, gros rhumes assez fréquents, mais jamais sérieux.

Depuis l'âge de trois ans, et jusqu'à l'heure actuelle, environ une demi-douzaine d'épistaxis survenues pendant la nuit, excepté l'année dernière où il y en eut une très abondante au cours de la journée. Combattues par des aspirations de vaseline dans les fosses nasales. Attribuées par le médecin, à la « pauvreté du sang ».

Ozène. — C'est également à l'âge de trois ans, que la nourrice en a d'abord remarqué l'existence. De grosses croûtes étaient expulsées avec léger suintement sanguinolent. L'odeur se serait progressivement atténuée; mais, chaque jour, l'enfant ne salissait pas moins de trois ou quatre mouchoirs. L'affection serait alors restée stationnaire pour s'aggraver sérieusement au cours des quatre derniers mois. Les croûtes sont, en effet, devenues plus abondantes; et, l'ozène augmentant à la fois de fréquence et d'intensité, a fini par reparaître chaque quinzaine, et non plus tous les deux ou trois mois. De là un réel souci pour les parents.

Voix. — Depuis six mois, assez fréquemment enrouée, le matin, au réveil; s'éclaircit, ensuite, dans le courant de la journée, mais reste toujours un peu voilée.

Toux. — Assez commune, le matin, au réveil, depuis un an.

Auscultation. — Respiration silencieuse aux sommets.

Appareil circulatoire. — Pouls ralenti.

Peau. — De dix-huit mois à sept ans, poussées fréquentes d'urticaire sur le corps durant, en moyenne, une huitaine de jours. Encore cette année, au bord de la mer, nouvelle éruption pendant trois jours. Dans le but de s'opposer à ces manifestations, l'enfant prenait uniquement de la bière comme boisson.

Soins antérieurs. — Depuis quatre ans, huile de foie de morue pendant l'hiver. En outre, depuis dix-huit mois, hydrothérapie quotidienne, excepté au cours de l'hiver.

On n'a songé que depuis deux mois à faire soigner le nez, et cela à cause de la béance de la bouche et de la gêne respiratoire qui, chez la mère, éveillèrent surtout l'idée de végétations adénoïdes. Un spécialiste consulté ne diagnostiqua que de l'ozène et déclara l'affection incurable. Il prescrivit, pour en atténuer les fâcheux effets, une pommade et des insufflations boriquées dans le nez. Il fit allusion, pour l'avenir, à la réfection des cornets par les injections de paraffine.

Après deux mois de ce traitement fidèlement suivi, les sécrétions s'étaient accrues et l'odeur était devenue à la fois plus forte et plus pénétrante.

20 novembre 1905. — *Etat actuel.* — Taille au-dessous de la moyenne. Physionomie éveillée; yeux vifs, teint rose et animé.

Plutôt calme quand il était à la campagne, l'enfant est devenu nerveux depuis son retour chez sa mère. Il est intelligent et s'annonce comme bon élève.

Nez. — Nulle autre déformation extérieure qu'un peu d'élargissement de la base. Fosses nasales tapissées, surtout à droite, d'épaisses croûtes desséchées et malodorantes. Après lavage, on constate une décoloration nette de la pituitaire avec atrophie très accusée des cornets inférieurs, plus prononcée à droite; de ce même côté, cornet moyen un peu gros et recouvert d'une muqueuse légèrement granuleuse. Déviation à gauche de la cloison. Paroi postérieure du pharynx nettement visible par l'orifice antérieur de la fosse nasale droite.

Pharynx. — Muqueuse de la paroi postérieure épaissie et tapissée de sécrétions desséchées.

Larynx. — Parésie des cordes vocales inférieures; rouges et recouvertes d'un vernis de mucosités, elles sont arrondies, déformées et leurs bords libres, concaves, n'arrivent pas à se juxtaposer dans la phonation.

Oreilles. — Tympans grisâtres; légèrement épaissis et nettement enfoncés.

Thorax. — A ne considérer que la face, la santé paraissait très florissante; cette opinion était modifiée dès qu'on mettait l'enfant à nu. L'amplitude des mouvements respiratoires, très réduite dans sa totalité, était nulle aux sommets. Peau jaunâtre, sèche et rude au toucher. Amaigrissement généralisé. Les photographies reproduites ici permettent de se faire une idée suffisamment exacte des différents aspects du corps. De face : on note un certain degré d'enfoncement de la poitrine dans toute sa hauteur; il est surtout sensible au niveau de la ligne mamelonnaire. De profil : voussûre légère des régions cervicale et dorsale supérieure, avec saillie anguleuse des omoplates. De dos : cette dernière est encore plus accusée avec ensellement de la région dorso-lombaire.



Fig. 1.

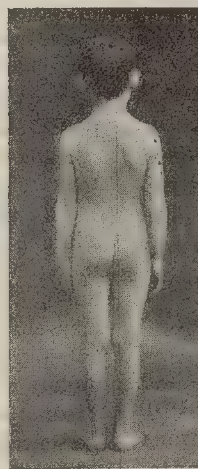


Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

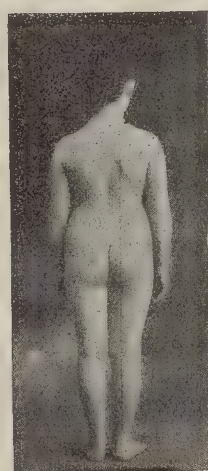


Fig. 5.



Fig. 6.

Photographies de face (1), de dos (2), de profil (3), avant le traitement, et, photographies correspondantes (4, 5, 6), du même enfant à la fin du traitement par les exercices de gymnastique respiratoire.

Membres. — Relativement grêles.

Traitement. — L'enfant a été exclusivement soumis à des exercices de gymnastique respiratoire. Pas de thérapeutique locale; l'usage de la pommade elle-même fut suspendu dès le début de la cure. L'efficacité de cette dernière est largement attestée par la comparaison des photographies. Elles montrent clairement les modifications objectives obtenues. Passons.

Les gains réalisés se résument ainsi :

1° *Poids.* — Augmentation : 5ᵏ210, soit une moyenne quotidienne d'environ 45 grammes.

2° *Périmètre thoracique.* — Augmentation : 8 centimètres au repos et 10 centimètres en inspiration profonde (A); 8 centimètres au repos et 11 centimètres en inspiration profonde (M); 6 centimètres au repos et 9 centimètres en inspiration profonde (D).

3° *Taille.* — Augmentation : 0^m021; et trois mois après, nouvel accroissement de 0^m025, soit, en sept mois : 0^m046.

Si nous comparons maintenant ces chiffres avec ceux fournis par un enfant de même âge, ils nous révèlent qu'au début l'infériorité de poids de notre petit malade était d'environ 2 kilogrammes, et celle de sa taille d'au moins 0^m04. A la fin du traitement, il avait, au contraire, une avance de 4 kilogrammes et sa taille était devenue normale.

26 mars 1906. — Arrêt des soins. L'examen révèle ceci.

Fosses nasales. — A gauche, aucune trace de mucosités. A droite, petite croûte sèche et épaisse à la partie supérieure du cornet inférieur. Pituitaire de coloration normale des deux côtés. Cornets inférieurs légèrement augmentés de volume.

Pharynx. — Muqueuse normale; pas de mucosités.

Larynx. — Cordes vocales normales; s'affrontent exactement.

Peau. — Blanche, souple et douce au toucher.

La mère ayant, à ma prière, consenti à tenir un journal de ce qui se passerait pendant la cure, a noté qu'il n'était mouché de croûtes que tout à fait exceptionnellement. Alors qu'auparavant l'enfant salissait quotidiennement trois ou quatre mouchoirs, dans l'espace de quatre mois il ne lui est arrivé que trente-huit fois d'en salir deux dans une journée. Durant cette période, il a vingt-sept fois présenté de l'odeur simplement fugace.

Les vêtements, devenus trop étroits, ont dû être changés trois fois au cours du traitement.

L'enfant passe, à présent, d'excellentes nuits, dort pendant onze heures consécutives et ne ronfle plus jamais. Il n'y a pas eu la moindre épistaxis et l'estomac est tout à fait bien.

Caractère plus doux; moins de nervosisme. Encore plus de facilité pour le travail; et malgré une absence de quatre mois, les camarades ont été rattrapés et la première place reconquise en classe.

Trois mois après cessation du traitement, l'enfant s'était amaigri; les chaleurs l'avaient rendu plus nerveux; il continuait à salir un mouchoir par jour, expulsait des croûtes de temps à autre, mais n'exhalait pas d'odeur. La mère m'apprit alors que dans la dernière quinzaine du traitement elle avait, à mon insu, fait pratiquer, tous les deux ou trois jours, des lavages du nez, lesquels, depuis, étaient renouvelés deux fois la semaine.

10 janvier 1910. — La santé générale de l'enfant est toujours excellente, ce dont je puis moi-même me convaincre, car je le revois assez régulièrement. L'ozène, me dit son père, réapparu quelque temps après la suspension définitive du traitement, a été notablement amendé par la pratique d'irrigations nasales salées, additionnées d'iode. Après un séjour de quelque durée au bord de la mer, l'odeur est plus longue à revenir; les intervalles ont du reste tendance à s'espacer de plus en plus.

III

Il serait inutile de reprendre les détails de ce cas : chacun le commentera sans la moindre difficulté. Je m'attacherai simplement à mettre en relief la succession des phénomènes morbides qui me paraissent avoir présidé ici à la constitution de l'ozène, et, d'autre part, je tenterai d'expliquer les bénéfices acquis par les exercices de gymnastique respiratoire.

Aucunement désireux de passer en revue les théories diverses sur la pathogénie de l'ozène, je n'entends tirer argument que des seuls faits de ma pratique personnelle, tous sensiblement analogues à celui que je viens de relater, pour étayer la thèse que je me propose de soutenir.

Or, quels enseignements déduire de l'observation de notre petit malade? L'indication principale, à mon sens la plus importante, c'est l'attaque de dysenterie à six mois. Voilà le premier anneau de cette chaîne pathologique qui se continuera de façon plus ou moins régulière et apparente, jusqu'au moment de mon intervention. L'enfant vient de subir une empreinte profonde comme toutes celles laissées à leur suite par les maladies graves survenant au début de l'existence et en particulier au cours de la première année. A partir de ce moment, l'appareil digestif ne fonctionnant plus de manière régulière, de fréquentes auto-intoxications se produisent ayant pour résultats les désordres variés susceptibles de se montrer dans les divers départements de l'organisme. La nomenclature que j'en ai fournie aurait pu s'allonger encore : mais ce qu'il ne faut pas perdre de vue un seul instant, c'est leur origine commune et le lien qui les unit. Avec ce *leit motiv* pour guide, tout embarras disparaît et la route s'éclaire avec une extrême netteté.

Pareille conception, si on veut bien l'admettre, projette un jour singulier sur l'étiologie tant discutée de l'ozène injustement qualifié essentiel. Il ne s'agit plus, dès lors, d'une véritable entité morbide, parfaitement autonome engendrée *in situ*, mais tout uniment de l'une des manifestations locales, ordinairement lentement développée, d'un trouble ancien de l'état général. Ainsi s'élargit le cadre pathogénique et la raison, satisfaite de pouvoir remonter à des sources vraisemblablement exactes, se trouve dégagée de la fâcheuse contrainte imposée par des hypothèses de fortune et dans la réalité trop étroites. On peut, maintenant, soupçonner la cause de l'ozène, s'expliquer les époques variables de ses débuts, noter avec précision ses phases d'aggravation et d'amélioration et en comprendre le mécanisme.

Ce n'est pas tout. Il y a mieux. La connaissance certaine de la cause conduit, naturellement, à une orientation plus logique de la thérapeutique. Celle-ci ne saurait être uniforme : elle devra s'adapter à la condition actuelle et variera suivant l'ancienneté de l'affection et l'époque où on aura été appelé à la combattre. Se trouve-t-on en présence d'un ozène de date relativement récente il peut suffire, l'origine découverte, d'agir sur la maladie causale, à siège parfois éloigné, pour supprimer l'effet consécutif. Dans ce cas, inutile d'intervenir localement : *sublata causa tollitur effectus*. A preuve de cette assertion je mentionnerai une fillette de 4 ans, chez laquelle, il y a quelques mois, j'ai réussi à enrayer un ozène au début, en traitant uniquement par des soins convenables les troubles gastro-intestinaux dont elle était atteinte.

D'autres fois, les choses s'arrangent d'elles-mêmes. Ainsi, tel malade, depuis longtemps incommodé par de la punaisie qu'il aura vainement combattue par quantité de moyens, la verra cesser presque subitement. Est-ce à dire qu'il s'agisse d'une véritable cure spontanée? Non. En y regardant de près, on constate que s'est produite une modification profonde. Celle-ci peut être rapide comme cela se passe, notamment, à la suite de maladies graves : les transformations, au contraire, s'opèrent quelques fois, avec beaucoup de lenteur. Résultat constant : restauration de l'équilibre de l'organisme. Un bel exemple est le suivant que m'a signalé une de mes clientes : sa sœur très maigre et qui venait de faire une croissance excessivement rapide, ce qui l'avait beaucoup fatiguée, commença à présenter de l'ozène vers l'âge de dix ans, peut-être même avant. Deux ans plus tard elle quittait la campagne où elle était née et avait toujours vécu, pour venir habiter Paris. Mise de suite en apprentissage dans la couture, on la fit travailler avec excès et on la priva de nourriture; aussi, après deux ans de réelles souffrances, tomba-t-elle dans un état de profonde et persistante anémie. Au plus fort de cette dernière, elle exhalait une odeur horriblement fétide, mouchait de très grosses croûtes et se plaignait continuellement de violentes douleurs de tête. Vers dix-huit ans, elle songea à demander des conseils et on lui prescrivit des lavages du nez qu'elle pratiqua, du reste irrégulièrement, tout au plus pendant six mois. Elle en éprouva du soulagement. A vingt ans, elle changea de maison, fut bien mieux traitée, et vit, au bout de deux ans, l'anémie cesser définitivement. Au cours de cette

longue période les règles ne furent jamais suspendues, mais elles demeurèrent toujours excessivement pauvres, ne persistant jamais plus de deux jours. Or, à mesure que diminuait l'anémie, l'ozène s'atténuait notablement, et, vers la vingt-cinquième année, la maigreur ayant fait place à un embonpoint de meilleur augure, la punaisie disparut et ne revint jamais plus.

Dans la pratique courante, pareille issue est loin d'être commune. Insuffisamment éclairés sur la gravité du mal, les parents d'abord, et plus tard les patients eux-mêmes, négligent souvent de prendre les précautions nécessaires pour en prévenir les suites fâcheuses. Ainsi s'organisent fréquemment, à la longue, des désordres irréparables. Ceux-ci, du reste, n'ont, je le répète, rien de fixe quant à l'époque de leur apparition ; tout dépend, en effet, de la nature de l'affection originelle et de la rapidité de sa marche. L'atrophie, terme ultime du processus évolutif, intéresse à la fois le revêtement muqueux et le squelette osseux sous-jacent : cela démontre bien le caractère de la maladie et sa dépendance manifeste d'un trouble profond de la nutrition. Il est évident qu'arrivera, suivant les cas, une période où, de toute nécessité, on devra s'en tenir au seul traitement symptomatique. Alors entrera en jeu la série des moyens palliatifs sur la vertu relative desquels les avis sont loin d'être unanimes.

Cependant, et même après une existence d'assez longue durée, la punaisie peut encore être avantageusement combattue par une thérapeutique étiologique dirigée avec méthode et discernement. C'est à quoi je me suis personnellement appliqué chez différents malades de cette catégorie. Les succès obtenus ont pleinement vérifié la justesse de mes théories, à l'appui desquelles je me crois légitimement autorisé à invoquer l'histoire même de mon petit patient. Les bénéfices, qu'il a retirés de la pratique des exercices de gymnastique respiratoire, sont indéniables et les progrès dans l'amélioration de l'ozène ont été, au cours du traitement, parallèles à ceux de l'état général. Si la guérison n'a pas été complète, c'est parce que, intervenant trop tard, je ne pouvais songer à enrayer un processus dont l'évolution était presque achevée. Toutefois, j'ai conscience d'avoir très favorablement amendé le terrain et de m'être ainsi efficacement opposé à une déchéance ultérieure plus profonde. La marche actuelle de l'affection n'interdit du reste, aucunement, pour l'avenir, des espérances plus optimistes encore.

Les bienfaits de la gymnastique respiratoire ont été non moins évidents chez une femme de vingt-huit ans que je soigne à l'heure actuelle. Je crois utile de détacher, en les résumant, quelques passages de son histoire relatifs à la question qui nous occupe. Après une enfance misérable, survinrent, vers la douzième année, des symptômes incontestables de punaisie qui jamais plus ne discontinuèrent. Ils furent traités, jusqu'à la fin de l'année dernière, par des lavages quotidiens, des instillations, des badigeonnages, des inhalations et des cautérisations des fosses nasales. En 1907, on pratiqua même — 4 fois à droite et 3 fois à gauche — des injections de paraffine liquide, lesquelles, sans exception, ne manquèrent jamais de tomber d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Joindre à cela cinq injections d'huile grise et l'administration de quantité de sirops et élixirs.

Cette thérapeutique variée demeura sans action aucune sur l'abondance aussi bien que sur la nature des sécrétions. Pourtant se produisit une phase d'amélioration : elle coïncida, précisément, avec une série de leçons de chant. Celles-ci furent prises à raison d'une par semaine, durant quatre mois ; il était, de plus, pratiqué, chaque jour, une heure d'exercices. Or, les sécrétions nasales devinrent, à cette occasion, plus liquides et partant plus faciles

Sitôt institués les exercices respiratoires, la malade s'est bornée à faire, chaque soir, des aspirations de pommades. Sur mon conseil, et à titre d'expérience, ont été suspendus, de façon définitive, les lavages du nez : eux seuls avaient jusqu'alors réussi à pallier la punaisie qui reparaissait dès qu'on les interrompait. La transformation a été rapide. Déjà, au bout de la première quinzaine, la respiration nasale devenait aisée. En outre, le matin et après chaque repas, plus de grands efforts, comme auparavant, pour expulser de larges croûtes, souvent teintées de sang et représentant un moulage exact des fosses nasales. La patiente, au contraire, n'a cessé de se moucher à n'importe quel moment de la journée naturellement et « comme tout le monde ». Jadis, elle salissait, chaque jour, en moyenne, deux mouchoirs ; maintenant, elle resterait bien deux jours sans en changer. Elle ne pouvait, antérieurement, s'abstenir d'introduire tout le temps les doigts dans son nez : elle se cachait même pour procéder à ce genre de nettoyage qu'elle trouve, à présent, tout à fait répugnant. Les croûtes, aujourd'hui bien plus rares et toutes petites, ne sont malodorantes, et encore à un degré très atténué, que lorsqu'elles sont verdâtres, ce qui arrive après un certain temps passé dans un milieu chauffé et poussiéreux comme un théâtre.

Autres particularités intéressantes : depuis un mois environ et à deux reprises dans la journée, il se produit, pendant une ou deux heures, une abondante salivation allant même jusqu'à provoquer le besoin de cracher. Aussi, cette femme qui souffrait d'une perpétuelle sécheresse non seulement du nez, mais encore de la gorge et de la bouche, se réjouit-elle, justement, d'une telle modification. Enfin à un état de demi-constipation, caractérisé par ce fait qu'elle fût facilement restée deux jours sans évacuation intestinale, avec garde-robes dures et irrégulières, ont succédé des selles plus faciles et de consistance normale.

En un mot, et pour employer ses propres expressions, la malade qui s'effrayait réellement à la pensée d'avoir dans le nez « un foyer d'humeurs » a reconquis sa gaieté morale, en constatant qu'il s'est produit, chez elle, un « relâchement général de l'organisme ».

Comment expliquer les heureux effets de la gymnastique respiratoire en pareille occurrence ? Très simplement et grâce à son action sur les systèmes

nerveux et circulatoire en particulier. L'hématose s'effectuant dans des conditions plus normales, la qualité du sang est améliorée, circulation et système nerveux fonctionnent avec une régularité plus parfaite, et, point essentiel, sur lequel on ne saurait, dans l'espèce, appuyer avec trop d'insistance, les diverses sécrétions glandulaires sont activées et plus ou moins régulièrement mises au point. Ainsi se rapproche-t-on de la nutrition type et rétablit-on l'équilibre altéré de l'organisme.

En résumé : on peut toujours, par une enquête approfondie, faire remonter à une affection grave de l'état général l'origine de la variété d'ozène à laquelle il vient d'être fait allusion dans cette étude.

Cet ozène apparaît surtout et presque exclusivement, au cours des premières années de l'existence, c'est-à-dire à l'époque où l'organisme de l'enfant, soit par suite de prédispositions héréditaires, soit par suite de circonstances de milieu ou d'accidents pathologiques, peut être rendu éminemment sensible à l'action nocive de certaines influences externes ou internes. De là les directions différentes imprimées à la constitution de cet être en formation.

Envisager ainsi la pathogénie de l'ozène doit logiquement conduire à une conception spéciale de son traitement. Il faudra d'abord, se montrer attentif à ses premières manifestations, car on parviendra à en arrêter l'évolution grâce à des manœuvres rapides et bien dirigées contre l'affection dont elles relèvent. Pendant longtemps encore après ses débuts, on aura chance de combattre efficacement la punaisie par l'application des seules mesures propres à corriger les défectuosités de l'état général.

Pareille théorie laisse entrevoir et explique, en même temps, la possibilité de rechutes. Il est, en effet, rationnel que de nouvelles perturbations graves de l'économie provoquent le retour de la punaisie. L'emploi des mêmes procédés conduira, dès lors, à des résultats identiques. En un mot, la cure de gymnastique respiratoire peut et doit être renouvelée, comme toutes les autres cures, suivant les circonstances et chaque fois que s'en fait sentir la nécessité.

Parfois, l'ozène guérit en apparence spontanément, mais, dans la réalité, toujours à la suite de modifications profondes de l'organisme. C'est l'exception, on ne saurait raisonnablement compter avec elle.

Plus tard, à la période des désordres irréparables, on puisera dans l'arsenal des traitements palliatifs; ils sont véritablement trop infidèles. Les indications de la gymnastique respiratoire chez les malades atteints d'ozène, sont fréquentes : son utilité est incontestable parce que appuyée sur des principes de saine physiologie. Partant, son emploi se recommande de lui-même.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 8 novembre 1910)

La mortalité tuberculeuse à Paris. — M. Robin, frappé de la réputation de la France à l'étranger au point de vue de la mortalité tuberculeuse, puisque d'après les statistiques la France occuperait le dernier rang, a fait une enquête d'où il résulterait que, contrairement à l'opinion généralement admise, la mortalité tuberculeuse aurait beaucoup baissé en France dans ces dernières années. Il rappelle avoir déjà appelé l'attention de l'Académie sur cette question en 1906. Une discussion s'est élevée et a abouti à des vœux formulés par l'Académie. On disait alors que nous perdions, en France, par an 150000 tuberculeux. M. Robin a consulté les chiffres officiels, recueillis au ministère de l'Intérieur, en 1908. Ce n'est pas 150 000 décès tuberculeux qu'on a relevés, mais bien seulement 85 271 décès. Il y eut donc, en 1908, une diminution de 38 pour 10 000.

On a fait cette objection que cette diminution pouvait tenir à ce qu'on cachait des décès par tuberculose sous la rubrique de bronchites chroniques, pleurésies ou autres affections pulmonaires. Mais, en consultant les tableaux statistiques, M. Robin prouve que les décès par ces affections ont aussi diminué.

Des recherches de M. Robin, il résulte que de 1887 à 1908 la mortalité tuberculeuse a baissé en France de 26 p. 100.

La lutte antituberculeuse engagée dans notre pays a donc déjà porté ses fruits, peut-être par d'autres moyens que ceux qui sont employés en Allemagne, plutôt par des moyens hygiéniques et préservatifs que par des moyens thérapeutiques.

Cette constatation est des plus importantes et il faut savoir gré à M. Robin d'avoir apporté à la tribune de l'Académie ces faits statistiques qui prouvent que, à ce point de vue comme à beaucoup d'autres, la France ne présente pas l'infériorité qu'on voudrait, à l'étranger, lui infliger.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Loeffler (de Greifswald); en deuxième ligne, M. Retzius (de Stockholm); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Flugge (de Berlin) et Osler (d'Oxford).

Au premier tour de scrutin, sur 70 votants, M. Loeffler a été élu par 59 suffrages; au second tour, M. Retzius, sur le même nombre de votants, a été élu par 62 suffrages.

De l'emploi des sels arsenicaux organiques. — M. Armand Gautier, dont nous attendions cette communication trop légitime après tout le bruit qui s'est fait autour du 606, rappelle ses propres travaux sur ces médicaments qui datent de dix ou douze ans. Ils nous reviennent aujourd'hui d'Allemagne. Il est inutile de dire que M. Gautier a été fortement interviewé par ses amis et ses collègues sur cette question. Au lieu de répondre dans les grands journaux, à ces interviews, il a jugé plus digne de saisir l'Académie elle-même.

Il rappelle donc ses premières recherches sur le cocadylate de soude, le méthylarsinate ou l'arrhénal. Depuis qu'il a publié ces travaux, des milliers de malades ont été traités par ces médicaments qui se sont toujours montrés inoffensifs autant qu'efficaces. Il rappelle également les observations des médecins qui l'ont suivi dans cette voie, de M. Brocq, entre autres, qui a guéri 24 syphilitiques sur 31 par l'emploi du cacodylate de soude.

Il est donc démontré aujourd'hui que le cacodylate de soude, en particulier, s'est montré parfaitement efficace dans le traitement de la syphilis, même dans des cas qui avaient résisté au traitement mercuriel. Dès 1895 ce médicament a été employé à l'hôpital Saint-Louis. Il n'y a jamais eu d'accidents.

Le 606 et les préparations analogues ne constituent donc pas une médication nouvelle. M. Gautier rappelle que le 606 a donné lieu à des accidents mortels. Cela n'est jamais arrivé avec le cacodylate de soude et le méthylarsinate. Il faut donc que la comparaison soit faite entre ces deux médications.

M. Netter rappelle les expériences faites par Ehrlich et conclut que les travaux de M. Gautier ne diminuent en rien la valeur scientifique de ces expériences.

M. Labbé félicite M. Gautier de son intéressante communication et constate qu'il y a là une question de priorité, à son actif, qui est incontestable. Il constate, en passant, que, lorsque M. Gautier a publié ses premiers travaux, il ne s'est pas fait dans la grande presse le même bruit qu'à propos du 606.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séances des 13 et 20 octobre 1910)

Méningite cérébro-spinale traitée par les injections de sérum antiméningococcique. Accidents anaphylactiques. Mort. — M. Bretonville rapporte l'observation d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques de Weichselbaum, traité et guéri une première fois par la sérothérapie antiméningococcique, qui, à la suite de deux nouvelles injections de sérum rendues nécessaires par une rechute survenue après dix jours, présenta des accidents nerveux formidables qui se terminèrent par la mort. Ces accidents anaphylactiques sont un des graves inconvénients de la sérothérapie, et, plus particulièrement, de la sérothérapie antiméningococcique, parce que le sérum est injecté directement au contact des centres nerveux. La méthode qui paraît mettre le mieux à l'abri de ces accidents est celle des injections répétées journellement, et à doses suffisantes (Netter et Dopter).

Contusions du rein. — On sait combien variées sont les lésions que l'on peut observer à la suite de contusions directes ou indirectes de la région lombaire; le diagnostic en est particulièrement difficile, et le chirurgien est souvent embarrassé pour instituer son traitement, d'autant qu'il peut exister des lésions concomitantes des vaisseaux ou des organes intrapéritonéaux. A ce titre, les observations suivantes, et celles que suggérera la mise à l'ordre du jour des travaux de la Société de cette question, constitueront une intéressante contribution à l'étude des contusions rénales.

M. Jaubert rapporte un cas intéressant d'hydronéphrose traumatique opéré et guéri.

M. R. Picqué est d'avis que, dans les contusions lombaires, le chirurgien doit se tenir prêt à intervenir, dès le premier indice de probabilité de lésion rénale ou abdominale. Il insiste, en particulier, sur l'importance d'un symptôme, la contracture localisée de la paroi. Il peut arriver, cependant, que, malgré les apparences, le chirurgien ne trouve au cours de son opération aucune lésion. Mais, grâce à l'asepsie, la laparotomie est devenue si bénigne qu'il lui semble préférable d'agir en présence de certains signes, plutôt que de rester dans une expectative qui peut être fatale au malade.

M. Maljean rapporte un cas rare de rupture d'une des branches de l'artère rénale gauche, consécutive à une contusion indirecte du rein par chute sur les pieds d'un lieu élevé. Ce blessé s'était jeté par la fenêtre d'un deuxième étage et s'était fracturé les deux membres inférieurs. Pendant qu'on l'examinait, on s'aperçoit qu'il présente des signes d'hémorragie interne; on décide d'intervenir aussitôt, mais il succombe avant que l'opération ne soit commencée. A l'autopsie, on constate un hématome considérable occupant tout l'espace sous-péritonéal; les deux loges rénales sont remplies de sang. Les reins sont intacts; il est impossible, en raison de l'énorme suffusion sanguine, de découvrir de vaisseau lésé. Ce n'est qu'en injectant de l'eau chaude par l'aorte qu'on arrive à déceler une déchirure d'une branche de division de l'artère rénale gauche. Il y a lieu de se demander si, dans le cas où l'opération eût pu se faire, on aurait pu découvrir la lésion et lier le vaisseau rompu.

Fracture de la région occipito-pariétale gauche avec fracture de la base du crâne. Trépanation. Guérison. — M. Tratié de Vaucresson a pratiqué avec succès la trépanation chez un blessé qui, en tombant de cheval, s'était fracturé le crâne. Une otorragie très abondante indiquait qu'il y avait fracture de la base; le blessé présentait, en outre, des signes d'excitation cérébrale, de la perte de connaissance, du délire, des vomissements, de l'hyperesthésie; il eut même une crise épileptiforme; mais aucun symptôme ne permettait de localiser nettement une lésion corticale. Il appliqua une couronne de trépan dans la région occipitale gauche, où existait un volumineux hématome sous-cutané; il découvrit ainsi un trait de fracture, mais sans dépression des fragments, ni esquilles. Son intervention s'arrêta là; il n'incisa pas la dure-mère. Le blessé éprouva un soulagement immédiat; les phénomènes d'excitation disparurent progressivement, et douze jours après, le blessé était guéri. L'auteur insiste sur les bienfaits de la trépanation, dont l'action, dans des cas semblables, n'est guère expliquée et a donné lieu à diverses hypothèses.

M. Sieur fait remarquer que le blessé de M. de Vaucresson était un « irrité » du cerveau, et non un « comprimé ». Comme il n'existait aucun signe de localisation de lésion cérébrale, il lui semble que l'intervention immédiate ne s'imposait pas. Sans vouloir conclure que la trépanation, dans ce cas, a été inutile, il ne saurait affirmer que c'est à elle qu'est due la guérison.

M. Dejouany croit qu'il eût été utile de faire une ponction lombaire. Cette petite intervention, simple et de pratique courante, suffit souvent, à elle seule, pour provoquer une amélioration par décompression du liquide céphalo-rachidien. Elle peut être répétée plusieurs fois sans inconvénient. Il a observé divers blessés chez lesquels la simple ponction a amené la guérison rapide et définitive.

Enfoncement de l'os frontal avec perte de substance considérable du cerveau. Opération. Guérison. — M. Pervès.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 29 octobre 1910)

L'extraction des corps métalliques magnétiques par l'électro-aimant (Présentation). — MM. Theuveny et Raoult-Deslongchamps. Il est souvent très difficile pour ne pas dire impossible d'enlever chirurgicalement des tissus certains corps étrangers métalliques en nickel, cobalt et surtout en fer.

Bien repérés par une radiographie sous deux plans, M. Raoult-Deslongchamps arrive à les extraire au moyen d'un électro-aimant très puissant; le corps étranger, une aiguille le plus souvent, attirée par l'aimant, fait saillir la peau et sort, adhérente à l'instrument. Dans un certain nombre de cas, on est obligé de faire une incision très minime (à peine un centimètre) au sommet du cône formé par la peau, et l'aiguille ou le corps métallique s'accole de suite à l'aimant.

M. Desternes insiste sur la nécessité d'une bonne localisation radiographique, sur la difficulté fréquente de l'extraction. Il a, sur sa demande, adressé des malades à M. Raoult-Deslongchamps et le succès a été presque constant par l'électro-aimant.

M. Rochon-Duvignaud. Les grands électro-aimants sont employés depuis plus de douze ans en ophtalmologie. Le modèle actuel, celui de Wolkmann, est presque identique au modèle vertical de M. Raoult-Deslongchamps. Pour les tissus compacts, M. Rochon-Duvignaud croit qu'il faut l'aide d'une radiographie.

Pour l'œil, elle est inutile. L'aimant fait à la fois le diagnostic par la douleur ressentie au passage du courant, et le traitement, par l'attraction dans la chambre antérieure. Des éclats de 1 milligramme sont ainsi régulièrement enlevés.

M. Lance demande si l'auteur a eu l'occasion d'employer son appareil pour l'ablation de fragments d'aiguilles, séjournant depuis très longtemps dans les tissus. Dans ces cas, le fragment oxydé est incrusté au centre d'un nodule fibreux épais et résistant.

M. Theuveny. Les corps étrangers enlevés depuis cinq mois par M. Raoult-Deslongchamps n'étaient dans les tissus que depuis un temps très court (quelques heures à

quelques jours). Dans les cas très anciens ou dans les cas de corps incrustés, il est possible que l'extraction en soit rendue très difficile et relève alors de l'intervention chirurgicale. Quant à l'utilisation de l'électro-aimant pour des corps étrangers dans les tissus en dehors du milieu oculaire, il semble que ce soit la première fois qu'elle soit faite de façon régulière et heureuse.

Nouvelles recherches sur la peptonisation. — M. LEMATTE.

Des cures marines et d'altitude dans le traitement des tuberculoses génito-urinaires. — M. LE FUR recommande vivement l'œuvre des colonies scolaires de vacances pour les enfants simplement débilités et attire l'attention de la Société sur le danger qu'il y a à y envoyer des enfants déjà atteints de lésions tuberculeuses. Les cures marines et d'altitude sont très utiles dans les tuberculoses urinaires (rénale et vésicale). Les formes torpides doivent être envoyées sur les plages nord et nord-ouest de la France; les formes congestives et éréthiques, sur les plages de Bretagne, du sud-ouest et de la Méditerranée. Les cures d'altitude et hydrominérales doivent être souvent associées aux cures marines qui ne devront pas être prolongées plus de deux mois et devront être souvent renouvelées.

M. BOURSIER fait observer que les médecins ont toujours encouragé la formation des colonies scolaires et que ces dernières ont rendu de grands services. Il rappelle que, dans le nord de la France, nombre de tuberculoses sont traitées annuellement; la mer est indiquée dans le traitement des tuberculoses génito-urinaires depuis de nombreuses années avec d'excellents résultats.

M. DEDET. Si Roscoff, appelé la Provence de Bretagne, est indiqué pour les tuberculoses, M. Dedet croit que Brest et son littoral ouest exaspèrent cette affection. Cette opinion est basée sur une expérience de plusieurs années de séjour dans notre grand port breton.

M. LEVASSORT pense que M. Le Fur fait une division un peu arbitraire de nos côtes marines; ce qui domine tout, c'est l'orientation. Une plage à l'est abritée des vents du large convient aux formes actives, tandis que les plages orientées à l'ouest seront avec intérêt conseillées aux porteurs de tuberculoses torpides. Il y aura d'ailleurs lieu de revenir sur ces questions pour préciser certains points.

M. BUTTE s'associe aux paroles que vient de prononcer M. Boursier au sujet des colonies scolaires. Il estime que le corps médical parisien et en particulier les médecins scolaires de la Seine ont montré depuis longtemps le grand intérêt qu'ils portaient au développement de ces colonies pour lesquelles la Ville de Paris fait de grands sacrifices et auxquelles sont envoyés la plupart des enfants qui en ont besoin, c'est-à-dire ceux qui sont chétifs et non pas des malades.

M. PAUL GUILLON insiste sur les avantages climatériques que présentent la plupart des plages du nord de la Bretagne. Il signale toute une série de stations hydro-minérales dont peuvent bénéficier les tuberculeux urogénitaux.

La maladie de Silva-Lima (aïnhum). — M. EGAS-MONIZ (de Aragao) dépose un mémoire sur l'aïnhum, affection exotique qui se distingue de la lèpre mutilante par la conservation de la sensibilité, la localisation à un seul orteil et surtout la guérison après amputation.

Vœux émis par MM. Levassort et Chassevant et adoptés à l'unanimité par la Société de médecine de Paris. — Vœu de M. Levassort :

« La Société de médecine de Paris, après avoir entendu les explications relatives aux inconvénients que présentent les appellations inexactes pour la désignation de certains remèdes, émet le vœu qu'à l'avenir le choix des noms soit l'objet d'une sérieuse étude et qu'en particulier le nom de « sérum » soit réservé aux seuls produits visés dans la loi du 25 avril 1895. »

Vœu de M. Chassevant :

« La Société de médecine de Paris émet le vœu que le ministre de l'agriculture, qui est chargé de par la loi du 25 juin 1908 de l'inspection de la police de la pharmacie, édicte le règlement d'administration publique prévu à l'article 2 de la loi du 1er août 1905 en ce qui concerne les matières médicamenteuses, pour fixer les indications extérieures à apposer sur les médicaments, et pour assurer la loyauté de la vente de ces produits, assure strictement l'application des lois, notamment en ce qui concerne la vente des remèdes secrets, modifie, s'il y a lieu, le décret du 3 mai 1850 pour le mettre en harmonie avec les besoins actuels de la thérapeutique et des lois existantes. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 14 AU 19 NOVEMBRE 1910

THÈSES

Jeudi 17 novembre, à une heure. — Mme ISSERLIS-SCHWARTZ. Le poids et les œdèmes dans les néphrites des enfants. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Chauffard et Nobécourt.) — M. PINCHON. Traitement de la sciatique spécialement par les injections sous-cutanées d'air stérilisé; valeur comparée de cette méthode avec celle des injections épidurales et juxta-nerveuses. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. FALLOT. Le problème de la tuberculine dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. (MM Chauffard, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — M. ADNET. Suppuration gazeuse spontanée des kystes hydatiques du foie. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Nobécourt.)

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

DÉFINITION. — Une femme venant d'accoucher, dont *ou* l'écoulement sanguin normal (en dehors de la présentation du placenta par son bord ou sa face utérine ou certains cas de rupture utérine) se trouve augmenté *avant, pendant, après* la délivrance, *ou* dont l'état général (anémie aiguë, rapidité et petitesse du pouls associées à l'inertie ou à l'augmentation de volume de l'utérus) prouve une hémorragie interne, a une *hémorragie de la délivrance*.

Les suintements sanguins dus à des lésions des organes génitaux externes, du vagin, du col, ne sont pas des hémorragies de la délivrance : de même les hémorragies se produisant au delà des vingt-quatre heures suivant la délivrance.

FORMES. — *A.* **Hémorragies dites primitives**, immédiates après l'accouchement; les plus importantes en général, les plus graves souvent.

B. **Hémorragies dites secondaires**, dans les heures qui suivent, au plus dans les vingt-quatre premières heures, moins sérieuses en général.

A. **Hémorragies primitives.** — 1° *Avant et pendant la délivrance* (placenta encore dans les voies génitales); 2° *après la délivrance* (placenta vient d'être expulsé ou extrait).

I. HÉMORRAGIES AVANT ET PENDANT LA DÉLIVRANCE. — *α. Etiologie.* — a. *Décollement* partiel ou total du placenta ouvrant les sinus utérins, peut débuter pendant l'expulsion d'enfant. — *Contractions* irrégulières ou surtout utérus rétracté brutalement à l'excès; contractions très violentes du travail. — *Interventions* pendant l'accouchement : version podalique surtout : traction sur membranes prises entre le forceps et la partie fœtale. — *Anomalies d'œuf* : fœtus entraînant placenta (adhérences, placenta prævia central): brièveté exagérée du cordon. — *Erreurs de conduite* : tractions prématurées sur cordon : expression hâtive.

b. *Inertie utérine* spontanée ou par travail long. Hydramnios. Gémellité. Fœtus mort et macéré. Multiparité.

c. *Etat général.* — Albuminurie. Dyscrasies congénitales ou acquises (hémophilie, etc.). Cardiopathies.

β. *Symptômes.* — Trois modalités : a. *hémorragie externe*, tout le sang s'écoule en dehors; b. *hémorragie interne*, très peu ou pas de sang au dehors : totalité intra-utérine ; c. *hémorragie mixte*, la plus fréquente, partie du sang au dehors, partie au dedans.

a. *Hémorragie externe.* — Quantité variable, pouvant aller jusqu'à l'anémie complète; violente si placenta largement décollé avec mort possible. Ecoulement *ou* continu, *ou* s'arrêtant pendant contractions violentes (rare), *ou* accru par contractions molles ou moyennes. Le palper montre inertie utérine sans grosse augmentation de volume, mollesse et dépressibilité utérines; le plus souvent contractions faibles ou nulles. Placenta à siège variable plutôt utérin qu'utéro-vaginal.

b. *Hémorragie interne.* — Pas d'écoulement externe, insidieuse, avec ou sans symptômes d'anémie progressive (question de quantité et de rapidité).

Deux variétés. — 1° Hémorragie dans le corps utérin. — Très grave : preuve d'inertie absolue. Augmentation progressive de l'utérus pouvant remonter jusqu'à l'épigastre. Mollesse en proportion croissante avec hémorragie, d'où délimitation difficile ou impossible. Douleurs lombaires variables, agaçantes, caractéristiques (Fochier). Hémorragie entretenue par la présence de caillots utérins. Peut aller jusqu'à 600 ou 800 grammes.

2° Hémorragie dans le segment inférieur. — Plus rare, souvent inaperçue ; peu grave, moins abondante. Accumulation de sang dans le segment inférieur avec intégrité du corps utérin. Due à obstacle vaginal (placenta dans le vagin retenu souvent par adhérences de membranes, ou poche membraneuse remplie de sang) avec contractilité suffisante du corps, sauf parfois zones d'inertie partielle au niveau d'aire placentaire. Symptômes d'anémie nuls ou très atténués. Corps utérin normal mais au-dessus d'ombilic par tumeur sus-pubienne. Celle-ci intra-segmentaire, molle, non tendue, croissante, différant de vessie par son augmentation rapide. L'obstacle vaginal enlevé, sang s'écoule, tumeur et utérus s'affaissent.

c. *Hémorragie mixte habituelle.* — Combinaison d'hémorragies interne et externe, avec en général prédominance de l'une d'elles.

Diagnostic. — Surveillance constante, minutieuse, d'accouchée (état local, anémie, pouls rapide et dépressible). Se méfier d'hémorragie interne surtout (un écoulement roussâtre prouve souvent l'existence de caillots utérins, Tarnier); de l'hémorragie externe lente, insidieuse ; de l'infiltration cachée de la literie sous-jacente. Surveiller la consistance et la hauteur utérines.

1° *A priori*, l'existence du corps utérin bien contracté (globe de sûreté) élimine les écoulements sanguins, *vulvaires*, *périnéaux*, *vaginaux-cervicaux* (à part l'hémorragie dans le segment inférieur). De plus, écoulement presque immédiat. L'examen visuel, digital, avec ou sans valves, porte successivement sur : *a.* la vulve (déchirures de la région clitoridienne ou vestibulaire, rupture de varices vulvaires, vulvo-vaginales) ; *b.* le périnée (déchirures avec ou sans vaisseau suintant apparent) ; *c.* le vagin, le col ou le segment inférieur.

2° Eliminer l'hémorragie par *présentation du placenta* par son bord et surtout sa face utérine.

3° Eliminer l'hémorragie de la *rupture utérine*.

4° La *rétention passagère d'urine* (cathétérisme) au lieu de l'hémorragie dans le segment inférieur.

5° De même l'*hématome* anté-utérin de la rupture utérine (toucher vaginal ou intra-utérin), au lieu d'hémorragie dans le segment inférieur.

Pronostic. — Variable. Dépend de la rapidité du diagnostic, d'intensité d'écoulement, d'état général antérieur (maladies antérieures, chroniques), et actuel (longueur de travail, tumeurs utérines, anomalies d'insertion placentaire, enchâtonnement, etc.), de rapidité d'intervention.

En général plus grave si l'hémorragie débute aussitôt après naissance de l'enfant. Se baser surtout sur le pouls; cependant, malgré la bénignité apparente ou l'arrêt d'hémorragie, mort rapide possible.

II. Hémorragies immédiates après la délivrance. — Mêmes formes; surtout hémorragie mixte. L'hémorragie dans le segment inférieur est très rare, l'obstacle vaginal n'existant plus. Peu fréquentes, sauf dans les délivrances par expression de Crédé. *Ou* inertie après expulsion trop rapide de placenta après l'accouchement (fréquent), *ou* distension utérine lente, hémorragie à maximum interne avec suintement externe léger (dans ces cas, souvent dues à cotylédon ou membranes non extraits).

Mêmes symptômes, même pronostic.

B. **Hémorragies secondaires.** — Ces hémorragies des premières vingt-quatre heures ressemblent beaucoup à celles qui suivent immédiatement la délivrance. Mais plus souvent silencieuses, parfois très abondantes. Dues *ou* à rétention partielle de placenta (cotylédon arraché ou aberrant, grands lambeaux de membranes) *ou* à inertie utérine (rétention, albuminurie, hémophilie, etc.). Formes mixte ou externe sont les plus fréquentes (la première surtout). L'examen attentif du placenta (entre autres présence de vaisseaux rompus n'aboutissant que d'un côté) et des membranes (rétention) les évite ou en fait trouver la cause la plus fréquente; de même pour l'existence d'albumine ou la connaissance d'un état antérieur.

Traitement. — I. Traitement préventif. — Technique parfaite de la délivrance. Examen du délivre. Souvenir de l'étiologie.

II. Traitement curatif. — A. *Hémorragies primitives.* — Pas de traitement unique. Traitements variables suivant les causes, les formes, l'allure. Avant tout, s'assurer de l'origine de l'écoulement, s'il est bien d'origine utérine ou utéro-placentaire, alors :

a. Si hémorragie immédiate (décollement prématuré total ou partiel du placenta), achever le décollement et extraire (délivrance artificielle). Vérifier si besoin la vacuité utérine. Injection intra-utérine à 48 degrés jusqu'à cessation d'écoulement et globe de sûreté permanent.

b. Si, avec ou sans suintement léger, tumeur sus-pubienne et ascension exagérée d'utérus dur : toucher vaginal utérin, extraction du placenta ou membranes-obstacle, et des caillots du segment inférieur. Même injection.

c. Si délivrance normale, s'assurer de sa totalité et d'état des membranes. En cas de manque réel ou apparent, nettoyage manuel immédiat de la cavité utérine qui évitera hémorragie.

d. Si hémorragie, sous quelque forme, avec intégrité absolue du délivre : injection intra-utérine d'eau bouillie à 48 degrés jusqu'à cessation de coloration d'eau; en même temps, massage externe de l'utérus. Si hémorragie continue, extraction de caillots, puis massage manuel intra-utérin en même temps qu'extra-utérin avec injection utérine concomitante. Ne retirer la main interne qu'après avoir senti l'utérus très bien contracté, et de façon continue. On peut tenter aussi *ou* compression par main abdominale appuyant la face postérieure d'utérus derrière le pubis (?) *ou* mieux, mains abdominales, une sur la face postérieure, l'autre à plat devant le pubis et la paroi abdominale ; *ou* mieux compression manuelle à la fois vaginale et abdominale. Pour certains, si hémorragie persiste ou pour tranquillité, tamponnement intra-utérin à la gaze simple.

e. Si hémorragie violente, pendant tous ces procédés, faire exécuter compression manuelle de l'aorte abdominale.

f. Ne faire d'ergotine sous-cutanée que l'utérus tout à fait vide (discutable).

g. Si anémie aiguë, tête en bas, au besoin Trendelenburg. Ligature des membres en attendant sérum artificiel (rectal, ou mieux sous-cutané et même intra-veineux), caféine, etc.

h. Hémorragie arrêtée, surveillance continuelle d'utérus pendant plusieurs heures.

III. Hémorragies secondaires. — Même traitement. Mais comme hémorragies sont le plus souvent dues à rétention d'une partie du délivre, nécessité fréquente d'explorer l'utérus; au besoin, nettoyage de sa cavité. Traitement de l'albumine si elle existe.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 9 novembre : MM. Rousseau (Ferdinand), 11 ; Duvelleroy, 5 ; Bel, 10 ; Tissier, 8 ; Arnaudon, 5 ; Beloux, 9 ; Percepied et Bourgeois (Francis), 7 ; Vosy, 5 ; Mlle Peltier, 11.

Pathologie. — Séance du 9 novembre : MM. Rouffignac, 11 ; Chanianz, 5 ; Photiadès, 10 ; Monod (Lorenz), 9 ; Lanos, 5 ; Jamin, 6 ; Lévy, 12 ; Clap, 7 ; Ducastaing et Dufour, 9 ; Pimpaneau, 10.

— Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Séance du 9 novembre. — Question donnée : « Muscles de l'éminence thénar et leurs nerfs. »

MM. Fouquet, 19 ; Gardères, 18 ; Fauchay, 6 ; Mlle Halpern, 13 ; MM. Halperson, 12 ; Gaume et Maufrais, 17 ; Menville, 16 ; Joanny, 7 ; Barois, 14 ; Lipschitz, 6 ; Patrikios, 18 ; Lavaux, 10 ; Gehard, 8 ; Rechède, 9 ; Bouillette, 5 1/2 ; Caracostea, 6 ; Chevalley, 13 ; Defiol, 3 ; Eschallier, 13 ; Bonnard et Vidal, 16.

Deuxième séance du 9 novembre. — Question donnée : « Ligaments de l'articulation du genou. »

M. Dascalopoulos, 10.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de première classe Oberlé et M. le médecin aide-major de première classe Saletès sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre des expéditions lointaines.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Paul Faivre, inspecteur général adjoint des services administratifs, a été nommé inspecteur général en remplacement de M. Liégey, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-quatrième semaine, 780 décès, au lieu de 843 pendant la semaine précédente et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc très satisfaisant.

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

Aucun cas de méningite cérébro-spinale n'a été signalé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arles, président du syndicat médical de l'Hérault ; Ernest Abram (de Marseille) et Alexandre Biernawski (de Vichy).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 17 novembre, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE. — M. Doyen fera du 14 novembre au 15 décembre 1910 un cours privé de *thérapeutique chirurgicale* avec démonstrations d'anatomie topographique et de technique opératoire.

Ce cours comprendra quinze leçons qui auront lieu chaque jour, les samedis et dimanches exceptés, du 14 novembre au 2 décembre 1910 inclusivement, à six heures du soir à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton. (Droit d'inscription : 10 francs.)

Un cours privé de *thérapeutique médicale* sera fait par M. Doyen du 5 au 12 décembre aux mêmes heures. Il comprendra six leçons. (Droit d'inscription : 10 francs.)

ERRATUM. — P. 1735 : au lieu de Urologie des paralytiques généraux par Henri Labbé et Alfred Gallois, lire : par Henri Labbé et Alfred *Gallais*.

P. 1735 : au lieu de Radiothérapie des tumeurs malignes par MM. Wickham, Degrais et Gand, lire *Radiumthérapie* des tumeurs malignes, par MM. L. Wickham, Degrais et *Gaud*.

Dans la même communication à l'avant-dernière ligne lire : *seins* au lieu de reins.

Monsieur l'Agrégé, roman médical, par le docteur Lucien Nass. Un vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

La Régulation hématosique. Son mécanisme et ses principes essentiels, par le docteur Joseph Noé, ex-chef de laboratoire de la Faculté de médecine. In-8 raisin de 60 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Rousset.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES VAISSEAUX DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE (2)

Par MM. Pierre-Jean MÉNARD et Paul BRODIN,
Internes des hôpitaux de Paris.

II

Complications vasculaires. — I. Phlébite typhique. — La première observation de phlébite typhique remonte à Bouillaud en 1823; depuis cette époque son étude a été reprise par de nombreux auteurs, en particulier Hic, Veillard, d'Albuquerque-Calvacanti, Cazauvuilh, Muxart, Bru et surtout récemment Morellet.

Rare pour Trousseau, sa fréquence a augmenté au fur et à mesure qu'elle était mieux connue et a atteint 2 à 3 p. 100. Si certaines épidémies semblent y prédisposer, la gravité de la fièvre typhoïde causale, sa forme paraissent sans influence sur son apparition; par contre l'âge du malade a beaucoup plus d'importance, rare chez les enfants, elle s'observe surtout entre vingt et trente ans. C'est une complication tardive survenant dans le courant de la convalescence quand la température est redevenue normale; quelques fois cependant elle apparaît à la période d'état.

Son *siège* d'élection est le membre inférieur gauche où elle occupe la veine fémorale, beaucoup plus rarement la saphène interne ou la poplitée, mais elle a été observée au membre inférieur droit; au bras (Bouchard, d'Albuquerque-Calvacanti), au niveau des sous-clavières (Veillard).

Son *début* peut être *lent*, insidieux, se faisant par des fourmillements, des picotements, des lourdeurs dans le membre inférieur, et ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'apparition de l'*œdème* vient confirmer le diagnostic. Mais en général il est *brusque*, le malade est pris d'un frisson violent, ou d'une série de petits frissons, sa température remonte à 38, 39, 40 degrés pour redescendre bientôt; en même temps il ressent soit spontanément, soit plus fréquemment à l'occasion d'un mouvement, une douleur vive dans le membre atteint. Le lendemain ou le surlendemain se montre l'*œdème*; il débute par l'extrémité, plus rarement par la racine du membre, peut rester cantonné à un segment comme dans l'observation I de Morellet, mais en général s'étend progressivement à tout le membre inférieur qu'il déforme.

C'est un œdème dur, gardant difficilement l'empreinte du doigt; la peau est lisse, brillante, en général blanche, parfois bleutée par suite de l'intensité de la circulation superficielle complémentaire. Au genou l'hydarthrose est fréquente.

La *palpation* est douloureuse surtout en trois points au niveau de la région postérieure et moyenne du mollet, entre les deux jumeaux; au niveau de la région moyenne et interne de la cuisse; dans le triangle de Scarpa immédiatement au-dessous de l'arcade fémorale à un centimètre en dedans du milieu de cette arcade. Elle permet parfois de percevoir en ces mêmes points le *cordon dur* constitué par la veine enflammée.

La jambe en demi-flexion et rotation interne ne peut être remuée par le malade, on note tantôt de l'hyperesthésie, tantôt de l'hypoesthésie.

Ce sont ces troubles nerveux dus pour Quénu aux varices des vasa nervorum, pour Klippel à l'altération des nerfs par la sérosité de l'œdème qui peuvent assombrir le *pronostic* de la phlébite typhique en général bénin.

Si la guérison est en effet la règle au bout d'un mois en moyenne, on peut cependant observer à sa suite un œdème persistant pendant des mois parfois même indéfiniment et s'accompagnant de *troubles trophiques*; des *troubles sensitifs* caractérisés par des douleurs dans le membre malade après la marche ou la station debout prolongée; des *troubles moteurs* consistant en une véritable claudication intermittente : ces différents accidents sont heureusement très rares. Quant à l'*embolie* elle est exceptionnelle.

Tel est l'aspect sous lequel se présente en général la phlébite typhique; mais à côté de cette forme type on peut observer d'autres évolutions.

L'affection d'abord localisée à un membre peut envahir ensuite le membre du côté opposé; c'est la *phlébite à bascule;* ou frapper les deux côtés en même temps.

Plus souvent on observe des poussées successives; plusieurs segments de veine ou plusieurs veines étant envahis l'un après l'autre; c'est ainsi qu'après l'atteinte de la poplitée, on peut assister à l'envahissement de la fémorale ou de la saphène.

Un ou plusieurs symptômes peuvent manquer; c'est ce qui se produit en particulier dans les *phlébites non oblitérantes*; elles débutent par des signes généraux, une douleur au niveau du membre atteint; mais l'œdème est nul, ou à peine marqué, occupant seulement la région malléolaire et ce n'est que rarement que la palpation perçoit le cordon dur et douloureux correspondant à la veine enflammée.

A côté de ces formes frustes, MM. Widal et Abrami ont observé au contraire à deux reprises une *forme pseudo-pyohémique* décrite dans la thèse de Morellet.

Ce qui caractérise cette forme, c'est une évolution par poussées successives, chacune de ces poussées revêtant une allure dramatique avec grand frisson, élévation subite et intense de la température, symptômes rappelant ceux du collapsus cardiaque. Malgré son intensité et la réinfection générale de l'organisme par le bacille d'Eberth qui l'a accompagnée dans les deux cas, cette forme s'est terminée par la guérison.

Pathogénie. — La pathogénie de la phlébite typhique comme celle des phlébites en général a passé par de nombreuses phases. Nous ne rappellerons pas les conceptions de Cruvelhier, Virchow, Vogel. Les travaux de Durand-Fardel à propos du bacille tuberculeux, de Widal au sujet de la phlébite puerpérale, et enfin de Vaquez pour qui « la notion

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 126, p. 1713.

d'infection fait l'unité de toutes les phlébites », ont définitivement établi sa nature microbienne.

Mais comment agissent ces microorganismes; est-ce par leur présence même; est-ce par leurs toxines? Croq, en 1894, Lépine et Lyonnet en 1897, Jackowski en 1899 soutiennent en s'appuyant sur l'expérimentation cette dernière hypothèse; on ne peut donc nier l'influence des toxines, mais il semble que leur rôle n'est que secondaire et cela pour plusieurs raisons.

La première est que l'expérimentateur s'éloigne beaucoup des conditions de la pathologie humaine.

La deuxième est que le fait de ne pas constater de microorganismes sur la paroi veineuse ne constitue pas une preuve de la non infection antérieure de celle-ci.

La dernière enfin et la plus importante est, comme le dit Vaquez, que « la nature infectieuse de la phlébite typhique se révèle presque toujours d'une manière démonstrative » et de nombreux auteurs ont en effet pu constater la présence de microbes dans la veine enflammée.

Quelle est la nature du microbe en cause; faut-il incriminer le bacille d'Eberth lui-même ou des infections secondaires?

Ce sont ces dernières que l'on accuse dans la plupart des observations anciennes et Vincent (d'Alger) dans quatre autopsies de phlébite typhique a retrouvé chaque fois le staphylocoque blanc ou doré au niveau de la veine après l'avoir rencontré trois fois dans le sang pendant la vie, dont une fois associé au bacille d'Eberth.

Mais on peut reprocher aux observations de Vincent de s'appuyer sur des constatations d'autopsie et l'on sait combien les microbes vulgaires se multiplient rapidement après la mort; de même la technique d'ensemencement du sang était défectueuse, car il ne prélevait qu'un centimètre cube, quantité insuffisante pour mettre en évidence le bacille d'Eberth.

D'autre part on sait actuellement que la fièvre typhoïde est le type des septicémies humaines de longue durée et qu'au début de l'infection le bacille d'Eberth peut être facilement retiré du sang dans la plupart des cas (Lemierre) à l'état de pureté.

Dans les deux observations rapportées par Morellet dans sa thèse, au moment des poussées de phlébite, l'ensemencement a révélé la présence de bacilles d'Eberth, et il semble rationnel d'admettre que c'était ce même bacille qui était cantonné dans la veine.

Enfin, Haushalter a publié en 1893 un cas de phlébite typhique avec autopsie dans lequel les parois veineuses et le caillot contenaient le bacille d'Eberth.

Il semble donc actuellement que si dans quelques cas l'agent causal de la phlébite peut être un microbe d'infection secondaire, en règle générale, c'est le bacille d'Eberth lui-même qui doit être incriminé.

Quant à sa voie d'apport, ce peuvent être les vasa vasorum; c'est en général le sang de la veine lui-même par lequel le microbe est charrié.

II. **Artérite typhique.** — Au même titre que les veines, les artères peuvent être altérées au cours de la fièvre typhoïde.

Cette altération porte surtout sur les artérioles viscérales, mais frappe également les artères externes.

L'artérite viscérale joue pour certains auteurs (Hayem, Martin, Landouzy et Siredey) un très grand rôle dans la production des altérations parenchymateuses des divers organes et en particulier du cœur. Récemment encore, Wiesel a repris la même théorie à la Société de médecine interne et de pédiatrie de Vienne.

Or, comme le fait remarquer Brault, des altérations importantes peuvent exister sur les artérioles d'un organe sans que celui-ci présente de lésions appréciables; réciproquement, la membrane interne des artères peut être intacte, alors que la dégénérescence organique est déjà très prononcée.

Il semble donc que l'on ait exagéré l'influence des artériolites sur l'altération des parenchymes, et les lésions artérielles et parenchymateuses doivent être envisagées plutôt comme des manifestations contemporaines relevant d'une cause commune, l'infection, que comme des manifestations successives dont les secondes dépendraient des premières.

Aussi nous occuperons-nous uniquement des artérites externes.

La connaissance de l'artérite typhique comme celle de la phlébite est de date relativement récente.

La première observation remonte à Taupin en 1839; depuis cette époque, elle a été étudiée par de nombreux auteurs, surtout Bourgeois (d'Etampes), Patry (de Saint-Maure), Barié, Merrill-Rickets, et récemment au point de vue pathogénique, par Rist et Ribadeau-Dumas.

Plus rare que la phlébite, elle est comme elle, indépendante de la gravité et de la forme de la fièvre typhoïde causale; on la rencontre aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves. Surtout fréquente de dix-huit à trente ans, elle peut cependant frapper des enfants comme dans l'observation de Rist et Ribadeau-Dumas, et les cas réunis dans la thèse de Vezeaux de Lavergne.

C'est une complication tardive, moins tardive cependant que la phlébite, car elle apparaît en moyenne vers le dix-neuvième jour.

Alors que la phlébite siège de préférence à gauche, elle frappe surtout le membre inférieur droit et atteint par ordre de fréquence la fémorale, la pédieuse, la poplitée et la tibiale antérieure, mais on l'a rencontrée également au membre supérieur; au niveau de la carotide externe (Barié).

Précédée ou accompagnée d'une réascension de la température centrale avec accélération du pouls, son premier symptôme est la *douleur*. Parfois peu marquée, se bornant à une sensation de tension plus ou moins pénible, cette douleur est en général assez vive, plus vive que dans la phlébite, car elle est non seulement provoquée par les mouvements et surtout la pression, mais encore spontanée, lancinante, souvent exagérée la nuit. Elle est pour M. Chauffard d'autant plus marquée que les phénomènes de périartérite sont plus accusés. Comme son intensité,

son étendue est variable, elle peut être localisée à la région atteinte ou irradier tout le long du membre.

Si l'on palpe la région artérielle douloureuse on constate bientôt un *affaiblissement des pulsations* qui va s'accentuant et aboutit à la suppression totale de tout battement sur le trajet de l'artère oblitérée et dans une partie plus ou moins étendue de ses branches, suivant l'intensité de la circulation collatérale. On perçoit alors un *cordon dur*, rigide et uniforme, bien différent du cordon inégal et bosselé de la phlegmatia; il semble que le vaisseau soit injecté d'un liquide coagulant (Chauffard).

Parallèlement à l'oblitération artérielle, s'installe un *gonflement* du membre malade, sans œdème ni rougeur avec conservation parfaite des formes. Ce gonflement expliqué parfois par la suppression de la vis a tergo ou la coexistence de la périphlébite semble relever de troubles vaso-moteurs; il s'agit plutôt d'une vaso-dilatation que d'un œdème par stase.

La jambe engourdie, lourde, ne peut être que difficilement remuée par le malade ou même reste complètement inerte.

Tout peut se borner là, comme dans les observations X et XI de Barié, l'observation II de Chauffard; au bout de quelques jours les phénomènes s'amendent, la guérison survient.

Mais le plus souvent, les accidents continuent à évoluer, la coloration des téguments devient blanchâtre, la température s'abaisse, la sensibilité s'émousse et contrastant avec cette anesthésie superficielle, le malade ressent des fourmillements, a l'onglée et même éprouve des douleurs très vives dans les orteils ou dans la moitié inférieure de la jambe.

Bientôt apparaissent des marbrures violacées, ou des plaques de cyanose locale, voire même, quoique plus rarement, des taches de purpura, et si dans quelques cas exceptionnels, la guérison peut encore survenir à ce stade, en règle générale, la *gangrène* apparaît. La douleur devient de plus en plus vive, parfois intolérable; c'est une sensation de brûlure, de morsure, d'arrachement, de brisement, s'exagérant par crises, se réveillant au moindre contact, à chaque pansement; les plaques violacées s'étendent, se réunissent, deviennent brunâtres et finalement noires; la peau ne glisse plus sur les parties sous-jacentes, elle se ratatine, se racornit, donnant à la percussion un son de bois en même temps que les parties molles diminuent de volume.

Cette gangrène sèche, sans odeur, peut s'étendre progressivement par suite de l'extension de l'artérite, mais ces cas sont exceptionnels; le plus souvent elle se localise, un sillon d'élimination apparaît à bords irréguliers, limité du côté sain par des bourgeons charnus. Peu à peu il s'étend en profondeur et en largeur découvrant successivement des aponévroses, des tendons plus résistants que les masses musculaires, enfin l'os dont la division peut durer plusieurs mois en l'absence d'intervention.

Si la veine est atteinte en même temps que l'artère, la gangrène prend le type *humide;* aux symptômes précédents s'ajoute un œdème qui subit l'infection putride.

Quelles que soient d'ailleurs la forme et l'étendue de la gangrène, l'état général s'altère rapidement: la langue est sèche, les traits tirés, le teint terreux.

Le pouls est rapide, la température à grandes oscillations, une diarrhée fétide s'établit et le malade tombe dans un état adynamique qui, si l'on n'intervient pas, aboutit au collapsus et au coma.

Telle est l'évolution de la forme le plus souvent observée d'artérite typhique. Mais à côté de ce type que M. Barié désigne sous le nom d'ARTÉRITE OBLITÉRANTE on peut en observer un autre auquel il réserve le nom d'ARTÉRITE PARIÉTALE.

Elle débute plus tardivement que la précédente, dans la convalescence, ne frappe que les membres inférieurs et paraît siéger aussi fréquemment d'un côté que de l'autre.

La douleur y est moins aiguë, la disparition des battements artériels parfois précédée d'exagération dans leur amplitude, comme dans l'observation XV de M. Barié, rarement complète, le gonflement moins marqué; enfin la palpation ne révèle pas l'existence du cordon induré sur le trajet du vaisseau, caractéristique de la forme oblitérante.

La marche est rapide, la guérison survient au bout d'une quinzaine de jours environ, cependant il persiste pendant quelque temps un peu de gêne, de lourdeur et de fatigue dans le membre atteint, surtout après la marche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Anatomiquement l'artérite oblitérante se caractérise par une infiltration embryonnaire des trois tuniques surtout marquée au niveau de la tunique interne qui est inégale et végétante. Fréquemment il existe de la périartérite.

La lumière du vaisseau est oblitérée par un caillot grisâtre adhérent auquel s'ajoute un caillot secondaire peu adhérent. Ce caillot s'étend vers la périphérie sur une plus ou moins grande longueur de l'artère et de ses branches suivant que la circulation collatérale a pu plus ou moins bien s'établir, et remonte en amont jusqu'à la première collatérale.

L'évolution ultérieure de ce caillot est celle de tout thrombus.

PATHOGÉNIE. — Plusieurs auteurs, Hayem, Mercier, Valette, ont voulu faire de l'artérite typhique une thrombose par embolie. Si une semblable pathogénie peut être invoquée dans un certain nombre de cas où il existe des troubles cardiaques, où la douleur est vive et instantanée, le membre brusquement refroidi et engourdi, les battements artériels rapidement et immédiatement supprimés, le sphacèle précoce, elle ne peut convenir à tous les cas et, le plus souvent, il s'agit d'une inflammation primitive de l'artère déjà soutenue par Patry.

Par analogie avec le processus phlébitique, la nature infectieuse de cette inflammation est aujourd'hui définitivement admise.

Dans certains cas, il s'agit d'infections secondaires, mais le plus souvent c'est le bacille d'Eberth lui-même qui est en cause.

Rattone dès 1887 a pu, en effet, retrouver le

bacille d'Eberth à l'état de pureté dans un cas d'artérite typhique.

Gilbert et Lion ont pu déterminer de l'endartérite sur une aorte préalablement traumatisée en injectant dans les veines une culture de bacille typhique. Croq a obtenu le même résultat.

Enfin en 1905 au cours d'une artérite typhique de la jambe droite chez un enfant de sept ans, MM. Rist et Ribadeau-Dumas ont trouvé à l'intérieur de l'artère oblitérée le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

En résumé, il semble qu'artérite et phlébite typhiques soient dues à la localisation sur la paroi vasculaire du bacille d'Eberth en circulation dans le sang.

Pour expliquer cette localisation tardive diverses hypothèses ont été émises.

Rist et Ribadeau-Dumas invoquent une immunité imparfaite de l'organisme transformant une septicémie en une infection localisée par un processus analogue à ce qui se produit dans la syphilis au moment du passage de la période secondaire à la période tertiaire.

La présence d'agglutinines dans le sang facilite peut-être également l'arrêt en certains points de bacilles agglutinés en grande quantité.

Enfin le ralentissement du cours du sang, la faiblesse du cœur, les troubles vaso-moteurs, les mouvements que fait le malade commençant à se lever et à marcher au moment de la convalescence, constituent autant de causes adjuvantes.

Le *diagnostic* de ces deux complications est en général facile ; au début l'élévation de la température pourrait faire croire à une rechute, mais dès que la douleur a attiré l'attention sur le membre atteint, un examen rapide suffit à éliminer les myalgies, les névralgies, les lymphangites ; le siège de la douleur, l'atteinte des pulsations artérielles permettent ensuite de distinguer l'artérite de la phlébite.

Quant au *traitement*, il consiste dans l'immobilisation suivie de massage qui peut être beaucoup plus précoce dans le cas d'artérite où l'embolie n'est pas à redouter.

Le régime déchloruré préconisé par M. Chantemesse paraît favoriser beaucoup la résorption de l'œdème phlébitique.

BIBLIOGRAPHIE

I. Pouls. — TRAVAUX GÉNÉRAUX. — ANDRAL. *Clin. méd.*, t. III, p. 555. — BAGINSKY. Ueber Typhus und Typhoïd, Meningitis der Kinder, *Soc. méd.*, Berlin, 5 mars 1873. — BATTAGLINI. *Quelques considérations sur la tachycardie pendant la convalescence de la fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier, 1905. — BERNHEIM. *Leçons de clin. méd.*, 1877, p. 341. — BRETONNEAU. *La Dothiénentérie*, 1826. — CHOMEL. *Leçons de clin. méd.*, 1834. — GILLET. *L'Embryocardie*, Th. de Paris, 1888. — GRAVES. *Leçons de clin. méd.*, 1867, p. 54. — GRIESINGER. *Traité des maladies infectieuses*, 7e édit., trad. Vallin, 1877. — HUTINEL. Th. d'agrégation, 1883. — HUCHARD. *Traité des maladies du cœur*, 1re édit., 1889. — HAYEM. Des manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde, *Progrès méd.*, 1875. — HOMOLLE. Art. FIÈVRE TYPHOÏDE, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1884, t. XXXVI, p. 476. — JACCOUD. *Clin. méd.* — LABBÉE (E.). Th. de Paris, 1868. — LAPORTE. Th. de Paris, 1882. — LIEBERMEISTER. *Abd. Typhus* in *Ziemssen's Handb.*, Bd. II, 1 b, p. 87. — LORAIN. *Etudes de médecine clinique. Le Pouls*, Paris 1870. — LOUIS. Paris 1841. — MALHERBE. *Valeur diagnostique et pronostique des rapports du pouls et de la fièvre dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1882. — MADET. *Fréquence du pouls et élévation thermique dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1883. — MAUGER (N.). *La Perforation typhique de l'intestin*, etc., Th. de Paris, 1900. — MURCHISON. *La Fièvre typhoïde*, 1878, p. 122. — PARISOT. *Recherches sur le pouls dans la fièvre typhoïde*, Th. de Nancy, 1884. — TCHILIAN. *La Tachycardie d'origine bulbaire dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1905. — TEIRLINCK. L'arythmie dans la convalescence de la fièvre typhoïde, *Belgique méd.*, Gand-Haarlem 1901. — WUNDERLICH. *De la température dans les différentes maladies*, FIÈVRE TYPHOÏDE, p. 292-332, trad. Labadie-Lagrave, 1872. — WOLF et VIERORD. *Arch. d'Heilk.*, t. IV, 1863.

Enfants. — BOUCHUT. *Traitement pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la deuxième enfance*, 4e édit., 1862. — CADET DE GASSICOURT. *Maladies des enfants.* — DAUVERGNE. *Revue prat. de gyn., d'obst. et de pédiat.*, Paris 1906, p. 89-94. — LESNÉ. Formes cliniques de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *La Clinique*, 1907. — PARISOT. Loc. cit. — PARROT. La fièvre typhoïde chez les enfants, *Progrès méd.*, 30 juin 1883, p. 506. — PRUNAC. *La Fièvre typhoïde chez les enfants*, etc., Th. de Paris, 1870. — RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., t. II, p. 685. — ROGER. *Maladies des enfants.* — WEST. *Maladies des enfants.*

Vieillards. — GUÉNEAU DE MUSSY. *Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde.* — JOSIAS. *De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées*, Th. de Paris, 1881. — MADET. Loc. cit. — PARISOT. Loc. cit. — SAINTON. *La Fièvre typhoïde chez le vieillard*, Th. de Paris, 1901-1902.

TRAVAUX SPÉCIAUX. — **Pression, Rythme, etc.** — ALEZAIS et FRANÇOIS. *Revue de méd.*, 1899 (pression). — BARACH (J.-H.). Blood pressure studies in typhoid fever, *New-York med. Journ.*, 1907, p. 348-354. — BOUCHARD. Cité par TEISSIER. — CARRIÈRE et DANCOURT. Etude sur les variations de la pression artérielle dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Revue de méd.*, juillet-août 1904. — CHARVOT. *Température, pouls et urines dans la crise et la convalescence de quelques grandes pyrexies*, Th. de Paris, 1871. — CRILE (Georges W.). Valeur diagnostique des déterminations de la pression sanguine dans le diagnostic des perforations typhiques, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 mai 1903. — DEHÉRAIN et ACHER-DUBOIS. Fréquence du pouls et élimination urinaire dans la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1904, p. 2000-2002. — HUCHARD. Loc. cit. — HUCHARD et AMBLARD. Crises d'hypertension artérielle dans le cours de la fièvre typhoïde, etc., *Revue de méd.*, 1907. — JOURDIN et FISCHER. Pression artérielle, *Revue de méd.*, 1902. — LANGLET. Des intermittences du pouls, de la syncope et de la mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde, *Union méd. et scient. du Nord-Est*, Reims 1881. — LEREBOULLET. Complications méningées dans la fièvre typhoïde, *Gaz. hebd.*, 1877. — LORAIN. Loc. cit. — MAREY. *La Circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*, Paris 1881, p. 270. — ODDO et AUDIBERT. Le dicrotisme dans la fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 1902. — POTAIN. *La Pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique*, 1902. — REYNAUD. Th. de Paris, 1901 (pression). — REYNAUD et OLMER. Pression artérielle dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, mai 1900. — TEISSIER. *Acad. de méd.*, nov. 1894 ; — *XIIIe Congrès int. de méd.*, Paris 1900 ; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1904, p. 133. — VILLENEUVE. Th. de Montpellier, 1899 (pression artérielle).

Expérimentation. — BRIEGER et FRAENKEL. Untersuchungen über Bakteriengifte, *Berl. klin. Woch.*, 1890. — CHANTEMESSE

et LAMY. *XIIIe Congrès intern. de méd.*, Paris 1900. — CHANTEMESSE. Sur la toxine typhoïde soluble, *Soc. de biol.*, janv. 1897; — *Bull. méd.*, 1897. — LÉPINE et LYONNET. Etude sur quelques effets de la toxine typhique chez le chien, *Revue de méd.*, 1897 et 1899. — SANARELLI. Sur la fièvre typhoïde expérimentale, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892 et 1894.

II. **Phlébite typhique.** — BOUILLAUD. De l'oblitération veineuse et de son influence sur la formation des hydropisies partielles; considérations sur les hydropisies passives en général, *Arch. gén. de méd.*, 1823-1824. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales Hôtel-Dieu*, 1846. — LEUDET. Recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies consécutives à la fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1858. — Léon FORBETS. Phlegmatia alba dolens survenant dans deux cas de fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1861. — GRIESSINGER. *Traité des maladies infectieuses*, 1868. — MURCHINSON. *De la fièvre typhoïde*, 1873. — MARTINEAU. Sur un cas de phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, *Gaz. hebd.*, 1875. — SHOUPPE. Note sur deux cas de phlegmatia alba dolens à la suite de la fièvre typhoïde, *Gaz. méd. de Paris*, 1877. — DUMONTPALLIER. Des coagulations intraveineuses dans le cours de la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1877. — HIC. *Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1877. — WIDAL. Phlébite de la veine spermatique chez un typhique, *France méd.*, 1877. — LETULLE. De l'hydarthrose dans la phlegmatia alba dolens, *Bull. soc. clin.*, 1878. — VEILLARD. *De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1881. — D'ALBUQUERQUE-CAVALCANTI. *De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1883. — CAZANVIEILH. *Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1884. — DUNIN. Sur la cause des suppurations et des thromboses veineuses dans le cours de la fièvre typhoïde, *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, B. XXXIV, 1886. — KLIPPEL. Des altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques; la phlegmatia alba dolens et l'œdème expérimental, *Arch. gén. de méd.*, juillet-août 1889. — ARNAUDET. Trois cas de phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, *Normandie méd.*, 1890. — DELM. *Etude sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1893. — HAUSHALTER. *Mercredi méd.*, 1893; *Revue méd. de l'Est*, n° 17, 1893. — VINCENT. Bactériologie des phlébites dans la fièvre typhoïde (communication au Congrès de Bordeaux 1895), *Semaine méd.*, 21 mars 1895. — LÉPINE et LYONNET. Phlegmatia alba dolens consécutive aux injections intraveineuses de toxines typhiques, *Lyon méd.*, 8 août 1897. — MORRACHINI. *De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier, 1897. — JAKOWSKI. *Centralbl. f. bacteriol.*, janv. 1899, vol. VIII et XXV. — MUXART. *De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier, 1899. — CHANTEMESSE. La phlegmatia alba dolens des typhiques et le régime déchloruré, *Bull. Acad. de méd.*, Paris 1903. — BRU. *De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde*, Th. de Montpellier 1904. — COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ. Phlébite typhique à début ganglionnaire, *Gaz. des hôpit.*, février 1905. — MORELLET. *Contribution à l'étude de la phlébite typhique*, Th. de Paris, 1908.

III. **Artérite typhique.** — ALIBERT. Th. de Paris, 1828. — TAUPIN. Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance. *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1839, p. 247. — LARROQUE. *Traité de la fièvre typhoïde*, 1847, p. 59. — Adrien FABRE. *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 539. — BOURGEOIS (d'Etampes). *Arch. gén. de méd.*, 1857, p. 149, et *Union méd.*, 1861, t. XII, p. 80 et 251. — BIHIER. *Soc. méd. des hôpit.*, avril 1857, p. 305. — SQUINTANI (de Brême). *Gaz. med. italiana Lombard.*, 1859, n° 43. — BOURGUET (d'Aix). *Gaz. hebdom.*, 1861, p. 349. — GIGOU (d'Angoulême). *Union méd.*, 1861, t. XII, p. 127. — BLONDEAU. 1862, cité par TROUSSEAU, in *Clin. méd.*, t. I, 4e édition, p. 379. — PATRY (de Sainte-Maure). *Arch. gén. de méd.*, 1863, p. 129 et 549. — MASSERELL. *Arch. f. Klin. med.*, 1869, p. 445. — MORAX. *Bull. Soc. méd. de Suisse*, 1869. — PACHMAYR. *Verhandl. der phys. Gesells. in Wurzburg*, 1869. — CAUVY. *Montpellier méd.*, 1871. — BOURDEAU. *Arch. méd. belges*, 1874, p. 73. — HAYEM. *Progrès méd.*, 1875, p. 402. — VALETTE. *Lyon méd.*, 1876, n° 6. — DEBIERRE, Th. de Paris, 1877. — MURCHISON. *De la fièvre typhoïde*, 1878, p. 170. — Maurice MERCIER. *Arch. gén. de méd.*, 1878, p. 402 et 676. — LEREBOULLET. *Union méd.*, 1878, t. XXV, p. 309 et 390. — BURLUREAUX. *Gaz. hebdom.*, 1er février 1878, n° 5. — POTAIN. *Gaz. des hôpit.*, 1878, n° 68. — CHAUVEAU. Th. de Paris, 1878. — ROUDOT. Th. d'agrégation, 1880, p. 54. — GUYOT. *Soc. méd. des hôpit.*; — *Union méd.*, 1882, p. 507. — BERTHOUD. Th. de Paris, 1881. — VULPIAN. *Revue de méd.*, 1883, p. 617. — BARIÉ. Contribution à l'histoire de l'artérite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde, *Revue de méd.*, 1884, p. 1 à 17 et 124 à 149. — RATTONE. *Della arterite typhosa. Estratto del Morgagni*, Napoli-Milano, 1887. — LANDOUZY et SIREDEY. *Revue de méd.*, 1885 et 1887. — GILBERT et LION. *Artérite infectieuse expérimentale* (biologie), 1889. — OLLIER. *Maladie des enfants*, Paris 1889, p. 377. — FONTAN cité par FERRAND. Th. de Paris, 1889-1890. — DREWITT, *Lancette*, 15 nov. 1890. — SALLIS. *Lyon méd.*, 15 janv. 1893. — CROQ. Contribution à l'étude expérimentale des artérites infectieuses, *Arch. de méd. expérim.*, 1894. — SUBERTH. *Pathogénie des gangrènes typhiques*, Th. de Paris, 1899. — LECLERC. *Normandie méd.*, 15 déc. 1900. — MILLIARDET. *Oblitération des artères viscérales dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1900. — DELESTAN. *Contribution à l'étude de la pathogénie des gangrènes typhiques et leur traitement*, Th. de Lyon, 1901. — ARNAUD. Gangrène du membre inférieur gauche au cours d'une fièvre typhoïde, thrombose de l'artère et de la veine fémorale, *Marseille méd.*, 1902. — DE VEZEAUX DE LAVERGNE. *Gangrènes typhiques chez l'enfant*, Th. de Paris, 1903. — MERRIL-RICKETS. *The Cincinnati lancet clinic.*, nov. et déc. 1903. — CHAUFFARD. Les artérites de la typhoïde, *Journ. de méd. int.*, 1905, p. 190. — RIST et RIBADEAU-DUMAS. *Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 922. — BRUHL. *Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 931. — WIESEL. Sur les altérations des artères coronaires au cours des maladies infectieuses aiguës, *Soc. de méd. int. et de pédiâtrie de Vienne*, 1906.

XXIIIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 3-8 OCTOBRE 1910 (1).]

ABDOMEN. — VOIES URINAIRES

La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et ses rapports avec l'aérophagie chez les opérés. — M. LARDENNOIS (de Reims) croit que, dans un bon nombre de cas, on peut expliquer la dilatation aiguë de l'estomac chez les opérés par l'aérophagie ou la sialoaérophagie, c'est-à-dire par la déglutition répétée et fréquente d'air et de salive.

Péritonite de l'arrière-cavité des épiploons post-traumatique. — M. AUVRAY appelle l'attention sur un pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons, consécutif à un traumatisme et ayant provoqué des acci-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 113, p. 1539, 115, p. 1563, 117, p. 1589, 122, p. 1660 et 126, p. 1720.

dents d'occlusion intestinale. Cette malade avait fait une chute sur le flanc droit le 27 avril, suivie deux jours après de douleurs à droite, très intenses et paroxystiques; puis il survint des vomissements, de la constipation et de la tuméfaction du ventre. Le 9 mai, il se produisit une occlusion intestinale; on constatait une tumeur à droite et du *ballottement*. Il pratiqua une laparotomie latérale et trouva une masse énorme, refoulant en avant le pylore et le côlon transverse occlus. Il existait sur l'épiploon une éraillure, qui donna issue à un liquide citrin pâle. Il procéda à l'évacuation du pseudo-kyste situé derrière l'estomac. Il n'y avait pas d'autre lésion viscérale; pas de sang dans l'arrière-cavité. Il sutura et mit un drain sans marsupialisation. Il n'y avait pas de fistule après un mois. Le liquide présentait les caractères inflammatoires; il ne contenait pas de sucre, ni de suc pancréatique.

M. Villar a décrit des faits analogues (kystes séreux); mais il y a plusieurs variétés, suivant la nature du liquide. Peut-être ne s'agit-il que de péritonite enkystée dans ce cas? L'occlusion intestinale est rare. La marsupialisation est peut-être plus prudente.

Formes rares d'échinococcose. — M. Abadie (d'Oran) signale un kyste hydatique rétro-vésical; un kyste hydatique du ligament large droit, suppuré; un kyste hydatique primitif du poumon, qui donna lieu à d'autres kystes dans le poumon, le foie, la rate, le rein; un kyste hydatique suppuré gazeux du foie primitif; un cas d'échinococcose diffuse de la cavité abdominale, et un autre de l'épiploon. Il insiste sur la nécessité de l'emploi des procédés de laboratoire pour le diagnostic.

Diagnostic et traitement des abcès du foie. — M. Moulonguet (d'Amiens) a observé deux abcès du foie chez des coloniaux d'Indochine. Le diagnostic du siège de l'abcès a été difficile, et l'on est heureux, en pareil cas, de pouvoir recourir à la radioscopie. On ne saurait compter sur la ponction.

Le premier malade a été opéré par la voie transpleurale antérieure. Il guérit en quatre semaines. La voie transpleurale postérieure paraissait indiquée chez le second malade. On a regretté de l'avoir suivie. En somme, pour la recherche de l'abcès le meilleur signe est fourni par les adhérences.

M. Giordano (de Venise), comme M. Moulonguet, ne croit pas à l'utilité des ponctions pour le diagnostic. Mais dans les abcès du foie nostras, que l'on voit assez nombreux en Italie, la douleur est un très bon signe. Elle se montre même à une palpation légère; elle est vive et bien localisée. Il opère aussi par la voie antérieure.

M. Regnault (de Toulon). Les méthodes de laboratoire sont précieuses pour le diagnostic. On doit recourir, non seulement à la radioscopie, mais au cytodiagnostic qui lui a rendu de réels services.

La tuberculose de la vésicule biliaire. — M. le professeur Tédenat (de Montpellier). La tuberculose de la vésicule biliaire est très rare, et il n'en est pas fait mention dans les livres classiques. Les quelques observations qu'on en possède sont des trouvailles d'autopsie.

Ordinairement, comme pour le cancer, des calculs coexistent avec les lésions tuberculeuses. La vésicule augmentée de volume, à parois épaissies, noduleuses, présente des ulcérations plus ou moins profondes de la muqueuse. Dans deux de mes observations, sa paroi était perforée par un calcul. Tout autour de la vésicule existe un infiltrat parfois très étendu et des adhérences à l'épiploon, au pylore, au duodénum, à l'angle colique droit.

L'évolution, habituellement lente, peut être très rapide, sans phénomènes symptomatiques très marqués du côté du péritoine. L'ictère peut manquer.

La nature du mal, les lésions tuberculeuses d'autres viscères, les adhérences étendues rendent difficile et grave la cholécystectomie, seule opération qui puisse donner guérison. Une de ses malades reste guérie plus de sept ans après une cholécystectomie qui fut pénible, malgré une tuberculose du sommet d'un poumon.

M. de Martel (de Paris). — Une nouvelle technique opératoire pour l'exécution de la fistule d'Eck.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1910)

De l'action oculaire expérimentale et chimique des poussières et vapeurs de bitume. — MM. Truc et Fleig. Les poussières de bitume peuvent produire très rapidement, chez l'homme, des lésions de conjonctivite, kératite interstitielle, kératite ulcéreuse, hypopion, iritis; la plupart de ces lésions rétrocèdent assez vite, mais laissent persister des leucomes plus ou moins étendus.

L'état oculaire antérieur paraît constituer une cause prédisposante et importante, et l'action de la lumière solaire une cause adjuvante ou occasionnelle qui doit être prise en considération au point de vue prophylactique.

L'action expérimentale des poussières de bitume pur appliquées en saupoudrages oculaires se traduit, chez le lapin, par des lésions de blépharo-conjonctivite glandulo-ciliaire hypertrophique, muqueuse d'abord, puis purulente, de kératite interstitielle avec leucomes persistants, de kératite ulcéreuse, d'épisclérite, d'iritis. Dans leurs expériences chez le chien, les lésions ont été de même ordre, quoique moins accusées (la quantité de poussière parvenue au contact des yeux ayant été plus faible); la disposition anatomique des lésions cornéennes a reproduit celle des mêmes lésions observées chez l'homme (en strie transversale suivant la fente palpébrale).

Les lésions expérimentales sont, qualitativement, les mêmes que les lésions chez l'homme; mais elles présentent des différences au point de vue de leur rapidité d'apparition et de leur intensité, en rapport avec divers facteurs tenant à l'individu, à la nature de la poussière et aux conditions dans lesquelles elle agit.

Des poussières constituées par des mélanges de poussière de bitume pur et de poudres inertes non septiques sont moins actives que la poussière de bitume pur. Au contraire des mélanges de cette dernière et de poussières de routes ordinaires (septiques) produisent des lésions plus rapides et plus marquées.

Les vapeurs de bitume ne provoquent, chez le lapin, que de légères conjonctivites; cette faible action est en rapport avec l'absence d'agent mécanique traumatisant, agent intervenant pour une part non négligeable dans la pathogénie des lésions oculaires par les poussières de bitume ou de goudron.

De même que pour le cas des poussières goudronneuses, le mode d'action des poussières de bitume relève à la fois d'un facteur mécanique, d'un facteur microbien et de facteurs chimiques; ces derniers paraissent toujours prépondérants, les deux autres ont une importance variable suivant la nature de la poussière (bitume pur ou non) et suivant les conditions de production (expérimentales ou non) des accidents oculaires.

Stérilisation des grandes masses d'eau par l'ultraviolet. — MM. Urbain, Cl. Scal et A. Feige.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 5 novembre 1910)

Pancréatites hématogènes. — MM. P. Abrami, Ch. Richet fils et Saint-Girons. Les recherches entreprises par les auteurs montrent la réalité et la fréquence des pancréatites hématogènes.

Expérimentalement, en créant chez les animaux une septicémie, par injection intraveineuse de microbes divers : bacilles typhiques, pneumobacille, staphylocoque doré, pyocyanique, bactéridie charbonneuse, ils ont observé la localisation de ces germes sur le tissu pancréatique, et leur élimination par le canal de Wirsung.

Cette élimination, très précoce, peut s'observer déjà une heure après l'inoculation intraveineuse ; lorsqu'elle est suffisamment prolongée elle aboutit à la création de lésions pancréatiques acineuses et canaliculaires.

Les auteurs ont pu constater la réalité de cette pathogénie dans divers cas d'infections pancréatiques humaines, liées au bacille d'Eberth, au pneumocoque, au pneumobacille de Friedlander, au bacille perfringens, au bacille de Koch.

Indépendance des albuminuries et des lésions des tubuli contorti. — M. E. Feuillié apporte une nouvelle preuve de ce point sur lequel il a déjà insisté.

Après un jeûne de quatre ou six jours, des lapins reçoivent en injection sous-cutanée de fortes doses de nitrate d'urane. Après quatre heures, l'urine ne renferme pas d'albumine, et cependant les tubuli présentent des lésions énormes. Il n'y a donc aucune relation entre les albuminuries et les lésions des tubuli contorti.

Tuberculose expérimentale du pancréas. — MM. Klippel et E. Chabrol, ayant inoculé par voie sanguine et par voie canaliculaire des bacilles de Koch de virulence variable, comparent entre elles les altérations expérimentales réalisées au niveau du pancréas. Dans tous les cas, ils observent une réaction interstitielle le long des vaisseaux capillaires, depuis la présence de polynucléaires, de macrophages, d'éléments lymphoconjonctifs, jusqu'à la sclérose organisée. En raison de leur riche vascularisation, les îlots de Langerhans sont particulièrement envahis. Chez les cobayes inoculés par voie sanguine, les lésions prédominent dans les espaces interlobulaires, à la périphérie des canaux excréteurs. Réserves faites sur les canaliculites spontanées, si fréquentes chez les divers animaux de laboratoire, les auteurs se demandent, suivant l'hypothèse proposée par Carnot en 1898, si l'angiopancréatite n'est point en pareil cas sous la dépendance d'une excrétion bactérienne.

Les modifications cellulaires des acini consistent en la dégénérescence granulo-graisseuse et la stéatose, beaucoup plus accusées sur le pancréas tuberculeux que sur aucun autre pancréas toxi-infectieux. Par contre, les îlots de Langerhans subissent le plus souvent la dégénérescence acidophile avec condensation des noyaux. Qu'il s'agisse des îlots ou des acini, les altérations spécifiques de la tuberculose sont très rares ; la dégénérescence caséeuse, comme les cellules géantes et les follicules semblent appartenir en propre aux ganglions inter et intralobulaires, dont la présence dans le parenchyme du cobaye est souvent méconnue.

Stercobiline et amas lymphoïdes iléo-cæcaux. — M. H. Triboulet. Les faits cliniques (enfants au sein, au biberon, bien portants, atrophiques, états infectieux, notamment fièvre typhoïde), avec le contrôle coprologique par le sublimé acétique et la réaction de fluorescence et les contrôles d'autopsie, montrent qu'une bile, même normale et abondante, sans action lymphoïde iléo-cæcale, ne peut donner la réaction de la stercobiline ; qu'une bile, même en minime quantité, donne cette réaction avec le concours de cette région iléo-cæcale.

Les recherches histologiques paraissent insuffisantes à donner l'explication des faits, celle-ci doit relever de la physiologie expérimentale.

Importance des ordres de sensibilité et de toxicité ainsi que des doses minima mortelles au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. — M. Maurel résume les communications précédentes faites sur les lois qui paraissent régir l'action des agents thérapeutiques et toxiques ainsi que celles dans lesquelles il a exposé les lois sur le synergisme et l'antagonisme. Il insiste de nouveau sur l'importance qu'il y aurait à fixer pour tous les agents les ordres de sensibilité et de toxicité puisque ce sont eux qui servent de base à l'étude physiologique de ces agents, et que par conséquent seuls ils peuvent faire comprendre leur action pathogène et diriger dans leurs applications thérapeutiques. Il revient aussi sur l'importance de la fixation des doses minima mortelles pour tous les agents, puisque ce sont ces doses qui constituent le point de départ indispensable dans leur application soit comme agents synergiques, soit comme agents antagonistes. Pour compléter ces notes, M. Maurel donne, dans cette dernière, les indications bibliographiques des divers travaux personnels qui l'ont conduit aux idées exposées dans les précédentes communications.

Bacille bulgare contre méningocoque de Weichselbaum, en milieu mixte. — M. Georges Rosenthal a cultivé en lait hémoglobine et en lait hémoplase, le bacille bulgare et le méningocoque. Les cultures vivantes ou mortes entravent le développement du diplocoque spécifique par leur acidité ou leur acidification. En milieu mixte alcalin, la symbiose est possible.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CAPILLAIRE DES ENFANTS

Par M. Ch. Bruquet.

« Toutes les fois, disait Graves, que l'on entend sous l'oreille ou sous le sthétoscope, c'est-à-dire dans un espace très restreint, un très grand nombre de râles, on peut affirmer que les bronches capillaires sont prises, car, dans une si petite étendue, les grosses bronches ne peuvent être assez nombreuses pour produire des bruits aussi multiples. »

Tel est le signe qui, en dehors de l'asphyxie, de la fièvre élevée, de la dyspnée, doit immédiatement faire instituer une médication énergique, car la bronchite capillaire évolue avec une grande rapidité et presque toujours vers la mort.

Voici les règles d'un bon traitement :

Dès le début de la maladie, c'est-à-dire dès que l'on soupçonne que la bronchite se capillarise, il faut procéder à une révulsion énergique. L'enfant, mis au lit, a les jambes entou-

rées d'ouate et de taffetas gommé. On ne doit pas changer ces bottes plus de deux fois par jour. En même temps, on applique de larges sinapismes et même des ventouses en avant et en arrière de la poitrine. Puis toutes les deux heures, on administre une cuillerée à café de la potion suivante (calmante, stimulante et antiseptique) :

Acétate d'ammoniaque.....	0g50 à	1 gramme
Sirop de codéine........	10 gr. à	30 grammes s. l'âge.
Teinture de feuilles d'aconit.....		xx gouttes
Eau de fleurs d'oranger.........		100 grammes

à prendre avec une demi-cuillerée à café de sirop Roche au thiocol.

Si le cas est grave, il faut utiliser la balnéothérapie; les bains seront sinapisés, tièdes, et d'une durée de cinq minutes.

Lorsque la maladie est confirmée, on se trouve bien, chez l'enfant, d'appliquer un petit vésicatoire pendant trois heures seulement, au point de la poitrine où l'auscultation annonce l'existence du maximum des lésions. Ce vésicatoire est pansé ensuite avec de la vaseline boriquée et beaucoup d'ouate.

Contre l'abattement, le café, le champagne, la potion de Todd seront utiles, et, s'il y a du délire, un lavement dans lequel on mettra, pour 150 grammes d'eau, 1 gramme de chloral et xxv gouttes de teinture de musc.

Dès que la défervescence se produit, il sera bon de n'utiliser comme médicament que le sirop Roche au thiocol (deux à six cuillerées à café par vingt-quatre heures). Il représente, en effet, un moyen énergique d'aseptiser les bronches et les poumons, de détruire les agents d'infection secondaire, de relever les défenses organiques tout en tonifiant l'état général. En outre, il assèche les lésions, ce qui est fort utile chez les enfants qui n'expectorent pas.

A l'exemple de J. Simon, on se gardera bien, en règle générale, d'utiliser les préparations antimoniales.

LIVRES NOUVEAUX

Gynécologie opératoire (1), par Henri Hartmann, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

Ce bel ouvrage est le résumé du cours fait à la Faculté par le professeur Hartmann. En dépit de son titre on n'y trouvera pas seulement la technique des opérations de gynécologie; dans les trois premiers chapitres du volume l'auteur y donne un exposé complet de l'examen clinique en gynécologie, des pansements, applications médicamenteuses, opérations non sanglantes qui constituent la petite gynécologie, et enfin l'emploi des agents physiques pour le traitement de ces affections.

Pour la description des opérations proprement dites, l'auteur ne s'en est pas tenu à la technique seule mais donne une description des soins anté et post-opératoires et s'occupe toujours du rapport de la grossesse avec les opérations.

Pour chaque intervention, les procédés exceptionnels sont indiqués en petit texte; la description ne visant que les méthodes de choix.

Orné de très belles gravures, le volume tient une excellente place dans le *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale* dont il fait partie. M. LANCE.

La Chirurgie du praticien. Technique des opérations courantes et chirurgie d'urgence (2), par G. Marion, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Conçu dans un tout autre esprit que le *Manuel de technique chirurgicale* du même auteur qui s'adressait surtout aux chirurgiens, ce nouveau volume du professeur Marion est destiné au médecin praticien. Il y trouvera résumés d'une façon très claire, très précise, les soins préparatoires, la technique, les soins ultérieurs de toutes les petites opérations de la pratique courante et de la chirurgie d'urgence. Ici, pas de discussions théoriques, une seule méthode, la bonne est indiquée; de plus, des figures multiples éclairent encore le texte. Aussi nul doute que cet ouvrage ne rencontre auprès de ceux pour qui il est écrit un légitime succès. M. LANCE.

(1) Grand in-8 jésus de 500 pages, 422 figures dans le texte dont 80 en couleur. — Prix : 18 francs. — Paris, Steinheil.

(2) In-18 broché de 498 pages, 476 figures originales dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 NOVEMBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re partie) : MM. Delbet, Pierre Duval et Proust.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Gaucher, Guillain et Léon Bernard ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 22 novembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Gilbert, Claude et Terrien; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Chevassu; — (3e série) : MM. Gilbert Ballet, Lenormant et Tiffeneau; — (4e série) : MM. Richaud, Nobécourt et Lecène; — M. Nicloux, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Thoinot, Carnot et Balthazard ; — (2e série) : MM. Chauffard, Gougerot et Rathery; — M. A. Schwartz, suppléant.

Mercredi 23 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Pierre Marie et André Jousset.

1er (oral) : MM. Nicolas, Pierre Duval et Mulon.

2e : MM. Gariel, Branca et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie) : MM. Kirmisson, Retterer et Guéniot.

4e : MM. Wurtz, Richaud et Laignel-Lavastine.

2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Reclus, Marcel Labbé et Tiffeneau ; — (2e série) : MM. Legueu, Desgrez et Léon Bernard ; — M. Guillain, suppléant.

Jeudi 24 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Lecène et Grégoire.

2e : MM. Ch. Richet, Retterer et Maillard.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Thiéry et A. Schwartz ; — (2e partie, 1re série) : MM. Thoinot, Claude et Balthazard; — (2e série) : MM. Pierre Marie, Brumpt et Rathery.

4e : MM. Dupré, Langlois et Tiffeneau.

2e (chirurgien-dentiste, 1re série) : MM. Wurtz, Carnot et Lenormant ; — (2e série) : MM. Desgrez, Okinczyc et Gougerot; — M. André Broca, suppléant.

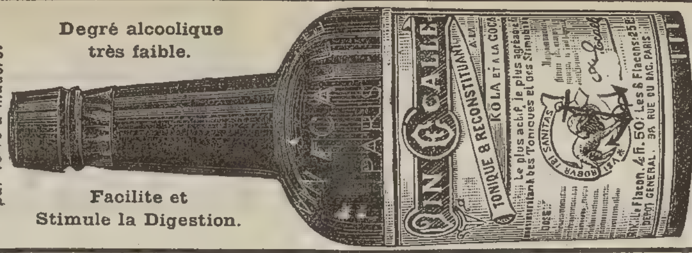
Vendredi 25 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Legueu et Proust; — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Ombrédanne ; — M. Zimmern, suppléant.

Samedi 26 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Widal et Nobécourt; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Achard et Castaigne; — (3e partie) : MM. G. Ballet, Gougerot et Rathery.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Roussy, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.





Nº 130. — MARDI 15 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 15 NOVEMBRE 1910. — Nº 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 11 novembre : MM. Bouquier, 12; Darrieux, 9; Rousseau (Emile), 11; Vaquette, 4; Lehmann (Paul), 6; Cassard, 10; Rouillard, 12; Petit-Dutaillis, 10; Piémont, 6; Pollet, 7.

Pathologie. — Séance du 11 novembre : MM. Avezou, 11; Champs-de-St-Léger, 7; Teisset, 7; Monod (André), 9; Larroque, 8; Trifaud, 10; Léchelle, 6; Barraud, 9; Guerrero, 7; Deffins, 9; Parcheminay, 5.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — Les épreuves du concours du prosectorat de Clamart commenceront le 28 novembre 1910. Candidats inscrits :

MM. Basset, Berger, Cadenat, Combier, Douay, Girode, Hovelacque, Monsaingeon, Olivier, Poupardin, Rouhier, Roux, Toupet et Villandre.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Les 324 étudiants en médecine ayant obtenu un minimum de 21 points 1/2 sont nommés externes et entreront en fonctions le 1er mars 1911 :

1. MM. Mouquin, Fouquet, Martin, Le Besser, Andral, Lebée, Moulonguet, Le Gac, Lienard, Minvielle,

11. Misraéli, Olivieri, Laget, Mlle Bruyère, MM. Garderes, Lemperière, Millet, Tessier (Georges), François, Langle,

21. Mlle Lecocq, MM. Hufnagel, Broussin, Fournier, Malherbe, Besson, Boissier, Chanson, Peignaux, Legras,

31. Manne, Heurtel, Moutier, Mercier (Jacques), Caron, Furet, Mégret, Clémenceau, Herdner, Mlle Armand,

41. MM. Jourdan-Corneille, Mlles Safontzeff, Chmerson, MM. Mallebay, Boucher, Decléty, Hemmerdinger, Vidal, Lavergne, Vesselle,

51. Fogt, Breger, Caussé, Dufilhol, Festal, Texier, Marie, Tisné, Maufrais, Charon,

61. Moupin, Thierry (Henri), Auquier, Romain, Vincent (René), Lavot, Barbier, Bonnard, Cumine, Florand,

71. Ratel, Marie, Faure, Forestier, de Leobardy, Lumière, Hermorgant, Mlle Rotuld, MM. Jacquelin, Ducropet,

81. Orphanidès, Rousseau (Pierre), Gras, Bazile, Penoyée, Meulle, de Butler d'Ormond, Dauptain, Laburthe-Tobra, Marquet,

91. Mlle Urion, M. Barois, Mlle Moulard, M. Plichet, Mlle Cramer, MM. Jolivot, Lévi-Alvarès, Chicandard, Gallerand, Lorain,

101. Durand (René-Alexis-Léon), Parat, Chapelain, Fatou, Guillouet, Mlles Hochberg, Mille, Posnel de Verneaux, MM. Ramijian, Bernard (Eugène),

111. Beaumaris, Bechmann, Cassan, Phocas, Coty, Ducuing (Jean), Menville, Remilly, Vicente, Villetard de Prunières,

121. Mlle Cacsar, MM. Cochez, Duroselle, Mlle Thivolet, MM. Cathala, Chevalley, Guennon, Patrikios, Gaume, Morlot,

131. Benoist, Patriarche, Touflet, Cornet, Fris-Larrouy, Reynaud, Wisner, Duchamp de Lageneste, Malgat, Pouey,

141. Quesnel, Radais, Regnault de la Soudière, Hourquet, Imbert (Maurice), Mlle Halperson, MM. Delort, Binet (Léon), Fauvel, Mlle Moiroud,

151. MM. Bartement, Lebrun, Calderon, Codet, Bertaux, Guiollot, Mme Piness née Lifschitz, M. Stovropoulo, Mlle Trouveller, MM. Garnier,

161. Labrue, Delahaye, Dossin, Mlle Billoud, MM. Boyau, Grimbert, Lefort (Robert), Madelaine, Zermati, Huette,

171. Bouthillier, Mlle Cabiale, MM. Schoux, Monestier, Thierry (Jacques), Frucht, Rollot, Mlle Roudowska, MM. Larangot, Mérigot de Treigny,

181. Vauzanges, Gillard, Callot, Eltrich, Grillet, Camino, Coader, Blindmann, Favory, Brabander,

191. Voselle, Mlle Halpern, MM. Michalowski, Viard (Paul), Beaud, Brolez, Solas, Gelin, Pierson, Paulin,

201. Guilhamon, Mlle Jacob, M. Lépinay, Mlle Snniechowska, MM. Chantemesse, Bureau (Louis), Gaudefroy, Goy, Fautet, Deglaire,

211. Thibault (Olivier), Aveline, Babalian, Collin, Lelong, Loyauté, Eschalier, Mlle Stock, MM. Bardon, Carrière,

221. Gaumet, Leroy, Moing, Dufraisse, Popoff, Raison, Mlle Roy, MM. Loré, Chick, Mlle Spanowska,

231. M. Fliniaux, Mlle Tgrigoriantz, MM. Twoczynski, Laffineur, Vives, Bertin, Mistarlet Delamare, Guédon, Lannes,

241. Leduc, Lucas, Muller, Ulmann, Chevrolet, Dascalopoulos, Ertein, Funck, Ramodier, Cerné,

(*Voir la suite, p. 1775.*)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

(Hôpital Saint-Louis.)

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
PAR L'ARSENOBENZOL

Par le professeur GAUCHER (1).

Messieurs,

Je vais vous présenter aujourd'hui des malades traités par l'arsenobenzol. Vous attendez tous une leçon de moi sur le 606. Je ne veux pas différer davantage pour vous la faire, et je puis vous la faire aujourd'hui d'une façon fructueuse, car depuis plus d'un mois nous faisons des injections de cette préparation qui est entrée dans le monde avec un si grand fracas.

Vous avez assisté aux injections, vous avez suivi les malades, je vais vous montrer les résultats.

Je me bornerai à l'exposé des faits, car les faits ont une éloquence contre laquelle aucune théorie ne peut prévaloir.

Je vous avoue que la réclame tapageuse faite autour de ce produit m'avait inspiré quelque méfiance au début.

Cette réserve n'était-elle pas qualifiée par la façon dont avaient été lancés, au delà du Rhin, comme des coups de commerce, certains remèdes, tels que la lymphe de Koch, la tulase, l'arsacétine, l'atoxyl ? Je voyais, parmi les enthousiastes de ce nouveau médicament quelques-uns de ceux qui, jadis, avaient préconisé l'atoxyl.

J'étais défavorablement impressionné par cette réclame qui rappelait celle des pilules X ou des pastilles Y.

Mais les sentiments sont de mauvais guides pour juger les questions scientifiques. Il fallait voir, il fallait observer : c'est ce que j'ai pu faire grâce au précieux concours de mon ami, le docteur Emery. Celui-ci fut, vous le savez, l'adepte de la première heure et ne tarda pas à devenir un des vulgarisateurs les plus enthousiastes de la nouvelle médication du savant allemand. Je ne demandais qu'à partager son enthousiasme, car je suis de ceux qui rendent hommage à la valeur et à la probité scientifique de l'inventeur du 606. Plus que tout autre, d'ailleurs, ce savant a recommandé la prudence dans l'emploi de son médicament et la réserve dans l'appréciation des résultats. Mais ce n'est pas l'homme qu'il s'agit de juger, c'est son remède.

Comme il s'agissait d'un médicament secret, nous n'avons employé le 606 chez l'homme que le jour où sa faible toxicité nous fut prouvée par les expériences de mes chefs de laboratoire sur les animaux.

J'ajouterai qu'aucun malade ne fut injecté que sur sa demande écrite. Un examen soigneux nous assura auparavant de la parfaite intégrité de son système nerveux et de son appareil cardio-vasculaire.

(1) Leçon recueillie et publiée par MM. GUGGENHEIM et DUBOSC, internes du service.

D'autres précautions furent prises : l'analyse des urines, en particulier la recherche du rapport azoturique, ainsi que l'examen préalable des yeux furent régulièrement pratiqués grâce à l'obligeant concours de MM. Antonelli et Desmoulière.

Ainsi, nous avions toutes chances de nous mettre à l'abri des accidents. Je dois dire, d'ailleurs, que je considère ce médicament, injecté selon la technique employée dans mon service (procédé de Blaschko et injection sous-cutanée dans la région dorsale), comme peu toxique et non dangereux, sauf les contre-indications très nettement formulées par l'inventeur lui-même. Les quelques troubles, tels que douleurs, élévation thermique, qui suivent les injections de l'arsenobenzol, ne présentent aucune gravité et ne sauraient être considérés comme des contre-indications.

Passons maintenant à l'examen des faits cliniques.

— Voici une première malade, Mme X..., quarante-quatre ans.

Elle était entrée à l'hôpital le 27 août 1910, pour un accident primitif de la grande lèvre gauche datant d'un mois. Le 20 septembre, apparurent sur les cuisses quelques éléments de syphilides papuleuses. Malgré les quatorze injections d'hectine administrées à la malade, la syphilide papuleuse psoriasiforme s'étend aux cuisses, aux jambes, aux épaules et aux bras.

Le 25 octobre, apparaissent deux nouvelles papules, l'une à la zone droite et l'autre dans le sillon naso-génien gauche.

Le 26 octobre, on injecte 50 centigrammes de 606.

Le 29 octobre, nous constatons une amélioration des papules qui sont pâlies et un peu affaissées.

Le 30 octobre, la modification de l'éruption est nette. Les éléments sont moins infiltrés, notablement pâlis.

Le 4 novembre, l'effacement des éléments éruptifs est de plus en plus complet.

Le 8 novembre, il ne reste que des macules rouges mais non infiltrées. En somme, cas favorable.

— Mlle X..., dix-sept ans, a eu un chancre syphilitique constaté le 2 février 1910.

Depuis cette date jusqu'au 8 octobre, la malade a suivi un traitement prolongé par les injections de sels solubles. Malgré cette médication la malade a présenté une série d'accidents qui se succédèrent à intervalles rapprochés : plaques ulcéreuses de la vulve, roséole maculeuse et papuleuse, plaques pharyngiennes et vulvaires.

Le 8 octobre, nous lui injectons 50 centigrammes de 606. Elle présentait une plaque érosive de la commissure, une plaque ulcéreuse de la lèvre inférieure et de la langue, des syphilides papulo-hypertrophiques et ulcéreuses vulvaires, périvulvaires et périanales.

Aucune modification pendant les quatre jours qui suivirent l'injection.

Le 13 octobre les plaques ulcéreuses de la langue et de la lèvre ne sont pas améliorées, l'érosion superficielle de quelques papules vulvaires est cicatrisée. Mais toutes les papules, et toutes les ulcérations persistent.

Le 17 octobre, les plaques ulcéreuses de la lèvre inférieure et de la langue ne présentent pas d'amélioration appréciable, de même que les plaques ulcéreuses du rebord des grandes lèvres. Par contre, les papules hypertrophiques périvulvaires et périanales sont un peu affaissées.

Depuis lors, ces lésions sont restées dans le même état.

Devant l'échec du 606 on a pratiqué des frictions mercurielles, de nouvelles plaques sont cependant apparues (plaques verruqueuses interdigitales).

Ainsi le 606, pas plus que le mercure, n'a empêché l'éclosion de nouveaux accidents. Jamais je n'ai attribué au mercure une action préventive, alors qu'on en a doté le 606.

Signalons aussi, incidemment, un accident survenu huit jours après l'injection : une phlébite oblitérante, douloureuse, œdémateuse de la veine crurale gauche.

L'interprétation pathogénique de cette phlegmatia ne nous paraît pas très aisée, mais nous ne croyons pas pouvoir la rapporter au 606, car l'injection a été faite à distance de la veine et nos expériences nous ont montré que l'arsenobenzol n'avait pas d'action coagulante. Faut-il en faire une phlegmatia symptomatique de l'infection blennorragique des voies génitales ou faut-il la considérer comme une phlébite syphilitique ? Nous nous bornons à poser la question.

— Le cas suivant est celui d'une femme de vingt ans, Angèle H..., qui présentait une roséole confluente à grands éléments, une syphilide pigmentaire du cou. Une vaste plaque ulcéreuse de la voûte palatine et des plaques hypertrophiques vulvaires.

Le 26 octobre, elle reçut 50 centigrammes de 606.

Le 1er novembre, la roséole avait presque disparu. La plaque ulcéreuse du palais disparut plus tard, au bout de douze jours.

A l'heure actuelle, la roséole a totalement disparu. C'est donc un cas favorable, mais lentement favorable.

— Voici une femme âgée de trente ans, Mme Anna R..., injectée le 26 octobre de 50 centigrammes de 606. Elle présentait un chancre syphilitique de la région deltoïdienne datant de quarante-cinq jours et une roséole papuleuse datant d'une dizaine de jours.

Au bout de huit jours, le chancre est en voie de cicatrisation et la roséole est à peine visible.

— Mlle X..., vingt ans, plumassière, reçoit le 8 octobre une injection de 30 centigrammes d'arsenobenzol. Elle avait à ce moment-là des plaques muqueuses hypertrophiques vulvaires et anales et des syphilides acnéiformes à petits éléments sur la face interne des cuisses et des jambes.

Nous la revoyons aujourd'hui, au bout d'un mois, guérie de ses plaques muqueuses; mais la syphilide acnéiforme persiste sans modifications

— Voici le dernier cas observé dans la salle des femmes, Mlle X..., âgée de dix-sept ans. Elle avait été injectée dans un autre service de Saint-Louis. Elle avait reçu 30 centigrammes de 606 le 13 septembre 1910.

Les syphilides papulo-érosives des grandes lèvres, qu'elle présentait, disparurent quatre jours après, mais *reparurent* le 1er octobre.

Elle entre dans notre salle le 15 octobre et le 22 apparaissent, *deuxième symptôme de récidive*, des plaques muqueuses érosives du voile du palais et des piliers.

Nous avons injecté aussi l'arsenobenzol à un certain nombre d'hommes. Je vais faire défiler devant vous ceux qui sont encore dans nos salles.

— Je vous présenterai d'abord M. X..., âgé de trente-sept ans. Syphilitique depuis cinq ans, il fut successivement soigné par le mercure et par l'hectine sans aucun résultat : ses lésions tuberculo-croûteuses et ulcéro-gommeuses de la nuque, de la tempe et du cuir chevelu ne subirent aucune modification.

Injecté au 606 le 5 octobre (60 centigrammes), les syphilides tuberculeuses de la tempe et du cuir chevelu s'améliorèrent quelque peu, mais très lentement, alors que la gomme de la nuque qui parut se cicatriser est actuellement en pleine activité. Elle augmente d'étendue et se creuse depuis le 3 novembre. Voilà donc un résultat nul.

— Le cas suivant est plus favorable; c'est celui de M. Eugène D..., trente-huit ans, injecté le 12 octobre de 60 centigrammes d'arsenobenzol, pour un large placard de syphilide tuberculo-croûteuse siégeant au côté droit du dos et s'étendant sur une surface large comme les deux mains. Il présentait, en outre, une syphilide tuberculo-croûteuse du sourcil gauche et d'une cuisse.

Dès le 16 octobre, on note une diminution absolument incontestable de la syphilide tuberculeuse du sourcil gauche et de l'infiltration de la syphilide du dos.

Le 17 octobre, la syphilide circinée du dos présente une très grande amélioration.

Le 21, toutes les croûtes sont tombées, l'infiltration a disparu et il ne reste qu'une large macule de coloration violacée.

Actuellement encore la coloration rouge persiste. Ce malade a donc guéri, mais à quel prix ? Il a maigri de 10 kilogrammes en quinze jours.

— Le malade suivant a été traité pour un chancre phagédénique de la verge, qui avait résisté au traitement mercuriel et au traitement par l'air chaud.

Le 5 octobre, il reçoit 30 centigrammes de 606, cette faible dose était justifiée par son mauvais état général et sa petite taille.

Dès le 7 octobre, on constate une amélioration surprenante. L'ulcération ne suppure plus.

Le 9 octobre tout sphacèle a disparu sur la verge. Celle-ci présente une surface bourgeonnante de bon aspect.

Le 11 octobre, la syphilide papuleuse que présentait le malade a presque disparu.

A partir du 16 octobre, l'ulcération de la verge reste stationnaire.

Le 22 octobre apparaissent des périostoses au

cubitus gauche, à la tête du deuxième métacarpien droit.

Le 28 octobre, l'état de la verge est moins bon et le tissu de sphacèle reparaît.

Après 17 piqûres de 2 centigrammes de benzoate, les périostoses sont très améliorées, mais l'ulcération phagédénique de la verge ne présente pas bon aspect.

En somme, le 606 a donné chez ce malade un coup de fouet de guérison au début.

L'action favorable ne s'est pas maintenue.

— Voici un autre malade, K..., âgé de vingt-sept ans, atteint, comme vous le voyez, de syphilis mutilante de la face. Sa syphilis remonte à sept ans et, dès les premiers mois de l'infection, ont débuté les accidents ulcéreux phagédéniques de la face. Le mercure donna au début des améliorations certaines, mais rapidement suivies de récidives. Puis le malade devint résistant au mercure. L'hectine donna aussi des résultats, mais il persistait une ulcération des lèvres, de la joue et de la région mentonnière.

Le 3 octobre, le malade reçoit 60 centigrammes de 606. Vous avez pu suivre le malade et vous rendre compte aujourd'hui qu'il y a eu insuccès complet.

— Le malade C..., âgé de trente-six ans, a été injecté le 3 octobre de 50 centigrammes d'arsenobenzol. La vaste ulcération du plancher de la narine droite et de la cloison et l'ulcération du plancher de la narine gauche, la perforation de l'aile droite du nez ont paru s'améliorer légèrement au début, mais dès le 15 octobre l'état des lésions reste stationnaire et ce n'est que le 8 novembre que l'on note une réelle amélioration des lésions gommeuses du nez, *après que l'efficacité insuffisante du 606 nous eut forcé de recourir au traitement mercuriel*. Il a reçu aujourd'hui 15 injections de benzoate. Il va mieux, je dois dire qu'il n'est pas guéri.

— M. P..., âgé de vingt-deux ans, a reçu le 2 novembre, 55 centigrammes de 606 pour des lésions tuberculeuses et gommeuses de l'aile du nez et une petite ulcération gommeuse du pilier.

Bien que l'injection ne date que de six jours, nous pouvons prévoir que ce cas sera plus favorable que le précédent, puisque déjà la gomme du voile est cicatrisée et que les ulcérations gommeuses de l'aile du nez sont en voie d'amélioration.

— Le malade suivant, M. J..., vingt-huit ans, est atteint de syphilome diffus du larynx et de syphilides tuberculeuses de l'aisselle, du sourcil, du cuir chevelu. On lui a injecté 60 centigrammes de 606 le 21 octobre.

Le 28 octobre la voix est un peu moins éteinte.

Aujourd'hui, au bout de seize jours, la voix reste rauque, les syphilides tuberculeuses sont guéries, sauf celles de l'aisselle.

— M. B..., vingt-cinq ans, a été injecté le 2 novembre de 55 centigrammes de 606. Dès aujourd'hui vous constatez une amélioration considérable des lésions ulcéreuses du gland, alors que les syphilides psoriasiformes du coude ne sont pas modifiées.

— Voici un cas qui s'annonce comme favorable M. V..., vingt ans, injecté le 4 novembre de 55 centigrammes pour syphilome phagédénique de la fosse amygdalienne droite de la partie droite de la voûte et du pharynx. Dès le 2 novembre le processus phagédénique est enrayé et le 5 novembre les lésions ulcéreuses regressent manifestement.

— M. X..., vingt-cinq ans, a été injecté le 3 octobre pour une ulcération gommeuse de l'amygdale et pour un sarcocèle syphilitique (50 centigrammes). L'ulcération amygdalienne se cicatrisa en quelques jours, mais la lésion testiculaire persistait non modifiée. L'action dissociée de l'arsenobenzol fut si frappante, que M. Emery, plus convaincu de l'action spécifique de l'arsenobenzol que de la valeur des appréciations cliniques, pensa que le diagnostic de la lésion testiculaire était erroné.

Le malade fut adressé à l'homme le plus qualifié pour trancher la question, M. Reclus. La réponse fut ce que nous attendions : gomme du testicule.

— Enfin, voici un dernier malade qui a été guéri de gommes du pharynx par le 606 et qui revient nous voir aujourd'hui avec une éruption papuleuse circinée occupant le tronc.

Nous avons traité d'autres malades par le 606, mais ils ont quitté l'hôpital, et je ne puis vous les présenter.

Voilà donc les faits. Récapitulons ensemble et concluons.

1° *Les récidives se multiplient* (j'ai aujourd'hui sept récidives sur trente injections); et si j'avais différé davantage pour vous faire cette leçon, j'aurais eu vraisemblablement plus encore de récidives à vous présenter.

On me dira qu'il faut répéter les injections? Mais alors qu'est donc devenue la « therapia sterilisans magna ».

2° *Il y a des accidents qui résistent.*

3° D'autres qui guérissent aussi lentement qu'avec le mercure.

4° *Certains accidents guérissent très rapidement*; ce sont les lésions ulcéreuses superficielles, les plaques muqueuses érosives; accidents bénins qui guérissent facilement par le mercure. Les lésions infiltrées, profondes, résistent davantage. *L'arsenobenzol me paraît être surtout un cicatrisant.*

5° Il y a, incontestablement, des *lésions qui avaient résisté au mercure et qui guérissent par l'arsenobenzol*, au moins momentanément.

6° *Le 606 n'a aucune action sur les lésions viscérales*, ni sur les *lésions quaternaires* ou parasyphilitiques, telles que la leucoplasie linguale, avec ses conséquences, la paralysie générale, le tabes, sur les cas les plus graves, en somme, *les seuls dont on meurt !* Je l'ai essayé sans résultat.

L'arsenobenzol est néanmoins un *remède qui restera*. C'est une arme nouvelle contre l'infection spécifique, mais c'est un *médicament d'exception*, à employer lorsque le mercure ne réussira pas, que le malade résistera ou sera intolérant à cette médication.

Et les cas d'insuffisance du mercure sont très rares; il est à remarquer que les adeptes les plus chaleureux du 606 sont précisément ceux qui emploient l'huile grise.

Or, ceux-là sont mal placés pour juger de la valeur comparative du traitement arsenical et du traitement mercuriel dans la syphilis.

Ainsi que mon ami le docteur Brocq l'a dit, dans une communication récente à la Société de dermatologie, avec la clarté et la justesse qui caractérisent ses communications, l'huile grise est un médicament *insuffisant*.

C'est, dirai-je, la plus infidèle et parfois la plus dangereuse des méthodes d'injections mercurielles. M. Brocq citait un malade de son service qui est en train d'en mourir. C'est la confirmation de ce que je soutiens depuis plus de dix ans.

L'arsenobenzol a donc, en somme, peu d'indications. Dans un service spécial, nous l'emploierons quatre à cinq fois par an.

Ce n'est pas un *remède pratique*. J'ai vu des malades très affaiblis par les injections; j'en ai vu deux qui ont maigri, l'un de 12, l'autre de 14 kilos. Les malades injectés ne veulent plus recommencer. — Si j'avais su, disait l'un. — J'ai perdu mon temps, disait un autre; monsieur, donnez-moi du mercure. — De fait, j'ai été obligé de donner du mercure à la plupart de mes malades, quand j'ai vu le 606 sans effet.

Voilà ce que j'ai vu jusqu'ici. Mes résultats sont très différents de ceux que certains ont publiés.

Mais je ne suis pas un homme de parti pris. Je désire vivement que le nouveau médicament me donne ultérieurement des résultats plus brillants.

Si mon opinion se modifie par la constatation de nouveaux faits plus favorables, je m'empresserai de vous en faire part.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

A propos d'un malade entré dans son service avec une violente dyspnée, le professeur Albert Robin donne les indications thérapeutiques suivantes (1) :

On doit s'adresser d'abord aux causes qui, dans le cas dont il s'agit, étaient la tuberculose qui avait envahi le poumon, l'ascite qui distendait l'abdomen et l'affaiblissement du cœur qui était dilaté, énorme et ne se contractait que faiblement.

M. Robin recommande en pareil cas d'agir d'une façon palliative et surtout très rapide en faisant tout d'abord une injection de 5 milligrammes d'héroïne.

Puis on peut agir indirectement sur la circulation au moyen d'un purgatif qui ne diminue pas la diurèse comme le calomel à la dose de 30 ou 40 centigrammes divisé en plusieurs paquets ou le sulfate de soude. Mais le calomel à doses fractionnées a l'avantage d'agir plus rapidement.

Dès que l'intestin est exonéré, on peut administrer la digitaline, qui doit être donnée à dose massive, c'est-à-dire à la dose d'un milligramme ou L gouttes de la solution au millième, en une seule fois. C'est ainsi qu'on agira tout d'abord, en ajoutant à ces moyens, comme accessoire, la diminution de la boisson qui sera réduite à un litre de lait écrémé. On ajoutera l'application de 40 ventouses sèches sur toute la poitrine. Enfin le soir, quand les évacuations sont arrêtées et que la dyspnée a diminué, pour obtenir le sommeil, malgré les inconvénients qu'on attache à l'association de la digitaline et des opiacés, on fera appliquer un suppositoire de 3 grammes de beurre de cacao avec 3 centigrammes de poudre d'opium brut. Ce suppositoire agit progressivement et non brutalement comme une injection de morphine ce qui peut présenter quelque danger.

(1) *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 nov. 1910, p. 811.

Ce traitement produisit chez le malade de M. Robin, des effets presque immédiats et dès le soir même le malade était très soulagé et pouvait abandonner ses ballons d'oxygène.

Mais la digitaline ne peut pas être continuée ainsi et il faut attendre au moins quinze jours pour employer de nouveau une dose massive. La digitaline, on le sait, peut être utilisée à trois doses : à dose massive comme en ce cas; à dose toni-cardiaque, on donne alors XXV gouttes de la solution par fraction de V gouttes; et enfin en dose d'entretien de l'action cardiaque et, en ce cas, on donne X gouttes en 10 doses, c'est-à-dire une cuillerée à café toutes les deux heures d'une solution contenant ces X gouttes. Ce dernier procédé pourra être utilisé ainsi. De plus, le malade ayant une respiration abdominale pénible, on pourra le soulager beaucoup par l'application d'une ceinture qui soutiendra l'abdomen, mais celle-ci doit être bien placée et ne pas gêner l'action des côtes.

Lorsque chez ces dyspnéiques tuberculeux l'expectoration s'arrête ou s'épaissit, il faut la fluidifier par l'oxyde blanc d'antimoine qui a l'inconvénient d'être un peu déprimant, ou plutôt par l'ipéca qu'on peut administrer sous forme de poudre de Dower.

Poudre de Dower	0g03
Baume de tolu	0g05
Gomme adragante } Sucre }	q. s.

Pour une pastille, 6 à 8 pastilles dans les vingt-quatre heures. L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1910)

Les bruits subversifs auriculaires. — M. MARAGE. Les bourdonnements d'oreille ont des origines très différentes. Les sifflements ont pour cause une mauvaise position de l'étrier ; il est généralement facile de les faire disparaître au moyen de sons plus graves, de faible intensité, reproduisant les vibrations fondamentales des voyelles.

Les battements sont produits par des troubles des nerfs vaso-moteurs, ils cessent le plus souvent sous l'influence des courants de haute fréquence.

Les autres bourdonnements d'oreille sont dus très probablement à une orientation particulière des éléments nerveux des centres auditifs; souvent, en effet, ils disparaissent sous l'influence d'un massage vibratoire.

Contribution à l'étude de la circulation veineuse dans les membres inférieurs. — M. R. ROBINSON. Tous les chirurgiens attribuent le reflux du sang de la veine fémorale, au niveau de la crosse de la saphène, à l'insuffisance valvulaire du débouché veino-veineux. M. Robinson conteste cette insuffisance. La circulation veineuse est un complexus fait de courants et de contre-courants. Ainsi rien que la résection des veines affluentes de la crosse fait disparaître le fameux *coup de bélier* des auteurs.

Ces affluents sont souvent sclérosés. Cette sclérose est due à l'hypertension causée elle-même par une augmentation de la pression abdominale, qu'il s'agisse de tumeurs ou de simple coprostase. Voici pourquoi les anciens thérapeutes employaient couramment la méthode évacuante dans les varices des membres inférieurs.

C'est à la thérapeutique médicale que M. Robinson voudrait voir revenir, car elle met seule à l'abri des récidives.

Répartition de l'azote dans les excreta intestinaux. — M. Henri Labbé.

Variations de quantité et de composition du suc pancréatique au cours des sécrétions provoquées par la sécrétine. — M. S. Lalou.

Sur la nourriture de l'huître et le mécanisme de la contamination en eau souillée. — M. Fabre-Domergue.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 11 novembre 1910)

Un cas de kyste hydatique du foie avec réaction négative. Nouvelles recherches sur les propriétés de l'antigène et la production des anticorps hydatiques. — MM. Charles Laubry et Parvu rapportent l'observation d'un homme de vingt-huit ans atteint d'un ictère avec rétention, depuis plusieurs mois, évoluant avec des alternatives de régression et d'aggravation sans altération notable de l'état général. A l'examen on constate une tuméfaction du foie mal limitée mais prédominant sur le lobe gauche.

En l'absence d'antécédents lithiasiques les auteurs pensèrent à un kyste hydatique ; la sensation de fluctuation transthoracique (signe de Chauffard) était assez nette, l'éosinophilie atteignait 10 p. 100 ; mais à plusieurs reprises la réaction de fixation fut franchement négative. Malgré cette anomalie une ponction exploratrice ramena un liquide eau de roche et l'intervention chirurgicale montra un kyste de la face inférieure du foie. La réaction, négative après la ponction, fut positive après l'intervention.

Les auteurs discutent tout d'abord la valeur absolue des signes qui par leur réunion leur permit d'affirmer le diagnostic et de ne pas tenir compte de la réaction de fixation : signe de Chauffard, éosinophilie, état général et conservation du poids.

Ils pensent qu'aucun d'eux n'a en lui-même une valeur capable de donner la certitude, mais que chacun se complète et se fortifie par les signes voisins.

Les auteurs ont ensuite cherché à expliquer les raisons de cette réaction de fixation négative, après avoir insisté sur le caractère absolu que seule parmi les symptômes de kyste hydatique la réaction de fixation possédait, lorsqu'elle était positive.

Dans une série d'expériences ils ont montré que la réaction négative paradoxale ne s'expliquait ni par la faible toxicité du liquide hydatique, ni par l'absence d'antigène du liquide kystique. Ayant isolé l'antigène hydatique en général, ils ont montré que certaines conditions expérimentales étaient nécessaires à l'infiltration intégrale. Chez le malade en question l'antigène existait et a pu être isolé, d'où l'hypothèse que chez certains individus des conditions pathologiques peuvent reproduire les conditions expérimentales précitées et opposer à l'antigène une barrière infranchissable. Mais ces conditions sont multiples, d'ordre variable, et ne peuvent que rarement être réalisées. D'ailleurs elles sont exceptionnelles et ne diminuent nullement la valeur courante de la réaction.

Syphilis acquise. — MM. de Beurmann, Grandchamp et Bith présentent un jeune homme de vingt-huit ans qui est atteint depuis la première année de sa vie, de syphilis acquise. Ce malade a toujours été traité comme un tuberculeux et jamais on n'a soupçonné chez lui la syphilis qui n'a été reconnue qu'il y a six mois à l'hôpital Saint-Louis. La réaction de Wassermann a confirmé le diagnostic clinique difficile.

C'est un curieux exemple d'évolution libre d'une syphilis dont aucun traitement spécifique n'a contrarié la marche pendant vingt-sept ans. Le malade a été contaminé peut-être par la vaccination, mais beaucoup plus probablement par une nourrice et les auteurs font remarquer que, pour éviter des accidents de ce genre, la réaction de Wassermann devrait être recherchée systématiquement chez les femmes auxquelles on confie un nourrisson. Le traitement par les injections de biiodure de mercure a donné les résultats les plus brillants et les plus rapides et quand il a dû être suspendu à cause de l'état de la bouche, les injections d'hectine ont très heureusement continué ses effets.

Méningo-myélites aiguës épidémiques infantiles. — M. G. Schreiber. MM. Rist et Rolland ont suivi à l'hôpital Trousseau, pendant les mois d'août et de septembre, de jeunes garçons de onze à quinze ans, atteints de méningites pures avec lymphocytose qui guérirent sans séquelles et sans avoir présenté de troubles paralytiques en particulier.

Avec M. Netter, l'auteur croit devoir rattacher ces cas à la poliomyélite épidémique qui a sévi d'une façon particulièrement intense cet été, pendant les mois d'août et de septembre derniers ; il a été en effet témoin d'une petite épidémie de paralysie infantile, à forme méningée, atteignant six enfants dont il rapporte brièvement les observations. Le premier malade succomba en quelques jours après avoir présenté tous les symptômes de la maladie de Landry. Les cinq autres furent atteints de paralysies flasques diverses localisées aux membres. Tous présentèrent un syndrome méningé sinon toujours complet cliniquement, du moins des plus nets, et confirmé par la ponction lombaire.

Le terme de méningo-myélite convient particulièrement à ces états, parce qu'il s'établit un lien entre les formes poliomyélitiques pures de la paralysie infantile décrites par les classiques et les formes de méningites pures analogues à celles décrites par divers auteurs.

Sans doute, il est surprenant d'admettre qu'au même moment, un même virus frapperait chaque fois la moelle en deçà de la Seine, la respecterait toujours dans une série de cas au delà. Mais les caprices du génie épidémique ne sont pas pour nous surprendre et on peut être tenté d'admettre qu'en raison de la fragilité particulière de la moelle chez l'enfant en bas âge, les lésions méningées manifestent d'une façon plus évidente leur retentissement sur l'élément noble que chez l'adolescent ou l'adulte. Les cas de méningites pures publiés concernent en effet généralement des sujets âgés ou au voisinage de la puberté, comme ceux traités par MM. Rist et Rolland.

Ictère infectieux bénin et hémoptysies chez un tuberculeux latent : rôle de l'hypertension pulmonaire. — MM. Ribierre et Emile Merle, chez un jeune homme n'ayant présenté antérieurement aucune manifestation évidente de tuberculose pulmonaire, ont vu survenir, le lendemain de l'apparition d'un ictère infectieux, d'ailleurs bénin dans son évolution ultérieure, une abondante hémoptysie. L'existence d'un éclat tympanique du deuxième bruit pulmonaire, accompagné de légère dilatation du cœur, ne laissait aucun doute sur la réalité d'une hypertension pulmonaire qui disparut rapidement en même temps que l'hémoptysie.

Ce cas offre une démonstration quasi-expérimentale de l'action réflexe exercée dans le domaine de la circulation pulmonaire par les irritations des voies biliaires, action bien mise en lumière par les travaux de Potain et de ses élèves. L'accentuation du deuxième bruit pulmonaire est le seul signe clinique constant, tous les autres étant contingents. Si

l'hémoptysie est relativement rare, en pareil cas, c'est que sa production nécessite la combinaison du facteur mécanique et de lésions vasculaires qui, en l'espèce, étaient attribuables à un processus tuberculeux discret et jusque-là latent.

Recherches de physiologie pathologique dans un cas de guérison clinique de cirrhose hépatique avec ascite. — MM. Ribierre et Paraf relatent les recherches qu'ils ont instituées dans un cas de cirrhose hépatique avec ascite en état de guérison apparente depuis deux ans. Si la glycosurie alimentaire s'est montrée négative, ce qui peut d'ailleurs, s'expliquer par les troubles de l'absorption intestinale, il existait de l'élimination intermittente du bleu de méthylène injecté sous la peau. En outre, l'étude des éliminations horaires du chlorure de sodium révélait nettement l'opsiurie et il y avait absence de diurèse provoquée. L'hypertension portale persistante est donc évidente.

Ainsi les méthodes physiologiques d'exploration permettent d'affirmer le caractère précaire et incomplet des guérisons apparentes de cirrhoses. Dans l'espèce, cette guérison fut obtenue, sans opothérapie hépatique, par le repos prolongé et le régime réduit, lacto-végétarien, chez un malade dont le foie paraissait atrophié.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1910)

L'ulcère duodénal. — M. Delagénière apporte les résultats de sa pratique chirurgicale dans le traitement des ulcères du duodénum. Comme M. Ricard, il n'envisagera, dans cette communication, que les ulcères primitifs du duodénum. Il apporte quatorze observations dans lesquelles il n'est intervenu que pour des accidents graves. Cinq cas d'accidents graves, cinq guérisons; deux cas de sténose pylorique, deux guérisons; deux cas d'hémorragies intestinales, deux morts; un cas de perforation intestinale, une mort, etc.

Comme âge, M. Delagénière est intervenu chez des gens âgés de vingt-cinq à soixante-douze ans. Les âges qui se sont présentés le plus fréquemment sont ceux de quarante-cinq à cinquante-cinq ans. L'alcoolisme lui a paru jouer un grand rôle dans l'étiologie des accidents qui ont nécessité l'intervention. Les quatorze cas relevés par M. Delagénière l'ont été en dix ans. Il peut dire que les malades qui ont guéri, après l'intervention, peuvent être considérés comme des épaves échappées au désastre, car tous ces malades étaient dans un état très grave. Au cours de ces opérations, il a eu l'occasion de constater de nombreuses erreurs de diagnostic faites par les médecins. Il résulte des observations de M. Delagénière que l'ulcère duodénal type n'est pas une rareté. Deux fois, l'ulcère siègeait sur la première portion du duodénum; dans tous les autres cas, il siègeait sur la deuxième portion. Dans quelques cas, la lésion principale était recouverte par d'anciennes fausses membranes. Dans trois cas, où il y avait perforation, il fut impossible de fermer les orifices.

Au point de vue symptomatologique, les signes de l'ulcère duodénal sont ceux de la maladie de Reischmann, de certaines variétés d'appendicite, etc. Cependant, sur quatorze cas, M. Delagénière a pu faire dix fois le diagnostic.

Il a remarqué que presque tous ses malades avaient des habitudes alcooliques. Ils présentaient du pyrosis, sans augmentation de production de l'acide chlorhydrique; ils avaient des crises douloureuses dans lesquelles la douleur siégeait surtout à droite de la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, avec défense musculaire pendant la crise.

Tous ces malades présentaient une déchéance physique progressive, de l'amaigrissement, de la neurasthénie.

Jusqu'ici, ajoute M. Delagénière, nous ne diagnostiquons les ulcères duodénaux que par leurs complications. Les chirurgiens anglo-américains sembleraient en faire le diagnostic d'une façon plus précoce. L'indication thérapeutique chirurgicale est d'aller à la recherche de l'ulcère soupçonné.

Le chirurgien est-il, aujourd'hui, assez sûr de ses méthodes, de sa technique, pour assurer le succès au médecin? A cette question, M. Delagénière n'hésite pas à répondre par l'affirmative.

L'opération de choix, pour M. Delagénière, est la gastro-entérostomie postérieure simple, ou, dans quelques cas très rares, avec exclusion du pylore. Celle-ci donnerait plus de sécurité.

M. Delagénière n'a pas pratiqué l'excision de l'ulcère. La gastro-entérostomie, avec ou sans exclusion du pylore, est certainement l'opération la plus avantageuse.

M. Tuffier, en seize ans, a observé 123 cas de sténose pylorique avec ulcère de l'estomac ou du duodénum; sur ce nombre, il a vu 31 ulcères pyloriques et 6 ulcères franchement duodénaux. Ce chiffre cadre mal avec les statistiques des frères Mayo. Cette divergence tient-elle à un défaut d'observation de notre part ou à une exagération de la leur? M. Tuffier croit qu'il y a un peu des deux. Il se peut que nous n'explorions pas assez le duodénum dans nos recherches d'ulcères de l'estomac. La recherche de la veine pylorique, recommandée par les chirurgiens anglo-américains, peut être, selon M. Tuffier, une cause d'erreur.

Il ne croit pas à la limite symptomatologique de la veine pylorique. Il faut distinguer les ulcères pyloriques ou juxta-pyloriques des ulcères franchement duodénaux. Dans tous ces cas la symptomatologie est la même que la sténose du pylore.

M. Tuffier rapporte les 3 cas d'ulcères franchement duodénaux qu'il a rencontrés. Dans le premier cas, l'ulcère occupait la première portion du duodénum; le malade est resté guéri. Dans le second cas, l'ulcère occupait l'angle de la première portion et de la seconde portion du duodénum; le malade est resté guéri depuis deux ans.

Comme symptômes, M. Tuffier insiste sur l'importance des douleurs persistantes, sans vomissements, avec léger clapotement stomacal, sans déformation de l'estomac à la radioscopie.

Quant à la thérapeutique chirurgicale, elle ne peut être que palliative. On ne saurait modifier l'hyperchlorhydrie, cause première des accidents. La cause première de l'ulcère persiste donc. La gastro-entérostomie ne peut avoir qu'une action palliative. Dans ses trois cas d'ulcères duodénaux, M. Tuffier a pratiqué la gastro-entérostomie postérieure. Il a eu trois guérisons. Les malades sont encore en parfait état, mais il faut compter avec une menace de récidive. L'anastomose gastro-intestinale met un terme à la contraction de l'estomac, à la douleur, en plaçant l'ulcère en milieu alcalin. Il y aurait grand avantage à ce que les opérations fussent aussi précoces que possible. Mais il faudrait aussi faire un diagnostic précoce, ce qui est bien difficile. C'est ainsi que les médecins nous envoient les malades trop tard et dans des conditions défavorables. M. Mathieu disait : que les chirurgiens nous donnent de bonnes statistiques et évitent les complications pleuro-pulmonaires et nous leurs enverrons nos malades à opérer. M. Tuffier renverse cette proposition et dit : que les médecins nous envoient les malades plus tôt à opérer et nous leur donnerons de bonnes statistiques.

M. Hartmann fait observer que si les rapporteurs, au Congrès de chirurgie, ont péché par excès, M. Mathieu a peut-être péché par défaut. Que le syndrome, que nous appelons pylorique, dépende parfois de l'ulcère duodénal, M. Hartmann ne le conteste pas; qu'il en dépende dans tous les cas, il le nie. M. Hartmann apporte plusieurs observations et conclut que l'ulcère duodénal est réellement plus fréquent qu'on le croyait généralement. M. Mathieu a insisté sur des complications pleuro-pulmonaires. A cela, M. Hartmann ré-

pond que sur 41 gastro-entérostomies, il n'a pas constaté une seule fois de complication pulmonaire mortelle. M. Mathieu a discuté également la valeur fonctionnelle de la bouche gastro-intestinale. Sur 12 observations, M. Hartmann n'a rencontré que 3 cas dans lesquels la bouche s'était oblitérée. M. Hartmann analyse plusieurs observations qu'il examine au point de vue du fonctionnement de cette bouche gastro-intestinale. On a dit que cette bouche ne fonctionnait pas quand le pylore restait perméable; on a même dit qu'elle se fermait. M. Hartmann ne le croit pas. Comme traitement, il rejette l'excision simple et considère, comme le traitement de choix, la gastro-entérostomie postérieure avec ou sans l'excision de l'ulcère.

Ankylose osseuse de la mâchoire. — M. Mauclaire rappelle que M. Demoulin a distingué les ankyloses d'origine infectieuse des ankyloses d'origine traumatique. A côté de ces deux variétés il en est une troisième : ce sont les ankyloses d'origine congénitale. Il en rapporte un exemple dans lequel il s'agissait d'une ankylose remontant à la naissance avec atrophie complète et bilatérale de la mâchoire inférieure.

Cette situation persista pendant vingt-cinq ans, M. Mauclaire fit la résection du côté gauche. Il n'y eut pas d'amélioration. Il fit alors la résection du côté droit et la bouche s'ouvrit tellement qu'il se demanda comment il la fermerait. Peu de temps après il y eut une récidive, mais le malade pouvait cependant continuer à manger.

Pour corriger l'atrophie, M. Mauclaire eut recours, avec succès, à des injections sous-cutanées de paraffine.

Pyo-néphrose calculeuse d'un rein unique. — M. Guinard rapporte l'observation d'une malade qui présentait une grosse tumeur du côté droit de l'abdomen. C'était un gros rein, les urines étaient purulentes.

La division des urines donnait, du côté droit, des urines purulentes; du côté gauche, des urines claires avec très peu d'urée, 8 grammes à droite, 5 grammes à gauche. On diagnostiqua une pyo-néphrose calculeuse.

M. Guinard décida d'enlever ce rein. L'opération eut lieu, le 24 octobre, par la voie lombaire. Le rein enlevé était bourré de calculs et de pus. La malade succombait trente-six heures après, sans avoir rendu une goutte d'urine. A l'autopsie, on constata qu'elle n'avait pas de rein gauche. Elle n'avait donc qu'un seul rein et un seul uretère.

L'autopsie montra également que cette femme avait un arrêt de développement des organes génitaux. Elle n'avait qu'un hémi-utérus droit. A gauche, ni corne utérine, ni trompe, ni ovaire.

M. Guinard suppose qu'il y a, dans ce cas, une relation entre le défaut de développement des organes génitaux et l'absence de rein gauche. Il se demande si dans l'avenir, en présence d'un fait semblable, la constatation d'un arrêt de développement génital ne pourrait pas amener à supposer une anomalie analogue du côté des reins.

Quant à la division des urines, elle a été, chez cette malade, absolument trompeuse. Comment expliquer cette urine purulente, avec 8 grammes d'urée d'un côté, et cette urine claire avec 5 grammes d'urée de l'autre côté, alors qu'il n'y avait qu'un rein?

Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Bazy, Legueu, Thierry, Walther, Quénu, Savariaud, Guinard, discussion dans laquelle chacun donne une explication du fait observé par M. Guinard.

Nous regrettons de n'avoir pas assez bien saisi le sens de ces explications pour les reproduire ici. Citons seulement cette phrase de M. Legueu : « La division des urines se meurt sous le poids accumulé de ses fautes et de son inefficacité. »

Prix Laborie. — La commission est ainsi composée : MM. Broca, Walther et Bazy.

Prix Dubreuilh. — La commission est ainsi composée : MM. Legueu, Michon et Sieur.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1910)

Paralysie générale précoce et grossesse. — MM. Dufour et Herber présentent une femme de vingt-six ans, offrant les signes d'une paralysie générale, avec lymphocytose abondante et réactions de Bauer-Hecht et de Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. Epouse d'un syphilitique, elle fit, deux ans après son mariage, une fausse couche, avec fœtus macéré; actuellement, elle est enceinte de sept mois et demi; pendant la grossesse actuelle, elle a eu deux ictus paralytiques localisés au bras droit, et n'ayant duré que quelques heures. En 1898, l'un des auteurs avait observé, à l'asile Sainte-Anne, une grossesse terminée par l'accouchement de deux filles sternopages, qui ne vécurent que quelques heures, chez une paralytique générale, également âgée de vingt-six ans.

Radiculite tabétiforme. — MM. Claude et Velter. Depuis quinze à dix-huit ans, le malade souffre de douleurs diffuses qui n'ont pas nettement le caractère fulgurant; récemment, il fut pris de phénomènes parétiques des extrémités, avec ataxie, sans signe d'Argyll; il y a des troubles de la sensibilité articulaire, des troubles anciens des sphincters, enfin, dans le liquide céphalo-rachidien, de nombreux lymphocytes mononucléaires : les réflexes abdominal et crémastérien sont vifs, l'achilléen seul est aboli, le traitement mercuriel, pratiqué depuis un mois, a donné en quelques jours une amélioration remarquable.

Traitement opératoire du torticolis mental. — MM. Sicard et Bloch. Il doit être réservé aux cas où le spasme est limité strictement au trapèze et au sterno-mastoïdien ; un malade de cette catégorie ne présente pas de réaction de dégénérescence, après résection de la branche externe du spinal.

Arthropathie tabétiforme datant de quinze ans, signes de tabes en évolution depuis quelques mois. — MM. Marie et Barré. A la suite d'un traumatisme du genou, le malade aurait eu une hémartrose incisée deux fois : depuis, s'est développée une arthropathie tabétiforme; depuis trois mois, il a de l'incontinence, et des douleurs fulgurantes, les réactions pupillaires sont normales. C'est un ancien syphilitique, avec la réaction de Wassermann positive : le liquide céphalo-rachidien contient un quart de lymphocytes par millimètre cube, chiffre obtenu à l'aide de la cellule de Nageotte. — M. Barré montre un deuxième malade présentant depuis quelques mois des arthropathies indolentes, et à début brusque, avec gonflement puis craquements, localisées au poignet et à l'épaule droits, et chez lequel on ne trouve aucun signe de tabes et pas de lymphocytose nette du liquide céphalo-rachidien. Une discussion s'engage, à propos de ces deux malades. — M. Babinski estimant que le lien entre les arthropathies et le tabes n'est peut-être pas aussi étroit qu'on le dit, MM. Déjerine et Thomas rappelant que le tabes peut rester longtemps monosymptomatique, et peut-être commencer justement par une arthropathie, M. Sicard ajoute que la même question se pose à propos du mal perforant, dont il a, dans son service, deux cas sans signes de tabes, mais avec réaction de Wassermann positive, et lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien. M. Marie a autopsié des cas de mal perforant plantaire, sans lésion de la moelle, avec seulement des altérations légères des nerfs.

Arthropathies consécutives à un zona. — M. Guillain a vu, après un zona des trois derniers doigts de la main, apparaître des arthropathies des articulations de ces doigts et du poignet, avec douleurs et hyperesthésie cutanée.

Ataxie frontale. — M. Vincent. L'ataxie avec titubation et troubles labyrinthiques peut s'observer en cas de lésion du lobe frontal : deux femmes présentaient ces symptômes, avec en plus, des signes d'hypertension intracranienne; chez l'une, la trépanation frontale amena la sédation des troubles, chez l'autre, l'autopsie révéla une tumeur grosse comme une noix dans le lobe frontal. Le diagnostic se fait par l'absence d'asynergie, d'adiadococynésie cérébelleuse et de scansion de la parole, les troubles ataxiques seraient d'origine labyrinthique.

M. Souques a observé dans un cas de tumeur du lobe frontal, de la surdité avec névralgie de la cinquième paire.

Lésions des nerfs de la base dans les méningites séreuses. — M. Vincent cite 2 faits de paralysie des sixième et septième paires craniennes, qu'il attribue à des lésions méningées analogues à celles décrites dans les nerfs radiculaires spinaux par Nageotte.

Amyotrophie spinale syphilitique. — MM. Baudouin et Bourguignon. Un syphilitique fait, depuis deux ans, une amyotrophie progressive des extrémités, surtout des mains sans douleurs ni troubles de la sensibilité, ni lymphocytose céphalo-rachidienne. Aucun signe de tabes, le réflexe achilléen est bien aboli, mais cela s'explique par l'amyotrophie avec réaction de dégénérescence des muscles du groupe postérieur de la jambe. Par exclusion, les auteurs arrivent à incriminer une lésion des cornes antérieures de la moelle.

Heureux effets du traitement spécifique dans un cas de gliome cérébral. — MM. Baudouin et Schœffer. Le gliome a été vérifié anatomiquement : or, à cinq reprises différentes, les accidents d'épilepsie jacksonienne que présentait la malade âgée de quarante ans, ont été arrêtés d'une façon remarquable par le traitement mercuriel.

Sur un cas de polynévrite des membres inférieurs. — M. Bourguignon. L'intérêt de ce fait est que la polynévrite a débuté un mois après une toxi-infection indéterminée, à manifestations intestinales.

Paralysie labio-glosso-laryngée atrophique comme mode de début d'une sclérose latérale amyotrophique. — M. Souques. Il s'agit d'un homme de soixante-neuf ans, la paralysie labio-glosso-laryngée est très intense, avec atrophie marquée, la sclérose latérale n'est encore qu'esquissée par une ébauche de signe de Babinski, et quelques contractures fibrillaires.

Aphasie avec hémiplégie gauche chez un droitier. — M. Souques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 3 novembre 1910)

Hémorragies dues à la paracentèse latérale de l'abdomen. — M. Fatoine a observé deux fois des blessures de l'artère épigastrique ou d'une de ses branches à la suite de la paracentèse de l'abdomen, au lieu d'élection pour ascite. Un de ces cas se termina par la mort, et l'autopsie fit constater une blessure de l'épigastrique. De pareils accidents ont déjà été signalés ; pour éviter leur production, l'auteur conseille de pratiquer la ponction sur la ligne blanche.

Un cas de tétanie consécutif à une résection partielle du corps thyroïde. — M. Diedoff a pratiqué la résection partielle des deux lobes latéraux du corps thyroïde chez un malade atteint de goitre exophtalmique nettement caractérisé. Il a fait l'opération en deux temps, séparés par un intervalle de deux mois environ. Or, bien qu'il se soit assuré de ne pas léser les glandes parathyroïdes au cours de ses interventions, et bien qu'il ait laissé une portion suffisante de la glande thyroïde même, son malade succomba huit jours après la deuxième opération avec des phénomènes de tétanie et des signes d'irritation cérébrale. L'autopsie révéla, du côté de l'encéphale une congestion intense de la substance cérébrale caractérisée par un piqueté hémorragique ; du côté du corps thyroïde une atrophie presque complète de la portion restante de la glande confirmée par l'examen histologique qui démontra la dégénérescence fibreuse du tissu glandulaire. C'est à cette atrophie aiguë du corps thyroïde que l'auteur attribue l'apparition des accidents tétaniques et la mort du malade.

Fièvre typhoïde et fièvre de Malte associées. — M. Bassères a observé à Perpignan un cas intéressant et curieux d'association du bacille typhique et du micrococcus melitensis. Chez un malade atteint de fièvre typhoïde typhique, confirmée par le séro-diagnostic, et compliquée d'hémorragie intestinale, apparurent, au moment où la défervescence paraissait vouloir se faire, des symptômes nouveaux qui firent croire à une rechute. Toutefois, certains signes, en particulier l'aspect favorable du malade, l'apparition de poussées de sudamina, lui firent penser qu'il ne s'agissait pas de dothiénentérie. Effectivement, il fit pratiquer la séro-réaction de Wright; celle-ci fut positive. Le malade guérit d'ailleurs très bien ; la défervescence survint le soixante-deuxième jour. Il n'a pu déterminer exactement l'étiologie de ce cas et, en particulier, si les deux infections éberthienne et mélitensienne ont été simultanées ou se sont greffées l'une sur l'autre.

Pleurésie purulente interlobaire à bacilles d'Eberth, traitée par les injections intrapleurales de collargol. — M. Marotte a employé avec succès, chez un malade, la méthode de traitement préconisée par M. H. Vincent pour les pleurésies purulentes à streptocoques ; mais, dans son cas, il s'agissait d'une pleurésie purulente, interlobaire, survenue au déclin d'une fièvre typhoïde. Le malade, pusillanime, se refusant à toute intervention chirurgicale, M. Marotte lui fit à grand'peine trois ponctions qui ramenèrent du pus, et lui réinjecta chaque fois 10 à 20 centimètres cubes de solution de collargol au 1/100. Le malade guérit complètement sans vomique. Le pus ensemencé donna une culture pure de bacille d'Eberth.

Traitement de la pleurésie sérofibrineuse par l'autosérothérapie. — M. Cros apporte le résultat des observations qu'il a prises de neuf malades, qu'il a traités par la méthode de Gilbert. Ces résultats ne sont pas très favorables. Deux malades seulement ont guéri plus vite qu'avec les méthodes ordinaires ; chez quatre autres, il a dû recourir à la thoracentèse. La moyenne de la durée de l'épanchement chez ces neuf malades traités par l'autosérothérapie a été de vingt-deux jours.

Des indications de la trépanation dans les fractures du crâne non ouvertes (*Discussion*). — M. R. Picqué estime qu'il y a lieu de pratiquer d'abord une ponction lombaire. C'est une investigation diagnostique indispensable ; mais cette opération n'est pas suffisante, et il estime qu'il faut intervenir si les symptômes généraux persistent après la ponction, qu'ils affectent le caractère de dépression ou d'excitation, et dès que le moindre signe local permet de fixer le siège de la trépanation (hématome sous-cutané, point douloureux). L'incision de la dure-mère lui paraît utile et amène une rapide décompression du liquide céphalo-rachidien. Personnellement, il a pratiqué avec succès la trépanation dans des cas de fracture de la base.

M. Moty voit une indication formelle de trépanation dans l'existence de douleurs intracraniennes vives, ayant résisté à des traitements plus simples. L'ouverture de la cavité arachnoïdienne et son drainage procurent aux blessés un soulagement marqué.

MM. Jacob, Sieur-Rouvillois considèrent que la ponction lombaire est suffisante dans nombre de cas : ils pensent qu'il n'est pas nécessaire de trépaner lorsque le blessé ne présente aucun signe de localisation cérébrale, ou de compression, et qu'il n'y a que des symptômes d'excitation. La ponction lombaire répétée donne aux blessés les mêmes bénéfices que la trépanation. Ils citent à l'appui un certain nombre d'observations où des blessés atteints de fracture de la base du crâne ont guéri sans autre intervention que des ponctions lombaires.

M. Ferraton rappelle que M. L. Picqué a attiré l'attention à la Société de chirurgie sur des accidents psychiques qui sont susceptibles de se développer à la suite de fractures du crâne. La trépanation seule peut les prévenir et les guérir.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

LIVRES NOUVEAUX

Medicus, guide-annuaire des étudiants et des praticiens (1), (médecine, chirurgie, odontologie et pharmacie), par A. Rouzaud, préface de M. le docteur Yvon, membre de l'Académie de médecine.

Nous sommes heureux de signaler à nos lecteurs l'apparition de *Medicus*. Superbe volume de plus de 1 600 pages, *Medicus* est, comme le dit M. le docteur Yvon dans la préface, la continuation d'une longue série de guides-annuaires de l'étudiant et du praticien et les services qu'il est appelé à leur rendre sont incontestables.

Les renseignements qu'il renferme, méthodiquement classés et soigneusement contrôlés, sont une mine inépuisable de documents plus précieux les uns que les autres.

Medicus comprend cinq parties : la première renferme tout ce qui régit l'enseignement de la médecine, de la pharmacie et de l'odontologie. On y trouve aussi les programmes des divers concours : externat, internat, adjuvat, prosectorat et agrégation. Les conditions d'admission aux écoles de médecine militaire, navale et coloniale y sont exposées tout au long. Les hôpitaux et hospices de l'Assistance publique de Paris, accompagnés de deux plans parfaitement conçus, les établissements et asiles d'aliénés, les sociétés savantes, les associations des étudiants, etc., trouvent aussi dans cet important ouvrage une large part.

La deuxième partie est consacrée aux Facultés des écoles de province et des colonies. Elle se termine par la liste des principaux journaux français et étrangers et un index bibliographique.

La troisième est un annuaire très complet des médecins, chirurgiens-dentistes, dentistes et pharmaciens, avec un classement nouveau, tout à fait rationnel, qui facilitera les recherches.

La quatrième partie donne les Facultés et écoles de l'étranger avec un aperçu des études et les noms des professeurs.

Après la quatrième partie prend place un *dictionnaire de droit et de jurisprudence médicale* de 144 pages, par M. Marcel Petit, avocat à la Cour d'appel de Paris, heureuse innovation que le corps médical saura hautement apprécier.

(1) In-8° raisin, de CXLIV-1440 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, 41, rue des Écoles.

La cinquième partie est un recueil complet des lois, décrets et arrêtés concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, la protection de la santé publique, la police sanitaire, l'assistance publique, les accidents du travail, la répression des fraudes, les sociétés d'assistance, de retraite, de secours en cas de maladie, syndicats médicaux, eaux minérales, etc.

La place nous manque pour faire ici un exposé plus détaillé de tous les renseignements multiples et précieux que renferme *Medicus*, mais il convient d'ajouter qu'il rendra non seulement les plus grands services aux étudiants et aux praticiens mais encore aux journalistes politiques et médicaux qui sont très souvent appelés à appuyer leurs communications de textes officiels. Ils trouveront en lui le guide le plus complet, le plus sûr, indubitablement le plus utile en ce genre.

Enfin, cet ouvrage unique contient un sommaire détaillé et se termine par une table des matières soigneusement établie qui permet de trouver très rapidement le renseignement que l'on cherche.

Il est adressé avec sa prime l'*Agenda de Medicus*.

L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

251. Jeannet, Mlle Kaufmann, MM. Barbion, Barrés, Besse, Mlle Simon, MM. Cornil, Chanut, Durand (Marcel), Lowenthal,

261. Polonowsky, Yacoël, Chabert, Lacourbas, Broqua, Coulaudon, Delmas, Dohen, Échavarria, Gondal,

271. Malassiz, Ribeton, Solente, Langlet, Lefort (Emile), Chailley-Bert, Buneau, Joanny, Hissard, Gasiglia,

281. d'Hotel, Chemin, Lucchini, David, Wallon, Fradkine, Apard, Letellier, Leroy (Maurice), Claverie,

291. Jarrige, Pernet, Chalut, Psaume, Barabeau, Géhard, Grisoni, Peyre, Fafalio, Legler,

301. Mercier (Pierre), Meunier, Bodet, Courtois (Raymond), Gourcerol, Younès, Lion, Mignot, Mlle Patte, MM. Fauconnier,

311. Imbert (Jean), Joyes-Nouguier, Mélik-Parsadaniantz, Xoudis, Cojan, Mlles Devontzky, Sériot, MM. Zivy, Bougault, Frémond,

321. Rosset, Bouillette, Lipschitz, Ach.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Concours pour les places de pharmaciens adjoints des hôpitaux. Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Morand, Gauthier, Niquet, Chautard, Faget, Ventajol, Corneloup, Durand, Coiffard, Décréaux, Rival, Pic, Chevret, Droux, Eugène Reboud.

MM. Brunet, Chassignole, Ponsot, Bernet, Roche, Rey, Valérian.

HOPITAL D'ALGER-MUSTAPHA. — Le concours de l'internat en médecine de deuxième classe s'est terminé par les nominations suivantes :

Titularisables. — MM. Derrieux, Bit, Huck, Bouchara, Deshayes, Rebuffat, Ricoux, Bonnet et Timsit.

Provisoires. — MM. Marguerie, Aymard, Mosca et Alberti.

— Le concours de l'internat de première classe s'est terminé par la nomination de MM. Bascoul et Pélissier.

— Le concours pour le prix Poisson s'est terminé par la proclamation de M. Masselot.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Guillemard est institué agrégé des facultés de médecine (section de chimie biologique et médicale) pour une période de neuf ans à dater du 1er novembre 1910.

M. Guillemard est attaché à la Faculté de Lyon.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une médaille d'argent pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est attribuée à M. le docteur Roland, professeur à l'école de médecine, médecin des hôpitaux de Poitiers.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les docteurs Laune, au 30e d'inf.; Eybert, au 54e d'inf.; Vidal, au au 58e d'inf.; Caenens, au 79e d'inf.; Mathieu, au 51e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Chambelland, au 46e d'inf.; Gobinot, au 2e tir. algér.; Mathieu, à Casablanca; Garnier, aux hôpit. de la division d'Oran; Dorland, au 31e d'art. de camp.

LE PRIX NOBEL DE CHIMIE POUR 1910 a été attribué au professeur Otto Wallack (de Goettingue). La valeur de ce prix est cette année de 195.285 francs.

M. Wallack est un des plus grands noms de la chimie organique. Il est particulièrement connu par ses travaux sur le camphre et les composés terpéniques.

HOMMAGE AU PROFESSEUR PINARD. — Dimanche matin, les amis et les élèves du docteur Pinard se sont réunis autour de lui, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, pour fêter le 20e anniversaire de son professorat. Parmi eux se trouvaient M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, et M. Thomson, ancien ministre de la marine.

Le professeur Landouzy, doyen de la Faculté, qui présidait, a prononcé un discours très applaudi, MM. Potocki et Segond ont également pris la parole.

A l'issue de la cérémonie, une médaille commémorative a été offerte au professeur Pinard, qui a remercié en termes émus.

MANIFESTATIONS AU COURS D'ANATOMIE. — Le premier cours de M. le professeur Nicolas a été troublé par de bruyantes manifestations. Le professeur a été obligé de se retirer sans avoir pu se faire entendre.

LA VALEUR NUTRITIVE DE LA VIANDE DE POISSON. — D'après Slowtzoff (*Zeitsch. f. physik. u. diat. Therap.*, 1er mars 1910, et *Nouv. remèdes*), la viande de poisson cuite employée pour remplacer la viande de bœuf dans l'alimentation est d'une valeur nutritive plus élevée. Le poisson fumé est utilisé aussi bien que la viande ordinaire. Le poisson salé et séché est moins bien résorbé que la viande cuite.

En remplaçant la viande de bœuf par le poisson, la quantité d'urée diminue dans l'urine, ainsi que la quantité d'acide urique et de créatinine.

La quantité d'indican urinaire croît quand on donne du poisson frais cuit au lieu de viande; tandis qu'elle diminue quand on administre du poisson séché et salé.

Dans le remplacement de la viande par le poisson, la résorption des sels dans l'intestin est plus facile dans les essais avec le poisson frais, bouilli et salé qu'avec le poisson séché. Ce remplacement paraît favoriser l'accumulation du phosphore et du magnésium; la rétention du calcium dans l'organisme est plus faible pendant la période d'alimentation au poisson.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Bourdieu, médecin-adjoint de la préfecture da la Seine.

CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES A L'ÉCOLE DE LYON. — Les docteurs Garrelon, préparateur de physiologie, et Villandre, aide d'anatomie à la Faculté, commenceront prochainement leurs conférences préparatoires à l'école du service de santé militaire.

Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire des travaux physiologiques à la Faculté de médecine les mardi, jeudi, samedi, de deux heures à cinq heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Relations entre Paris et l'Italie (par le Mont-Cenis).* — Aller (départ de Paris) : 2 h. 10 s. V.-L., L.-S.; 1re et 2e classes à couloir pour Rome; 2e classe Paris-Turin; — 10 h. 20 s. V.-L., L.-S.; 1re et 2e classes à couloir jusqu'à Rome; 1re et 2e classes à couloir Calais-Turin.

Retour (départ de Rome) : 11 h. 45 s. V-L., 1re classe Rome-Paris; 2e classe à couloir depuis Turin; — 8 h., m. V.-L., L.-S., 1re et 2e classes à couloir depuis Rome; V.-R. depuis Dijon; 1re et 2e classes à couloir Turin-Bologne; — 3 h. 30 s., 1re et 2e classes à couloir Rome-Paris; V.-R. Dijon-Paris.

Pour plus amples renseignements, consulter le livret-guide-horaire P.-L.-M., vendu 0 fr. 50 dans toutes les gares du réseau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 NOVEMBRE 1910

THÈSES

Mercredi 23 novembre, à une heure. — M. PERRON. De l'allaitement pendant la gestation dans ses rapports avec le développement des enfants. (MM. Pinard, président; Segond, Delbet et Couvelaire.) — M. BOURDIOL. Etude iconographique de la scapulalgie. (MM. Segond, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. PANCRAZI. Hermaphrodisme et pseudo-hermaphrodisme (MM. Delbet, président; Pinard, Segond et Couvelaire.) — M. BOUBÉE. De l'influence psychique dans l'entérite muco-membraneuse. (MM. Déjerine, président; Roger, Marfan et André Léri.) — M. PHILIPPON. Contribution à l'étude des sarcomes cutanés multiples. (MM. Roger, président; Déjerine, Marfan et André Léri.) — M. VERDIER. De la réaction cardio-vasculaire en hydrothérapie. (MM. Marfan, président; Déjerine, Roger et André Léri.) — M. TISON. Traitement du lupus tuberculeux par les scarifications systématiques et la radiothérapie. (MM. Gaucher, président; Widal, Zimmern et Gougerot.) — M. SIGWALT. Traitement des gangrènes par l'air chaud. (MM. Gaucher, président; Widal, Zimmern et Gougerot.) — M. FÈGE. Massothérapie de l'arthrite blennorragique à la phase aiguë. (MM. Widal, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.) — M. MIRIEL. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des méningites syphilitiques. (MM. Widal, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.)

Jeudi 24 novembre, à une heure. — M. GAZEAU. Rougeole et tuberculose. Réactions tuberculiniques. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Chauffard et Nobécourt.) — M. RUAUD. Manifestations cliniques. Diagnostic et traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. FRANÇOIS. Contribution à l'étude de la diminution du murmure vésiculaire aux sommets. Considérations anatomiques, physiologiques et embryologiques. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. BRACHET. Eléphantiasis et tuberculose. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Gilbert Ballet et Nobécourt.) — M. GOUTIER. Etude sur les rhumatismes amyotrophiques. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, Albert Robin et Castaigne.) — M. FERRY. Contribution à l'étude étiologique du rhumatisme chronique déformant (forme polyarticulaire). (MM. Gilbert, président; Chantemesse, Albert Robin et Castaigne.) — M. MOLINA. Pathogénie, classification et traitement des dyspepsies. (MM. Albert Robin, président; Chantemesse, Gilbert et Castaigne.) — M. VINCENT. La méningite saturnine. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Terrien et Chevassu.) — M. LECŒUR. Céphalée syphilitique ophtalmoplégique. (MM. de Lapersonne, président; Quénu, Terrien et Chevassu.) — M. RABOURDIN. Les fractures de la tête du radius et leur traitement chirurgical. (MM. Quénu, président; de Lapersonne, Terrien et Chevassu.)


SIROP "ROCHE"
au THIOCOL
administration prolongée
de
GAÏACOL
INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
Echantillon & Littérature F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges. PARIS


THYRATOXINE "BYLA"
HORMONOTHÉRAPIE
Série des HORMONES "BYLA"
NOUVELLES PRÉPARATIONS
ORGANIQUES
PRIVÉES DES
TOXO-LIPOÏDES
ET DES
TOXO-LEUCOMAÏNES
THYROÏDINE
NON TOXIQUE
INNOCUITÉ ABSOLUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
TOUTES LES INDICATIONS DE LA THYROÏDINE
LE FLACON DE 80 TABLETTES DOSÉES A 0 Gr. 025, PRIX : 8 FRANCS
DOSE MOYENNE : 4 TABLETTES PAR JOUR OU 0 Gr. 10 DE THYRATOXINE
MONOGRAPHIE & ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE, GENTILLY, (Seine)
Laboratoires autorisés par le Gouvernement
pour la préparation des médicaments organiques.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 9, 1er sept. 1910.) Charles L. SCUDDER : Les résultats de 168 opérations pour hernie (avec 9 fig.) — John B. HAWES : Le rôle des méthodes éducatives dans la lutte antituberculeuse. — Olivier H. HOWE : Les relations personnelles du médecin et de ses malades. — Carolus M. COBB : De la nécessité d'une culture médicale générale pour les praticiens qui se destinent à exercer une spécialité. — Charles F. PAINTER : L'os « tibial externe » et la fracture du sésamoïde du gros orteil. Deux observations. — Pearce CONES : Deux cas de fracture sous-périostée de l'extrémité inférieure du radius chez l'enfant. — (N° 10, 8 sept.) W. P. GRAVES : Les indications de l'hystérectomie abdominale. — F. G. BALCH et G. G. SMITH : Vingt et un cas de pancréatite aiguë. — Joshua C. HUBBARD : Quelques observations de chirurgie du système vasculaire. — J. PAYSON CLARK : Deux cas de maladie rare du sinus maxillaire. — Arthur L. KENDALL : Quelques points particuliers de la bactériologie de la dysenterie bacillaire. — Tom A. WILLIAMS : Un cas d'hémiparésie, et tremblement, avec asynergie des mouvements binoculaires. — George L. RICHARDS : Un point de la technique de l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne. — (N° 11, 15 sept. 1910.) James MARSH JACKSON et Theodore JEWETT EASTMAN : L'état présent du traitement du goitre exophtalmique. — Charles A. PORTER : Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — Joel E. GOLDTHWAIT : De l'asymétrie de la face et du crâne résultant d'une posture fixe continue dans la première enfance. (avec 7 fig.) — Henri SKINNER GOODALL : Quelques résultats du traitement dans le sanatorium de la tuberculose pulmonaire des enfants (1 tableau). — Charles L. SCUDDER : La sténose congénitale du pylore. Description de trois cas guéris par la gastro-jéjunostomie. Remarques. — F. S. NEWELL : Un cas d'hémorragie du nouveau-né traité par la transfusion directe du sang ; guérison.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 29 sept. 1910.) SIPPEL : Sur la dysménorrhée. — TREUPEL : Nouvelles expériences dans les affections syphilitiques, métasyphilitiques et parasyphilitiques avec les injections de la préparation d'Ehrlich-Hata. — HERXHEIMER et REINKE : Influence de la préparation d'Ehrlich-Hata sur les spirochètes dans la syphilis congénitale. — LŒWY et HIRSCHFELD : Expériences sur le minimum des échanges d'entretien. — LŒWY : Sur la constance des échanges d'entretien chez l'homme sain. — CURSCHMANN : Quelques indications et contre-indications de la ponction lombaire. — ZWEIG : Contribution à la clinique et à la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — SCHUSTER : A quel point la recherche microscopique des bacilles tuberculeux avec les méthodes de coloration actuelle suffit-elle au diagnostic de la tuberculose des voies urinaires. — TAKEDA : Sur la pepsine urinaire comme procédé de diagnostic entre le carcinome gastrique et l'actylie gastrique. — SELBACH : Un cas d'affection pancréatique. — FEY : Pneumatose gastrique guérie par dilatation non sanglante du cardia. — RÖTHLER : Sur des infections rares du nouveau-né. — CITRON et MUNK : La nature de la réaction de Wassermann. — (N° 40, 6 oct.) PAGEL : La Faculté de médecine de Berlin pendant son premier siècle. — WALDEYER : Les sciences anatomiques à l'Université de Berlin pendant son premier siècle d'existence. — SCHWALBE : La part médicale dans la fondation de l'Université de Berlin. — FREUND : En quoi la médecine allemande a-t-elle contribué aux progrès de la culture générale pendant le XIXe siècle. — HAECKEL : Les limites de la science de la nature. — RIBBERT : Maladie. — WASSERMANN : Sur l'influence de la notion de spécificité sur la médecine moderne. — HEGAR : Troubles du développement. — ERB : Cas cliniques de la pratique. — KILLIAN : Sur la doctrine des névroses réflexes d'origine nasale.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 41, 9 oct. 1910.) SABRAZÈS : Sarcosporidiose et tumeurs du cheval. Microbisme du cancer traité par les rayons X. Hyperplasies leucémiques et tumeurs malignes ; fractures des os longs et leucémie. — L. VERDELET : Des hernies étranglées chez l'enfant. — E. LOURNEAU : Du défaut de parallélisme entre le volume et les troubles fonctionnels de l'hypertrophie prostatique. — (N° 42, 16 oct.) J. ORAISON : Exploration des fonctions rénales d'après la méthode d'Albarran.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 41, 9 oct. 1910.) AUBARET : Observations sur les artères hépatiques du fœtus avant terme. — ANGLADE et ROBERT : Paraplégie spasmodique du vieillard. — (N° 42, 16 oct.) P. BÉGOUIN : Des pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges. — AUBARET : Recherches sur l'orifice inférieur du conduit lacrymal.

Journal de médecine interne. — (N° 28, 10 oct. 1910.) MOUNEYRAT : Arsenic et syphilis. — LEMIERRE et VAULHER : Envahissement massif du liquide céphalo-rachidien par le pneumocoque avec absence de réaction leucocytaire au cours d'une septicémie pneumococcique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 4 oct. 1910.) FAULHABER : Sur le röntgen-diagnostic de l'ulcère calleux profond de l'estomac. — GROSSER et BETKE : Mort subite infantile et corpuscules épithéliaux. — GREVEN : Début et durée de l'excrétion d'arsenic par l'urine après l'emploi du dioxy-diamido-arsenobenzol. — FAVENTO : Sur 156 cas traités par le 606. — GIOSEFFI : Sur la connaissance de l'anémie pernicieuse progressive. — LATTES : Sur l'influence de la graisse circulant dans le sang sur l'action toxique du chloroforme. — JANNEY : Recherches de quelques pains pour diabétiques du commerce. — JACOBAEUS : Sur la possibilité d'employer la cystoscopie pour l'examen des cavités séreuses. — HOHLWEG : Sur le traitement de la pyélite coli-bacillaire par les lavages du bassinet. — HAMBURGER : Le traitement du phimosis dans la première enfance. — SPIESS : Un cas de dyspnée grave consécutif à un polype de la bronche droite. — HARTMANN : Sur l'assistance aux nourrissons. — (N° 41, 11 oct.) DEBBELT : L'importance des troubles des échanges calcaires pour la genèse du rachitisme. — BENECKE : Sur les traumatismes craniens pendant l'accouchement et l'importance de la tension de la dure-mère pour les affections chroniques du cerveau. — GRUBE : Sur le mécanisme de la sortie du crâne du fœtus et sur la protection du périnée. — ARCOLI et IZAR : Sur la technique de la méiostagmiuréaction dans les tumeurs malignes. — BAERMANN : La réaction de Wassermann sous les tropiques. — KEPINOW : Nouvelles expériences sur la réaction de Wassermann simplifiée d'après v. Dungern et Hirschfeld. — ENGELHORN : Sur les résultats du traitement dans les troubles nerveux gynécologiques. — FRÜHWALD : Sur le traitement par ponction de l'épididymite gonorrhéique. — SCHWARTZ et FLEMMING : Contribution aux recherches sur le sort du médicament d'Ehrlich-Hata dans le corps du lapin. — EHLERS : Le 606 d'Ehrlich contre la lèpre. — FESSLER : Un drainage non irritant des blessures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 131. — JEUDI 17 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 17 NOVEMBRE 1910. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 14 novembre : MM. Boutet, 8 ; Besnard (Jean), 8 ; Touchard, 9 ; Quinquaud, 7 ; Malet (Charles), 11 ; Fischer, 4 ; Mlle Lang, 5 ; MM. Leroy (René), 5 ; Colleville, 10 ; Girard, 13.

A partir de lundi 21 novembre les séances auront lieu à la salle des séances de concours de l'administration, 42, rue des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 14 novembre : MM. Toussaint, 4 ; Faveret et Eissen, 7 ; Roubeau, 5 ; Pilatte, 10 ; Guelfucci, 11 ; Lesage, 7 ; Réchad, Mercier et Charrier, 10 ; Guillemet (Marcel), 8.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — *Concours de l'internat.* — La commission des hospices met au concours une nouvelle place d'interne. Le concours qui s'ouvrira le 20 décembre aura donc lieu pour sept places d'internes.

— MARSEILLE. — Le concours de l'externat s'ouvrira le 19 décembre 1910 à neuf heures du matin. Dix places sont mises au concours, s'inscrire sans retard au secrétariat des hospices à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Lenormant, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (chaire de M. Lannelongue, sénateur).

— M. Chevassu, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1910-1911 (durée du congé accordé à M. Albarran), d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Grynfeltt, agrégé, chef des travaux d'histologie, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— TOULOUSE. — M. Dambrin, agrégé, chargé d'un cours de médecine opératoire, est nommé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux de médecine opératoire.

— Un congé, jusqu'au 30 avril 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Caubet, professeur de clinique médicale.

— M. Baylac, agrégé, est chargé, en outre, jusqu'au 30 avril 1911 (durée du congé accordé à M. Caubet), d'un cours de clinique médicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Castagnary, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, depuis le 1er novembre 1910, chef des travaux d'histologie.

ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 6 mars 1911, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos deux mois avant l'ouverture dudit concours.

— TOURS. — M. Villedieu, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de chimie et toxicologie, et d'un cours de chimie pour les étudiants du P. C. N.

— M. Villedieu est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique et de chimie.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision du 11 novembre 1910, les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortis de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, dans l'ordre ci-dessous, qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe (art. 3 du décret du 21 juin 1906), ont reçu les affectations suivantes :

MM. Flourens et Sarramon, école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille ; Jamot, 2e d'art. colon. à Cherbourg ; Neveu, 1er d'art. colon. à Rochefort ; Moreau, hosp. mixte d'Hyères ; Soulayrol et Chastel, hôpital

milit. de Marseille; Boileau, 3e d'art. colon. à Toulon; Cougard, Baus et Moutet, 24e d'inf. colon. à Perpignan; Vincens, 4e d'inf. colon. à Toulon.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Le président du Conseil a décerné les médailles suivantes pour services rendus au service de la désinfection.

Médailles d'or. — MM. les docteurs Barnsby (Indre-et-Loire), Benoist (Morbihan), Courmont (Rhône), Mauriac (Gironde), Ott (Seine-Inférieure).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Guibert (Côtes-du-Nord), Macé (Meurthe-et-Moselle), Sarraz, Bournet (Savoie), Bernard (Doubs), Dorain (Loire-Inférieure), Maréchal (Doubs), Morey (Saône-et-Loire).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Caylus (Charente-Inférieure), Gautrey (Puy-de-Dôme), Jablonski (Vienne), Labat (Haute-Garonne).

MINISTÈRE DES COLONIES. — NOUVEAU CODEX — Un décret rend obligatoire le nouveau codex pharmaceutique (pharmacopée française), édition de 1908 dans les colonies françaises à partir du 1er décembre 1910.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — ÉLECTION D'UN ACADÉMICIEN LIBRE. — Dans sa dernière séance l'Académie a procédé à l'élection d'un académicien libre, en remplacement de M. Rouché, décédé.

La section avait proposé en première ligne, M. Teisserenc de Bort; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. André, ancien professeur à la Faculté des sciences de Dijon; de Gramont, chimiste; Paul Janet, professeur; Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et Maurice d'Ocagne, professeur à l'Ecole des ponts et chaussées.

Au premier tour de scrutin, M. Teisserenc de Bort a été déclaré élu par 42 voix contre 16 à M. Landouzy, 4 à M. André, 3 à M. Paul Janet, 1 à M. de Gramont et 1 à M. d'Ocagne.

M. Teisserenc de Bort est le savant directeur de l'observatoire de Trappes (Seine-et-Oise), bien connu par ses travaux sur la météorologie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Le bureau pour 1911 est ainsi constitué :

Président, M. Loumeau; vice-président, M. F. Lagrange; secrétaires des séances, MM. G. Dupond et Cabannes ; trésorier, M. Peyre; archiviste, M. Méneau.

Conseil d'administration, MM. Monod, Chambrelent, Verdelet, Bégouin.

Conseil de famille, MM. P. Carles, Mongour, Davezac, Dupuy, Courtin.

L'ALCOOLISME ET LE JURY DE LA SEINE. — Le jury de la Seine, réuni pour la session des assises de la première quinzaine de novembre 1910, a émis avant de se séparer le vœu suivant :

« Le jury de la Seine, légitimement ému de la recrudescence de la criminalité;

Considérant que la plupart des crimes commis sont le résultat direct de l'alcoolisme;

Que l'alcoolisme constitue aujourd'hui un fléau national et un danger social qu'il faut enrayer de la façon la plus énergique, émet le vœu :

1° Que tout individu trouvé en état d'ivresse sur la voie publique soit immédiatement arrêté et traduit devant les tribunaux, conformément aux dispositions de la loi sur l'ivresse;

2° Que pendant une période de dix années, interdiction absolue soit faite de créer un débit de vin. »

Ce vœu vient d'être adressé directement au garde des sceaux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Faure (de Saint-Etienne) et Mosqueron (de Saint-Valéry).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Mauclaire, agrégé, chargé de cours de clinique annexe, fera sa première leçon le mardi 22 novembre (amphithéâtre Royer) à neuf heures et demie, et les mardis suivants à la même heure.

Présentation de quelques malades après la leçon.

Visite dans les salles à neuf heures. *Consultation pour les maladies des os et des articulations*, les lundis et vendredis à neuf heures trois quarts (amphithéâtre Royer). *Consultation de gynécologie*, les mercredis et samedis à neuf heures trois quarts (salle J. Le Petit). Opérations tous les jours à dix heures et demie, opérations abdominales les mardis, jeudis et samedis.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 15, 13 octobre 1910.) Samuel ROBINSON : L'empyème pleural aigu. Traitement préventif de l'empyème chronique par la trépanation costale suivie de drainage-aspiration (4 fig.). — E. H. BRADFORD : La scoliose (13 fig.). — A. E. AUSTIN, Mabel ORDWAY et Ruth MONTAGNE : Sur l'absorption des matières protéiques et des graisses dans la tuberculose pulmonaire (3 tableaux). — Arthur I. KENDALL : Sur un réactif rapide permettant de déceler la présence du Bacillus Welchii dans la diarrhée infantile.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 40, 1er oct. 1910.) H. LAVRAND : Rééducation psycho-motrice. — P. DEKESTER : Cholédocite et cholécystite calculeuses. Cholédocostomie. Extraction de onze calculs. Mort par anchiocholite infectieuse et insuffisance hépatique. Autopsie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 6 oct. 1910.) VERCOULLIE : Un cas de télangiectasie généralisée. — B. DUJARDIN : Un cas de pemphigus végétant de Neumann. — R. DE LANGENHAGEN : Varices pelviennes. Heureux effets de la balnéation de Luxeuil et des grandes irrigations vaginales chaudes prises dans le bain.

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er oct. 1910.) Corrado CANESTRO : Etude diagnostique sur la syphilis des articulations et des bourses séreuses. Recherches sur la déviation du complément. — Etienne DESTOT : Fractures anciennes de la région malléolaire (16 fig.). — E. DUROUX : Traitement chirurgical des arthropathies nerveuses. — Henri VIOLET et Paul BONNET : Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale. — M. CANTAS : Contribution à l'étude de la chirurgie du cœur sur un nouveau mode d'attaque du volet thoracique.

Policlinico. — (Octobre 1910, fasc. 10.) *Section médicale.* F. GHILARDUCCI : Action des rayons X sur les arthrites et les adénites tuberculeuses. — Cesare PEZZI : A propos du roulement dit présystolique et du dédoublement du second bruit dans la sténose mitrale. — Cesare FRUGONI : Etudes cliniques sur les altérations du rythme respiratoire notamment au point de vue des formes agoniques et névrosiques.

Riforma medica. — (N° 40, 3 octobre 1910.) Gaetano RUMMO : Gastropathies dynamiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Tommaso CASONI : La façon dont se comporte la réaction de Wassermann vis-à-vis certains médicaments. — Luigi DE GAETANO : La fixation du complément et le diagnostic des kystes à échinocoques. — (N° 41, 10 octobre.) Gaetano RUMMO : Gastropathies dynamiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Spiro LIVIERATO : Nouvelles recherches sur l'anaphylaxie provoquée par le suc gastrique. — Giuseppe FERRERO : La décapsulation du rein dans les intoxications expérimentales par le sublimé.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 39, 29 sept. 1910.) WEISSKOPF : Sur la technique et l'emploi clinique du diagnostic bactériologique de la typhoïde. — STERNBERG : Un bassin de lacération. — KALB : Sur l'action de l'arsenobenzol d'Ehrlich sur la syphilis des enfants avec considérations particulières sur la syphilis congénitale. — TORDAY : Rapport sur le traitement d'Ehrlich-Hata. — RODELLA : Etudes sur la putréfaction intestinale. — FEDERN : Sur la technique de la sphygmomanométrie chez l'homme.

CLINIQUE MÉDICALE LAENNEC. — *Professeur* L. LANDOUZY.

ZONA A LOCALISATIONS MULTIPLES
ET IMMUNISATION ZONATEUSE

PAR

H. GOUGEROT, Professeur agrégé.

et

H. SALIN, Interne des hôpitaux de Paris.

Le zona, maladie infectieuse spécifique, conférant l'immunité ainsi que l'a montré le professeur L. Landouzy dans ses Leçons de la Charité (1), a parmi ses caractéristiques cliniques une limitation presque constante à un seul territoire nerveux, et pourtant les symptômes généraux, si fréquents à la période prodromique (2) et au moment de l'éruption, indiquent que le zona est une toxi-infection générale. Les zonas multiples sont très rares et les zonas généralisés sont tout à fait exceptionnels : l'observation de zona, à topographie hémiplégique, rapportée par Fournier, est, croyons-nous, restée unique ; tout au plus voit-on parfois, associées à un zona classique, localisé, de petites vésicules aberrantes, isolées ou groupées en très petits bouquets, disséminées sur tout le tégument (Tennesson). La localisation à un territoire nerveux est la règle, la multiplicité des localisations, l'exception.

Il fallait se demander pourquoi le zona reste habituellement localisé au premier territoire nerveux qu'il a envahi, pourquoi les zonas multiples sont si rares.

L'observation clinique des zonas multiples nous a suggéré l'hypothèse d'une auto-immunisation progressive pour expliquer la stricte localisation coutumière du zona.

*
* *

ZONAS MULTIPLES ET ZONA LOCALISÉ A VÉSICULES ABERRANTES : INTENSITÉ DE LA PREMIÈRE LOCALISATION, ATTÉNUATION DES LOCALISATIONS SUIVANTES.

Il existe sans doute des zonas où les localisations multiples apparaissent en une seule poussée. Mais dans les cas que nous avons eu l'occasion d'observer, les localisations apparurent successivement à quelques jours d'intervalle et toujours nous avons été frappés par la faible intensité des deuxième et troisième localisations zonateuses. Ce fait avait déjà été remarqué par l'un de nous dans un cas observé à l'hôpital Saint-Louis en 1906, une récente observation, suivie à la Clinique Laënnec, dans le service de notre maître le professeur L. Landouzy, en est un nouvel exemple démonstratif.

Ce zona fut marqué à son début par des troubles généraux : fatigue, douleurs polyarticulaires aux genoux, aux chevilles, aux coudes et même aux doigts, douleurs assez vives qui s'accompagnèrent de sueurs profuses et peut-être de fièvre (fin mai). Bientôt les douleurs se localisent à la cuisse droite sur le trajet qu'occupera l'éruption et le 3 juin la température s'élève ; les premiers petits placards érythémateux apparaissent à la face antérieure du genou, puis à la cuisse et à la région fessière, ils ne tardent pas à se couvrir de vésicules. Ce zona occupe, le 5 juin (jour de l'entrée à l'hôpital), la zone radiculaire de L III droite : plaques latérosacrée et fessières et plaques inguinocrurales, traînée le long de la face interne de la cuisse, à la face interne et antérointerne du genou, quelques plaques au-dessous du genou sur la face interne de la jambe. L'éruption est particulièrement intense, à grosses vésicules confluentes et présente du zona tous les caractères classiques; les douleurs, maintenant localisées au seul territoire



FIG. 1. — *Zona à localisations multiples. — Première éruption zonateuse* unilatérale occupant le territoire de LIII, intense et classique par ses prodromes, ses douleurs prééruptives, son éruption, ses douleurs postéruptives et sa durée.

de l'éruption, sont très vives : objectivement on note de l'hyperesthésie sans anesthésie; le réflexe rotulien est diminué de ce côté, indiquant une atteinte des voies nerveuses et la ponction lombaire révèle de la lymphocytose; les ganglions inguinaux palpables des deux côtés semblent peut-être plus gros à droite et sont plus sensibles à la pression. Température : 37°8. En somme, ce cas, à part son intensité, semblait assez banal. On cherche les vésicules aberrantes sur le reste du tégument et on n'en découvre aucune trace.

Le 8 juin, cinq jours après le début du zona de la troisième lombaire, le malade se plaint de ressentir depuis la veille au soir des douleurs dans les deux avant-bras et surtout aux poignets et aux mains, douleurs « en longueur », dit-il, différentes des douleurs articulaires de la phase prodromique, comparables à celles de la cuisse droite, *mais beaucoup moins intenses*. Sur ces trajets douloureux, on note, à droite et à gauche, deux traînées symétriques éruptives zonateuses nouvelles. Elles commencent à quelques centimètres au-dessus de l'olécrane, occupent à la partie postérieure de l'avant-bras la bande interne, se prolongent sur la tête du cubitus, le bord interne de l'éminence hypothénar, la face postérieure du cinquième doigt; on en remarque un petit bouquet jusqu'au bord postérointerne du médius. Elles occupent donc à droite et à gauche le territoire radiculaire de C VIII et D I. Elles sont formées de *petits* placards *rosés* qui semblent com-

---

(1) L. LANDOUZY. Zona (fièvre zoster) et exanthèmes zostériformes, *Cliniques de la Charité* (3e leçon), 1883, p. 32, in *Sem. méd.*, 1883, et Th. de L. BOULANGER, Paris 1885. — Le professeur Landouzy a insisté sur cette distinction du zona (fièvre zoster spécifique conférant l'immunité) et des exanthèmes zostériformes. On doit, dit-il, distinguer le zona des éruptions zostériformes, de même qu'on distingue « une scarlatine d'un exanthème scarlatiniforme, les oreillons d'une parotidite, la coqueluche de la toux coqueluchoïde, la fièvre rhumatismale du pseudo-rhumatisme ». C'est le zona maladie, fièvre zoster, que ce travail étudie.

(2) Voir à propos du zona, maladie générale et sa contagiosité, les travaux de SICARD sur le zona sans éruption, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1903, p. 1067; — de WIDAL. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1907, p. 12; — de MINET. *Prov. méd.*, 19 fév. 1910.

mencer à se vésiculiser. Sur tout le reste du tégument on ne note qu'un petit bouquet de 4 à 5 vésicules siégeant à la face antérieure de la poitrine au-dessus du mamelon droit.



FIG. 2. — *Zona à localisations multiples.* — Deuxième et troisième localisations *bilatérales*, symétriques, des deux avant-bras, occupant les territoires de CVIII DI, survenues trois jours après le premier zona. Eruption avortée, sans prodrome, avec douleurs peu vives, éruption incomplète, de courte durée, sans douleurs persistantes. (Seule l'éruption du bras droit est représentée ici, elle était identique sur le bras gauche.)

Cette deuxième éruption ne s'accompagne pas de symptômes généraux, le malade ne ressent pas de malaise, la température reste à 37 degrés.

Le 9 juin, la vésiculation s'accentue sur plusieurs plaques antibrachiales mais non sur toutes et donne des vésicules adultes sur quelques placards seulement.

Le 10 juin, les deux bandes zonateuses des bras commencent déjà à pâlir, leur vésiculation reste incomplète sur la plupart des plaques, les douleurs ont presque complètement disparu. La période active de ces deuxième et troisième zonas a donc été fort courte, ne dépassant pas trois jours; au contraire pendant ce temps le premier zona de la cuisse continuait son évolution classique : le 10 juin les placards restaient rouges, se couvraient de croutelles hématiques, les douleurs à la région fessière et au genou, quoique moins intenses que dans les premiers jours, persistaient.

Le 14 juin, l'éruption des bras a complètement disparu sauf un petit placard au-dessus de l'olécrâne droite; le zona de la cuisse se cicatrise, les douleurs se localisent à l'aine.

Le 19 juin, le malade sort de l'hôpital, le zona de la cuisse est cicatrisé, mais il conserve encore quelques douleurs.

Il faut insister sur l'intensité si différente de la première éruption de la cuisse et de la seconde éruption des deuxième et troisième zonas des bras. La première éruption a été marquée par des prodromes, des douleurs généralisées, de la fièvre; les douleurs ont été très vives, l'éruption a été violente, les vésicules étaient grosses et confluentes; l'exanthème a duré une quinzaine de jours et laisse après lui des douleurs persistantes. Au contraire la deuxième éruption, survenue au troisième jour de la première éruption, n'a été marquée par aucun prodrome : pas de symptômes généraux, pas de fièvre; les douleurs ont été peu vives; l'éruption a été remarquable par son atténuation; les placards, rosés et non rouge foncé, ont commencé à se vésiculiser, mais cette vésiculation n'a été complète que sur quelques placards; la période active n'a duré que trois jours, le sixième jour la deuxième éruption et les douleurs avaient presque totalement disparu ne laissant pas de cicatrice nette. En un mot cette deuxième éruption semble « avortée » et sans les douleurs qui attirèrent l'attention sur les avant-bras, sans un examen systématique, elle aurait pu passer inaperçue. Au contraire le premier zona, survenu trois jours auparavant, continuait d'évoluer suivant le type classique.

Ce contraste entre l'intensité d'un premier zona et l'atténuation des localisations zonateuses ultérieures est à rapprocher du peu d'intensité des vésicules aberrantes disséminées non systématisées survenant au cours d'un zona classique localisé. Nous avions été frappés de ce fait. MM. Minet et Leclercq viennent de nous en communiquer un nouvel exemple : leur malade, âgé de quarante ans, eut d'abord un zona lombo-abdominal confluent; huit jours après, survint une éruption généralisée de vésicules disséminées; ces vésicules restèrent atténuées et évoluèrent très rapidement, alors que le premier zona, particulièrement intense, continuait son cycle habituel.

Tels sont les faits cliniques. On n'a pas assez insisté, croyons-nous, sur la différence d'intensité entre la première localisation d'un zona et les éruptions zonateuses des jours suivants. Cette différence d'intensité nous semble pourtant avoir plus qu'un intérêt symptomatique, elle nous suggère l'hypothèse d'une auto-immunisation zonateuse.

*
* *

AUTO-IMMUNISATION PROGRESSIVE ZONATEUSE.

L'observation clinique a démontré au professeur Landouzy que le zona confère l'immunité.

L'exemple des autres maladies infectieuses immunisantes nous fait supposer que l'immunité zonateuse ne s'établit pas brusquement, mais progressivement, en quelques jours.

La stricte localisation du zona à un seul territoire nerveux nous fait penser que cette immunisation doit être rapide.

En effet, si l'on admet cette hypothèse d'une immunisation rapide et complète, ou tout au moins suffisante en quelques jours, on comprend que le virus zonateux, lorsqu'il diffuse, trouve des territoires nerveux réfractaires et ne peut plus créer d'autre localisation (1).

Il en est de même chez le vacciné ou le variolisé : dix jours après une première inoculation, une nouvelle inoculation ne prend plus.

En un mot, une électivité obscure, mais dont nous connaissons maint autre exemple en neuropathologie (2), explique la première localisation du zona sur un seul territoire nerveux; l'auto-immunisation rapide du malade explique que l'infection ne puisse léser les autres racines et que le zona reste localisé à la seule racine qu'il a d'abord envahie.

Cette immunisation progressive peut dans certains cas être moins rapide et surtout moins solide. L'infection zonateuse peut être plus diffusante et tendre à se généraliser dès les premiers jours. Cette géné-

(1) On trouve confirmation de cette hypothèse dans les protocoles d'autopsie de Head et Campbell. Les lésions existent presque exclusivement sur le ganglion du territoire atteint.

Sur les territoires voisins on découvre des lésions ganglionnaires, radiculaires et méningées, mais toujours faibles et nullement comparables aux altérations si marquées de la poliomyélite postérieure localisée au premier territoire atteint.

(2) Cette électivité du zona pour un seul ganglion et une seule racine postérieure est à rapprocher des électivités de la lèpre, de la syphilis et du diabète pour le nerf cubital, du plomb pour le nerf radial, de la gonococcie et de la tuberculose pour le sciatique, de la diphtérie pour le bulbe, etc.

ralisation surprend le malade alors qu'il ne possède qu'une immunité incomplète (le troisième jour de la première éruption dans notre cas); l'infection trouvant des territoires nerveux non encore réfractaires, le zona peut avoir des localisations multiples. L'infection vainc d'autant mieux cette demi-résistance, qu'elle sera plus virulente, et de fait la première localisation d'un zona multiple nous a toujours paru particulièrement intense; mais, le malade étant en état d'immunisation incomplète, la deuxième, la troisième localisations zonateuses seront atténuées, car les territoires nouvellement envahis, qui commençaient à s'immuniser, offrent une résistance plus grande que la première racine atteinte. Plus l'apparition de ces localisations secondaires du zona sera tardive, et plus elles seront atténuées, c'est qu'en effet la réceptivité s'affaiblit au fur et à mesure que s'établit l'immunité.

Ce fait de l'atténuation progressive des zonas successifs est à rapprocher de l'immunisation progressive dans la vaccine et la variole.

On sait depuis les travaux de Bryce (1805) repris et confirmés par le Comité central de la vaccine que, si après la vaccination on fait au vacciné des inoculations quotidiennes de vaccine, les inoculations des premiers jours seulement prennent. « Celles qui sont le plus rapprochées du premier jour de la vaccination, dit Trousseau (*Clinique médicale*, t. I), sont celles qui acquièrent le plus de force; les suivantes se dénaturent de jour en jour; celles des neuvième et dixième jours avortent peu après s'être légèrement enflammées, tandis que le dixième jour, la piqûre n'a pas plus d'influence que si la lancette avait été chargée de pus appartenant à un phlegmon ordinaire. » On se souvient que Sacco en 1809, puis le Comité central de la vaccine, après avoir vacciné des enfants, les ont variolisés. « Tant qu'on n'alla pas au delà du quatrième jour, dit Bousquet (1833), les deux éruptions se développèrent simultanément avec la même aisance et la même liberté que si elles eussent été séparées. Dès le cinquième jour le plus souvent, dès le sixième ou huitième jour en tout cas, l'éruption locale suit encore l'inoculation variolique, mais il n'y a plus d'éruption secondaire, ni d'accidents généraux. » A partir du neuvième jour, les accidents locaux sont de plus en plus chétifs; le onzième jour la réaction locale au point de variolisation disparaît même.

Il en est de même dans l'inoculation spontanée que réalise sur lui le zonateux. Si l'infection diffuse dans les trois premiers jours de la période prééruptive ou le premier jour de l'éruption, le zona est multiple; si elle diffuse le troisième jour de l'éruption ou quelques jours plus tard, le zona est encore multiple, mais les zonas secondaires sont de plus en plus atténués; au bout d'un certain temps, la généralisation du virus reste impuissante, car toutes les paires nerveuses sont immunisées.

En un mot, le zona multiple peut s'expliquer par une infection particulièrement intense qui se diffuse rapidement avant que l'auto-immunisation soit complète. Pourtant la demi-immunité que présente déjà le malade explique que les nouvelles localisations zonateuses soient atténuées et moins intenses que la première.

Un fait clinique remarquable dans nos cas de zona multiple est que les nouvelles localisations n'atteignent pas les territoires nerveux proches du premier zona; l'infection zonateuse « saute » des racines. On se souvient aussi que le zona thoracique bilatéral en « ceinture complète » est tout à fait exceptionnel.

Pour expliquer ces faits, ne peut-on pas supposer que l'auto-immunisation est locale et s'étend progressivement du premier territoire nerveux sur les territoires voisins? Aussi, quand l'infection zonateuse se généralise, elle trouve autour de la première racine atteinte des tissus immunisés qu'elle ne peut léser; elle doit « sauter » plusieurs racines avant de rencontrer des tissus demi-immunisés qui se laisseront envahir (?). Dans notre cas, par exemple, le premier zona siégeait sur la troisième lombaire, les deuxième et troisième localisations zonateuses occupaient les huitièmes cervicales ou premières dorsales droite et gauche.

* * *

Ces hypothèses suggérées par la clinique demandent à être appuyées par des faits cliniques plus nombreux.

Il faudra, dans les observations ultérieures de zonas multiples, noter avec soin les dates d'apparition des localisations successives, leur intensité, leur topographie réciproque; il faudra, dans les zonas bilatéraux et symétriques, bien spécifier si l'éruption bilatérale est simultanée ou si elle se fait en deux temps; il faudra, dans les éruptions disséminées non systématisées de vésicules zonateuses aberrantes au cours d'un zona classique localisé, comparer l'intensité du premier zona et de ses vésicules secondaires.

Par cette enquête clinique, on verra si les hypothèses pathogéniques de l'auto-immunisation zonateuse progressive que nous ont suggérées nos observations ne s'appliquent qu'à quelques cas ou si elles ont une portée générale.

LE 606 A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par le docteur LACAPÈRE,

Médecin de Saint-Lazare.

Le professeur Gaucher vient de porter à la tribune de l'Académie de médecine les résultats qu'il a obtenus avec le 606, et d'exposer son opinion sur la médication nouvelle. Cette opinion est loin d'être enthousiaste, et les espérances des premiers jours sont quelque peu déçues. Combien de malades s'étaient imaginés que la syphilis était à tout jamais vaincue et que sa disparition définitive n'était plus que l'affaire de quelques mois. Il faut, hélas! en rabattre. Malgré de merveilleux résultats, la vérole n'est pas supprimée encore et ne le sera pas de sitôt.

On n'ose plus prononcer le grand mot de *stérilisation de la syphilis* qui volait de bouche en bouche, il y a quelques semaines, et les échecs, les récidives après traitement par l'arsenobenzol sont annoncés de toutes parts.

Le professeur Gaucher, dans sa communication si documentée, a bien insisté sur ce point.

La statistique que le professeur Bayet (de Bruxelles) communiquait, il y a quelques jours, à la Société de dermatologie, montrait les résultats obtenus chez une centaine de malades. Tout en considérant le 606 comme un médicament des plus actifs,

le professeur Bayet faisait d'importantes réserves sur les résultats annoncés jusqu'à présent.

La réaction de Wassermann, qu'il a régulièrement contrôlée pendant plusieurs semaines chez chacun des malades traités, montrait que les modifications apportées à l'organisme par l'injection du 606 persistaient souvent bien peu de temps.

Cette réaction, lorsqu'elle devenait négative quelques jours après l'injection, redevenait le plus souvent positive au bout de peu de semaines.

Il faut dire, cependant, que le docteur Jeanselme, poursuivant des expériences analogues, signalait que la séro-réaction de Wassermann devenait, après l'injection d'arsenobenzol, négative dans un grand nombre de cas.

Le docteur Brocq, malgré quelques beaux résultats, restait l'adepte des anciennes médications et ne pouvait se résoudre à admettre la supériorité de l'arsenobenzol sur le mercure.

Et cependant!

Chacun de nous a pu voir quelques-uns de ces cas saisissants qui ont fait crier au miracle, et qu'il n'est pas permis d'oublier.

Sachons nous rendre compte que nous sommes aujourd'hui en pleine période de réaction, et que c'est un devoir, pour certains esprits pondérés, que de chercher à endiguer le torrent d'enthousiasme qui submerge tout, qui empêche de juger impartialement les faits.

C'est ce jugement impartial que le professeur Gaucher veut nous apporter aujourd'hui et son avis prend toute sa valeur pour qui connaît sa prudence à employer les médicaments nouveaux, et l'importance qu'il attache avant tout à la guérison et au soulagement du malade.

Ce qu'il nous apporte, comme il le dit, ce n'est pas son avis sur l'inventeur du 606, mais son avis sur le médicament lui-même, et son appréciation sur la façon dont il agit sur les accidents de la syphilis.

On ne sera pas étonné qu'au moment où tous les syphiligraphes, avides de contrôler les effets du 606, demandaient au docteur Ehrlich de leur adresser des doses, on ne sera pas étonné qu'il ait réservé une grande partie de sa provision à étudier la toxicité du 606 chez les animaux et les modifications anatomo-pathologiques que détermine l'arsenobenzol.

Il a pu ainsi fixer, en collaboration avec le distingué chimiste chef de son laboratoire, le docteur Desmoulière, la toxicité du médicament vis-à-vis du kilogramme de cobaye, toxicité qui ne dépasse pas 0g08 par kilogramme d'animal.

Il a déterminé ses effets à dose thérapeutique et à dose toxique, montrant la tendance aux congestions des reins, des poumons, les productions d'hémorragies, et rappelant la prudence que ces résultats doivent faire observer lorsqu'on est appelé à traiter des lésions viscérales graves, en particulier des néphrites et des hémorragies cérébrales.

Passant ensuite à l'examen des cas cliniques, il a exposé ceux-ci avec une bonne foi et une sincérité devant laquelle tous sont unanimes. Presque tous les cas dont il parle, nous les connaissons, ce sont ceux qu'il a observés lui-même dans son service et dont il a donné l'exposé dans sa leçon à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, parue dans le précédent numéro.

Les malades ont été pour la plupart injectés par le docteur Emery, qui a employé la méthode de la suspension de Blashko, méthode actuellement un peu abandonnée, et qui tend à céder le pas à la méthode des injections solubilisées que le docteur Emery a si bien exposée (1).

Ce changement de méthode ne peut être que favorablement accepté par le professeur Gaucher, qui a toujours préféré, on le sait, les sels solubles aux préparations insolubles, dans le traitement hydrargyrique de la syphilis.

Peut-être dans quelques cas, les résultats ont-ils un peu tardé parce que le 606, injecté en suspension, s'absorbait mal, comme le mercure injecté sous forme d'huile grise n'est utilisé que tardivement.

Mais n'anticipons pas. Dans sa série de malades, le professeur Gaucher montre la fréquence des récidives de l'affection après traitement par l'arsenobenzol. Il fait rapidement justice de la « therapia sterilisans magna » et il a mille fois raison. C'est le premier des services à rendre aux malades que de les empêcher de se croire guéris, lorsqu'ils ne le sont pas d'une façon définitive.

La suite des observations du maître nous montre des résultats inégaux. Et, comme il le dit lui-même, c'est surtout, dans les observations qu'il apporte, sur les lésions érosives et ulcéreuses que l'action de l'arsenobenzol se montre le plus incontestable.

Les chancres sont assez rapidement modifiés sauf dans la forme hypertrophique et dans la forme phagédénique.

Les accidents secondaires se modifient moins vite qu'on ne pourrait l'espérer, et surtout d'une façon moins définitive, car les accidents récidivent souvent. L'action du mercure, employé sous forme de sels solubles, serait, d'après le professeur Gaucher, presque toujours aussi rapide que celle du 606.

Dans les accidents tertiaires, dans les ulcérations gommeuses en particulier, les résultats varient. Ils sont assez favorables parfois et on doit, dit le professeur Gaucher, recourir au 606, si le mercure échoue ou s'il est mal supporté. Très souvent, il donne des résultats excellents ; parfois cependant, et dans des cas où le mercure a échoué, il n'a donné aucun résultat.

Dans le tabes et la paralysie générale, les résultats sont nuls. Il est dangereux dans la néphrite syphilitique et l'hémorragie cérébrale.

L'arsenobenzol, conclut le professeur Gaucher, ne guérit pas la syphilis et n'empêche pas les accidents de se produire, même lorsqu'il les a fait disparaître. Il a une action sur certains accidents cutanés et muqueux, surtout superficiels, mais non dans tous les cas. Son effet est plus rapide que celui du mercure, mais il est souvent momentané.

Telle est, sur le 606, l'avis du professeur Gaucher. Cet avis n'est-il pas trop sévère? C'est ce que bientôt les faits jugeront d'eux-mêmes.

L'ensemble des malades chez qui j'ai pu observer les effets du traitement d'Ehrlich m'a donné meilleure opinion de l'arsenobenzol. Et, si je suis loin de croire à la *stérilisation de la syphilis*, je n'en regarde pas moins le 606 comme une arme admirable, à laquelle, comme l'a dit Milian, aucune autre médication ne peut être comparée.

Les malades qui se sont rués sur le 606 sont, pour une grande part, ceux qui restaient insensibles à l'action du mercure. Chez presque tous, lorsque les lésions ne sont pas irrémédiables, définitives, cica-

(1) *La Clinique*, 11 nov. 1910.

tricielles, le 606 agit. Donne-t-il, à coup sûr, la guérison complète? Non. Mais il agit. Il agit vite, comme le montre le professeur Gaucher, et si ses effets sont parfois incomplets, il faut peut-être l'attribuer à l'incertitude où nous sommes encore des méthodes et des doses les meilleures.

Dans les accidents redoutables de la syphilis qui menacent à brève échéance le malade dans sa vie ou ses organes nobles, nous ne recourons pas aux injections d'huile grise. Quel est celui d'entre nous qui ne s'adresse pas aux sels mercuriels solubles, aux injections sous-cutanées et surtout intraveineuses de sels solubles?

Dès lors on peut bien imaginer que le 606 en suspension peut n'agir que tardivement; il peut s'enkyster, comme on l'a démontré déjà. L'injection intraveineuse et l'injection intramusculaire solubilisée donneront certainement des résultats plus constants; et grâce à ce changement de tactique, nous verrons peut-être plus rarement ces accidents où l'action de l'arsenobenzol est nulle ou très tardive.

Le 606 agit sur les chancres phagédéniques, sur les plaques muqueuses hypertrophiques, sur les syphilis malignes, sur les glossites scléreuses, sur toutes ces lésions que le mercure améliore si difficilement, et il agit presque toujours avec une rapidité surprenante. On a vu une leucoplasie marginale disparaître en quelques jours sous son action, d'énormes ulcérations gommeuses se réparer comme par enchantement.

Ce n'est certes pas encore la guérison de la syphilis, mais c'est une attaque foudroyante dirigée contre le virus, et après laquelle, peut-être, un traitement de fond pourrait facilement parfaire la tâche.

Dans les affections parasyphilitiques, le 606 est resté sans effet sur les malades qu'a traités le professeur Gaucher. Mais nous savons que le mercure reste aussi presque toujours impuissant, au point que les neurologistes en condamnent l'emploi chez les paralytiques généraux.

Nous pensons bien que sur les scléroses définitives du tabes le 606 ne sera pas plus actif, mais attendons quelques mois pour savoir s'il n'a pas arrêté la marche de l'affection chez les malades traités. Ce serait pour ces malheureux un résultat déjà splendide.

Parce que certains malades ont eu des récidives après le traitement par le 606, parce que de nouveaux accidents ont pu se montrer quand une seconde injection d'arsenobenzol avait guéri cette récidive, devons-nous rejeter cette médication, et le mercure a-t-il la prétention d'empêcher définitivement le retour des accidents qu'il efface? Non, cent fois non.

Je ne crois pas à la stérilisation, pas plus par le 606 que par aucune des méthodes dites abortives de la syphilis, mais l'arsenobenzol agit où agit le mercure, et il agit encore dans bien des cas où le mercure reste impuissant. Adressons-nous donc d'abord à lui; c'est diriger, dès le début, une attaque vigoureuse contre la syphilis. Nous pouvons espérer parfaire la cure en prolongeant le traitement, soit par de nouvelles injections espacées d'arsenobenzol, soit par des cures mercurielles échelonnées, en nous souvenant que *le malade, lorsqu'il est blanchi de ses accidents, ne peut être encore considéré comme guéri de sa syphilis.*

MÉDECINE PRATIQUE

L'AUTOSÉROTHÉRAPIE DES PLEURÉSIES SÉROFIBRINEUSES

Parmi les méthodes récentes de traitement des épanchements pleurétiques, l'*autosérothérapie* est une des plus intéressantes.

Elle s'adresse en effet à la cause même de l'épanchement.

Préconisée par Gilbert (de Genève) au Congrès de Rome en 1894 (v. *Gaz. des hôpit.*, 1894, n° 60, p. 560), elle a été utilisée depuis avec des succès divers par Fede, Nasetti, Scarpa (1896), Schnütgen, Breton (de Dijon) [*Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 25, p. 229, et n° 27, p. 250], Mongour, Gentès, Marcus, Weill et Mouriquand, Enriquez, etc.

M. Gaston Lyon donne l'état actuel de la question dans la huitième édition de sa belle *Clinique thérapeutique* (1).

L'*autosérothérapie*, on le sait, consiste à injecter sous la peau une petite quantité de liquide pleural retiré par ponction exploratrice, et a pour but d'introduire dans la circulation les tuberculines atténuées, les anticorps spécifiques que contiennent ce liquide.

La technique est des plus simples; on fait, avec les précautions d'usage, une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz de 5 centimètres cubes; puis sans retirer complètement l'aiguille, on enfonce celle-ci dans le tissu cellulaire sous-cutané, au point même où a été fait la ponction (ceci afin d'éviter deux piqûres successives); on injecte ainsi 1 à 2 centimètres cubes de liquide pleural à un ou deux jours d'intervalle; suivant les cas, les injections sont répétées une à trois fois, parfois cinq à six fois.

Quelques médecins ont injecté des doses progressivement croissantes de liquide pleural: soit de 1 à 10 centimètres cubes.

Dans un assez grand nombre de cas où l'épanchement était stationnaire, ces injections ont provoqué la résorption rapide (en six à dix jours) et définitive de l'épanchement. Elles sont habituellement suivies d'une polyurie marquée et déterminent parfois une élévation passagère de température de 1 à 2 degrés. Cette élévation ne se traduit pas dans les cas où la pleurésie n'est pas de nature tuberculeuse. On peut employer d'emblée l'injection, alors même qu'il existe des phénomènes inflammatoires contre-indiquant d'ordinaire la ponction.

Dans une publication récente (*Revue médicale de la Suisse romande*, janv. 1910), Gilbert déclare qu'après une expérience de plusieurs années il considère toujours le traitement proposé par lui comme efficace dans le plus grand nombre des cas. Il ajoute que toutes les pleurésies fibrineuses, les non tuberculeuses comme les tuberculeuses, sont justiciables de ce traitement qui est en même temps un moyen de diagnostic, la réaction thermique ne se produisant que dans les cas où la pleurésie est tuberculeuse.

Marcus confirme l'action de l'autosérothérapie dans toutes les pleurésies séro-fibrineuses, voire dans les pleurésies hémorragiques; aussi croit-il qu'il ne faut pas faire intervenir l'action d'une tuberculine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1910)

Valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis. — M. GAUCHER, avec la collaboration de MM. Desmoulière, Paris, J. Camus, Joltrain, Jacob et Guggenheim, a fait, depuis trois mois, les recherches expérimentales et cliniques les plus étendues sur le nouveau traitement de la syphilis par le 606.

M. Lacapère ayant montré plus haut (voir p. 1787) l'importance de cette communication, contentons-nous de consta-

(1) Masson et Cie, éditeurs.

ter l'attention avec laquelle fut écouté le maître de Saint-Louis, et notons sa conclusion humoristique : « Le mercure est toujours debout .»

M. HALLOPEAU dit que la belle communication de M. Gaucher justifie pleinement, par ses données rigoureusement scientifiques, les réserves qu'il a cru devoir formuler relativement à l'emploi usuel du 606 dans le traitement de la syphilis : c'est un médicament à la fois dangereux et infidèle.

Il a d'ailleurs bon espoir que l'avortement complet de la maladie, sous l'influence du nouveau traitement à la fois local et général dont il a établi les règles, rendra bientôt inutile toute thérapeutique ultérieure, aussi bien par le 606 que par les moyens usuels. Il continue à en obtenir des résultats constamment positifs; son dix-septième malade vient d'arriver, sans trace de manifestation secondaire, à son soixante-quinzième jour ; il en est de même de quatre malades que Ravasini (de Trieste) vient de traiter par la même méthode; un client de notre confrère Falabrège (de Perpignan) est également indemne au bout de cinq mois.

M. Hallopeau a de nombreux témoignages que la guérison se maintient intégrale.

Tous ses malades appartenant à sa clientèle privée, il peut, contrairement à ce qui se passe pour ceux de l'hôpital, continuer à les suivre et affirmer qu'aucun d'eux n'a eu d'accidents secondaires; le jour où tous les médecins se rendant à l'évidence des faits, mettront en pratique, comme ils le font pour la vaccination, ce traitement abortif, l'extinction complète de la syphilis ne devra plus être considérée comme une chimère.

M. FOURNIER dont on regrettait de n'avoir pas encore entendu la voix si autorisée, dans ce débat, prend à son tour la parole, non pas contre le 606, mais contre la réaction de Wassermann, à laquelle on attache une importance qu'elle n'a peut-être pas.

Il rapporte ce fait qui, depuis un certain temps, se passe constamment dans son cabinet : un malade vient lui demander s'il a, ou non, la syphilis. Après l'examen le plus consciencieux, M. Fournier croit devoir conclure à la non existence de la syphilis. Le malade sort alors un papier de sa poche et répond à M. Fournier : « Si, monsieur, j'ai la syphilis, en voici la preuve. » Et il lui montre le résultat de la réaction de Wassermann qui, dans l'espèce, serait positive.

Dans ce cas, est-ce la chimie ou la clinique qui se trompe, se demande M. Fournier?

M. GAUTIER répond que la réaction de Wassermann n'est pas démonstrative quand elle est négative.

M. GAUCHER fait observer que dans tous les cas qu'il a cités on a recherché la réaction de Wassermann. Dans deux cas elle s'est montrée négative chez des malades qui présentaient de grosses lésions syphilitiques ; donc la réaction négative ne signifie rien ; mais quand elle est positive, elle a de la valeur.

M. Gaucher cite le cas d'un malade syphilitique chez lequel la réaction de Wassermann, négative avant l'injection du 606, est devenue positive après.

La fièvre de Malte. — M. WIDAL, après un court aperçu historique et géographique de la fièvre de Malte, fait observer qu'elle s'est étendue sur les rives de la Méditerranée et qu'on la rencontre maintenant un peu partout, même à Paris.

Elle peut être importée ou autochtone. On sait que c'est par l'ingestion du lait de certaines chèvres de Malte qu'elle se transmet. Elle est due à un microbe, le micrococcus melitensis, dont les malades qui en ont été atteints restent porteurs. Le simple contact avec ces chèvres suffit pour contracter la maladie. Les sacrificateurs des chèvres la contractent ainsi. Il peut y avoir aussi la contagion de laboratoire, M. Widal en cite un exemple intéressant, celui de son propre garçon de laboratoire qui, en aidant à la préparation de pièces contenant le micrococcus melitensis, contracta la fièvre de Malte. Ce garçon est un grand fumeur et posait souvent sur la table à expériences sa cigarette qu'il reprenait après.

La fièvre de Malte est, en somme, une maladie extrêmement contagieuse. A Gibraltar où elle a fortement sévi, elle a complètement disparu depuis que l'on y a défendu l'entrée des chèvres maltaises et l'usage de leur lait.

De ces faits, M. Widal croit devoir conclure que la fièvre de Malte devrait être inscrite dans la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire, et il demande que l'Académie émette un vœu dans ce sens. Fortement appuyée par MM. Benjamin, Vaillard et Mosny, cette proposition est mise aux voix et adoptée.

— Dans la dernière séance, M. H. BENJAMIN a déposé sur le bureau de l'Académie un livre intitulé : *Les Maladies des plantes, leurs traitements raisonnés et efficaces en agriculture et en horticulture*, par Emmanuel Bourcart, docteur ès sciences.

L'œuvre de M. Bourcart peut être très bien considérée comme du domaine médical ; en effet, la thérapeutique des plantes présente une analogie surprenante avec la thérapeutique humaine, analogie qui n'a d'ailleurs pas échappé à l'auteur et sur laquelle il a attiré l'attention à plusieurs reprises.

Qu'il s'agisse des plantes ou des animaux, les agents pathogènes sont les mêmes, de même que les agents médicamenteux susceptibles d'être utiles dans la lutte contre le parasitisme.

Dès lors, nous devons pouvoir faire de la médecine comparée très profitable, en étudiant l'action des innombrables médicaments antiseptiques sur les microorganismes parasites des plantes, et plus d'un rapprochement suggestif est à faire.

A ce point de vue, le Traité de pharmacologie végétale de M. Bourcart présente un intérêt scientifique pour le médecin et est encore susceptible de donner à une partie de la thérapeutique animale une orientation nouvelle et profitable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1910)

Sur le bacille de la pseudo-tuberculose du cobaye. — M. L.-G. SIMON a retrouvé à l'autopsie d'un cobaye neuf des granulations nombreuses dans différents viscères, dues non pas au bacille de Koch, mais au bacille déjà décrit par Roger et Charrin dans la pseudo-tuberculose spontanée du cobaye. Il a pu s'assurer que ce bacille appartient en réalité à la famille Eberth-Coli (il est mobile, se décolore par la méthode de Gram, est anaérobie facultatif, verdit légèrement l'artichaut, produit un peu d'indol dans les cultures et fait fermenter énergiquement les sucres); par les caractères il se rapproche en somme du paratyphique β; d'ailleurs le sérum des animaux inoculés avec le bacille de Roger agglutine un échantillon de paratyphique β provenant de l'épidémie de Rennes. Quant au rôle pathogène de ce bacille, l'auteur a pu s'assurer que, à doses moyennes, il provoquait chez le cobaye en huit jours des granulations typiques; mais, à fortes doses, il provoque une septicémie mortelle en vingt-quatre heures ; si les animaux ont reçu des doses faibles ou peu virulentes, ils se cachectisent et meurent en six semaines et on trouve à leur autopsie des masses d'aspect caséeux dans le péritoine et dans le foie.

Le lipoïde exophtalmisant de la thyroïde. — M. H. ISCOVESCO a précédemment démontré qu'il existait dans la glande thyroïde du mouton un lipoïde provoquant la tachycardie, des convulsions et de l'amaigrissement et à doses répétées la cachexie et la mort. Il existe dans la glande thyroïde un autre lipoïde (soluble dans l'acétone) et dont l'injection aux lapins provoque une exophtalmie très marquée. L'exophtalmie qui accompagne certaines affections thyroïdiennes ne peut être expliquée que par une incapacité de la thyroïde de fixer la substance exophtalmisante ou par une production trop grande de cette substance par l'organisme.

La peroxydase du lait de femme. — MM. MARFAN et B. WEILL-HALLÉ. De nouvelles recherches pratiquées sur 48 nourrices, à diverses périodes de l'allaitement, ont permis de confirmer l'existence, à côté de la réaction intense, diffuse, déjà décrite en 1901, dans le lait à type colostral. après adjonction d'eau gaïacolée et d'eau oxygénée par MM. Marfan et Gillet, d'un deuxième type de réaction légère et anniculaire signalée par M. Cassin (d'Avignon).

La réaction diffuse est anormale après les quatre ou cinq premiers jours de l'allaitement et répond à l'existence d'une

irritation mammaire subordonnée à une infection locale aiguë ou chronique ou à une infection chronique générale de la nourrice.

La réaction légère répond au lait normal; son absence est pathologique et semble indiquer un mauvais lait.

Le lait caillé au bacille bulgare, aliment de prophylaxie certaine du choléra asiatique. Concurrence vitale du bacille virgule et du bacille bulgare. — M. ROSENTHAL vérifie pour le vibrion cholérique les lois qu'il a posées sur les phénomènes de concurrence vitale du bacille bulgare et des germes pathogènes. Le lait caillé est incontaminable par le vibrion cholérique; l'ensemencement simultané est suivi rapidement de la mort du vibrion pathogène; les cultures de vibrion surpiquées de bacille bulgare s'épurent en vingt-quatre heures. Cette action si remarquable est due à l'acidification des cultures; car ramenée à la neutralité, la culture vivante ou morte du bacille bulgare admet la pullulation du vibrion cholérique.

Sur une forme annulaire du tréponème pâle. — M. A. SÉZARY décrit une forme annulaire du tréponème qu'il a étudiée dans des gommes artérielles récentes. Certains parasites dessinaient une boucle plus ou moins fermée. D'autres formaient un cercle complet. D'autres étaient en même temps épaissis et rétractés. Par transition, on arrivait aux types extrêmes, constituant des masses de 2 à 4 μ de diamètre, percées d'un petit orifice central. Peut-être s'agit-il là de formes dégénératives revêtues par le tréponème en voie de disparition dans les lésions tertiaires.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la présence du spirochæte pallida de Schaudinn dans les pustules de vaccine chez les enfants hérédo-syphilitiques. (J. LANGER. *Münch. med. Wochens.*, 20 sept. 1910, n° 38, p. 2000.) — Il existe dans l'histoire de la syphilis vaccinale un certain nombre de points obscurs sur lesquels la connaissance du spirochète de Schaudinn peut peut-être jeter de la lumière. Il est curieux de remarquer tout d'abord que la lymphe vaccinale provenant d'un enfant hérédo-syphilitique ne se montre pas toujours syphilogène et c'est même un fait très rare.

En second lieu, quand une série de personnes sont vaccinées avec la lymphe d'un hérédo-syphilitique, il est exceptionnel que toutes contractent la syphilis; un certain nombre restent indemnes. Enfin, on sait que si on inocule à nouveau à des sujets sains la lymphe d'une pustule obtenue par inoculation, à un premier individu, de lymphe vaccinale provenant d'un hérédo-syphilitique, quelques-uns des sujets sains peuvent présenter ultérieurement de la syphilis vaccinale; et pourtant chez le premier individu la syphilis n'a pas encore eu le temps de se développer, au moment où l'on a prélevé la lymphe. C'est ce qu'on désigne sous le nom de syphilis vaccinale de deuxième génération.

Langer tente de donner l'explication de ces faits en se fondant sur ses recherches. Chez dix enfants atteints de syphilis héréditaire se traduisant par de la tuméfaction de la rate, de la poly-adénite, des infiltrations palmo-plantaires, des érythèmes maculo-papuleux, il pratiqua la vaccination; le sixième ou le septième jour il préleva un petit fragment de a papule vaccinale, qu'il soumit à l'examen microscopique. Chez cinq des enfants il trouva du spirochète de Schaudinn dans l'élément vaccinal.

Chez un des enfants la vaccination fut pratiquée à un bras, justement au niveau d'une petite papule syphilitique, à l'autre bras, au niveau de la peau saine. Or, tandis qu'au bout de dix jours l'élément vaccinal développé sur la papule syphilitique fourmillait de spirochètes, l'élément vaccinal du côté opposé n'en montrait pas un seul à l'examen.

Aussi Langer pense-t-il que lorsque la lymphe vaccinale contient du spirochète et est susceptible de provoquer la syphilis si on l'inocule à une autre personne, c'est que la pustule vaccinale s'est développée en un point des téguments déjà lésé par la syphilis, bien que cette lésion ne soit souvent pas encore apparente à nos yeux. Il lui paraît impossible d'admettre que l'éruption vaccinale constitue un point d'appel pour les quelques spirochètes circulant dans le sang; il a pu constater qu'*in vitro* la lymphe vaccinale ne constitue pas un milieu de multiplication pour les spirochètes qui y sont au contraire assez rapidement détruits.

La fréquence avec laquelle Langer a trouvé des spirochètes chez les hérédo-syphilitiques s'explique par ce fait que tous les sujets chez lesquels il a pratiqué ses recherches présentaient des éruptions syphilitiques.

Au contraire, la rareté de la syphilis vaccinale provient de ce que les sujets chez lesquels on a prélevé la lymphe pour des vaccinations, s'ils étaient hérédo-syphilitiques, étaient des hérédo-syphilitiques méconnus, sans lésions apparentes; sans quoi on se fût bien gardé de les utiliser comme vaccinogènes.

Si quelques personnes échappent au cours d'une épidémie de syphilis vaccinale, c'est sans doute parce que toutes les pustules utilisées ne contiennent pas une lymphe virulente, suivant le point des téguments où elles se sont développées.

Quant à la syphilis vaccinale de deuxième génération, elle est sans doute attribuable à l'abondance particulière des spirochètes transportés de l'enfant hérédo-syphilitique, point de départ de l'épidémie.

A. LEMIERRE.

NEUROLOGIE

Nouvelles études sur le siège de l'aphasie motrice. (M. MINGAZZINI. *Rivista di patol. nerv. e ment.*, 1910, p. 137-186, 19 fig.) — L'auteur se propose de démontrer, à l'aide de faits personnels, et d'autres, empruntés aux travaux récents : 1° que la région où résident les images motrices de la parole est bilatérale avec prédominance à gauche et non circonscrite à la partie operculaire de Fr3, mais s'étend aux circonvolutions antérieures de l'insula, à la partie triangulaire de F3 et, qu'elle embrasse, outre les éléments corticaux, les irradiations médullaires sous-corticales jusqu'à l'extrémité antérieure du noyau lenticulaire gauche; 2° qu'en conséquence, l'aphasie motrice est produite non seulement par une lésion corticale, mais encore par tout foyer altérant ou détruisant les fibres (médullaires sous-corticales ou couronne rayonnante) provenant de la partie moyenne ou l'extrémité antérieure du noyau lenticulaire gauche; 3° que, lorsque le noyau lenticulaire gauche est intact, et le reste de la région verbo-motrice (corticale et sous-corticale) peu ou pas lésée, il suffit d'une lésion interrompant la communication entre les régions de Broca droite et gauche et le noyau lenticulaire, pour rendre l'élocution impossible; 4° que la lésion des deux tiers postérieurs du putamen, et peut-être aussi, du globus pallidus gauche a pour effet une dysarthrie pouvant aller suivant la gravité de la lésion jusqu'à l'anarthrie complète.

L. ALQUIER.

Le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie de l'acromégalie. (J. PARISOT. *Rev. neurol.*, 1910, p. 277-289). — En raison de sa fréquence au cours de l'acromégalie, la lésion hypophysaire (destructive plutôt qu'hyperfonctionnement) paraît être une condition nécessaire, mais elle ne peut être considérée comme une condition suffisante pour la production du syndrome caractéristique de cette affection.

L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THÉRAPEUTIQUE ALIMENTAIRE

Il n'y a pas très longtemps que la thérapeutique a cessé d'être uniquement médicamenteuse, et les ordonnances de notre jeune temps contenaient rarement une allusion à l'alimentation : quelques indications orales suffisaient. Cependant, sans parler des régimes, qui ne visent que la qualité des aliments, il ne faut pas oublier que les modifications apportées à l'alimentation peuvent représenter un moyen thérapeutique des plus efficaces. Fréquemment, en effet, nous voyons des malades dont l'état s'améliorerait rapidement si la quantité d'aliments qu'ils peuvent absorber n'était manifestement inférieure à leurs besoins; souvent c'est à cela que se réduit toute l'étiologie de leur état, tandis que, dans d'autres

cas, il n'y a là qu'une des données, mais une des plus importantes, du traitement à instituer.

Le problème semble à première vue des plus simples; cependant, il présente souvent des difficultés nombreuses. C'est le convalescent, qui lutte encore contre les dernières séquelles de sa maladie, et à qui il faut éviter une rechute en fortifiant son terrain si éprouvé, qui demande à reprendre le plus tôt possible sa vie habituelle; c'est l'opéré, convalescent chirurgical; c'est l'adolescent, que sa croissance trop rapide affaiblit et anémie, au moment où ses études commencent à devenir plus sérieuses et absorbantes; c'est l'anorexique, l'asthénique, le surmené; c'est la jeune fille qui maigrit sans qu'on puisse trouver par son examen d'affection caractérisée; le dyspeptique, dont l'estomac ne peut digérer qu'une partie du combustible nécessaire à son organisme; le tuberculeux enfin, souvent dyspeptique aussi, qui rarement s'alimente proportionnellement à ses besoins, qui maigrit, et qui, parfois, dans certains cas que la science actuelle commence à mieux préciser, peut se sauver en « mangeant » trop, en se suralimentant.

Nombreuses sont les préparations qui s'offrent au médecin, pour satisfaire à ces indications; le choix se limite si l'on veut ne considérer que celles qui, existant depuis un temps suffisant, ont résisté aux changements des idées comme à l'expérimentation pratique. La poudre de viande est de ces dernières. Apportant au malade l'aliment le plus naturel et le plus fortifiant sous une forme réduite et éminemment digestible, elle permet à l'estomac le plus susceptible de tolérer une alimentation substantielle et réparatrice. Bien mieux, peptogène puissant, elle réveille et stimule l'appétit si elle est donnée deux ou trois heures avant le repas. A côté de ses avantages, reconnaissons les inconvénients qu'on a pu lui trouver : la fabrication en est difficile, et trop souvent l'odeur en est repoussante, nauséabonde; elle représente, d'autre part, un aliment trop azoté, insuffisamment hydrocarboné et minéralisé.

Pour éviter ces inconvénients, il faut employer la poudre de viande de Trouette-Perret, dont l'outillage perfectionné permet de préparer un produit se conservant parfaitement et absolument exempt de toute odeur désagréable; disons plus : mélangée à du café au lait, du chocolat, à un grog froid très léger, même à de l'eau sucrée, elle constitue un breuvage plutôt agréable, ainsi qu'on peut s'en assurer en médecine infantile, surtout si, en préparant le mélange, on a su éviter la présence de grumeaux par un délayage bien fait. Ce produit n'est pas uniquement azoté, car il est mélangé de principes hydrocarbonés très nutritifs, à base de lactose, de malt, de lentilles et de diastase : réponse à la deuxième critique.

Enfin, s'il y a indication de donner au malade un produit plus minéralisé, on prescrira la poudre de viande phosphatée.

Dans le cas où cette présence d'hydrocarbones pourra sembler un inconvénient (diabète, certaines dyspepsies), donner la préférence à la poudre de viande de Rousseau, qui est une poudre de viande pure, ne contenant aucun mélange.

Dr E. M.

LIVRES NOUVEAUX

Feuillets de chirurgie et de gynécologie (1), par S. Voronoff, médecin conseiller de S. A. le khédive, président d'honneur de la Société khédiviale de médecine, chirurgien de l'hôpital de Choubrah, au Caire.

L'auteur, au cours de seize années de pratique chirurgicale, a fait plus de 2800 opérations.

De ces cas il a retenu un certain nombre d'observations dignes d'attirer l'attention. Ce sont ces faits qu'il expose aujourd'hui dans un livre édité avec le plus grand luxe avec des photographies hors texte, dont quelques-unes sont déjà connues des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

C'est là un bon livre de clinique chirurgicale qui sera consulté avec grand intérêt par les praticiens. L. GAYARD.

(1) Grand in-8 avec photographies hors texte. — Paris, O. Doin et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

CHLOROSE

(*SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC*)

Définition. — La chlorose est un type morbide, constituée par le concours de lésions et de symptômes très divers, au milieu desquels dominent les troubles des fonctions hématopoiétiques, et dont l'apparition est intimement liée à l'instauration de la *puberté* chez la femme.

Début. — Le plus souvent lent et progressif, il s'annonce par la décoloration progressive de la peau et des muqueuses, par de l'essoufflement, des palpitations, des troubles digestifs, de l'irrégularité des menstrues; exceptionnellement il est brusque; en deux à trois mois en général, l'affection est constituée.

Période d'état. — Le facies est caractéristique; les malades sont d'une pâleur verdâtre, les tissus sont incolores, les conjonctives bleutées, les paupières bouffies; un symptôme constant est fourni par les troubles de l'appareil génital (règles irrégulières, sang pâle, ménorragies, règles douloureuses, leucorrhée); à signaler également les signes d'infantilisme (seins peu développés, croissance du squelette arrêtée, ou au contraire croissance excessive); il est fréquent de constater des signes d'hypertrophie thyroïdienne (tachycardie, tremblement), ou d'hypothyroïdie (œdèmes ne faisant pas le godet).

Etat du sang. — Fluidité et densité diminuées, par suite de la *diminution d'hémoglobine*; les hématies sont au-dessous de 3 millions, elles présentent de la poikilocytose et de l'anisocytose : mais le fait important à retenir est la pauvreté de chaque globule en hémoglobine (moitié moins qu'à l'état normal); aussi cette pauvreté en hémoglobine, opposée au maintien relatif du nombre des hématies, est-elle le trait caractéristique de l'hématologie de la chlorose. Il y a en outre augmentation des hématoblastes; les globules blancs offrent peu de modifications; ils sont légèrement augmentés en nombre, au profit souvent des éosinophiles.

Etat des vaisseaux. — Les symptômes que l'on observe à leur niveau relèvent de causes diverses, aplasie artérielle, éréthisme cardio-vasculaire, hypotension, diminution de la viscosité du sang; on note de l'angoisse, des palpitations; il existe une tachycardie extrêmement variable; l'auscultation permet d'entendre plusieurs souffles, l'un, le moins fréquent, siège au-dessus de la pointe : il est doux; l'autre, plus intense, siège à la base; ce sont des souffles extra-cardiaques. La pression artérielle est diminuée, la veine jugulaire donne au doigt la sensation de frémissement cataire, et l'auscultation de cette jugulaire, par le sthétoscope, permet d'entendre un souffle (bruit de *rouet*, bruit de *diable*).

Les *troubles respiratoires* observés sont sous la dépendance de l'imperfection du jeu des muscles respiratoires; on constate souvent une *diminution du murmure vésiculaire à droite*, et une diminution de la sonorité à la percussion, notion importante, demandant à être analysée avec soin, car la tuberculose qui est loin d'être rare chez les chlorotiques, ne doit pas être affirmée à un seul examen, en raison de ces seules constatations.

Les *troubles digestifs* sont très fréquents : anorexie, recherche de mets bizarres; les digestions sont difficiles; l'ulcère de l'estomac s'observe quelquefois chez ces malades; il existe une insuffisance hépatique très notable.

Les *urines* sont pâles, en quantité normale : elles présentent la réaction de l'urohématine, quelquefois celle de l'urobiline.

Les *manifestations nerveuses* sont de plusieurs ordres : les

unes sont d'ordre névrosique pure, anorexie, vomissements, etc., d'autres relèvent de l'anémie (lypothymies, syncopes, céphalée).

L'*amaigrissement* est loin d'être constant ; les malades manifestent une lassitude profonde. La maladie est apyrétique.

FORMES CLINIQUES. — Les modalités cliniques de la chlorose sont extrêmement variées et, suivant la prédominance d'un symptôme, on a décrit des formes aménorrhéique, ménorragique, dyspeptique, *pseudo-tuberculeuse*. Cette dernière forme est toujours importante à bien préciser, pour pouvoir être en mesure de la distinguer de la chlorose des tuberculeux et de la tuberculose à forme pseudo-chlorotique. L'évolution de la *chlorose des tuberculeux* est bien spéciale; il existe de la fièvre d'une manière continue, et les symptômes de chlorose s'atténuent, alors que les signes de tuberculose s'affirment d'une manière indiscutable.

Il nous reste à décrire des formes suivant la nature de la cause qui a provoqué la chlorose, ou suivant certaines associations morbides réalisant des types cliniques bien spéciaux.

La chlorose d'origine *syphilitique* se caractérise par l'intensité de la pâleur, par la déglobulisation extrême, par une céphalée et une dépression nerveuse très accentuées.

Le *chloro-brightisme* est constitué, comme l'a bien montré Dieulafoy, par l'existence d'un mal de Bright qui semble avoir déterminé l'éclosion de la chlorose : les malades sont pâles, bouffis, réfractaires au traitement ferrugineux, et très rapidement améliorées par le régime lacté.

La coexistence de *rétrécissement mitral* et de chlorose donne à l'affection un cachet tout spécial : la lésion mitrale se cache souvent sous les souffles anorganiques, les palpitations sont attribuées à la chlorose, et pendant longtemps, le diagnostic est hésitant, ou même le rétrécissement est méconnu : plus tard la chlorose disparaît et le rétrécissement s'affirme.

EVOLUTION. — La chlorose est déterminée par l'association de trois ordres de causes : une dystrophie congénitale ou acquise, une opportunité physiologique (puberté), enfin une cause occasionnelle (surmenage ou infection). Il s'ensuit donc que l'évolution est subordonnée en grande partie, à la persistance ou à la disparition de l'une de ces causes. Même une fois la guérison obtenue, la chlorose peut réapparaître par poussées très éloignées, pendant les premières années de la vie génitale, et même, l'âge de la puberté passé, la dystrophie peut se manifester pendant la vie génitale comme encore au moment de la ménopause.

COMPLICATIONS. — La plus importante de toutes est la tuberculose, et nous avons suffisamment insisté sur les rapports de ces deux affections, pour ne plus avoir à y revenir.

Il faut signaler spécialement, chez les chlorotiques, la prédisposition aux *thromboses veineuses*, au cours des infections les plus banales.

DIAGNOSTIC. — Pour établir le diagnostic positif de l'affection, on a attribué à certains signes une valeur pathognomonique (existence du souffle, bruit de rouet, au niveau de la veine jugulaire, diminution de l'hémoglobine, beaucoup plus importante que la diminution globulaire, etc.). En réalité il s'en faut que ces signes aient une valeur absolue, et tout d'abord avant d'accepter le diagnostic de chlorose, il faut discuter l'hypothèse d'*anémie symptomatique* ou *cryptogénique*, puis se rappeler qu'il est enfin des types hybrides, dits *chloro-anémies*, constitués précisément, par l'association des deux processus et qui doivent toujours être discutés en présence de toute chlorose ; il s'agit le plus souvent alors dans ces cas, d'anémie provoquée par la tuberculose ou la syphilis et évoluant chez des chlorotiques en puissance.

L'anémie pourra dépendre d'un *ulcère de l'estomac* : il faudra toujours y songer, et rechercher la présence de sang dans les selles ; l'*anémie saturnine* se caractérise par l'étiologie spéciale, le liseré de Burton, la présence d'hématies granuleuses. L'*anémie oxycarbonée* peut être difficile à diagnostiquer, il faut y penser chez les cuisinières, les blanchisseuses ; l'*anémie syphilitique* s'observe à la période secondaire en même temps que d'autres manifestations cutanées ou muqueuses.

Les anémies dites graves, cryptogéniques ou symptomatiques (bothriocéphale, ankylostome), se différencient par leur formule hématologique (déglobulisation rapide, myélocytose sanguine abondante).

Mais en résumé, c'est surtout avec la *tuberculose* que le diagnostic se pose, soit que la chlorose vraie s'accompagne de signes simulant une tuberculose qui n'existe pas, soit qu'une tuberculose au début réveille une chlorose latente (chloro-anémie), soit que la tuberculose se dissimule sous le masque d'une chlorose (forme pseudo-chlorotique); c'est par une auscultation plusieurs fois répétée des sommets des poumons, portant surtout sur le rythme et le timbre, c'est par la mise en œuvre des procédés spéciaux de laboratoire (cuti-réaction, intradermo-réaction, etc.), que l'on parviendra au diagnostic.

Le traitement spécifique de la chlorose enfin (repos et fer) permettra souvent, par la constatation de ses bons effets, l'affirmation d'un diagnostic hésitant.

BIBLIOGRAPHIE. — Art. CHLOROSE : *Traité des maladies des enfants*, t. II, HUTINEL et BIGART. — Chloroses symptomatiques, par F. LÉVY. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 88.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 16 novembre : MM. Devaux et Renaud (Jean), 5; Baude, 4; Lecerf, 14; Dubois (Robert), 12; Berthod et Gheorghiu, 6; Gremeaux, 1; Mlle Lévy-Alvarès, 10; M. Ledoux, 3.

Pathologie. — Séance du 16 novembre : MM. Huc (Georges), 8; Rousse, 4; Collet, 5; Bruel, 10; Delagénière, 8; Garcin, 11; Michaux, 10; Galliot, 4; Sourdille, 13; Truffert, 9; Busson, 8.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1910-1911), [concours de médecine] aura lieu le lundi 13 mars 1911, à quatre heures, dans la salle de concours de l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 2 au 7 janvier 1911 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 7 janvier 1911, à trois heures, dernier délai.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Après concours, sont nommés :

Prosecteur : M. Denès, en remplacement de M. Pasquier, arrivant au terme de ses fonctions; aide d'anatomie : M. Maignier, en remplacement de M. Manne, démissionnaire.

— Reims. — Le concours pour une place de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Reims, qui vient d'avoir lieu devant la Faculté de Nancy, s'est terminé par la nomination de M. Carnot.

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD (199, rue Marcadet). — *Concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie.* — Un concours sera ouvert le 19 décembre 1910, à la polyclinique H. de Rothschild, 199, rue Marcadet, à Paris, à une heure de l'après-midi, pour la nomination d'un interne titulaire et d'un interne provisoire en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront être Français et être âgés au moins de vingt-deux ans. Ils devront avoir au moins douze inscriptions et avoir fait un stage régulier dans un service de médecine et de chirurgie, ils ne devront pas être docteurs en médecine.

L'interne nommé à la suite du concours devra assurer le service médical de la polyclinique H. de Rothschild en assistant les médecins et les chirurgiens, tant pour les consultations que pour la visite des malades hospitalisés et les interventions chirurgicales.

Avantages matériels. — L'interne titulaire est nommé pour un an, à partir du 1er janvier 1911. Il sera logé, nourri et recevra une allocation mensuelle de 100 francs. Il touchera, en outre, des indemnités de déplacement pour visiter les malades indigents à domicile, et une gratification de 200 francs à la fin de l'année.

L'interne provisoire recevra une allocation mensuelle de cinquante francs. Il sera nourri et touchera une indemnité égale à celle de l'interne titulaire lorsqu'il le remplacera officiellement. Le service de garde sera assuré à tour de rôle par les deux internes. Ils auront droit, également, à six semaines de congé.

Le registre des inscriptions est ouvert dès à présent à la polyclinique H. de Rothschild, 199, rue Marcadet, Paris. Il sera clos le 15 décembre, à six heures du soir.

Les candidats sont priés d'adresser leur demande d'inscription à la directrice de cet établissement.

CONCOURS POUR L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Résultats des deux premières épreuves. — *Séance du 7 octobre.* — MM. Laufer, 23 + 22 = 45; Rabaut (Maurice-Ernest), 21 + 22 = 43; Lacapère, 24 + 23 = 47; Chaumont, 23 + 22 = 45.

Séance du 8 octobre. — MM. Legroux, 25 + 26 = 51 : Curie, 23 + ex.; Netter (Georges), 27 + 23 = 50; Dinet, 23 + 26 = 49.

Séance du 10 octobre. — MM. Betuel, 18 + 17 = 35; Beauvy, 23 + 24 = 47; Espagnon-Dezille, 18 + 21 = 39; Theulet-Luzié, 22 + 23 = 45.

Séance du 11 octobre. — MM. de Sèze, 18 + 20 = 38; Rochu-Méry, 22 + 22 = 44; Forestier, 24 + 24 = 48; Lebat, 25 + 20 = 45.

Séance du 12 octobre. — MM. Labadie-Lagrave, 22 + 25 = 47; Margain, 21 + 23 = 44; Chastanet, 19 + 19 = 38; Laffitte, 27 + 19 = 46.

Séance du 13 octobre. — MM. Courdoux, 24 + 26 = 50; Netter (Louis), 25 + 23 = 48; Dupuy, 20 + 23 = 43; Poisson, 19 + 19 = 38.

Séance du 14 octobre. — MM. Bidel, 25 + 24 = 49; Mathé, 24 + 24 = 48; Lévy (Armand), 18 + 23 = 41; Pamart, 20 + 20 = 40.

Séance du 15 octobre. — MM. Dausset, 18 + abs.; Contet,

28 + 20 = 48; Sicard, 21 + 26 = 47; de Lauradour, 23 + 23 = 46.

Séance du 17 octobre. — MM. Arnoux, 26 + 24 = 50; Batisse, 22 + 23 = 45; Henriot, 22 + 21 = 43; Merklen, 28 + 26 = 54.

Séance du 18 octobre. — MM. Morin, 24 + 23 = 47; Rabaut (Paul-Ferdinand), 22 + 26 = 48; Le Renard, 18 + 17 = 35; Claude, 25 + 22 = 47.

Séance du 19 octobre. — MM. Leclerc (Louis), 23 + 24 = 47; Courtade, 24 + 27 = 51; Carel, 21 + 24 = 45; Wibault, 20 + 20 = 40.

Séance du 20 octobre. — MM. Amouroux, 21 + 19 = 40; Thieux, 19 + 22 = 41; Janot, 25 + 24 = 49; Fourneau, 27 + 26 = 53.

Séance du 21 octobre. — MM. Lejonne, 23 + 24 = 47; Grelley, 18 + 26 = 44; Bertrand, 23 + 25 = 48; Acheray, 21 + 22 = 43.

Séance du 22 octobre. — MM. Ducœurjoly, 19 + 19 = 38; Barotte, 20 + 20 = 40; Dreyfus-Rose, 24 + 23 = 47; Génévrier, 27 + 29 = 56.

Séance du 24 octobre. — MM. Raoult-Deslongchamps, 19 + 22 = 41; Chapon, 20 + 25 = 45; Renault, 24 + 27 = 51; Bourdier, 19 + 27 = 46.

Séance du 25 octobre. — MM. Champion, 19 + 19 = 38; Bois, 25 + 25 = 50; Saint-Cène, 26 + 26 = 52; Housquains, 25 + 26 = 51.

Séance du 26 octobre. — MM. Kauffmann, 24 + 25 = 49; Rivet, 27 + 26 = 53; Dreyfus (Jules), 18 + abs.; Mourret, 19 + 24 = 43.

Séance du 27 octobre. — MM. Gaizet, 18 + 23 = 41; Mercereau, 26 + 19 = 45; Bigot, 25 + 25 = 50; Grosset, 21 + 24 = 45.

Séance du 28 octobre. — MM. Voisin, 28 + 28 = 56; Ball, 25 + 24 = 49; Papillon, 25 + 26 = 51; Burty, 19 + 24 = 43.

Séance du 29 octobre. — MM. Bloch, 21 + abs.; Dreyfus (Isidore), 21 + 22 = 43; Vincent, 19 + abs.; Robert (Léonce), 25 + 24 = 49.

Séance du 31 octobre. — MM. Pineau, 25 + 26 = 51; Ermenge, 24 + 24 = 48; Morlet, 19 + 22 = 41; Leichnam, 20 + 24 = 44.

Séance du 3 novembre. — MM. Picard (Louis), 23 + 22 = 45; Vitry, 24 + 26 = 50; Friedel, 20 + 24 = 44; Hyvert, 21 + 24 = 45.

Séance du 4 novembre. — MM. Barrault, 23 + 22 = 45; Régis, 21 + 26 = 47; Troller, 24 + 26 = 50; Schwanhard, 24 + 22 = 46.

Séance du 5 novembre. — MM. Dally, 24 + 27 = 51; Léard, 24 + 20 = 44; Chardin, 23 + 19 = 42; Grivot, 22 + 23 = 45.

Séance du 7 novembre. — MM. Imhoff, 19 + 20 = 39; Michaux, 22 + 24 = 46; Thil, 19 + 20 = 39; Hutinel, 21 + 24 = 45.

Séance du 8 novembre. — MM. Rosenthal, 27 + 27 = 54; Perregaux, 23 + 21 = 44; Gerson, 25 + 23 = 48; Sigre, 22 + 22 = 44.

Séance du 9 novembre. — MM. Labat de Lambert, 20 + abs.; Tournier, 28 + 23 = 51; Abramoff, 20 + 21 = 41; Le Roy, 27 + 23 = 50.

Séance du 10 novembre. — MM. Delmont-Belet, 24 + 24 = 48; Leconte, 23 + 22 = 45; Cabessa, 20 + 23 = 43; Saimont, 24 + 19 = 43.

Séance du 11 novembre. — MM. Pelicier, 21 + abs.; Lobligeois, 25 + 24 = 49; Darré, 28 + 28 = 56; Coriat, 20 + 20 = 40; Carpentier, 21 + 20 = 41.

Séance du 12 novembre. — MM. Laurens, 18 + 21 = 39; Cange, 25 + 23 = 48; Pascand (Louis), 20 + 24 = 44.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-cinquième semaine, 823 décès, au lieu de 780 pendant la semaine précédente et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

On a signalé un seul cas de méningite cérébro-spinale.

EXERCICE ILLÉGAL. — Un ancien officier de marine, M. X... comparaissait sous l'inculpation d'avoir fabriqué et mis en vente un produit appelé « kymérol », que le professeur agrégé Chassevant qualifie de remède secret. Le prévenu était en outre inculpé d'exercice illégal de la médecine.

Son défenseur a plaidé que tout pouvait être considéré comme remède; que le raisin en grande quantité, les épinards à dose laxative, la fécule comme topique étaient des médicaments et que M. X... ne poursuivait qu'un but humanitaire.

Bien qu'il fût en état de récidive, le tribunal n'a condamné l'inculpé qu'à 500 francs d'amende et 300 francs de dommages-intérêts envers l'Association des pharmaciens qui se portait partie civile.

RECONNAISSANCE DE MALADE. — Le docteur Doyen était poursuivi hier en appel par une malade qu'il avait opérée gratuitement d'un torticolis spasmodique et qui lui réclamait 30.000 francs de dommages et intérêts.

Le rapport des experts, MM. Berger, Delens et Monod, ayant constaté que la malade était guérie de l'affection pour laquelle le docteur Doyen l'avait opérée, celle-ci trouvant que la première expertise n'était pas à sa convenance, réclamait la nomination des nouveaux experts. Elle a été déboutée de sa demande par la Cour d'appel, qui a confirmé le jugement du tribunal civil.

FAUT-IL MANGER DES ORANGES A JEUN ? — En réalité il n'y a pas de réponse absolue qu'on puisse donner à cette question. C'est une question d'individualité. Il est certain qu'un homme tout à fait bien portant et dont l'estomac est absolument sain mangera impunément trois ou quatre oranges à jeun; mais il suffira qu'une personne ait le moindre trouble des voies digestives pour qu'immédiatement ces trois ou quatre oranges provoquent un malaise réel.

En général on peut répondre ceci : manger une orange le matin à jeun ne peut faire de mal à personne, à moins qu'on n'ait cette dyspepsie qui s'appelle hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie dans laquelle l'ingestion de fruits crus aussi bien à jeun qu'aux repas provoque toujours ou presque toujours des acidités gastriques.

Par conséquent, si vous mangez une ou deux oranges au maximum le matin à jeun et que vous n'éprouviez dans la journée ni brûlures, ni acidités, ni aigreurs, ni crampes, ni tiraillements, ni pesanteurs, etc., vous pouvez continuer. Mais si vous ressentez le moindre symptôme pénible du côté de l'estomac, il vaut mieux ne pas recommencer car vous avez un estomac qui ne supporte pas les fruits crus à jeun. (*Bull. gén. de thér.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jolly et Dominé (de Reims).

CONFÉRENCES. — MM. le docteur Lian, ex-interne lauréat des hôpitaux, et Mornard, interne des hôpitaux, commenceront en décembre leurs conférences privées d'externat et d'internat. S'inscrire auprès de M. Mornard, le matin, à Necker, ou d'une heure à quatre heures, au pavillon n° 7, à l'Ecole pratique.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

17 novembre 1910.

Très honoré confrère,

Je me suis sans doute mal fait comprendre, mardi, à l'Académie.

Je n'ai nullement attaqué la réaction de Wassermann que, tout au contraire, je considère comme rendant à la science de très utiles services, et à laquelle j'ai très souvent recours.

Je me suis simplement informé près du grand chimiste qu'est M. Gautier pour savoir de lui si cette réaction est inattaquable CHIMIQUEMENT dans les résultats qu'elle fournit.

Je vous serai obligé de publier ces deux mots de rectification et vous prie de recevoir mes meilleurs sentiments,

ALFRED FOURNIER.

REVUE GÉNÉRALE (1)

PATHOLOGIE DU CORPS CALLEUX

Par M. J. LÉVY-VALENSI,
Chef de clinique adjoint des maladies nerveuses.

La pathologie du corps calleux comprend une série d'affections, en vérité assez rares et rarement diagnostiquées. Cela se conçoit aisément si l'on réfléchit à toute l'obscurité qui entoure la physiologie de cette importante commissure. Depuis Lapeyronnie (2) qui localisait l'âme dans le corps calleux et qui le démontrait en injectant de l'eau sous pression entre les hémisphères d'un infortuné patient rendu ainsi comateux, jusqu'à nos jours, l'étude physiologique du corps calleux n'a pas fait de grands progrès. Nous avons après bien d'autres abordé cette étude sans parvenir à des résultats très appréciables (3).

La physiologie n'est donc d'aucun secours à la clinique, lorsqu'il s'agit, étant donné un groupe de symptômes, de les rattacher au corps calleux.

Par contre la clinique associée aux examens anatomiques semble jeter quelques lueurs sur les problèmes physiologiques.

Les premiers auteurs qui s'occupèrent de cette étude eurent surtout en vue la sémiologie des tumeurs du corps calleux. Nous verrons que, à la suite d'une critique sévère, M. le professeur Raymond réduisit cette sémiologie à quelques troubles démentiels (4).

Une étude sémiologique basée sur des phénomènes de pathogénie aussi complexes que ceux déterminés par les tumeurs ne pouvait donner d'ailleurs que des résultats incertains. La certitude ne pouvait naître que de l'examen de lésions limitées au corps calleux. Les ramollissements, les hémorragies se prêtent bien à ces études; mais les cas sont rares et peu instructifs.

Division. — Dans ce travail, nous étudierons surtout les tumeurs du corps calleux qui constituent à peu près toute la pathologie calleuse; nous signalerons ensuite les lésions non néoplasiques de la grande commissure.

Nous aurions voulu donner un grand développement à l'étude de l'apraxie; le cadre de cet article nous oblige à traiter cette étude en quelques lignes.

Nous essaierons ensuite de déduire de toutes ces notions une sémiologie calleuse et tenterons d'ébaucher une physiologie pathologique du corps calleux.

I

Tumeurs du corps calleux. — Les tumeurs du corps calleux bien qu'assez rares ne sont pas cependant exceptionnelles. On en connaît aujourd'hui 94 cas. L'histoire de ces tumeurs n'est pas très ancienne; elle remonte, en effet, à moins de trente ans.

En 1884, Bristowe publie un important mémoire sur la question et essaye de fixer la symptomatologie.

Giese en 1893 reprend cette étude et modifie les conclusions de Bristowe.

En 1895, Ransom insiste sur les troubles psychiques et ajoute peu de chose à cette symptomatologie.

Devic et Paviot, en 1897, font des réserves sur l'existence d'une sémiologie calleuse.

En 1906, Raymond insiste sur la pauvreté de la symptomatologie propre aux tumeurs du corps calleux et décrit un syndrome spécial.

Liepman, en 1907, publie un cas d'apraxie par ramollissement du corps calleux. L'apraxie fait alors son entrée dans la sémiologie du corps calleux.

Quelque temps après, Hartmann, van Vleuten, Förster publient des cas de tumeurs du corps calleux avec apraxie. Nous allons passer en revue les opinions de ces différents auteurs sur la symptomatologie générale des tumeurs du corps calleux.

I. Symptomalogie d'après les auteurs. — Bristowe assigne aux tumeurs calleuses les caractères suivants :

1° Gradation constante des signes de localisation communs à toutes les tumeurs cérébrales.

2° Absence ou atténuation des signes généraux (vomissements, céphalée, crises épileptiformes, névrite optique).

3° Stupidité sans troubles aphasiques.

4° Hémiparésie d'un côté unie à une parésie très peu développée de l'autre côté du corps.

5° Absence de troubles dans le territoire des nerfs craniens.

Bruns adopte ces conclusions, mais il croit qu'il s'agit plutôt de paraparésie que d'hémiparésie; il insiste sur l'évolution lente et sur l'absence de signes de localisation.

Ransom croit à la probabilité d'une tumeur du corps calleux quand se trouvent réunies les conditions suivantes :

1° Modification graduelle mais marquée de l'état mental pouvant avoir une évolution aiguë (ictus suivi de stupeur) ou chronique (irritabilité, manie, folie avec hallucinations).

2° Symptômes de développement lent d'une tumeur cérébrale (névrite optique, céphalée, vomissements).

3° Hémiparésie avec ou sans contractures, avec ou sans hémianesthésie, avec ou sans convulsions. Si les membres du côté opposé sont aussi légèrement intéressés, le diagnostic se trouve renforcé.

4° Convulsions bilatérales mais plus marquées d'un côté.

5° Intégrité des nerfs craniens.

6° Absence de troubles de la motilité réflexe.

7° Troubles plus marqués au niveau des membres inférieurs qu'au niveau des supérieurs.

Panegrossi, de l'analyse de 60 cas, tire les conclusions suivantes :

1° Apparition précoce de graves troubles mentaux associés à divers troubles du langage différents de l'aphasie.

2° Troubles moteurs bilatéraux prédominant d'un côté.

3° Intégrité des nerfs craniens.

4° Absence des signes généraux des tumeurs cérébrales.

5° Début brusque et évolution progressive.

Schuster croit que les troubles mentaux diffèrent selon la localisation. Une tumeur localisée au genou

(1) Reproduction interdite.
(2) Lapeyronnie. *Mém. pour l'Acad. des sciences*, 1741.
(3) Lévy-Valensi. *Le Corps calleux. Etude anatomique, physiologique et clinique*, Th. de Paris, 1910, Steinheil, édit.
(4) Raymond, Lejonne et Lhermitte. *L'Encéphale*, 1906, n° 6.

s'accompagnerait d'affaiblissement psychique progressif, tandis qu'une tumeur du bourrelet donnerait du délire.

Schupfer établit une symptomatologie précise et décrit des signes distincts selon que la lésion siège au niveau du genou, du splénium ou du corps. Il établit les règles suivantes :

Tumeurs du genou. — Troubles psychiques — troubles moteurs avec participation de la face — paralysie faciale du type inférieur uni ou bilatérale. Contracture des muscles du cou et de la nuque, puis successivement du tronc et des membres supérieurs et inférieurs. Dysarthrie.

Tumeurs du splénium. — Paralysie commençant par les membres inférieurs. Hémianopsie.

Tumeurs du corps. — Parésie des membres supérieurs et inférieurs presque simultanée, plus tard paralysie complète.

Duret, dans son important ouvrage sur les *tumeurs de l'encéphale*, reprend la classification de Schupfer, il décrit les symptômes dans l'ordre suivant :

Tumeurs de la partie antérieure. — Affaiblissement intellectuel et torpeur intense. Dysarthrie. Troubles de la motilité de la face, de la langue, des lèvres, du tronc, plus rarement des membres supérieurs. Ces troubles sont bilatéraux, mais d'intensité différente selon le côté considéré.

Tumeurs de la partie moyenne. — Parésie des membres supérieurs et inférieurs bilatérale et inégale. Torpeur intellectuelle. Titubation. Astasie-abasie.

Tumeurs de la partie postérieure. — Paralysie débutant par les membres inférieurs. Troubles de la marche tardifs. Intégrité de la face. Hémianopsie. Ataxie cérébelleuse.

Raymond a étudié avec beaucoup de soin la symptomatologie des tumeurs du corps calleux. A propos de deux cas publiés avec ses élèves Lejonne et Lhermitte, il fait une critique rigoureuse des signes attribués aux tumeurs du corps calleux. Il montre que la plupart de ces signes sont des signes d'emprunt. En effet les tumeurs ne sont presque jamais limitées au corps calleux mais envahissent les territoires voisins.

D'autre part, il existe fréquemment des lésions secondaires (ramollissements, hémorragies). Enfin, la tumeur peut agir à distance soit par troubles circulatoires, soit par action toxinique. Cette dernière opinion, soutenue par Dupré et Devaux (1), est confirmée par les intéressants travaux sur les poisons cancéreux en général, de Roger (2) et de Mme Girard-Mangin (3).

Raymond croit que la symptomatologie propre aux tumeurs du corps calleux se réduit surtout au syndrome mental suivant : manque de liaison des idées, bizarrerie de conduite, troubles de la mémoire portant surtout sur les faits récents, modifications du caractère. Ce syndrome spécial est précoce précédant l'apparition de tous les autres signes.

Raymond admet également l'absence de troubles dans le territoire des nerfs de la base. Il insiste sur la fréquence d'une céphalée précoce, occipitale dans les cas de tumeurs du bourrelet.

Comme on le voit, les auteurs sont loin d'être d'accord sur la symptomatologie des tumeurs calleuses.

(1) Dupré et Devaux. *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1901.
(2) Roger. *Presse méd.*, 15 déc. 1908.
(3) Mme Girard-Mangin. *Les Poisons cancéreux*, Th. de Paris, 1909.

Nous allons essayer, nous servant des observations que nous avons pu recueillir, d'esquisser une sémiologie calleuse.

Les observations publiées, à notre connaissance du moins, sont au nombre de 92, nous y ajouterons deux cas personnels.

Toutes les observations n'ont d'ailleurs pas la même valeur.

Certaines sont tout à fait succinctes, ce sont des communications faites devant les différentes sociétés françaises et étrangères ; d'autres sont simplement résumées dans les travaux d'ensemble sur la question et il est parfois difficile de remonter aux documents originaux.

Nous étudierons plus loin au chapitre de l'apraxie les observations de Hartmann, van Vleuten, Förster.

II. — Symptomatologie des tumeurs du corps calleux d'après la statistique. — Nous avons recueilli 94 observations de tumeurs du corps calleux ; 3 sont latentes (1) ; 4 comportent surtout le syndrome apraxie (2) : nous n'en tiendrons pas compte ici ; c'est donc sur 87 cas que nous allons établir notre statistique.

Les observations que nous avons pu recueillir se rapportent pour la plupart à des lésions diffuses ou multiples, aussi ne prétendons-nous pas que les groupes de signes que nous allons passer en revue appartiennent à la sémiologie calleuse.

Après avoir simplement rapporté les troubles notés dans ces observations, nous essaierons de dégager ce qui appartient au corps calleux.

Troubles mentaux. — Notre étude doit nécessairement débuter par ces troubles. Tous les auteurs, en effet, insistent à juste titre sur leur fréquence, voire même sur leur constance. Ce sont, en effet, les troubles mentaux qui donnent à l'affection qui nous occupe sa caractéristique. Les tumeurs du corps calleux sont fréquemment recueillies dans les asiles.

De nombreux cas ont été publiés par les médecins aliénistes.

Parmi 87 observations citées, 7 seulement ne s'accompagnent pas de troubles mentaux. Nous devons reconnaître que sur ces 7 cas, 5 se rapportent à des lésions limitées au corps calleux.

Cependant dans les cas de Mills, il existait une tumeur très envahissante malgré l'absence de troubles mentaux.

Apathie. — Ce syndrome se rencontre dans 21 cas. Il se présente à des degrés divers, depuis la simple diminution de l'activité, jusqu'à l'immobilité absolue. C'est une apathie progressive, elle est presque toujours un des symptômes initiaux de la maladie.

Un bel exemple de cette apathie du début nous est fournie par une de nos observations personnelles. Il demeurait immobile, assis sur une chaise de longues heures sans parler; pendant deux ans ce fut là le seul symptôme, l'intelligence était d'autre part suffisante pour qu'il remplît convenablement ses fonctions.

Torpeur. — C'est le degré ultime de l'apathie. Les auteurs emploient souvent indifféremment ces deux termes. Les deux états se succèdent souvent chez le même malade. Le symptôme torpeur existe dans 22 cas.

(1) Ernst, Lechtenstein, Berkley.
(2) Van Vleuten, Hartmann, Förster.

Somnolence. — Elle se rencontre 14 fois, il ne s'agit pas d'état demi-comateux, mais d'une tendance invincible au sommeil, 8 fois ce fut un signe précoce.

Démence. — C'est un des signes sur lesquels insistent les auteurs, nous la rencontrons 19 fois. Nous devons faire quelques réserves sur ce terme.

Certaines observations se contentent de le mentionner sans insister. Nous sommes en droit de nous demander si un grand nombre de ces déments n'étaient pas des apraxiques. *L'évolution progressive de la démence a été considérée comme un signe important.* Le tableau clinique est surtout celui d'une paralysie générale qui brûlerait ses étapes.

Amnésie. — Les troubles de la mémoire sont fréquents (17 cas). Raymond croit que le trouble porte uniquement sur les faits récents. Il s'agirait là d'un trouble rappelant la psychose de Korsakow. La lecture des observations recueillies ne nous paraît pas confirmer l'existence de ce caractère.

Confusion mentale et désorientation. — Se rencontre assez rarement (8 cas). Elle débute parfois brusquement, tel le cas de Panegrossi. Son malade, après une nuit de fête est tout à fait confus le matin; il ne sait plus le nombre de ses enfants, déclare qu'il n'a jamais été marié, etc.; puis il tombe dans une stupeur dont il n'est plus sorti.

Indifférence émotionnelle (14 cas). — Les malades n'ont rien de l'euphorie du paralytique général. Ils ne sont ni heureux ni malheureux. Ils ne désirent rien, comme si désirer nécessitait un effort trop grand pour leur apathie.

Cet état ressemble assez à celui de certains déments précoces.

Délires. — Ils sont assez rares. Si nous en signalons 14 cas, nous devons avouer qu'ils ne résistent pas à la critique. Nos 7 mélancoliques ne sont pas tous de véritables délirants.

Les malades de Raymond, Labbé, sont des individus tristes plutôt que de vrais mélancoliques. La malade de Schupfer a soixante-quatorze ans, son âge enlève de l'intérêt au cas. Le cas de Bristowe est peut-être un exemple de psychose périodique. Seuls les malades de Séglas et Londe, Sinkler, Pick, paraissent être des mélancoliques.

Excitation maniaque. — Elle est signalée 6 fois.

Délire de persécution. — 2 cas.

Négativisme. — 1 cas de Steinert, d'ailleurs assez fruste.

Mégalomanie. — Chez le malade de Berkley, ce délire ancien ne paraît pas en rapport avec la lésion calleuse.

Hallucinations. — Elles sont signalées 4 fois.

Syndrome de Raymond. — Ainsi que nous l'avons vu, il est caractérisé par les éléments suivants : manque de liaisons dans les idées, bizarreries dans les manières d'être et dans les actes, amnésie portant sur les faits récents, irritabilité du caractère.

Ce syndrome a été critiqué par de nombreux auteurs allemands et italiens.

Ces auteurs ne paraissent pas se faire une idée exacte de sa signification.

C'est un ensemble de signes extrêmement frustes précédant parfois de longtemps les grandes manifestations; il peut donc passer inaperçu.

Cependant la lecture attentive des observations nous permet de le retrouver assez souvent en entier ou seulement en partie.

Nous signalerons à part les deux cas de Raymond, Lejonne et Lhermitte, les observations de Brissaud, Pasturaud, Bristowe, Puttnam et Williams, Blackwood, Lanzenberg, Bruns, Fantoni, Muggia, et notre deuxième *observation personnelle.* Dans tous ces cas on trouve un des éléments suivants : irritabilité du caractère, incohérence des actes, manque de suite dans les idées.

Zeppilli formule la critique suivante; il prétend que le corps calleux, n'étant pas un centre, mais un lieu de passage pour les fibres, sa lésion ne saurait entraîner un état démentiel. Raymond n'a jamais prétendu que le corps calleux constituât un centre psychique; la tumeur qui le sectionne, si elle ne détruit pas le centre, isole des régions dont la coopération est nécessaire sans doute à l'exercice de la pensée. Si l'on considère que le genou souvent intéressé réunit les deux lobes frontaux dépositaires de la pensée, on comprend qu'une lésion de cette région cause des perturbations dans le psychisme. La réalité des troubles psychiques par lésions calleuses est d'ailleurs confirmée par l'examen des cas de lésions non néoplasiques du corps calleux (Marie et Guillain, Forli, Ascenzi, Gianelli).

Troubles moteurs. — Tous les auteurs s'accordent sur la fréquence de ces troubles, en particulier de l'hémiplégie. Bristowe, Ransom, Giese, Bruns insistent sur les caractères suivants :

1° Troubles bilatéraux;

2° Prédominance d'un côté;

3° Prédominance aux membres inférieurs.

Sur 87 observations, nous trouvons 68 fois des troubles de la motilité, parfois isolés, parfois associés à d'autres troubles.

Paralysies et contractures. — Il s'agit le plus souvent d'hémiplégies (43 cas). Elles surviennent rarement à la suite d'un ictus, en général elles s'installent progressivement prenant successivement tous les segments du corps, respectant souvent la face. Elles sont flaccides dans la majorité des cas, 6 cas d'hémiplégie bilatérale avec contracture. La bilatéralité des troubles est moins fréquente qu'on ne l'a dit : nous ne la trouvons signalée que 13 fois. Ces 13 cas peuvent se répartir de la façon suivante :

Hémiplégie double, 7 cas.

Le trouble est toujours plus marqué d'un côté.

Hémiplégie et paralysie de la jambe opposée, 4 cas.

Hémiplégie et paralysie du bras opposé, 2 cas.

Bruns insiste sur la prédominance des troubles aux membres inférieurs; il croit qu'il s'agit plutôt de paraparésie que d'hémiparésie.

En effet, nous voyons que dans 11 cas les deux membres inférieurs sont paralysés, dans 3 cas il y a parésie isolée de ces membres. Dans 5 cas on signale de la rigidité des jambes.

Dans 7 cas, il existe une monoplégie brachiale. Dans le cas de Klebs il y a contracture brachiale bilatérale. Cinq observations brièvement résumées dans le travail de Lippmann signalent l'apparition de crampes sans plus de détails.

Plus intéressants sont les cas de Bregmann, Zalieski, Lippmann (rigidité de la nuque), de Jacobi (rigidité du rachis).

La déviation de la tête et des yeux se rencontre 6 fois : 5 fois à gauche, 1 fois à droite.

Tremblements. — Ils existent 14 fois; 11 fois c'est un tremblement rythmique vrai, 2 fois ce sont des mouvements choréiformes, 1 fois il s'agit de secousses cloniques brusques.

Ce tremblement peut occuper les membres, le visage, les muscles abdominaux. Dans 3 cas il siégea au niveau de la mâchoire. Il peut coïncider ou non avec la paralysie et la contracture.

Ataxie. — Elle est signalée dans 7 cas, mais sans explications suffisantes qui nous permettent d'en préciser la nature.

Troubles de l'équilibre. — Ils paraissent assez spéciaux. On les observe 13 fois pouvant se répartir de la façon suivante :

Chute en arrière	7 cas
— à gauche	1 cas
— à droite	1 cas
Impossibilité de la station debout	4 cas

Troubles de la marche. — Ils sont également très fréquents (20 cas) :

Latéro-pulsion à gauche	3 cas
— à droite	2 cas
Démarche ataxique	1 cas
— incertaine	12 cas

A ces 18 cas il faut ajouter les 2 cas particuliers suivants :

1° Le malade de Bruns faisait successivement un pas en avant et un en arrière ; 2° le malade de Zingerle, incapable de marcher sans aide, marchait correctement s'il était soutenu. C'est l'ataxie calleuse de Zingerle.

Il est probable que ces 2 cas au moins, parmi les troubles de la marche, doivent relever de l'apraxie.

Réflexes. — Ransom signale la rareté des modifications de la réflectivité. Cette rareté est toute relative, puisque les réflexes se trouvent modifiés dans 39 cas.

Réflexes tendineux abolis	6 cas
— exagérés	22 cas
— exagérés, puis abolis	2 cas
Clonus du pied	6 cas
Signe de Babinski	3 cas

Il est bon d'ajouter, à propos des réflexes, comme d'ailleurs à propos de tous les signes qui ont besoin d'être recherchés, que tous les chiffres donnés sont inférieurs à la réalité.

En effet, souvent dans les observations, il n'est fait aucune mention de troubles importants; nous pouvons nous demander s'ils ont été recherchés.

Sensibilité. — Elle est très peu troublée, et dans ce cas il s'agit de troubles névropathiques. On les rencontre 17 fois.

Sensibilité générale :

Anesthésie ou hypoesthésie	9 cas
Analgésie ou hypoalgésie	3 cas
Astéréognosie	2 cas
Paresthésie	2 cas
Hyperalgésie	1 cas

Sensibilités spéciales :

Surdité	2 cas
Anosmie	2 cas
Ageusie	1 cas

Troubles de la parole. — Ils méritent de retenir l'attention, ils semblent moins banaux que les autres. On les rencontre dans 24 cas. Les uns sont dépourvus de spécificité (3 cas d'aphasie, 1 cas d'autoécholalie).

Les autres peuvent être classés en quatre groupes :

1° Parole simulant celle de la paralysie générale; elle est en rapport avec le tremblement de la langue et des lèvres. C'est une parole tremblée, bredouillante, parfois incompréhensible. On la rencontre 8 fois

2° Parole dysarthrique : 5 cas.

3° Parole lente et scandée : 8 cas.

4° Parole chuchotée : 3 cas.

Dans ces derniers cas la parole est lente, difficile; le malade fait des mouvements des lèvres sans émettre de sons; c'est l'aphasie d'intonation de Brissaud, qui, pour Oppenheim, indiquerait une lésion des lobes frontaux.

Troubles sphinctériens. — On les observe dans 14 cas. Il s'agit souvent d'incontinence terminale sans intérêt. Lorsqu'elle est précoce et persistante, elle est intéressante pour la localisation de la lésion indiquant probablement une tumeur siégeant au voisinage du corps strié (cas de Czylharz).

Nerfs craniens. — Tous les auteurs sans exception ont insisté sur ce signe négatif : intégrité des nerfs craniens. Nous nous rangeons tout à fait à cette opinion. Les paralysies faciales observées sont partielles et vraisemblablement d'origine centrale. Les paralysies oculaires semblent faire exception à la règle, mais leur pathogénie est trop complexe pour que l'on puisse en faire état.

Troubles oculaires. — *Troubles de la motilité oculaire.* — On trouve :

Strabisme convergent	2 cas
Diplopie	2 cas
Paralysie de la troisième paire	2 cas
Ptosis	1 cas
Exophtalmie	2 cas
Nystagmus	1 cas

Enfin, deux observations méritent d'être rappelées. Le malade de Bristowe (cas 1) avait les cornées déviées soit à droite, soit à gauche. Le malade de Touche avait les lobes oculaires déviés à gauche.

Troubles pupillaires :

Myosis	3 fois
Mydriase	2 fois
Inégalité	6 fois
Réactions paresseuses	4 fois
Signe d'Argyll	6 fois
Hémianopsie	3 fois

Syndrome commun aux tumeurs cérébrales. — Tous les auteurs qui, à la suite de Bristowe, étudièrent la symptomatologie des tumeurs calleuses, répètent que les cinq symptômes cardinaux des tumeurs cérébrales : *céphalée, vomissements, épilepsie, vertiges* et *stase* papillaire, y sont rares et atténués.

Nous ne croyons pas pouvoir partager cette opinion.

En effet, dans 53 cas, l'un de ces symptômes au moins existait. Le tableau suivant indique leur ordre de fréquence.

Céphalée, 49 fois.

Lésions du fond de l'œil, 30 fois :

Névrite	12 fois
Stase et œdème	18 fois

Vomissements, 29 fois.

Epilepsie, 20 fois :

Partielle	16 fois
Généralisée	4 fois

Vertiges, 13 fois.

Ces symptômes capitaux se trouvent groupés de la façon suivante :

Il en existe	5	dans	2 cas
—	4	dans	7 cas
—	3	dans	13 cas
—	2	dans	13 cas
—	1	dans	17 cas

Sexe :

Masculin	53 cas
Féminin	22 cas
?	12 cas

Age :

De 20 à 30 ans	11 cas
De 30 à 40 ans	12 cas
De 40 à 50 ans	19 cas
De 50 à 60 ans	17 cas
De 60 à 70 ans	8 cas
De 70 à 80 ans	3 cas

Le maximum est donc entre quarante et soixante ans.

Durée. — Rien n'est plus difficile à déterminer, rien n'est plus variable, on arrivera à s'en convaincre en consultant les tableaux suivants :

La maladie a duré	11	ans dans	1 cas
—	6	—	1 cas
—	4	—	2 cas
—	3	—	2 cas
—	2	—	3 cas
—	2	—	3 cas
—	1 à 2	—	8 cas
—	6 mois à 1 an	dans	5 cas
—	3 à 4	mois dans	17 cas
—	2 à 3	—	3 cas
—	6	semaines dans	3 cas
—	5	—	2 cas
—	3 à 4	—	5 cas
—	4 à 12	jours dans	1 cas

Il faut retenir de ce tableau que la durée est en général de trois à quatre mois. Il faut d'ailleurs remarquer que dans les tumeurs à longue durée, on voit souvent, longtemps avant l'apparition des phénomènes aigus, apparaître un incident unique que l'on prend sans doute indûment pour la première manifestation de la maladie. Il en est ainsi du malade de Devic et Paviot qui fit à l'âge de quarante ans une crise unique d'épilepsie et mourut à cinquante et un ans de sa tumeur.

Dans les cas à évolution courte, il faut admettre que la tumeur a été pendant quelque temps latente ; chez ces malades il est probable que si l'on remontait dans le passé, on trouverait, précédant l'apparition des phénomènes aigus, une période de malaises psychiques, de troubles de l'affectivité et du caractère, en un mot ce qui caractérise le syndrome de Raymond.

La phase de période latente peut être terminée par un incident pathologique qui donne un coup de fouet à la tumeur. Dans cet ordre d'idées, nous trouvons signalés la grippe, la variole, une angine, un traumatisme, une émotion.

Evolution. — La plupart des auteurs insistent à juste titre sur le début souvent brusque, et l'évolution rapidement progressive des troubles, en particulier des troubles démentiels.

Terminaison :

Coma	42 cas
Epilepsie	6 cas
Mort subite	2 cas
Hémorragie cérébrale	2 cas
Epuisement	2 cas
Accidentelle	9 cas

Nature de la tumeur :

Gliomes	16 cas
Sarcomes	14 cas
Glio-sarcome	11 cas
Lipomes	5 cas
Gommes	3 cas
Angio-sarcome	1 cas
Myxo-sarcome	1 cas
Carcinome	1 cas
Epithéliome	1 cas
Cholestéatome	1 cas
Kyste gélatineux	1 cas

Siège :

Tout le corps calleux	19 cas
Genou	28 cas
Bourrelet	19 cas
Corps	8 cas

Symptomatologie et localisations. — Schupfer et Duret ont essayé de grouper les symptômes selon le siège de la lésion. Rappelons brièvement les caractères donnés par ces auteurs.

Partie antérieure : troubles psychiques, troubles de la parole, troubles moteurs (face, langue, tronc),

Partie moyenne : torpeur, titubation, parésie des membres.

Partie postérieure : troubles de la marche, parésie des membres inférieurs, troubles cérébelleux.

Nous allons reprendre les troubles psychiques, les troubles moteurs et les troubles de la parole, et voir ce qu'il faut penser des règles établies par Schupfer et Duret.

Les troubles psychiques font défaut dans le cas de tumeur occupant tout le corps calleux de Touche, dans les cas de tumeurs du genou de Gläser, Pontoppidan, Wahler et Mills. Ils existent, alors que la tumeur siège à la partie moyenne (Devic et Paviot, Zingerle, Pick, Bristowe, Lutzenberger), à la partie postérieure (Schupfer, Giese, Bruns, Knapp, et notre deuxième observation personnelle).

Les troubles de la parole sont en effet plus fréquents dans les tumeurs du genou, mais cela n'est pas constant. On les trouve deux fois au cours de lésions de la partie moyenne (Lutzenberger, Pick), trois fois au cours de lésions du bourrelet (Puttnam et Williams, Kenedy et *notre* deuxième cas).

Les troubles moteurs ne correspondent pas davantage à la théorie. On trouve des troubles de la marche fréquemment quand la lésion siège aux deux tiers antérieurs (Bruns, Zingerle, Panegrossi, Ransom, Mills, etc.).

La topographie des paralysies ne répond pas non plus exactement à la conception de Duret. Nombreux sont les cas de lésions du genou sans aucune participation de la face, d'autre part nous voyons dans le cas de Zalieski une tumeur du bourrelet déterminer de la contracture de la nuque. Tous les essais de systématisation semblent voués à la stérilité. Il est probable que les symptômes classés par Schupfer et par Duret ne sont que des symptômes de voisinage ; il ne faut donc pas leur accorder de valeur absolue.

II

Sémiologie des tumeurs du corps calleux. — La sémiologie comporte des signes négatifs, des signes d'emprunt, enfin des signes véritablement

calleux; ces derniers seront mieux à leur place à la fin de cette étude.

1° *Signes négatifs.* — C'est l'intégrité des nerfs craniens, l'absence de troubles de la sensibilité.

2° *Signes d'emprunt.* — Ils dépendent du voisinage de la tumeur avec les ventricules dont la compression se transmet par le liquide céphalo-rachidien à tout l'encéphale; avec les noyaux gris aux fonctions encore imparfaitement élucidées; avec les lobes frontaux, jusqu'à preuve du contraire dépositaires de la pensée.

Nous croyons devoir grouper les signes d'emprunt de la façon suivaute :

Syndrome d'hypertension ventriculaire : torpeur, somnolence, coma, marche progressive.

Syndrome frontal : troubles psychiques.

Syndrome des noyaux gris centraux : troubles sphinctériens (?), troubles dysarthriques.

La bilatéralité des troubles moteurs est due sans doute à la participation fréquente des deux capsules internes.

III

Diagnostic des tumeurs du corps calleux. — Le diagnostic des tumeurs du corps calleux est extrêmement difficile, aussi n'a-t-il été fait que quatre fois.

A la période d'état il reposera sur la constatation des signes que nous venons de donner.

Le plus souvent, on fera simplement le diagnostic de tumeur cérébrale, surtout de tumeur du lobe frontal, et la localisation calleuse passera inaperçue. Nous avons d'autant plus de peine à donner des signes différentiels des localisations frontales et calleuses, que nous croyons que les signes des lésions calleuses n'existent que par l'interruption des fibres qui réunissent les lobes frontaux.

Signalons aussi que pour certains auteurs la jovialité du caractère, la tendance aux mots d'esprit, en un mot la « moria », caractériseraient les lésions frontales. C'est au début surtout que le diagnostic est intéressant. La maladie peut débuter par des troubles mentaux, des paralysies, de l'épilepsie.

Les troubles mentaux, comme nous l'avons vu, peuvent revêtir toutes les formes, mais il est un diagnostic que l'on doit retenir, c'est la paralysie générale.

En effet, il s'agit de malades qui, après une période de désiquilibre mental plus ou moins prolongée, de troubles de la mémoire, entrent dans la démence. Leur état mental est alors très voisin de celui des déments paralytiques. Ils ont la même insouciance, la même indifférence émotionnelle. Bien plus, les troubles de la parole sont fréquents et simulent à s'y méprendre la dysarthrie du paralytique général.

Cependant si on examine le malade de plus près on s'aperçoit qu'il existe des différences. Le malade n'a pas l'état d'euphorie de certains paralytiques généraux; il est plutôt indifférent. Il n'a pas non plus la bienveillance, la générosité du paralytique général. Enfin les troubles de la parole sont un peu différents. Dans certains cas cette parole est lente, scandée, ne rappelant pas la parole du dément paralytique.

L'absence de troubles pupillaires, de lymphocytose rachidienne aideront un diagnostic.

IV

Etude de quelques lésions du corps calleux. Traumatismes. — Forli (*Riv. sperim. di freniatria*, 1907) rapporte l'histoire d'un individu âgé de soixante-quinze ans qui tomba sur le crâne d'une grande hauteur. Le blessé mourut au bout de quelques jours après avoir présenté des troubles démentiels. A l'autopsie on trouva un ramollissement hémorragique du tronc du corps calleux. L'auteur ne fait d'ailleurs jouer à cette lésion aucun rôle dans le développement de cette démence traumatique.

Chipault (*Tr. de neuro. chir.*, 1900, n° 1) rapporte un cas de balle du corps calleux. Les accidents ne furent pas immédiats, mais deux mois plus tard se montra une légère hémiplégie gauche avec épilepsie jacksonienne débutant par le bras gauche. La balle localisée par la radiographie fut extraite par Barker.

L'hémiplégie devint totale s'accompagnant d'épilepsie jacksonienne et d'hébétude.

Chipault fit une nouvelle trépanation, sectionna des adhérences sus-calleuses et le malade guérit de son hémiplégie et n'eut aucune crise épileptique.

Observation personnelle. — Nous avons observé à la Salpêtrière, avec notre ami le docteur Lejonne, un cas où la radiographie nous permit de localiser une balle au voisinage sinon au niveau du corps calleux : le malade, un enfant âgé de quatorze ans, après quelques heures d'obnubilation, ne présenta plus aucun trouble.

Hémorragies. — On connaît les cas anciens de Erb, Imfeld, Hongberg, Muggia, les cas plus récents de Ascenzi, de Lereboullet et Lagane.

Il s'agit en général, d'états démentiels à évolution progressive avec troubles moteurs bilatéraux. Dans le cas de Lereboullet et Lagane l'aspect était celui d'un état méningé.

Ramollissements. — Quelques cas ont été bien étudiés; ce sont ceux de Anton, Marie et Guillain, Gianelli. Dans tous ces cas, il existait de la torpeur, de la démence et des troubles moteurs, ces derniers étaient sous forme de tétraplégie dans le cas de Gianelli.

Le corps calleux des alcooliques. — Marchiafava et Bignami (*Rev. dipato. nervosa e mentale*, déc. 1903) relatent le compte rendu de l'autopsie de trois alcooliques sans histoires cliniques spéciales.

A la coupe, le corps calleux est gris au centre, tandis que ses faces supérieure et inférieure ont conservé leur teinte nacrée normale. L'altération cesse brusquement sur les faisceaux transversaux à quelques millimètres de leur émergence des hémisphères.

Au microscope, la lésion apparaît constituée par des fibres démyélinisées ; il y a prolifération du tissu névroglique ; les vaisseaux sont entourés d'une couche de substance hyaline. Il n'existe pas de dégénérations secondaires.

Bignami (*Accademia medica di Roma*, 24 mars 1907) a retrouvé ces lésions non seulement au niveau du corps calleux, mais de la commissure antérieure.

L'apraxie calleuse. — Lorsqu'un individu qui n'est ni paralysé, ni ataxique, ni agnosique est incapable d'exécuter les ordres qu'on lui donne, on dit qu'il est apraxique.

Le syndrome apraxie constitue une acquisition nouvelle en sémiologie.

Le premier qui employa ce terme est Gogoll ; d'après Claparède (1) ce serait cet auteur qui après Kussmaul découvrit cet intéressant syndrome.

(1) Claparède. Revue générale sur l'agnosie, *Année psychol.*, 1900, p. 95.

Wilson (1) dans un remarquable travail en attribue la paternité à Hughlings Jackson.

Nous n'insisterons pas plus sur cet historique que sur la description de l'apraxie que l'on trouvera dans les travaux de Raymond (2), Rose (3), d'Hollander (4), Wilson, Gianelli (5) et de nous-même (6).

Nous dirons seulement en quelques lignes ce qu'il faut entendre par apraxie calleuse.

C'est à Liepmann que revient l'honneur d'avoir établi les relations de l'apraxie avec les lésions du corps calleux.

Dans son observation princeps il put diagnostiquer chez un conseiller hémiplégique droit aphasique et considéré comme dément, une lésion calleuse, grâce à l'apparition d'une légère dyspraxie des membres gauches.

Depuis, des cas de lésions en foyers furent signalés par Liepmann et Maas, Rhein, Hartmann, plus récemment par Henri Claude. Des cas de tumeurs du corps calleux avec apraxie furent rapportés par Hartmann, van Vleuten, Förster.

Aujourd'hui on peut dire que l'apraxie a sa place dans toute étude du corps calleux.

La conception globale de l'apraxie calleuse, abstraction faite des différences de détail, topographiques et autres, est la suivante :

Les mouvements volontaires sont soumis à deux influences, l'une motrice, l'autre directrice. L'influence motrice est sous la dépendance de l'écorce correspondante, dont la destruction déterminera la paralysie ; l'influence directrice est indépendante de cette écorce, quel que soit son siège, un trouble dans son mécanisme produira l'apraxie.

Le centre eupraxique ou mieux la fonction eupraxique est localisée dans l'hémisphère gauche. Elle agit sur l'écorce motrice gauche grâce aux faisceaux blancs qui la relient à cette écorce. Une lésion de ces faisceaux déterminera de l'apraxie motrice des membres du côté droit.

La fonction eupraxique agit d'autre part sur l'écorce motrice droite par l'intermédiairs du corps calleux ; une lésion de cette commissure déterminera l'apraxie motrice du côté gauche.

En présence d'un malade *non gaucher* qui présente de l'apraxie du côté gauche, ayant éliminé les causes d'erreur, ataxie, agnosie, apraxie, etc., on doit nécessairement penser à une lésion calleuse.

Syndrome calleux. — Le syndrome calleux au cours des lésions de la grande commissure se réduit à deux ordres de troubles, les uns psychiques, les autres psycho-moteurs.

Les troubles psychiques sont très atténués, c'est le syndrome décrit par M. Raymond. « C'est d'abord, et avant tout, un manque de liaison dans les idées, une bizarrerie dans les manières et dans les actes, puis des troubles de la mémoire, les événements récents étant les plus vite oubliés, la mémoire topographique peut être également intéressée ; enfin, fait sur lequel nous insistons, le caractère est profondément modifié, le malade devient irritable, d'humeur variable et changeante, parfois porté vers l'insouciance. Les sentiments affectifs sont conservés et on n'observe pas d'idées délirantes. »

Les troubles psycho-moteurs sont représentés par l'apraxie motrice de Liepmann.

L'apraxie n'est cependant pas constante dans les cas de lésions de la grande commissure. A côté de ceux mal observés, il en est dans lesquels le doute n'est pas possible. Ce sont là des cas déconcertants.

Cependant il n'est pas inadmissible que des suppléances puissent se faire rapidement. Tel était sans doute le cas de la malade de Claude (1) qui avec une lésion ancienne des radiations calleuses ne manifesta de l'apraxie qu'à la suite d'un ictus survenu un mois avant sa mort. Dans ce cas il s'agissait vraisemblablement d'une apraxie devenue latente ; les troubles circulatoires causes de l'ictus détruisirent les suppléances établies.

Physiologie pathologique. — La suprématie de l'hémisphère gauche dans le mécanisme de la pensée a depuis longtemps été soutenue. La connaissance de l'apraxie en constitue une preuve nouvelle.

Le corps calleux apparaît comme une nécessité découlant de cette suprématie. L'hémisphère gauche emmagasine évidemment certaines des notions acquises par l'hémisphère droit ; il pense à l'aide de ces notions. L'hémisphère gauche d'autre part commande les actes exécutés par le cerveau droit ; ce dernier agit, mais le cerveau gauche fait agir.

L'idée se présente immédiatement qu'un double courant s'établit à travers la grande commissure, l'un qui se fait de droite à gauche et qui transmet les acquisitions du cerveau droit, l'autre qui se fait de gauche à droite et qui apporte les ordres du cerveau gauche.

A ces deux fonctions du corps calleux correspondront les deux syndromes que l'on retrouve dans les lésions de cette commissure : à la première l'état démentiel isolé par Raymond, à la dernière l'apraxie motrice gauche reconnue par Liepmann.

Nous donnons cette théorie d'ailleurs comme une simple hypothèse, nous savons tout ce qu'elle a d'artificiel.

Elle a du moins l'avantage d'expliquer l'insuccès des interventions expérimentales.

La spécialisation de l'hémisphère gauche nous apparaît, en effet, comme un progrès dans l'évolution des êtres : les animaux sont ambidextres. Si le corps calleux est tardif dans son apparition, il fait encore défaut chez les ovipares, l'utilisation de cette commissure pour la simplification du travail intellectuel est peut-être plus tardive encore.

BIBLIOGRAPHIE

Tumeurs du corps calleux. — Albers, in Lippmann. — Alloco (d'). *Riv. clin. e terap.*, an XI.

Beevor. *Neurol. Soc.*, in *Brain*, 1908, p. 291. — Berkley. *Amer. Journ. of med. sc.*, juin 1890. — Blackwood. *The Journ. of ment. sc.*, 1900, p. 512. — Boinet. *Iconogr. de la Salpêtrière*, août 1909. — Bregmann. *Deuts. Zeit. f. Nerv.*, 1905. — Brissaud. *Soc. de neurol.*, 17 avril 1902. — Bristowe. *Brain*, 1884, p. 315. — Bruns. *Berl. klin. Woch.*, 1886, nos 21 et 22.

(1) Wilson. *Brain*, 1908, p. 164.

(2) Raymond. *Bull. méd.*, 1909, n° 25.

(3) Rose. *L'Encéphale*, 11 nov. 1907 ; — *Sem. méd.*, 22 avril 1908.

(4) D'Hollander. Rapport au *Congrès belge de psych. et de neurol.*, Anvers, sept. 1907.

(5) Gianelli. L'apraxie et les lésions du corps calleux, *Rev. di pat. nerv. e ment.*, sept. 1910.

(6) Lévy-Valensi. *Le corps calleux*, Th. 1910 ; — L'apraxie, *Progrès méd.*, 1910.

(1) Henri Claude. *Soc. de neurol.*, 24 fév. 1910.

CATOLA. *Neurol. Centralbl.*, fév. 1903. — CLAUDE et LÉVY-VALENSI. *L'Encéphale*, 10 janv. 1910. — CZYLHARZ. *Wiener klin. Woch.*, 1902.
DEVIC et PAVIOT. *Revue de méd.*, 1897. — DOWSE, in LIPPMANN. — DRESSEL. Inaug. diss., Kiel 1904. — DURET. *Les Tumeurs de l'encéphale.*
FANTONI, in LIPPMANN. — FÖRSTER. *Berl. Gesel. f. Ps. und Nerv.*, 11 mai 1908. — FRANCIS, in RANSOM.
GIESE. *Arch. f. Psych.*, 1893. — GLÄSER, in RANSOM, p. 511. — GLAZOW. *Arztl. Sach. hyg.*, 1908, n° 9, in *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 145.
HANDELSMANN. *Medicyna*, 1908. — HANZIKER. *Deuts. Zeit. f. Nerv.*, 1906. — HARTMANN. *Monats. f. Psych. und Nerv.*, 1907. — HAUERENSCHILD. *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 9.
JACOBI, GOHL et WINKLER, in CHIPAULT. *Chir. nerv.*, 1902.
KENEDY, in LIPPMANN. — KLEBS. *Prag. Viert. Jahr.*, 1877. — KNAPP. *Brain*, 1906. — KÖSTER. *Virch. Jahr. über Leist u. fort. gesamt. med.*, 1896.
LABBÉ. *Soc. anat.*, 23 oct. 1896. — LANTZENBERG. *Soc. anat.*, 24 mars 1893. — LECHTENSTEIN. *Deuts. med. Woch.*, 1887, p. 1128. — LEGRAIN et MARNIER. *Soc. clin. de méd. ment.*, 18 avril 1910. — LÉVY-VALENSI. *Le Corps calleux*, Th. de Paris, 1910. — LIPPMANN. Inaug. diss., Iéna 1906; — *Arch. f. Psych.*, 1908. — LUDWIG (Benjamin). *Virch. Arch.*, 1858. — LUTZENBERGER. *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 251.
MAGNUS (Wilhelm). *Norsk. Mag. f. Lagevidensk.*, 1904. — MC GUIRE. *Amer. Journ. of neurol. and psych.*, 1884. — MEYER. Inaug. diss., Leipzig 1903. — MILLS. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, mai 1909. — MUGGIA. *Riv. ital. di neurol. psich. e elettro.*, juin 1909.
NAZARI. *Il Policlinico* (sez. pr.), 1908, p. 918. — NEWTON PITT. *Neurol. Soc.*, in *Brain*, 1898, p. 291.
OLIVER. *Univ. med. mag.*, 1891, analysé in *Lancet*, 1891.
PANEGROSSI. *Il Policlinico* (sez. med.), 1908, p. 206. — PASTURAUD. *Soc. anat.*, 29 mai 1874. — PICK. Anatomie des Nervensystems, *Beit. z. pat. u. pathol.*, Berlin 1898. — PLATERS, in LIPPMANN. — PONTOPPIDAN, in MEYER. — PUGLIESE. *Riv. sperim. di freniatria*, 1895. — PUTTNAM et WILLIAMS. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, déc. 1901.
RANSOM. *Brain*, 1895, p. 511. — RAYMOND. *Arch. gén. de méd.*, 2 oct. 1906. — RAYMOND, LEJONNE et LHERMITTE. *Congrès de neurol.*, Lille, août 1906; — *L'Encéphale*, 1906, n° 6.
SCHAAD. Inaug. diss., Erlangen 1888. — SCHLAGINTWEIL. Inaug. diss., Iéna 1901. — SCHUPFER. *Riv. sperim. di freniatria e med. leg.*, avril et juillet 1899. — SCHUSTER. *Troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales.* — SÉGLAS et LONDE. *Congrès des méd. alién. et neurol.*, Angers, août 1898. — SEYMON J. SHARKEY. *Neurol. Soc.*, in *Brain*, 1898, p. 291. — SINKLER, in PUTTNAM et WILLIAMS. — STEIGERT (DE). *The Journ. of ment. sc.*, 1902, p. 64. — STEINERT (H.). *Deuts. Zeit. f. Nerv.*, 1905.
TOUCHE. *Soc. de neurol.*, 11 janv. 1909.
VAN VLEUTEN. *Allg. Zeit. f. Psy.*, 1907.
WAHLER. *Sur les tumeurs du corps calleux*, Inaug. diss., Leipzig 1904. — WÜRTH. *Arch. f. Psych. und Nerv.*, 1902.
ZALIESKI. *Neurol. Centralbl.*, 1900, p. 747. — ZEPPILLI. *Ann. ital. di neurol.*, année 27, fasc. 3. — ZINGERLE. *Jahr. f. Psy. und Nerv.*, 1900.

Lésions diverses. — ANTON. *Neurol. Centralbl.*, 1894. — ASCENZI. *Giorn. di psich. clin.*, 1908, fasc. 1.
BIGNAMI. *Accad. med. di Roma*, 24 mars 1907.
CHIPAULT. *Traité de neurol. chir.*, 1900, t. I. — CLAUDE. *Soc. de neurol.*, 24 fév. 1910.
DEETZ. *Virch. Arch.*, 1903.
FORLI. *Riv. sperim. di freniatria*, 1907.
GIANELLI. *Il Policlinico* (sez. prat.), 1909, fasc. 8.
HARTMANN (voir TUMEURS). — HONGBERG. *Neurol. Centralbl.*, 1894, p. 227.
IMFELD. *Wien. klin. Wochens.*, 1902, p. 23.
JACQUIN et ROBERT. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1907, n° 5.
LEREBOULLET et LAGANE. (*A paraître.*) — LIEPMANN. *Berl. f. Ps. und Nerv.*, 9 juin 1902. — LIEPMANN et MAAS. *Berl. klin. Woch.*, 17 juin 1907.
MARCHIAFAVA et BIGNAMI. *Riv. di pat. nerv. e ment.*, déc. 1903. — MARIE, PELNAR et SKALICKA. *Revue neurol.*, 13 mars 1902. — MUGGIA. *Giorn. di psich. clin.*, 1908, fasc. 1.
PELNAR et SKALICKA. *Revue neurol.*, 1902, p. 440.
ROSSI et ROUSSI. *Revue neurol.*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1910)

Scléro-dermie consécutive à une thyroïdectomie pour goitre exophtalmique grave. — M. PAUCHET (d'Amiens) fait une communication dont voici le résumé :

Tout syndrome basedowien qui ne cède pas au traitement médical et tend à progresser doit être opéré.

L'intervention de choix est l'hémithyroïdectomie. La résection du sympathique est indiquée dans le cas d'exorbitisme énorme et la ligature des artères thyroïdiennes convient aux formes très graves comme premier temps opératoire. L'hémithyroïdectomie secondaire n'est faite que quelques mois plus tard alors que l'amélioration est manifeste.

L'opération donne 5 p. 100 de mortalité et 80 p. 100 de guérison complète ou relative.

Notre cas est celui d'une malade âgée de quarante-quatre ans. La maladie date de deux ans et débuta par de l'exophtalmie et des troubles circulatoires ; le goitre apparut quelques mois plus tard. Soigné médicalement, les accidents augmentèrent assez rapidement pour faire craindre une terminaison fatale : goitre asphyxiant, exorbitisme prononcé, pouls 150, œdème des jambes, insomnie, amaigrissement considérable, mélanodermie.

Opération en un temps très rapidement exécutée et dirigée surtout contre l'asphyxie. Ablation du lobe droit plus gros que le poing.

Amélioration rapide : euphorie, engraissement, reprise du métier ; état mental excellent. Deux mois après l'opération : douleurs rhumatoïdes suivies de syndrome scléro-dermique. Etat actuel : face sans rides, peau épaissie, dure comme cuir, ne se plisse plus sur le squelette au niveau des pommettes, de la mastoïde, du front et des tempes.

Main. Scléro-dactylie ; dernières phalanges fléchies, ankylosées, peau luisante, vernissée, adhérente au squelette.

Cette scléro-dermie est-elle due à l'opération ou est-elle spontanée ? Dupré et Guillain ont signalé des cas semblables chez des goitres exophtalmiques non opérés.

Comme il y a peu de temps que le goitre exophtalmique est entré dans le domaine chirurgical, il serait utile de savoir si des accidents semblables ont été signalés.

L'ulcère duodénal. — M. SOULIGOUX estime, comme plusieurs de ses collègues, que les chirurgiens anglo-américains exagèrent la fréquence de l'ulcère duodénal. Mais il se peut aussi que les chirurgiens français le méconnaissent trop souvent. A ce point de vue le rapport de MM. Ricard et Pauchet aura son utilité en appelant sur lui l'attention des chirurgiens français.

Au point de vue du traitement, M. Souligoux semble disposé à admettre les conclusions de M. Mathieu et penser, avec lui, que, dans bien des cas, les chirurgiens anglo-américains se pressent trop d'opérer. Bien qu'ils en disent, le diagnostic, au début, est souvent fort difficile. Enfin, ainsi que l'a dit M. Mathieu, il est des cas qui guérissent seuls ou par le traitement médical.

M. Souligoux a opéré trois malades atteints d'ulcère duodénal. Le plus intéressant de ces trois malades fut un homme qui entra dans le service de M. Peyrot avec une jaunisse. M. Peyrot croyant à un ictère par lithiase biliaire fit la laparotomie, trouva une masse inflammatoire englobant les canaux biliaires qu'il prit pour du cancer. Il referma le ventre, le malade guérit de cette opération, mais six mois après il fut pris de vomissements avec dilatation de l'estomac. M. Souligoux fit alors une incision sur la ligne médiane, ne trouva plus rien de ce qu'avait trouvé M. Peyrot et découvrit un

ulcère du duodénum. Il fit une gastro-entérostomie et le malade guérit.

En résumé, M. Souligoux, admettant les conclusions de M. Mathieu, est d'avis qu'on ne doit intervenir dans les cas d'ulcères duodénaux qu'après que le traitement médical se sera montré inefficace.

M. Hartmann rappelle avoir, dans la dernière séance, admis une hypothèse pour expliquer comment la bouche anastomotique, à la suite d'une gastro-entérostomie, pouvait s'obstruer.

Cette hypothèse s'est trouvée réalisée dans un cas observé par M. Novaro (de Montevideo). Il s'agissait d'un malade ayant subi une gastro-entérostomie en 1907. En 1909, il est repris de douleurs et de vomissements. M. Novaro intervient de nouveau et trouve un ulcère au niveau de la bouche gastro-jéjunale. Il extirpa complètement la bouche anastomotique et fit une nouvelle gastro-entérostomie en Y. Le malade guérit. Par suite d'un processus d'inflammation il peut donc survenir, comme l'avait supposé M. Hartmann, un ulcère peptique au niveau même de la bouche anastomotique.

La séparation des urines. — M. Marion, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Guinard, discute la valeur qu'on doit accorder à la division des urines. Il rappelle une observation qu'il a déjà publiée. Il s'agit d'une jeune fille qui présentait une cystite tuberculeuse avec une lésion rénale de même nature. La séparation des urines donna, d'un côté, du côté droit, une urine sanglante avec 12 grammes d'urée et du côté gauche une urine purulente avec 5 grammes d'urée. Il y avait une différence marquée entre les deux urines, M. Marion opère le malade. Il constate que le rein du côté droit est complètement détruit. Il fait une néphrectomie de l'autre côté.

M. Marion a interrogé MM. Luys et Cathelin sur la division des urines et leur a demandé s'ils pouvaient assurer une division réelle et non apparente. M. Luys a répondu que son diviseur bien appliqué ne pouvait pas ne pas diviser. Pour justifier l'intervention du chirurgien, il estime qu'il doit y avoir des différences marquées entre les deux urines. Cela ne peut se réaliser que si un rein est très malade. M. Cathelin exige, lui aussi, cette différence très considérable de concentration des urines. Il ajoute qu'il faut avoir une notion clinique sur les deux reins, sans quoi la division peut être insuffisante. Dans ce cas, l'expérience du bleu de méthylène suffit. Tandis que M. Luys affirme que la division peut suffire dans tous les cas, M. Cathelin soutient qu'il est préférable de faire le cathétérisme uretéral chaque fois qu'il est possible.

Après l'essai des deux méthodes, M. Marion pense que la division peut induire en erreur et lui préfère, quand il est possible, le cathétérisme uretéral. La division est un moyen d'investigation incomplète, et M. Marion cite plusieurs cas dans lesquels le cathétérisme des uretères a corrigé les erreurs de la division. Un malade a de la cystite tuberculeuse; on trouve des bacilles de Koch dans l'urine. La division donne une urine tuberculeuse à gauche et pas du tout d'urine à droite. On fait le cathétérisme uretéral et on reconnaît qu'à droite la sonde uretérale est arrêtée à 14 centimètres par deux calculs uretéraux. Ces calculs furent enlevés et ce rein, depuis, fonctionne très bien.

Si, dans ce cas, on s'en était rapporté à la division seule, on aurait commis une grosse erreur. On peut, avec la division, méconnaître une situation que, seul, le cathétérisme peut montrer.

M. Marion donnerait donc la préférence au cathétérisme uretéral sur la division. Il ne croit pas à l'infection de l'uretère par la sonde passée à travers la vessie infectée. Il tendrait donc à abandonner la division pour recourir au bleu de méthylène et, au besoin, à une double incision exploratrice ou au pincement momentané de l'urètre dans le but d'obtenir une exclusion momentanée d'un rein. Donc, dans les cas où il n'existe pas le moindre renseignement clinique sur le rein malade, M. Marion fait une incision exploratrice d'un côté; il explore le bassinet et l'uretère; s'ils sont sains, il procède de même de l'autre côté. De cette façon, il est bien sûr de n'intervenir que sur le rein malade. Donc, abandon de la division, recours au cathétérisme uretéral; s'il est impossible, double incision exploratrice. Telle est la conduite que suit actuellement M. Marion.

M. Bazy a toujours condamné la division. Quant au cathétérisme uretéral, il estime qu'il doit être surveillé. Il propose, pour cela, d'injecter du bleu de méthylène ou un liquide colorant dans la sonde uretérale; si ce liquide coloré ressort le long de la sonde, c'est que le cathétérisme n'est pas valable.

M. Legueu a complètement abandonné la séparation. Il y a des cas où le cathétérisme uretéral présente les plus grandes difficultés. Alors il faut s'abstenir ou recourir aux incisions exploratrices et à l'exclusion du rein par pincement de l'uretère.

M. Michon partage l'avis de MM. Marion et Legueu sur la supériorité du cathétérisme urétéral pour porter un diagnostic précis. Le procédé d'exclusion du rein par pincement de l'uretère, dont a parlé M. Marion, est intéressant. Mais même en découvrant ainsi le rein, on peut le trouver sain en apparence, alors qu'en réalité il est malade.

M. Hartmann a pratiqué près de 300 opérations sur les reins en se basant sur la division seule. Il a toujours été satisfait du diviseur de Luys. Il n'a pas été, une seule fois, induit en erreur. En somme les faits analogues à ceux qu'ont cités MM. Marion et Guinard sont d'une extrême rareté. M. Hartmann n'aimerait pas beaucoup qu'on introduisît une sonde dans son uretère. Il a vu des pyélonéphrites consécutives au cathétérisme uretéral.

M. Tuffier a abandonné la division des urines. Elle l'a plusieurs fois trompé. Quant au cathétérisme, il faut savoir que le seul fait d'introduire une sonde dans l'uretère peut modifier la sécrétion rénale. En outre, il peut être dangereux; il peut infecter les malades. Ce n'est pas une méthode inoffensive.

Reste l'exclusion temporaire d'un pincement de l'uretère. Là encore, il y a une modification de la sécrétion du rein exclus. Ce n'est donc pas encore un moyen de certitude absolue.

Traitement des fractures de jambe par l'appareil de marche. — M. Routier fait un rapport sur 15 observations de fractures de jambe traitées par M. Schmidt (de Nice) à l'aide de l'appareil de marche de M. Delbet. Ce mode de traitement a donné chez ces malades d'excellents résultats.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1910)

Quelques réflexions sur le lavement électrique. — M. Zimmern apporte une étude précisant les indications et contre-indications du lavement électrique dans l'occlusion intestinale. Il insiste tout d'abord sur l'absence de dangers de son application. Pour lui, le lavement électrique ne saurait être considéré comme un traitement de l'occlusion à opposer au traitement chirurgical, mais comme une épreuve thérapeutique préalable, capable de rendre compte de la perméabilité de l'intestin.

Parmi les signes défavorables : le début brusque qui fait penser à une occlusion par strangulation, l'examen du ventre qui montre peu de météorisme et beaucoup de douleur, le hoquet. Pendant le lavement, les douleurs augmentent. Après le lavement, le malade rend très souvent l'eau injectée absolument claire. Autres signes défavorables : la cessation des besoins de défécation quand le courant est supprimé, la persistance ou l'apparition du hoquet. Comme présomptions favorables, la notion d'avertissements antérieurs péniblement résolus par les drastiques, ensuite, à l'examen, la constatation d'un grand météorisme, s'accompagnant de peu de douleurs.

Au moment du lavement, le malade réagit moins vivement au courant. Immédiatement après le lavement, le besoin de déféquer au lieu de s'atténuer persiste et augmente jusqu'à la débâcle.

M. Mouchet redoute quelque peu les douleurs et l'aggravation de quelques symptômes que l'épreuve du lavement électrique risque d'entraîner après elle.

Surdité et nutrition. — M. Natier. La surdité, les bourdonnements et les vertiges peuvent être communément rattachés à des troubles de l'appareil digestif. Il s'agit alors d'auto-intoxication avec retentissement sur l'oreille. S'inspirer toujours de ces principes et ne jamais négliger l'état général des sourds dans le traitement de leur infirmité sensorielle. Les exercices acoustiques avec des diapasons, comme le prouve bien un exemple rapporté, sont en pareil cas suivis de résultats satisfaisants. Les vibrations jouent un double rôle, elles régularisent la circulation et exercent une influence exclusive, spécifique, peut-on dire, sur l'oreille et le centre acoustique.

Observations de radiumthérapie (dermatologie et rhinologie). — MM. Lagarde et Masotti présentent quelques essais de radiumthérapie et s'efforcent de démontrer que nombre de cas en oto-rhino-laryngologie pourraient bénéficier de ce traitement.

Sans parler des nævi, des cancroïdes, des lupus du nez, des cancers, des leucoplasies, des lichens de l'oro-pharynx dont le traitement est désormais classique et se fait quotidiennement aussi en dermatologie, il semble possible de traiter d'autres tumeurs des fosses nasales (*sarcomes, épithéliomas, tuberculose*), de modifier certaines zones de la muqueuse nasale (*région polypeuse, cloison variqueuse*), peut-être même aussi, des expériences sont en cours, de guérir certaines autres lésions à l'aide des produits radifères à base de sels insolubles (*sinusites maxillaires, amygdales hypertrophiées, laryngites, etc.*). L'auteur présente à l'appui de son dire une série de projections de photographies de divers malades traités par lui.

M. Druelle a cru reconnaître dans une photographie qui vient de passer une malade qui vient de mourir d'épithéliomatose à l'hôpital Saint-Louis et que les auteurs font figurer comme guérie. Il estime qu'en matière de tumeur maligne il faut toujours attendre la consécration du temps.

M. Bizard. Il n'est pas douteux que la radiumthérapie a donné souvent des résultats excellents et même définitifs, appliquée aux épithéliomatoses cutanées. Mais il est nécessaire de dire aussi que cette méthode a des insuccès et que parfois même, après une cicatrisation incomplète, le néoplasme récidive et prend même une extension insolite comme s'il avait reçu un *véritable coup de fouet*. D'autre part, il faut bien savoir que les cancers du visage sont les seuls qui guérissent avec tous les moyens physiques, tandis que les cancers viscéraux (sein, utérus, etc.) donnent des insuccès presque constants lorsqu'ils sont traités uniquement avec les mêmes moyens, sans le secours de la chirurgie.

M. Louis Régis fait remarquer que, dans le traitement des nævi vasculaires, il y a des procédés moins dangereux et plus à la portée des praticiens que la radiumthérapie. C'est ainsi que les crayons d'acide carbonique entraînent très rapidement la disparition sans pigmentations des petites tumeurs érectiles.

M. Levassort demande que les photographies qu'on fait passer sous les yeux ne soient pas reconnaissables pour le public, et il engage ses collègues à ne présenter que les régions pathologiques exclusivement.

M. Zimmern rappelle que le traitement électrique des angiomes érectiles reste le traitement de choix, car il est applicable par tous les praticiens et ne conduit pas aux séances onéreuses du radium. Au sujet du radium employé contre les néoplasmes comme les rayons X, il faut, en effet, comme le dit Bizard, se défier du coup de fouet que peut imprimer à la lésion néoplasique l'agent thérapeutique. C'est le cas des doses trop faibles, ou insuffisantes, ou des tumeurs profondes. Il faut donc, chaque fois qu'on le pourra, procéder à l'ablation chirurgicale préliminaire et faire de la radiothérapie à titre prophylactique contre la récidive, en détruisant les cellules jeunes.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Proust ; — (2e série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne ; — M. Guillain, suppléant.

Mardi 29 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. de Lapersonne, Lenormant et A. Schwartz ; — (2e série) : MM. Quénu, Chevassu et Okinczyc ; — M. Terrien, suppléant.

Mercredi 30 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Pierre Marie et André Jousset.

1er (oral) : MM. Nicolas, Pierre Duval et Branca.

2e : MM. Gariel, Mulon et Jean Camus.

4e (1re série) : MM. Widal, Richaud et Sicard ; — (2e série) : MM. Marfan, Macaigne et Laignel-Lavastine ; — M. L. Bernard, suppléant.

Jeudi 1er décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épr. prat. : MM. Pozzi, Grégoire et Chevassu.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Nicloux.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Carnot ; — M. Rathery, suppléant.

Vendredi 2 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire ; — M. A. Léri, suppléant.

Samedi 3 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Achard et Castaigne ; — (2e série) : MM. G. Ballet, Claude et Nobécourt ; — (3e série) : MM. Widal, Roussy et Gougerot.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Carnot, suppléant.

THÈSES

Mercredi 30 novembre, à une heure. — M. Hamon. Iritis blennorragique. (MM. Gaucher, président ; Hartmann, Proust et Gougerot.) — M. Zaepffel. L'éruption papulopustuleuse miliaire récidivante de la face. (MM. Gaucher, président ; Hartmann, Proust et Gougerot.) — M. Prévost. Lésions buccales de l'hydroa. (MM. Gaucher, président ; Hartmann, Proust et Gougerot.) — M. Vermenouze. Le traitement des cavités ostéomyélitiques anciennes. (MM. Hartmann, président ; Gaucher, Proust et Gougerot.)

Jeudi 1er décembre, à une heure. — M. Marvillet. Contribution à l'étude anatomique des encéphalopathies infantiles (MM. Hutinel, président ; Albert Robin, Chauffard et Nobécourt.) — M. Martin-Bihourd. Etat naturel de l'urée et mécanisme des réactions chimiques utilisées pour identifier cette substance. (MM. Albert Robin, président ; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — Mlle Zolotareff. Etude critique sur le traitement des épanchements séreux et de l'autosérothérapie. (MM. Chauffard, président ; Hutinel, Albert Robin et Nobécourt.) — M. Jourdrain. Complications pulmonaires du cancer de l'œsophage. (MM. Chauffard, président ; Hutinel, Albert Robin et Nobécourt.) — M. Perchepied. Constance des lésions chroniques des plèvres chez les vieillards. Leur signification. (MM. Chauffard, président ; Hutinel, Albert Robin et Nobécourt.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Traitement de l'urétrite chronique, par le docteur Emile JEANBRAU, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, chef du service des maladies des voies urinaires à l'hôpital général. (« Consultations médicales françaises », fasc. XIII). In-16 de 24 pages. — Prix : franco, 0 fr. 50; abonnement annuel (12 fascicules), 4 francs. — Paris, A. Poinat.

N° 133. — MARDI 22 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 22 NOVEMBRE 1910. — N° 133

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 18 novembre : MM. Rouèche, 5 ; Kudelski, 6; Barthélemy, 9 ; Fitte, 12; Krebs, 11; Lépine et Reilly, 7; Caux, 6; Plaisant (Eugène), 8 ; Buquet, 7.

Séance du 20 novembre : MM. Thibierge, 5; Toutey, 6; Alexandre, 11 ; Hartmann, 10 ; Gautruche, 11 ; Mouradian, 7; Gresset, 6 ; Desaux, 10; Bergeret, 12.

Pathologie. — Séance du 18 novembre : MM. Luquet, 8 ; Vaudescal, 9 ; Vinay, 10; Delivet, 13; Costantini, 10; Quénu, 15; Lorreyte, 9; Berthomieu-Lamer, 5; Mignot, 12; Bourgeois (Maurice), 7 ; Tribes, 8.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Les récompenses suivantes sont attribuées :

Internes. — Prix Delord (440 francs) : M. Dupérié.

Prix de l'administration (150 francs de livres) : M. Loubat.

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Brau-Tapie.

Médaille de vermeil (rappel) : M. Mauriac, interne titulaire.

Médailles d'argent : MM. Ferron (J.), Chavoix (J.), Lacoste, Drouyn, Lamothe, Augistrou, Bardon, Coiquaud, Montalier, Got, Perruchot, Chevalier, Thomas, internes titulaires.

Médailles de bronze : MM. Hamet, Darget, internes titulaires.

Médailles d'argent : MM. Fouquet, Soulard, Pasturaud, internes provisoires.

Médailles de bronze : MM. Secousse, Belvèze, internes provisoires.

Externes. — Médailles d'argent : MM. Bonnin, Ducasse, Gilard, Boursier, Chenut.

Médailles de bronze : MM. Plantier, Noguiès, Capdeville, Sidaine, Balard, Lataste, Souchet, Boudreau, Canton, Gentilhe, Laylavoix, Crauste, Dufranc, Boissonneau, Guénard, Villar, Juhel, Bitot, Apesberro, Bouzom, Nard, Salvat, Agard, Favreau, Conquet, Bluel, Bordes, Rondet.

Interne en pharmacie. — Médaille d'argent : M. Leudet de la Vallée.

— LYON. — Les mutations suivantes de chefs de services ont été faites :

M. le docteur J. Courmont est passé de l'hôpital Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu ; M. le docteur Bret, de l'hôpital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin ; M. le docteur Paul Courmont, de l'hospice du Perron à l'hôpital de la Croix-Rousse ; M. le docteur Péhu est entré en service à l'hospice du Perron.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Rouvière et Grégoire, agrégés, sont nommés, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, assistants à l'Ecole pratique.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Après concours, M. le docteur Pierret a été nommé chef de clinique médicale.

M. Bué, agrégé, est chargé du cours d'accouchements et d'hygiène de la première enfance, pendant l'année scolaire 1910-1911.

M. Vallée, agrégé, est chargé du cours sur les altérations et falsifications de produits pharmaceutiques et alimentaires, pendant l'année scolaire 1910-1911.

M. Tondeur, moniteur de dentisterie, est autorisé à donner aux stagiaires en chirurgie dentaire, l'enseignement nouveau de la mécanique appliquée et de la métallurgie appliquée, pendant l'année scolaire 1910-1911.

M. Fontan, ancien aide d'anatomie, remplira jusqu'au 31 mars 1911, les fonctions de prosecteur d'anatomie.

— BORDEAUX. — Prix pour 1910 :

MÉDECINE. — *Prix de la Faculté.* — Première année : prix, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Cathala ; mention honorable, M. Damade.

Deuxième année : prix, médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Dalger; première mention honorable, M. Doré; deuxième mention honorable, M. Landry.

Troisième année : prix, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Darget ; mention très honorable, M. Chenut; mention honorable, M. Lataste ; mention honorable, M. Leuret.

Quatrième année : prix, médaille d'argent et 185 francs de livres, M. Robert; mention très honorable, *ex æquo*, avec éloges, MM. Hamet et Hederer; mention très honorable, M. Yver; mention honorable, M. Hervier.

Prix de la ville de Bordeaux. — Section de chirurgie : prix, 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Couraud; mention très honorable, M. Babin ; mention très honorable, M. Hamet, déjà nommé.

Section de médecine : prix, 150 francs (médaille de vermeil et livres), M. Hamet déjà nommé ; mention honorable, M. Le Jeune ; mention honorable, M. Babin, déjà nommé.

Prix Godard. — Prix de 2 000 francs : docteur Mauriac, « Des voies d'introduction du pneumocoque. »

(*Voir la suite, p. 1821.*)

DÉTERMINATIONS PSYCHIQUES A PRÉDOMINANCE MANIAQUE

AU COURS D'UNE

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Par M. Prosper MERKLEN.

Pour avoir été surtout étudiées par les aliénistes, les psychoses toxi-infectieuses gardent néanmoins leur place aux confins de la psychiatrie et de la médecine générale. On sait que leur polymorphisme traduit la multiplicité des modes de réaction du cerveau psychique en face de l'infection, conditionnés moins par la nature de l'agression toxique que par les différents facteurs individuels, héréditaires et acquis. Derrière les variétés les mieux adaptées aux données classiques se montrent, en vertu de règles cliniques générales, des formes modifiées dans leurs allures à des degrés variables. Ces dernières méritent de retenir l'attention du médecin traitant, aussi souvent appelé que l'aliéniste à observer les psychoses toxi-infectieuses, sinon davantage, quoique de toute évidence moins familiarisé que lui avec leur séméiologie.

La fillette R..., âgée de six ans, souffre le 20 janvier dernier au réveil d'une angine herpétique banale, à début brusque et à forte réaction fébrile. Le 22, la guérison des accidents locaux semble acquise; seule persiste encore une grande lassitude.

Mais le 23, l'affection récidive avec une température de 40 degrés, accompagnée d'herpès au niveau de la commissure labiale gauche. Elle donne lieu à des phénomènes d'excitation confusionnelle : agitation motrice, désorientation, incohérence des propos. Dans la journée survient un vomissement abondant, consécutif à l'ingestion d'une assez grande quantité de boisson.

Sédation de toutes les manifestations morbides, le lendemain matin. Dans la journée, apparaissent par contre, à trois reprises, des douleurs passagères au niveau de la nuque.

Le 25, contracture douloureuse des muscles postérieurs de la cuisse gauche, durant environ trois heures. L'excitation, complètement apaisée, se dessine à nouveau dans la soirée. Elle revêt toujours un caractère confusionnel évident et subit dans la nuit une recrudescence très marquée : complètement privée de sommeil, l'enfant demande à jouer, mais abandonne le jouet qu'on lui présente pour en réclamer aussitôt un autre; elle veut à chaque instant changer de place dans son lit, essaie de se lever et ne cesse de se livrer à des gestes illogiques et désordonnés; elle parle sans arrêt, saute d'une idée à l'autre, pleure ou rit sans motif, pousse des cris et se montre désorientée.

Le matin, 26 janvier, le calme revient et dure une grande partie de la journée. Selles fréquentes, demi-consistantes et glaireuses. Température vespérale : 39°9; signe de Kernig. L'agitation raparaît la nuit, mais moins accusée. Pour la première fois, l'enfant accuse de la céphalée. Son bavardage est entrecoupé de plaintes monotones et de cris prolongés.

Le 27, température matutinale : 37°4; température vespérale : 39°7. Oligurie avec urines foncées; persistance de la céphalée, mais très atténuée. Calme relatif. Hyperesthésie diffuse. Nouvelle poussée d'herpès labial. On retire 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, trouble, très hypertendu, fortement albumineux, avec environ 75 polynucléaires pour 25 éléments mononucléés, grands ou petits. On y décèle du méningocoque. Injection de 20 centimètres cubes de sérum.

Le 28, torpeur, asthénie, position en chien de fusil; pâleur de la face; alimentation difficile. La température oscille autour de 38 degrés. Urines plus claires et plus abondantes.

Contractures douloureuses de la cuisse et de la jambe gauches; quelques convulsions cloniques des deux membres inférieurs. Raideur de la nuque. Exagération des réflexes rotuliens. A d'autres moments, souplesse complète des deux jambes avec absence de kernig. Alternance fréquente de l'hypertonicité et de l'hypotonicité.

Interrogée à plusieurs reprises, l'enfant répond invariablement : « Je ne veux rien ».

Le soir, nouvelle période d'excitation : phrases désordonnées et sans tenue ayant d'ailleurs trait à des faits réels, multiplicité des images, fugacité des impressions, cris, chants, agitation. Cet état se prolonge pendant la nuit et la journée du 29, mais sous forme de crises d'inégale durée, séparées par des intervalles de torpeur; gémissements, plaintes.

Douleurs passagères dans les deux bras. Réflexes toujours exagérés. Température : 37°3 à 38°2. Le pouls, régulier depuis le début de la maladie, bat entre 92 et 112. Peu d'urine; pas d'albumine.

Crises de contractures douloureuses dans les quatre membres, provoquées le plus souvent sous l'influence de mouvements actifs ou passifs; les talons touchent les fesses et les poings les épaules. L'enfant a conscience de la crise quelques instants avant qu'elle se produise; elle l'annonce à sa mère par les mots : « Meni, meno; je veux quelque chose » ou « je veux m'en aller ». Pendant les crises, gémissements prolongés ou coprolalie.

Une ponction lombaire de 20 centimètres cubes ramène un liquide semblable au précédent, mais plus riche en lymphocytes. Injection de 30 centimètres cubes de sérum.

A partir du 30, la malade demeure pendant trois jours dans un état d'apathie et de demi-somnolence. Par intervalles toutefois elle s'éveille, s'intéresse à ce qui l'environne et ne tarde pas à présenter des symptômes d'agitation plus ou moins prolongés.

Outre qu'elle répond toujours : « Je ne veux rien » aux questions qu'on lui adresse, elle émet spontanément un certain nombre de phrases de caractère morbide non moins évident.

Parfois elle est intoxiquée par un mot : « Maman a une rage de dents, j'ai une rage de douleurs, papa a une rage de m'apporter des jouets, Hortense une rage de coudre, etc. » « Je vois ma main comme dans une glace; mais mes yeux voient ma main et ma main ne voit pas mes yeux. » Ou encore : « Je sais comme on fait du vin, avec des raisins; je sais comme on fait des maisons, avec des pierres; je sais aussi comme on fait des enfants, avec de la chair, de la peau et des os. »

Ou bien encore elle a de l'arithmomanie, témoin ces propos : « J'ai un an, l'année prochaine j'aurai deux ans, puis trois ans, puis quatre ans, cinq ans, six ans, etc... Je vois un tableau; celui à côté, cela fait deux, puis trois, puis quatre, puis cinq, etc... » Les derniers mots sont émis assez bas, et la voix tombe à mesure que l'enfant cite des chiffres plus élevés, si bien que l'on perçoit à peine la fin de la phrase. Tout en parlant ainsi, elle marque quelquefois les chiffres sur ses doigts. Il lui arrive même de compter avec ses doigts sans proférer une parole.

Ses yeux viennent-ils à tomber sur certains mots imprimés en gros caractères, elle se met à épeler les lettres, et cela plusieurs fois de suite.

Elle demande fréquemment à sa mère, en une phrase stéréotypée et débitée toujours sur le même ton : « Je retournerai au lycée ? »

Dans la soirée du 1er février, elle a quelques hallucinations visuelles, à caractère pénible. Des brigands et des cambrioleurs viennent vers elle; mais pour qu'ils « ne la prennent

pas », elle use de moyens de défense et se couvre la figure avec ses mains et ses draps.

Durant cette période, il n'y a guère à mentionner au point de vue somatique que des secousses musculaires, surtout dans la région labiale et faciale inférieure, des mouvements de dilatation des ailes du nez, la persistance de la raideur de la nuque, un kernig positif alternant avec une souplesse complète des membres, quelques troubles vaso-moteurs; état stationnaire du pouls et de la température. Injection de 20 centimètres cubes de sérum.

Le 3 février, l'enfant sort de sa torpeur et se montre exigeante, taquine et irascible. Elle a des accès de colère durant lesquels elle frappe son entourage. De temps en temps éclatent des crises de larmes non motivées. Mouvements incessants, jusque pendant ses courtes périodes de sommeil. Mêmes phrases stéréotypées que les jours précédents.

Etat physique satisfaisant. Urines claires et suffisamment abondantes. Température : 37°5 à 38; pouls : 100 à 110. Peu de contractures.

A partir de cette époque, l'affection suit une marche régressive sans incidents dignes de retenir l'attention, et on peut considérer la guérison comme assurée le 10 février. Pendant cette dernière semaine, durant laquelle on pratique une quatrième injection de 20 centimètres cubes de sérum, on note l'existence de contractures des jambes, de la nuque, du pouce gauche, sous forme de crises courtes et peu douloureuses, — l'atténuation, puis la disparition du kernig, — la persistance de gémissements, surtout nocturnes, — la constatation durant quelques heures d'un léger strabisme externe droit et de phénomènes parétiques du facial gauche, — le retour définitif à la normale du pouls, de la température et des urines, avec amélioration considérable de l'état général. Au point de vue psychique les phénomènes confusionnels se sont apaisés après la crise d'excitation du 3 février et ne se sont déjà plus montrés que fort atténués le lendemain. Le calme rétabli, l'enfant n'a plus versé dans la torpeur. Le langage est devenu normal, et la conduite générale assez analogue à ce qu'elle était avant la maladie.

La fillette, revue ultérieurement, ne présentait aucune séquelle de sa maladie, et aucune modification ne survint dans son état psychique (1).

Ce sont sans aucun doute les troubles psychiques qui confèrent à cette observation son plus grand intérêt. Ceux-ci ne tiennent en général qu'un rôle secondaire dans l'histoire des méningites cérébro-spinales de l'enfance, comme l'indiquent les deux monographies les plus récentes sur cette maladie (2), tout au moins dans ses formes aiguës habituelles (3). Il n'en est pas de même chez l'adulte, suivant une loi constante, et c'est pour avoir utilisé des observations d'individus de tout âge que J. Cabral et C. França (4) ont été amenés à faire une place assez importante aux accidents mentaux.

A. Dans notre observation l'intoxication a créé un syndrome psychique où sont intervenues à parts à peu près égales la torpeur intellectuelle avec asthénie physique et l'excitation psychique avec agitation motrice.

Les méningites cérébro-spinales à manifestations psychiques évoluent parfois, de façon exclusive ou tout au moins prédominante, sous l'une ou l'autre de ces deux modalités. Dans les variétés mortelles, la période de torpeur succède d'ordinaire, suivant la description de Dupré, à la période d'agitation. Il arrive enfin que l'on observe au cours de la maladie une alternance irrégulière de chacun des types morbides.

Cette dernière éventualité s'est trouvée réalisée dans notre cas. Une crise d'excitation psychique a ouvert la scène, que fermait quinze jours plus tard une crise analogue; dans l'intervalle l'enfant passait rapidement et sans ordre de l'excitation à la dépression, ou inversement.

Une telle irrégularité dans l'évolution des réactions psychiques fait songer aux intermittences des contractures signalées par nombre d'auteurs. Chez bien des malades l'hypertonicité musculaire est en effet sujette à des disparitions et réapparitions successives et de temps à autre, comme chez notre fillette, les muscles récupèrent leur tonicité normale.

Nous avons profité de notre observation pour suivre comparativement la marche des accidents psychiques et moteurs. En présence de faits de ce genre, il faut naturellement distinguer dans l'ordre de la motricité l'agitation et les contractures.

L'agitation motrice de notre sujet va de pair avec son excitation psychique et traduit, comme elle, l'exagération de l'automatisme cérébral que ne refrènent plus les centres supérieurs. Les contractures n'offrent par contre que des rapports de concomitance avec l'excitation psycho-motrice. Elles n'ont manqué, il est vrai, durant aucune des périodes d'excitation psychique, exception faite pour celle du 23 janvier, antérieure à toute manifestation hypertonique; mais elles ont également accompagné certaines phases de torpeur psychique. On relevait alors chez l'enfant asthénique soit des contractures spontanées plus ou moins diffuses et douloureuses, soit le signe de Kernig. A d'autres moments cette torpeur coïncidait au contraire avec un état normal du tonus musculaire.

Les contractures semblent donc indépendantes des accidents cérébraux; elles ne relèvent pas, selon toute apparence, des mêmes causes que ces derniers. Peut-être pourrait-on voir là une preuve indirecte de l'origine radiculo-périphérique, souvent admise, de l'hypertonie au cours des méningites; mais ce point, qui touche à la question si controversée de la pathogénie des contractures, renferme trop d'inconnus pour qu'on se prononce sans réserves.

B. A l'analyse du syndrome toxi-infectieux de la malade, les éléments constitutifs se montrent d'importance fort inégale.

En première ligne se place l'instabilité de l'attention. Tout en tenant compte de la mobilité des idées et des images dans le jeune âge, on relevait une difficulté extrême à maintenir l'attention sur une question donnée, même lorsque celle-ci avait au début éveillé la curiosité de l'enfant. Orientait-on la fillette

(1) R. Voisin et Paisseau. Contribution à l'étude des séquelles psychiques de la méningite cérébro-spinale épidémique. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 mai 1910.

(2) Hutinel et Voisin. In *Les maladies des enfants*, de Hutinel, t. V. — Moussous et Rocaz. *Assoc. franç. de péd.*, Paris, 1910.

(3) Tout au contraire les formes prolongées et cachectisantes présentent le plus souvent des manifestations mentales, comme l'expose R. Debré. La méningite cérébro-spinale prolongée à forme cachectisante. *Presse méd.*, 3 septembre 1910.

(4) XVe *Congrès intern. de méd.*, Lisbonne, 1906, t. V et VI.

vers des faits familiers pour elle avant sa maladie ou vers ses sujets de prédilection, elle n'était capable que d'une réponse brève, partielle et parfois erronée. Son attention volontaire s'épuisait hâtivement, parce qu'aussitôt des notions nouvelles venaient s'imposer à son attention spontanée, qui chassaient ou faussaient l'idée antérieure. Ces notions étaient le plus souvent précises. L'enfant les tirait de son milieu actuel, de ses souvenirs ou même d'associations verbales, auditives ou d'autre nature. Elle s'exprimait dans l'ensemble comme une maniaque.

Sans qu'on l'interrogeât, la fillette émettait de temps en temps, surtout durant les périodes d'asthénie, une suite de propositions qui formaient « une sorte de litanie » (1). Nous en rapportons quelques-unes, recueillies aux moments où ce trouble avait atteint son maximum.

Voyant sa mère souffrir des dents, elle s'écrie : « Maman a une rage de dents », mais aussitôt ajoute, emportée par l'ascendant du mot et le rythme de la phrase : « J'ai une rage de douleurs, papa une rage de m'apporter des jouets, Hortense une rage de coudre... », toutes observations d'ailleurs exactes. Dans sa suractivité psychique, ce sont les mots qui guident sa pensée. Un jour elle regarde sa main : « Je vois ma main comme dans une glace », dit-elle; et elle continue sur le champ : « Mais mes yeux voient ma main et ma main ne voit pas mes yeux. »

Les propositions se succèdent sur le même mode, et seuls varient certains mots comme pour servir de prétexte à la stéréotypie : « Je sais comme on fait du vin, avec des raisins ; je sais comme on fait des maisons, avec des pierres ; je sais comme on fait des enfants, avec de la chair, de la peau et des os. » Et mue par un véritable éréthisme, l'enfant continue à dérouler des phrases bâties sur un même moule.

Celles-ci se prolongeaient même pendant les périodes d'asthénie. Quoique immobilisée et obnubilée, la petite malade était forcée de satisfaire au besoin de parler; elle vérifiait la remarque de Séglas, d'après qui « la loquacité du confus peut tout aussi bien coexister avec un état de dépression que d'agitation générale » (2).

Mais, plus souvent, on notait durant l'asthénie la monotonie des réponses. « Je ne veux rien », disait la patiente, que la question comportât ou non une semblable réponse. Dans sa torpeur elle exprimait son besoin de repos par une formule univoque et répugnait à l'effort d'une nouvelle élaboration. Volontaire et gâtée, elle avait du reste pris depuis longtemps l'habitude du vocable « je veux », dont son cerveau engourdi gardait par suite sans peine le souvenir.

Avant les crises de contractures, elle recommençait : « Je veux quelque chose » ou « je veux m'en aller ». Véritablement intoxiquée par le mot, elle ne cessait de recourir à ces mêmes termes simples et élémentaires qui comptaient parmi les seuls dont elle disposât ; mais elle donnait à son exclamation une tournure affirmative, motivée sans doute par le besoin, positif entre tous, du soulagement de la douleur incipiente.

Elle répétait parfois une phrase sans intérêt et la faisait servir à l'énumération des premiers chiffres. « Je vois un tableau ; celui à côté, cela fait deux, puis trois, puis quatre, puis cinq, etc. » Ou bien elle comptait sur ses doigts, soit à voix haute, soit à voix basse. Elle lisait aussi les lettres des mots qui lui tombaient sous les yeux, et elle épelait les syllabes. Il faut voir dans toutes ces manifestations le produit d'une activité automatique de nature toxique, dont l'origine se retrouve dans les occupations scolaires de l'enfant et qui se montre par conséquent pathogéniquement et cliniquement comparable à l'automatisme professionnel des alcooliques subaigus.

Si ce tableau emprunte par quelques côtés les apparences de l'état maniaque — ce qui n'est pas absolument rare — il en diffère trop cependant pour donner le change aux médecins, même insuffisamment avertis. Son évolution contemporaine d'un processus infectieux suffirait déjà à l'individualiser. Mais de plus se dessinent de temps à autre des troubles psychiques franchement révélateurs de l'intoxication. Après avoir dominé la scène morbide au commencement de l'affection, ils se sont ensuite estompés pour ne plus venir occuper la première place que par éclaircies.

La désorientation, les hallucinations, le subonirisme et l'amnésie sont en effet intervenus à titre épisodique. L'enfant s'est trouvée désorientée lors de l'atteinte cérébrale des premiers jours, en même temps qu'excitée et agitée, et à deux reprises elle perdit durant quelques heures le sentiment du temps et de l'espace ; ultérieurement la désorientation ne réapparut qu'à intervalles éloignés, aussi légère que fugace. Les hallucinations ne purent être notées qu'une seule fois, le treizième jour de la maladie ; la fillette fut un soir tirée de sa torpeur par des visions terrifiantes et multiples; elle voyait des brigands et des cambrioleurs se précipiter au-devant d'elle. Pour se défendre contre le caractère pénible de ces hallucinations, elle se cachait la figure avec ses mains et ses draps, réagissant à une sommation pathologique par un geste habituel à l'enfant sain, naturellement craintif. A certains moments on pouvait surprendre la petite malade en train de débiter automatiquement, sous une influence subonirique, des phrases sans cohésion, où défilaient des idées disparates ; mais ses rêvasseries ne se prolongeaient guère, et ne tardaient pas à être emportées par des impressions réelles tirées du présent ou du passé. La mémoire des faits antérieurs à la méningite demeurait en effet intacte ; pendant les deux premiers jours, on nota par contre de l'amnésie portant sur les divers incidents de la maladie ; par la suite ce trouble se dissipa et l'absence de fixation de tels ou tels détails ne se manifesta plus dès lors que de façon toute passagère.

Deux notions ressortent des considérations que nous venons d'exposer : la réaction spéciale des

(1) CHASLIN. *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895.

(2) SÉGLAS. De la confusion mentale primitive, in *Leçons sur les maladies mentales*.

centres automatiques qui donne au syndrome l'allure de l'excitation maniaque, l'atteinte relativement atténuée des centres supérieurs qui n'aboutit qu'à un minimum de symptômes de désorientation et de confusion proprement dite.

L'enfant n'a pas en effet été assez intoxiquée, pendant la presque totalité de l'évolution du mal, pour perdre la conscience de son état. Elle n'a pas cessé de se savoir malade, couchée dans sa chambre, soignée par sa mère, entourée d'objets connus; elle reliait la situation présente aux événements passés. Si durant certaines phases de torpeur la perception du monde extérieur demeurait voilée, la fillette, aussitôt éveillée, se resaisissait. Au début de l'affection seulement et pendant quelques périodes consécutives de courte durée, elle se montra désorientée, hallucinée, subonirique, amnésique, confuse. Il y a là un tableau clinique qui distingue cette observation de la plupart des psychoses infectieuses, spécifiées par la prédominance habituelle des accidents rejetés ici au second plan.

En outre, durant les phases d'excitation, l'enfant cherchait dans ses perceptions extérieures les matériaux qui devaient servir à alimenter son besoin de sérier des mots, des phrases ou des chiffres. Son attention était effectivement suffisante pour voir ce qui l'entourait et entendre ce qui se disait; elle était cependant trop instable pour s'arrêter sur une notion déterminée.

Les centres automatiques réagissaient ainsi à la toxi-infection par un véritable état maniaque auquel s'ajoutaient la stéréotypie, l'intoxication par le mot et les manifestations d'activité professionnelle.

Il n'est pas sans intérêt d'opposer à cette psychose infectieuse d'origine méningée, bénigne et réduite dans son expression confusionnelle, l'état morbide désigné sous le nom de confusion mentale méningitique, dont on sait la gravité. Cette dernière, qui réalise une toxi-infection généralisée d'une intensité considérable avec participation anatomo-clinique variable des méninges, diffère, on le conçoit, malgré des erreurs de terminologie possibles, d'une infection primitivement méningo-cérébrale, qui rentre dans le groupe des cérébro-méningites de Chauffard (1) et témoigne de la diversité des processus sur lesquels ont insisté Claude et Lejonne (2). Par contre notre cas est analogue à tous ceux où l'on a vu une infection se compliquer de la souffrance concomitante de la corticalité dans ses fonctions psychiques et des enveloppes cérébrales (3). Il est seulement plus simple, puisque, comme dans toute méningite accompagnée de troubles mentaux, l'agent toxique frappe d'emblée les centres nerveux.

(1) CHAUFFARD. Méningites cérébro-spinales à méningocoques. *Presse méd.*, 6 mai 1905.

(2) CLAUDE et LEJONNE. Les lésions concomitantes des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales. *Gaz. des hôpit.*, 22 et 24 mars 1910.

(3) SÉGLAS et DUPRÉ. *IIIe Congrès de méd. int., Nancy, 1896.* — SÉGLAS. Rougeole, infection secondaire, confusion mentale pseudo-méningitique. *Presse méd.*, 1er mai 1897.

MÉDECINE PRATIQUE

UN NOUVEAU SIGNE DE DIAGNOSTIC DE LA SCARLATINE

Chez quatre-vingt-quatorze (sur cent) scarlatineux du service de M. Grosovici (de Bucarest), et chez vingt-trois enfants scarlatineux de la clinique de M. le professeur Hutinel, M. Pastia a observé l'existence d'un signe clinique intéressant au point de vue du diagnostic de la scarlatine.

M. Pastia en donne la description suivante dans la *Tribune médicale* (12 nov. 1910, n° 46).

Ce signe consiste en une éruption exanthémateuse, continue, linéaire, très intense, localisée au niveau des plis de flexion du coude.

Elle est d'une teinte d'abord rosée, puis rouge foncé ou lie de vin, et le plus souvent, d'une teinte tout à fait ecchymotique.

Cette éruption linéaire peut être quelquefois unique, mais plus souvent multiple (2-4).

Entre ces traînées linéaires il existe une éruption exanthémateuse moins intense, semblable à celle qui existe d'habitude sur le reste de la peau dans la scarlatine.

Ce signe est précoce; d'habitude il apparaît au début de la période de l'éruption, dure jusqu'à la fin de cette période, persistant quelque temps après celle-ci, sous la forme d'une pigmentation linéaire intense de la peau à ce niveau.

Ce signe peut exister très rarement au niveau des plis de l'aisselle, mais dans ce cas-là il est peu marqué et dure très peu.

D'après cette éruption linéaire du pli du coude et d'après la pigmentation qui lui succède, on peut donc soupçonner l'existence de la scarlatine, lorsque l'éruption du reste de la peau est peu marquée ou déjà disparue depuis quelque temps

TRAITEMENT DU CHOLÉRA (1).

Première période ou période de diarrhée prémonitoire. — Quand il existe une épidémie de choléra, tout individu atteint de diarrhée doit être tout d'abord soumis à la diète hydrique la plus rigoureuse.

De plus on fera prendre par demi-verre, toutes les heures et demie, la limonade lactique suivante :

Acide lactique..............	15 grammes
Elixir parégorique........5 à	10 —
Sirop de sucre..............	90 —
Alcoolat de citron...........	2 —
Eau........................	1000 —

A cette période on peut encore prescrire le thymol que Rosenel (*Roussk-Wratch*, 10 oct. 1909) prit lui-même en capsules kératinisées à la dose quotidienne de 0g20 à jeun.

Deuxième période ou période de choléra confirmé. — A cette période il s'agit de combattre plusieurs symptômes graves qui font leur apparition. Ces symptômes sont les suivants : les vomissements, les crampes, l'adynamie, l'algidité.

Contre les vomissements, il conviendra d'employer les boissons glacées que l'on fera prendre à petites doses ; eau de seltz, champagne frappé, limonades.

Contre les crampes, il faudra faire des applications de sachets remplis de sable chaud, des applications de briques chaudes le long des membres. Mais le moyen le meilleur pour calmer les crampes sera l'usage de bains chauds. Ces bains devront être donnés aux environs de 37 à 38 degrés toutes les trois heures et devront avoir une durée de dix minutes.

(1) Cf. *Gaz. méd. de Nantes*, 1910.

L'adynamie sera traitée par l'emploi de boissons alcooliques et de stimulants diffusibles. L'acétate d'ammoniaque uni à la liqueur d'Hoffmann sera de grande utilité. On pourra donner de demi-heure en demi-heure une cuillerée à café de la potion suivante :

Liqueur d'Hoffmann	2 grammes
Acétate d'ammoniaque	10 —
Teinture de cannelle	60 —
Cognac	60 —
Hydrolat de mélisse	60 —
Sirop de menthe	30 —

L'algidité sera traitée par les bains chauds, les frictions excitantes sur tout le corps au moyen d'une flanelle imprégnée de liniment ammoniacal camphré, et surtout par les injections sous-cutanées de sérum physiologique à la dose de 500 centimètres cubes toutes les douze heures.

Il conviendra de faire boire le plus possible le malade, afin d'activer le fonctionnement des reins et l'élimination des toxines.

A cette période, il conviendra d'arrêter l'opium et l'acide lactique.

Troisième période ou période de collapsus. — A la période de collapsus, il conviendra de continuer à employer les moyens indiqués plus haut : boissons chaudes, frictions, bains chauds. Mais à ces médications il faudra ajouter les injections intraveineuses de sérum physiologique qui ont donné d'excellents résultats et qui constituent le moyen le plus sûr pour combattre les phénomènes de collapsus. Ces injections devront être faites dans une des veines du pli du coude. On injectera un litre et demi à 2 litres de liquide et on pourra faire une à deux injections par vingt-quatre heures.

XXIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[PARIS, 3-8 OCTOBRE 1910 (1).]

COMMUNICATIONS DIVERSES

ABDOMEN ET VOIES URINAIRES (*suite*).

MM. DEMOULIN (de Paris), REGNAULT (de Toulon). La tuberculose iléo-cæcale. — M. PATEL (de Lyon). Abcès de la fosse iliaque droite d'origine cæcale (typhlites suppurées). — MM. LENORMANT (de Paris), GOURDET (de Nantes). Le volvulus du cæcum — M. VIDAL (d'Angers). Traitement chirurgical des colites chroniques graves. — M. GAYET (de Lyon). Notes sur quelques hernies à sac incomplet. — M. DEMONS (de Bordeaux). Sur le traitement d'un rétrécissement syphilitique invétéré du rectum. — M. GOULLIOUD (de Lyon). Amputations abdomino-périnéales du rectum avec hystérectomie (cancer du rectum). — M. Paul DELBET (de Paris). Extirpation du cancer du rectum par la voie sacrée, indications, résultats opératoires. — M. BREWER (de New-York). Quelques réflexions sur un type d'infection hématogène du rein. — M. NEWMANN (de Glascow). Sur la chirurgie du rein. — M. CATHELIN (de Paris). Statistique annuelle de trente cas d'opérations rénales avec trente guérisons.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, nos 113, p. 1539, 115, p. 1563, 117, p. 1589, 122, p. 1660, 126, p. 1720 et 129, p. 1759.

ORGANES GÉNITAUX

MM. DASPRES (de Toulon), PRINCETEAU (de Bordeaux), ABADIE (d'Oran). Utérus et vagin doubles : grossesse et accouchement normaux. — M. Maurice POLLOSSON (de Lyon). Indications du traitement des métrorragies, par la pince à demeure sur le col utérin. — M. CAILLAUD (de Monaco). Résultats éloignés d'un colpocléisis. — M. PRINCETEAU (de Bordeaux). Contribution à l'étude des rapports anatomo-pathologiques des annexes gauches de l'utérus avec l'anse et le méso sigmoïde. — M. CHAVANNAZ (de Bordeaux). Traitement chirurgical des salpingites suppurées ouvertes dans le rectum. — MM. JAYLE (de Paris), TÉDENAT (de Montpellier). Hémorragie intense d'origine ovarienne dans un cas de fibrome de l'utérus. — M. DUJON (de Moulins). Le priapisme prolongé en dehors des lésions nerveuses. Procédé opératoire par incision de l'une des racines du corps caverneux. — M. REYNÈS (de Marseille). Nouvelle opération contre les cancers de la verge. — M. VILLARD (de Lyon). Dix cas de vaso-vésiculectomie par la voie abdominale. — M. LUYS (de Paris). La prostatectomie transvésicale.

MEMBRES

MM. CALOT (de Berck), VIGNARD (de Lyon), MENCIÈRE (de Reims). Le traitement des tuberculoses externes, ganglionnaire, osseuse et articulaire, par les injections modificatrices. — M. REDARD (de Paris). Le traitement de la paralysie du nerf cubital consécutive aux fractures anciennes de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. — MM. JUDET (de Paris), DUPUY DE FRENELLE (de Paris). Traitement des fractures du bras et de l'avant-bras par les appareils à extension continue. — M. FRŒLICH (de Nancy). Variétés anatomiques de la coxalgie. — M. MÉNARD (de Berck). Coxalgie et tuberculose juxta-coxale : diagnostic radiographique. — M. MENCIÈRE (de Reims). Contribution au traitement de la hanche paralytique. — M. BARBARIN (de Paris). A propos du traitement de la paralysie infantile. — M. PETIT DE LA VILLÉON (de Bordeaux). Diagnostic chez le nourrisson de la luxation congénitale de la hanche. — M. DE FOURMESTRAUX (de Chartres). Les injections de sous-nitrate de bismuth dans les fistules et cavités tuberculeuses. — M. CODIVILLA (de Bologne). Extension par le clou.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1910)

A propos de la toxicité de quelques composés minéraux et organiques de l'arsenic et sur l'accoutumance à ce poison. — M. L. LAUNOY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1910)

Paralysie infantile à début méningitique. Formes méningitiques de la maladie Heine-Medin. — M. NETTER a noté fréquemment un début simulant la méningite tuberculeuse ou

cérébro-spinale au cours des épidémies de paralysie infantile récentes, aussi bien à Paris que dans divers départements.

La ponction lombaire donne un liquide clair renfermant des lymphocytes. Mais c'est là un caractère insuffisant pour faire un diagnostic avec une méningite cérébro-spinale dont le liquide est souvent clair et pauvre en polynucléaires. M. Netter pense que la notion épidémique, la prédominance en été et en automne, époque où la méningite cérébro-spinale est rare, sont plus importantes.

Enfin, à côté des cas où la paralysie consécutive est nette, il en existe d'autres où elle est à peine marquée et où tout se borne au syndrome méningé. Ces cas peuvent même être endémiques.

Un cas de zona strictement radiculaire ayant déterminé des troubles de la sensibilité thermique qui permettent de supposer une propagation des lésions à l'axe gris de la moelle. — M. M. Chiray présente une malade atteinte d'un zona qui est très exactement distribué sur le territoire des troisième et quatrième racines cervicales. La comparaison entre les schémas de Kocher et la topographie de l'éruption indique une similitude absolue.

La malade souffre actuellement de douleurs extrêmement intenses dans le domaine de l'éruption guérie. Au même niveau on constate outre une analgésie objective l'existence d'une thermoanesthésie complète.

Ce fait qui paraît être la manifestation d'une lésion de l'axe gris de la moelle permet de soupçonner l'existence de *radiculites ascendantes* qui seraient l'analogue des *névrites ascendantes*.

M. Pissavy rappelle un cas identique avec les mêmes complications. Les vésicules se prolongeaient derrière l'oreille du côté opposé.

M. Guillain a vu plusieurs fois la thermo-anesthésie à la suite du zona. Il pense que ce trouble peut exister avec de simples lésions des racines.

Un cas de syphilis tertiaire osseuse ayant résisté pendant un an à toute une série de traitements mercuriels et arsenicaux et guérissant en huit jours à la suite d'une injection de 606. — MM. Chiray et Poulard présentent un malade qui a subi sans succès depuis un an un traitement mercuriel et arsenical ininterrompu pour des gommes périostées multiples. Ce sujet a été soigné d'une façon continue à l'aide des médicaments suivants : cacodylate de mercure, benzoate de mercure, hectine, hectargyre, calomel. Il a absorbé de grandes quantités d'iodure et a fait une cure sulfureuse.

Tous ces médicaments n'ont diminué en rien ni le volume, ni l'extrême douleur que provoquent ces gommes.

Une seule et unique injection de 606 a en huit jours fait disparaître tous les symptômes subjectifs et objectifs que provoquaient les accidents osseux.

Sur les arsenicaux organiques et l'histoire de leurs emplois dans la syphilis et dans les maladies à spirilles. — M. Armand Gautier rappelle ses travaux sur les combinaisons organiques de l'arsenic et les raisons chimiques de leur innocuité et de leur valeur thérapeutiques. Ces travaux, d'après lui, ont été le point de départ des découvertes telles que l'hectine, l'arsenobenzol. Il tient à faire constater son droit de priorité et s'étonne que les travaux allemands ne fassent pas mention des découvertes françaises.

Cette communication provoque quelques réflexions critiques de la part de MM. Queyrat et Netter, celui-ci montrant qu'Ehrlich dans ses recherches est parti de l'atoxyl et que l'originalité de ses travaux réside dans les conditions expérimentales spéciales où il s'est placé.

Sur l'élimination des composés arsenicaux. — M. Louis Martin. Les composés arsenicaux injectés sous la peau s'éliminent de façon différente. L'atoxyl s'élimine presque complètement dans les six premières heures ; l'arseno-phénylglycène a son maximum d'élimination dans les trois, quatre cinq et sixième jours. Le dixième jour on en constate encore des traces dans l'urine. L'arsenobenzol a son maximum d'élimination dans les trois premiers jours ; mais cette élimination se poursuit dans les quatrième, cinquième et sixième jours, le septième jour il n'y a plus que des traces. On conçoit l'importance de ces constatations pour l'action différente des médicaments.

M. Jeanselme a pu constater que l'élimination varie selon que le médicament est injecté par voie intramusculaire ou par voie intraveineuse. Dans le premier cas l'élimination se prolonge huit jours; dans le deuxième elle dure à peine vingt-quatre heures. D'où les conclusions à tirer non seulement pour l'activité du médicament, mais encore pour sa toxicité. Il faut en effet tenir compte de l'état des veines lorsqu'on fait une injection intraveineuse et ne pas dépasser dans ces cas des doses moyennes de 40 à 50 centigrammes.

M. Sicard. Le passage de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien ne se fait que dans le cas d'injection intraveineuse. C'est donc la seule forme d'introduction de l'arsenobenzol dans la syphilis cérébrale.

De la stabilité des différents composés arsenicaux et en particulier de l'hectine et de l'arsenobenzol vis-à-vis des agents réducteurs. — MM. A. Chauffard et A. Grigaut montrent que les composés arsenicaux employés en thérapeutique possèdent une stabilité très différente vis-à-vis des réducteurs. Cette différence est objectivement mise en évidence et d'une manière très simple par l'emploi du réactif de Bougault et du protochlorure d'étain chlorhydrique. Pour les composés minéraux, l'action du réducteur est complète et se traduit par la mise en liberté immédiate d'arsenic métallique, mais il en est autrement pour les autres composés. Ici la réduction est plus difficile et s'arrête à un arsenic organique d'autant plus complexe que la molécule du corps original est elle-même plus importante. Il est facile, à l'aide de ces expériences, de suivre toute la gradation du phénomène depuis les termes les plus simples et les plus vulnérables (acide arsénieux, acide arsénique, arrhénal) jusqu'aux composés les plus stables possédant la molécule la plus grosse (hectine et arsenobenzol).

Cette expérience simple permet de comprendre la tolérance de l'organisme pour les très hautes doses de ces derniers composés. L'activité thérapeutique et la tolérance de ces médicaments semblent donc fonction de deux éléments qui, d'ailleurs, sont le corollaire l'un de l'autre : la stabilité chimique et l'importance du groupement organique fixé à l'atome d'arsenic. Ceci étant posé, il est évident que la composition de la molécule a aussi son importance et que, si l'activité est, toutes choses égales d'ailleurs, en raison directe du nombre des groupements aromatiques, elle n'est pas indépendante de la teneur du corps en arsenic.

Il va sans dire que cette réaction ne permet pas de rendre compte des processus de désintégration in vivo de ces différentes molécules arsenicales, processus qui ont pour but la mise en liberté de groupements arsenicaux organiques, qui selon leurs affinités spécifiques vont se fixer sur les tissus ou sur les germes morbides.

Étiologie des exostoses multiples. — M. A. Pissavy. L'étude d'un certain nombre d'observations d'exostoses ostéogéniques multiples lui a montré que ces exostoses avaient un caractère familial dans 72 p. 100 des cas; que la tuberculose se rencontrait dans l'hérédité des malades environ 43 fois sur 100, alors qu'elle n'existe que 16 fois sur 100 dans les antécédents d'individus quelconques pris au hasard; que la tuberculose personnelle se montre chez les individus atteints d'exostoses dans une proportion de 40 p. 100 et dans une proportion de 12 p. 100 seulement chez la masse de la popu-

lation. Aussi, sans prétendre que la tuberculose soit la cause unique des exostoses multiples, ne peut-on nier qu'elle joue, dans leur étiologie, un rôle important.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1910)

Modifications quantitatives et qualitatives des cellules du liquide céphalo-rachidien à la suite des injections intra-rachidiennes de sérum humain normal. — MM. A. NETTER et A. GENDRUS. Chez trois enfants atteints de poliomyélite, l'injection intrarachidienne de sérum humain normal a déterminé des modifications quantitatives et qualitatives marquées des cellules du liquide céphalo-rachidien. Le nombre des cellules par millimètre cube était, avant l'injection (neuvième, sixième, troisième jour de la maladie), de 10, 15, 45. Le lendemain de l'injection, il montait à 80, 110 et 300. Les éléments cellulaires constitués à peu près exclusivement par des lymphocytes avant l'injection renfermaient une proportion élevée de polynucléaires le lendemain : 85, 95 et 45 pour 100. Ces modifications cytologiques rappellent celles que MM. Sicard et Salin ont vues après injection de sérum de cheval. Mais contrairement à ce qui se passe après ces dernières, elles ne se traduisaient par aucun symptôme.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle des colloïdes lyophobes. — M. H. ISCOVESCO montre que les colloïdes lyophobes (instables) abaissent la tension superficielle de l'eau.

Utilisation des bouillons en cubes en technique bactériologique. — M. P. REMLINGER attire l'attention sur les services que peuvent rendre les bouillons en cubes dans les laboratoires de bactériologie, particulièrement dans les petits laboratoires et aux colonies. Ils permettent de préparer dans le minimum de temps du bouillon, de la gélatine, de la gélose dont le prix de revient est très peu élevé et qui suffisent à tous les usages courants des laboratoires. Les bouillons et les milieux nutritifs en cubes pourraient également rendre des services au point de vue de l'unification souvent souhaitée des méthodes de culture en bactériologie.

Étude du pouvoir catalytique du sang chez les tuberculeux et les cancéreux. — MM. A. ROBIN et N. FIESSINGER. Le sang des sujets normaux possède un fort pouvoir catalytique (action de dédoublement exercée sur l'eau oxygénée). Ce pouvoir catalytique est en partie dû à l'action d'une catalase, comme le prouve sa diminution considérable après un chauffage d'une heure à 56 degrés. Il s'agit d'une propriété appartenant d'une manière presque exclusive aux globules rouges. Le pouvoir catalytique du sang est notablement diminué chez les tuberculeux, mais surtout chez les cancéreux. Cette diminution est en partie attribuable à l'anémie présentée par ces malades, mais souvent — et c'est le fait pour les cancéreux — l'abaissement du pouvoir catalytique du sang se trouve plus marqué que ne permettrait de le prévoir le chiffre des globules rouges.

De l'existence et de la survivance de microorganismes à la surface des pâtisseries et des sucreries exposées à l'air libre dans les rues et sur les places publiques. — M. MAUREL se basant sur des expériences faites en 1901, et en 1902, et renouvelées en 1909 et en 1910, établit d'abord l'existence de certains microorganismes à la surface de ces aliments, et aussi leur survivance sur cette surface, puisqu'il a pu les ensemencer avec succès. Il montre que ces agents cultivés sur gélose et injectés par la voie veineuse sont pathogènes pour le lapin.

Il pense donc : 1° que dans certains cas, ces mêmes microorganismes pourraient peut-être devenir pathogènes pour nous; 2° que certains de nos microbes pathogènes doivent pouvoir conserver leur reproductivité sur ces mêmes aliments; et 3° enfin que, vu ce danger, il serait prudent de protéger contre les poussières et les insectes, les sucreries et les pâtisseries vendues dans les lieux publics pour diminuer au moins les chances de leur contamination.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Prix des thèses de l'année : premier prix (médaille d'or et 350 francs en espèces), docteur Delaunay; deuxième prix (médaille d'argent et 125 francs en espèces), docteurs Baudrimont, Germain, Mauriac, déjà nommé; troisième prix (médaille de bronze), docteurs Laparade, Lavielle, Loubat, Pouget, Pouyaud.

Prix de thèse d'histoire de la médecine et de la pharmacie : médaille d'or, M. Soënen.

Prix de médecine coloniale : médaille de vermeil, docteur Moreau.

Prix de la Société des amis de l'Université. — Non décerné.

PHARMACIE. — *Prix de la Faculté.* — Première année : prix, médaille d'argent et 30 francs de livres, M. Loosdregt; mention honorable, M. Pesle.

Deuxième année : prix, médaille d'argent et 75 francs de livres, non décerné.

Troisième année : prix, médaille d'or d'une valeur de 300 francs, M. Ballot.

Prix de la ville de Bordeaux. — Sciences physico-chimiques : prix, 100 francs, médaille de vermeil et livres, non décerné.

Sciences naturelles : prix, 100 francs, médaille de vermeil et livres, non décerné.

Prix Barbet. — Prix, médaille d'argent et numéraire, M. Chadu ; mention honorable, M. Daney.

Prix des travaux pratiques. — Première année : prix, médaille d'argent, M. Loosdregt, déjà nommé.

Deuxième année : prix, médaille d'argent, M. Daney, déjà nommé ; mention très honorable, M. Harraudeau.

Troisième année : prix, médaille d'argent, M. Ballot, déjà nommé.

Prix de la Société de pharmacie de Bordeaux. — Prix de validation de stage : médaille de vermeil, d'une valeur de 50 francs; session de novembre 1909, M. Lagauzère; session de juillet 1910, M. Chateau.

CHIRURGIE DENTAIRE. — *Prix des étudiants en chirurgie dentaire.* — Première année : prix, médaille de bronze, M. Casteigt.

Deuxième année : prix, médaille d'argent, Mlle Camin; mention honorable, M. Tribondeau; mention honorable, Mme Linsolas, née Bleine.

Troisième année : prix, médaille de vermeil, Mlle Rouet.

Prix de prothèse dentaire. — Première année : prix, médaille de bronze, M. Clair.

Deuxième année : prix, médaille d'argent, M. Raby ; mention honorable, M. Barrière.

Troisième année : prix, médaille de vermeil, M. Bernard.

SAGES FEMMES. — *Prix des élèves sages-femmes.* — Première année : prix, médaille de bronze, Mlle Vivant.

Deuxième année : prix, médaille d'argent, Mlle Cursan.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale statutaire du Syndicat médical de Paris aura lieu le dimanche 27 novembre, à deux heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour. — 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière assemblée générale;

2° Allocution du président;

3° Rapport du docteur H. Barbier, membre du Conseil d'administration, secrétaire de la quatrième commission : La profession médicale actuelle; ses malaises et leurs causes. Moyens d'y remédier. — Discussion.

Le banquet aura lieu à sept heures trois quarts, au café Cardinal (boulevard des Italiens, au coin de la rue de Richelieu).

Prix : 10 francs. Tenue de ville.

Envoyer les adhésions pour le banquet au docteur Pelisse, 49, boulevard Henri IV, avant le 24 novembre.

ŒUVRE DE PRÉSERVATION DE L'ENFANCE. — La huitième assemblée générale de l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose s'est réunie, le 12 novembre 1910, chez Mme Grancher, 36, rue Beaujon, sous la présidence de M. le docteur Roux, en présence d'une nombreuse assistance.

Cette œuvre qui a comme ressources une dotation de 180000 francs créée par Mme Grancher et d'autres bienfaiteurs, un revenu de 20000 francs de rente légué par le professeur Grancher, des souscriptions annuelles de ses membres, reçoit en outre une subvention de l'Etat, du Conseil municipal de Paris, du Conseil général de la Seine. Son budget pour 1910 a été de 155000 francs.

Elle a pour but de soustraire à la contagion les enfants dont les parents sont tuberculeux, en les plaçant à la campagne chez des paysans sains et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle prend les enfants de trois à treize ans, à la condition que ces enfants soient absolument sains et n'aient pas encore été contaminés. *Elle ne prend pas d'enfants malades ou débiles et fait exclusivement du placement familial.*

Le bureau était représenté par M. le docteur Roux, président; les docteurs Faisans et Granjux, vice-présidents; Armand-Delille, secrétaire général; M. Copin, trésorier; MM. Strauss, Henri Monod, Chautard, Valléry-Radot, Bénac, le professeur Albert Robin, le docteur Maurice de Fleury, les docteurs Méry, Comby, Guinon, MM. Bordelongue, Messimy, les docteurs Janicot, Courtois-Suffit et Jean Hallé. M. Léon Bourgeois, souffrant, n'avait pu assister à la séance ainsi que M. Lépine, et M. le professeur Marfan, retenu par son cours.

Le rapport de M. Armand-Delille, secrétaire général, montre le résultat très satisfaisant de l'exercice écoulé. Le nombre des pupilles qui était de 400 l'année dernière est actuellement de 425. Parmi ces enfants on n'a observé aucun cas de tuberculose, ce qui montre que la sélection est soigneusement faite et prouve aussi qu'il suffit de transporter ces petits Parisiens au grand air, dans de bonnes conditions hygiéniques, pour en faire des enfants robustes et forts.

M. Copin, trésorier, a présenté les dépenses de l'exercice écoulé qui sont de 155000 francs. Il a présenté pour le prochain exercice un projet de budget montant à 159000 francs. L'œuvre est donc en pleine prospérité.

M. Granjux, vice-président, élu en remplacement du regretté M. Cheysson, fait une intéressante allocution sur le rôle moral de l'œuvre qui vient compléter son rôle de prophylaxie sociale antituberculeuse. Les enfants sont non seulement protégés contre la tuberculose, mais ils deviennent dans le calme et la vie saine des champs des enfants bien équilibrés, leur caractère et leurs qualités morales sont développées au contact des nourriciers si bien choisis par les directeurs de foyers.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — CONVENTION ENTRE LA FRANCE ET LA GRANDE-BRETAGNE. — Le *Journal officiel* vient de publier cette convention.

D'après un commun accord entre les administrations française et britannique, la victime d'accident qui reviendra résider en France devra en donner préalablement avis au registrar de la Cour de comté qui aura fixé l'indemnité, afin que celle-ci lui remette un certificat d'expertise médicale relatant la nature de son incapacité et détermine, après avoir entendu les parties, les époques auxquelles devront être produits, à l'appui de la demande de paiement de l'indemnité due, des certificats médicaux attestant la persistance de cette incapacité. Ces certificats seront exigés à des intervalles qui ne pourront être inférieurs à trois mois, ni supérieurs à douze, et que la Cour de comté fixera en ayant égard à la nature de l'incapacité.

A l'effet d'obtenir les paiements susvisés, la victime d'accident qui sera revenue résider en France se fera délivrer chaque trimestre, par la mairie de la commune de sa résidence, un certificat de vie auquel elle joindra, aux époques qu'aura déterminées à cet effet la Cour de comté, un certificat médical établi par un médecin chargé d'un service administratif dans le département, et qui attestera la persistance de l'incapacité relatée au certificat d'expertise médicale remis à la victime par la Cour de comté.

SUPPRESSION DE LA GIBERNE DES MÉDECINS MILITAIRES. — Le *Bulletin militaire officiel* n° 6 annonce que tous les médecins militaires sont tenus de porter aux manœuvres, marches, etc., une sacoche à soufflet dit d'état-major, contenant un nécessaire médical de la composition suivante :

1° Un nécessaire de Michel avec cinquante agrafes contenu dans une boîte en métal nickelé;

2° Une boîte en métal nickelé susceptible de contenir des tubes de comprimés d'antipyrine, quinine, ampoules de morphine, caféine, etc.;

2° Une boîte d'instruments de chirurgie en métal nickelé renfermant : deux bistouris; deux pinces hémostatiques de Doyen; une paire de ciseaux; une boîte métallique de vingt aiguilles à sutures; une seringue à injections hypodermiques; une sonde cannelée; deux sondes d'homme et de femme en argent; une pince à disséquer à griffe; un thermomètre; une bande hémostatique de Denain; deux pansements individuels.

Ces divers objets sont contenus dans un portefeuille en maroquin à palettes, avec fermoir en maillechort.

Il n'est plus fait mention de la giberne qui se trouve donc supprimée.

Le *Bulletin médical*, en commentant ce changement et en appréciant la très heureuse composition de la nouvelle trousse, se fait l'écho des doléances des médecins militaires pour lesquels les changements successifs de tenue ou d'équipement constituent une lourde charge.

Notre excellent confrère émet le vœu, auquel nous nous associons, que l'Etat contribue dans la plus large part possible aux dépenses du nouvel équipement, tout au moins en ce qui concerne les médicaments.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine réunion aura lieu le jeudi 24 novembre, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine.

A cinq heures trois quarts, M. le docteur E. Reymond, sénateur, fera une conférence sur l'*Aviation*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vincent Costantini (de Saint-Marcel-Marseille).

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE. — MM. Gasne et Perrin, chefs de clinique, commenceront le jeudi 24 novembre, à quatre heures, un cours de chirurgie infantile et d'orthopédie qui aura lieu tous les jours à quatre heures, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale de l'hôpital des Enfants-Malades. Le cours sera complet en 28 leçons. Il comprendra les questions les plus importantes de chirurgie infantile et d'orthopédie et sera accompagné de démonstrations pratiques (appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentations de radiographies, etc.).

S'inscrire à la Faculté de médecine, droit d'inscription : 50 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 21 novembre : MM. Boirac, 11; Guinet, 2; Rougeulle, 8; Marcorelles, 9; Durand (Albert), 8; Delort, 11; Thiers, 10; Philip, 4; Levi-Frenckel, 10; Magniel, 4.

Pathologie. — Séance du 21 novembre : Mlles Athanassiu, 11; Landesmann, 10; MM. Bailleul, 9; Pena, 8; Lavolée, 6; Noël, 9; Besançon, 10; Thouvenin et Maréchal, 12; Haguenau, 9.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Congé du samedi 26 novembre 1910.* — A l'occasion de l'inauguration solennelle du monument érigé à la mémoire de Jules Ferry, le ministre a décidé qu'un jour de congé serait accordé à tous les établissements publics d'enseignement le samedi 26 novembre.

Il n'y aura ni cours, ni examens, ni travaux pratiques.

MM. les étudiants convoqués le samedi 26 novembre pour prendre leur inscription trimestrielle, devront se présenter à la Faculté, le vendredi 25 courant.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Après concours sont nommés : chef de clinique obstétricale, M. le docteur Delmas.

Chef de clinique des maladies mentales et nerveuses, M. le docteur Margarot.

Chefs de clinique chirurgicale, MM. les docteurs Jourdan et Rives.

CONTRE LA DÉPOPULATION. — La proposition du professeur Lannelongue, sénateur du Gers, contre la dépopulation, vient d'être étudiée par la commission sénatoriale chargée de son examen.

Après un exposé de la question par son auteur la commission a, nous dit le *Bulletin médical*, arrêté ainsi qu'il suit son programme de travail :

1° Mortalité, au point de vue des mesures législatives pour augmenter la vie de zéro à un an.

2° Natalité, examen de la situation des célibataires et des mesures à prendre contre le célibat.

3° Mariage. Faire disparaître les obstacles au mariage; réduire les formalités.

4° Encouragement aux familles nombreuses existantes.

5° Mesures propres à favoriser la natalité chez les familles à un et deux enfants par des améliorations et des modifications au régime des successions.

Examen sur la question de la liberté testamentaire.

6° Question des fonctionnaires; examen des mesures propres à diminuer le célibat et à augmenter la natalité chez eux, qui est la moindre de toutes.

Au fur et à mesure que ces questions seront résolues, les textes seront arrêtés pour être soumis au Sénat.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Le bureau pour 1911 est ainsi constitué : Président, M. Van Cauwenberghe; premier vice-président : M. Heger; second vice-président : M. Leboucq.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale annuelle sera tenue au cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, le vendredi 25 novembre, à cinq heures précises.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro de la *Revue du cancer*, publiée sous les auspices de l'Association française pour l'étude du cancer, par le docteur R. Ledoux-Lebard (Félix Alcan éditeur, 108, boulevard Saint-Germain).

Nous recevons également le premier numéro du *Journal de diététique et de bactériothérapie* qui paraît à la librairie Maloine.

(*Voir la suite des* Nouvelles, *p. 1833.*)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CLINIQUE MÉDICALE

DU PRONOSTIC DE L'INSUFFISANCE MITRALE

CHEZ LES VIEILLARDS

Par M. le docteur EDGARD HIRTZ,
Médecin de l'hôpital Necker (1).

La malade que je vous présente, et qui est âgée de soixante-dix-huit ans, est entrée à l'hôpital il y a trois semaines pour une légère dyspnée et un peu d'œdème malléolaire. Aujourd'hui vous pouvez constater que cette femme a toutes les apparences extérieures de la santé et même qu'elle est très bien conservée; elle demande instamment à nous quitter pour reprendre ses occupations pénibles de femme de ménage, qu'elle a toujours remplies jusqu'à ces jours derniers. Et pourtant cette femme est atteinte d'une insuffisance mitrale des plus typiques avec souffle piaulant intense à la pointe et au premier temps. J'ai donc la satisfaction de voir que le pronostic des plus sombres qui avait été porté par quelques élèves du service ne se trouve pas réalisé et que notre malade n'est pas vouée à une asystolie prochaine et irréductible. La longue durée de cette insuffisance mitrale, qui a déjà été bien et dûment constatée il y a dix ans à l'occasion d'une légère bronchite, n'a pas été d'ailleurs sans étonner ceux qui ont examiné la malade, eu égard à son âge avancé, et je crois que cette notion de durée a influencé leur opinion touchant la gravité de la présente affection. Dès le premier jour cependant, en raison de l'absence de tout trouble fonctionnel antécédent, en raison du bon état des reins, de l'appareil broncho-pulmonaire et des vaisseaux périphériques, j'ai été d'un avis différent, j'ai affirmé la bénignité de la maladie actuelle et j'ai porté un pronostic relativement favorable pour l'avenir; les faits m'ont jusqu'alors donné raison et j'ai tout lieu de croire que pendant longtemps encore, sauf accident imprévu, notre malade aura un cœur vaillant et robuste et ne succombera pas à l'asystolie.

C'est qu'en effet vos auteurs classiques actuels sont à peu près muets sur cette question du pronostic de l'insuffisance mitrale chez les vieillards. Plus loin de nous, Grisolle, Durand-Fardel, Peter, Potain et Rendu y avaient toutefois consacré quelques lignes. Et pourtant ils sont assez fréquents les cas d'insuffisance mitrale que l'on voit persister de nombreuses années chez des individus âgés sans altérer leur santé pendant fort longtemps. Au début de ma carrière, imbu des idées régnantes classiques, j'ai moi-même été pessimiste en présence de tels faits : j'eus tort, je l'avoue, mais justement si l'expérience est la résultante des erreurs passées, ces erreurs doivent aujourd'hui vous être profitables. Aussi il m'a paru utile de combler devant vous cette lacune et de vous démontrer que l'insuffisance mitrale simple par athérome est souvent relativement bénigne chez les vieillards. C'est là un point de pratique médicale qui n'est pas sans importance et que je veux appuyer de quelques exemples pris dans ma clientèle privée, où les malades peuvent mieux qu'à l'hôpital être suivis de nombreuses années.

Il y a treize ans, je fus appelé pour la première fois auprès d'un homme de soixante et onze ans, membre très actif du Parlement. Cet homme avait depuis quelque temps de la dyspnée d'effort, des palpitations et un léger œdème des membres inférieurs. A l'examen, je lui trouvai une arythmie très prononcée; mais tous les organes étaient en bon état, sauf le cœur qui présentait un deuxième bruit claqué à la base et surtout un souffle systolique piaulant à la pointe. En raison de l'âge, de l'arythmie, de l'œdème, je portai un pronostic sérieux pour l'avenir et prévins la famille de la possibilité d'une crise d'asystolie à brève échéance, ce qui ne fut pas sans alarmer l'entourage. Je prescrivis le traitement approprié et je fus étonné de ne plus entendre parler de ce malade pendant longtemps. La raison en était simplement que l'alerte n'avait été que passagère. Depuis lors, malgré mon erreur de pronostic, ce malade me continua sa confiance, et je lui ordonnai une hygiène et un régime alimentaire convenables, sans aucun médicament. Actuellement, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, le souffle mitral persiste aussi intense qu'il y a treize ans, et l'arythmie n'a jamais disparu complètement; et cependant cet individu est un homme d'une grande activité aussi bien physique que cérébrale. Mon oreille décèle bien chez lui une lésion cardiaque, mais la maladie de cœur ne s'accuse par aucun trouble fonctionnel.

Autre exemple. — Au mois de février dernier, j'ai vu mourir de pneumonie, à l'âge de quatre-vingt-quatorze ans, un malade que je connaissais depuis trente ans. Cet homme, petit, d'aspect chétif, était cependant un individu très alerte, d'une activité physique dévorante et d'une grande puissance de travail intellectuel. Vers l'âge de soixante-dix-sept ans, à l'occasion d'un léger rhume, j'auscultai par hasard son cœur: quel ne fut pas mon étonnement de constater un souffle systolique mitral! Depuis cette époque jusqu'à sa mort, cet homme n'éprouva pas le moindre trouble fonctionnel du fait de sa lésion cardiaque : il montait les escaliers jusqu'à son troisième étage sans le moindre essoufflement. Bien plus, l'année dernière, sa femme fut très gravement malade pendant trois semaines; eh bien! chose extraordinaire, cet individu que l'on eût presque renversé du bout d'un doigt ne voulut prendre aucune garde-malade, donna seul tous les soins les plus dévoués à sa femme, resta debout jour et nuit et dormit à peine une heure ou deux par jour dans un fauteuil : un tel surmenage physique accompagné de graves soucis n'éprouva nullement ce vieillard de quatre-vingt-treize ans!

Autre exemple. — Je soigne depuis vingt-sept ans un homme qui a aujourd'hui soixante-seize ans et qui, à l'encontre du précédent, est un vrai colosse, d'une activité physique étonnante, et aussi d'une intelligence supérieure. Or, chez lui, qui n'a jamais

(1) Leçon faite le 7 novembre 1910, recueillie et rédigée par M. BEAUFUMÉ, ancien interne des hôpitaux.

connu un jour de repos, j'ai découvert par hasard il y a quatorze ans un souffle musical intense d'insuffisance mitrale. Mon diagnostic a été confirmé par le professeur Gilbert et par mon collègue Huchard. La lésion crève l'oreille; mais ici encore c'est, si j'ose dire, beaucoup de bruit pour rien, car jamais cet homme n'a souffert de sa maladie de cœur.

Je pourrais encore vous citer trois cas semblables aux précédents; mais comme ces observations sont toutes calquées les unes sur les autres, je n'en vois pas l'utilité. En somme, voici des vieillards qui sont atteints d'une insuffisance mitrale par athérome, qui vivent porteurs de leur lésion pendant de longues années avec une aisance extraordinaire sans en éprouver la plus petite gêne et qui meurent tardivement, assez souvent d'une autre affection intercurrente. C'est donc vous dire la bénignité relative de l'insuffisance mitrale simple chez les vieillards. Aussi la conclusion qui s'impose est tout naturellement qu'en présence de pareils faits vous ne devrez pas porter de pronostic trop sérieux, et vous vous garderez d'émettre des craintes immédiates inspirées surtout par la constatation d'un souffle mitral particulièrement net et piaulant. Vous ne vous laisserez pas influencer par l'intensité de ce bruit, intensité qui n'indique nullement la gravité de la lésion ; ce bruit est fonction des dimensions du pertuis auriculo-ventriculaire, de l'énergie du myocarde et principalement de l'état d'induration des bords valvulaires. Ayez donc beaucoup de circonspection dans votre pronostic et rappelez-vous qu'en principe, toutes choses égales d'ailleurs, les individus âgés supportent mieux les lésions cardiaques que les enfants et les adultes.

C'est qu'en effet, chez le vieillard, il y a une véritable adaptation de l'organisme aux lésions cardiaques. Mais encore, pour cette adaptation, faut-il des conditions spéciales. Or, ces conditions indispensables sont les suivantes : voies broncho-pulmonaires intactes, système artériel périphérique en bon état, reins filtrant bien. Que si l'on a affaire à un individu atteint, en même temps que d'insuffisance mitrale, d'emphysème pulmonaire, de dilatation bronchique, de sclérose pleuro-pulmonaire, le pronostic est alors bien différent, car le cœur sera beaucoup moins apte à continuer la lutte. De même en présence de ces artério-scléreux chez qui les temporales sont fortement dessinées, chez qui vous percevrez des radiales en tuyau de pipe ou en trachée de poulet, alors vous êtes en droit d'être circonspects quant à leur avenir. De même aussi si les urines sont albumineuses et si les reins lésés vont tôt ou tard avoir un retentissement néfaste sur le muscle cardiaque.

La formule d'un bon pronostic est donc celle-ci : pas d'autres lésions, ni en amont, ni en aval. Votre oreille fera le diagnostic lésionnel; mais ce n'est que par l'examen des autres viscères et des vaisseaux périphériques, c'est-à-dire en établissant un bilan complet de l'état de tous les organes, que vous pourrez porter un pronostic exact. Et dans les faits dont je viens de vous entretenir, en établissant l'hygiène et le régime convenables à cet âge, vos malades conserveront de nombreuses années une santé satisfaisante tout en étant des vieillards, et des vieillards atteints d'une insuffisance mitrale.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

ET

ABCÈS CÉRÉBRAL A MÉNINGOCOQUES

Par MM. MONZIOLS,
Médecin aide-major de première classe,
et LOISELEUR (de Laval).

Les nombreux travaux, qu'a suscités la recrudescence de la méningite cérébro-spinale tant en France qu'à l'étranger, ont éclairé d'un jour nouveau l'histoire épidémique et bactériologique de cette maladie, en même temps qu'ils signalaient les localisations nombreuses du méningocoque en dehors des méninges (plèvre, péricarde, articulations, etc.).

Or, il nous a été donné d'observer, au cours d'une épidémie de méningite qui a évolué ces derniers mois à Laval, une localisation rare du méningocoque qui avait déterminé un abcès en pleine substance cérébrale.

Observation. — Des..., jeune soldat, armée active, pas d'ajournement.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux, pas alcoolique, mère sujette aux maux de tête. Un frère bien portant, quatre sœurs, dont deux très nerveuses ; l'une d'elles a présenté des phénomènes choréiques.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, constitution très vigoureuse. Pas de tares.

Depuis quelque temps, ses camarades avaient remarqué qu'il paraissait triste, un peu prostré et qu'il ne causait plus avec eux comme auparavant.

Le 18 janvier 1910, le malade ressent au réveil une céphalée « lui comprimant les tempes comme dans un étau ».

Le malade se lève sans présenter d'étourdissements, il vient à la visite. Il ne présente pas d'angine, pas de raideur de la nuque, pas de douleur des membres, pas de photophobie. Tous réflexes normaux. Nous le prenons en observation à l'infirmerie à cause de son facies prostré. En sortant de la visite, grand vomissement porracé.

Le 19, pendant la nuit, le malade se lève et est pris d'étourdissements, le matin pas de kernig, pas de raideur de la nuque, céphalée persistante; température, 36°8 ; le soir, 37°4.

Le 20, céphalée, pas d'autres symptômes; température, 36°9. Le soir, étourdissements et vomissement porracé ; température, 37°4.

Le 21, quoique la température soit à 37 degrés et qu'il n'y ait pas de symptômes de méningite, le malade est évacué sur l'hôpital avec le diagnostic « en observation, céphalée persistante ».

A son arrivée à l'hôpital, le malade présente une crise épileptiforme.

Quand nous le voyons quelques instants après, la céphalée est assez vive, la raideur de la nuque est très peu marquée. Pas de kernig. Pupilles égales, réagissant aux deux modes, mais très paresseuses surtout à gauche. Réflexes rotulien, crémastérien, abdominal, planti-digital et fémoral normaux. Facies prostré. Couché en chien de fusil.

A la contre-visite, en faisant asseoir le malade et en lui faisant pencher la tête en avant, on déclanche une crise ner-

veuse ayant les caractères suivants : tous les membres sont le siège de contractions cloniques, les yeux sont révulsés, la respiration est stertoreuse et le malade perd connaissance. Au bout d'une minute et demie environ, tout rentre dans l'ordre.

Le 22, même état. Température : matin, 37°7; soir, 37°4; une ponction lombaire donne du liquide eau de roche sous pression normale. Après centrifugation on ne constate ni éléments cellulaires ni figurés, mais l'ensemencement fait sur gélose-ascite donne le lendemain un coccus en grain de café ne prenant pas le gram.

Le 23, température : matin, 37°1; soir, 37°5; même état que la veille. A la contre-visite, céphalée plus vive, raideur de la nuque nette, kernig bien ébauché, pouls 58. Ponction lombaire : liquide louche. Après centrifugation on trouve à l'examen direct ce même coccus ne prenant pas le gram, identique au germe décelé sur la gélose-ascite et qui, dans la suite, présenta les caractères du méningocoque de Weichselbaum.

Le 24, température : matin, 37°4; soir, 38°2. Céphalée très violente. Photophobie, léger ptosis à droite, raideur nette de la nuque. Kernig inférieur très net, pas de kernig supérieur. Petits mouvements athétosiques des bras et des mains. Réflexe rotulien très diminué à gauche, presque aboli à droite, planti-digital et fémoral presque aboli. Ponction lombaire, 20 centimètres cubes liquide louche, suivie injection sérum de 10 centimètres cubes. Pouls, 60; petit.

Le 25, température : matin, 37°5; soir, 37°9. Inégalité pupillaire, pupille droite plus dilatée, ptosis plus marqué. Ponction lombaire, 25 centimètres cubes liquide louche, sans pression, injection de 20 centimètres cubes de sérum.

Le 26, légère amélioration, liquide clair, légèrement ambré; après centrifugation : rares méningocoques avec prédominance de lymphocytes. Température : matin, 37°4; soir, 37°8.

Le 27, même état général, liquide toujours clair avec un peu plus de pression.

Le 28 et le 29, le liquide céphalo-rachidien reste clair; on ne trouve plus de méningocoque après centrifugation. Formule lymphocytaire prédominante. Malgré cette amélioration au point de vue lymphocytaire et bactériologique, le malade reste plongé dans un état perpétuel de somnolence. Pupille droite plus grande que la gauche, ptosis encore très marqué.

Le 30, pendant la nuit, grands vomissements en fusée; nuit très agitée. Température : matin, 37°6; soir, 38°1. Pupilles très dilatées surtout à droite. Ponction lombaire, 40 centimètres cubes liquide jaune légèrement trouble, 30 centimètres cubes de sérum. Dans l'après-midi, le malade présente dans son bain une lipothymie avec pâleur de la face, révulsion des globes oculaires et respiration stertoreuse.

L'examen du liquide décèle quelques rares méningocoques. Polynucléaires, 60 p. 100; lymphocytes, 40 p. 100; quelques mononucléaires.

Le 31, craignant des phénomènes d'anaphylaxie, nous n'injectons pas de sérum. Température : matin, 37°5; soir, 38°6; le malade présente de la constipation; un lavement purgatif amène une forte débâcle.

Le 2 février, tous les réflexes sont de nouveau abolis, sauf le planti-digital et fémoral. Incontinence des urines et des matières. Ponction lombaire, 15 centimètres cubes, liquide très clair. Après centrifugation, pas de méningocoques, quelques rares éléments figurés; injection de 15 centimètres cubes de sérum.

Le 3 et le 4 février, même état; prostration toujours très marquée. Température : matin, 37°4; soir, 38 degrés.

Le 5, jour de la mort à onze heures, petite crise se manifestant par de la perte de connaissance et de la pâleur de la face, le pouls est petit, à 40 environ; au bout d'un quart d'heure, tout rentre dans l'ordre. A une heure, crise comme celle du matin mais durant plus longtemps; on donne un bain chaud, on fait une piqûre d'éther. Pouls, 120. Respiration présentant le type de Scheyne-Stockes. Dilatation pupillaire énorme. Pouls incomptable. La respiration s'arrête. On pratique la respiration artificielle avec ballon d'oxygène. A six heures, décès.

Autopsie du cerveau pratiquée le 6 février 1910.

Traînée laiteuse le long des veines sur toute la surface du cerveau, pas d'adhérences. Décortication facile de la pie-mère.

On enlève le cerveau et on constate la présence d'un abcès s'étendant depuis la scissure de Rolando jusqu'à la partie postérieure du lobe occipital ; la cavité est de la grosseur d'une petite orange. Elle est anfractueuse, sans membrane limitante et elle communique avec la corne sphénoïdale du ventricule latéral. Très mince couche de cortex sur la voûte et sur la partie postérieure. Rien au bulbe.

L'examen direct du pus prélevé a décelé de très nombreux méningocoques. Les cultures faites sur les différents milieux de laboratoire n'ont donné également que du méningocoque.

Cet abcès cérébral fut pour nous une trouvaille d'autopsie. N'ayant pas provoqué de symptômes de localisation, il nous avait été impossible d'en soupçonner l'existence pendant la vie du malade et cependant nous étions déroutés par l'évolution même de cette méningite qui, d'après nos recherches de laboratoire, semblait en voie de franche amélioration.

L'absence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien, la formule leucocytaire dans laquelle les lymphocytes avaient remplacé les polynucléaires, semblaient indiquer la guérison prochaine et, malgré ces symptômes de bon augure, l'état du malade s'aggravait et il mourait bactériologiquement guéri de sa méningite.

L'autopsie remit les choses au point, et nous fûmes heureux de constater que la faillite de la sérothérapie et des procédés de laboratoire n'était qu'apparente; le malade était mort, non point de sa méningite, mais bien des complications de son abcès. Ce dernier était-il antérieur ou consécutif à la méningite ? Il est difficile d'être affirmatif sur ce point.

Cependant les symptômes du début, la courbe de la température, les vomissements et surtout les crises épileptiformes qui survenaient lorsque l'on faisait asseoir le malade — et qui étaient dues sans doute à la compression de l'abcès — semblaient bien indiquer qu'il était le premier en date, alors surtout qu'une ponction lombaire pratiquée à ce moment donnait un liquide céphalo-rachidien s'écoulant sans pression et exempt d'éléments cellulaires.

A notre avis, le malade a fait tout d'abord une infection sanguine et secondairement sa localisation cérébrale, celle-ci occasionnée soit par une embolie microbienne, soit par une colonisation du germe en un point de moindre résistance créé par une cause demeurée inconnue et ce n'est qu'en troisième lieu que le méningocoque, véhiculé par le torrent circulatoire, a retrouvé son affinité spéciale pour les méninges et s'est développé dans son milieu favori.

Quoi qu'il en soit, nous croyons devoir attirer l'attention sur la fréquence de l'infection sanguine au cours de la méningite cérébro-spinale.

Contrairement à l'opinion de Flexner, nous pensons que l'infection méningée se fait en général par

là voie sanguine et ce n'est qu'exceptionnellement que le méningocoque emprunte la voie directe, à travers la lame criblée de l'ethmoïde pour passer du rhino-pharynx sur son point d'élection.

Des recherches récentes nous ont montré en effet que non seulement la septicémie méningococcique est constante dans les cas graves, mais encore dans les cas, en apparence très bénins, l'hémoculture a été affirmative dans une proportion de plus de 90 p. 100.

Aussi sommes-nous d'avis de recourir dans certains cas à la sérothérapie sous-cutanée, parallèlement aux injections rachidiennes et mieux encore, si nous ne craignions point les accidents d'anaphylaxie, à la sérothérapie intraveineuse. Cette dernière nous a donné des résultats remarquables, en particulier dans un cas de méningococcémie sans méningite et, dans cette observation d'abcès cérébral, nous sommes persuadés qu'elle eût été d'un précieux secours, étant donné surtout que, par la situation de cet abcès et l'absence de localisation possible, nous ne pouvions faire appel à la chirurgie.

INGESTION ET ÉLIMINATION D'EAU

CURE HYDRIQUE (1)

Par M. le docteur Emile FEUILLÉE,

Ancien stagiaire de l'Académie aux eaux minérales (Prix Gerdy),
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine.

Nos expériences ont été faites avec l'eau de la source basque d'Ahusquy. MM. Desgrez et Peytel en ont donné l'analyse suivante :

Carbonate de calcium	0,0672
Carbonate de sodium	0,0028
Chlorure de magnésium	0,0023
Chlorure de potassium	0,0002
Chlorure de sodium	0,0012
Sulfate de fer	0,0001
Sulfate d'aluminium	0,0038
Sulfate de potassium	0,0018
Sulfate de sodium	0,0046
Acide silicique	0,0028

L'extrait sec à 180 degrés est de 0,082 par litre.

La chimie ne peut donc nous donner la raison des propriétés diurétiques extraordinaires de cette eau que M. le professeur Reclus a vantée autrefois dans une très curieuse brochure. La radio-activité est hors de cause, car les effets sont les mêmes après de longs mois d'embouteillage.

Nous avons surtout profité, à la source même, de l'émulation des buveurs qui se font gloire d'ingérer le plus grand nombre de verres : 6 à 10 litres par jour s'absorbent couramment ; quelques sujets vont à 15 et même 20 litres, nous a-t-on dit, par vingt-quatre heures.

De telles quantités sont inutiles et même dangereuses : la cure d'Ahusquy devra être réglementée.

Influence, sur la tension artérielle, de l'ingestion de 2 litres d'eau en vingt minutes : appareil de Pachon. — Les résultats varient suivant trois types :

1° Aucune variation dans la pression artérielle.

2° De dix à vingt minutes après l'ingestion du dernier verre, la pression augmente de 1 à 3 centimètres et demi. Dans les trente minutes suivantes, retour au point de départ.

3° Dans les mêmes temps, la pression baisse d'une façon parfois considérable : par exemple de 16 à 11,5 ; sensation de froid : frissons ; *aucune variation du nombre des pulsations* ; après quarante minutes, retour au point de départ.

Influence, sur les leucocytes du sang, de quantités d'eau variable. — A partir du septième jour de la cure et même avant, diminution du nombre des leucocytes, augmentation du pourcentage des lymphocytes, résistance leucocytaire augmentée.

Dans une phase intermédiaire, pendant les deux ou trois premiers jours, nous avons souvent noté au contraire une augmentation du nombre des leucocytes avec polynucléose.

Opsiurie. — Nous avons observé de nombreux types de retard d'élimination déjà étudiés par MM. Gilbert, Lereboullet, Cottet, Mousseaux, Amblard, Bergouignan, Vaquez. Parmi les oliguriques, les uns éliminent plus vite par la position couchée, les autres ne voient survenir aucune modification.

Nous signalerons de plus les deux types suivants :

1° Après cinq ou six jours de cure l'opsiurie peut disparaître ;

2° En supprimant le repas de midi, l'élimination de l'eau ingérée le matin peut être de beaucoup avancée.

En faveur de l'origine portale de l'opsiurie vient plaider le fait de pression artérielle périphérique abaissée par l'ingestion d'eau.

Dans ces cas, en effet, les influences nerveuses peuvent être mises de côté, car il n'y avait pas de variation dans le nombre des pulsations ; en tenant compte, de plus, de la fréquence des tensions hémorrhoïdaires, nous pensons que l'abaissement de la pression périphérique réside en une gêne de la circulation hépatique réalisant en petit une ligature de la veine porte (Castaigne et Bender) et obligeant à s'accumuler momentanément dans la circulation intestinale l'afflux de sang venu pour combattre l'hypotonie de la grande quantité d'eau absorbée.

C'est là, il nous semble, un signe d'*insuffisance de la circulation hépatique* ; mais ces phénomènes ne persistent que de vingt à trente minutes.

L'absorption gastro-intestinale ne semble varier que de quelques minutes ; quand il n'y a ni diarrhée, ni vomissements, elle ne peut expliquer l'opsiurie se mesurant en heures et même en jours.

Quant au rein, il n'est pas en général la cause de l'opsiurie, l'eau absorbée n'est pas restée dans le sang, elle est passée dans les tissus : elle n'arrive pas au rein.

L'organisme a besoin d'eau pour l'élaboration des ingestions et des déchets, et principalement pour régler les transformations des albuminoïdes et le passage des colloïdes en cristalloïdes.

L'eau ingérée peut être bienfaisante *immédiatement*

(1) Communication faite à la Société de biologie, le 19 novembre 1910.

en enlevant aux cellules un excès de cristalloïde; la débâcle est rapide. Mais souvent, l'effet direct est nocif, par hydronocivité physique, par hypotonie. Des éléments plus fragiles, et tout particulièrement des leucocytes, mettent en liberté des albumines anomales qui provoquent de l'*hydrophilaxie tissulaire active*; les tissus *plus spongieux* absorbent et gardent l'eau, d'où pré-œdème, œdème (1), hydropysie.

Nous en arrivons aux mêmes conclusions, mais pour des raisons différentes :

1° L'oligurie et l'albuminurie orthostatiques sont identiques comme origine (Lemoine et Linossier)

2° L'opsiurie est d'origine extrarénale (Gilbert, Vaquez, Cottet, Carlos).

L'eau s'élimine quand les tissus ne la retiennent plus. L'élimination dépend en partie de l'état de gavage (ingestion et déchets) et de diète, des cellules tissulaires et des leucocytes.

Pour guérir l'opsiurie il faut donc : activer la nutrition; diminuer par le repos et la diète les chances d'imbibition tissulaire; exprimer dans le sang l'éponge tissulaire, par la douche froide en particulier.

Nous avons vu l'ingestion d'eau provoquer œdème, albuminurie, passage de leucocytes dans l'urine, augmentation de l'acide urique de l'urine, nausées, diarrhée, courbature, céphalée, fièvre.

Ce sont là les éléments de la *poussée thermale* que le praticien cherche à atténuer et à masquer. Après quelques jours, la rénovation leucocytaire s'est produite, comme dans le traitement mercuriel (2), comme dans la cure de chloruration (3).

La cure hydrique, comme toutes les cures hydrominérales, chlorurées ou autres, n'est bienfaisante que secondairement et indirectement. C'est pourquoi on peut les adapter *toutes* à soigner et à guérir des affections d'apparence fort dissemblables. Leur mode d'action principal peut se résumer en une *leucothérapie hydrominérale*. La cure hydrique a l'avantage d'avoir une action plus facile à graduer que celle de certaines cures fort à la mode qui débilitent souvent au lieu de guérir parce que dès le début a été dépassée la limite d'effort possible de rénovation.

FORMULAIRE

DÉSINFECTANT AGRÉABLE POUR APPARTEMENT

Camphre		20 grammes
Hypochlorite de chaux	} āā	50 —
Alcool		58 —
Eau		
Essence d'eucalyptus	} āā	1 —
— de girofle		

Le mélange des substances doit être effectué dans un vase spacieux et refroidi. Quelques gouttes de ce mélange versées sur une assiette suffisent pour désinfecter une pièce.

(1) *Leucopathies-métastases*. Th. de Paris, 1909.

(2) Thèse présentée.

(3) Montecatini. Cure de chloruration, rapport à l'*Académie de médecine*, 1909.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1910)

La fièvre de Malte. — M. Widal analyse une note de M. Courmont (de Lyon) dans laquelle l'auteur appuie les propositions faites récemment à l'Académie par M. Widal. Il insiste particulièrement sur la nécessité qu'il y aurait à appeler l'attention des services sanitaires des animaux sur la fièvre de Malte, à surveiller les abattoirs, et à s'opposer, par tous les moyens, à l'importation des chèvres d'origine orientale.

Les maladies infectieuses dans les colonies. — M. H. Vincent propose au vote de l'Académie une liste des maladies infectieuses dont la déclaration devra être rendue obligatoire ou facultative aux colonies.

Ces affections sont les mêmes qui ont été prévues par la loi du 15 février 1902 pour la métropole.

La fièvre récurrente, la maladie du sommeil, les fièvres paratyphoïdes, la fièvre de Malte, le kala-azar, sont adjoints aux maladies à déclaration obligatoire. Il en est de même de la dysenterie amibienne.

La recherche de l'index endémique du paludisme est demandée dans les colonies où les ressources médicales la rendront possible.

M. Vincent profite de cette circonstance pour demander que les fièvres paratyphoïdes soient inscrites parmi les maladies à déclaration obligatoire, en France.

Sur le traitement des caries pénétrantes. — M. Galippe fait un rapport sur un travail de M. et Mme Fildermann.

Les expériences de M. Fildermann ont été conduites avec beaucoup de soin et ont donné des résultats encourageants; mais étant donnée la fréquence de la lésion qu'il s'est proposé de soigner, lésion comportant avec les méthodes ordinaires des insuccès nombreux, il est à souhaiter que son appareil arrivé aujourd'hui à un degré de perfectionnement en rendant l'emploi facile puisse être mis entre les mains de nombreux praticiens.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division. MM. Debayle, ancien interne des hôpitaux de Paris, doyen de la Faculté de Léon (Nicaragua), et le professeur Oui (de Lille) ont été élus.

— M. Wickersheimer, bibliothécaire de la Sorbonne, est nommé bibliothécaire de l'Académie de médecine, en remplacement du docteur Laloy.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1910)

Rôle du médecin militaire dans les établissements pénitentiaires (discussion). — M. E. Rouyer constate, comme la plupart de ceux qui ont pris part à cette discussion, que l'alcoolisme aigu ou même chronique apparaît très fréquemment comme cause déterminante des délits. Ce sont les ouvriers d'usine qui forment la plus grande partie de la clientèle des tribunaux militaires, puis les engagés volontaires qui sont, le plus souvent, des engagés par force. La classe moyenne, par contre, ne fournit que peu de délinquants. La raison de ce fait semble résider dans le manque de surveillance des jeunes gens à la sortie de l'école. Depuis l'âge de treize ans, où il finit ses études primaires, jusqu'à seize ans où il peut entrer à l'atelier, le jeune homme est livré à lui-même et exposé,

surtout dans les grandes villes, aux pires fréquentations. Une fois perverti, il le reste définitivement. C'est une erreur de croire que le régiment pourra le régénérer. La vraie prophylaxie de la criminalité dans l'armée lui paraît résider dans des œuvres post-scolaires.

M. Niclot étudie divers moyens de redresser dans une certaine mesure les détenus militaires. Il réprouve d'une façon générale les procédés violents et s'élève contre les châtiments corporels. Il estime que le médecin peut, avec beaucoup de tact dans sa manière de faire et dans la direction du personnel sous ses ordres, obtenir des résultats heureux.

MM. Granjux et Chavigny insistent sur la nécessité de faire systématiquement l'examen au point de vue mental de tous les détenus militaires et de constituer des dossiers qui les suivront. On évitera, de la sorte, que des irresponsables soient condamnés injustement, et on éliminera de l'armée des éléments de qualité inférieure. Il serait même utile de faire le dépistage de tous les suspects au point de vue de l'intégrité mentale; on ferait ainsi de la bonne prophylaxie. Les auteurs concluent à la nécessité pour le médecin militaire de posséder des notions approfondies en psychiatrie.

Traitement des traumatismes fermés du crâne (discussion). — M. Revel se déclare opposé à l'intervention chirurgicale systématique. Il considère que l'observation du blessé prime toute considération théorique et qu'il ne faut recourir à la trépanation que lorsque celle-ci paraîtra indispensable pour redonner au cerveau son jeu et son fonctionnement physiologique normaux. Quant à la ponction lombaire, il est nécessaire de la pratiquer, dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique.

M. Lahaussois rapporte l'observation d'un blessé atteint de fracture de la voûte cranienne (région pariétale gauche) propagée à la base, qui, malgré l'apparition, le troisième jour après le traumatisme, d'une réaction méningée assez intense (somnolence, céphalée, agitation nocturne, signe de Kernig, ralentissement du pouls) provoquée vraisemblablement par la présence de sang épanché dans l'espace sous-arachnoïdien, a guéri complètement au moyen de ponctions lombaires répétées. Les examens histo-bactériologiques pratiqués à chaque ponction lui ont permis de vérifier l'existence de l'épanchement et de suivre les diverses phases de la résorption sanguine.

VARIÉTÉS

LE DISPENSAIRE POUR TUBERCULEUX DE L'HOPITAL LAENNEC

C'est le 1er décembre que doit s'ouvrir le dispensaire antituberculeux qui vient d'être créé à l'hôpital Laënnec. La direction en sera confiée au professeur Dieulafoy, qui, atteint par la limite d'âge, quitte la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu.

Dans un article fort documenté, *le Temps* montre « qu'en créant cet organe nouveau de la lutte contre la tuberculose, M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, réalise un des points les plus importants du programme tracé jadis au conseil de surveillance par M. Léon Bourgeois, président de la commission de préservation contre la tuberculose. Car il ne s'agit pas seulement de la construction et du fonctionnement de quelques salles nouvelles pour la consultation ou le traitement des malades. Le dispensaire, différant profondément de tous ceux qu'on a vu fonctionner en France ou à l'étranger, sera le centre, le lien, le cœur de l'organisation mise sur pied par l'Assistance publique pour lutter à Paris contre la tuberculose.

A la fois dispensaire de prophylaxie et dispensaire de traitement, les malades qui peuvent encore rester chez eux la nuit trouveront à Laënnec dans la journée tout ce qui leur est nécessaire : consultations et médicaments, repas et salles de repos, bains, soins dentaires; même on y blanchira et désinfectera leur linge.

Le soir, ils regagneront leur domicile, mais on y aura préalablement procédé à une enquête; un visiteur aura donné à la femme, aux enfants du malade des indications sur les moyens de se protéger de la contagion; une infirmière viendra compléter ces instructions sanitaires et assurer au besoin la continuation des soins. Suivant une formule nouvelle, le dispensaire aura une action extérieure très étendue.

Mais en outre des malades traités chez eux et au dispensaire, il y en a d'autres qu'il faut soigner dans des établissements spéciaux. Voici en ce qui les concerne comment fonctionnera le dispensaire.

Si l'état du malade est grave et qu'il convienne de ne pas l'éloigner de sa famille, le dispensaire pourra l'admettre dans l'un des deux services de tuberculeux que, parallèlement au dispensaire, on vient d'installer à Laënnec. Le vieil hôpital a été divisé en deux parties complètement isolées l'une de l'autre, la première restant affectée aux malades de toutes catégories, l'autre étant exclusivement réservée aux tuberculeux. Dans celle-ci, les vastes salles ont été transformées par l'ouverture de baies énormes par où l'air et la lumière entrent à profusion; ces salles seront desservies par un personnel d'infirmières recruté à la nouvelle école de la Salpêtrière.

Si le séjour du malade à l'hôpital où se traitent les cas aigus n'est pas indispensable, le dispensaire l'enverra soit à Angicourt où il pourra faire une cure de sanatorium, soit à Brévannes s'il a seulement besoin d'un repos de plusieurs mois à la campagne.

A la sortie de ces établissements les malades reviendront naturellement au dispensaire chercher le complément nécessaire à leur guérison. Chacun d'eux aura pour lui et pour sa famille un dossier sanitaire qui permettra de diriger le traitement et d'envisager les solutions les plus favorables à son rétablissement. Le tuberculeux viendra-t-il pour une autre maladie à entrer dans un hôpital quelconque ? Il suffira qu'il avertisse cet hôpital pour que le dispensaire fournisse d'urgence les renseignements médicaux les plus utiles au médecin traitant.

Ainsi se réalisera une coordination telle des services que le tuberculeux à toutes les phases de la maladie trouvera, par les soins du dispensaire, une aide efficace, et qu'il n'aura besoin à aucun moment de faire lui-même des démarches pour rechercher ce qu'il pourrait solliciter; c'est le dispensaire qui se chargera de le guider et qui fera attribuer, au malade ou à sa famille, les secours indispensables pour lui permettre de bénéficier d'un traitement.

L'organisation matérielle du dispensaire est à la fois d'une simplicité et d'une perfection rares. C'est M. André Mesureur qui, avec le concours du directeur de l'hôpital, en avait assumé la tâche. L'entrée se trouve rue Vaneau. Au rez-de-chaussée, deux salles d'attente pour les malades, trois cabinets pour les assistants du médecin en chef, les docteurs Doury, Marcel Nathan et Sézary, et une petite salle de pansements. Attenant aux cabinets de médecins, un poste de radioscopie permettant l'examen immédiat des malades; puis trois laboratoires pour les docteurs Le Play et Faroy. Enfin, des magasins pour la distribution du linge, des médicaments et des ustensiles, une salle de bains, une salle de réception du linge sale.

Au premier étage, deux salles de repos lumineuses et aérées pour les malades, un vaste réfectoire avec office, une salle pour les applications électriques. Enfin des tentes installées pendant l'été dans le jardin de l'hôpital Laënnec permettront aux malades de se reposer en plein air une partie de la journée au lieu de retourner à leur pauvre taudis, ou pis encore, de séjourner dans les cabarets du voisinage.

A toute heure, en somme, les tuberculeux pourront se présenter au dispensaire. Des consultations auront lieu tous les matins, même le dimanche, et trois fois par semaine l'après-midi à quatre heures. Mais en dehors même des jours et des heures de consultation, les malades seront certains de trouver dès qu'ils arriveront une aide immédiate au dispensaire, un premier conseil, et parfois même le commencement d'une intervention efficace ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

IIIe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. TRAITEMENT ET DIAGNOSTIC PAR LES AGENTS PHYSIQUES. (*Paris, 18, 19 et 20 avril 1911.*) — Le bureau de la commission d'organisation est ainsi composé : président, M. le docteur Béclère, membre de l'Académie de médecine (Société d'électrothérapie); vice-présidents, MM. Hirsberg, René Mesnard, Kouindjy, Saquet (Société de kinesithérapie), Albert Weil, Sollier, Zimmern (Société d'électrothérapie); secrétaire général, docteur A. Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance, Paris ; secrétaire général, adjoint, docteur Wetterwald ; trésorier, docteur Delherm, 2, rue de la Bienfaisance.

PROGRAMME PROVISOIRE. — *Mardi 18 avril*, matin 9 heures : 1re séance. Discours d'ouverture du président du Congrès. Nomination des bureaux. Communications. — Soir 2 heures: 2e séance.

Mercredi 19 avril. — Matin 9 heures : 3e séance. — Soir 2 heures : 4e séance.

Jeudi 20 avril. — Matin 9 heures : 5e séance. — Soir 2 heures : 6e séance et clôture.

Le *Mercredi 19 avril*, à 7 h. 1/2 du soir : banquet du Congrès (les dames sont particulièrement priées d'assister à ce banquet).

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — La Commission a décidé de mettre à l'ordre du jour huit questions ; les quatre premières ne sont pas l'objet de rapports, mais les Congressistes sont instamment priés de préparer des travaux afin que la discussion ait toute l'ampleur qu'elle mérite. Ce sont:

Sciatique ;
Lupus vulgaire ;
Hypertrophie de la prostate ;
Hémorragie de la ménopause.

Les quatre autres donneront lieu à la lecture des rapports suivants :

Entéro-colite muco-membraneuse. — MM. Dausset : thermo et photothérapie ; Desplats : électrothérapie ; Froussard : hydrologie et hydrothérapie ; Lanet : kinesithérapie ; Milon : diététique.

Pied plat douloureux. — MM. Albert Weil : radiodiagnostic, électrodiagnostic, électrothérapie ; Mencières : indications respectives des agents physiques et des interventions chirurgicales ; René Mesnard : kinesithérapie ; X... : thérapeutique hydrominérale et thermothérapie.

Syringomyélie. — MM. Delherm : électrodiagnostic et électrothérapie ; Duhain : radiothérapie ; Kouindjy : kinesithérapie.

Fibrome utérin. — MM. Bralant : kinesithérapie ; René de Langenhagen : hydrologie et hydrothérapie ; Oudin : radiumthérapie ; Laquerrière et Guilleminot : électrothérapie et radiothérapie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marquis (d'Avesnes-sur-Helpe) et Georges Sicard (d'Alger).

CLINIQUE ANNEXE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (semestre d'hiver). — COURS PRATIQUE ET ÉLÉMENTAIRE DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Ce cours (avec présentation de malades) commencera le mardi 13 décembre 1910, à neuf heures (hôpital Lariboisière, salle des conférences); il se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, et se terminera le samedi 18 février 1911. Il sera fait :

Les mardis, par M. Lombard, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et M. Halphen, assistant du service.

Les jeudis, par M. Baldenweck, assistant du service, et les internes du service.

Les samedis, par M. Grivot, ancien assistant et ancien interne des hôpitaux, et M. André, chef de laboratoire.

Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires de la Faculté inscrits dans le service. Pour les autres auditeurs, le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire le matin dans le service.

Les élèves qui auront suivi régulièrement le cours de technique et le cours de clinique oto-rhino-laryngologique pourront être autorisés à examiner des malades dans la salle de consultation externe.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PERFECTIONNEMENT. — Cet enseignement sera fait sous la direction de M. Sebileau. Il comprendra :

a. Des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale, par MM. Grivot et Le Mée;

b. Un cours d'opérations spéciales, par MM. Sebileau et Lombard ;

c. Des conférences sur l'acoumétrie et l'exploration fonctionnelle de l'appareil auditif, par MM. Lombard et Halphen;

d. Des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie, par MM. Lemaître et Baldenweck ;

e. Des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes, par MM. Pautrier et André, chefs de laboratoire.

Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire de perfectionnement est de 150 francs. On peut s'inscrire pour un seul cours ; le droit à verser est de 60 francs.

Se faire inscrire le matin dans le service.

Des affiches ultérieures donneront les détails complémentaires nécessaires.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Trajet rapide de Paris à la Côte d'Azur en treize heures.* — Train de jour « Côte d'Azur rapide », composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans suppléments), lits-salon et restaurant.

Départ de Paris : 9 h. matin.

« Train extra-rapide de nuit » composé de voitures à intercirculation avec places de 1re classe (sans supplément), lits-salon, lits-salon avec draps, salon avec lits complets, sleeping-car, restaurant au départ de Paris.

Départ de Paris : 7 h. 20 soir.

Pour les périodes de mise en marche, les horaires et les conditions d'admission dans ces trains, consulter les affiches ou les indicateurs.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PLAIES DE LA MOELLE

ÉTIOLOGIE. — Les plaies de la moelle se produisent par suite de quatre traumatismes différents : fractures ou luxations des vertèbres, blessures par arme blanche ou par arme à feu.

Fractures. — La moelle est fréquemment blessée dans les fractures des *corps vertébraux*, surtout quand le traumatisme porte sur la région dorso-lombaire.

Deux théories expliquent la participation de la moelle : 1° la *compression* entre l'arc sus-jacent et le corps vertébral; 2° l'*élongation* de la moelle appuyée sur le bord postéro-supérieur du fragment vertébral inférieur, alors que la partie sus-jacente de la colonne glisse en avant.

Les fractures des *arcs* peuvent blesser la moelle, mais plus rarement (esquilles).

Luxations. — Ce sont surtout celles de la région cervicale qui, se luxant en avant uni ou bilatéralement, écrase la moelle en flexion forcée.

La cinquième et la sixième sont les plus fréquemment atteintes. L'atlas et l'axis, en se luxant, déterminent des lésions généralement suivies de mort rapide.

Blessures par armes blanches. — C'est la plus grande partie des plaies de la moelle. Surtout fréquente dans les régions cervicale et lombaire pour Charcot (espaces interlamellaires plus larges et accessibles), elles le seraient pour Chipault davantage dans la région dorsale.

Blessures par armes à feu. — A force de pénétration variable, d'où de grandes différences dans la gravité des lésions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **I. Fractures et luxations.** — 1° AU DÉBUT, en dehors des contusions légères, rares, on a généralement une attrition complète de la *moelle*. Chipault distingue : *a.* la *zone traumatique*, où il n'y a plus qu'une bouillie sanglante faite d'éléments nerveux méconnaissables et d'éléments sanguins; *b.* une *zone juxta-traumatique*, s'étendant à un centimètre environ au-dessus et au-dessous de la première, caractérisée par des lésions de moins en moins intenses et un changement d'orientation des éléments nerveux; *c.* plus loin, il y a encore des foyers hémorragiques.

Les *racines* sont généralement déchirées, détruites ou comprimées au même niveau.

Les *méninges* peuvent être écrasées et saignent.

2° AU BOUT DE QUELQUES JOURS, on trouve des modifications très nombreuses dans lesquelles on distingue : *a.* la nécrose de la zone traumatique; *b.* la dégénérescence irrégulière de la zone juxta-traumatique; *c.* la dégénérescence wallérienne des éléments qui ont été séparés de leur centre trophique; *d.* un processus de résorption des éléments morts et de cicatrisation par prolifération conjonctive et névroglique; *e.* souvent des lésions d'infection.

3° LONGTEMPS APRÈS. — La moelle est transformée au niveau de la lésion en un *cordon fibreux* dans lequel on trouve des foyers d'hématomyélie anciens.

Les méninges sont épaissies, adhérentes, fibreuses.

II. Plaies par armes blanches. — La moelle peut être sectionnée; le plus souvent il y a une hémisection plus ou moins régulière. Mais la section nette est toujours accompagnée au voisinage par des lésions d'attrition. La régénération des fibres coupées ne se fait pas.

Les méninges sont toujours blessées, d'où des foyers d'hémorragie méningée plus ou moins étendus.

III. Armes à feu. — Les lésions de la moelle peuvent être faites soit par la balle elle-même, soit par les esquilles osseuses qu'elle détache, soit par les corps étrangers qu'elle entraîne.

Les lésions de la moelle sont des lésions irrégulières, contuses, d'écrasement.

D'autres organes sont souvent blessés avant que la balle ne se fiche dans le rachis (thorax ou abdomen).

L'infection est fréquente.

SYMPTOMES. — On ne peut pas faire un tableau symptomatique des plaies de la moelle, les cas particuliers variant à l'infini. Nous verrons les troubles que les destructions médullaires peuvent entraîner souvent. Ils seront évidemment variables suivant la gravité et le siège des lésions. Ils traduisent d'ailleurs en même temps les lésions médullaires et les lésions radiculaires presque toujours concomitantes, et il est difficile d'en faire le départ puisque, contrairement à Chipault, on admet aujourd'hui l'identité des topographies sensitives, médullaires et radiculaires.

I. Symptômes en général. — 1° MOTRICITÉ. — Il y a *paralysie motrice* de toute la partie du corps innervé par le segment sous-jacent à la lésion (si la destruction est totale), paraplégie, diplégie, suivant le siège; paralysie complète et flasque.

2° SENSIBILITÉ. — *Anesthésie totale* du même segment avec hyperesthésie à sa limite supérieure. Toute sensation subjective ou objective est abolie.

Dans certains cas où il y a compression on peut avoir des paresthésies diverses, des dissociations de la sensibilité. Les névralgies sont dues à des compressions radiculaires.

3° RÉFLEXES. — Les réflexes tendineux sont *abolis* s'il y a section complète. S'il y a compression, ils sont abolis d'abord, puis exagérés par suite de la dégénérescence du faisceau pyramidal, puis de nouveau abolis par névrite.

Les réflexes cutanés sont variables; le babinski est en extension.

4° SPHINCTERS. — La *rétention* est de règle au début pour les matières et les urines. Constipation intense. Secondairement, il y a incontinence d'urine par regorgement.

Les urines sont elles-mêmes modifiées, surtout alcalinisées, ce qui favorise singulièrement l'infection.

5° TROUBLES TROPHIQUES. — Ils surviennent au bout de quelques semaines. Ce sont des éruptions cutanées, des escarres, parfois du décubitus acutus, de l'œdème, des atrophies musculaires et des arthropathies généralement séreuses.

II. Symptômes particuliers. — Nous ne nous étendrons pas sur la localisation des lésions suivant le siège, qui se déduit facilement de l'anatomie topographique et de la distribution des paires radiculaires. Chipault a distingué une série de types principaux suivant la hauteur des lésions.

Le type *cervical* est un peu spécial, caractérisé par une quadriplégie avec paralysie du diaphragme si la lésion est au-dessus de la troisième cervicale, d'où asphyxie rapide, ralentissement du pouls. La luxation de l'atlas et de l'axis, quand elle ne détermine pas la mort rapide, donne de la névralgie occipitale. Les lésions de la première dorsale produiraient du myosis et de la rétraction du globe.

Les types *brachial supérieur* et *inférieur*, *crural*, *jambier* et *sacré* ne sont caractérisés que par la hauteur de moins en moins considérable des limites de la paralysie et de l'anesthésie. Dans les types sacrés, celle-ci se localise dans les territoires cruraux, génitaux, fessiers.

Dans les lésions *dorso-lombaires* il y a paraplégie, incontinence généralement et douleurs terribles quand la destruction n'a pas été complète.

Les lésions de la *queue de cheval* donnent toujours de l'incontinence.

Le *syndrome de Brown-Séquard* se voit parfois (hémisection).

MARCHE. — **Pronostic.** — Ils varient beaucoup. Il peut y avoir :

1° *Mort rapide* dans le shock (lésions bulbaires);

2° *Mort en quelques jours* par infection pulmonaire ou myélite ascendante;

3° *Mort tardive* par infection (infection urineuse, escarres, myélite putride);

4° *Survie* enfin, mais avec impotence définitive et déchéance de l'individu.

TRAITEMENT. — **Médicalement**, on ne peut que prévenir l'infection de la peau et des urines par de l'hygiène et une évacuation régulière et aseptique de la vessie.

Le **traitement chirurgical** est indiqué dans certains cas.

1° Dans les *luxations* la réduction immédiate est parfois possible. Il faudra en tout cas la tenter quand les accidents sont menaçants.

2° Dans les *fractures*, si on suppose une compression, il faut faire une *laminectomie* précoce et large avec ablation des esquilles.

On interviendra encore tardivement parfois s'il y a compression. Dans les lésions de la queue de cheval on interviendra toujours parce qu'on peut espérer la régénération.

3° Dans les *plaies par arme*, il sera parfois indiqué d'intervenir pour évacuer les foyers hémorragiques et extraire la balle.

4° Quand il y a infection, phlegmon péridural, il faudra inciser et drainer

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — SAMEDI 26 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 26 NOVEMBRE 1910. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 23 novembre : MM. Gougelet, 7; Maurel et Vignal, 5; Gastaud et Schmutz, 4; Mallet (Lucien), 8; Théry (Louis), 10; Mazzolini, 7; Roufflac, 5; Baudin, 4.

— M. Philip a eu la note 7 au lieu de 4 à la séance du 21 novembre, et M. Boirac a eu 9 au lieu de 11 à la même séance.

Avis à MM. les candidats. — 1° Appel des candidats au début de chaque séance.

2° Le vendredi, appel des candidats devant lire le dimanche suivant.

3° Les candidats qui ne répondront pas à ces appels seront déclarés définitivement absents, aucune excuse n'est admise par le jury, hors les cas de maladie dûment constatée par certificat médical, signé d'un médecin ou chirurgien des hôpitaux.

Pathologie. — Séance du 23 novembre : MM. Vielle, 11; Legrain, 12; Coudray, 9; Piot, 10; Vigot, 4; Weber (André) et Kœchlin, 12; Duter, 7; Françon, 13; Vallery-Radot (Pasteur), 14; Saxe, 7.

— Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 9 janvier 1911, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration (3, avenue Victoria, service du personnel), de onze heures à trois heures, depuis le lundi 12 décembre 1910 jusqu'au samedi 24 du même mois inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le médecin major de deuxième classe Matignon, chef de laboratoire à la Faculté de Bordeaux (hors cadres), à la disposition du ministre de l'instruction publique, a été désigné pour accomplir une mission scientifique au Siam, en Indochine et dans la Chine méridionale.

Il s'est embarqué à Marseille le 16 novembre 1910.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le jeudi 5 janvier 1911, à une heure précise, il sera ouvert, à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif et Maison-Blanche).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, premier bureau, annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 5 au samedi 17 décembre 1910 inclusivement.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Berthet est nommé médecin aide-major de deuxième classe des sapeurs-pompiers à Taninges (Haute-Savoie).

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE. — A été nommé membre de la commission visée à l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905, comme représentant de syndicats de médecins, M. le docteur Cayla, vice-président de la Société de médecine de Paris, président médecin de la commission mixte d'arbitrage instituée entre des médecins de la banlieue ouest de Paris et des sociétés d'assurances contre les accidents du travail, en remplacement de M. le docteur Philippeau, démissionnaire.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur A. Mathieu reprendra le 3 décembre, à dix heures quarante-cinq, et continuera les samedis suivants à la même heure ses conférences sur l'étude clinique des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Cette série, non payante, est ouverte à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Entrée : 20, rue de Citeaux, ou bien, jardin de l'hôpital, bâtiment des bains.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Service direct Paris-Béziers, viâ Brioude-Saint-Flour.* — Depuis le 1er juin 1910, la Compagnie a rétabli son service rapide et direct Paris-Béziers, par l'itinéraire Brioude-Saint-Flour, qui offre la plus courte distance entre Paris et Béziers.

Ce service est assuré par les express nos 921 et 930 comportant des voitures directes de toutes classes de ou pour Béziers.

Aller : Départ de Paris à 8 h. 15 soir; arrivée à Saint-Flour le lendemain à 7 h. 42 matin, et à Béziers à 3 h. 22 soir.

Retour : Départ de Béziers à 9 h. 20 matin, et de Saint-Flour, à 6 h. 02 s.; arrivée à Paris le lendemain à 5 h. 10 m.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 41, 8 oct. 1910.) D'Amato et Cuomo : Recherches cliniques et expérimentales sur la valeur de la réaction de Cammidge.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 22 sept. 1910.) Richter : Sur l'œdème brightique. — Hermes : Sur la péritonite consécutive aux perforations typhiques. — Gordon : Sur l'endotine, substance spécifique isolée de l'AT (Koch). — Gouwitsch et Bormann : La préparation d'Ehrlich-Hata 606. — Knauth : Un cas d'infection mixte tuberculeuse et streptococcique et un cas de septicémie cryptogénétique staphylococcique. — Savels : Sur l'intoxication nitreuse par inhalation d'acide nitrique. — Rhese : Le diagnostic des affections du labyrinthe ethmoïdal par les rayons Röntgen. — Töpfer : Sur la césarienne vaginale. — Fischer : Sur quelques méthodes d'anesthésie par l'alypine. — Skutetky : Les préparations durables de sédiments urinaires. — Meyer : La nature de la réaction de Wassermann.

Medizinische Blætter. — (N° 41, 8 oct. 1910.) Gasiorowski : La dysenterie dans l'asile d'aliénés de Kulparkow près de Lemberg.

Montpellier médical. — (N° 40, 2 oct. 1910.) C. Fleig : Survie et reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés dans les eaux minérales. — Laforgue : Questions de tuberculose. — (N° 41, 9 oct.) C. Gueit : Deux cas d'articulations anormales du cartilage triticé contenu dans le ligament latéral thyro-hyoïdien. — C. Fleig : Survie et reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés dans les eaux minérales.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 27 sept. 1910.) Schreiber : Sur l'injection intraveineuse du 606 d'Ehrlich. — Hügel et Ruete : Nos expériences actuelles sur le médicament 606 d'Ehrlich-Hata. — Sieskind : Rapport d'ensemble sur 375 cas traités par la préparation d'Ehrlich-Hata. — Sellei : L'action clinique du 606. — Seidel : Fistule biliaire permanente et oosporose chez l'homme. — Kreeke : Sur le traitement prémonitoire et consécutif dans les opérations abdominales et sur le lever précoce. — Fischer : Sur un cas de dysbasie angiosclérotique (claudication intermittente). — Gros : Sur une méthode pour augmenter l'action des anesthésiques locaux. — Läwen : Sur l'emploi de la novocaïne en solutions bicarbonatées sodiques pour l'anesthésie locale. — Veiel : Le digipuratum Knoll. — Merz-Weigaucht : Une pince à lèvres. — Jogischess : Sur l'épidémiologie de la poliomyélite antérieure.

Province médicale. — (N° 40, 1er oct. 1910.) P. Savy et F. Sarvonat : Sur un cas d'albumosurie de Bence-Jones (proteinurie thermolytique). — Maurice Charbonnel : Nouvelles remarques sur l'ostéosynthèse des fractures diaphysaires par le procédé de Lambotte (huit observations nouvelles). — (N° 41, 8 oct.) Léon Bérard : Traumatismes et cancer. — (N° 42, 15 oct.) André Moussous : Diagnostic différentiel de la méningite méningococcique et de la méningite cérébro-spinale otitique. — E. Mériel : Les tumeurs solides de l'ovaire.

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1910.) Ch. Monod et S. Vanverts : Du traitement des anévrismes artério-veineux. — Vignard et Armand : Des progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires (10 fig.) — P. Guibal : Intervention opératoire dans un cas de compression de la moelle au cours de la maladie de Recklinghausen (4 fig.). — L. Imbert et G. Dugas : Les petits traumatismes du crâne. — I. Rabère et M. Charbonnel : Désinsertion du mésentère au niveau de l'intestin dans la hernie étranglée

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1910.) Bernheim : De l'asystolie veineuse dans l'hypertrophie du cœur gauche par sténose concomitante au ventricule droit (2 fig.). — H. de Brun : Etude sur l'infantilisme palustre (7 fig.). — A. Stcherback : Hallucinations psycho-motrices littérales et autres phénomènes dus à l'excitation des centres corticaux des lettres dans l'épilepsie jacksonienne.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 41, 8 oct. 1910.) P. Viollet : Les glandes de la muqueuse nasale; étude histologique. — C. S. Kœnig : Résection sous-muqueuse de la cloison; nouveaux instruments. — C. S. Kœnig : Symphyse palato-pharyngienne avec prothèse immédiate. — (N° 42, 15 oct.) A. Thooris : Relation entre l'ampliation thoracique et la tension abdominale. — Texier et Angebaud : Nouvelle commutatrice. — Compaired : L'atrophie ozéneuse pure de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne.

Revue médicale de l'Est. — (N° 19, 1er oct. 1910.) Constant : Les manifestations cardiaques et circulatoires de l'uricémie.

Revue neurologique. — (N° 18, 30 sept. 1910.) Jean Lépine : Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale. — Alfred Gordon : Troubles des sensations superficielles dans leurs rapports avec l'astéréognosie et l'asymbolie.

Riforma medica. — (N° 42, 17 oct. 1910.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Arnaldo Vecchi : Pouvoir antitryptique, indice de réfraction et réaction de Rivalta, étudiés dans le sérum du sang des individus atteints de tumeurs malignes. — Vincenzo Chirivino : Nouvelles études sur la syphilis expérimentale chez le lapin. — (N° 43, 24 oct.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — G. Ghedini : Contribution clinique à l'étude des affections cutanées provoquées par l'influenza. — Arnaldo Vecchi : Pouvoir antitryptique, indice de réfraction et réaction de Rivalta, étudiés dans le sérum du sang des individus atteints de tumeurs malignes. — (N° 44, 31 oct.) Gaetano Rummo : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Luigi Ferrannini : Contribution à l'étude histo-pathogénique du rein polykystique. — Loreto Mazzetti : La cuti-réaction de Pirquet.

Semaine médicale — (N° 41, 12 oct. 1910.) Minervini : Le pouls de la langue dans l'insuffisance aortique.

Tribune médicale. — (N° 41, 8 oct. 1910.) Ribadeau-Dumas et Debré : Contagion chirurgicale de la fièvre typhoïde. — R. Oppenheim et R. Crépin : Traitement de la pneumonie des vieillards par l'injection d'huile camphrée à haute dose. — (N° 42, 15 oct.) R. Oppenheim et R. Crépin : Tuberculose sous-cutanée et consécutive au traitement auto-sérothérapique d'un épanchement pleural.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 40, 6 oct. 1910. O. Porges, Leimdorfer et Markowici : Sur la régulation de la respiration dans les circonstances pathologiques. — Fischer : Appareil pour le traitement conservateur, ambulant de fractures de la rotule, de l'olécrâne et du calcanéum. — Krämer : Sur l'apparition d'angines pendant l'emploi des préparations de tuberculine. — Stiefler : Suture tardive du nerf cubital treize ans après la blessure.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE: 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes 4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour la préparation des médicaments organiques

REVUE GÉNÉRALE (1)

L'HÉMIATROPHIE FACIALE

SES VARIÉTÉS CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Par Paul SAINTON,
Médecin des hôpitaux de Paris,

et BAUFLE,
Interne des hôpitaux.

On a quelquefois l'occasion d'observer dans les services hospitaliers des sujets atteints de cette affection curieuse qu'est l'*hémiatrophie faciale*; ce n'est jamais cependant pour elle qu'ils viennent demander avis, car ils n'en ont cure et se fâchent même parfois de voir attribuer à cette tare à laquelle ils sont habitués une attention trop grande.

Si l'hémiatrophie faciale est une maladie rare, elle n'en présente pas moins un très grand intérêt, ses aspects divers en font un syndrome clinique complexe, sa pathogénie soulève de nombreux problèmes qui touchent à la question de l'existence d'une fonction trophique et des voies qu'elle emprunte pour sa conduction.

I

Historique. — Des cas isolés d'hémiatrophie faciale ont été décrits au commencement du siècle par divers auteurs dont Parry (1825). Mais ce n'est que depuis la thèse de Bergson, en 1837, faite sous l'inspiration de Romberg et confirmée par des travaux ultérieurs du même auteur que ce syndrome prit place dans la pathologie; aussi fut-il appelé *maladie de Romberg*. Stilling, Hueter, Schott, Brunner, Eulenburg, Guttmann en publièrent des cas isolés. En 1852, Lasègue fit connaître la maladie en France : son travail fut traduit en anglais par Moore qui y ajouta de nouveaux faits. A cette époque, à la suite des théories émises par Samuel sur le rôle trophique du système nerveux, tous les auteurs avec Romberg et Virchow firent de cette affection une trophonévrose.

Cette opinion paraissait définitivement admise, quand, sous l'influence des idées régnantes, Lande (de Bordeaux) [1870], dans sa thèse, considéra la maladie comme la conséquence d'un arrêt de développement du tissu conjonctif sous le nom d'*aplasie lamineuse*. Cette dénomination, admise par Gintrac, fut très rapidement abandonnée; Frémy, Troisier soutinrent la théorie nerveuse.

De nombreuses observations isolées ont été publiées depuis. Chacune d'elles fut invoquée pour venir à l'appui de la théorie soutenue par son auteur. Dejerine observa un cas dans la syringomyélie; Bouveyron, Barrel et Tournaire fournirent des arguments nombreux à la théorie sympathique. Mais c'est avec Brissaud que la question fut vraiment exposée dans son ampleur; dans ses leçons, il montre l'importance de l'étude de la maladie pour résoudre le problème du trophisme, il met en relief l'existence de syndromes hypertrophiques pouvant être opposés aux syndromes atrophiques. Claude et Sézary ont publié une observation récente qui apporte un document important à l'origine centrale de la maladie.

II

Etiologie. — L'hémiatrophie faciale se développe le plus souvent chez la femme, et du côté gauche, toutes les statistiques sont d'accord pour signaler ce fait.

L'âge moyen auquel elle apparaît est de dix à vingt-cinq ans, mais on a signalé des cas chez des individus plus âgés. Elle est exceptionnelle après vingt ans.

Il n'est pas rare de rencontrer dans les antécédents des sujets des tares de dégénérescence nerveuse ou psychique. Isolée, elle ne se rencontre pas à l'état familial.

Les causes qui ont été invoquées pour expliquer son apparition sont les traumatismes de la tête ou de la face, consécutifs à des applications de forceps, à des contusions ou des chutes, à des brûlures dans le jeune âge, à des avulsions dentaires. On a signalé la fréquence des douleurs dentaires et des migraines avant son éclosion. Souvent, à l'origine, on note des maladies infectieuses diverses : diphtérie, angines simples, érysipèle, fièvre typhoïde, grippe, otites, paralysie infantile, syphilis héréditaire. Quelquefois la maladie survient sans qu'on puisse l'attribuer à une cause déterminée.

III

Symptômes. — Forme commune. Hémiatrophie faciale progressive. — L'hémiatrophie faciale débute d'une façon lente et insidieuse; pendant longtemps elle passe inaperçue du malade et même de son entourage.

Sa première manifestation consiste en l'apparition de *plusieurs taches cutanées* dont l'aspect et le siège varient suivant les individus. C'est tantôt dans la région sus-orbitaire, au voisinage du sourcil, tantôt dans la région sous-orbitaire, plus rarement à la partie moyenne de la région sous-maxillaire au niveau du trou mentonnier ou dans la région pariétale que se montre l'accident révélateur de la maladie. C'est une petite *tache circulaire* ou *allongée* de *coloration plus ou moins foncée*, ou *une sorte de plaque pâle, décolorée, parfois livide*, qui tranche sur la teinte des zones avoisinantes; la surface en est souple, mais écailleuse ou recouverte d'une fine desquamation furfuracée.

Des *crises douloureuses* en accompagnent souvent la venue; tantôt ce sont des névralgies faciales, tantôt ce sont des sensations plus superficielles de tiraillement ou de prurit.

Période d'état. — Après une période de temps variable, la lésion initiale se modifie profondément. La peau, au niveau de la tache primitive, se déprime, se rétracte, elle devient rude et sèche, se racornit et se gauffre comme celle d'une cicatrice. Son épaisseur diminue, si bien qu'un pli formé ne dépasse pas 2 millimètres d'épaisseur; elle laisse apercevoir

comme à travers un voile mince les vaisseaux sous-cutanés qui lui donnent ainsi une coloration légèrement bleuâtre ou azurée. Au toucher elle est sèche et donne une sensation de cuir ou de parchemin. Cette peau amincie est plaquée sur les plans sous-jacents sans y adhérer, mais elle se moule et se rétracte exactement sur eux en suivant les moindres excavations ou aspérités. A ce stade la tache primitive s'est singulièrement étendue à son pourtour; d'autres taches se sont montrées à côté de la première et se réunissent pour former une *plaque* irrégulière de grande étendue qui peu atteindre toute la face.

L'atrophie gagne en même temps les plans musculaires ou osseux sous-jacents; les *muscles* diminuent de volume, ils ne forment plus sous la peau qu'un relief imperceptible, mais ils ne sont pas paralysés et réagissent le plus souvent sous l'influence des excitations électriques; ils présentent parfois des contractions fibrillaires. La plupart des muscles peauciers de la face sont atteints, tels l'orbiculaire des lèvres, l'orbiculaire des paupières, les zygomatiques, les muscles moteurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, mais parfois d'autres groupes musculaires plus profonds, tels que le temporal et le masséter, sont touchés.

Le *squelette* n'est pas épargné, comme si la maladie évoluait méthodiquement par plans successifs; les deux maxillaires supérieur et inférieur, l'os maxillaire, l'os malaire, les os du nez, le temporal et le pariétal s'atrophient, surtout si l'affection a débuté dans le jeune âge; sinon l'atrophie du massif facial est très atténuée et peut même faire défaut.

De l'atrophie osseuse, il faut rapprocher l'*atrophie des cartilages* qui explique la laxité de l'articulation temporo-maxillaire, signalée dans quelques observations.

Cette atrophie des parties molles et du squelette est toujours *unilatérale*; elle est ordinairement localisée à la face, mais elle peut s'étendre à d'autres régions, comme le montrera la description des formes cliniques.

Le *facies* est alors caractéristique ; les deux moitiés de la face sont à ce point dissemblables qu'elles semblent appartenir à des visages d'individus de taille et d'âge différents; l'asymétrie est encore plus marquée lorsque l'on compare entre elles deux photographies du sujet prises de profil. Le côté sain est celui d'un homme parfaitement normal; il est lisse, les saillies et les méplats en sont harmonieux; le côté malade est au contraire celui d'un vieillard de taille plus petite, ridé et amaigri, avec la peau collée aux os. Parfois même le contraste est tellement grand que l'on se demande si le côté sain n'est pas tuméfié et si ce n'est pas le côté malade qui est normal. Il en résulte que lorsque l'on regarde l'individu de face, les deux parties du visage sont séparées par une ligne de démarcation nette où les traits ne sont plus en correspondance de niveau. Elles sont séparées par une limite brusque qui ressemble à la cicatrice d'une entaille faite par un coup de sabre.

Le *crâne* ne présente plus une forme ovoïde régulière, mais il est aplati latéralement au niveau de la région temporo-pariétale, le front paraît en retrait, mais chez quelques sujets la bosse frontale paraît plus saillante à cause de l'atrophie des parties molles sus-jacentes en même temps qu'il existe une véritable gouttière partant de l'angle interne de l'orbite pour se perdre dans la région pariétale. Le rebord orbitaire dessine son relief sous les téguments, mais les paupières amincies et rétractées cachent le globe oculaire qui est d'ailleurs enfoncé dans l'orbite par suite de l'atrophie du tissu cellulo-graisseux rétro-oculaire; le nez est déprimé latéralement et l'orifice de la narine non plus arrondi, mais ovalaire et dévié, regarde en haut et en dehors.

Les lèvres sont, dans la moitié atteinte, aplaties et amincies; au niveau de la lèvre supérieure, la limite entre la partie atrophiée et la partie saine est marquée par un sillon dont la forme et la direction rappellent l'aspect du bec-de-lièvre. De cette atrophie labiale résulte une asymétrie marquée de la bouche; du côté malade, la bouche reste entr'ouverte, en sifflet, les deux lèvres rétractées ménagent une fente dont la hauteur diminue de la commissure labiale à la ligne médiane.

Chez quelques sujets, les lèvres ainsi amincies s'affaissent et se laissent saisir entre les dents pendant les mouvements de mastication. La peau est flasque, ridée, non seulement aplatie, mais déprimée en coquille, fait qui rend plus apparent le relief osseux du rebord orbitaire inférieur et de l'arcade zygomatique. Le maxillaire inférieur, dans la moitié atrophiée, est en retrait sur le côté sain et la séparation est souvent indiquée par une encoche mentonnière très nette.

L'oreille est plus mince, ses reliefs et ses dépressions s'effacent, elle prend l'apparence d'une lame cartilagineuse et donne au toucher la sensation de parchemin.

Le contraste entre les deux moitiés de la face est encore accentué par les altérations du système pileux, les cheveux tombent ou blanchissent du côté atrophié ; parfois cette canitie partielle est une des manifestations initiales de la maladie. Elle débute dans la région pariétale en même temps qu'apparaît à ce niveau la tache caractéristique. La chute des sourcils et des cils des deux paupières supérieure et inférieure, la chute de la moustache accompagnent d'ordinaire la canitie ou la calvitie unilatérale.

Indépendamment de ces lésions qui frappent de suite l'attention, d'autres se rencontrent plus discrètes, mais aussi fréquentes, au niveau de la cavité buccale du côté atteint. Les rebords alvéolaires sont moins développés, les dents sont déviées, irrégulièrement rangées, elles ne s'opposent plus à celles de la mâchoire correspondante. Chez d'autres sujets on constate la chute prématurée des dents, mais les dents elles-mêmes ne sont pas atrophiées et conservent les mêmes dimensions que du côté sain. La moitié de la voûte palatine du côté atrophié est moins large, la concavité du voile paraît plus accentuée, la luette également est asymétrique, on a même rapporté quelques cas d'atrophie de l'amygdale. L'hémiatrophie linguale qui est signalée dans plu-

sieurs observations mérite une place à part dans le syndrome qui nous occupe.

Ces atrophies superposées de la peau, des muscles et du squelette constituent à elles seules toute la maladie; les troubles fonctionnels sont peu marqués, la vue, l'ouïe, l'odorat restent normaux; la sécrétion des larmes, de la salive ne sont pas modifiées. Cependant la sensibilité est troublée dans certaines observations. Du prurit, des douleurs mordicantes, des crises névralgiques, des fourmillements sont accusés par les malades; parfois la sensation diffère, c'est un sentiment de tension permanente, de tiraillement comparable à celle que produirait le contact d'un masque de caoutchouc ou l'application d'une couche de vernis. Objectivement on a observé la persistance anormale des sensations et une excitabilité exagérée de la surface cutanée au courant électrique.

La température locale est souvent abaissée du côté malade; la sudation y diminue, comme il est facile de le constater lorsque le sujet s'est livré à un exercice musculaire assez violent ou mieux encore à la suite de l'épreuve de la pilocarpine. Tantôt la réaction sudorale est retardée ou diminuée, tantôt elle fait défaut au niveau de la région atrophiée. Ce sont des symptômes accessoires d'ailleurs inconstants rapportés seulement dans un petit nombre d'observations.

IV

Variétés cliniques. — L'hémiatrophie faciale, comme le montre la description des cas les plus typiques, n'est jamais limitée à la face. elle s'étend presque toujours au crâne, de là l'expression de *trophonévrose céphalique* substituée à celle de trophonévrose faciale.

Elle ne se présente pas d'ailleurs toujours sous la forme qui fait l'objet de la description classique, où l'on voit tout un côté de la face se dessécher et se momifier, faisant un contraste absolu avec l'autre moitié du visage. Il y a des *cas frustes* où le processus se borne à une légère diminution de volume portant sur l'ensemble des tissus. Brissaud en montre un exemple très net dans sa clinique consacrée aux trophonévroses céphaliques. L'atrophie était si discrète que la malade ne s'en était pas aperçue et que la déformation pouvait échapper à un observateur superficiel. Il est facile dans ces cas de différencier la lésion d'une asymétrie congénitale, car il existe un stigmate caractéristique de son origine, c'est l'existence de la cicatrice qui accompagne toujours son développement.

A côté de ces formes frustes, il existe toute une série de formes de l'hémiatrophie faciale qui intéressent par leur sélection topographique et par leur étendue, et qui permettent d'entrevoir certaines modalités peu connues de sa physiologie pathologique.

1° Hémiatrophie cervico-faciale. — Il existe très peu de cas où les muscles de la nuque et du cou ne participent pas aux processus; sterno-mastoïdien, muscles de la région sus et sous-hyoïdienne, trapèze, deltoïde même s'atrophient et il existe parfois entre les régions carotidiennes des deux côtés une dissemblance comparable à celle qui se montre entre les deux visages. Parfois même les symptômes à distance sont beaucoup plus marqués et le processus atrophiant gagne le membre supérieur.

2° Hémiatrophie facio-scapulo-humérale. — L'exemple le plus net est le cas publié par MM. Pierre Marie et Marinesco, que ces auteurs hésitèrent à l'époque où ils le publièrent à faire rentrer dans le cadre de la maladie de Romberg et que Brissaud range sans hésitation dans ce même groupe. Il s'agit d'un homme qui à la suite de l'extraction d'une dent vit sa bouche se dévier, le côté gauche du visage devint le siège de vives douleurs. Le malade au cours d'une maladie fébrile grave vit son asymétrie faciale devenir très manifeste, la paupière gauche tomber : les phénomènes progressèrent, l'atrophie s'étendit à l'épaule gauche et à l'avant-bras gauche. Les auteurs ne voulurent faire rentrer ce cas dans aucun des cadres connus (*facio-scapulo-huméro-thoracique*) et le publièrent sans affirmer sa nature.

Mais depuis, d'autres cas avec participation du tronc ont été signalés et il est d'autres observations où l'hémiatrophie faciale présenta des associations curieuses.

3° Hémiatrophie faciale associée a d'autres lésions d'atrophie. — Des cas de combinaison de l'hémiatrophie faciale avec d'autres lésions nerveuses ont été publiés; qu'il suffise de publier les faits, on verra plus loin les conclusions qu'il convient d'en tirer.

Une malade de Lorentz fut prise d'une hémiatrophie cranio-faciale gauche avec hémiatrophie du tronc et des membres à droite réalisant un *type de trophonévrose alterne.*

Diller a publié un cas où l'hémiatrophie faciale coïncidait avec une *épilepsie jacksonienne* du côté opposé.

Enfin il y a des cas rares, il est vrai, comme celui dans lesquels il y a *hémiatrophie totale du corps* et où l'individu paraît formé par l'accolement de deux moitiés d'individus différents (Broca, Orbison). Raymond et Sicard ont publié des observations intéressantes du *type hémiplégique* où la maladie s'est présentée sous deux formes : dans la forme ascendante le début se fait par le membre inférieur et l'atrophie progresse en atteignant le membre supérieur et la face; dans la forme descendante le membre inférieur est pris en dernier.

V

Marche. — La caractéristique de la maladie est d'avoir une marche progressive, mais très lente ; il n'est pas rare de voir des sujets chez lesquels elle a évolué pendant quarante ans, sans qu'il en résulte aucun accident. Exceptionnellement elle présente des rémissions.

VI

Diagnostic. — L'hémiatrophie faciale dans ses formes typiques est facile à reconnaître; lorsqu'elle est fruste elle peut passer inaperçue et être prise pour une simple asymétrie faciale physiologique;

mais dans ce dernier cas la peau n'est jamais amincie et la déformation osseuse est plus marquée, alors que l'aspect contraire est observé dans l'hémiatrophie.

La *paralysie faciale* congénitale ne peut guère faire l'objet d'une erreur. Elle s'accompagne d'autres troubles du développement.

La *sclérodermie* est plus difficile à distinguer, d'autant plus que la coexistence des deux maladies a été signalée (Emminghaus, Lépine, Dana, Raymond). Le visage, dans la sclérodermie, est plus immobile, l'aspect est celui d'une momie, la peau est plus luisante et la face exécute ses mouvements avec plus de lenteur.

VII

Pathogénie. — Les théories qui voulurent limiter l'hémiatrophie faciale à une simple lésion du tissu conjonctif sous le nom d'*aplasie lamineuse*, ou à une *lésion purement cutanée* comme l'ont soutenu Hallopeau, Mœbius, etc., ont vécu. Il est cependant à retenir qu'il existe une certaine parenté entre elle et une autre trophonévrose, la sclérodermie. Dans un cas de Rosenthal la lésion, après avoir présenté au début l'aspect d'une sclérodermie, se termina par l'évolution d'une hémiatrophie faciale.

Actuellement on ne discute plus sur l'existence d'un trouble trophique profond portant sur l'ensemble des tissus et étroitement lié à une lésion du système nerveux. C'est peut-être le point le plus intéressant de l'histoire de l'hémiatrophie faciale que celle des différentes théories qui ont été émises pour l'expliquer et l'interpréter. Car cette étude touche très intimement à la question du trophisme en général et de son mécanisme.

Des lésions nerveuses diverses ont été invoquées dans la production de l'hémiatrophie faciale. Les hypothèses émises se réduisent à trois : 1° l'hémiatrophie faciale est la conséquence d'une névrite du trijumeau; 2° elle est due à une lésion du système sympathique ; 3° elle est la conséquence d'une lésion centrale.

Chacune de ces hypothèses peut invoquer en sa faveur un certain nombre de faits.

1° Théorie névritique. — Cette théorie très longuement défendue dans la thèse de Frémy a trouvé sa première confirmation dans le cas de Mendel qui à l'autopsie d'une malade qui servit à Romberg pour sa description trouva des lésions interstitielles du nerf trijumeau. Depuis, des cas analogues ont été publiés, mais aucun ne paraît plus démonstratif que celui de Lœbl et Wiesel, qui passent en revue dans leur travail les observations antérieures. Dans le cas de ces auteurs, l'examen des différents plans atteints montra une atrophie du derme, des couches profondes de la peau, des muscles innervés par les fibres motrices du trijumeau. Le nerf lui-même était le siège d'une névrite interstitielle des plus caractérisées ; le ganglion de Gasser présentait des altérations de même nature, mais au delà il ne fut possible de découvrir aucune altération des racines du ganglion. Ce cas paraît donc un exemple très net de névrite périphérique ne dépassant pas le ganglion de Gasser. Il était survenu à la suite d'un accouchement et reconnaissait vraisemblablement une origine infectieuse. Fort analogues sont les observations de Behrend et de Bœrwald où la maladie fut précédée de douleurs vives dans la sphère du nerf et succéda à une grippe ou à une angine évoluant à la manière d'une névrite post-infectieuse. Emminghaus met surtout en cause les lésions du ganglion de Gasser; Barvinkel, celles du ganglion de Meckel.

Un certain nombre d'objections ont été faites à cette théorie ; c'est l'absence de troubles de la sensibilité objective; il serait, en disent les adversaires, difficile de concevoir une névrite élective localisée aux fibres trophiques du nerf et respectant les fibres sensitives. On a beaucoup reproché à l'observation de Mendel d'avoir été publiée à un moment où la technique était imparfaite ; et l'on s'est demandé si les lésions qu'il a trouvées n'étaient point secondaires ; l'observation de Lœbl et Wiesel répond à cette objection. Enfin il y a le caractère de la progressivité sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté et qui est exceptionnel dans les névrites périphériques. Ce dernier argument, comme on le verra plus loin, n'est point sans réplique.

2° Théorie sympathique. — Stilling a le premier soutenu l'existence d'une lésion du système sympathique. Cette hypothèse combattue par Vulpian s'appuie sur des faits expérimentaux. Brown Sequard, chez les animaux, a observé l'atrophie de la face à la suite de la section du sympathique cervical ou de l'excitation du sympathique cervical supérieur ou de l'excitation du ganglion sympathique cervical supérieur; Angelucci, chez le chien, a obtenu des résultats analogues et a vu une dystrophie des os du crâne suivie d'extirpation du ganglion sympathique cervical supérieur. Cliniquement, Déjerine insiste sur les arrêts de développement de la face, à la suite des opérations pratiquées sur le tronc du nerf ou de ses ganglions chez les jeunes épileptiques. Le cas de Hirsch a la valeur d'une véritable expérience; il y eut lésion du sympathique par une balle tirée dans la bouche, après le traumatisme on constata un rétrécissement de la pupille du côté gauche et une atrophie de la moitié gauche de la face.

On a essayé de préciser quelle était la portion du sympathique atteinte. Bouveyron (de Lyon) et Barrel dans sa thèse mettent en cause le ganglion cervical supérieur ; à propos de deux cas cliniques où l'hémiatrophie se montra au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire, ils rappellent les rapports anatomiques étroits qui existent entre ce ganglion et le sommet du dôme pleural, et les rapports physiologiques qui l'unissent au nerf vertébral et au ganglion sympathique supérieur. L'observation de Jacquet qui observa chez un malade de son service de l'hémiatrophie faciale droite et de l'éphidrose faciale gauche, au cours de la tuberculose, montra à l'autopsie des lésions du ganglion cervical inférieur et des lésions thoraciques droites. La coexistence au point de vue clinique de troubles oculo-pupillaires coexistant avec l'hémiatrophie, a été

notée par nombre d'observateurs, Seeligmüller, Levkovsky, etc. Tournaire dans sa thèse rapporte cinq cas d'hémiatrophie faciale chez les sujets atteints de paralysie radiculaire du plexus brachial.

Il est donc hors de doute en raison du trajet des fibres sympathiques provenant de la région cervicale de la moelle épinière que c'est bien ce système qui doit être mis en cause.

Enfin Chavanne, Lamacq, Graf, Schlesinger, Déjerine et Mirallié, Queyrat et Chrétien ont signalé de l'hémiatrophie faciale au cours de la syringomyélie unilatérale. C'est mettre en cause les fibres sympathiques dans leur origine intramédullaire et considérer leur atteinte comme une conséquence de la lésion de la région cervicale de la moelle épinière. Une telle conception se rattache nettement à la théorie sympathique, mais il y a d'autres cas où l'origine centrale de la maladie a été envisagée.

3° Théorie de l'origine centrale. — Les faits qui tendent à montrer l'origine centrale de la maladie demandent à être classés.

Certains faits sont en faveur d'une origine médullaire. Tel le cas de Tedeschi où l'hémiatrophie faciale fut consécutive à une attaque de paralysie infantile qui eut pour autres séquelles une atrophie de la jambe gauche et une atrophie optique. On peut se demander si, dans des cas de ce genre, les altérations nucléaires ne jouent pas un rôle.

Claude et Sézary, à propos d'un cas où ils constatèrent de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien, se sont demandé si l'on ne pouvait pas mettre en cause un processus méningé latent agissant par compression nerveuse ou ganglionnaire. Ils rapprochent l'existence de cette réaction méningée de ce que l'on constate dans le zona et considèrent ces deux processus comme relevant d'un mécanisme analogue. « L'hémiatrophie faciale résulte pour eux d'un processus d'emblée chronique, souvent progressif, altérant les centres ganglionnaires, périphériques, vasomoteurs, trophiques, sécrétoires des nerfs de la cinquième paire, respectant en général les fibres de la sensibilité. » Et ils ajoutent : « Enfin de même qu'il y a des éruptions zoniformes symptomatiques de lésions médullaires ou névritiques, on sait qu'il existe des troubles trophiques de la face, symptomatiques de lésions bulboprotubérantielles sympathiques ou névritiques. » Brissaud a soutenu la même possibilité de lésions bulboprotubérantielles pour expliquer le syndrome alterne observé par Lunz. Dans le cas de Diller il se demande si la coexistence d'une hémiatrophie faciale droite et d'épilepsie jacksonienne gauche ne serait pas la résultante d'une lésion bulboprotubérantielle.

Ne serait-il pas permis de rechercher si des lésions de centres plus élevés n'amèneraient pas le même syndrome ? Brissaud s'est posé la question en observant une atrophie de tous les plans de la région pariéto-frontale au cours d'un ramollissement ischémique du cerveau. Touche, à l'autopsie d'un homme de quatre-vingt-un ans ayant fait une chute à vingt-huit ans ayant causé une fracture du maxillaire inférieur et une hémiatrophie faciale droite, trouva une plaque infiltrée de pigment sanguin très modifiée occupant les zones motrices du côté gauche et recouverte d'une pie-mère adhérente et épaissie.

Il est encore un autre argument en faveur de la possibilité de l'origine cérébrale de cette lésion. C'est l'existence d'hémihypertrophies comparables aux hémiatrophies.

VII

Variétés pathogéniques. — Si l'on a suivi l'exposé des faits cliniques et anatomiques et des théories pathogéniques qui vient d'être fait, il ressort que chaque théorie a pour elle un certain nombre de preuves incontestables. L'hémiatrophie faciale doit donc être envisagée comme un syndrome trophique tantôt d'origine névritique, tantôt d'origine sympathique, tantôt d'origine centrale.

1° Il y a des cas d'*hémiatrophie faciale* qui relèvent d'une *lésion du nerf trijumeau*. Ce sont ceux qui sont consécutifs à une maladie infectieuse, à une lésion traumatique du nerf où l'on trouve des lésions de névrite interstitielle. Pourquoi la lésion est-elle progressive ? Est-ce parce que le ganglion de Gasser est atteint ; le fait est vraisemblable. Mais il ne faut point oublier que les lésions périphériques de ce nerf survenues dans l'enfance peuvent s'accompagner de troubles trophiques profonds et à longue distance. La preuve expérimentale en est fournie par l'affection décrite par Klippel sous le nom d'*atrophie musculaire numérique*, qui a été remarquablement étudiée depuis par Jacquet et ses élèves Trémolières et Gallois. Consécutive à des brûlures, des fractures, des contusions, parfois même à une *ulcération cornéenne* quand elle donne lieu à une hémiatrophie faciale, elle se développe progressivement à la suite de la lésion initiale sans qu'il y ait un rapport entre son étendue et celle de la lésion. Elle s'accompagne de raréfaction du tissu osseux, d'atrophie de l'œil et des dents. Il y a hypothermie locale, les réactions musculaires électriques ne sont pas altérées. Cette atrophie peut être cervico-faciale et s'étendre au tronc.

L'atrophie numérique est la démonstration la plus nette de l'action que peut avoir une lésion périphérique par mécanisme réflexe sur les centres trophiques qui jouent un rôle dans la nutrition des tissus. Le territoire du nerf trijumeau paraît particulièrement propice pour ces réactions trophiques, qui paraissent comparables à ces atrophies musculaires distance décrites par Charcot à la suite de lésions articulaires parfois insignifiantes.

2° Il y a des cas d'hémiatrophie faciale due à la *lésion du sympathique*, de ses ganglions ou de ses centres. Les faits expérimentaux de lésions par traumatismes donnant lieu au syndrome de Romberg, les observations cliniques de troubles oculo-pupillaires manifestement sympathiques en sont une preuve.

L'apparition de l'hémiatrophie faciale au cours de la syringomyélie est la preuve de l'importance de la moelle dans ces phénomènes sympathiques. Un cas curieux de Giovanno Morelli montre combien les manifestations multiples d'altérations du trophisme médullaire sont voisines les unes des

autres, puisqu'elles furent trouvées réunies chez le même sujet. Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans qui depuis l'âge de quarante ans présentait les troubles suivants : *hémiatrophie faciale gauche avec ulcérations récidivantes de la cornée et phénomènes vaso-moteurs, atrophie musculaire du membre supérieur gauche et scléro-dactylie, panaris indolents, arthropathie du membre inférieur gauche, scoliose.* Ne trouve-t-on pas réuni sur ce « musée vivant » tous les syndromes trophiques, troubles syringomyéliques, sclérodermiques et atrophie musculaire témoignant de lésion systématisée aux centres trophiques médullaires.

3° Il y a des cas d'*hémiatrophie faciale d'origine centrale*. Ce sont ceux qui revêtent la forme alterne ou la forme hémiplégique et qui doivent être opposés aux formes contraires d'hypertrophies systématisées. Leur existence affirme l'action que peut exercer le cerveau sur le trophisme. Elle fait supposer qu'il y a des voies trophiques analogues aux voies motrices et sensitives qui s'entrecroisent comme elles, mais dont les trajets sont jusqu'ici inconnus.

L'étude de l'hémiatrophie faciale pose donc très nettement les problèmes qui concernent les centres trophiques et leur voie.

L'étude anatomopathologique de cas nouveaux paraît des plus propres à apporter des éléments précis pour la solution de cette question encore si obscure des trophonévroses.

VII

Traitement. — Luxemburger a conseillé un traitement purement esthétique qui consiste dans l'injection sous la peau des régions atrophiées de vaseline par petites proportions : un quart à un demi-centimètre cube ; les masses de vaseline sont ensuite modelée et le résultat serait satisfaisant. Mauclaire, Menier (de Figeac) ont substitué avec succès la paraffine à la vaseline.

Ce procédé purement palliatif est le seul qui dans nombre de cas puisse être mis en œuvre. Hoffmann, Claude ont cependant vanté les résultats obtenus par la galvanisation ; dans le cas qu'ils ont publié, Claude et Sézary se sont loués de l'action bienfaisante de la thiosinamine favorisant la régression des lésions fibreuses méningées ; malheureusement il s'agit d'une méthode qui n'est applicable qu'à un nombre de cas restreint et qui ne peut être généralisée.

BIBLIOGRAPHIE

(Les indications bibliographiques jusqu'à 1873 se trouvent dans la thèse de Frémy. — V. aussi Grasset et Rauzier. *Maladies du système nerveux*, t. II.)

Bachwood. *Med. News*, 28 avril 1895. — Beevor. Hémiatrophie faciale, *Soc. méd. de Londres*, 8 avril 1895. — Berend. Contribution à la pathologie de l'hémiatrophie faciale progressive, *Orvosi Hetilap*, 1894, n° 11. — Brissaud. Les trophonévroses céphaliques, in *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1899. — Barrel (E.). *De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur*, Th. de Lyon, 1902. — Bouveyron. De l'hémiatrophie faciale dans ses rapports avec les lésions du ganglion cervical inférieur, *Revue neurol.*, 1902, p. 211.

Calmette et Pagès. Un cas d'hémiatrophie faciale progressive, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév. 1903. — Catarozzi. A caso di emiatrofia della facia, *Policlinico*, sez. med., nov. 1909. — Claude et Sézary. Hémiatrophie faciale progressive. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, *Presse méd.*, 12 déc. 1908. — Clarks. Note sur quelques affections du système nerveux, *Med. Record*, 23 juillet 1904.

Déjerine et Mirallié. Hémiatrophie de la face avec phénomènes oculo-pupillaires dans un cas de syringomyélie unilatérale, *Soc. de biol.*, 8 mars 1895. — Diller. A case of exhibiting symptoms of facial hemiatrophy and Jacksonian sensory epilepsy, *The Journ. of nerv. and ment. dis.*, mai 1895.

Frémy. *Etude critique de la trophonévrose faciale (physiologie pathologique)*, Th. de Paris, 1873.

Gulland (Lowell). A case of hemiatrophy of the face confined to the area of distribution of the first division of the fith nerve, *Edimb. hosp. Reports*, 1893. — Gordon. Un cas d'hémiatrophie de la face, *Joint meeting of New-York neurol. Soc. and the Philadelphia neurol. Soc.*, nov. 1906, anal. *Revue neurol.*, 1907.

Hoffmann (de Dusseldorf). Zur Kentniss der Hemiatrophia facialis progressiva, *Neurol. Centralbl.*, n° 21, 1er nov. 1900.

Klingmann. Hémiatrophie faciale. Un cas avec stigmates morphologiques, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 7 déc. 1907.

Lannois. Hémiatrophie faciale droite. Sclérodermie probable, *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1905 ; — *Lyon méd.*, p. 949. — Levkovsky. Hémiatrophie faciale, *Revue russe de psych., de neurol. et de psychol. expérim.*, 1905, n° 1, p. 1-14. — Lœbl et Wiesel. Zur Klinik und Anatomia der Hemiatrophia facialis progressiva, *Deuts. Zeits. f. Nerv.*, 1904, p. 355-374. — Lœntz. *Soc. de neurol. et de psych. de Moscou*, 19 janv. 1896. — Luxemburger. Ueber zwei Fälle von Hemiatrophia facialis, *Münch. med. Wochens.*, 1901, p. 1413.

Marie et Marinesco. Sur un cas d'hémiatrophie de la face et des membres supérieurs avec paralysie faciale du même côté, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1895. — Mauclaire. Hémiatrophie faciale inférieure gauche congénitale. Injection de paraffine pour rétablir la symétrie faciale, *Soc. de chir.*, 6 mai 1903. — Mendel. *Deuts. med. Zeit.*, 1888, p. 332-407. — Morelli. Dystrophies et trophonévroses, *Gazz. degli ospedali e delle clin.*, 3 déc. 1905.

Orbison. Hémiatrophie totale, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, nov. 1908.

Peliseus. Ueber einen ungervöhulichen Fall von progressiver Hemiatrophia, Myosclerose, Sclerodermie und Atrophie der Knochen und Gelenke, *Neurol. Centralbl.*, 1897, n° 12. — Pierracini. Un caso d'emiatrofia faciale progressiva, *Lo Sperim.*, 1894.

Queyrat et Chrétien. Syndrome syringomyélique avec hémiatrophie faciale et troubles oculo-pupillaires, *Presse méd.*, 21 sept. 1897.

Raymond et Sicard. Trophonévrose hémiatrophique totale et familiale, *Soc. de neurol.*, 3 juillet 1902 ; — *Revue neurol.*, 1902, p. 593. — Rutten. *Un cas d'hémiatrophie faciale gauche*, Namur 1908.

Salomon. Hémiatrophie faciale progressive avec symptômes dans la sphère des nerfs optiques, *Neurol. Centralbl.*, n° 18, 16 sept. 1907.

Tedeschi. Paralysie spinale infantile aiguë avec hémiatrophie de la face et atrophie du nerf optique, *Acad. des sc. nat. et méd. de Ferrare*, 3 mars 1904, in *Revue neurol.*, 1905. — Touche. Deux cas d'hémiatrophie faciale avec autopsie, *Soc. de neurol.*, 17 avril 1902. — Tournaire. *De l'hémiatrophie faciale dans les paralysies du plexus brachial*, Th. de Lyon, 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1910)

L'ulcère duodénal. — M. QUÉNU estime que M. Mathieu, dans son intéressante communication, a bien fait de rappeler la part que l'école française a prise à l'étude de l'ulcère du duodénum. Il n'a guère observé lui-même des ulcères duodénaux qu'au moment de leurs complications. Bon nombre de perforations d'ulcères duodénaux sont prises pour des appendicites, ainsi que l'ont fait observer, dans leur rapport, MM. Ricard et Pauchet. En 1903, un homme de soixante-cinq ans atteint d'accidents abdominaux graves entre à l'hôpital. Il souffrait de l'estomac depuis deux ans ; mais les accidents actuels ne remontaient qu'à quatre jours, le malade portait une hernie inguinale réductible. Il éprouvait de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. La température était à 37, le pouls à 65. M. Quénu fit le diagnostic d'appendicite. Les douleurs s'accentuant, la température et le pouls s'élevant, M. Quénu conseille l'intervention. M. Duval fait la laparotomie, tombe sur un pus épais, ne trouve pas l'appendice, draine et referme le ventre. Le malade meurt. A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée, l'appendice sain et une perforation au niveau de la seconde portion du duodénum. Une jeune femme se présente avec tous les signes d'une appendicite suraiguë. On l'opère en pleine péritonite et on trouve un appendice à peu près sain, dont l'état ne comportait pas d'aussi graves accidents. M. Quénu a soupçonné que la cause de ces accidents devait être un ulcère duodénal.

Ces perforations d'ulcères gastro-duodénaux se produisent lentement. Pour peu que les accidents prennent une certaine gravité, il est indiqué d'inciser et d'aller voir ce qui se passe du côté du duodénum ou du pylore.

Quant aux hémorragies, quelles sont les données cliniques qui peuvent permettre de poser les indications de l'intervention ? Quand il s'agit d'hémorragies persistantes et abondantes, il faut intervenir, faire une gastro-entérostomie postérieure, aller à la recherche de l'ulcère, cause des hémorragies et en pratiquer l'enfouissement. Voici quelques exemples : une jeune femme de vingt-sept ans, n'ayant jamais été malade, sans aucun passé stomacal, ressent tout d'un coup une douleur terrible au niveau de l'épigastre, est prise d'une hématémèse et se plaint d'étourdissements et d'éblouissements. Les hématémèses cessent et sont remplacées par du melæna. Elle entre dans le service de M. Widal; les signes d'anémie s'accentuent, les selles sont toujours sanglantes. Le nombre des globules rouges dans le sang diminue notablement, le pouls est à 120. M. Quénu la voit, pour la première fois, dans cet état, état tellement grave qu'il hésite à l'opérer. Il se décide cependant à faire une gastro-entérostomie et l'exclusion du pylore avec la première portion du duodénum où se trouvait un ulcère. Le résultat fut des plus heureux. La fièvre tombe, le nombre des globules rouges augmente progressivement, ainsi que le taux de l'hémoglobine. Il s'agissait d'une ulcération récente du duodénum qui avait amené une hémorragie persistante et une anémie considérable. L'opération a incontestablement sauvé cette malade et a été immédiatement hémostatique.

Quant à l'exclusion du pylore qu'a pratiquée, dans ce cas, M. Quénu, elle a été pratiquée pour la première fois par Doyen; puis ensuite par Herdelberg, mais il y a longtemps que M. Quénu avait exprimé l'opinion que, par cette exclusion, on mettrait l'ulcère à l'abri des acides gastriques, qu'on en ferait ainsi cesser l'irritation et qu'on pourrait arrêter les hémorragies résultant de cet ulcère. C'est donc à tort que l'idée de l'exclusion du pylore, dans ces cas, a été attribuée à Jonesco qui en a rapporté 9 observations. Dès 1904, M. Quénu signalait avec M. Terrier, dans les bulletins de la Société de chirurgie, le parti qu'on pouvait tirer de l'exclusion du pylore. Ils ont prouvé, depuis, qu'elle donnait un excellent résultat thérapeutique.

Dans les cas qu'a pu relever M. Quénu l'opération n'a jamais été faite au cours même de l'hémorragie. C'est dans son cas qu'elle a été pratiquée pour la première fois en pleine hémorragie. L'exclusion du pylore n'agit pas par hémostase directe, mais bien en mettant l'ulcère au repos et à l'abri de l'action des acides.

La séparation des urines. — M. HARTMANN revient sur l'observation de M. Guinard qui a été le point de départ de cette discussion. Il estime que, dans ce cas, le séparateur ne s'est pas trouvé en défaut puisqu'il a indiqué une urine purulente d'un côté et, de l'autre, une urine claire et sans urée, c'est-à-dire de l'eau qui restait dans la vessie. Il indiquait donc bien l'absence de rein de ce côté; M. Hartmann soutient donc que le séparateur, bien appliqué, sépare bien exactement les urines des deux reins, mais que, mal appliqué, il peut induire en erreur. Il restera donc fidèle à la séparation qu'il trouve bien préférable au cathétérisme des uretères, consistant à introduire dans l'uretère une sonde qui a traversé la vessie plus ou moins infectée.

M. BAZY a écouté avec intérêt les explications de M. Marion sur le pincement des uretères. Pour ce qui est du diagnostic du rein malade, en cas de doute, il regrette que dans les observations qui ont été présentées on ait semblé négliger les données cliniques, les points douloureux uretéraux, le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, l'expérience du bleu de méthylène ; suivant M. Bazy, on demande trop aux instruments et pas assez à la clinique. Il continuera à se fier plus à la clinique qu'aux instruments.

M. MARION proteste contre cette assertion que la division est d'une application très simple et très facile. Voilà plus de deux ans qu'il s'en sert, il doit donc savoir l'appliquer. Or, il est obligé de reconnaître qu'il y a des cas où cette application est difficile pour l'opérateur et douloureuse pour l'opéré.

A M. Bazy, M. Marion répond qu'il y a des cas dans lesquels les renseignements cliniques sont nuls; fréquents sont les cas dans lesquels l'exploration extérieure du rein ne donne absolument rien. M. Marion cite plusieurs exemples à l'appui de la thèse qu'il soutient. Une malade a de la fièvre et du pus dans ses urines. Pendant trois semaines, on l'observe, on l'examine, sans rien trouver qui puisse indiquer quel est le rein malade. M. Marion l'opère et trouve un rein gauche atrophié et en pleine suppuration.

M. Marion complète les renseignements qu'il a donnés sur le pincement uretéral. Il le fait sur le côté malade, afin de s'assurer du bon fonctionnement de l'autre rein. Ce pincement de l'uretère n'est pas douloureux. La compression exercée par la pince, doublée, sur chaque branche, d'un coussin de gaze, n'entraîne aucune altération des tissus de l'uretère, ainsi que M. Marion a pu le constater dans des cas où ces reins, dont l'uretère a été pincé, ont dû être enlevés ultérieurement. On ne constate, dans ces cas, aucune lésion sur les parois de l'uretère. M. Marion fait toutes réserves sur l'observation de M. Tuffier relative à l'influence du pincement d'un uretère sur le fonctionnement du rein du côté opposé.

Dans cette discussion sur la séparation des urines on s'est placé presque uniquement au point de vue de la présence de pus dans les urines. Mais il y a des cas de tuberculoses rénales sans traces de pus dans les urines. C'est dans ces cas surtout qu'il faut attacher une grande importance aux différences des éléments de l'urine, dans l'un et l'autre rein, révélées par le séparateur.

M. HARTMANN, contrairement à M. Marion, estime qu'un séparateur bien appliqué ne détermine pas de douleurs.

L'opinion de M. Luys était intéressante à entendre. Il vient la donner dans une communication où il a affirmé l'exactitude absolue des résultats fournis par son séparateur, lorsqu'il est bien appliqué.

Il prouve par ses nombreuses expériences sur le cadavre et ses excellents résultats sur le vivant, que son séparateur simple à employer, exempt de dangers dans son application, donne toujours des résultats exacts et certains et une sécurité complète. Discutant les observations précédemment citées à la Société de chirurgie, il prouve qu'aucune d'elles ne peut montrer que son séparateur n'a pas eu un excellent fonctionnement; les erreurs qui ont été produites ne viennent que d'interprétations mauvaises des résultats ou de fautes de technique.

Cette communication est renvoyée à l'examen de M. Delbet.

Tumeur anévrismale du cou. — M. Schwartz rappelle avoir présenté, à la Société, le 20 juillet dernier, un homme qui était atteint d'une énorme tumeur anévrismale du cou d'origine traumatique, et avoir demandé l'avis de ses collègues sur l'opportunité ou non d'une intervention. Les avis furent partagés, les uns conseillant, les autres déconseillant l'opération. M. Schwartz, d'accord et avec l'assistance de M. Nélaton, s'était proposé de recourir à l'opération suivante. Dans un premier temps, résection de la clavicule et de la portion supéro-latérale correspondante du manubrium, refoulement de la plèvre, recherche de la carotide primitive, placement d'un fil d'attente sur cette artère. Dans un second temps, incision directe de la poche, en même temps qu'un aide serrerait le fil d'attente de la carotide et ligature de la sous-clavière. Mais ce qui arrêtait M. Schwartz, c'était la crainte que la poche anévrismale très volumineuse ne rendît très difficile le premier temps, c'est-à-dire la résection de la clavicule.

Le service de M. Schwartz ayant été momentanément supprimé, pour cause de réparation, ce malade passa dans le service de M. Duval qui l'opéra le 8 août 1910. Il put réséquer la clavicule sans être gêné par le sang, la plèvre fut refoulée, la crosse de l'aorte fut découverte, la ligature d'attente fut placée sur la carotide, la poche anévrismale fut incisée et, en même temps, le fil placé sur la carotide fut serré. L'opération s'était très bien passée. Mais trois heures après le malade mourait subitement par embolie.

Toutefois, l'opération a montré que les craintes qui ont arrêté la main de M. Schwartz n'étaient pas fondées.

Pyonéphrose. Double rein du même côté. — M. Tuffier présente une malade qu'il a opérée d'une pyonéphrose du côté gauche. Au cours de cette opération, M. Tuffier s'aperçut, qu'indépendamment du rein atteint de pyonéphrose avec son uretère coudé il existait, contigu à ce rein, un autre rein ou une autre portion de rein avec son uretère indépendant. Il put séparer la portion de rein malade de la portion de rein saine, extirper cette portion malade avec son uretère et laisser en place l'autre rein et son uretère.

Goitre suffocant chez une femme enceinte. — M. Souligoux présente une femme qui était atteinte d'un goitre qui, au cours d'une grossesse, devint subitement suffocant. Elle entre à l'hôpital avec une dyspnée extrêmement intense.

L'interne fit une trachéotomie d'urgence et appela M. Souligoux qui, voyant les accidents de suffocation persister, pratiqua, séance tenante, l'énucléation intraglandulaire d'un gros kyste, ce qui soulagea instantanément la malade.

M. Quénu fait observer que c'est par là qu'on aurait dû commencer.

Honorariat. — M. Villemin est nommé membre honoraire.

PRATIQUE MÉDICALE

UN ANALGÉSIQUE SANS EFFET ANTITHERMIQUE : L'ANTODYNE

On sait que les analgésiques antithermiques, tels qu'antipyrine, salicylates, phénacétine, etc., en abaissant rapidement la température par la sécrétion abondante de sueur qu'ils produisent, peuvent provoquer des phénomènes de collapsus. Pour moins grave que soit souvent l'action de ces médicaments, l'abondance de la transpiration qu'ils déterminent parfois est cependant telle que le malade en reste complètement anéanti.

Tous les antithermiques dépriment le cœur; ils ne sont donc pas sans danger à doses élevées; de plus, ils transforment l'oxyhémoglobine en méthémoglobine, ce qui explique que la cyanose est souvent observée à la suite de leur administration.

S'éliminant difficilement chez les malades qui ont des lésions rénales, aiguës ou chroniques, ils ont causé parfois de véritables empoisonnements.

Or, M. Fourneau a obtenu un corps rentrant dans le groupe des dérivés non azotés du phénol, qui, tout en étant un analgésique puissant, n'exerce cependant, chez l'homme, contrairement aux nombreux médicaments de ce groupe, qu'une action antithermique faible ou presque nulle.

Ce corps est le *phénoxypropenediol* ou *antodyne* dont les propriétés physiologiques et thérapeutiques ont fait le sujet d'une communication du professeur Gilbert et du docteur Descomps dans la séance du 16 juillet 1910 de la Société de Biologie.

L'antodyne se présente sous l'aspect de fines aiguilles feutrées. Elle est extrêmement soluble dans l'eau et dans tous les dissolvants organiques, sauf dans l'éther.

Elle est très peu toxique. Aux doses toxiques qui varient, naturellement, suivant l'animal et son poids et qui sont moins élevées en injection intrapéritonéale ou intraveineuse qu'en injection hypodermique et surtout qu'en injection buccale, l'antodyne produit une action hypothermique : la température rectale tombe brusquement de 2 à 3 degrés, le maximum de l'hypothermie survenant généralement une à trois heures après introduction du médicament dans l'organisme. Si la dose n'est pas mortelle, la courbe thermique revient, en quelques heures, à son point de départ. Si la dose est mortelle, l'hypothermie continue à progresser jusqu'à la mort.

Pour ce qui est de *l'emploi thérapeutique* de l'antodyne, MM. Gilbert et Descomps ont essayé ce médicament dans diverses affections douloureuses et ils en ont obtenu, dans la plupart des cas, des résultats très satisfaisants.

Ils l'ont également expérimenté dans certaines affections fébriles, en particulier dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire. Or, même chez les tuberculeux fébricitants, si sensibles pourtant à l'action de tous les antipyrétiques, ils n'ont jamais pu — du moins aux doses ingérées et qui n'ont pas dépassé 4 grammes — obtenir d'abaissement de la température. Cette particularité mérite d'être signalée, tant est habituelle l'association des actions analgésiques et antipyrétiques.

L'antodyne a été utilisée aux doses de 0g25 à 1 gramme, bien suffisantes, en général, pour atteindre le résultat thérapeutique désiré. Du reste, ce médicament a pu être donné aux doses de 3 à 4 grammes.

L'antodyne trouve ses indications dans toutes les manifestations douloureuses des maladies infectieuses et dans les affections telles que névralgies, migraines, goutte, rhumatisme.

En sa qualité d'anesthésique et d'analgésique l'antodyne est, en outre, un sédatif puissant du système nerveux sur

lequel elle agit en diminuant l'excitabilité réflexe. De ce fait, on l'emploiera, avec succès, contre toutes les manifestations du nervosisme, en particulier contre les convulsions, la chorée, l'asthme, la tachycardie.

L'antodyne n'étant pas toxique, on peut la donner à doses assez élevées. On la prescrira en cachets de 0g50 dont on fera prendre un à quatre par jour, suivant l'intensité des phénomènes à combattre.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de la syphilis (1), par les docteurs H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, et Ch. Fouquet, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Ces auteurs, dont la compétence en matière de syphiligraphie est bien connue, se sont efforcés tout d'abord d'exposer dans ce traité les données les plus récentes qui, depuis quelques années, sont venues compléter l'histoire de la syphilis, puis ils ont résumé d'une manière très instructive et profitable les résultats de leurs études personnelles et de leurs nombreuses observations journalières.

Le livre débute par une étude très claire des divers procédés qui permettent de reconnaître le tréponème, spécialement par l'examen de la sérosité du chancre à l'*ultramicroscope*. L'importance de l'affirmation précoce de la nature d'un chancre constitue un progrès d'une importance capitale au point de vue du traitement précoce ABORTIF de la maladie. D'après ces auteurs, le traitement RADICALEMENT ABORTIF doit être institué, si la lésion n'a pas une évolution supérieure à six semaines, car, à cette période, la maladie est presque exclusivement localisée à son foyer initial.

La syphilis, d'après ces auteurs, est constituée pendant son évolution par des *proliférations localisées* de tréponèmes avec émission de toxines, qui donnent lieu, presque exclusivement, à des manifestations locales, sauf les phénomènes passagers d'infection générale qui peuvent marquer le début de l'invasion secondaire. Ces proliférations constituent des *auto-inoculations*; elles jouent pendant toute la durée de la maladie un rôle prépondérant dans la genèse de ses diverses manifestations.

Ces considérations d'ordre biologique sont complétées par un exposé très clair de la réaction de Wassermann ainsi que des modifications successives qui ont été apportées à cette méthode.

En ce qui concerne la partie clinique, les auteurs ont condensé dans leurs traits principaux l'histoire de la syphilis héréditaire et de la syphilis acquise.

Le diagnostic du chancre a spécialement été discuté; après une étude clinique et histologique, cytologique, etc., des caractères du chancre syphilitique, étude très complète et fort utile à lire, les auteurs ont signalé quelques données nouvelles, surtout cliniques, telles l'exubérance des *syphilides autour du chancre* et de ses ganglions satellites lorsqu'ils viennent à s'ulcérer, la desquamation *exfoliatrice généralisée* des plantes des pieds, l'*angine de poitrine à caractères spéciaux*, une forme de *dystrophie* avec arrêt de développement à la *seconde génération*, certains troubles dus aux localisations dans les glandes vasculaires sanguines.

La syphilis des viscères (foie, rate, pancréas, reins, etc.), la syphilis du système nerveux, etc., est résumée dans ses grandes lignes, d'une manière un peu schématique, mais fort utile pour qui veut avoir une idée d'ensemble du retentissement du virus syphilitique sur tout l'organisme.

Dans ce livre, le docteur Hallopeau a condensé le résultat de ses observations, concernant le traitement de la syphilis par l'HECTINE (préparation amino-sulfonée arsenicale). A l'heure où le traitement de la syphilis par le procédé nouveau d'Ehrlich occupe tous les syphiligraphes, il est particulièrement intéressant de signaler ce traitement par l'hectine (préparation arsenicale également), dont le docteur Hallopeau s'est fait le champion autorisé.

L'HECTINE a une action égale à celle du mercure et elle a l'immense avantage d'être tolérée par les tissus les plus délicats : par un traitement local intensif et prolongé, si l'on intervient dans les trente premiers jours, elle permet presque à coup sûr d'enrayer le développement de la maladie. (L'hectine s'emploie en solution à la dose de 10 ou 20 centigrammes pour un ou deux centimètres cubes d'eau distillée, injections quotidiennes au niveau du chancre. Dans le traitement abortif, dans le traitement curatif son usage est indiqué alternativement avec le mercure.)

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 436 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des maladies de l'œsophage (1), par le docteur Jean Guisez.

Ce livre consciencieux est le résumé des patientes recherches et de l'expérience clinique acquise à l'auteur par huit années de pratique œsophagoscopique et l'examen de 800 malades.

L'examen de l'œsophage à la vision directe pratiqué d'abord en France par Désormeaux, Ségalas, Labarraque, tomba ensuite chez nous dans un complet oubli et il fallut qu'il nous revînt d'Allemagne pour y acquérir définitivement droit de cité.

Le docteur Jean Guisez fut l'un des premiers à nous faire connaître cette méthode et en pratiquer avec succès la technique. Son livre débute par une description de l'instrumentation nécessaire que son ingéniosité a considérablement modifiée et poussée à un grand degré de perfectionnement. Il nous montre ensuite, en s'appuyant sur l'anatomie et la physiologie, les moyens d'appliquer cette instrumentation chez l'homme et l'aspect de l'œsophage normal. La vision directe a d'ailleurs modifié notre conception de l'anatomie de l'œsophage en nous montrant qu'au lieu d'un tube aplati comme on le voit sur le cadavre, il est chez le vivant nettement cavitaire à sa partie moyenne, tandis que ses deux extrémités sont sphinctériennes et fermées au repos. L'auteur expose ensuite successivement l'histoire des affections de l'œsophage : maladies sténosantes (rétrécissements cicatriciels, tumeurs malignes, bénignes, ulcère simple, œsophagites et abcès), maladies générales à déterminations œsophagiennes (syphilis, actynomycose, tuberculose, muguet), maladies d'origine nerveuse (spasmes secondaires, idiopathiques, œsophagisme, paralysie de l'œsophage), dilatations de l'œsophage (diffuses, diverticules), varices, plaies, blessures, fissures, corps étrangers, anomalies congénitales de l'œsophage, affections péri-œsophagiennes.

Après cette lecture, combien nous semble pauvre la description de nos ouvrages classiques. C'est ainsi qu'il n'y est pas fait mention d'une maladie dont le docteur Guisez met bien en relief l'existence : les spasmes graves primitifs de l'œsophage portant soit sur le sphincter supérieur soit sur le sphincter inférieur, maladie curable par la dilatation, et trop souvent méconnue ou prise pour du cancer.

Grâce à l'œsophagoscopie et à une instrumentation très perfectionnée la technique de l'extraction des corps étrangers de l'œsophage est aujourd'hui complètement modifiée.

Ecrit d'une façon claire et précise, orné de nombreuses figures qui nous font voir la description de l'auteur, ce livre

(1) In-12 de 320 p. avec 142 fig. dans le texte. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

sera d'une lecture facile et utile à tous ceux qui ont le souci d'être au courant des progrès de la médecine.

M. LANCE.

Notions fondamentales de chimie organique (1), par Ch. MOUREU, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine.

Le très remarquable ouvrage, dont le professeur Moureu vient de remanier la troisième édition, devrait être à portée de la main dans la bibliothèque de tout médecin averti. La place de jour en jour grandissante qu'occupe la chimie, et surtout la chimie organique, dans la littérature médicale, oblige le praticien qui veut lire à posséder des notions précises de cette science, et en tout cas à savoir où trouver rapidement les données capables d'éclairer ses lectures.

Le livre de M. Moureu répond merveilleusement à cette nécessité.

Ce n'est point, comme son nom l'indique, un traité de chimie organique; l'auteur a voulu exposer « la charpente, la trame même de nos connaissances en chimie organique, et ouvrir l'esprit du lecteur en l'initiant graduellement au mécanisme des transformations de la matière ».

Ce but, M. Moureu l'a excellemment atteint, et il suffit de lire le premier chapitre, celui qui traite des théories générales, pour se rendre compte avec quelle simplicité il est parvenu à exposer ces questions si difficiles d'ordinaire à comprendre pour ceux qui n'y sont point préparés par de sérieuses études préalables. Il y a telles de ces pages qui méritent d'être admirées, le mot n'est pas excessif, vu la difficulté vaincue, et je citerai entre autres les douze pages lumineuses où l'éminent chimiste a su condenser la question de la stéréochimie et de l'isomérie optique.

Tout le reste de l'ouvrage est d'ailleurs à l'avenant, et les diverses fonctions y sont étudiées de façon concise et nette, si bien qu'on peut rapidement et sans peine trouver les renseignements dont on a besoin à propos de chacune d'elles. La recherche est d'ailleurs facilitée par une innovation de la présente édition, à savoir un index alphabétique, qui ne comprend pas moins de onze cents mots, et qui renvoie le lecteur aux diverses pages où chaque point est cité ou traité.

En résumé, il me paraît que l'ouvrage du professeur Moureu répond vraiment à un besoin de l'heure présente, et qu'il est unique en son genre tant en France qu'à l'étranger. Il fallait d'ailleurs la clarté latine pour illuminer ces questions si complexes et ardues, et en rendre l'étude aisément accessible à ceux qui ne veulent point s'y spécialiser. Cette clarté de notre race M. Moureu la possède au plus haut degré et ce sera son grand honneur de l'avoir mise au service d'une œuvre aussi utile.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Catéchisme de prophylaxie sanitaire et morale à l'usage des mères de famille (2), par le docteur SUAREZ DE MENDOZA.

On sait que le docteur Suarez de Mendoza a entrepris la plus noble des croisades pour combattre les grands fléaux du XXe siècle, la tuberculose, l' « avariose », la « neisserose », l'alcoolisme et la mortalité infantile qui menacent la santé et l'avenir de l'individu, de la famille et de la race; qui mettent en péril, suivant la jolie expression de M. Léon Bourgeois, « l'intégrité même du capital humain ».

Pour mener à bien cette campagne, M. Suarez de Mendoza s'adresse directement à la femme, à la mère de famille, la jeune fille, l'enfant.

C'est le recueil de ses conférences et de ses publications sur ce sujet qu'il publie aujourd'hui sous le titre de *Catéchisme de prophylaxie sanitaire et morale*.

Deux préfaces, l'une de M. Emile Loubet, ancien président de la République, l'autre du professeur Richelot, montrent en quelle estime doit être tenue, tant au point de vue social qu'au point de vue médical, l'œuvre courageusement entreprise par notre confrère.

L. GAYARD.

(1) In-8 de VI-354 pages, 3e édition mise au courant des derniers travaux. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars.

(2) Gr. in-8° broché. Prix : 10 francs. — Paris, Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 DÉCEMBRE 1910

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* : MM. Kirmisson, Pierre Duval et Proust.

5e (2e partie) *Hôtel-Dieu* : MM. Marfan, Guillain et L. Bernard ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Mardi 6 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. de Lapersonne, Lecène et Okinczyc ; — (2e série) : MM. Quénu, Terrien et A. Schwartz; — M. Claude, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Chauffard, Carnot et Roussy ; — (2e série) : MM. Achard, Balthazard et Rathery; — M. Gougerot, suppléant.

Mercredi 7 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Proust et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

2e : MM. Gariel, Mulon et Jean Camus.

4e (1re série) : MM. Gaucher, Richaud et Macaigne ; — (2e série) : MM. Widal, Laignel-Lavastine et Tiffeneau ; — (3e série) : MM. Marfan, Wurtz et Sicard; — M. Zimmern, suppléant.

Jeudi 8 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Grégoire et Okinczyc.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Pierre Marie, Nicloux et Gougerot.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et André Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Morestin et Lenormant ; — (2e série) : MM. Quénu, Brindeau et Chevassu ; — (3e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Rouvière et Anselme Schwartz ; — (2e partie) : MM. Chauffard, Castaigne et Brumpt ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 9 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Lejars et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Pierre Duval ; — M. Proust, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, (1re partie) : MM. Pinard, Potocki et Couvelaire; — M. Jean Camus, suppléant.

Samedi 10 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Alb. Robin, Castaigne et Gougerot; — (2e série) : MM. G. Ballet, Widal et Nobécourt.

5e (obstétrique), *Beaujon* (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Roussy, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



LE JEUDI 22 DÉCEMBRE 1910

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 84 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1911.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Nº 136. — MARDI 29 NOVEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 29 NOVEMBRE 1910. — Nº 136

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 25 novembre : MM. Chatelin, 12 ; Chichmanian, 8 ; Castex, 6 ; Leblanc, 12 ; Duprey, 5 ; Buc, 11 ; Gouverneur, 12 ; Lucas-Championnière, 9 ; Niguerie, 5 ; Goret, 11.

Pathologie. — Séance du 25 novembre : MM. Massart, 8 ; Briault et Kahn (Georges), 6 ; Marchak, Lefranc (Victor) et Hertz, 10 ; Delotte, 9 ; Blum, 6 ; Vazeux, 10 ; Rabut, 7 ; Bardon, 8.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — Après concours, M. le docteur Léon a été nommé oto-rhino-laryngologiste.

— Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Bousseau, Bonnet et Rousseau, internes titulaires ; Blanc, Le Dormeux, Boumard et Siraudeau, internes provisoires.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de MM. Vincent et Foyer, internes titulaires, et Mercier, interne provisoire.

— BORDEAUX. — Le concours pour deux places de médecin résidant à l'hôpital Saint-André et à l'hospice Pellegrin s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Parcellier et Loubat.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Verger, agrégé, est nommé, pour l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. le docteur Beylot est nommé, pour l'année scolaire 1910-1911, chef des travaux d'histologie.

— MONTPELLIER. — M. Lecercle, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1910-1911.

— NANCY. — M. Zilgien, agrégé libre, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours complémentaire de thérapeutique.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1910-1911 :

MM. le docteur Villemin, chef du laboratoire d'anatomie normale ; Lambert, agrégé, chef des travaux de physiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — Un congé, jusqu'au 31 octobre 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Misset, professeur de pathologie interne.

M. Petitjean, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, jusqu'au 31 octobre 1911 (durée du congé accordé à M. Misset), d'un cours de pathologie interne.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Astre, professeur de chimie, est nommé, pour l'année scolaire 1910-1911, directeur de l'Institut de chimie.

CONCOURS POUR L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — RÉSULTATS DES DEUX PREMIÈRES ÉPREUVES (*suite et fin*). — *Séance du 14 novembre.* — MM. Hazard 21 + 21 = 42 ; Géraudel, 24 + 23 = 47 ; Palle 22 + 22 = 44.

Séance du 15 novembre. — MM. Béliard, 26 + 23 = 49 ; Braunberger, 26 + 19 = 45 ; Bize, 24 + 22 = 46 ; Labady, 25 + 21 = 46.

Séance du 16 novembre. — MM. Gaultier (René), 24 + 26 = 50 ; Mlle Leclerc (Jeanne), 22 + 22 = 44 ; MM. Prunier, 22 + 25 = 47 ; Theuveny, 21 + 22 = 43.

Séance du 17 novembre. — MM. Bing, 28 + 21 = 49 ; Carret, 22 + 23 = 45 ; Bourdin, 19 + 22 = 41 ; Aubertin, 24 + 22 = 46.

Séance du 18 novembre. — MM. Lévy (Moïse), 21 + 21 = 42 ; Desvaux, 23 + 20 = 43 ; Bricet 24 + 24 = 48 ; Guilliot, 19 + 22 = 41.

Séance du 19 novembre. — MM. Chevé, 29 + 23 = 52 ; Houzel 25 + 23 = 48 ; Degez, 21 + 24 = 45 ; Thiroux, 26 + 25 = 51.

Séance du 21 novembre. — MM. Legrand, 20 + 27 = 47, Sainturet 18 — abs. ; Lamouroux, 24 + 22 = 46 ; Malméjac ; 21 + 20 = 41.

Séance du 22 novembre. — MM. Pascaud (Victor), 24 + 20 = 44 ; Sabot, 19 + 21 = 40 ; Debled, 19 + 21 = 40 ; Bernard (Gustave), 21 + 27 = 48.

Séance du 23 novembre. — MM. Curie, 23 + 24 = 47 ; Manheimer, 24 + 28 = 52.

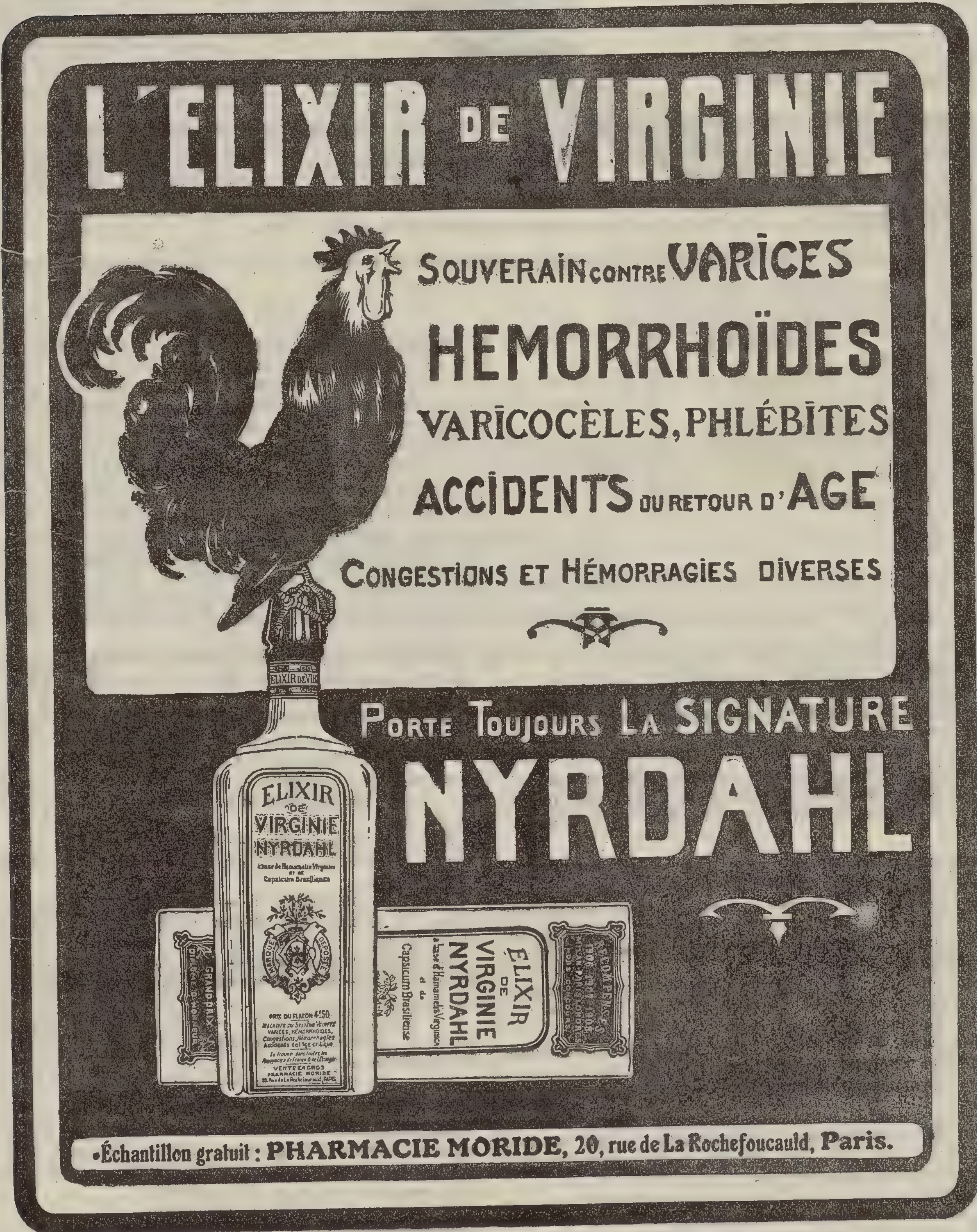
STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-sixième semaine, 830 décès, au lieu de 823 pendant la semaine précédente et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques continuent à être rares.

On ne signalé qu'un cas de méningite cérébro-spinale et un décès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Angelo Mosso (de Turin), sénateur, membre de l'Académie de médecine de Turin, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, et de M. le docteur Fernand Bernheim (de Paris).


L'ELIXIR DE VIRGINIE
SOUVERAIN CONTRE VARICES
HEMORRHOÏDES
VARICOCÈLES, PHLÉBITES
ACCIDENTS DU RETOUR D'AGE
CONGESTIONS ET HÉMORRAGIES DIVERSES
PORTE TOUJOURS LA SIGNATURE
NYRDAHL
ELIXIR DE VIRGINIE NYRDAHL
•Échantillon gratuit : PHARMACIE MORIDE, 20, rue de La Rochefoucauld, Paris.

PÉRITONITE ENKYSTÉE

OU

PSEUDO-KYSTE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS

Par M. AUVRAY,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le cas que je rapporte appartient certainement à ces collections rares de l'arrière-cavité des épiploons, qui ont été décrites en particulier sous le nom de pseudo-kystes de l'arrière-cavité dans le remarquable rapport que le professeur Villar a présenté au Congrès de chirurgie de 1905 et dont on ne connaît encore qu'un nombre assez restreint d'observations traitées chirurgicalement. C'est à ce titre, et aussi à cause de certains caractères particuliers qu'a présentés l'histoire de notre malade, que l'observation m'a paru digne d'être rapportée. La voici :

Observation. — Mlle M..., âgée de quarante ans, entre le 8 mai 1910 dans mon service à l'hôpital Dubois, salle Horteloup, pour des accidents d'occlusion intestinale incomplète remontant à plusieurs jours.

Je n'insisterai pas sur les antécédents héréditaires de la malade, ni sur ses antécédents personnels qui n'ont ici qu'un intérêt secondaire. Il est à noter toutefois que, depuis le mois de janvier 1910, la malade avait éprouvé des douleurs abdominales peu vives il est vrai, mais continues, siégeant à l'hypogastre et qu'elle s'était amaigrie.

Le 27 avril 1910 en voulant monter sur un trottoir, la malade butte et tombe sur les genoux; en même temps le côté droit de l'abdomen et du thorax heurte violemment le sol. Il en résulte une douleur très vive, mais passagère, qui le lendemain avait à peu près disparu ; néanmoins la malade portait des ecchymoses assez étendues aux deux genoux et une légère écorchure à la face antéro-interne de la jambe gauche. Il ne se produisit rien d'anormal pendant les journées du 28 et du 29 avril.

Dans la nuit du 29 au 30, la malade réveillée en sursaut ressent tout à coup une douleur extrêmement vive dans le dos au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires. Cette douleur atroce et paroxystique d'emblée, fixe sans irradiations, reste nettement localisée aux points précités.

Le lendemain 1er mai, la douleur prédomine et se localise dans la fosse lombaire droite et dans le flanc droit tout en conservant ses caractères précédents. La fosse lombaire gauche n'est nullement douloureuse. La malade ne peut rester au lit tant est violente la douleur. Pendant les paroxysmes elle est obligée de s'accroupir sur le plancher de la chambre, ce qui paraît atténuer un peu la douleur. Un médecin appelé ordonne le régime lacté.

Le 2 mai apparaissent des vomissements survenant environ deux heures après l'ingestion de lait et calmant momentanément les crises douloureuses. Dès lors s'installe une constipation opiniâtre, mais la malade continue à émettre des gaz par l'anus. Le 4 mai on administre de la limonade purgative qui ne produit aucun effet. Le 5 mai, même purgation qui amène des selles abondantes sans caractères particuliers. Mais les vomissements et les douleurs persistent aussi vives qu'au début.

Depuis le 27 avril, la malade remarque que son abdomen augmente de volume, et d'une façon plus sensible durant les derniers jours. La situation devient précaire et la malade entre à la maison Dubois le 9 mai.

Elle est très amaigrie, les pommettes saillantes sont fortement colorées, les yeux excavés. L'abdomen est considérablement ballonné, mais pas d'une façon uniforme. Dans le flanc droit on remarque une voussure appréciable surtout à la palpation. Au palper en effet on constate qu'à gauche de la ligne médiane on peut légèrement déprimer la paroi abdominale, tandis que à droite au contraire la chose est impossible, les muscles sont très tendus. Par de petits chocs successifs imprimés à la paroi, on perçoit un clapotement siégeant au niveau de l'épigastre, de l'hypocondre et du flanc droit et ne dépassant guère vers la gauche la ligne médiane.

Par le palper bimanuel de la région lombaire droite, on constate, assez difficilement à cause de la distension de l'intestin en état d'occlusion, l'existence d'une tuméfaction, qui donne naissance à du ballottement, et qu'on rattache à la région rénale ou pararénale. La palpation de cette masse dont le volume paraît très considérable n'est pas très douloureuse.

La percussion de l'abdomen donne une sonorité exagérée, sauf au niveau des parties déclives. La matité hépatique est diminuée par le météorisme abdominal. La matité splénique n'est pas décelable. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement si ce n'est qu'il existe des matières fécales durcies. Rien du côté des organes génitaux. Rien aux poumons et au cœur. Au niveau des membres inférieurs, il existe des ecchymoses sur les deux genoux.

La température est à 37°2; le pouls rapide et faible bat à 144.

Depuis trois jours il existe une constipation rebelle, mais la circulation des gaz n'est pas complètement interrompue. Au moment où nous examinons la malade, elle n'a pas eu de vomissements depuis douze heures et les douleurs spontanées accusées précédemment par elle ont diminué d'acuité.

Il y a des traces d'albumine dans l'urine, mais pas de sucre.

En somme, ce qui domine dans l'état de la malade, ce sont les phénomènes d'occlusion intestinale caractérisés par le météorisme considérable de l'abdomen, lequel rend difficilement perceptible la tumeur développée dans le flanc et l'hypocondre droits, l'arrêt complet des selles et la circulation de plus en plus difficile des gaz dans l'intestin.

Nous portons le diagnostic d'occlusion intestinale par compression de l'intestin, cette dernière ayant vraisemblablement pour cause une collection périrénale d'origine traumatique. Avant de se décider à opérer la malade, on lui fait administrer deux lavements huileux, on lui fait aussi une injection de 500 centimètres cubes de sérum, une piqûre de spartéine et de caféine.

Les lavements sont expulsés tels qu'ils avaient été administrés; les phénomènes d'occlusion persistent et l'opération est pratiquée dans l'après-midi.

Opération. — Anesthésie au chloroforme, laparotomie latérale droite. Incision de 15 centimètres moitié au-dessus, moitié au-dessous de l'ombilic. Après ouverture du péritoine, le côlon ascendant et la partie sous-hépatique du côlon transverse tendent à faire hernie au dehors; ils sont très distendus et fortement vascularisés; mais la région pylorique de l'estomac et le reste du côlon transverse sont refoulés en avant et aplatis au-devant d'une collection qui occupe l'arrière-cavité des épiploons; l'épiploon gastro-colique apparaît en avant de la tuméfaction comme épaissi, et comme ratatiné. En cherchant à séparer le côlon transverse de l'estomac, je provoque une petite éraillure dans l'épiploon gastro-colique. Immédiatement, à travers cette éraillure, jaillit au dehors et à une assez grande distance un jet de liquide absolument clair comme de l'eau, à tel point que je me demandai tout d'abord si je n'avais pas ouvert un kyste hydatique; en réalité ce liquide n'avait pas absolument l'aspect eau de roche caractéristique, il était très légèrement citrin. Ayant voulu agrandir la perforation minuscule qui s'était faite spontanément dans l'épiploon gastro-colique, je sectionnai transversalement cet épiploon sur une étendue de quelques centimètres, il se fit une hémorragie assez abondante, et le liquide s'écoula à partir de ce moment fortement teinté de sang. Je ne saurais apprécier d'une façon précise la quantité de liquide évacué, car il n'a pas été mesuré, mais j'estime qu'il y avait environ trois litres de liquide collecté, dans l'arrière-cavité.

Bien entendu j'avais protégé de mon mieux la grande cavité péritonéale à l'aide de compresses pour éviter l'irruption du liquide dans le péritoine.

Il n'y avait aucun doute possible, la collection que j'avais évacuée siégeait bien dans l'arrière-cavité des épiploons; une longue pince introduite par la brèche faite à l'épiploon gastro-colique put être poussée très profondément de droite à gauche, derrière l'estomac, vers le hile splénique.

Lorsque la collection eut été évacuée, le côlon transverse qui était abaissé et comme coudé se redressa et reprit sa situation et son calibre normaux.

A travers la brèche de l'épiploon gastro-colique, un doigt fut introduit dans l'arrière-cavité de façon à en explorer les parois, car il était assez difficile de se rendre compte par la vue de l'état des parties profondes à travers un orifice aussi étroit. Le doigt ne sentit rien d'anormal sur la face postérieure de l'estomac, sur la face antérieure du pancréas ou sur la face inférieure du foie; rien ne parut anormal du côté des voies biliaires. Je cherchai à introduire le doigt de dedans en dehors à travers l'hiatus de Winslow sans y parvenir; j'essayai alors de pénétrer dans cet orifice de dehors en dedans et n'y parvins pas davantage; il semble que l'hiatus de Winslow était oblitéré. J'explorai également les organes voisins de l'arrière-cavité des épiploons, la rate, les reins, la face inférieure du foie, la vésicule; tous ces organes me parurent sains.

En somme mon exploration était restée absolument négative et il m'était impossible de dire quelle avait été l'origine du liquide enkysté dans l'arrière-cavité.

Quoi qu'il en soit, à l'aide de compresses montées sur de longues pinces, l'arrière-cavité fut complètement asséchée, puis un long drain d'assez fort calibre y fut laissé à demeure; il sortait par la partie supérieure de la plaie abdominale. L'ouverture faite à l'épiploon gastro-colique ne fut fixée à la paroi par aucune suture; je ne jugeai pas en effet qu'il fût opportun de marsupialiser la poche. Un drain plus petit fut placé à la partie inférieure de la plaie abdominale. Celle-ci fut suturée en trois plans; pansement aseptique.

Suites opératoires. — Immédiatement après l'opération, la malade expulsa par la bouche une pleine cuvette de matières fécales. Injections de sérum, d'huile camphrée et de spartéine. Le pouls se relève peu à peu.

Le lendemain, température, 37°1; pouls, 92. La malade a eu deux selles à peu près liquides. On enlève le pansement complètement imbibé de sérosité qui s'écoule par l'orifice du drain laissé à demeure dans l'arrière-cavité. On aspire 40 centimètres cubes d'un liquide rosé. L'analyse chimique de ce liquide faite par M. Rolland, interne en pharmacie du service, a donné les renseignements suivants (1) :

Couleur : rosée; consistance : fluide; densité : inférieure à 1010; réaction : neutre; albuminoïdes totaux : 2g87 par litre; chlorures (et NaCl) : 7g50; cendres : 8g62; phosphates : traces; carbonates : traces.

Pas de traces de sucre, de trypsine, de liquide pancréatique.

Quelques leucocytes mono et polynucléaires.

Pas de cristaux.

Le 11 mai, nouvelle injection de 500 centimètres cubes de sérum, spartéine et huile camphrée. Température, 37 degrés; pouls, 92. Aspiration de 80 centimètres cubes de liquide par le drain supérieur. Le drain inférieur donne un peu de sérosité louche, mais non purulente.

Les jours suivants rien de particulier à noter. On soutient l'état général à l'aide de sérum et de toni-cardiaques. Le quatrième jour on enlève le drain inférieur qui ne donne rien. Le drain supérieur continue à donner tous les matins par aspiration de quelques centimètres cubes à 50 centimètres cubes de liquide analogue au liquide analysé. Tous les matins, le pansement est imbibé de cette même sérosité. On raccourcit progressivement le drain chaque jour et on injecte dans son trajet quelques gouttes de teinture d'iode.

La malade se relève rapidement, va tous les jours à la selle et paraît engraisser.

Le drain est enlevé le dix-neuvième jour ; la plaie abdominale complètement cicatrisée le vingt-quatrième. La malade s'assied sur son lit ce jour-là et se lève le trentième jour.

Elle sort de l'hôpital, en excellent état, l'abdomen entièrement souple et indolore, le 26 juin 1910.

Le caractère commun aux collections de l'arrière-cavité des épiploons, quelle qu'en soit la nature, est d'être situées en arrière de l'estomac et du petit épiploon, au-dessous du lobe gauche du foie, en avant du pancréas, au-dessus du côlon transverse et de se prolonger à gauche vers la rate et en bas entre les feuillets du grand épiploon. Ces collections n'ont pas d'enveloppe kystique à proprement parler : leur paroi est constituée par les organes de voisinage. Villar, dans son rapport, a fait remarquer que la collection avait peu de chances de fuser du côté de la cavité péritonéale à cause de la situation, et de la disposition de l'hiatus de Winslow. C'est un fait qui est confirmé par les cas observés, mais la question est de savoir si, en pareil cas, l'hiatus de Winslow présente sa disposition normale ou si au contraire la collection se développe dans l'arrière-cavité à la faveur d'une disposition anormale de l'hiatus. Or, chez ma malade, au cours de l'opération, j'ai cherché, lorsque la collection fut évacuée, à pénétrer de dehors en dedans dans l'arrière-cavité en insinuant un doigt à travers l'orifice, sans y parvenir ; et je n'y réussis pas davantage de dedans en dehors après avoir introduit un doigt dans l'arrière-cavité, à travers la brèche faite à l'épiploon gastro-colique pour l'évacuation de la collection. L'hiatus était-il congénitalement oblitéré? L'était-il par des adhérences de nouvelle formation? Je ne saurais le dire ; mais je crois pouvoir affirmer, après l'avoir bien cherché, qu'il n'existait pas.

Les collections étudiées par les auteurs, sous le nom de pseudo-kystes de l'arrière-cavité des épiploons semblent avoir été signalées par Malgaigne, l'un des premiers, ainsi que le rappelle Bichon dans sa thèse, *Contribution à l'étude des kystes hématiques de l'épiploon*, Toulouse, 1896. Malgaigne, en effet, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, parle d'un amas de sérosité qui peut se faire dans l'arrière-cavité d'épiploons, et constituer une sorte d'hydropisie enkystée, toute spéciale. Je me contenterai de rappeler ici parmi les travaux qui me paraissent les plus intéressants à signaler ceux de Heinricius [(1) 1897], de Körte (1898), de Dvuzhiliny [(2) 1904], de Villar [(3) 1905] où l'auteur a établi avec raison la division en kystes sanguins et pseudo-kystes traumatiques, discuté la valeur des observations publiées et rassemblé finalement 31 cas qui avaient été soumis à l'intervention chirurgicale. Je me suis efforcé, en vue de cet article, de réunir tous les cas traités chirurgicalement depuis 1905, pour les ajouter à la statistique de Villar; ces cas sont très peu nombreux, je citerai les observations de Honigmann [(4) 1905], de Haynes [(5) 1905], Blanc et Porte [(6) 1907], U. Guinard [(7) 1907], Villar et Carragnier [(8) 1908], Noever et Verhoegen [(9) 1908], Savariaud [(10) 1909]

(1) Je rappelle que le liquide qui est sorti du pseudo-kyste au moment de son ouverture était absolument clair et ne renfermait pas de sang. La coloration rose tient à la présence de sang épanché dans la cavité, à la fin de l'opération, et provenant d'une déchirure de vaisseaux de l'épiploon gastro-colique.

(1) HEINRICIUS. Sur les kystes et pseudo-kystes du pancréas, *Arch. f. klin. Chir.*, 1897, t. LIV.

(2) DVUZHILINY. Kystes et pseudo-kystes du pancréas, *Rousski Wratch*, 1904, t. III, p. 761-806

(3) VILLAR. Rapport au Congrès français de chirurgie de 1905. Il me semble qu'à la liste des cas rapportés par Villar, on peut ajouter celui de J. SCHOU : Pseudo-kyste du pancréas. Opération. Guérison, *Ugesk. f. Läger*, Copenhague 1902. p. 555-559.

(4) HONIGMANN. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1905.

(5) HAYNES. Pseudo-kyste du pancréas, *Ann. of surg.*, 1905, p. 950.

(6) BLANC et PORTE. Péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons, *Loire méd.*, 1907, t. XXVI, p. 438-440.

(7) GUINARD. *Loire méd.*, 1907, t. XXVI, p. 438-440.

(8) VILLAR et CARRAGNIER. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908, p. 219.

(9) NŒVER et VERHŒGEN. *Journ. de chir. belge*, 1908, t. XIII, p. 312.

(10) SAVARIAUD. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, juin 1909, t. XXXVI, n° 22, p. 753-758.

et mon observation personnelle. Dans ces recherches, j'ai compris, bien entendu, les deux variétés : kystes sanguins et pseudo-kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons.

Les causes susceptibles de provoquer l'apparition des pseudo-kystes sont celles qu'on a coutume de rencontrer dans toutes les contusions de l'abdomen. Le plus souvent il est question dans les observations de coups de pied de cheval, de coups de timon de voiture, de chocs à l'épigastre par guidon de bicyclette, de chutes sur l'abdomen, de compression de l'abdomen entre deux corps, etc. Le coup a porté tantôt dans la région épigastrique, tantôt dans l'hypocondre droit ou l'hypocondre gauche, tantôt dans la région des flancs. L'origine traumatique de ces pseudo-kystes explique qu'ils soient beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Sur les 39 cas de pseudo-kystes opérés que j'ai pu réunir dans la littérature médicale, 28 concernaient des hommes, 4 des femmes, 7 fois le sexe n'est pas indiqué.

J'ai déjà dit que ces collections de l'arrière-cavité des épiploons ne possédaient pas de paroi kystique à proprement parler; le nom de pseudo-kystes leur convient parfaitement; ce sont des collections enkystées, limitées par la paroi des organes voisins et par le petit épiploon, qu'on trouve généralement épaissi ou diminué d'étendue ; si j'insiste sur ce détail, c'est qu'on ne comprend pas comment certains auteurs ont pu tenter, dans leurs opérations, d'enlever une paroi kystique qui, en réalité, n'existe pas. On peut se demander s'il n'y a pas eu confusion dans ces cas-là, avec les kystes du pancréas, dont le développement se fait dans l'arrière-cavité des épiploons.

Quoi qu'il en soit, en s'accumulant, le liquide a tendance à émerger de l'arrière-cavité pour se rapprocher de la paroi abdominale. Tantôt suivant la division admise par Körte, le pseudo-kyste vient se mettre au contact de la paroi abdominale en s'insinuant entre la grande courbure de l'estomac qu'il refoule en haut et le côlon transverse qu'il abaisse, refoulant devant lui l'épiploon gastro-colique (type inter-gastro-colique) ; c'est le cas le plus fréquent, c'est celui en présence duquel je me suis trouvé chez ma malade. Tantôt, le pseudo-kyste émerge entre la petite courbure de l'estomac et le foie, refoulant devant lui l'épiploon gastro-hépatique (type inter-hépato-gastrique) ; c'est le cas le plus rare, c'est celui que Savariaud a observé chez son opéré.

Le contenu de ces pseudo-kystes est essentiellement variable et c'est là que la division s'impose en kystes sanguins et en pseudo-kystes à contenu plus ou moins séreux.

Les kystes sanguins ne sont en réalité que des hématomes, formés tantôt par du sang rouge, tantôt et plus souvent par du sang noir. Mais on peut trouver tous les intermédiaires entre le liquide franchement sanguinolent des pseudo-kystes sanguins et le liquide clair des pseudo-kystes séreux. La coloration brunâtre plus ou moins foncée, signalée dans un certain nombre d'observations, était due évidemment à la suspension d'une quantité plus ou moins grande de globules sanguins dans le liquide épanché.

Le liquide est le plus souvent très fluide, mais il peut être visqueux (Senn).

Le liquide des pseudo-kystes peut être citrin, ou opalescent (Senn), ou jaune comme de l'urine, ce qui était le cas du malade observé par Savariaud ; cette coloration jaune était due sans doute à la présence de la bile constatée dans le liquide du kyste. On a vu dans certains cas le liquide clair comme de l'eau ; chez ma malade, le liquide était très clair, à peine citrin. Enfin on a signalé dans le liquide des pseudo-kystes la présence de grumeaux (Custom); chez mon opérée, vers la fin de l'évacuation du liquide collecté, on vit apparaître quelques petits grumeaux blanchâtres mélangés au liquide.

Les caractères chimiques du liquide sont aussi variables que sa coloration. Le plus souvent le liquide ne présente aucun caractère particulier. Mais l'analyse y a décelé parfois du sucre (Hadra, Lazarus); d'autres fois, le pseudo-kyste renfermait un liquide à caractères pancréatiques ; il en était ainsi dans les observations de Küster, de Lloyd, de Littlewood, de Brown, de Cushing, de Schwartz, de Haynes et de Savariaud. Dans ce dernier cas, il semble qu'il y ait eu à la fois mélange de liquide pancréatique et d'une petite quantité de bile. Chez mon opérée, l'analyse du liquide est aussi peu probante que possible ; M. Rolland, interne du service, n'a pas trouvé traces de sucre, de trypsine, de liquide pancréatique et d'autre part le liquide ne présente pas les caractères d'un liquide inflammatoire à proprement parler, à cause de la petite quantité d'albumine qu'il renferme.

La quantité de liquide évacuée est également très variable ; Schwartz a trouvé dans la poche jusqu'à 7 litres de sérosité hémorragique ; dans mon cas, le liquide n'a pas été mesuré, mais il était très abondant.

La formation des kystes sanguins ou hématomes peut s'expliquer, comme l'a dit Villar, de deux façons : ou bien il y a hémorragie, ayant pour point de départ les nombreux vaisseaux pancréatiques et péripancréatiques, puis péritonite qui enkyste l'épanchement ; ou bien à la suite de la lésion du pancréas, il se développe une péritonite avec formation de néo-membranes qui vont donner du sang à un moment donné (Villar). On comprend de cette manière que dans le premier cas la collection sanguine puisse être perçue immédiatement après le traumatisme, tandis que dans le second cas elle n'apparaîtra qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs semaines. C'est ce qu'on observe en clinique (Villar).

La pathogénie des pseudo-kystes à contenu séreux est plus difficile à élucider, tout au moins pour un certain nombre de faits. Il n'est pas douteux que, dans les cas où la nature pancréatique du liquide a été décelée par l'analyse chimique, le pseudo-kyste reconnaît pour origine une rupture des canaux pancréatiques dont le contenu s'est épanché dans l'arrière-cavité des épiploons. De même, lorsque la présence de la bile est signalée dans l'épanchement, il est tout naturel d'admettre qu'il y a eu sous l'influence du traumatisme éraillure des canaux biliaires. Ces lésions des canaux excréteurs ne sont pas toutefois faciles à constater ; on conçoit très bien, en effet, que la lésion, parfois simple fissure des canaux biliaires ou pancréatiques, puisse passer inaperçue au cours d'une intervention pratiquée plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'accident; du reste la voie d'accès étroite créée dans l'épiploon gastro-colique rend le plus souvent l'inspection des parties profondes impossible et le doigt est insuffisant pour renseigner sur l'existence d'une

éraillure dissimulée sous un tapis de fausses membranes. Il est très plausible d'admettre aussi que, dans un certain nombre de cas, le pseudo-kyste résulte de la transformation d'un hématome.

Mais lorsque le liquide ne contient pas de sang au moment où il est évacué et n'a aucun caractère chimique particulier qui révèle son origine, on est en droit de se demander si le liquide collecté dans l'arrière-cavité des épiploons, ne représente pas en somme un foyer de péritonite enkystée, développé au contact d'un organe irrité, contusionné par le traumatisme (estomac, foie, intestin). On serait en présence d'un foyer de péritonite enkystée analogue à ces foyers à contenu séreux qu'on rencontre dans différents points de la cavité abdominale autour des organes enflammés, en particulier autour des salpingites. Blanc et Porte ont intitulé l'observation, qu'ils ont publiée en 1907 dans la *Loire médicale*, « Péritonite enkystée » ; et moi-même dans l'incertitude où je suis de la nature exacte des lésions observées, en l'absence d'une réaction chimique caractéristique, je crois devoir présenter mon observation sous le titre de « Péritonite enkystée ou pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons ».

Les pseudo-kystes n'ont pas toujours les mêmes caractères cliniques ; ceux-ci peuvent varier avec la nature de l'épanchement (sang ou liquide séreux) et suivant que l'évolution du pseudo-kyste est troublée ou non par l'apparition d'une complication.

Dans le cas de kyste sanguin, lorsque l'hémorragie est primitive et succède immédiatement au traumatisme, on peut assister à l'apparition rapide d'une tumeur formée par le sang épanché.

Mais dans la plupart des cas, qu'il s'agisse d'un kyste sanguin ou d'un kyste séreux, les accidents évoluent d'une façon plutôt lente et chronique. Dans un certain nombre d'observations on distingue nettement quatre périodes dans l'évolution des accidents.

A la première période, le sujet présente à la suite du trauma les signes d'une contusion abdominale plus ou moins grave.

A la deuxième période, les symptômes s'atténuent peu à peu ; aux accidents du début succède une phase d'amélioration ou de guérison apparente plus ou moins longue.

A la troisième période des troubles fonctionnels réapparaissent caractérisés par l'existence surtout de troubles digestifs. Le blessé se plaint de douleurs plus ou moins vives siégeant généralement à l'épigastre et s'accompagnant de vomissements et d'un amaigrissement rapide et progressif. La douleur toutefois peut siéger en des points différents : chez mon opérée, la douleur extrêmement vive, siégea d'abord dans le dos au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires ; elle était fixe, sans irradiation et avait un caractère paroxystique ; le lendemain elle se localisait dans la fosse lombaire droite et dans le flanc droit ; la malade ne pouvait garder le lit tant la douleur était violente. Pendant les paroxysmes, elle était obligée de s'accroupir sur le plancher de sa chambre, position dans laquelle les douleurs étaient légèrement atténuées.

Dans certains cas, on aurait observé, d'après Villar, des signes de dyspepsie pancréatique.

Quoi qu'il en soit, à cette période, ce sont surtout les troubles digestifs qui attirent l'attention, et on conçoit qu'en pareil cas on ait pu songer à des troubles hépatiques, etc.

La quatrième période est caractérisée par l'apparition d'une tumeur, qui est perceptible au palper de l'abdomen. Villar a écrit « qu'on n'avait jamais reconnu un pseudo-kyste immédiatement ou très peu de temps après le traumatisme ». Dans les observations que j'ai parcourues, je n'en ai pas trouvé où l'apparition de la tumeur (sauf bien entendu pour les cas d'épanchement sanguin traumatique) ait été constatée immédiatement après l'accident. Mais dans l'observation de Savariaud la tumeur était perçue quinze jours après le trauma, et chez ma malade dont l'accident était survenu le 27 avril, les accidents d'occlusion intestinale provoqués par le développement excessif du pseudo-kyste apparaissaient dès les premiers jours du mois de mai (probablement vers le 7) ; il faut donc admettre que le développement de l'épanchement s'est fait avec une grande rapidité. Dans le cas de Littlewood, la tumeur était apparue au bout de treize jours ; dans celui de Rose, au quatorzième jour ; dans l'observation de Gross, la tumeur faisait une saillie très appréciable à la vue quinze jours après l'accident ; enfin dans le cas de Hadra le kyste s'était développé en trois jours. La vérité est donc que l'apparition de la tumeur peut se faire très rapidement dès les premiers jours qui suivent l'accident, mais il n'est pas rare de n'en constater l'existence qu'au bout de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou même de plusieurs années.

Quoi qu'il en soit, lorsque la tumeur est apparue, elle se présente avec des caractères analogues à ceux des kystes du pancréas ; la situation est en effet la même dans les deux cas. La tumeur est plus ou moins volumineuse, arrondie, généralement lisse, rénitente ou franchement fluctuante ; elle siège tantôt à l'épigastre, tantôt à gauche ou à droite dans la région des hypocondres ; quelquefois on la voit descendre plus ou moins bas au-dessous de l'ombilic. Dans le cas qui m'est personnel, la tumeur occupait la région épigastrique, l'hypocondre droit et le flanc droit simulant une tumeur du rein. Dans un cas rapporté par Mauclaire, mais dans lequel il s'agissait d'un hématome spontané et non traumatique, on sentait nettement de la crépitation sanguine à la palpation. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans les kystes sanguins traumatiques ?

A la percussion, tant que le pseudo-kyste est de petit volume et reste caché derrière l'estomac et le côlon, on note de la sonorité ; mais lorsque, au cours de son développement, le kyste s'insinuant entre le côlon transverse et l'estomac, ou passant sous le côlon, vient se mettre en contact avec la paroi abdominale, la percussion fournit une zone de matité entourée d'une zone de sonorité.

De même la percussion fournit de la matité, lorsque le kyste dans la variété inter-hépato-gastrique vient se mettre au contact de la paroi abdominale à travers l'épiploon gastro-hépatique, refoulant le foie et l'estomac en bas et à gauche. Il en était ainsi dans l'observation de Savariaud, où la matité de la tumeur se continuait avec celle du foie. On conçoit qu'en pareil cas le diagnostic soit particulièrement difficile avec les tumeurs du foie et en particulier avec les kystes hydatiques de cet organe.

Exceptionnellement la tumeur a paru animée de mouvements péristaltiques ; il en était ainsi chez la malade de Savariaud ; ces mouvements peuvent s'expliquer par la présence de l'estomac vide et aplati au-devant de la tumeur. C'est également à titre exceptionnel que Cushing a signalé dans son cas l'existence d'une tumeur pulsatile.

Le ballottement de la tumeur comparable au ballottement rénal a été observé ; chez mon opérée, malgré la distension énorme de l'abdomen provoquée par les accidents d'occlusion qui masquaient en grande partie la tumeur, j'ai pu percevoir le ballottement dans le flanc droit. C'est même là ce qui m'avait fait songer à l'existence d'une collection rénale ou périrénale d'origine traumatique. Du reste Hartmann et Jeannel ont constaté le phénomène du ballottement dans les kystes du pancréas, et nous savons combien est grande la similitude clinique entre les kystes et pseudo-kystes pancréatiques.

Le plus souvent, le diagnostic des pseudo-kystes n'a pas été fait avant l'intervention chirurgicale. Je ne peux pas reprendre ici ce diagnostic en détail. Je rappellerai simplement que la confusion a été faite avec la péritonite traumatique (Sutherland), avec la vésicule distendue (Custom), avec les tumeurs kystiques du rein (Schwartz) ou périrénales (Auvray), avec les kystes hydatiques du foie ou un épanchement traumatique de bile (Savariaud), avec les kystes traumatiques du méso-côlon (Le Dentu), etc. La confusion est également possible avec les kystes du pancréas, les kystes de la rate et ceux du mésentère. Il faut reconnaître toutefois, comme l'a dit Régnier dans son rapport sur l'observation de Savariaud (1909), que si le diagnostic n'est pas fait dans la majorité des cas, c'est que, étant donné la rareté de ces tumeurs, qu'on rencontre pour la première fois, on n'y songe pas ; et cependant les caractères cliniques de la tumeur, rappelant par leur évolution les kystes du pancréas, joints à la notion du traumatisme antérieur permettent de faire le diagnostic. Guinard a insisté à la Société de chirurgie sur l'importance de l'insufflation de l'estomac au point de vue du diagnostic : « Grâce à cette insufflation si simple, dit-il, on peut immédiatement éliminer les kystes hydatiques du foie, si la tumeur disparaît sous l'estomac artificiellement dilaté, et le diagnostic se trouve limité aux collections de l'arrière-cavité des épiploons ; la question est ainsi très simplifiée. »

Exceptionnellement, l'évolution des pseudo-kystes a été troublée par l'apparition d'une complication, c'est ce qui explique que les auteurs n'aient pas insisté sur l'existence possible de ces complications. Chez mon opérée le kyste par son développement même avait provoqué des phénomènes d'occlusion intestinale pour lesquels je fus conduit à une intervention rapide. C'est même la distension énorme de l'abdomen provoquée par l'occlusion intestinale, qui rendit difficile la perception de la tumeur par le palper et qui me fit hésiter sur la cause exacte des accidents. Il n'est pas douteux que les phénomènes d'occlusion avaient pour cause l'aplatissement de l'intestin, qui de même que l'estomac passait en avant de l'énorme kyste formé par le liquide collecté dans l'arrière-cavité des épiploons. Dès que le liquide eut été évacué, les phénomènes d'occlusion disparurent. Ce fait n'est pas isolé comme je l'avais cru tout d'abord ; j'ai trouvé en effet, dans la *Loire médicale* de 1907, le compte rendu d'une courte discussion qui a eu lieu sur les pseudo-kystes ou foyers de péritonite enkystée de l'arrière-cavité et dans laquelle U. Guinard déclarait, malheureusement sans donner beaucoup de détails, qu'il avait eu connaissance d'un fait qui paraît assez analogue au mien, où des accidents d'occlusion intestinale étaient survenus cinq ou six mois après l'apparition de la péritonite enkystée. Ces phénomènes d'occlusion intestinale au cours de l'évolution des pseudo-kystes sont à rapprocher de ceux qu'on a observés au cours de l'évolution des abcès et des tumeurs (Gross et Sencert) de l'arrière-cavité des épiploons.

Les phénomènes de compression du côté de l'intestin ne sont pas les seuls qui aient été observés ; on a noté aussi la compression des voies biliaires ; dans l'observation de Haynes que je crois pouvoir classer avec Villar, parmi les pseudo-kystes traumatiques, on signale l'existence de phénomènes de cholécystite par occlusion du canal cystique. Dans un cas de Monisset et Vallas qui n'était pas d'origine traumatique, mais dans lequel il s'agissait d'un foyer de péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons consécutif à un ulcère du duodénum, on assista à l'évolution d'accidents de rétention biliaire par compression du cholédoque qui était refoulé en avant avec l'épiploon gastro-hépatique. En raisonnant par analogie, on conçoit qu'un pseudo-kyste d'origine traumatique puisse agir de la même façon.

Lorsqu'un pseudo-kyste est reconnu, il faut sans hésiter le traiter chirurgicalement. On a vu, en effet, que ces collections, indépendamment des complications graves qu'elles peuvent provoquer, sont susceptibles de déterminer la mort des malades par cachexie. On comprend qu'à l'époque où les interventions abdominales présentaient un caractère redoutable, on ait eu recours à la simple ponction (Sutherland, Mikhaïlow) à laquelle le professeur Duplay adjoignait dans un cas l'injection iodée ; après une première ponction, le liquide s'était reproduit et une seconde ponction dut être pratiquée ; Duplay fit le lavage de la poche avec de l'eau tiède, puis pratiqua une injection de teinture d'iode.

Depuis longtemps déjà, on a eu recours à la laparotomie qu'on a faite médiane ou latérale suivant le siège de la tumeur. Au début, on a procédé comme on le faisait pour les kystes hydatiques ; on a ouvert la collection en deux temps. Puis bientôt on en est venu à l'ouverture du kyste en un temps. Cette ouverture a été suivie ou non suivant les cas de la marsupialisation du kyste. Chez mon opérée, je n'ai pas eu recours à la marsupialisation, je me suis contenté de drainer à l'aide d'un gros tube qui plongeait dans l'arrière-cavité, sans avoir fixé la brèche faite à l'épiploon gastro-colique à la paroi abdominale. Il n'en est résulté aucun inconvénient et la malade a parfaitement guéri. Néanmoins, bien qu'il ne faille pas, comme l'a dit Villar dans son rapport au Congrès de chirurgie, s'effrayer outre mesure de la pénétration du suc pancréatique dans le péritoine, il n'en faut pas moins s'efforcer d'éviter cette pénétration ; or, on n'est jamais certain lorsqu'on ouvre un pseudo-kyste qu'il ne renferme pas du liquide pancréatique. La meilleure conduite à suivre sera donc la suivante : après la laparotomie, on ponctionnera, puis on pratiquera l'ouverture de la collection, soit en suivant la voie gastro-colique, qui paraît être la meilleure, c'est-à-dire en pénétrant dans l'arrière-cavité des épiploons, à travers une brèche faite à l'épiploon gastro-colique, entre l'estomac en haut et le côlon transverse en bas, c'est la voie que j'ai suivie dans mon cas et qui convient à ceux où la collection a une évolution sous-hépato-gastrique ; soit en suivant la voie gastro-hépatique, c'est-à-dire en pénétrant dans l'arrière-cavité à travers l'épiploon gastro-hépatique ; cette dernière

voie conviendrait aux collections à développement inter-hépato-gastrique. Une fois l'évacuation du kyste terminée, on fixera l'ouverture faite à l'épiploon gastro colique ou à l'épiploon gastro-hépatique au péritoine pariétal, de façon à marsupialiser la poche et on drainera à l'aide d'un gros tube. Je crois qu'il ne faut renoncer à la marsupialisation que si la disposition anatomique de la poche la rend impossible ; on se contenterait alors de faire un tamponnement ou simplement le drainage comme je l'ai fait dans mon cas.

Si l'on est en présence d'un kyste sanguin, il ne faut procéder au nettoyage de la cavité et à l'enlèvement des caillots qu'avec douceur pour éviter la production d'une nouvelle hémorragie.

Dans de rares observations, les auteurs parlent de tentatives d'extirpation des parois du kyste. Or je me suis déjà expliqué sur ce point, lorsque j'ai étudié la constitution de ces pseudo-kystes ; j'ai dit que ces collections de l'arrière-cavité des épiploons ne possédant pas de paroi kystique à proprement parler, on ne comprenait pas comment on aurait pu tenter dans certaines opérations la décortication d'une paroi kystique qui en réalité n'existe pas. Il est évident qu'à la surface interne de la poche il peut exister des fausses membranes, mais il faut bien se garder de chercher à en faire la décortication, car ce serait là un travail à la fois dangereux et inutile. On peut se demander, je le répète, si les cas où il y a eu énucléation du kyste appartenaient réellement à la catégorie des pseudo-kystes traumatiques.

Les 39 cas de pseudo-kystes traités chirurgicalement, que j'ai réunis en vue de ce travail, l'ont été 3 fois par la ponction, 34 fois par l'ouverture de la collection, et 2 fois par l'énucléation (?). Ces 2 cas d'énucléation auraient donné 1 guérison et 1 mort ; les 34 cas traités par l'ouverture simple ont été suivis 28 fois de guérison, 4 fois de mort ; dans 2 cas le résultat est inconnu. En somme les résultats fournis par la laparotomie avec ouverture simple de la collection ont été satisfaisants. La guérison définitive a été obtenue dans des délais plus ou moins longs ; la guérison a été parfois rapide, d'autres fois elle s'est fait attendre pendant plusieurs mois. Il peut se faire, en effet, qu'à la suite de l'ouverture de la collection il persiste pendant plus ou moins longtemps un trajet fistuleux qui sécrète plus ou moins abondamment ; au début, c'est un liquide séro-sanguinolent qui s'écoule, puis le liquide devient franchement séreux ou séro-purulent. Ce liquide présente parfois les caractères chimiques du liquide pancréatique ; il a une action irritante sur la paroi abdominale ; il s'écoule avec une abondance variable suivant les jours. Ces fistules pancréatiques peuvent être avantageusement traitées, lorsqu'elles persistent depuis longtemps, par le régime diabétique ; chez la malade de Savariaud, la fistule persistait depuis deux mois, lorsqu'on eut l'idée d'instituer le régime des diabétiques, et en quinze jours, on vit la fistule se tarir. Ce serait en tout cas un moyen simple auquel on devrait recourir avant de s'adresser aux moyens chirurgicaux qui ont été préconisés pour obtenir la guérison des fistules pancréatiques.

Quelle que soit la nature de la fistule, on l'a vue parfois se fermer puis s'ouvrir à plusieurs reprises, avant que la guérison définitive soit obtenue.

Dans un cas, Schwartz a vu se produire à la suite de la fermeture de la fistule une récidive, qui a nécessité une seconde intervention.

Parmi les accidents observés à la suite de l'opération, il faut signaler d'abord les accidents de nature infectieuse qu'on peut observer à la suite des opérations sur l'abdomen, péritonite, abcès sous-phrénique (Cushing), parotidite, puis des accidents d'ordre divers tels l'hémorragie post-opératoire (Custom), le diabète (Pichler), l'albuminurie avec polyurie (Küster), dont on a rapporté de rares observations.

Tels sont les faits sur lesquels je désirais attirer l'attention à propos du cas que j'ai eu l'occasion d'opérer. L'intérêt de cette observation personnelle réside dans l'évolution rapide des accidents, la collection s'étant formée en l'espace de quelques jours, ce qui est plutôt exceptionnel, dans l'apparition d'accidents d'occlusion intestinale, qui en ont troublé l'évolution et qui constituent un fait extrêmement rare, puisqu'il n'aurait été signalé que deux fois, enfin dans les caractères négatifs, au point de vue de l'analyse chimique, du liquide épanché dont l'origine pancréatique me paraît peu vraisemblable, et que je considérerais plus volontiers comme un liquide provenant d'un foyer de péritonite enkystée.

MÉDECINE PRATIQUE

M. Sabrazès, dans d'excellentes notes de clinique (*Gaz. heb. des sc. méd.* de Bordeaux, 20 novembre 1910), indique un nouveau mode de percussion et quelques nouveaux signes qui sont à retenir :

NOUVEAU MODE DE PERCUSSION PALPATOIRE

L'index droit fléchi au niveau de son articulation phalango-phalanginienne, en extension dans ses autres segments, s'adosse par sa pulpe au médius un peu surélevé, glisse à frottement dur sur la face dorsale de ce dernier, d'avant en arrière, de dehors en dedans, puis s'en détache brusquement, comme mû par un ressort, en produisant un bruit de claquement : il est ainsi projeté avec effort sur la région à percuter. Les nuances du son de percussion qui en résulte sont nettement perçues par l'ouïe et appréciées par le toucher. Cœur, aorte, sommets pulmonaires, rate, foie se laissent limiter à la faveur de ces chocs pulpaires palpatoires.

DEUX NOUVEAUX SIGNES DE SCIATIQUE

La douleur à la pression du tibia ; la difficulté de croiser les jambes, le côté malade sur le genou sain fléchi à angle droit.

SERREMENT DE MAIN INCONSCIENT DANS LE COMA

Glissez votre main dans celle d'un comateux ; l'ébauche d'un « shake hand » réflexe sera de mauvais pronostic.

BULLES SANGLANTES DE LA LANGUE AU CONTACT DU SEL

Le sel en nature et parfois aussi le bicarbonate de soude peuvent susciter, au contact de la muqueuse buccale, l'apparition de bulles remplies de sang. Le pourtour de la langue, sa face inférieure, les commissures labiales sont particulièrement vulnérables. Ces soulèvements bulleux ont le volume d'un pois à un haricot. Perce-t-on ces bulles, il s'en échappe du sang plus ou moins mélangé de sérosité ; elles s'affaissent laissant après elles une douleur locale passagère. Les laisse-t-on se résorber, elles s'excorient et il en résulte une érosion douloureuse. C'est pendant les repas que ces bulles se forment subitement, au contact de quelque parcelle saline. Veut-on en prévenir le retour, on réduira le sel et on recommandera de n'en saupoudrer les aliments que longtemps

avant de les servir, pour qu'il se trouve à l'état de dissolution réparti dans leur substance et non concrété à leur surface.

C'est là un curieux exemple de rupture vasculaire et d'hémorragie sous-muqueuse suscitée par l'hypertonisme local dû à la présence du sel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1910)

Recherche du « bacterium coli » dans l'eau de mer, au moyen des méthodes employées pour l'eau douce. — MM. P. FABRE, DOMERGUE et R. LEGENDRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1910)

Ictère infectieux d'origine paratyphique. — M. A. LEMIERRE rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte, au huitième mois d'une grossesse, d'un ictère infectieux avec état typhoïde. La guérison survint au bout de trois semaines, sans que l'évolution de la grossesse eût été troublée. L'ensemencement du sang pratiqué le sixième jour de la maladie donna un bacille paratyphique B, agglutiné à un taux élevé par le sérum de la malade.

Les ictères infectieux d'origine paratyphique ou paracolibacillaire constituent actuellement un groupe morbide assez bien connu grâce à une série d'observations où le diagnostic a été fait à l'aide de la réaction agglutinante (Netter et Ribadeau-Dumas, Sacquépée et Fras, Danauche) ou de l'hémoculture (Widal, Lemierre et Benard, O. Scheel). Les ictères paratyphiques peuvent revêtir des types divers, depuis celui de l'ictère catarrhal jusqu'à celui de l'ictère grave. Ces différentes formes cliniques, d'une étiologie commune, reconnaissent une pathogénie univoque. Ces lésions hépatiques sont secondaires à la septicémie.

Forme hypertrophique de la cirrhose de Laënnec. — MM. DEBOVE, Fernand TRÉMOLIÈRES et André CAIN ont observé un malade alcoolique avéré qui présentait les signes d'une cirrhose hypertrophique éthylique d'Hanot-Gilbert à forme anascitique et mourut d'ictère grave,

A l'autopsie, on put vérifier l'augmentation de volume et la sclérose du foie. Mais cet organe avait l'aspect clouté de la cirrhose de Laënnec. Il en présentait aussi, à l'examen histologique, les lésions essentielles, atrophie cellulaire manifeste sans aucun indice d'hyperplasie et sclérose très développée. C'est le tissu conjonctif exubérant en pleine activité qui constituait presque toute la masse hépatique hypertrophiée. La cirrhose n'était hypertrophique qu'en apparence, elle était atrophique en réalité.

Il n'existe donc pas de rapport nécessaire entre le volume du foie et l'état de ses cellules, par conséquent entre l'atrophie ou l'hypertrophie hépatique et le pronostic de la cirrhose éthylique, ainsi qu'on le dit classiquement.

Il serait préférable d'adopter, au lieu de la classification purement clinique établie d'après la prédominance de l'un des deux syndromes fondamentaux des cirrhoses veineuses, le syndrome d'hypertension portale et celui d'insuffisance hépatique. Mieux que la division actuelle elle permettrait de discerner les éléments du pronostic et les indications de l'intervention thérapeutique.

Hémorragies étendues des hémisphères cérébraux et du corps calleux, sans symptômes de localisation, au cours d'une pyélonéphrite ancienne. — MM. P. LEREBOULLET et LAGANE ont suivi un malade, jeune encore, qui a succombé à la suite de lésions hémorragiques du cerveau, étendues et multiples. Le malade n'avait d'autre cause à ces hémorragies qu'une pyélonéphrite ancienne très avancée, avec lithiase secondaire, due à une hémorragie, et qui était restée relativement latente pendant quatre ans. L'observation est surtout remarquable par la discordance entre la symptomatologie, restée très fruste, et les lésions constatées. Le malade n'avait présenté, cliniquement, qu'un syndrome vague d'hémorragie méningée, décelé par la ponction lombaire et une faiblesse cardio-vasculaire extrême avec hypotension très accusée. Aucun symptôme d'apoplexie, aucun signe de localisation n'existaient, et pendant les dix-sept jours qui séparèrent la première ponction de la mort, rien ne vint traduire les hémorragies déjà produites. L'autopsie révéla, en outre, l'existence de lésions calleuses marquées, constatation qui mérite d'être relevée, en l'absence d'apraxie chez ce malade, en raison du rôle qu'on a fait jouer au corps calleux dans la genèse de ce symptôme.

Guérison du rhumatisme blennorragique par les injections de sérum antiméningococcique. — MM. L. RAMOND et M. CHIRAY. Cinq cas de monoarthrites blennorragiques aiguës ou subaiguës, traitées vainement par les méthodes habituelles, ont été guéries par le sérum antiméningococcique de l'Institut Pasteur, injecté sous la peau, au voisinage ou loin de l'articulation malade, ou même dans la jointure atteinte. La dose de 20 centimètres cubes s'est montrée chaque fois suffisante pour produire : la disparition presque immédiate des douleurs spontanées, la résorption rapide des épanchements intra et périarticulaires ; enfin l'anéantissement de la douleur à la pression, plus longtemps persistante. La sérothérapie n'a pas empêché l'ankylose dans les cas tardivement traités, et ses résultats se sont montrés d'autant plus brillants au point de vue fonctionnel qu'elle a été plus tôt appliquée.

Ces constatations confirment absolument les observations de MM. Pissavy et Chauvet et contribuent à affirmer la valeur des injections de sérum antiméningococcique comme traitement à la fois simple, efficace et sans danger du rhumatisme blennorragique.

Méningite à pneumobacilles. — MM. L. GUINON et L.-G. SIMON ont observé à l'hôpital Bretonneau un enfant de cinq ans qui fut pris brusquement de fièvre avec céphalée et vomissements, et présenta pendant quatre jours un syndrome méningé très grave avec stupeur, raideur de la nuque, signe de Kernig, irrégularités du pouls et une température aux environs de 39 degrés. Pourtant, le cinquième jour, on constatait une amélioration considérable; en même temps apparaissait sur la moitié droite du crâne un très grand placard d'herpès correspondant à une partie du territoire de la branche ophtalmique du trijumeau. Le lendemain, la température était redevenue normale et les signes de méningite avaient disparu, sauf un léger signe de Kernig que l'enfant conserva encore quelque temps. Le liquide céphalo-rachidien était trouble lors des premières ponctions, avec une polynucléose presque exclusive, mais rapidement il se clarifia et la formule évolua vers la lymphocytose de la convalescence; on put déceler, au début, quelques microbes, mais ceux-ci avaient disparu aux ponctions ultérieures. C'étaient des bacilles encapsulés, se décolorant par la méthode de Gram, poussant sur les milieux de culture habituels et ayant les caractères du pneumobacille ; d'ailleurs on retrouva des microbes identiques dans le mucus naso-pharyngien. Le rôle du bacille de Friedlander dans l'éclosion de certaines méningites a déjà été mis en évidence dans quelques rares observations; mais il est intéressant de noter ici l'évolution rapide vers la guérison, correspondant à une infection fugace du liquide céphalo-rachidien.

Entéro-colite chronique avec insuffisance amylopeptique. — MM. LABBÉ, P. CARRIÉ et ROLAND rapportent l'observation d'un malade atteint d'entérite chronique depuis six ans. L'examen coprologique révèle la présence d'amidon dans les selles, et d'autre part la bonne digestion des graisses et des albuminoïdes. L'étude des coefficients d'absorption intestinale précise ces données : les coefficients d'absorption des albuminoïdes (89,26 p. 100 au lieu de 92) et des graisses (93,13 au lieu de 95) sont presque normaux, tandis que le coefficient d'absorption des H. de C. est considérablement baissé : 85,18 p. 100 au lieu de 98 à 100 p. 100. Cet examen a porté sur les diverses variétés d'H. de C. et a montré pour nous l'insuffisance de leur digestion.

L'étude de la valeur diastasique des sucs digestifs a été faite : la salive et le suc gastrique sont normaux; la valeur fonctionnelle du pancréas (digestion des noyaux, épreuve de Sahli, digestion des capsules kératinisées, recherche de l'amylase fécale) semble nettement diminuée.

Un régime comprenant très peu d'H. de C., les bouillies maltosées, les extraits pancréatiques, les ferments végétaux (amylodiastase) ont amélioré considérablement ce malade, puisqu'il n'a plus qu'une selle, moulée, par jour et le coefficient d'absorption des H. de C. a atteint 98,40 p. 100.

Il s'agit donc d'un cas de dyspepsie élective des amylacés où l'on peut distinguer un double trouble : insuffisance diastasique puisque les H. de C. ne sont pas intégralement transformés, et insuffisance d'absorption intestinale puisque dans les selles on trouve du glucose, sucre assimilable. Ce cas est à rapprocher des cas décrits par Smidt et Strassburger, et des cas rapportés par J.-C. Roux. Il diffère des premiers par l'absence de fermentation des selles, qui ne permet pas de les ranger sous le nom de dyspepsie des fermentations, donné par ces auteurs; des seconds, qui sont d'origine diététique, par son étiologie; des uns et des autres, par l'intensité de l'insuffisance amylopeptique, que n'a atteint aucun autre cas signalé antérieurement.

Une épidémie de poliomyélite aiguë. — M. Jules Renault a observé une véritable épidémie dans quatre communes contiguës de la Creuse, soit 31 cas. Elle s'est présentée sous quatre types. 1° Les phénomènes méningés se manifestaient dans les trois premiers jours, puis survenaient les phénomènes de la poliomyélite. 2° Les signes généraux fébriles étaient suivis de phénomènes paralytiques sans réaction méningée. 3° Des phénomènes méningés dominaient la scène, puis au début des phénomènes paralytiques la mort survenait probablement par paralysie bulbaire. 4° Une invasion avec phénomènes méningés puis des paralysies transitoires. Il y a donc eu tous les intermédiaires depuis la paralysie infantile typique jusqu'aux cas simulant la méningite cérébro-spinale.

Depuis le 1er novembre il n'a pas été noté de nouveaux cas. Une prophylaxie sérieuse a d'ailleurs contribué à arrêter l'épidémie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1910)

De l'influence de l'addition de petites quantités d'acides sur le phénomène de la rétraction du caillot. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont montré que la rétraction du caillot sanguin est fonction des plaquettes sanguines. Ils attirent aujourd'hui l'attention sur le fait suivant :

Le plasma oxalaté contenant ses plaquettes, abandonné à lui-même pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, coagule par addition de $CaCl^2$, mais ne rétracte plus. Si à un semblable plasma on ajoute, avant de recalcifier, une très faible quantité d'acide chlorhydrique, sulfurique ou acétique, la rétractilité reparaît. On peut de même réactiver en quelque sorte les plaquettes d'un plasma vieilli artificiellement par chauffage à 45-46 degrés.

L'adjonction d'acide dans les mêmes conditions à un plasma frais, augmente le phénomène de la rétraction et en accélère la production.

Action comparative des injections répétées de solutions isotoniques de liquide d'ascite et de sérum physiologique. — M. A. Le Play apporte les résultats de plusieurs séries d'expériences dans lesquelles il a injecté régulièrement à des lapins des solutions isotoniques de liquide d'ascite et de sérum physiologique. Les animaux ayant reçu le sérum physiologique meurent beaucoup plus rapidement que les autres, avec un état de cachexie marquée (perte des poils, altérations rénales et cardiaques). Les autres résistent assez longtemps avec des doses parfois considérables de liquide ascitique injecté, et présentent une infiltration embryonnaire accusée du tissu conjonctif des espaces portes, empiétant sur le parenchyme.

L'auteur attire l'attention sur les conséquences biologiques très différentes, suivant que l'injection de sérum est unique ou répétée.

De l'action des rayons ultraviolets sur la tuberculine et les sérums antituberculineux. — M. André Jousset. L'exposition prolongée de la tuberculine de Koch aux radiations ultraviolettes semble amener sa destruction (V. Henri, *Ac. des Sc.*, 24 oct. 1910). En réalité, la tuberculine n'est qu'inactivée ; elle perd ses propriétés toxiques mais conserve intact son pouvoir précipitant spécifique à l'égard des sérums d'animaux immunisés. Ce fait s'ajoute à ceux qui témoignent de l'extraordinaire résistance générale de la tuberculine à la destruction.

Par contre, les sérums antituberculineux sont rapidement et profondément modifiés par les mêmes radiations.

En quelques minutes, disparaît la propriété précipitante spécifique. Après quelques heures le sérum devient visqueux et se gélatinise. C'est d'ailleurs là, d'après M. V. Henri, un fait commun à beaucoup de colloïdes.

Enfin, lorsque l'irradiation est un peu poussée, le sérum préalablement rendu incolore par dilution prend une teinte jaune sale, analogue à celle qu'acquièrent les sérums abandonnés de longues années à la lumière diffuse. Il se comporte en ce cas, comme s'il contenait un véritable chromogène.

La réaction de la stercobiline. — MM. Triboulet, Ribadeau-Dumas, Harvier. Ainsi que la clinique le faisait prévoir, la physiologie comparée prouve, chez le chien, que la réduction de la bilirubine en stercobiline se fait au niveau des amas lymphoïdes de l'intestin, dans la région *iléo-cæcale*. Cette localisation précisée par l'expérimentation donne à la réaction de la stercobiline une valeur facile à comprendre, tant en physiologie, qu'en pathologie digestive. Il est possible d'en entrevoir la portée en pathologie générale.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle de quelques sérums thérapeutiques et eaux minérales. — M. H. Iscovesco. Le sérum de Quinton, l'eau de mer, les eaux de Vichy et de Châtel-Guyon ont des tensions superficielles de beaucoup inférieures à celles d'eaux artificielles qui leur seraient isotoniques. Or cette diminution de la tension superficielle joue un rôle très important dans la façon dont ces eaux sont résorbées.

La baisse de tension tient certainement à la présence de colloïdes que l'auteur a antérieurement démontrée.

Note sur l'existence et sur la survivance de microorganismes à la surface des pâtés. — M. Maurel. 1° Des microorganismes divers peuvent exister à la surface des pâtés les plus frais et vendus dans les charcuteries les mieux tenues.

2° Ces microorganismes, sur ces pâtés, y conservent leur reproductivité.

3° L'existence de ces microorganismes doit être fréquente puisque l'auteur les a toujours trouvés sur les onze pâtés d'origines différentes qu'il a examinés.

4° Une des formes les plus fréquentes de ces microorganismes a été un diplocoque.

5° Ces microorganismes pourraient ne pas être inoffensifs, puisque, injectés par la voie veineuse à des lapins, ils ont fait baisser leur poids pendant quelques jours et que la même quantité d'eau injectée par la même voie est restée sans résultats.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 28 novembre : Mlle de Pfeffel, 11 ; MM. Richard (André), 7; Monbrun, 8; Bloch (René), 12 ; Pataud-Devalencienne, 4 ; Parin, Jacquet et Brun, 6 ; Fey, 5.

Pathologie. — Séance du 28 novembre : MM. Papillon, 7 ; Bonnet (Emile), 11 ; Brouet, 12 ; Bernard-Gerriet, 6 ; Galop, 7 ; Mairesse, 14 ; Escallier et Ferrand, 9 ; Dietz et Durand (Gustave), 11 ; Vallerant, 8.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Première épreuve orale (Anatomie).* — Séance du 29 novembre : MM. Olivier, 14 ; Toupet, 19 ; Basset, 18 ; Hovelacque, 17.

Prochaine séance, jeudi 1er décembre, à quatre heures et demie, à la Charité.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — M. Courmont (Paul), agrégé des facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er décembre 1910, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la faculté de Lyon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. Devaux, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux de bactériologie.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 26 novembre 1910, M. le médecin-major de 2e classe Lafforgue, répétiteur à l'école du service de santé militaire, a été nommé professeur agrégé de la chaire « maladies et épidémies des armées » à l'école d'application du service de santé militaire.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 26 novembre 1910, ont été désignés pour occuper les emplois ci-après à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille :

Professeurs. — Chaire de bactériologie : M. le médecin-major de 1re classe Bouffard, en activité, hors cadres, à la disposition du ministre des colonies (réintégré dans les cadres à compter du 1er janvier 1911).

Chaire de clinique interne : M. le médecin-major de 1re classe Salanoue-Ipin, médecin-chef de l'hôpital de Tananarive.

Chaire de clinique externe : M. le médecin-major de 1re classe Gaide, du 3e d'infanterie coloniale à Rochefort.

Chaire d'administration : M. le médecin-major de 1re classe Lasnet, du 2e d'infanterie coloniale à Brest.

Chaire de chimie : M. le pharmacien-major de 2e classe Bloch, professeur adjoint à l'école d'application.

Professeur adjoint. — Chaire de clinique externe : M. le médecin-major de 2e classe Pichon, du 22e d'infanterie coloniale à Hyères.

Ces officiers du corps de santé se mettront le 1er janvier 1911 à la disposition du directeur de l'école d'application.

— Liste de classement, par ordre de mérite, des candidats aux emplois de professeur adjoint à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille (1910).

Pour la chaire de clinique interne : M. Marty, médecin-major de 2e classe.

Pour la chaire de clinique externe : MM. Pichon et Imbert (J.-M.), médecins-majors de 2e classe.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 20 novembre 1910 :

Médecin principal de première classe. — M. Darde passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Châlons-sur-Marne.

Médecins-majors de première classe. — MM. d'Audibert Caille du Bourguet passe à l'hôpit. de Marseille ; Batut, à l'école d'appl. de l'art. et du génie ; Prost-Maréchal, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Tours ; Piussan, à l'hôpit. de Versailles ; Sabatier, à l'hôpit. de Lille ; Messerer, à l'état-major du gouvernement et place de Paris ; Loustalot, aux salles milit. de l'hosp. mixte de Tarbes ; Morigny, au 29e d'art. de camp. ; Jaulmes, au 142e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Masure passe au 148e d'inf. ; Oui, au 1er zouaves ; Tartavez, aux hôpit. de la division d'Oran ; Rouffiandis, à la direction du service de santé du 16e corps d'armée ; Pons, aux hôpit. de la divison de Tunisie ; Demanneville, au 2e chass. d'Afrique ; Mandoul, au 16e escad. du train des équip. ; de Brianson, à l'école mil. prépar. d'inf. de Rambouillet.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Royer passe au 154e d'inf. ; Lefèvre, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Martin passe au 71e d'inf.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Ont obtenu le titre de médecin sanitaire maritime :

MM. les docteurs Alaize, Dimoux-Dime, Dormoy, Ducret, Grypiotis, Guichard, Junès, Leriget, Lutaud, Montagard, Moret, Passenaud et Sicard.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 1873.*)

LE COMBLEMENT DES BRÈCHES DES PAROIS CRANIENNES

PROTHÈSE MÉTALLIQUE INTERNE

Par MM. le professeur Léon IMBERT et Th. RAYNAL
(de Marseille).

Des études et des travaux qui ont été faits (1) sur les trépanations, craniectomies et résections ostéo-durales, il ressort que si l'opinion des chirurgiens est unanime, lorsqu'il s'agit d'admettre que le comblement des brèches osseuses ne s'impose pas absolument chaque fois qu'une opération pouvait être faite, elle ne l'est pas moins, pour admettre que l'on rencontre cependant assez souvent des cas qui sont des indications très nettes de fermer la fenêtre cranienne (2).

L'étude des indications et des contre-indications de la restauration prothétique des pertes de substances du crâne a été très nettement traitée dans le rapport de Morestin à la Société de chirurgie de Paris et, actuellement, les méthodes prothétiques ou autres que l'on peut utiliser dans le but de clore une perte de substance de la paroi cranienne peuvent être résumées dans le tableau suivant :

I. Méthodes autoplastiques.

1. Par restitution
 a. Réimplantation des rondelles enlevées (A. Paré).
 b. Craniectomie temporaire (Ollier-Chalot).

2. Par glissement
 a. (Muller-König).
 b. (von Hacker-Durante).

3. Par transplantation (Lotheisen).

II. Méthodes hétéroplastiques.

a. Greffe de fragments osseux prélevés sur un autre os du patient ou sur des animaux. (hétérobioplastie).
b. Inclusion de lames d'ivoire décalcifiées.. (hétéronécroplastie).

III. Méthodes prothétiques.

Prothèses externes.. Plaques protectrices externes et mobiles, casques, etc.

Prothèses internes
 a. Plaques métalliques simples ou de celluloïd (Frankel).
 b. Plaques métalliques fenêtrées et fixées (Delair-Sebileau).

Autrefois on se bornait à demander à des appareils mobiles la palliation des accidents. Ces appareils étaient constitués par une calotte que l'on fixait sur la tête au moyen de courroies. Aujourd'hui c'est surtout à l'intervention sanglante que l'on s'adresse pour soulager et guérir ces malades. Les méthodes employées sont très diverses. Nous allons les passer rapidement en revue et nous nous attarderons davantage à l'une des dernières parues et qui nous paraît incomparablement supérieure aux autres.

I

Méthodes autoplastiques. — 1. Procédés par restitution. — a. *Réimplantation des rondelles enlevées.* — Pratiquée par Ambroise Paré, cette méthode fut assez souvent utilisée par les anciens chirurgiens. Von Walther raconte en 1820 qu'il replaça une rondelle de trépanation dénuée de son périoste et que la table interne de cette rondelle fut seule tolérée, l'autre ayant été éliminée par suppuration. Cette circonstance n'était pas rare à son époque et moins encore dans celle de ses prédécesseurs. C'est sans doute ce qui avait amené Dupuytren (1) à se déclarer nettement adversaire du procédé en raison des accidents auxquels il exposait le malade. Bien que persuadé de la réussite de la greffe, Ollier ne prônait pas cette méthode par crainte d'une irritation ultérieure de la dure-mère. König écrit que la rondelle restituée est, par sa présence, une cause de suppuration et Jaboulay (2) en déconseille la pratique dans la plupart des cas. Poirier se montre très réservé également dans l'emploi de cette méthode. Enfin Chipault (3) dit que la consolidation, quand elle a lieu n'est que transitoire et que la résorption ultérieure de la rondelle laisse à la place une cicatrice fibreuse qui dans certains cas peut devenir gênante.

Malgré l'opinion de cet auteur — opinion partagée par Jaboulay — ce procédé a donné des résultats entre les mains de plusieurs chirurgiens. Il peut trouver ses indications lorsqu'on devra pour divers motifs pratiquer des trépanations exploratrices de peu d'étendue, dans la boîte cranienne. Ces avantages se trouveront surtout chez l'enfant qui n'a pas achevé la calcification de son squelette. Il pourra devenir aléatoire si la trépanation a été faite primitivement à une intervention profonde septique.

b. *Craniectomie temporaire.* — Ambroise Paré rapporte que dans un cas où la partie moyenne du frontal avait été détachée il réappliqua avec succès le segment osseux en place. Mais la méthode de la craniectomie temporaire est due à Ollier et a été décrite par Chalot (4). Elle consiste à tailler et à déplacer un volet osseux sans rompre ses connexions avec les parties molles qui le nourrissent. Wagner (5) a proposé un procédé très analogue en donnant seulement au lambeau la forme d'un oméga (Ω). Salzer, Bruns, Toison ont préconisé, décrit et pratiqué de nombreuses craniectomies temporaires par des méthodes semblables, ainsi que Chipault et Müller.

Les avantages de ce procédé sont de permettre une large voie d'accès sur l'encéphale sans laisser de brèche osseuse.

Mais l'emploi prolongé du maillet peut n'être pas sans inconvénients. Les chocs répétés quoique peu violents donnent chez des animaux en expérience des signes de commotion cérébrale. « J'ai vu mourir entre les mains d'un de nos collègues les plus habiles, un opéré chez lequel cette commotion est la seule cause possible à invoquer (6). »

(1) Schifone. *Il Policlinico*, 1905, nos 1, 3, 4, 5. — Girard, Eug. Patry, Bergalonne. *Soc. méd. de Genève*, 14 mars 1907.
(2) Voir Auvray. *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, 1909, p. 41.

(1) Dupuytren. *Clin. chir.*, t. VI, p. 151.
(2) Jaboulay. *Lyon méd.*, 1890, p. 368.
(3) Chipault. *Gaz. des hôpit.*, Paris 1893, no 86, p. 822.
(4) Chalot. *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire*, Paris 1886, p. 239.
(5) Wagner. Die temporäre resektion des Schädeldaches an Stelle der trepanation, *Centralbl. f. Chir.*, 1889, no 47, p. 833.
(6) A. Broca. *Précis de chirurgie cérébrale*, 1903, p. 105; Paris, Masson; — Auvray. Th. 1896.

2. PROCÉDÉ PAR GLISSEMENT. — Lorsqu'une cause pathologique ou opératoire a détruit la substance même de l'os, il est nécessaire, si l'on veut recouvrir l'encéphale par un opercule osseux, de prélever cet opercule en un point de l'économie voisin de la perte de substance à recouvrir.

König (1) a décrit une méthode assez employée. Il taille à côté de la perte de substance à combler un volet ostéopériostique ou mieux cutanéo-osseux tenant par un large pédicule et taillé seulement aux dépens de la table externe. Puis par glissement et torsion de ce pédicule il vient couvrir la perte de substance à obturer. Julius Wolf et Schönborn (2) ont publié de belles applications de ce procédé (3).

3. PROCÉDÉ PAR TRANSPLANTATION. — C'est Lotheisen qui a préconisé cette méthode (4). Il implante au voisinage de la brèche à obturer des fragments cartilagineux pris parmi les cartilages costaux. Une fois que la vitalité de ces greffes est assurée, il les déplace par glissement au-dessus de la perte de substance. On peut reprocher à ce procédé sa longueur et sa complication. La nécessité de pratiquer, en deux temps très éloignés, trois opérations assez graves, n'est pas compensée par la certitude d'un résultat absolument parfait. Les greffes cartilagineuses ne constituent, en effet, qu'une sorte de grillage qui doit amorcer le processus d'ossification et le soutenir.

II

Méthodes hétéroplastiques. — *a.* GREFFE DE FRAGMENTS OSSEUX PRÉLEVÉS SUR L'HOMME OU LES ANIMAUX (HÉTÉROBIOPLASTIES). — Il est généralement assez difficile de pouvoir prélever sur le patient lui-même une grande quantité de tissu osseux, dans le but de le greffer en un point plus ou moins éloigné pour fermer une brèche étendue du crâne. Eugène Patry en a présenté cependant un cas heureux, ainsi que Seydel (5).

La difficulté de se procurer des greffes humaines a fait chercher à les prélever sur des animaux. La première tentative de ce genre suivie de succès est citée par Bérard dans le *Compendium*. « Vers 1682, un noble russe, du temps de Job-a-Merckrein, reçut d'un Tartare un coup de sabre à la tête, lequel lui enleva une assez grande portion du cuir chevelu et la portion osseuse correspondante qui restèrent perdus sur le champ de bataille. Le chirurgien pour boucher l'ouverture du crâne détacha de celui d'un chien tué à cet effet une pièce d'os de même forme et de même dimension que celle qui manquait et l'arrangea si bien que le blessé fut parfaitement guéri. Mais notre gentilhomme dans l'excès de la joie raconta de quelle manière il avait obtenu la guérison et bientôt les foudres de l'Eglise furent lancées contre lui. Il fallut pour rentrer dans la communauté des fidèles qu'il se fit trancher l'immonde dépouille du chien quoique solidement consolidée et qu'il se soumit à un traitement plus conforme au caractère de chrétien (1). » Quelques observations ont été rapportées de malades qui ont pu être soulagés par ce procédé. Nous nous bornerons à citer Senn (2), H. Kümmel (3), Gerstein (4), Ricard (5), Malenjuk (6). L'asepsie est indispensable pour la réussite de ces greffes et la réunion cutanée doit toujours se faire par première intention, c'est dire que le procédé est difficilement applicable consécutivement aux interventions septiques.

On peut utiliser les os, soit primitivement, immédiatement après leur prélèvement sur l'animal, soit secondairement après décalcification préalable; les animaux les plus divers et les parties les plus différentes du squelette ont été mis à contribution pour fournir les greffons. C'est ainsi qu'on s'est adressé au tibia du sujet lui-même, à des os de bœufs, de chiens, de lapins, de moutons, du porc, etc.

Malenjuk recommande de n'employer pour fournir les greffons que des animaux arrivés à l'âge moyen de la vie. Quant au mode d'action de ces greffes, Terrier et Peraire estiment avec juste raison que « ces os ne sont que des excitants en quelque sorte de l'ossification : ils ne reproduisent pas de l'os ». On conçoit en effet difficilement une identification ou une symbiose parfaite entre deux organisations cellulaires différentes destinées à être nourries et à vivre dans des milieux biologiques différents. Aussi la résorption de ces fragments greffés est-elle la règle.

b. INCLUSION DE LAMES D'IVOIRE DÉCALCIFIÉES (HÉTÉRONÉCROPLASTIE). — Le comblement des pertes de substances craniennes à l'aide de lames d'ivoire décalcifiées devrait, semble-t-il, être classé dans la catégorie des méthodes prothétiques, il n'en est rien car si elle a avec ces méthodes le point commun d'être constituée par des pièces non vivantes, elle a avec la méthode des greffes hétérobioplastiques la similitude de ce fait d'être transitoire et de ne servir que d'amorce et de guide à la reconstitution osseuse. C'est un soutien de la calcification et l'on pourrait en tous points le comparer au cartilage de Meckel. On peut émettre l'idée toutefois que la substance

(1) KÖNIG. Der Knöcherne ersatz, groser Schädeldefekte, *Centralbl. f. Chir.*, 1889, Leipzig, 5 juin 1890, n° 27, p. 497.

(2) Julius WOLF et SCHÖNBORN. *XXe Congrès de la Soc. allemande de chir.*, Berlin, avril 1891; — *Berl. klin. Wochens.*, 11 mai 1891, p. 476.

(3) BORCHARD (de Posen). Occlusion ostéoplastique de pertes de substance du crâne, *XXXVe Congrès de la Soc. allemande de chir.*, 4-7 avril 1906.

(4) LOTHEISEN. *Soc. impér.-royale des méd. de Vienne*, 19 juin 1898.

(5) SEYDEL. Ueber ersatz von Schädeldefekten. *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig 1889, p. 209.

(1) BÉRARD et DENONVILLERS. *Compendium de chirurgie pratique*, 1851, p. 569.

(2) SENN. On the heating of aseptic bone cavities bay, implatation of antiseptic decalcified bone, *Amer. Journ. of the med. sc.*, Pha, vol. XCVIII, sept. 1889, p. 219.

(3) Hermann KUMMEL. Ueber Knochninsplantation, *Deuts. med. Woch.*, Leipzig und Berlin, 12 mars 1891, n° 11, p. 389.

(4) GERNSTEIN. LXIe Assemblée de naturalistes allemands, *Berl. klin. Woch.*, Berlin 1888, p. 856.

(5) RICARD. *Acad. de méd. de Paris*; — *Sem. méd.*, Paris 1891, p. 292.

(6) MALENJUK. *Chir. Westink.*, avril-sept. 1893; — *Revue intern. de thérap. et de pharmacol.*, 2e année, 13 janv. 1894, n° 1, p. 14.

calcaire organique qui constitue l'ivoire est peut-être déplacée et utilisée pour la reconstitution osseuse. La pratique de cette méthode n'a rien de spécial et consiste simplement à poser au niveau de la perte de substance à combler une lame d'ivoire soigneusement stérilisée de forme et de dimension convenables.

Le procédé hétéronécroplastique est d'ailleurs à juste titre à peu près complètement délaissé.

III

Méthodes prothétiques. — Nous n'étudierons pas ici les appareils amovibles, de protection de l'encéphale. C'est un procédé palliatif de « couverture » et plutôt qu'un procédé curatif et de « comblement ». Nous n'étudierons que la prothèse interne, c'est-à-dire, la prothèse enfouie au sein des tissus vivants.

Les méthodes prothétiques internes peuvent être ramenées à deux :

1° La plaque prothétique est simplement posée sur la dure-mère puis recouverte par la peau.

2° La plaque est solidement fixée aux bords de la brèche osseuse.

1° La première a été exécutée avec les substances les plus diverses et depuis longtemps Magatus conseillait la fermeture des brèches craniennes à l'aide d'une lame d'or ou de plomb percée de trous. Ambroise Paré jugeait sévèrement de pareilles tentatives, il accusait les chirurgiens de mettre « tôt en leur bourse la pièce d'or » et il ajoutait : « La nature ne peut souffrir un petit poil enfermé en une plaie ou autre petit corps étranger, ce qui est prouvé par Gallien au VIe livre de sa méthode (1) ». J. Lucas-Championnière (2) dit qu' « il paraîtrait que, dans quelques îles de la mer du Sud, les sauvages pratiquent la trépanation du crâne par usure avec un morceau de verre pour les maux de tête, névralgies, vertiges, après une incision du cuir chevelu en forme de T. Ils appliquent même un appareil protecteur après l'opération ».

Le docteur Nicolas (3) a retrouvé à la Nouvelle-Calédonie un très grand nombre de crânes trépanés par le « takata » ou sorcier, tantôt pour guérir les contusions ou les céphalées tantôt pour permettre au diable de sortir de la tête du possédé. Actuellement cette opération aurait beaucoup perdu de sa vogue, mais le docteur Nicolas dit qu'il y a vingt ou trente ans à peine elle était chez les indigènes d'une pratique extrêmement courante. Il ajoute que l'opérateur avait coutume parfois de remplacer la lame osseuse trépanée par une coquille ou un fragment de noix de coco; il a pu même voir un joli cas de prothèse cranienne par ce procédé chez un individu encore vivant actuellement dans l'île d'Ouvéa. Chez cet homme il a très nettement senti à la palpation le corps prothétique inclus. Il convient d'ailleurs d'ajouter que le « takata » arrêtait le plus souvent la trépanation dès qu'il avait franchi la table externe.

Faut-il voir dans cette pratique l'ignorance du sorcier prenant le diploé pour les méninges ou le cerveau, ou la timidité de l'opérateur qui s'arrêtait en face de l'inondation sanguine qui se produisait à ce moment? Quoi qu'il en soit, il est très probable que c'est chez les Canaques qu'a été faite la première ébauche de prothèse cranienne par le moyen de corps étrangers inclus au sein des tissus.

Dans la période moderne ce sont surtout les chirurgiens allemands qui ont utilisé cette méthode.

Primitivement ou secondairement plusieurs d'entre eux ont placé des lames de différents métaux taillées à la forme demandée par la perte de substance osseuse et posées sur les méninges. Ces plaques étaient simplement tenues en place par le rabattement du lambeau cutané. Ce procédé à peu près abandonné de nos jours présentait plusieurs inconvénients dont le moindre était de ne pas protéger l'encéphale contre un choc venu de dehors en dedans et de n'opposer une certaine résistance qu'en sens inverse. De plus cette méthode heurtait deux lois importantes bien définies depuis par Lemerle (1), savoir, que pour être tolérées les pièces de prothèse interne doivent être strictement immobiles et que en dehors de toute considération d'infection, un corps étranger qui n'est pas solidement fixé en un point du squelette, migre, selon les plans anatomiques sous l'influence des contractions musculaires ou même simplement de la pesanteur. Il en résultait que le plus souvent ces plaques n'étaient pas tolérées. Cependant si les lames étaient assez minces elles pouvaient être enkystées *in situ* par du tissu fibreux de néoformation, et l'élimination n'était pas fatale. M. Piqué (2) a parlé d'un craniectomisé à qui un chirurgien anglais avait déposé entre les méninges de la peau une feuille d'or. Obligé d'ouvrir à nouveau le crâne du malade pour accéder sur le cerveau, Piqué rencontra la plaque si bien acceptée par l'organisme qu' « elle était gondolée, déformée, mais à ce point immobilisée et confondue avec les tissus qu'il fallut l'enlever en douze morceaux » (3).

Un perfectionnement a été apporté à la méthode par Fränkel (de Vienne). Cet auteur utilise une plaque de celluloïd qu'il stérilise par l'ébullition et qu'il modèle entre les doigts à la faveur du ramollissement provoqué par l'élévation de température. Il la taille ensuite exactement à la forme voulue avec des ciseaux et l'applique simplement à la place de l'os manquant où elle tient par son contact avec les bords de la brèche.

Ce procédé paraît devoir être le meilleur utilisé jusqu'à présent en dehors de la prothèse squelettique par la méthode de Sebileau-Delair. Blecher [de Brandebourg (4)] a fortement prôné la prothèse

(1) Auvray. Loc. cit.
(2) J. Lucas-Championnière. *Gaz. hebd.*, 1874, n° 16, p. 249.
(3) Ch. Nicolas. La chirurgie chez les Canaques, *Presse méd.*, n° 17, 27 fév. 1909.

(1) G. Lemerle. Th. de Paris, 1907.
(2) Picqué. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 30 nov. 1909, t. XXXV, p. 1157.
(3) Sebileau. La prothèse métallique du crâne, *Odontologie*, t. XLIII, p. 193.
(4) Blecher (de Brandebourg). Sur le recouvrement hétéroplastique des pertes de substance du crâne à l'aide du celluloïd, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. LXXXII, p. 134-147.

cranienne par le celluloïd qui rallie d'ailleurs de nombreux partisans (1).

2° MÉTHODE DES PLAQUES FENESTRÉES ET ANCRÉES. — Elle a été imaginée et utilisée par deux praticiens parisiens; nous lui donnerons pour la distinguer de celle que nous venons de passer en revue le nom de *méthode française* qui lui revient indiscutablement. En effet, la reconstitution de la continuité des parois craniennes par une plaque fixée dans le tissu osseux a été pratiquée pour la première fois par Delair en 1903. Ce n'est qu'après de longues et patientes recherches de laboratoire qu'avec la collaboration du professeur Sebileau il mit en application sur l'homme les principes de prothèse squelettique qu'il avait arrêtés. Son premier malade avait été trépané largement sur la face antérieure du sinus frontal. Cette opération avait laissé après elle une dépression très visible qui donnait à la physionomie du malade un aspect spécial et par ce fait le mettait dans l'impossibilité de continuer sa profession de valet de chambre. L'opération fut faite le 4 mars 1903 par MM. le professeur Sebileau et Delair (2). A l'heure actuelle le résultat s'est maintenu aussi parfait que possible malgré les craintes qui furent abondamment exprimées par la majorité des membres de la Société de chirurgie lorsque l'opéré leur fut présenté (3).

En 1905, Sebileau (4) et Delair (5) reconstituèrent par le même procédé et avec un résultat également satisfaisant une large brèche de la région rolandique consécutive à une chute de motocyclette et à l'heure actuelle le sujet, en bonne santé, est toujours porteur de sa prothèse.

Deux ans plus tard, la collaboration de Delair fut demandée au Val-de-Grâce pour un officier brutalement craniectomisé par un coup de pied de cheval. MM. Rouvillois, Sieur et Delair obtinrent un excellent résultat (6), puisque le malade put reprendre son service au bout de peu de temps et rejoindre sa garnison où il est encore actuellement, dans un régiment de chasseurs.

Récemment Sebileau (7) fit à un ancien opéré pour épilepsie une application de prothèse métallique et le résultat fut parfait, bien que dans ce cas il eût substitué à l'or jusque-là employé une lame d'argent.

(1) W. P. NICOLSON. Plaques en celluloïd pour opérations sur le crâne, *Assoc. chir. du Sud*, 13-15 déc. 1905.

(2) SEBILEAU et DELAIR. Prothèse métallique de la face après résection totale de la paroi antérieure du sinus frontal, *Soc. de chir.*, 29 avril 1903.

(3) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 5 mai 1903, t. XXIX, p. 448. — DELAIR. Un cas de prothèse squelettique, *Soc. d'odontologie de Paris*, 5 mai 1903, in *Odontologie*, 1903, p. 529.

(4) SEBILEAU. Vaste brèche cranienne restaurée par la prothèse métallique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 oct. 1905, t. XXXI, p. 831.

(5) L. DELAIR. La prothèse cranienne, *Soc. d'odontol.*, 5 oct. 1907, in *Odontol.*, 15 mai 1907, t. XLI, p. 471.

(6) H. MORESTIN. Brèche cranienne restaurée par la prothèse métallique, par Rouvillois, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 fév. 1908, t. XXXIV, p. 221.

(7) SEBILEAU. Restauration d'une vaste brèche cranienne, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 10 nov. 1909, t. XXXV, p. 1086.

Enfin, nous-mêmes avons eu l'occasion d'employer cette excellente méthode thérapeutique chez un blessé qui avait présenté, consécutivement à un violent traumatisme du frontal, de sérieux accidents cérébraux ayant nécessité plusieurs interventions. Lorsqu'il vint nous trouver, le cerveau protégé seulement par la peau était perpétuellement exposé à un traumatisme, la pression était douloureuse, les efforts ou l'inclinaison de la tête provoquaient une hernie notable, en un mot cet homme jeune était un véritable infirme, incapable d'aucun travail, et était très affecté de son état. La prothèse squelettique qui lui fut faite avec une plaque d'or vert donna dans ce cas encore des résultats remarquablement satisfaisants à tous les points de vue (1).

*
* *

La méthode de Delair-Sebileau comporte trois points originaux :

1° L'inclusion aseptique et totale de la prothèse dans les tissus ;

2° La fixation de la plaque dans le tissu osseux ;

3° L'emploi de plaques fenestrées.

La première condition est essentielle. La moindre suppuration compromettant gravement le résultat de l'opération, il suit de là que ce genre de prothèse sera difficilement applicable aux régions qui, n'étant pas closes de toutes parts (parois de sinus, par exemple), ne pourront pas être maintenues strictement aseptiques. La même raison pourra en faire restreindre et parfois contre-indiquer l'emploi sur un terrain spécifique (cancer, tuberculose, etc.).

La taille du lambeau doit être de beaucoup plus large que la brèche osseuse à combler. Cette précaution a pour but d'éloigner les bases d'implantation prothétique de la ligne des sutures au cas où cette dernière viendrait accidentellement à suppurer. L'hémostase doit être absolue, bien que ce point soit quelquefois difficile à obtenir. Les bords de la brèche osseuse doivent être bien dépériostés et franchement découverts. Ces précautions sont très importantes, et dans un article récent Sebileau y insiste avec juste raison (2).

La fixation de la plaque. — Les recherches de Delair lui ont montré que les vis que l'on enfonce dans le tissu compact d'un os ne constituent qu'un moyen de fixation éphémère et il conclut à leur rejet pour la fixation des pièces de prothèse interne. Il les remplace par des coins métalliques. Ce procédé, au lieu de provoquer comme les vis de l'ostéite raréfiante, premier stade de leur élimination, provoque au contraire un processus d'ostéite condensante qui assure à la pièce une solidité et une immobilité absolue.

Dans le but de diminuer le poids de la plaque, Delair eut l'idée de cribler celle-ci de trous. Cette disposition lui donne un autre avantage, c'est que des tracti fibreux se forment entre les deux plans

(1) L. IMBERT et Th. RAYNAL. Prothèse squelettique du frontal, *Soc. de chir. de Marseille*, 20 janv. 1910, in *Marseille méd.*, 1910, p. 225.

(2) SEBILEAU. La prothèse métallique du crâne, *Odontol.*, 15 mars 1910, p. 193.

voisins à travers ces orifices. Il s'ensuit que la plaque est par ce fait entièrement entourée de toutes parts par des tissus fibreux qui, dans l'hypothèse d'une mobilisation ultérieure des griffes, empêcheraient encore la plaque de s'éliminer et la maintiendraient en position.

L'or est le métal qui a été utilisé jusqu'à présent cinq fois sur les six cas publiés. Le sixième a été fait en argent. Lemerle a constaté que l'argent fin était particulièrement apte à constituer des prothèses internes. Il a signalé que le tissu conjonctif paraissait avoir une affinité particulière pour ce métal et parfois même y adhérer.

Ses expériences et les nôtres nous ont montré que ce métal était parfaitement bien accepté par les tissus. Il ne s'oxyde pas à moins qu'il ne soit en contact avec du pus. Il n'y a d'ailleurs dans une plaque d'argent poli que les points qui sont en contact avec le pus et seulement ceux-là qui s'altèrent fortement. Mais l'affinité du tissu conjonctif pour l'argent n'est peut-être que le premier temps d'une résorption plus ou moins lente.

C'est ce qui faisait dire récemment à M. J. Lucas-Championnière à la Société de chirurgie de Paris : « Non seulement, j'ai été depuis longtemps frappé de l'extrême tolérance des os et des parties molles pour des fils d'argent, même nombreux, volumineux et tordus, mais encore j'ai constaté une véritable résorption de ces fils. Et la chose a déjà frappé les observateurs à ce point que Ballance et Edmunds, dans leur remarquable *Traité des ligatures*, opposent aux fils d'argent, qui se fusionnent trop complètement avec les tissus et se laissent résorber par eux, les fils d'or et de platine qui ne subissent pas d'altération appréciable (1). »

L'ajustage et l'application de la plaque constituent une difficulté particulière. Il est impossible de préparer à l'avance une pièce prothétique exactement conforme à l'aspect anatomique ou à l'étendue de la lésion à combler. Ce n'est que lorsque la pièce est présentée devant la brèche que l'on peut constater ses imperfections et y remédier. Il faut alors parfois marteler la plaque, la scier, la couper, modifier la forme ou la position des greffes d'attache. Ce travail et ces retouches sont parfois très laborieux et on conçoit que la collaboration immédiate d'un mécanicien soit indispensable au chirurgien. Cet assistant spécial se rencontrera parmi les spécialistes de la Bouche et des Dents, tout préparés à cette tâche par leurs minutieuses occupations quotidiennes. C'est qu'en effet ce mécanicien doit avoir des connaissances très précises de physiologie, d'anatomie, etc., et être parfaitement au courant des choses de la chirurgie. De plus, ce temps opératoire — ajustage, modelage et fixation de la prothèse — est le temps le plus long de l'opération et aussi le plus délicat.

En effet, « la tâche du prothésiste ne cesse pas à l'heure où se termine la confection de l'appareil. Cet appareil, établi sur des mesures approximatives prises par-dessus les téguments, n'est évidemment qu'un appareil imparfait ; il faut quand les bords de l'orifice sont découverts ajuster la plaque, la modeler sur ceux-ci, la cintrer, la marteler, l'emboutir, en orienter les griffes et les implanter dans l'os. Tout cela demande quelque temps et aussi quelque peine. Il s'en faut, dit justement Delair (1), que cela soit aussi simple qu'il paraît. Pratiquement, en raison des modifications de forme et de mesure que peut exiger l'application de l'appareil, il faut avoir tout un matériel spécial, un vrai outillage d'orfèvre qu'on stérilise avant l'opération (2) ». Ce matériel est constitué par un plateau-établi spécial que l'un de nous a fait construire en tôle d'acier. Ce plateau du poids de 15 kilos environ se pose « sur un porte-crachoir d'hôpital par exemple ; sur ce plateau sont fixés une petite enclume d'acier, un tas rond et concave en étain sur une double cheville d'acier montée sur une tige allongeable. L'outillage est composé de huit pinces emporte-pièce, pince perce-trous, à bouts arrondis coupants, de dix marteaux en bronze ou acier de forme et d'épaisseur différentes pour le repolissage de la plaque épaisse en or, les marteaux sont à manches de métal ; puis d'emboutissoir, burins, ciseaux, limes, etc., le tout nickelé et facilement stérilisable à l'étuve, à l'eau bouillante ou à la flamme (3) ». Au moment de l'opération, le prothésiste qui collabore avec le chirurgien peut donc, sans rompre l'asepsie de ses mains ou de la pièce, faire subir à celle-ci toutes les modifications nécessaires, sans le moindre risque de contamination.

Les trous de fixation doivent nous retenir un instant.

Il est indispensable que ces trous soient très nets et non contus. On les perce soit à la main, soit plus aisément avec un moteur à pédale, électrique ou autre.

Nous avons fait construire dans ce but un petit foret spécial sur lequel peut se déplacer un curseur qui empêche la pénétration brusque au delà d'une certaine épaisseur. Ce foret se monte sur un tour à pédale analogue au tour à fraiser qui se trouve dans tous les cabinets dentaires. Quant aux griffes, nous persistons à considérer le coinçage, sinon comme absolument indispensable, au moins comme étant une sage mesure de précaution contre l'ébranlement ou la mobilisation de la prothèse, si par accident, elle venait à se produire.

Pour pratiquer ce coinçage, les griffes sont coupées et pliées à leurs extrémités de façon telle qu'elles occupent la moitié de la perforation qui les reçoit. Le coin enfoncé au marteau occupe l'autre moitié et cette manœuvre répétée pour chacune des griffes assure à la plaque une fixité remarquablement grande.

Il est important à notre avis de drainer, car la présence de la plaque provoque dans les jours qui

(1) J. Lucas-Championnière. Réponse à M. Sebileau, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 6 nov. 1909, p. 1088 ; — *Odontologie*, 1910, p. 204.

(1) L. Delair. La prothèse cranienne, *L'Odontol.*, 15 mai 1909, t. XLI, p. 451.

(2) Sebileau. La prothèse métallique du crâne, *L'Odontol.*, 15 mars 1910, p. 202.

(3) L. Delair. Un cas de prothèse squelettique, *L'Odontol.*, 1903, p. 531.

suivent l'opération et malgré tous les soins qu'on aura apportés à l'hémostase, un écoulement séro-hématique assez abondant. Le meilleur drainage sera constitué par un faisceau de crin de Florence qui occupe très peu de volume, favorise parfaitement l'écoulement des sécrétions et est facilement retiré sans dégâts. Le pansement devra être modérément compressif et pourra n'être changé que pour retirer le drain et la plupart des points de suture. Si tout va bien il ne doit pas être nécessaire de faire plus de deux pansements.

*
* *

En résumé, nous pouvons conclure en disant que, si dans bien des cas il existe des opérés qui peuvent conserver sans inconvénient la béance d'une craniectomie plus ou moins large et d'autres qui par crainte d'accidents ultérieurs doivent conserver par prudence la permanence de cette brèche, il en est un nombre assez considérable qui retireront de la prothèse squelettique un bénéfice réel. L'indication à l'appliquer sera très nette dans les cas de hernie cérébrale ou dans ceux où des accidents seront provoqués par des brides cicatricielles ou des adhérences cutanéo-méningées.

Mais même chez ceux qui pourraient vivre avec leur brèche osseuse ouverte on aura intérêt à reconstituer l'intégrité de leur paroi. Dans certains cas même une considération esthétique pourra forcer la main du chirurgien comme dans le premier opéré de sinusite frontale par Sebileau. Cette méthode pourra dans certains cas faciliter bien des interventions pour lesquelles la trépanation n'est qu'un premier temps. Horseley et la plupart des auteurs admettent la pérennité des larges craniectomies. « Pour mener à bien une intervention, qui est souvent exploratrice, il faut voir clair et pour cela mettre le cerveau à nu sur une grande surface. Bergman objecte, il est vrai qu'on verra alors se produire de la hernie cérébrale.. (1) » L'objection de Bergman tombe avec l'emploi de la méthode française, car au cas où il n'aura pas été possible de remettre le volet osseux à sa place il sera toujours possible sinon facile, de restaurer la paroi, efficacement et définitivement. Nous sommes, en effet, en droit d'estimer avec Sébileau, que cette méthode de comblement des brèches craniennes est « efficace, inoffensive et durable.

Efficace et inoffensive puisqu'elle a jusqu'à ce jour permis, sans que survînt jamais le moindre accident de corriger toutes les déformations à la restauration desquelles on l'a appliquée. Durable puisque les beaux résultats plastiques qu'elle a donnés ne sont encore démentis sur aucun sujet. Il y a sept ans que le doyen de mes opérés porte une plaque d'or en avant du sinus frontal, plus de sept mois que le dernier a le front comblé par une plaque en argent (2) ».

(1) A. Broca. *Précis de chirurgie cérébrale*, 1903, Masson.
(2) P. Sebileau. La prothèse métallique du crâne, *L'Odontol.*, 15 mars 1910, p. 210.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 29 novembre 1910)

Effets de la ventilation sur l'organisme pendant le travail. — M. Langlois, chargé d'une enquête sur les conditions physiologiques des mineurs, a fait une série d'expériences et d'observations qui l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Dans les milieux chauds et humides il suffit d'assurer une ventilation de 0m50 à 1 mètre par seconde pour faire baisser la tension artérielle, augmenter l'évaporation aqueuse, diminuer l'élévation de la température centrale et enfin augmenter le rendement dans une proportion qui peut atteindre 15 p. 100.

Il existe vers 25 degrés au thermomètre mouillé un point critique au-dessus duquel le travail ne peut être poursuivi sans inconvénient que si le travailleur est enveloppé d'un courant d'air de 0m50 au minimum.

Hygiène de l'enfance. — M. Bar, chargé du rapport annuel de la commission de l'hygiène de l'enfance, comme tous ses prédécesseurs, déplore la pénurie des documents parvenus à la commission.

Cependant l'Académie a déjà émis le vœu que le ministère de l'intérieur fasse parvenir à cette commission les rapports qu'il reçoit des inspecteurs.

Les crises hypertensives et le repos au lit dans l'angine de poitrine organique. — M. Fiessinger fait une communication sur ce sujet.

Dans l'angine de poitrine organique le facteur le plus actif d'amélioration et souvent de guérison est un repos prolongé au lit (quinze jours à deux mois). Les malades usent en même temps du régime lacté et lacto-végétarien. Le repos au lit fait baisser la tension artérielle, mais ce n'est point par ce mécanisme qu'il soulage. Des malades voient baisser leur tension; chez d'autres elle reste stationnaire ou même s'élève par la suite. Néanmoins les douleurs, quand la tension reste normale ou s'élève, sont d'ordinaire moins accusées qu'avant le repos au lit. Le maximum d'amélioration est constaté chez les malades qui maigrissent en même temps; le minimum, chez les sujets atteints d'une insuffisance aortique concomitante.

Sur une forme peu connue de sténose de l'œsophage : sténose inflammatoire ou cicatricielle spontanée. — M. Guisez. Il est une variété de sténose de l'œsophage dont l'étiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique semblent avoir tout à fait échappé aux différents auteurs. Elle n'est cependant pas rare, puisque nous avons pu la diagnostiquer nettement avec l'œsophagoscope dans 18 cas différents. On pourrait la dénommer, d'après sa forme et son degré « *sténose inflammatoire* ou *cicatricielle spontanée* de l'œsophage ».

Symptômes. — Le symptôme dominant est la dysphagie d'abord intermittente puis permanente.

Cette sténose *siège* uniquement dans les deux portions canaliculaires du conduit, soit au niveau de l'extrémité supérieure cervicale, soit au niveau du cardia ou un peu au-dessus, amenant des rétro-dilatations très accusées se traduisant soit par des *diverticules*, soit par de *grandes dilatations* de tout l'œsophage.

La *pathogénie* de ces sténoses est la suivante. Primitivement ces malades étaient des spasmodiques; le spasme a amené la stase dans l'œsophage, intermittente d'abord, puis de plus en plus durable. Consécutivement sont survenues des poussées d'œsophagite qui ont amené l'épaississement et l'hypertrophie des parois et ultérieurement leur dégénérescence

cicatricielle. On conçoit que ces symptômes aient été plus marqués dans les portions étroites et canaliculaires de l'œsophage.

Ainsi donc l'œsophagite simple est à l'origine de ces rétrécissements véritablement organiques.

Les malades qui en étaient atteints étaient à tort rangés parmi les *spasmodiques simples*, alors qu'il s'agissait de sténoses véritablement permanentes, ou à une phase plus avancée. ils étaient pris pour des *cancéreux*.

Le pronostic se présente comme particulièrement grave.

Traitement. — Il a été facile, une fois ce diagnostic nettement établi et considérant ces malades comme de simples rétrécis de les dilater par du bougirage sous endoscopie, l'électrolyse circulaire et de leur rendre une alimentation tout à fait normale.

Méningite cérébro-spinale. — M. Triboulet, en son nom et au nom de MM. Rolland et Fenestre, communique un cas de méningite cérébro-spinale chez un enfant de deux ans, à localisation intraventriculaire, traité et guéri par ponction directe et sérothérapie intraventriculaires.

Le 606. — Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une note de M. Isaac (de Berlin) qui proteste contre les assertions de M. Hallopeau et déclare n'avoir jamais observé le moindre trouble visuel sur les 250 malades auxquels il a pratiqué l'injection du 606.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

AUGMENTATION DU NOMBRE DES MÉDECINS MILITAIRES. — On sait que le ministre de la guerre a déposé un projet de loi tendant à augmenter de 217 unités le nombre des médecins militaires.

M. le sénateur Humbert vient de déposer un contre-projet proposant non seulement le renforcement des cadres du service de santé reconnu indispensable par le ministre, mais aussi l'augmentation de la proportion des emplois dans les grades supérieurs.

Il importe de retenir les médecins dans l'armée en leur donnant des chances d'avenir équivalentes à celles dont bénéficient les autres officiers des différentes armes. On sait, en effet, que le découragement des médecins a produit une véritable crise. En 1909, 72 médecins se sont fait rayer des cadres et il n'y a eu que 57 nominations d'aide-major.

Cette année un concours pour 55 places de médecins stagiaires au Val-de-Grâce n'a réuni que 31 candidats.

Si la proposition de M. Charles Humbert est adoptée, le service de santé comprendra 4 médecins inspecteurs généraux au lieu de 3; 21 médecins inspecteurs au lieu de 14 (tous les directeurs du service de santé des corps d'armée seraient du grade de général de brigade); 50 médecins principaux de première classe au lieu de 42, et 95 médecins principaux de deuxième classe au lieu de 60.

MODIFICATIONS A LA TENUE DES MÉDECINS MILITAIRES. — Le *Journal officiel* du 27 novembre 1910 publie une instruction relative aux tenues des officiers et au paquetage de leurs chevaux. Nous en extrayons plus loin les passages qui concernent les médecins.

Rappelons que les médecins de réserve et de territoriale sont autorisés à porter pendant un temps indéterminé les effets qu'ils possèdent, ils n'ont donc pas à se préoccuper des modifications de tenue qu'indique l'instruction.

« Art. 11. — Les médecins militaires de tous grades, les médecins inspecteurs exceptés, qu'ils soient attachés aux corps de troupe ou fassent partie des hôpitaux, formations sanitaires de campagne, écoles ou états-majors, sont tenus de porter dans toutes les circonstances de service où ils accompagnent les troupes (revues, marches militaires, manœuvres, routes, baignades, etc., opérations de guerre) une sacoche à soufflet contenant un nécessaire médical.

Cette sacoche est fixée à l'aide de deux courroies à la selle, côté opposé au montoir, par-dessus le bissac de campagne.

Lorsque le médecin marche à pied, elle se porte suspendue au ceinturon à droite. »

(Pour le contenu de cette sacoche, voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 133, p. 1822.)

« Art. 25. — Toutes les tuniques d'officiers comportent neuf boutons. Les officiers sont autorisés à faire pratiquer à leur tunique de deuxième tenue deux poches extérieures à pattes, disposées de chaque côté de la poitrine, placées entre le troisième et le quatrième bouton du haut.

Art. 28. — Tous les officiers, montés ou non montés, portent uniformément le manteau d'ordonnance des officiers montés (1).

En hiver ou lorsque la température l'exige, le manteau est porté sur la tunique, dans toutes les tenues.

Dans ce cas, la grande tenue ne comporte pas les ornements d'épaules de la première tenue.

En dehors du service, les officiers sont autorisés à prendre le manteau ou la pèlerine lorsque la température le comporte.

Vêtements en caoutchouc (manteau, pèlerine et macfarlane). — Art. 55. — Le port de ces vêtements est autorisé, sauf en grande tenue.

Ils doivent avoir la longueur réglementaire du manteau ou de la pèlerine en drap, être de couleur noire et pourvus de boutons noirs.

Ils ne portent ni insignes de grade, ni numéros de corps ou attributs.

Veston noir en drap, en drap caoutchouté ou en cuir. — Art. 57. — Le veston noir ne doit porter ni insignes de grade, ni numéros, ni attributs, ni piqûres apparentes; les boutons doivent être noirs, le col en drap noir (le col de velours est interdit).

Sa longueur est facultative, toutefois elle ne peut dépasser que légèrement le haut de la botte, de la jambière ou de la molletière.

Le port du veston noir est interdit en grande tenue.

En tenue de sortie, seul, le veston noir en drap est autorisé. »

— L'instruction est suivie d'une circulaire portant suppression du pompon pour le képi de première tenue.

Le service de santé sera pourvu d'un plumet à plumes de coq flottantes. Ce plumet sera rouge pour les officiers subalternes, tricolore pour les officiers supérieurs.

Les médecins auxiliaires portent le plumet du modèle des médecins aides-majors.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Chambon, à qui l'on doit la méthode de vaccination animale directe, décédé à Montmorency. La pratique de cette nouvelle méthode fut introduite par M. Chambon dès 1863; longtemps combattue par une partie du corps médical, elle a fini par triompher en raison de l'énergie convaincue de son propagateur, qui était appuyé par l'opinion de Pasteur et de Brouardel; et celle de M. le docteur Dénommé, médecin-major de 2e classe.

Feuillets de chirurgie et de gynécologie, par S. Voronoff, médecin-conseiller de son Altesse le khédive, président d'honneur de la Société khédiviale de médecine, chirurgien de l'hôpital de Choubrah. Grand in-8 jésus de 140 pages avec 25 photographies hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

(1) La capote d'ordonnance des officiers à pied est supprimée. La longueur de la pèlerine est facultative; toutefois elle ne peut dépasser que légèrement le haut de la botte, de la jambière ou de la molletière.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTENTION PLACENTAIRE DANS L'AVORTEMENT

DÉFINITION. — La rétention placentaire dans l'avortement consiste en la présence prolongée de façon anormale du délivre après l'expulsion spontanée ou provoquée du produit de conception.

Discussions très nombreuses en ce qui touche le moment où l'on peut dire le placenta ainsi retenu dans la cavité utérine. On se base le plus souvent sur l'arrêt du travail et en pratique, si au bout de plusieurs heures (huit à douze environ) le délivre n'est pas expulsé, on peut parler de rétention.

CAUSES. — L'arrêt du travail après l'expulsion de l'embryon ou du [illegible] est la cause la plus habituelle. Le placenta des œufs jeunes est en général plus souvent retenu, l'embryon était brusquement entraîné au moment de la rupture de l'œuf, ou par rétrocession plus rapide du travail après l'expulsion d'embryon et occlusion immédiate des orifices interne ou externe.

Certains états de la muqueuse utérine et surtout certains états pathologiques des villosités (excès de vitalité du plasmode, dégénerescence kystique des villosités) favorisent les adhérences de l'arrière faix à la face interne de l'utérus.

DIVISION. — *A.* **Rétention totale du placenta** : 1° placenta complètement décollé ; 2° placenta complètement adhérent ; 3° placenta en partie décollé. — *B.* **Rétention partielle du placenta.**

A. RÉTENTION TOTALE. — 1° *Placenta complètement décollé.* — Peut rester : *a.* dans la cavité utérine ; — *b.* partie dans la cavité utérine, partie dans le col ; — *c.* dans le col transformé en cavité cervicale ; — *d.* partie dans la cavité cervicale, partie dans le vagin.

Dans tous ces cas, l'absence d'hémorragie externe ou interne est la règle à peu près absolue.

a. *Rétention dans la cavité utérine.* — Fréquence moyenne. Le placenta forme un corps étranger dont la vitalité n'existe plus, puisqu'il n'est plus vascularisé, d'où sa dégénérescence rapide, d'où infection facile et habituelle. L'utérus reste gros, en général plutôt un peu mou que rétracté. Les orifices externe et interne fermés ; le col complètement reformé, mais demeurant encore un peu mou et plus court. Pas d'hémorragie. Pas de douleurs en général pendant un temps assez long. Quelquefois cependant *ou* les douleurs reviennent assez rapidement, dans les quarante-huit heures et l'expulsion se fait comme un deuxième avortement (nouveau travail). Le placenta expulsé en bloc peut être encore frais, à peine odorant, noir rougeâtre. Aussitôt au dehors, cessation des douleurs. D'habitude suites normales si l'expulsion n'est pas plus tardive et s'il n'y a pas de causes d'infection. *Ou* les douleurs tardent beaucoup, et surtout les phénomènes infectieux apparaissent. Ecoulement de sérosité infecte, roussâtre. Température plus ou moins élevée avec ou sans frissons ; alors en général à cette période réapparition des contractions, et l'expulsion a lieu, soit le plus souvent de placenta désagrégé, soit en entier. Suites variables suivant la durée de la rétention et surtout le degré d'infection qui peut rester locale ou se généraliser.

b. *Placenta partie dans la cavité utérine, partie dans le col.* — Rétention peu fréquente, car la présence du placenta en partie engagé dans l'orifice interne excite plus facilement les contractions ; en tous cas rétention peu prolongée. Utérus encore gros et un peu mou, de même que le col. Orifice externe le plus souvent à demi ouvert, admettant l'extrémité du doigt qui arrive sur le lambeau de placenta procident ; mais orifice interne serré sur le placenta ne permet pas le passage dans la cavité du doigt explorateur. Pas d'hémorragie. En général, les contractions se réveillent vite, l'orifice interne se dilate et le placenta est expulsé en bloc bien qu'étiré et le bout procident souvent déchiqueté surtout si l'on a fait des tractions ou des manœuvres intempestives. Si les contractions n'apparaissent pas, l'infection se produit d'autant plus facilitée par la striction du placenta et la communication fréquente avec le milieu vaginal par les orifices entr'ouverts. Alors mêmes phénomènes infectieux locaux ou généraux.

c. *Placenta retenu dans la cavité cervicale.* (Avortement cervical de Schrœder, plus fréquent dans les jeunes grossesses.) — Non surveillée, la rétention peut être longue, car le placenta ne tend pas à provoquer les contractions, la cavité utérine étant vide ; donc utérus peu gros, à corps bien rétracté, mais restant encore un peu élevé. Au toucher, cavité cervicale distendue d'où col de volume variable, de forme ovalaire, dont l'orifice externe est mince, quelquefois fermé ; plus souvent un peu dilaté et dilatable. S'il est perméable, le doigt perçoit corps étranger mou (placenta), et si l'on arrive à dilater, le doigt peut faire le tour de la masse intracervicale. Pas d'hémorragie. La rétention prolongée est possible, d'où phénomènes d'infection probables avec les mêmes caractéristiques (fétidité, suintement, fièvre, etc.). Quelquefois un petit lambeau effilé pénètre encore dans la cavité utérine à travers l'orifice interne, pouvant ainsi gêner l'expulsion ou l'extraction.

d. *Placenta partie dans la cavité cervicale, partie dans le vagin.* — Rétention assez longue, moins que précédemment, la présence dans l'orifice externe pouvant exciter les contractions. Corps utérin d'aspect et de consistance à peu près normaux. Présence dans le vagin d'un lambeau plus ou moins grand de placenta, déchiqueté ou non, serré plus ou moins par l'orifice externe qui empêche sa sortie. En général, suintement rouge sale (lochies et non hémorragie) ; sans thérapeutique, infection, putréfaction rapides à cause du milieu vaginal sauf en cas de nouveau travail qui se montre assez souvent. Parfois par sphacèle, expulsion spontanée du débris procident intravaginal.

Dans tous ces cas de rétention prolongée, le placenta déchiqueté ou non est très odorant, parfois avec fétidité repoussante, brun noirâtre, très ramolli, même putréfié.

2° *Placenta complètement adhérent.* — La rétention peut être courte ; mais elle se prolonge presque toujours surtout dans certains cas de lésions pathologiques du placenta (môle jeune, adhérences anormales). Elle peut aller de quelques heures à deux, trois, dix, quinze, trente jours et plus, on en a vu jusque sept à huit semaines. Le placenta reste vivant puisque vascularisé, d'où complication non existante dans le placenta décollé, l'hémorragie. Dans tous les cas, l'utérus reste gros, donnant l'impression de plénitude variable. Col un peu mou et assez volumineux. Plusieurs hypothèses : *a.* Si le col s'est refermé aux deux orifices, on peut n'avoir (très rare) ni hémorragie, ni même suintement sanguin ; on peut même avoir très peu ou pas d'écoulement lochial si aucune infection ne survient (infection extérieure dans avortement provoqué de quelque origine que ce soit, vaginale, blennorragie, etc., mort du produit fœtal avant ou au début de l'avortement, etc.) ; le placenta peut rester vivant très longtemps. — *b.* Oubeaucoup plus souvent, malgré le col fermé en entier, persistance soit immédiate en général, soit après un ou deux jours, de suintement sanguin continu ou discontinu ou léger ou très important, capable alors d'amener des symptômes d'anémie avec troubles des fonctions digestives, amaigrissement, etc. Mêmes remarques pour l'infection possible, plus fréquente peut-être malgré le placenta vivant et d'autant plus grave que passage facile par communication sanguine persistante entre le placenta et la circulation maternelle. — *c.* Ou l'orifice externe est entr'ouvert avec l'orifice interne fermé ou ayant un très petit diamètre par lequel on peut parfois sentir le placenta. Dans ces conditions infection plus facile et suintement fréquent parce que la dilatation de l'orifice interne amorce souvent le décollement et les contractions.

Pour ces trois cas, l'expulsion spontanée est le plus souvent tardive, en général, précédée d'un suintement sanguin continu ou non qui s'exaspère avec l'apparition des contractions. D'habitude, contractions suffisent pour l'expulsion. Celle-ci effectuée, arrêt des contractions, et s'il n'y a pas d'infection, suites normales.

Le placenta dans tous ces faits, restant vivant, a presque toujours son aspect ordinaire, sans odeur spéciale, en général flétri ou ratatiné à sa surface libre, mais frais à sa face utérine, un peu aplati, tassé, résistant à la coupe. Parfois, on le trouve atteint de dégénérescence graisseuse, moins gros et moins épais, de coloration inégale gris ou gris rougeâtre.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 138. — SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 3 DÉCEMBRE 1910. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 30 novembre : MM. Moriez, 10 ; Dubois (Jean), 11 ; Rudelle, 12 ; Barat, 11 ; Gallas, 5 ; Michel, 8 ; Broussolle, 13 ; Deguignand, 8 ; Leroy (Maxime), 8 ; Rougier, 11.

Pathologie. — Séance du 30 novembre : MM. Antoine, 7 ; Nadal, 10 ; Mlle Monbiot, 8 ; MM. Godlewski, 11 ; Libert, Bontemps et Fourrière, 9 ; Grandjean, 10 ; Périn, 8 ; Mossé, 12 ; Couinaud, 13.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Première épreuve orale.* Séance du 1er décembre : MM. Rouhier, 18 ; Combier et Douay, 16 ; Poupardin, 17.

Prochaine séance, samedi 3 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANCY. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Simon, Méline, Chateaux, Adam et Fourche.

Internes provisoires : MM. Rohmer, Masson et Dessez.

Concours de l'externat. — Sont nommés externes : MM. Roy (Jean), Vermelin, Decornet, Duroch, Racadot, Nicot, Franchet, Hippolyte, Mme Bellot, MM. Mariet, Rolot et Renault.

— MONTPELLIER. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Chauvin, Coronne, Roziès, Réveilhe, Carrieu et Gueit.

Internes provisoires : Mlle Giraud, MM. Aimes, Œconomos, Burgues, Charlet, Barras et Vian.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Landouzy a été réélu doyen par 57 voix contre 2 bulletins blancs, sur 59 votants.

Ont obtenu pour la présentation en seconde ligne : MM. les professeurs Pouchet (47 voix), Roger (4 voix), Blanchard (1 voix), Quénu (1 voix). Il y a eu 1 bulletin blanc.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — *Concours du clinicat.* — M. Legris est nommé chef de clinique médicale, M. Gournet, chef de clinique adjoint.

M. Bœckel est nommé aide de clinique des maladies des voies urinaires, M. Chevel est nommé aide de clinique adjoint.

M. Mutel est nommé aide de clinique de chirurgie infantile et orthopédie.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE RÉPÉTITEUR A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira le 5 janvier 1911, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'emploi de répétiteur à l'école de Lyon (médecine légale, thérapeutique et hygiène).

Les médecins-majors de deuxième classe sont seuls admis à prendre part au concours.

Les demandes formulées en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis motivé des chefs de chaque candidat et adressées au ministre de la guerre (direction du service de santé, premier bureau) avant le 15 décembre 1910.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Un concours pour l'admissibilité à douze emplois de rédacteur dans les services de l'administration générale de l'assistance publique à Paris sera ouvert le lundi 6 mars 1911.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve du concours.

Ne pourront être admis à se présenter, en dehors des agents faisant déjà partie de l'administration, que les candidats de nationalité française, qui, le 1er janvier 1911, auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans. Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle des services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, rengagements non compris.

Les candidats étrangers à l'administration devront produire un diplôme de docteur en médecine, en droit, ès lettres ou ès sciences, de licencié en droit, ès lettres ou ès sciences, diplôme de l'école des chartes, de l'institut agronomique ou de l'école des sciences politiques, ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux examens de sortie des écoles polytechniques, Saint-Cyr, navale, normale supérieure ou centrale.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au jeudi 23 février 1911 inclusivement, dernier délai.

Les candidats inscrits devront s'adresser au service du personnel pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les diverses épreuves.

Néanmoins, des convocations donnant ces indications leur seront adressées à domicile ; mais l'administration décline toute responsabilité dans le cas où ces convocations ne leur parviendraient pas.

Le programme des connaissances exigées des candidats est déposé au service du personnel et sera communiqué à toutes les personnes qui en feront la demande.

POUR LES CONFRÈRES AUTOMOBILISTES. — Nous avons annoncé (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 125, p. 1695) le prochain recensement des automobiles en vue de la mobilisation.

Voici les articles principaux de la loi du 22 juillet 1909 relative à ce recensement qui doit avoir lieu pour la première fois à partir du 1er janvier prochain.

Nous attirons spécialement l'attention de nos confrères sur la fin de l'article 5 qui concerne les médecins et les dispense *non de la déclaration*, mais de la réquisition.

« ARTICLE PREMIER. — L'autorité militaire a le droit d'acquérir par voie de réquisition dans les conditions générales prévues par la loi du 3 juillet 1877, les voitures automobiles nécessaires au service de l'armée.

ART. 2. — Tous les ans, du 1er au 16 janvier, a lieu dans chaque commune sur la déclaration obligatoire des propriétaires et au besoin d'office, le recensement des voitures automobiles. Les listes de recensement doivent mentionner en regard de chaque voiture, outre les noms des propriétaires, les noms des personnes habituellement préposées à la conduite de ces voitures, lorsque ces personnes sont soumises aux obligations du service militaire.

ART. 3. — Chaque année le ministre de la guerre fait procéder du 16 janvier au 1er mars ou du 15 avril au 15 juin à l'inspection et au classement des voitures automobiles. L'inspection et le classement ont lieu dans chaque département dans les localités désignées à l'avance par l'autorité militaire, après entente avec les préfets. Le maire de chaque commune où il existe des automobiles, ou son suppléant légal assiste à l'inspection et au classement. Les opérations sont effectuées par des commissions mixtes désignées dans chaque région par le général commandant le corps d'armée et composées chacune de : un officier président, un membre civil compétent désigné par le préfet, un représentant du service des mines. Les trois membres ont voix délibératrice. Il ne sera pas alloué d'indemnité au membre civil de ladite commission.

ART. 4. — Les voitures automobiles, reconnues propres à l'un des services de l'armée, sont classées suivant les catégories établies au budget pour les achats annuels des voitures automobiles par le ministère de la guerre.

ART. 5. — Sont exemptées de la réquisition en cas de mobilisation et ne sont pas portées sur la liste de classement par catégories : 1° les voitures appartenant au chef de l'Etat; 2° les voitures dont les fonctionnaires sont tenus d'être pourvus pour leur service; 3° les voitures de l'administration des Postes ou celles qu'elle entretient pour son service par des contrats particuliers; 4° les voitures indispensables pour assurer le service des administrations publiques ; 5° les voitures appartenant aux docteurs en médecine, à raison d'une voiture par médecin.

ART. 6. — Les voitures recensées sont présentées en bon état de fonctionnement aux commissions mixtes qui arrêtent leur classement. A l'issue du classement, il est procédé, en présence de la commission pour chaque commune et dans chaque commune pour chaque catégorie de voitures, à un tirage au sort qui règle l'ordre d'appel des voitures en cas de mobilisation...

ART. 16. — Les propriétaires de voitures automobiles qui ne se conformeront pas aux dispositions autres que celles de l'article 14 de la présente loi, sont passibles d'une amende de 25 à 1 000 francs. Ceux qui auront fait sciemment de fausses déclarations seront frappés d'une amende de 50 à 2.000 francs. En temps de paix et hors le cas de mobilisation, l'article 463 du Code pénal et la loi du 26 mars 1891 seront applicables. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-septième semaine, 876 décès, au lieu de 830 pendant la semaine précédente et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc satisfaisant.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On ne signale que deux cas de méningite cérébro-spinale et un seul décès.

EXERCICE ILLÉGAL. — Un pseudo-docteur en médecine, M. V..., vient d'être condamné à 2.000 francs d'amende par la dixième chambre. Un pharmacien qui avait exécuté ses ordonnances a été condamné comme complice à 500 francs d'amende. Le syndicat des médecins de la Seine et le syndicat médical de Paris qui se portaient parties civiles ont obtenu chacun 3.000 francs de dommages et intérêts.

CONSERVATION DES ŒUFS PAR LE FROID. — Aux Etats-Unis et en Allemagne, on conserve beaucoup d'œufs par le froid. Cette méthode de conservation donne de bons résultats, si l'on a soin d'observer certaines précautions; la température des chambres froides ne doit pas être trop basse (entre + 1 degré et + 4 degrés), et l'état hygrométrique de l'air doit y être suffisant pour empêcher l'évaporation. L'œuf conservé à + 1 degré doit être consommé aussitôt après sa sortie du frigorifique, tandis que l'œuf réfrigéré entre + 1°7 et 4°4 peut être gardé encore quelque temps à la température ordinaire.

Les œufs ainsi conservés ressemblent entièrement aux œufs frais; la chambre à air n'augmente pas de volume.

Certains œufs peuvent présenter des taches, mais cela est exceptionnel, car des dispositifs spéciaux permettent de leur faire subir une rotation lente et continuelle, afin que le jaune garde sa position centrale et ne vienne pas adhérer à la coquille; d'ailleurs, il semble qu'il suffise, pour éviter cet inconvénient, de les retourner tous les trois jours (*Hygiène de la viande et du lait*, sept. 1910). Les œufs frigorifiés ont un goût un peu différent de celui des œufs frais, mais ils sont, néanmoins, très bien acceptés des consommateurs.

On conservera aussi par le froid des œufs débarrassés de la coquille; dans ce cas, ils doivent être soumis à une température inférieure à celle de leur point de congélation. (*Revue scientifique*, 12 nov. 1910.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Galland (de Fleurbaix).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (SERVICE DE M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU, 20, rue de Citeaux.) — *Cours sur les maladies de l'appareil digestif*, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis de onze heures à midi.

Les cours commenceront le jeudi 8 décembre 1910.

Programme des cours. — Le cancer de l'œsophage; une leçon par M. Moutier.

Spasmes et dilatations de l'œsophage; une leçon par M. J.-Ch. Roux.

Le chimisme gastrique et sa valeur séméiologique; deux leçons par M. Taillandier.

Les troubles moteurs de l'estomac et leur valeur séméiologique; une leçon par M. Laboulais.

L'examen extérieur de l'abdomen; une leçon par M. Laboulais.

La sensibilité gastro-intestinale et ses viciations; une leçon par M. J.-Ch. Roux.

Examen radioscopique de l'estomac, sa valeur séméiologique ; une leçon par M. Moutier.

Dyspepsies : les gastrites, les dyspepsies nerveuses et les dyspepsies secondaires ; trois leçons par M. J.-Ch. Roux.

Ulcère de l'estomac, ses complications et son traitement; deux leçons par M. Moutier.

Cancer de l'estomac et ses complications; une leçon par M. Moutier.

Sténoses du pylore et leur traitement; une leçon par M. Laboulais.

La coprologie clinique; deux leçons par M. Goiffon.

La constipation, sa pathogénie et son traitement; une leçon par M. Friedel.

La diarrhée, sa pathogénie et son traitement; une leçon par M. J.-Ch. Roux.

Colites chroniques ; une leçon par M. J.-Ch. Roux.

Cancer de l'intestin et ses formes cliniques ; une leçon par M. Moutier.

Occlusion intestinale ; une leçon par M. Moutier.

Appendicite aiguë et chronique ; une leçon par M. Moutier.

Rectoscopie et diagnostic des maladies du rectum; une leçon par M. Friedel.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire au laboratoire, 20, rue de Citeaux, tous les jours, de dix heures à midi.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE (1)

SÉMIOLOGIE DU RÊVE

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux.

Le rêve, dit Littré, est la combinaison involontaire d'images ou d'idées souvent confuses, parfois très nettes et très suivies, qui se présentent à l'esprit pendant le sommeil.

Le rêve est d'un homme endormi, la rêverie d'un homme éveillé.

Rêver n'est pas propre à l'homme. Qui a vu un chien de chasse aboyer tout en dormant ne peut douter que certains animaux rêvent. Une esquisse du rêve chez l'animal serait très pauvre, faute de documents subjectifs. Je me limiterai à la sémiologie du rêve chez l'homme, c'est-à-dire à l'étude des signes du rêve et de la valeur du rêve comme signe de l'état de santé ou de maladie.

La connaissance du rêve remonte à l'enfance de l'humanité et sa valeur comme signe a suivi l'évolution de la pensée. A l'origine, dans l'état théologique qu'on trouve encore chez les peuples et les individus enfants, les rêves sont envoyés par les dieux. On sait le rôle des songes dans les cosmogonies primitives, les mythologies indoues, grecques, romaines, scandinaves et les livres bibliques — songes de Jacob, de Joseph et d'Athalie, etc. Dans l'état métaphysique de la réflexion humaine, le rêve, par ses caractères mystérieux de reviviscence des êtres et des choses, contribue à la genèse de la croyance au « double » et joue un rôle indéniable dans la constitution du dogme de l'immortalité de l'âme. Je renvoie au *Traité des rêves*, d'Aristote.

L'état positif s'ouvre avec Hippocrate, qui entrevoit l'importance médicale du rêve. Dès lors, à ce point de vue, le rêve n'est plus qu'une manifestation de l'automatisme cérébral sous l'influence d'une obnubilation passagère de la raison. L'absence de logique distingue seule le rêve de la réalité. Le monde extérieur n'est qu'un rêve bien lié, disait Kant dans la *Critique de la raison pure*.

L'histoire médicale du rêve a été résumée par Vaschide et Piéron, H. Dulion, élève du professeur Rémond (de Metz), Paul Meunier et René Masselon dans trois petits livres, auxquels je ferai de nombreux emprunts.

Dans l'étude du rêve, deux méthodes sont à employer : la *subjective* et l'*objective*.

La méthode *subjective*, qui permet de saisir l'« intelligence en déshabillé », consiste dans l'introspection avec son double défaut que l'observateur est à lui-même son objet et que la matière de son observation n'est pas appréhendée directement, mais seulement à l'état de souvenir, en général, fugace et déformé par l'imagination. Pour réduire au minimum cette dernière cause d'erreur, au lieu d'employer le procédé des notations différées qui n'a qu'un intérêt littéraire, on doit avoir recours au procédé des notations immédiates et répétées, tel que l'appliquait Maury. « Je note exactement, dit-il, dans quelles dispositions je me trouvais avant de m'endormir, et je prie la personne, qui est près de moi, de m'éveiller à des instants plus ou moins éloignés du moment où je me suis assoupi. Réveillé en sursaut, la mémoire du rêve, auquel on m'a soudainement arraché est encore présente à mon esprit, dans la fraîcheur même de l'impression. Il m'est alors facile de rapprocher les détails de ce rêve des circonstances où je m'étais placé pour m'endormir. »

La méthode *objective* consiste à noter du rêveur toutes les réactions extérieures. On conçoit combien elle est incomplète et qu'elle ne donne de renseignements que dans des cas particuliers à manifestations motrices marquées.

Pour comprendre le rêve et ses diverses variations, il faut partir du sommeil spontané.

Schématiquement, le rêve répond à deux conditions : l'une négative et l'autre positive.

La *condition négative* est la suppression ou du moins l'atténuation des perceptions extérieures entraînant la perte ou la diminution du pouvoir de rectification des images mentales.

La *condition positive* est l'exagération dans la vie psychique de l'automatisme des images et des souvenirs.

On conçoit l'existence d'un rapport inversement proportionnel entre ces deux conditions : la diminution ou l'absence des réductions antagonistes, dont parlait Taine, donnant la prédominance à l'automatisme des images mentales.

Par les variations en plus ou en moins de ces deux conditions négative et positive du rêve, nous aurons donc une série d'états, depuis le rêve habituel du sommeil spontané, où la condition négative est maxima, jusqu'au rêve actif de l'homme éveillé, le délire onirique de l'alcoolique, par exemple, dans lequel la condition positive est maxima, en passant par tous les intermédiaires et particulièrement le somnambulisme, rêve actif au cours du sommeil ou d'un état voisin, l'état second.

Il n'y a donc pas, au point de vue du mécanisme du rêve, de différence essentielle entre le rêve de l'état de sommeil et le rêve de l'état de veille, qui comporte toujours alors un certain degré d'obnubilation. Mais si, en physiologie, rêve de sommeil et rêve de veille se confondent, ils doivent être distingués en clinique, le premier constituant le rêve ordinaire, habituel, et le second le rêve pathologique.

On distingue donc :

1° Le *rêve* ordinaire du sommeil habituel;

2° Le *somnambulisme* ou rêve actif survenant dans le sommeil ou un état analogue, l'état second;

3° Le délire de rêve, l'*onirisme* de Régis (ὄναρ, ὄνειρος, rêve), rêve actif et extériorisé de l'homme éveillé, mais plus ou moins confus.

Le premier est normal : ses variétés seules, par leur intensité, peuvent devenir pathologiques.

Le second, quelquefois presque physiologique

(1) Reproduction interdite.

dans le sommeil de l'enfant, est, dans toutes les autres circonstances, pathologique.

Le troisième est toujours pathologique.

Ces divers états — rêve proprement dit, somnambulisme, onirisme — pouvant être observés dans des conditions cliniques très diverses, je vais, pour en indiquer l'intérêt sémiologique, passer en revue les principales.

J'étudierai successivement :

I. Le rêve dans le sommeil spontané;
II. Le rêve dans le sommeil provoqué;
III. Le rêve chez les hystériques;
IV. Le rêve chez les épileptiques;
V. Le rêve chez les intoxiqués;
VI. Le rêve chez les infectés.

I

Le rêve dans le sommeil spontané. — Le sommeil spontané est l'entier assoupissement des sens, ou dans un langage plus physiologique, la cessation momentanée de l'activité propre aux systèmes doués des propriétés de la vie animale (Littré).

Cet assoupissement des sens doit s'entendre avant tout des perceptions extérieures, car la cénesthésie y paraît moins profondément engourdie, et ses modifications peuvent ainsi devenir prédominantes sur le cerveau.

Le sommeil a des degrés depuis la simple rêvasserie, le sommeil léger avec rêves, le sommeil profond à rêves incomplets et mal définis, jusqu'au sommeil lourd sans rêves. Il semble y avoir un certain rapport entre la richesse d'un sommeil en rêves et son peu de profondeur. Mais il faut tenir compte, avant tout, du coefficient personnel. Certains individus ont, à leur réveil, la mémoire pleine de leurs rêves ; d'autres disent ne rêver jamais.

Toutes choses égales d'ailleurs, il semble que ce soit la période de décroissance du sommeil qui soit la plus favorable aux rêves.

Quoi qu'il en soit, le rêve présente une double *physionomie*, subjective et objective.

La physionomie *subjective* du rêve se caractérise par la prépondérance des images visuelles.

« L'hallucination visuelle du rêve, dit Lasègue, est d'une merveilleuse précision, bien supérieure en ce sens à toutes celles que racontent les aliénés. Eclairage, mouvements de la lumière, aspect minutieux, rien ne lui échappe. L'homme qui prend, en s'éveillant, la peine de condenser son attention sur le rêve qui vient de finir, n'omet aucune particularité. »

Il dit encore : « Les hallucinations visuelles sont constantes dans le rêve ; elles existent seules, et si, par intervalles, d'autres états semi-hallucinatoires surviennent, c'est à titre épisodique, sans jamais constituer la trame du rêve.

B... rêve qu'il monte dans une voiture découverte, au cours d'un voyage, et on sait combien les rêveurs sont voyageurs. Il n'a omis ni la couleur, ni la forme de la voiture, du marchepied, de la poignée même qu'il a saisie avec la main. Le cocher s'est assis, le cheval s'est lancé. Il a vu le fouet s'agiter, mais il n'a pas entendu le claquement de la mèche. Son impression est, sur ce rapport, à l'inverse de tout homme éveillé.

C... rêve — c'est encore une donnée fréquente — qu'il assiste à un incendie; il voit le feu sortir par les fenêtres, l'eau dont les jets miroitent, les casques des pompiers, etc., et prend part active avec les gens venus au secours. Je défie qu'il déclare avoir ressenti la chaleur du feu et avoir entendu les cris des victimes. Le rêve a été terrible et muet. »

Enfin, « A... rêve qu'il assiste à une séance de quelque grande assemblée; il fixe le président, voit la salle aussi distinctement que s'il était éveillé; il reconnaît les membres et les assistants. Tout lui devient visible jusque dans les moindres détails. Par contre, si on vient à prononcer un discours, le texte arrive à son esprit, moins la voix de l'orateur; il a compris et n'a pas entendu. Si, ayant gardé mémoire du rêve, il se contente d'un vague souvenir, les deux sensations, vue et ouïe, pourront lui paraître sur le même plan. En pénétrant plus avant, on reconnaîtra bien vite la vérité de la proposition qui s'énonce ».

J'ai tenu à citer ces exemples de Lasègue, car un certain nombre de rêveuses, que j'ai interrogées, soutiennent entendre et se mouvoir presque autant qu'elles voient. La proposition de Lasègue, relative à l'absence d'hallucinations auditives dans le rêve, me paraît donc appeler un léger correctif, tout au moins pour les femmes.

En plus de la prédominance des images visuelles et des personnages muets, ce qui frappe encore dans le rêve, c'est la rapidité des événements, leur caractère caléïdoscopique, bizarre et absurde.

Cette rapidité et multiplicité des images donne au rêveur l'illusion d'un temps écoulé beaucoup plus long que réellement. Qui ne croit avoir vécu plusieurs heures de rêve qui n'a rêvé qu'une minute, et même que quelques secondes ?

Le rêve est déclamateur. Une puce me pique, dit Descartes, et je rêve d'un coup d'épée. Cette importance énorme donnée à une sensation minime, qui inonde la conscience, par défaut des réducteurs antagonistes et parce qu'elle devient le point de départ d'une cascade automatique d'images, montre avec quelle circonspection il faut interpréter un rêve avant d'en faire le signe d'un trouble morbide.

La nature des images mentales évoquées dans le rêve a donné lieu à de multiples discussions.

Le fait banal, qu'un sommeil très léger est souvent peuplé de rêves d'actualité, a fait supposer à Vaschide et Piéron qu'il y avait un rapport entre la profondeur du sommeil et le recul du rêve dans le passé. Il semble que le ton affectif actuel du dormeur joue un rôle beaucoup plus important par association automatique de mémoire affective, analogue aux faits étudiés par Ribot.

On a voulu aussi, de la nature habituelle des images mentales dans le rêve, induire le caractère du dormeur. C'est ainsi que, paraphrasant le proverbe, on a dit : dis-moi ce que tu rêves, je te dirai qui tu es. Mais si certains invertis, rêvant souvent d'accouplements homosexuels, apportent des argu-

ments en faveur de cette opinion, par contre d'autres auteurs ont trop insisté sur la fréquence des rêves par contraste : rêves lubriques chez les honnêtes femmes, rêves liliaux chez les courtisanes, pour qu'on ne puisse conclure du caractère du rêve à celui du rêveur.

Resterait encore plus d'une question à résoudre. Quels sont les moments du sommeil les plus propices aux rêves et l'homme rêve-t-il toujours? Cette dernière question avait, chez Descartes, un intérêt métaphysique. Il posait en principe que l'âme pense toujours. L'âme pensant toujours, le dormeur devait rêver toujours.

Aujourd'hui, tout à l'opposé, Lagriffe, loin de considérer que le dormeur rêve toujours, pense que l'état normal du sommeil est l'absence de rêve et que la constatation de celui-ci doit être considérée comme une manifestation d'une excitabilité particulière du cerveau, voisine de la maladie, et qu'il nomme, d'un mot que je n'aime guère, « petit signe du psychisme ».

Pratiquement, la question est insoluble, car beaucoup de rêveurs habituels paraissent tout à fait normaux et, de ce qu'on s'éveille d'un sommeil sans souvenir de rêve, ce n'est pas une raison suffisante pour affirmer que l'on n'a pas rêvé.

La physionomie *objective* du rêve se réduit au minimum — quelques légères modifications mimiques ou vaso-motrices — dans le rêve *muet*.

Dans le rêve *parlé*, les mots, les phrases, font parfois saisir le sens du rêve. Les paroles s'accompagnent souvent de mouvements plus ou moins élémentaires.

A un degré de plus, les mouvements se coordonnent et prédominent sur la parole. C'est le *somnambulisme*.

Le *cauchemar*, rêve pénible, avec sensation d'oppression, d'écrasement épigastrique, aboutit au réveil angoissant, les yeux hagards, le front moite, les extrémités refroidies.

En plus de la douleur, de l'angoisse et du réveil en sursaut, le cauchemar se caractérise par l'homogénéité des images mentales qui le constituent, parfois même leur stéréotypie, et la persistance du souvenir pénible.

Ce rêve stéréotypé, idée fixe de l'homme endormi, prend par sa persistance une valeur sémiologique. Cette persistance du souvenir peut être telle qu'elle devient obsédante.

Tel est, résumé, le rêve dans le cours du sommeil.

Aux limites du sommeil, dans l'*état hypnagogique* qui le précède, et au réveil, on retrouve le rêve plus ou moins atténué.

Après Baillarger, qui démontra, comme on sait, l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations, c'est Maury qui analysa le mieux l'état hypnagogique (ὕπνος, sommeil ; ἀγωγός, conducteur).

Dans cet état de non-attention, les sens ne sont pas encore assoupis, mais les sensations ne sont plus aussi vives, l'esprit cesse d'avoir une conscience claire de soi, « il perçoit, voit, entend, mais sans percevoir qu'il perçoit, voit, entend ». Il suffit alors que les paupières se closent, pour que surgissent les hallucinations.

« Je lisais à haute voix, dit Maury, *le Voyage dans la Russie méridionale*, de M. Hommacri de Hell : à peine avais-je fini un alinéa, que je fermai les yeux instinctivement. Dans un de ces courts instants de somnolence, je vis hypnagogiquement, mais avec la rapidité de l'éclair, l'image d'un homme vêtu d'une robe brune et coiffé d'un capuchon, comme un moine des tableaux de Zurbaran : cette image me rappela aussitôt que j'avais fermé les yeux et cessé de lire; je rouvris subitement les paupières et je repris le cours de ma lecture. »

Ce passage topique montre l'hallucination hypnagogique instantanée et visuelle.

Comme dans le rêve, les hallucinations de l'état hypnagogique sont, avant tout, visuelles. Cependant Maury en admet d'auditives, de gustatives, de tactiles et d'olfactives, surtout comme prodromes des psychoses. « Quelquefois, ajoute-t-il, des mots, des phrases surgissent tout à coup dans la tête, quand on s'assoupit et cela sans être aucunement provoqués. Ce sont de véritables hallucinations de la pensée, car les mots sonnent à l'oreille interne, comme si une voix étrangère les prononçait. »

Les hallucinations hypnagogiques constituent souvent comme l'embryogénie du rêve. Maury insiste sur la liaison entre les images de l'état hypnagogique et du rêve qui suit.

Le réveil n'est pas instantané.

Dans cette période, plus ou moins brève selon les circonstances et les individus, où l'esprit, encore englué dans ses rêves, reprend conscience du monde extérieur, le rêveur à demi-éveillé peut confondre la réalité et les fantômes de son imagination. C'est là l'*ivresse du sommeil* de Kraft-Ebing, au cours de laquelle des crimes ont été commis. Tel dormeur, réveillé brusquement, tue son voisin de lit, le prenant pour un ennemi. Tel mari serre fortement sa femme jusqu'à l'étouffer pour la préserver des assassins, qui remplissent le cauchemar, dont il sort en sursaut.

L'impression des rêves peut se prolonger assez longtemps après le réveil. C'est ainsi que certaines *obsessions* sont au maximum le matin, parce qu'elles ont pu être renforcées par les rêves de la nuit.

En résumé, le rêve dans le sommeil spontané se caractérise par des associations automatiques d'images sans rectification.

Ces images, dont l'origine est triple, psychique, sensorielle et cénesthésique, varient selon les conditions physiologiques et pathologiques du dormeur.

A. Conditions physiologiques. — Des conditions tenant au milieu extérieur, à l'état de l'organisme, fatigues, préoccupations, âge, sexe, je ne retiendrai que ces dernières.

J'ai pris pour type de description le rêve de l'homme. J'ajoute un mot sur le rêve de la femme et de l'enfant.

1° *Le rêve de la femme*. — Il est plus objectif,

plus bruyant, avec une persistance et une influence de souvenir plus grandes, sans doute, parce que la femme est, en général, plus nerveuse que l'homme et plus sujette à des auto-intoxications au cours de sa vie génitale. La puberté, les règles, les grossesses nuancent les rêves de teintes spéciales : rêves vaguement érotiques ou mystiques de la puberté, rêves d'incendie avant les règles, rêves lubriques de la grossesse.

2° *Le rêve de l'enfant.* — « La nuit, dans ma couchette, raconte Anatole France dans *Pierre Nozière*, je voyais des figures étranges, et, tout à coup, la chambre si bien close, tiède, où mouraient les dernières lueurs du foyer, s'ouvrait largement à l'invasion du monde surnaturel. Des légions de diables cornus y dansaient des rondes, puis, lentement, une femme de marbre noir passait en pleurant, et je n'ai su que plus tard que ces diablotins dansaient dans ma cervelle et que la femme lente, triste et noire était ma propre pensée. »

C'est là une description, et très jolie, d'un rêve normal d'enfant. Mais ce qui intéresse le praticien, c'est le *somnambulisme* et les *terreurs nocturnes*, car il est souvent consulté pour ces troubles légers.

Le somnambulisme est cette sorte d'aptitude à répéter, pendant le sommeil, les actes dont l'enfant a contracté l'habitude, à marcher, à exécuter des mouvements, sans qu'il y ait après le réveil aucun souvenir de ce qui s'est passé. Généralement, une à trois heures après le coucher qui suivit immédiatement le repas du soir, l'enfant brusquement se lève, pâle, les yeux ouverts et sans expression. Il peut se recoucher simplement et cette ébauche, très fréquente, passe inaperçue, ou bien l'automatisme continue. Tel fait sa toilette et est réveillé par le froid de l'eau. Telle autre se promène dans l'appartement, va dans le salon, tourne le bouton du lustre électrique, dont la grande lumière la réveille. Ces réveils, par l'émotion qu'ils occasionnent, sont parfois suivis de crises nerveuses. Aussi ne faut-il jamais brusquer le somnambule, mais tâcher, même sans l'éveiller, de le ramener doucement dans son lit. On fera souvent disparaître ces accès en diminuant la nourriture du soir et en laissant un léger répit entre le repas et le coucher.

Les *terreurs nocturnes*, dont Babonneix vient de donner une excellente description renouvelée de West, sont toujours d'ordre pathologique. Leur nom indique leurs principaux caractères. De jeunes enfants, bien portants en apparence, mais nerveux et trop fortement nourris le soir, dorment déjà depuis quelques heures, quand ils s'éveillent brusquement dans une grande terreur et poussent des cris perçants. Assis sur leur lit, tremblants, les pupilles dilatées, le front couvert de sueurs, les mains en avant pour chasser quelque mystérieux danger, ils sont en proie à des hallucinations visuelles terrifiantes. Cette situation dure quelques minutes pendant lesquelles ils ne reconnaissent personne. Puis ils se calment, ont une crise de larmes, émettent des urines claires et abondantes et bientôt se rendorment. Le lendemain, ils sont fatigués, ont les yeux battus et ne se rappellent rien. Ce tableau est celui du rêve prolongé de Lasègue, des alcooliques. On ne le confondra pas avec une crise épileptique dans laquelle le malade se mord la langue et urine au lit, mais parfois l'épilepsie larvée prend le masque de la terreur nocturne. Le pronostic est bénin. Cependant Martin-Damourette a vu les terreurs nocturnes être le premier symptôme d'une méningite tuberculeuse.

B. Conditions pathologiques. — Tout le monde connaît la relation intime, qui existe entre l'état fébrile, les infections, les intoxications et la formation des rêves.

Dans certains cas les rêves paraissent directement liés à une affection locale. Ils sont, dit-on, à point de départ cénesthésique. Arnaud de Villeneuve rêve qu'il est mordu au mollet par un chien : quelques jours plus tard, un ulcère cancéreux apparaît en cette région; Conrad Gesner rêve qu'un serpent le pique ; à l'endroit même survient un anthrax.

Dans les affections du cœur, dit Lasègue, surtout dans les lésions mitrales, le dormeur, apeuré, angoissé, anxieux, a des visions de sang et de flammes. La vision, très courte, réveille en sursaut.

Les malades, atteints d'une affection respiratoire, ont souvent des cauchemars, où leur poitrine est écrasée par un plafond qui s'écroule, leur corps serré entre deux murs, etc.

Les rêves d'origine digestive sont fréquents. Les cauchemars chez les dyspeptiques sont de notion vulgaire. Ces rêves provoquent souvent des images gustatives. On connaît les rêves des affamés. Le baron de Trenk, enfermé dans son cachot et pâtissant de la faim, voyait dans son rêve des tables bien servies. Maury, observant une diète sévère, assista en rêve à un somptueux banquet. Une malade de Chaslin rêve qu'elle vomit à la suite d'un repas trop copieux ; elle refuse le matin la viande qu'on lui offre. C'est le début d'un accès de sitiophobie suivi d'anorexie mentale. Un malade de Tissié rêve qu'il mange beaucoup de serpents. Il avait un cancer du pylore.

On sait la fréquence des rêves fonctionnels en rapport avec les organes génito-urinaires. Chez les incontinents nocturnes d'urine sans épilepsie la miction est généralement accompagnée d'un rêve où le dormeur se voit à la recherche d'un endroit opportun, s'installe et commence...

Particulièrement fréquents à la puberté, les rêves voluptueux traduisent l'éréthisme génital. Ces rêves ont été la préoccupation de tous les continents, moines et ascètes. Il suffit de citer le fameux saint Antoine de la Thébaïde.

En neurologie, les rêves peuvent avoir une valeur prodromique. Gratien parle d'un malade, qui se vit, en rêve, porteur d'une jambe de bois. Quelque temps après sa jambe était paralysée. « En duel, dit le rêveur de Vaschide et Piéron, je reçois une balle au côté gauche du front et je m'éveille avec une névralgie violente du nerf sus-orbitaire correspondant. »

Dans les affections mentales, les rêves ont plus qu'un simple intérêt de curiosité. Les noirs, atteints

de maladie du sommeil, rêvent, d'après Martin et Ringenbach, de tables chargées de mets qu'on peut avaler jusqu'à satiété.

Esquirol, veillant ses malades, pensait apprendre, quand ils parlaient en dormant, le sujet de leur délire; cette méthode, peu pratique, est très fallacieuse.

D'une façon générale, le rêve du mélancolique est triste, oppressif, et laisse une impression profonde et durable; le réveil se fait en sursaut, accompagné de larmes ou de sueurs. Les rêves du maniaque sont bizarres, désordonnés, fugitifs. Ceux du dément sont fugaces; du confus, vagues, incohérents; de l'hypocondriaque, terribles, avec sommeil agité et réveil subit.

Le rêve joue un grand rôle dans l'évolution des psychoses. Il se projette sur l'état de veille et le malade croit à sa réalité. « Le rêve, disent Meunier et Masselon, cristallise en une formule nette la pensée subconsciente de l'individu, l'amène au jour limpide de la conscience. » Ainsi, « c'est surtout dans les rêves, dit Féré, que l'inversion sexuelle est bien caractérisée ». Charcot et Magnan citent le cas de deux jeunes filles inverties, qui avaient des rêves voluptueux concernant les jeunes filles aimées et celui d'un masturbateur, kleptomane de tabliers blancs, qui rêvait constamment de ces tabliers, avec lesquels il jouissait.

On cite des cas où le rêve fut la première manifestation du trouble mental. Le rêve donne corps à une obsession jusque-là virtuelle chez une malade de Chaslin. Elle rêve qu'elle tue son mari et sa fille avec un grand couteau. Le matin elle s'assure que ce n'est pas vrai, et dit : « Ah! mon Dieu! si je les avais tués! » Et depuis lors elle ne peut voir un couteau sans être prise de peur, d'angoisse, etc.

Une périodique de Maudsley, invariablement avant chaque accès, rêvait qu'elle était malade, et, lorsque l'accès touchait à sa fin, elle rêvait qu'elle était guérie et gaie. Chez une circulaire de Chaslin le rêve annonçait le changement d'humeur.

Un banquier espagnol, très intelligent, examiné par Faure, dit à son frère que depuis quelque temps il a toutes les nuits des rêves fort agréables, dans lesquels il fait de grandes affaires et gagne beaucoup d'argent. C'était le rêve prémonitoire d'une paralysie générale.

Au cours même des psychoses, le rêve peut fixer l'attention du malade qui l'interprète. Il en est ainsi chez certains interprétateurs, surtout les mystiques. Chez le fameux « pape » de Magnan, des rêves, remontant à l'enfance, avaient fixé l'ambition définitive de son délire. Le régicide Jacques Clément avait reçu dans son sommeil la visite d'un ange, messager de Dieu, qui lui commandait de tuer le roi de France et lui promettait la couronne du martyre. Chez le mystique de Klippel et Trénaunay, les rêves répétés sont l'origine d'un délire systématisé de rêve à rêve. « La phase active, génératrice, dirigeante, est exclusivement dans le sommeil, soit le sommeil provoqué, soit cet état de demi-somnolence extatique que nous avons nommé période post-somniale. Dans l'état de veille, le malade ne délire qu'à l'occasion de ses hallucinations et chaque fois que celles-ci interviennent dans sa conversation ou dans ses actes. » (Trénaunay.)

On voit l'intérêt des rêves, qui surviennent dans l'incubation des maladies. Ils montrent que souvent des perturbations organiques, encore inaperçues, peuvent troubler assez la cénesthésie pendant le sommeil pour orienter le rêve sur l'organe souffrant.

Il y avait donc un grain de vérité dans l'art divinatoire des songes, comme dans toutes les superstitions humaines, mais le surnaturel n'y était que le subconscient.

II

Le rêve dans le sommeil provoqué. — Je ne rappelle que d'un mot les formes typiques du grand hypnotisme, léthargie (λήθη, engourdissement; ἀργία, oubli), catalepsie (καταλαμβανεῖν, surprendre), somnambulisme (*somnus ambulare*), et les formes mixtes et frustes de l'hypnose expérimentale, léthargie lucide, états cataleptoïdes confinant à l'extase, états de fascination, de charme et de veille somnambulique, enfin états onirique et paraphronique de Pitres (παραφρών, délirant), « sorte de délire accompagné de mouvements, d'attitudes, de paroles et d'actes en rapport avec les conceptions délirantes des sujets », pour simplement montrer que l'état du somnambule, qui se laisse distraire par toutes les suggestions imposées, est bien la reproduction expérimentale des deux conditions nécessaires et suffisantes du rêve, que j'ai dégagées plus haut de l'observation : l'atténuation des perceptions extérieures, condition négative ; l'exaltation de l'automatisme des images mentales, condition positive. C'est le même mécanisme que dans le rêve du sommeil naturel : dans la conscience obnubilée, la suggestion impose une ou deux idées qui vont déclancher des associations automatiques, de même que les irritations viscérales dont j'ai parlé plus haut. Il y a rêve et sommeil ; seulement, ici, le sommeil est artificiel et provoqué.

III

Le rêve chez les hystériques. — Quelle que soit l'opinion que l'on partage sur l'hystérie, il n'en est pas moins vrai qu'il y a des malades, présentant une singulière facilité à la désagrégation mentale, qui, sous l'influence d'une émotion ou d'une intoxication légère, ont une remarquable suggestibilité et conservent avec persistance des idées fixes dans un champ de conscience rétréci pour le reste. Ce sont de tels sujets que j'étiquette hystériques.

Leurs rêves doivent être étudiés séparément, selon qu'ils sont indépendants ou font partie intégrante des manifestations hystériques.

Le rêve *ordinaire* chez les hystériques est parfois stéréotypé. Souvent né d'une émotion, il peut, sous la forme d'une idée fixe, être l'occasion d'une série de troubles. Telle cette malade de Janet qui, voyant chaque nuit en rêve dès le début de son sommeil le spectacle de la mort de son enfant et, se tenant dès lors éveillée, se plaignait d'une insomnie rebelle.

Telle sœur Jeanne des Anges qui raconte ainsi son rêve. « Comme je veillais le Saint Sacrement dans notre chambre, je vis proche de nous la forme de deux hommes extrêmement horribles et je sentis une grande puanteur. Ils tenaient chacun en leur main des verges ; ils me saisirent par le bras avec beaucoup de furie ; ils me dépouillèrent et m'attachèrent à la quenouille de notre lit ; ils me fouettèrent environ une, deux heures ou plus. Mon bon ange parut ; il les renversa par terre, ils hurlèrent comme des chiens ; il les contraignit de s'enfuir. Ils me laissèrent le corps tout déchiré. »

Ces rêves sont souvent érotiques, comme dans l'épidémie de Loudun. On y trouve une véritable fabulation, dans laquelle la rêveuse a une foi entière. Aussi accuse-t-elle. Témoins les procès d'Urbain Grandier et du lieutenant de la Roncière-le-Noury.

Le rêve, chez l'hystérique, peut entraîner des accidents somatiques, tout comme une suggestion à l'état de veille : contractures, paralysies, fausse angine de poitrine, signalées par Pitres et Janet.

Inversement un rêve peut guérir un accident hystérique, d'où l'utilité de la méthode pratiquée par Paul Farez de la suggestion pendant le sommeil.

Le rêve, chez l'hystérique, devient pathologique, quand il apparaît dans l'*état second*. Cet état n'est pas absolument analogue au sommeil ordinaire. Il ne cède qu'à des excitations d'ordre et de caractère spéciaux. Quoi qu'il en soit, disent Meunier et Masselon, cet état est éminemment favorable à la production de rêves, qui ne manquent pas de s'y développer et d'y proliférer avec abondance. Le malade plongé dans l'état second est, en effet, encore plus fermé que le dormeur normal au monde extérieur. Le rétrécissement de son attention est considérable ; le pouvoir réducteur de ses fonctions de contrôle est réduit au minimum.

L'état second est décrit classiquement comme un moment de la période post-convulsive. Quand il survient sans crise, il constitue le somnambulisme spontané. Je résume les aspects, que peuvent prendre les rêves dans ces deux conditions. « Quand les convulsions sont terminées, dit Pitres, les malades restent, pendant un laps de temps, souvent assez prolongé, les yeux fermés, les membres flaccides, dans un état analogue à celui qui s'observe dans le sommeil hypnotique. C'est dans le cours de cette phase d'hypnose post-convulsive que se produit le délire... C'est un délire de paroles ; les malades s'entretiennent d'ordinaire à haute voix avec un interlocuteur imaginaire, sans faire de gestes. En général, l'entretien roule sur des événements passés. C'est une sorte de rêve parlé se rapportant à des scènes, qui ont vivement frappé l'imagination des malades et qui ont laissé dans leur esprit une trace profonde. Pendant la durée de cette période, les patients sont quelquefois étrangers à ce qui se passe autour d'eux ; ils ne répondent pas aux questions qu'on leur pose, rien ne les détourne de la contemplation de l'idée fixe qui les domine. D'autres fois ils entendent ce qu'on leur dit, y répondent par monosyllabes et reviennent aussitôt à leur rêverie. Dans quelques cas enfin, ils ne prêtent attention qu'aux questions rentrant dans la systématisation délirante qui les obsède ; on peut alors se substituer au personnage avec lequel ils croient converser, à la condition de tenir des propos en rapport avec ceux que pourrait tenir ce personnage. »

Dans le *somnambulisme spontané* de l'adulte, qu'à la suite de Charcot on qualifie d'hystérique, le rêve s'extériorise en quelque sorte dans l'automatisme moteur.

Je prendrai la *fugue* comme exemple typique de ce somnambulisme, noctambulisme, vigilambulisme, automatisme ambulatoire hystériques. Ces différents termes sont presque synonymes ; il n'y a que des nuances entre ces états.

Les prodromes de la fugue consistent le plus souvent en tristesse inexpliquée, hyperimpressionnabilité, céphalée. Puis brusquement éclate l'accès, dans lequel le rêve joue le rôle capital. Le fugueur vit son rêve. Son attitude est correcte, mais il paraît quelque peu désorienté dans le temps et dans l'espace et ses proches « lui trouvent un autre air ».

Les accès sont souvent récidivants et se stéréotypent. Tel qui vole à son premier accès, volera désormais chaque fois.

Le réveil est brusque. Le malade tout étonné de se trouver dans un endroit, sans savoir comment il y est venu, est pris d'émotion angoissante pouvant aller jusqu'à la crise hystérique ou même au suicide. Le souvenir de la fugue est, en général, complètement inexistant, mais peut reparaître, disent les classiques, par hypnose ; le malade raconte alors le rêve qui dirigeait ses actes. Plus rarement le souvenir est partiel et fugace ; exceptionnellement il persiste indéfiniment. Le diagnostic avec l'automatisme ambulatoire épileptique se basera sur ce que celui-ci est un automatisme confusionnel, irréfléchi, plus ou moins incoordonné, brusque et irrésistible, violent et brutal, peuplé d'hallucinations, le plus souvent complètement amnésique, à répétition fréquemment uniforme, naissant et disparaissant généralement de façon soudaine et inopinée, enfin irréproductible par suggestion hypnotique (Joffroy et Dupouy).

Des états plus chroniques constituent les *états seconds d'Azam*, où existe un dédoublement complet et permanent de la personnalité. Ces états curieux, où ce n'est plus vraiment ni du sommeil ni du rêve comme dans les faits précédents, méritent d'être revisés.

IV

Le rêve chez les épileptiques. — Les rêves chez les épileptiques se manifestent, soit dans le sommeil ordinaire, soit au cours des divers états épileptiques.

Dans le *sommeil*, le rêve peut être le seul indice d'une attaque passée inaperçue. Un malade de Charcot, dont l'aura consistait en fourmillements dans le pouce droit, eut une crise pendant le sommeil ; il rêva qu'un serpent lui mordait le pouce. Chaque phase de l'attaque peut se traduire en langage de rêve. C'est le *songe d'attaque* de Ducosté

et Fournier. Quand l'attaque dans le sommeil n'est qu'ébauchée, elle peut ne se manifester que par les *rêves d'accès* décrits par Féré : « Le malade raconte qu'en se réveillant à son heure habituelle, il lui restait le souvenir d'avoir éprouvé tous les phénomènes qui constituent l'aura de ses accès, puis qu'il s'était senti perdre connaissance, et qu'il avait senti des convulsions qu'il décrit. Rien n'a été dérangé dans son lit ; il ne s'était pas mordu la langue, et n'avait pas uriné comme dans ses accès. Les personnes, qui couchaient dans sa chambre ou partageaient son lit, n'avaient pas été dérangées comme d'habitude ; s'il se sentait un peu las, il n'éprouvait pas la courbature bien reconnaissable qui lui révèle des accès nocturnes. » Ces rêves d'accès sont, en général, stéréotypés.

Je ne peux insister sur les rêves dans les états seconds épileptiques, soit qu'ils précèdent l'aura, soit qu'ils traduisent une attaque, soit qu'ils fournissent le contenu d'un équivalent psychique, car l'importance du sujet m'entraînerait trop loin.

Le rêve-aura est le plus souvent, selon Hughlings Jackson, une réminiscence brusque et fugitive de quelque événement antérieur de l'existence, vision panoramique extrêmement rapide, comme chez certains mourants ; la situation mentale n'est-elle pas la même, au seuil même de l'inconscience ?

Dans le raptus brutal de l'épileptique, caractérisé par sa brusquerie, sa violence, son inconscience et son amnésie, y a-t-il rêve, même très court ? C'est très discutable.

Dans le *délire épileptique* le malade vit un cauchemar effroyable, qui le pousse aux atrocités les plus grandes, sous l'influence d'hallucinations visuelles et d'idées souvent mystiques. Ses réactions sont automatiques, maniaques ou furieuses, et suivies d'amnésie. Cependant un malade de Legrand du Saulle, l'assassin du curé de La Loupe, avait conservé parfaitement le souvenir de ses actes. Un malade de Charcot croyait avoir rêvé ce qu'il avait fait. Il avait tout brisé chez lui dans un accès ; en voyant le résultat, il dit : « Alors il m'est venu à l'idée que j'avais rêvé avoir tout cassé. »

Cet épileptique, s'imaginant avoir rêvé tout ce qu'il a fait en état second, est en absolue conformité avec ces maniaques ou ces mélancoliques qui, au moment où ils guérissent, gardent, comme au réveil d'un rêve confus, le souvenir de ce qu'ils ont fait pendant leur maladie.

V

Le rêve chez les intoxiqués. — C'est là un admirable sujet. Il vaut à lui seul un travail pour le critique littéraire, le psychologue et l'historien, car, parmi les poisons exogènes, l'alcool, l'absinthe, le hachisch, l'opium, la cocaïne, l'éther, etc., ont ouvert à maint artiste la porte des paradis artificiels qu'Hoffmann, Edgard Poë, Beaudelaire, Théophile Gauthier, Moreau de Tours, Coleridge, Thomas de Quincey ont décrit avec couleur, et la mandragore, la belladone et autres solanées vireuses, dont s'enduisaient les sorcières, les aidaient à chevaucher les airs pour aller au sabbat et facilitaient aux âmes obscures des foules primitives l'évocation des démons. Et ce sujet est riche aussi pour le clinicien et le pathologiste général, car, parmi les poisons endogènes, les hépatiques, les rénaux, les digestifs, les surrénaux, les thyroïdiens, les hypophysaires, les ovariens, etc., plus ou moins nocifs et électifs, déterminant toute une gamme de troubles allant du rêve fugitif au délire et à la confusion mentale, permettent de démontrer que tout se tient dans l'homme, l'esprit et le corps, comme le normal et le pathologique.

Aussi, ne pouvant même pas esquisser ici un tableau aussi vaste, me limiterai-je à un seul exemple : le rêve de l'alcoolique.

Le sommeil de l'homme qui s'alcoolise est d'abord troublé par des cauchemars. Vient-il à s'endormir, le rêveur est réveillé en sursaut par des chutes terribles au fond de précipices. Il voit des animaux, des chiens, des formes étranges, des fantômes blancs autour de son lit, qui gesticulent et grimacent. Il est tourmenté par les infidélités de sa femme, qu'il croit avoir vue dans les bras d'un autre. Il allume. Toutes ces fantasmagories disparaissent à la lumière. Il se rend compte qu'il a été le jouet de son imagination ; mais avec l'obscurité et la somnolence, très vite les images reviennent. Aussi prend-il bientôt l'habitude de dormir avec une lumière.

Un degré de plus, la croyance dans la réalité du rêve persiste au réveil. Convaincu d'avoir été trompé par sa femme, l'alcoolique se venge et la tue.

Pendant le jour, l'intelligence de l'alcoolique est lucide. Mais avec le soir apparaissent des hallucinations hypnagogiques dans la conscience du buveur plus obnubilée.

De plus en plus tard persiste le rêve après le réveil du matin et de plus en plus tôt recommence le rêve, avant le sommeil du soir. Arrive le jour où le rêve de l'alcoolique se continue sans interruption d'une nuit à la suivante à travers la période de veille. Ce passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition, dit Lasègue ; l'un ne suit pas l'autre, il en devient le maximum. Ce délire alcoolique, accès subaigu d'alcoolisme chronique de Lasègue, forme apyrétique avec insomnie, tremblement et malaises digestifs, une fois établi, a les mêmes caractères que le rêve. Magnan en a donné un tableau merveilleusement coloré, que je ne résiste pas au plaisir de citer. « Un monde nouveau, dit-il, apparaît au buveur, où des formes bizarres naissent, grandissent, circulent, dans un pêle-mêle désordonné, où la vie s'agite en une confusion monstrueuse qui le terrifie. Tout ce qui l'entoure se transforme et se meut. Au plafond, au milieu d'une trame de fils qui se rétrécissent et s'allongent, des boules noires se dessinent, s'enflent, prennent la forme de rats, de chats, de chiens, qui passant à travers les mailles, tombent sur le parquet, bondissent et disparaissent. Le lit se peuple d'un grouillement de bêtes immondes ; le mur se couvre d'un fourmillement d'insectes, d'animaux, de fantômes, qui courent, montent, descendent pour remonter encore. Terrifié, le malheureux recule et tout s'approche ; il veut fuir et tout le suit. Il cherche

une issue ; il jette vers la fenêtre un regard désespéré, et sur les toits des maisons voisines, il aperçoit des hommes armés qui le couchent en joue. Il se baisse, il se blottit dans un coin pour échapper à la mort qui le guette ; et voilà que des gendarmes vont le saisir et qu'au-dessus d'un effrayant défilé d'assassins et de juges passe tout à coup l'éclair sanglant du couperet de la guillotine...

Des menaces, des injures, des plaintes, des appels, des cris furieux se croisent de tous côtés autour du malade ; la crépitation de la fusillade, le cliquetis des épées, le glapissement des pompes à incendie, le glas funèbre des cloches, tout un tintamarre éclatant, confus, discordant le poursuit.

Et au milieu de cette atmosphère fantastique, des odeurs fétides l'enveloppent et le suffoquent, d'horribles saveurs empestent ses aliments et ses boissons ; des nuées de mouches pénètrent dans sa bouche, dans ses narines, dans ses yeux ; des bêtes visqueuses et froides rampent lentement sur sa peau ; des myriades de vers fouillent son corps et le font tomber en lambeaux. Quelques-uns ont des hallucinations agréables, mais le tableau ne tarde pas à s'assombrir : les serpents, les lions, les assassins remplacent les fleurs et les danseuses. »

Ainsi, des hallucinations visuelles, mobiles, pénibles, professionnelles, en rapport avec des faits récents et des réactions panophobiques par défénestration ou suicide, ou violentes par blessures ou homicide, captivent l'alcoolique qui, à l'égal de tout rêveur, est en mouvement incessant pendant la crise. « Ses récits, dit Lasègue, sont longs, mais racontés sans logique. Des faits, et pas de réflexions, encore moins d'étonnement et de critique. Ce qui se passe se passe et voilà tout ; pas même une récrimination, ni une menace contre ses persécuteurs... Il les a dénoncés, jetés à l'eau, assassinés, etc., autant de faits accomplis qui n'impliquent même pas la notion du lendemain. »

Dans ce rêve cinématographique, quelques notions peuvent persister. Ainsi un malade se croyant poursuivi par des malandrins erre toute une nuit dans la banlieue de Paris et se réfugie dans une cave. On le prend pour un voleur et l'on va chercher les agents. A leur aspect, symbolisant la sécurité sociale, il se précipite dans leurs bras pour chercher protection contre ses ennemis. Il y a également contraste entre la notion conservée de la personnalité et la désorientation dans le monde extérieur ; on peut ainsi rappeler le malade à lui-même par une interpellation vive. Enfin, il y a confusion dans le souvenir entre les faits réels et rêvés. Ainsi un malade, se croyant poursuivi par des apaches, saute une clôture et reçoit dans le mollet une balle de revolver. Amené à l'asile de Vaucluse, dans le service de M. Vigouroux, il confond cet incident dans son rêve ; on se rend compte de sa réalité à l'existence de la blessure.

En résumé, dans ce rêve éveillé, apyrétique, la confusion mentale abstrait l'alcoolique du monde extérieur, de même que le sommeil abstrait le dormeur dans le rêve ordinaire.

Selon une loi générale, les illusions et les hallucinations ont d'autant plus d'empire que les causes extérieures d'excitation en ont moins.

Après l'accès, le délire disparaît comme il était venu : d'abord continu il n'est plus que vespéral, puis nocturne. La convalescence est tantôt bénigne, rapide et complète, tantôt lente, à rechutes faciles, avec délires à éclipses et idées de jalousie ; tantôt enfin, persistent chez les prédisposés des idées fixes post-oniriques et des délires systématisés secondaires.

Aux deux extrêmes du délire alcoolique sont, d'une part, le *delirium tremens*, état ataxo-adynamique avec fièvre, désordre des mouvements et faiblesse musculaire, dont la gravité efface en partie l'activité onirique, et d'autre part une forme très atténuée d'accès subaigu dans laquelle la part du réel dans la vie du buveur l'emporte sur la part du rêve. Toutes les transitions existent d'ailleurs entre ces divers états.

Quant à l'*ivresse*, résultant d'intoxication aiguë, elle a été magistralement décrite par Garnier, et plus récemment par Dupré. Hallucinatoire, elle se réduit à une hallucination unique, objective à ce point qu'elle entraîne souvent une réaction immédiate brutale, telle l'homicide. Délirante, elle déroule la vision rapide d'une action sanglante accomplie en silence ; convaincu de sa culpabilité, le délirant s'auto-dénonce et le lendemain « le sommeil du dormeur chasse le rêve de l'homme éveillé ». (Dupré.)

VI

Le rêve chez les infectés. — Le rêve chez les infectés ne diffère pas du rêve chez les intoxiqués, car l'infection agit sur le cerveau par intoxication. Aussi serai-je très bref et prendrai-je comme exemple le rêve d'un typhoïdique.

Au degré le plus léger le sommeil est agité ; le malade se remue et marmotte quelques mots tout en dormant ; la famille, qui l'épie, dit qu'il a le délire.

A un degré plus marqué, c'est la rêvasserie pendant la somnolence ; soliloque, les yeux mi-clos avec carphologie légère, manifestation de l'état hypnagogique, intermédiaire à la veille et au sommeil.

Un degré de plus, c'est le subdélire dans le réveil complet, le vigilambulisme du malade qui se lève pour aller à ses occupations, et qui peut prendre froid, se promenant en chemise, et peut même se tuer, en prenant, par exemple, la fenêtre pour la porte.

Enfin au degré extrême, c'est la *confusion mentale avec délire onirique* caractérisée par le délire confusionnel, les hallucinations visuelles souvent terrifiantes et l'agitation violente. La description en est classique, depuis Régis.

A la suite, peuvent persister des idées nées au cours du rêve. Ce sont les idées fixes post-oniriques de Régis, dont les exemples sont légion, qui peuvent être le point de départ de délires plus prolongés et même aboutir à la démence précoce.

En résumé, le délire des infections est un délire de rêve, d'abord nocturne, puis vespéral, enfin diurne, rêve prolongé. C'est de plus, comme le fait

remarquer Régis, un *délire de rêve morbide*, de somnambulisme, d'état second. « Comme les somnambules, dit-il, les infectés vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action, passant parfois de leur état second à la réalité et de la réalité à leur état second, suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes. Ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant, en général, qu'un souvenir vague ou nul de leur accès; mais, comme pour les somnambules, l'hypnose suggestive peut réveiller le souvenir perdu ou combattre les idées fixes post-oniriques. »

En conclusion cet ensemble morbide, fait de confusion mentale et de délire onirique, est vraiment caractéristique : caractéristique à ce point qu'il implique toujours, dit Régis et tout le monde accepte son opinion, le diagnostic d'intoxication, quel qu'en soit le mécanisme.

* * *

Le rêve, quel qu'il soit, peut avoir des conséquences médico-légales qu'on étudiera ailleurs. Pendant le rêve, le rêveur vivant son rêve, réagit par la fuite, d'où fugues, bris de clôtures, violences, défénestration, etc., ou par la force, d'où coups et blessures et homicide. Après le rêve, ou le souvenir persiste avec des idées fausses, comme chez l'ivrogne qui s'accuse d'un crime imaginaire ou l'hystérique qui se dénonce avec des complices, et ces idées fausses peuvent devenir idées fixes et, interprétées, être l'origine de délires de revendication, ou, au contraire, il y a amnésie, comme c'est la règle chez les intoxiqués et les épileptiques, et un double écueil est à éviter, car certains dissimulent une amnésie réelle et d'autres simulent une amnésie qui manque.

VII

En résumé, la sémiologie du rêve comprend *le rêve plus ou moins normal du sommeil spontané* et le *rêve pathologique*, c'est-à-dire sans sommeil normal, rêve dans lequel le malade agit, somnambule ou délirant onirique.

Dans le premier l'activité motrice suspend d'ordinaire le sommeil; dans le second, que ce soit un cauchemar, un accès de somnambulisme, un délire onirique, le rêveur prend une part active au tableau qui se déroule : dans le cauchemar ou rêve cénesthésique, il agit et en garde un souvenir confus; dans le somnambulisme, il agit davantage et sort difficilement de cet état; dans le délire onirique, qui continue le rêve du sommeil chez l'homme éveillé, le rêveur est actif et mélange des perceptions réelles aux hallucinations; il est moins difficile à tirer de son rêve que le somnambule. Ces nuances cliniques n'empêchent pas qu'il existe un enchaînement continu du rêve du sommeil au somnambulisme et au délire onirique de la confusion mentale. C'est un exemple à l'appui du vieux mot : la folie est le rêve de l'homme éveillé.

On voit, par cette revue rapide, que le rêve renseigne non seulement sur notre état psychologique, mais sur l'état physiologique qui se réfléchit, en quelque sorte sans concurrence pendant le sommeil, dans les domaines subconscients de notre esprit.

Il y a là une mine peu explorée, car on préfère voltiger, en général, à fleur de conscience, plutôt que plonger dans les régions qu'elle recouvre et dont elle émane. Mais c'est dans les profondeurs de l'organisme, comme dans celles de la terre, qu'on trouve les trésors.

BIBLIOGRAPHIE

Alix. Etude du rêve, *Mém. de l'Acad. des sciences, inscript., etc.*, de Toulouse, 1889.

Aristote. *Traité des rêves.*

Artigues. *Essai sur la valeur séméiologique du rêve*, Th. de Paris, 1884.

Azam. *Amnésie périodique ou dédoublement de la personnalité*, Bordeaux 1877.

Babonneix. Terreurs nocturnes, in *Les Maladies des enfants* de V. Hutinel, t. V, p. 351-356.

Baillarger. De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations, *Ann. méd.-psych.*, 1845.

Ball. *Les Rêves prolongés*, 1885, Asselin; — Somnambulisme, *Dict. encycl. des sc. méd.*

Beaunis. *Somnambulisme provoqué.* Etudes physiologiques et psychologiques, 2e édit., Paris 1887.

Bergson. *Revue scientifique*, 1901.

Brill (A. A.). Les rêves et leurs relations avec les névroses, *New-York med. Journ.*, 23 avril 1910, p. 842-846.

Charcot. Epilepsie bravais-jacksonnienne avec paralysie longtemps limitée au membre supérieur, *Méd. mod.*, 1894.

Charcot et Magnan. Inversion du sens génital, *Arch. de neurol.*, 1882.

Chaslin. *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, Th. de Paris, 1887, 61 pages.

Cruchet. Caprices et peur infantiles, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 avril 1905.

Dupouy (R.). Coleridge (opiumisme et psychose périodique), *Journ. de psych. norm. et path.*, 1910, n° 3, p. 226-247.

Dagonet. Du rêve et du délire alcoolique, *Ann. méd.-psych.*, 1889, p. 193.

Debacker. *Terreurs nocturnes des enfants*, Th. de Paris, 1881.

Dechambre. Cauchemar, *Dict. encycl. des sc. méd.*

Duponchel (E.). Etude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observées chez des militaires, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, juillet 1888.

Dulion (H.). *Les Formes cliniques du rêve en psychiatrie*, Th. de Toulouse, 1908.

Dromart. Rêve, poésie et folie, *Revue des idées*, nov. 1907.

Ducosté. *Epilepsie consciente et mnésique*, Th. de Bordeaux, 1899.

Duprat. A propos de la mémoire des rêves chez les enfants surtout, *Revue philosophique*, 1905, p. 279-283.

Escande de Messières. *Les Rêves chez les hystériques*, Th. de Bordeaux, 1895-1896.

Farez (P.). Fausse angine de poitrine consécutive à un rêve subconscient, *Congrès des aliénistes*, Marseille 1899. — Un cas d'orinothérapie spontanée, *Gaz. des hôpit.*, 28 oct. 1909, p. 1533.

Faure. Etude sur les rêves morbides. Rêves persistants, *Arch. gén. de méd.*, 1876, vol. I.

Foucault (Marcel). *Le Rêve*, Alcan, 1906.

Féré. Note sur un cas de paralysie hystérique consécutive à un rêve, *Soc. de biol.*, 1886; — La prédisposition et les agents provocateurs dans l'étiologie des perversions sexuelles, *Revue de méd.*, 1887.

Fleury (M. de). *Le Corps et l'âme de l'enfant*, 1re édit., p. 185.

Fournier (Aurélien). *De l'onirocritie comitiale* (les rêves chez les épileptiques), Th. de Bordeaux, 1899.

GOBLOT. Sur le souvenir des rêves, *Revue philosophique*, 1896.
HERVEY (de Saint-Denis). *Les Rêves et les moyens de les diriger*.
HIPPOCRATE. *Livre des songes*.
JOFFROY et DUPOUY. *Fugues et vagabondage*, Alcan, 1909.
JUNG (C.-J.). L'analyse des rêves, *Année psychol.*, 1909.
JACKSON (H.). On a particular variety of epilepsy (intellectuel aura), *Brain*, vol. XI, p. 179.
JANET (P.). *Automatisme psychologique*, Alcan, 1889.
KLIPPEL et TRÉNAUNAY. Délire systématisé de rêve à rêve, *Arch. de psych.*, 1901.
LASÈGUE. *Etudes médicales*, t. II, 1884, ALCOOLISME AIGU, p. 120; de l'ALCOOLISME SUBAIGU, p. 137; le DÉLIRE ALCOOLIQUE N'EST PAS UN DÉLIRE, MAIS UN RÊVE, p. 203-227; — *Arch. gén. de méd.*, nov. 1881.
LIÉBAULT. *Du sommeil et des états analogues*.
LÉLUT. Mémoires sur le sommeil, les songes et le somnambulisme, *Ann. méd.-psychol.*, 1852, t. IV.
LAGRIFFE (L.). Du rêve au délire, *Echo méd.*, 1902; — *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 46, p. 453.
LOPEZ Y RUIZ. *Du Rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës*, Th. de Paris, 1900.
LEGRAND DU SAULLE. *Etude méd.-lég. sur les épileptiques*, 1877, 245 pages.
MACARIO. Du sommeil, des rêves et du somnambulisme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, *Ann. méd.-psychol.*, 1858, t. IV-V; — Des rêves considérés sous le rapport physiologique et pathologique, *Id.*, 1846, t. VIII; — Des rêves morbides, *Gaz. méd. de Paris*, 1889, n° 8.
MAUDSLEY. *Pathologie de l'esprit*.
MAURY. *Le Sommeil et les rêves*, 1861; — Analogie des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale, *Ann. méd.-psychol.*, 1853, t. V.
MAX SIMON. *Le Monde des rêves*, Paris 1882.
MOREAU (de la Sarthe). Rêve, *Dict. des sc. méd.*, t. XLVIII.
MOREAU (de Tours). *Psychologie morbide*; — *Du Hachisch*.
MORGAGNI. *Œuvres*, lettre 18.
MOTET. Cauchemar, *Dict. de méd. et de chir. prat.*
MEUNIER (P.) Des rêves stéréotypés, *Journ. de psychol. norm. et pathol.*, 1905, p. 427-438.
MEUNIER (P.) et MASSELON (R.). *Les Rêves et leur interprétation*. Essai de psychologie morbide, Bloud, 1910, 211 p.
MEUNIER (R.). *Le Hachisch*. Essai sur la psychologie des paradis éphémères, Bloud.
MORTON-PRINCE. Dreams, their mechanisme and their interpretation, New-York neurological society, *The Journ. of nerv. and ment. dis.*, mai 1910, p. 305-309.
MAGNAN. *Alcoolisme*, 1874.
MARTIN et RINGENBACH. Troubles psychiques dans la maladie du sommeil, *Encéphale*, 10 juin 1910, p. 633.
PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 2 vol., 1891.
QUINCEY (Thomas de). *Confessions d'un mangeur d'opium*, trad. Descreux, 1890.
RÉGIS. *Acad. de méd.*, 7 mai 1901; — Le délire de rêve chez les vieillards, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1895, p. 494-496; — Congrès de Bruxelles, 30 août 1910, *Revue neurol.*, p. 210.
RÉGIS et LALANNE. Origine onirique de certains délires dans la paralysie générale, *Congrès de méd. ment.*, Paris 1900.
SAUVET. Rêves. Délire partiel consécutif, *Ann. méd.-psychol.*, mars 1844.
SANCTE DE SANCTIS. Psychoses et rêves, *Journ. de neurol. et hypnologie*, 1897.
TRÉNAUNAY. *Le Rêve prolongé*, Th. de Paris, 1901, 85 pages.
TAINE. *L'Intelligence*, 1883.
THOMAYER et SIMERKA. La signification de quelques rêves, *Revue neurol.*, 28 fév. 1897.
TISSIÉ (Ph.). *Les Rêves*. Physiologie et pathologie, Alcan 1890.
TOURDES. Sommeil, *Dict. encycl. des sc. méd.*
VOISIN (J.). Automatisme ambulatoire chez une hystérique avec crises de sommeil. Dédoublement de la personnalité, *Ann. méd.-psychol.*, 1889, t. X, p. 418.
VASCHIDE. Profondeur du sommeil et nature des rêves, *Acad. des sc.*, 1903.
VASCHIDE et PIÉRON. Contribution à la séméiologie du rêve, *Gaz. des hôpit.*, 1901; — *La Psychologie du rêve au point de vue médical*, Baillière, 1902, 93 pages.
VIGOUROUX (A.). Délire de rêve, *Arch. gén. de méd.*, 1903.
WEIL (Alexandre). *La Philosophie du rêve*, Paris.
WEST. *Maladies des enfants*, p. 311.
YOUG. Sommeil normal et pathologique, *Revue intern. des sc.*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Lejars et Pierre Duval; — (2e série) : MM. Hartmann, A. Broca et Proust; — M. André Jousset, suppléant.

Mardi 13 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* : MM. Quénu, Auvray et Lecène.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Thoinot, Claude et Roussy; — (2e série) : MM. Chauffard, Gougerot et Rathery; — M. Carnot, suppléant.

Mercredi 14 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Proust et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Blanchard et Lœper.

2e : MM. Gariel, Retterer et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie) : MM. Lejars, Mulon et Lequeux.

4e (1re série) : MM. Widal, Sicard et Tiffeneau; — (2e série) : MM. Richaud, Macaigne et Laignel-Lavastine; — M. Guillain, suppléant.

Jeudi 15 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épr. prat. : MM. Pozzi, Morestin et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique: MM. Pierre Marie, Maillard et Brumpt.

1er (oral) : MM. de Lapersonne, Rouvière et Grégoire.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Nicloux.

3e (oral, 1re partie) : MM. Bar, Retterer et Okinczyc; — (2e partie) : MM. Hutinel, Nobécourt et Gougerot.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Richaud; — M. André Broca, suppléant.

Vendredi 16 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, A. Broca et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Lejars et Pierre Duval; — M. L. Bernard, suppléant.

5e (obstétrique), *Clinique Baudelocque*, (1re partie) : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. Desgrez, suppl.

Samedi 17 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique), *Clinique Tarnier* (1re partie): MM. Bar, Brindeau et Jeannin; — M. Lecène, suppléant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 139. — MARDI 6 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 6 DÉCEMBRE 1910. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 2 décembre : Mlle Blanchier, 8; M. Béon, 2; Mlle Leven, 10; MM. Fumet, 7; Baudouin et Desvaux-de-Lyf, 10; Baréty, 9; Jacquemin (Alfred) et Powilewicz, 8; Hischmann, 11.

Séance du 4 décembre : Mlle Trélat, 6; MM. Alary, 8; Le Maux, 7; Pernet, 10; Charbonnier, 5; Héricourt, 13; Huc (Edouard), 6; Cleisz, 9; Meaux-Saint-Marc, 10.

Pathologie. — Séance du 2 décembre : MM. Belloir, 7; Tzanck, 10; Moreau, 9; Sébillotte, 6; Lefèvre (Louis), 7; Wiart, 10; Latil, 9; Trousset, Rœhrich et Schoofs, 10; Richard (G.-H.), 14.

— Concours du prosectorat. — *Anatomie, oral.* — Séance du 3 décembre : « Développement et rapports de la glande parotide. »

MM. Roux, Cadenat et Girode, 18; Berger, 20.

Prochaine séance, mardi 6 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination du docteur Gonnet.

— Après concours M. le docteur Caillon est chargé du service de la consultation de chirurgie dentaire à l'hôpital de la Croix Rousse.

— Rouen. — *Concours de l'internat.* — Sont nommés internes titulaires : MM. Beaugendre et Plichet.

Internes provisoires : MM. Sans, Pécheux et Dalançon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur Roger est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (première section).

Il siégera, en cette qualité, à la Commission de médecine et de pharmacie.

M. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, est délégué, pendant l'année scolaire 1910-1911, dans les fonctions de chargé de cours de clinique annexe.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Parisot est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions d'agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Corvisy, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1910-1911, des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques pour les élèves en pharmacie.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le docteur Georges Boussenot, médecin colonial, est nommé membre de la Commission de recherches sur l'histoire économique dans les territoires qui ont fait autrefois partie de la France, commission nouvellement instituée au ministère.

ASILE DE BRON (RHONE). — Le concours de l'internat aura lieu les 19 et 20 décembre.

S'inscrire avant le 9 décembre au secrétariat de l'asile.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — Dans sa dernière assemblée, l'association a voté le vœu suivant proposé par MM. Cornet et Bardet :

« L'association des journalistes médicaux français, considérant le réel danger présenté par la publication prématurée de médications et médicaments nouveaux, regrette la hâte avec laquelle les notions incomplètes relatives à ces médications et médicaments se trouvent lancés dans le grand public par la presse politique. »

— Ont été élus membres de l'association : MM. Dedet (de Martigny), A. May, Dufestel et Hubert Legrand (de Paris), La Bonnardière (des Arcs).

— Le Congrès des journalistes médicaux français est définitivement fixé au 23 mars 1911. Nous en publierons prochainement le programme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN. — Le bureau pour 1911 est composé de MM. les docteurs Magniaux, président; et Seyer, vice-président.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grüber (de Genève) et A. Fritz Suter (d'Aaran), décédé à Lima.

ACCIDENTS PROVOQUÉS

PAR

LES COQUILLAGES MARINS

Mesures préventives qui s'imposent,

Par MM. E. BOINET,
Professeur de clinique, Médecin des hôpitaux de Marseille, Correspondant de l'Académie,
et D. OLMER,
Professeur suppléant, Médecin des hôpitaux de Marseille.

L'attention des hygiénistes, des médecins et du public a été attirée depuis une quinzaine d'années sur les accidents infectieux consécutifs à l'ingestion de certaines huîtres. Les faits publiés en Angleterre, en France, en Italie, en Allemagne, en Autriche, en Amérique, ont été le point de départ d'un essai de réglementation de la vente des huîtres. Mais en France, en particulier, les mesures préventives, qui ont été préconisées, ne s'appliquent guère aux autres mollusques. Cependant l'observation de chaque jour démontre qu'il convient également de tenir grand compte des dangers qui peuvent résulter de l'ingestion des moules et des divers coquillages marins, utilisés pour l'alimentation, et d'étendre à ces divers mollusques les mesures préventives, actuellement reconnues indispensables pour éviter les maladies infectieuses transmises par les huîtres.

Mollusques comestibles. — Pour donner une idée approximative du rôle que les mollusques marins jouent dans l'alimentation, il suffit de rappeler que, en 1902, les pêcheurs et propriétaires des parcs du littoral français ont livré au commerce pour 2.130.200 francs de moules et pour 1.062.013 francs d'autres mollusques comestibles. La même année, la vente des huîtres, indigènes ou portugaises, s'est élevée à la somme de 18.480.777 francs (1).

La consommation des moules en Europe est assez considérable pour que l'élevage de ces mollusques ait été entrepris et constitue aujourd'hui dans divers pays une industrie importante.

Parmi les mollusques utilisés en France pour l'alimentation, nous citerons plus particulièrement, à côté des moules, les clovisses, les praires, les mourgues, très répandues sur le littoral méditerranéen; les palourdes et les sourdons, qui ne sont autre chose que les clovisses et les mourgues de la Méditerranée, sont consommés dans l'Ouest et dans le Nord de la France. Les peignes, connus en France sous le nom de coquilles Saint-Jacques, sont rarement utilisés.

Maladies provoquées par les mollusques. — **Deux groupes de faits.** — Les accidents consécutifs à l'ingestion des coquillages marins, *frais* et *non avariés*, et surtout des moules, ont été signalés de tout temps et sont bien connus des médecins. On peut les ranger en deux groupes distincts : les uns sont le fait d'une véritable intoxication et paraissent assez particuliers aux moules ; les autres sont d'ordre infectieux et, sont communs aux divers coquillages que nous avons énumérés ; ils peuvent être rapprochés de ceux qui ont été décrits après l'ingestion de certaines huîtres. Les premiers paraissent dus à une substance toxique contenue dans l'organisme de la moule, les seconds sont la conséquence d'une contamination accidentelle du coquillage, qui devient ainsi vecteur et semeur de germes pathogènes.

A. Accidents toxiques. — On peut observer deux variétés d'accidents toxiques, que l'on a justement opposés l'un à l'autre : accidents communs et bénins d'embarras gastrique avec urticaire ; intoxication grave, heureusement exceptionnelle, à forme paralytique, à manifestations cliniques variées, mais répondant dans la grande majorité des cas au type décrit par Virchow dans l'épidémie de Wilhelmshaven. Sans insister sur ces faits, qui sont aujourd'hui classiques et reproduits en détail dans de nombreux mémoires et dans les traités d'hygiène, nous nous contenterons d'indiquer leur mécanisme pathogénique :

1° *Fièvre ortiée avec troubles digestifs.* — La fièvre ortiée, avec embarras gastro-intestinal, apparaît rapidement et s'atténue en quelques heures ; exceptionnellement, elle peut persister plusieurs jours. Elle s'accompagne parfois de quelques symptômes inquiétants : troubles de la déglutition, défaillances, syncopes, délire, qui du reste se dissipent rapidement. Les nausées, les vomissements sont fréquents ; la diarrhée est exceptionnelle. Il s'agit d'une intoxication légère, très fréquente et toujours curable.

2° *Accidents liés à l'anaphylaxie.* — Tous les auteurs ont signalé que cet érythème ortié associé à des troubles digestifs s'observe surtout chez des prédisposés. Certains sujets ne peuvent manger des moules, même en petite quantité, sans présenter les désordres caractéristiques, qui apparaissent quelquefois après l'ingestion d'un ou deux coquillages. Pour expliquer ces faits, on a parlé d'idiosyncrasie, mot qui indique que ces troubles reconnaissent pour cause une prédisposition individuelle permanente ou passagère, mais qui n'éclaire pas sur leur nature. Les travaux récents sur l'anaphylaxie nous paraissent donner la solution du problème. Ces faits curieux sont tout à fait comparables à ceux qui ont été décrits par Pirket sous le nom de maladie du sérum et qui ont été bien étudiés par Marfan, par Weil-Hallé et Lemaire.

Expérimentalement, Ch. Richet a du reste extrait du corps des moules une mytilo-congestine dont les effets sont analogues à ceux de l'actino-congestine. Une dose sept fois plus faible que la dose mortelle pour l'animal normal peut tuer l'animal anaphylactisé.

Les moules paraissent donc avoir la propriété de produire dans l'organisme de certains sujets prédisposés un état d'anaphylaxie, dont la fièvre ortiée consécutive à l'ingestion de doses parfois mini-

(1) Ces chiffres sont empruntés à l'ouvrage de MM. Darboux, Stephan, Cotte, sur l'industrie des pêches aux colonies.

mes est la plus commune expression clinique (1).

3° *Intoxication suraiguë à forme paralytique.* — A côté de ces troubles légers, qui sont très fréquents, on a signalé des accidents graves, souvent mortels, qui frappent indifféremment tous ceux qui ont mangé les moules dangereuses. Malgré quelques différences cliniques, les observations publiées depuis 1793 se rapprochent du type décrit par Virchow dans l'épidémie de Wilhelmshaven. Ces faits, heureusement exceptionnels, ont été rassemblés récemment par Netter et Ribadeau-Dumas, qui ont retenu douze publications différentes se rapportant à quatre-vingt-neuf malades ; la mort est survenue vingt-trois fois. Il s'agit d'une véritable intoxication, à évolution quelquefois suraiguë, accompagnée de phénomènes paralytiques rappelant l'intoxication par le curare. La substance toxique réside surtout dans le foie des moules ; elle résiste à la cuisson. La cause de cette toxicité de certaines moules est encore inconnue : s'agit-il de moules saines dont les organes emmagasinent des poisons contenus dans certaines eaux, ou la toxicité est-elle la conséquence d'une maladie particulière des moules portant ses effets sur le foie ?

B. Accidents infectieux. — A côté de ces accidents qui sont assez particuliers aux moules et contre lesquels les mesures préventives sont impuisantes, il en est d'autres qui sont communs aux huîtres et à tous les coquillages marins et qui sont la conséquence d'une contamination temporaire ou permanente de l'eau dans laquelle les mollusques sont immergés. Ici, comme l'a montré Mosny pour les huîtres dans un rapport remarquable, le mollusque n'est que l'intermédiaire entre le microbe ou les toxines contenus dans l'eau et l'organisme humain auquel il les transmet.

Présence de germes pathogènes dans l'eau de mer et dans les mollusques. — Les ports, les parcs à coquillages, les baies, et d'une façon générale tous les points de la côte où l'eau est en état de repos relatif et reçoit une quantité notable de matières organiques en rapport incessant avec les détritus résultant de l'alimentation, de l'industrie, etc., constituent un milieu relativement favorable au développement des microbes. Si ces eaux plus ou moins stagnantes contiennent des germes pathogènes, ils pourront pénétrer à l'intérieur des mollusques qui deviendront ainsi un redoutable agent de contamination.

Bien que les recherches soient encore peu nombreuses et incomplètes, on a décelé des microbes à l'intérieur des divers mollusques utilisés pour l'alimentation, comme le fait a été constaté à diverses reprises pour les huîtres.

Lustig a examiné en 1889 des moules recueillies dans l'eau stagnante des ports de Trieste et de Gênes : il a retrouvé dans le foie deux bacilles, l'un neutre, l'autre pathogène. De même, à l'occasion d'une enquête récente sur la fièvre typhoïde à Marseille, le docteur O. Arnaud a trouvé constamment dans quatorze lots d'huîtres ou de moules achetées dans divers quartiers, du coli-bacille, souvent en si grande quantité qu'il n'a pu compter les colonies.

Le 28 mars 1908, Remlinger et Nouri ont signalé à Constantinople la présence dans les huîtres et les moules de microbes extrêmement voisins du vibrion cholérique. Ferid Ibrahim a isolé des moules, des huîtres et des tarako (mollusques, genre cardium) pris en différents endroits, ainsi que de l'eau de mer recueillie entre les deux ponts de la Corne d'Or, six variétés de vibrions saprophytes : deux d'entre eux présentèrent, sans exception, tous les caractères morphologiques, tinctoriaux, culturaux du vibrion du choléra asiatique type.

Ces quelques faits démontrent que l'eau de mer et les divers mollusques peuvent contenir des germes pathogènes.

Le danger que les divers mollusques constituent de ce chef est encore accru, si l'on pense que des marchands peu scrupuleux n'hésitent pas à arroser leurs coquillages avec une eau impure, puisée dans le ruisseau ou à la fontaine la plus voisine.

L'observation clinique démontre d'autre part qu'il est possible de retrouver ce facteur étiologique à l'origine d'accidents infectieux, légers ou graves, que nous allons énumérer. D'une façon générale, contrairement à ce qui se produit pour les accidents toxiques qui apparaissent le plus souvent quelques heures après l'ingestion, les phénomènes infectieux ne se développent qu'après une période d'incubation qui peut durer plusieurs jours. Ces accidents sont très fréquents, surtout chez les étrangers qui ne sont pas habitués à consommer des coquillages.

Accidents communs d'infection gastro-intestinale. — Il s'agit presque toujours d'une infection gastro-intestinale, caractérisée par de la fièvre, des vomissements alimentaires et bilieux, une diarrhée abondante, fétide, noirâtre. La maladie est peu grave et guérit en général en deux ou trois jours.

A côté de ce type commun, on peut observer trois formes cliniques un peu spéciales :

a. *Une forme gastrique rare*, dans laquelle les vomissements dominent la scène et qui peut s'accompagner d'hématémèses, comme le fait a été observé récemment par l'un de nous dans son service de clinique.

b. *Une forme dysentérique*, avec ténesme, selles fréquentes, peu abondantes, glaireuses et sanguinolentes. Cette variété est le plus souvent consécutive à la forme commune, dont elle prolonge la durée.

c. *Un type cholériforme*, important à connaître surtout en période d'épidémie cholérique, et qui est peut-être dû, comme le pensaient Netter et Mosny pour les huîtres, et suivant l'hypothèse émise plus récemment par Remlinger et Nouri, aux vibrions pseudo-cholériques retrouvés dans les mollusques (1).

---

(1) Des phénomènes analogues peuvent s'observer chez certains individus à la suite de l'ingestion de crustacés.

(1) Dès 1904, le professeur Raphaël Dubois avait décrit sous la dénomination de conchylio-entérite des accidents analogues, qu'il avait déjà rapprochés du choléra.

Ces divers accidents sont observés couramment et sont bien connus de tous les cliniciens.

Fièvre typhoïde et affections paratyphoïdes. — Comme le fait est admis pour les huîtres, les moules et les autres mollusques peuvent-ils transmettre la fièvre typhoïde et les affections paratyphoïdes?

Ramaroni paraît avoir le premier en 1897 signalé à ce point de vue le danger des moules et des coquillages recueillis à Bastia dans des eaux contaminées.

Pungier a publié en 1905 la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde, vraisemblablement transmise par les moules. Sur le *Dupleix*, qui avait quitté Rochefort récemment, sept cas de dothiénentérie furent observés en quinze jours. Six malades appartenaient au même plat. L'enquête montra que deux hommes de ce plat, occupés à des travaux dans le port, avaient recueilli dans un coffre d'amarrage à sec, à marée basse, des moules qu'ils apportèrent à leurs camarades du plat et à un voisin. Un seul refusa de manger des moules ; il ne fut pas indisposé et joua le rôle de témoin. Un d'eux ne fut pas atteint, mais présenta quelques accidents légers. Les sept autres eurent une fièvre typhoïde classique confirmée par le séro-diagnostic.

En résumé, huit hommes mangent des moules crues provenant d'un même coffre d'amarrage : sept sont atteints de fièvre typhoïde caractérisée ; le huitième a une indisposition légère. Sur les huit hommes d'un même plat, un seul ne mange pas de moules, seul il reste absolument indemne. On n'observa aucun autre cas à bord. Pungier admet la contamination des moules par des matières fécales contenant des bacilles d'Eberth, ou encore par une large bouche d'égoût qui s'ouvre à proximité de la cale de radoub sur laquelle le coffre était hissé. On pourrait en rapprocher les faits de contamination par les coquillages rapportés par Sacquépée.

Bien qu'il soit difficile de mettre aussi nettement en évidence ce mode de transmission dans notre ville, où la fièvre typhoïde sévit à l'état endémique, le rôle des divers coquillages a été admis en 1909 par la commission d'enquête nommée par le Comité médical pour étudier les causes de la fièvre typhoïde à Marseille. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs faits, qui viennent à notre avis confirmer cette opinion.

Choléra. — Enfin les recherches de Ferid Ibrahim, que nous avons rapportées plus haut, tendent à montrer la possibilité de la transmission du choléra par les divers mollusques recueillis dans les eaux quasi-stagnantes de la Corne d'Or.

On voit donc se produire à la suite de l'ingestion des divers mollusques des infections le plus souvent banales; mais parfois spécifiques, tout à fait analogues à celles qui sont transmises par certaines huîtres contaminées. Peut-être même dans certains cas, l'intoxication par la mytilo-toxine ou la mytilo-congestine prépare-t-elle le terrain pour le développement ultérieur des germes pathogènes?

Déductions prophylactiques. — Mesures qui s'imposent. — Si nous ne sommes pas en état d'empêcher les troubles toxiques, légers ou graves que nous avons décrits, nous pouvons beaucoup pour prévenir les accidents infectieux. *La contamination de l'eau dans laquelle le mollusque est immergé est en effet le fait fondamental. Pour éviter les infections transmises par les divers mollusques (huîtres, moules, etc.), il suffit d'assurer la protection des établissements de culture, des parcs, des réserves contre les causes extérieures de contamination.*

Il convient en somme d'étendre à tous les mollusques utilisés pour l'alimentation, les mesures concernant la réglementation de la vente des huîtres, telles qu'elles ont été indiquées dans la circulaire de M. Clemenceau du 10 janvier 1908, et que l'on peut résumer ainsi : surveillance des parcs, complétée par une réglementation préservant les huîtres de toutes autres causes d'altération pendant le transport, l'ouverture, la mise en vente, jusqu'au moment où elles sont livrées au consommateur.

Du reste, comme le fait a été indiqué pour les huîtres par M. Bouffet dans son rapport du 29 juillet 1907 au Comité consultatif d'hygiène publique de France, ces diverses mesures préventives peuvent être exigées des commerçants et comportent des sanctions pénales. Les articles 3 et 4 de la loi du 1er août 1905 punissent, en effet, la mise en vente, la vente ou la détention de « denrées servant à l'alimentation de l'homme ou des animaux, des boissons ou des produits agricoles ou naturels qu'ils sauront être falsifiés, ou corrompus ou toxiques ».

Il importe donc de prescrire des mesures préventives rigoureuses s'appliquant non seulement aux huîtres, mais aussi à tous les mollusques, dont il n'est parlé qu'accidentellement dans la circulaire du président du Conseil. La réglementation en usage dans les Pays-Bas (Escaut, cours d'eau de la Zélande) peut servir de modèle.

On peut résumer de la façon suivante les mesures qui s'imposent dans l'intérêt des nombreux consommateurs et aussi des commerçants soucieux de ne pas discréditer leur industrie.

I. *Apprécier par un examen topographique la salubrité d'un emplacement choisi pour y installer un parc, un dépôt, un établissement de culture.* — Cet examen permettra de fixer, comme on l'a fait dans les Pays-Bas :

a. La situation de l'emplacement par rapport aux ports, égouts, vannes, ou autres voies d'écoulement pouvant décharger des eaux infectées ;

b. La direction dans laquelle les eaux infectées se répandent et l'étendue de leurs infiltrations;

c. L'influence que les marées et les courants exercent sur la diffusion des détritus.

II. *Protéger ces divers emplacements contre les causes extérieures de contamination.* — Maintenir, par un contrôle permanent, la propreté des divers établissements.

Soumettre les parcs d'élevage, les bassins et réserves, à un examen bactériologique régulier et continuel, tel qu'il a été réalisé par l'administration des pêches de l'Escaut et des cours d'eau de la Zélande, qui délivre des certificats de pureté, valables seulement pendant le mois où ils sont délivrés.

Isoler les sujets atteints de maladie contagieuse,

s'ils appartiennent à une famille affectée à l'industrie des huîtres, moules, etc.

Eloigner également des parcs et des dépôts, les personnes qui ont été en contact avec les malades.

Isoler pendant deux ou trois semaines dans une eau pure les coquillages contaminés, avant de les livrer à la consommation.

Organiser un service de surveillance destiné à éviter les fraudes.

III. *Préserver les coquillages de toutes causes de contamination pendant le transport et jusqu'au moment où ils sont livrés aux consommateurs.* — N'utiliser pour le trempage ou l'arrosage que des eaux potables, bactériologiquement pures.

Placer les coquillages à l'abri de toute souillure.

Ne faire usage pour l'ouverture des coquillages que d'outils ou d'appareils tenus en constant état de propreté.

Nous ne nous dissimulons pas les raisons que l'on nous opposera pour retarder la mise en vigueur d'une réglementation vraiment efficace. Nous savons assez que, malgré l'intervention préfectorale, malgré l'avis du Conseil départemental d'hygiène et des bureaux de la marine, les résultats obtenus sont à peu près nuls, tout au moins dans notre région ; on se heurte aux résistances intéressées des industriels mal informés, à l'insouciance d'un trop grand nombre de consommateurs, à des difficultés matérielles tenant à l'organisation nouvelle d'un service de surveillance, nécessitant un personnel spécial.

Ces difficultés ne nous paraissent pas insurmontables. Pourquoi ne réaliserait-on pas chez nous des mesures qui sont acceptées sans discussion dans les pays voisins ? Le commerce des divers mollusques est assez important en France et dans notre région pour justifier l'application d'une réglementation rigoureuse, dont les industriels seront les premiers à bénéficier.

En attendant mieux, nous avons récemment proposé au Congrès de l'alliance d'hygiène sociale d'adopter sous forme de vœux qui seraient transmis aux autorités compétentes les mesures transitoires suivantes :

1° Application à tous les coquillages des mesures prescrites plus particulièrement pour les huîtres par la circulaire Clemenceau du 10 janvier 1908.

2° Interdire les établissements de culture, les parcs, les dépôts installés dans des emplacements contaminés.

3° N'autoriser la création de nouveaux établissements qu'après un examen topographique et des recherches bactériologiques démontrant la salubrité de l'emplacement choisi.

4° Isoler les coquillages suspects pendant deux ou trois semaines dans une eau pure, avant de les livrer à la consommation et garantir au consommateur leur provenance et leur absence de nocuité avec un plomb de sûreté indiquant le nom du parc de purification.

Il serait facile d'appliquer cette dernière mesure à Marseille où les mollusques sont si souvent contaminés, soit dans les eaux du Vieux-Port, soit dans celles de la Madragne où les égouts déversent les détritus des abattoirs. Les moules prospèrent et engraissent rapidement dans un pareil milieu. Aussi les mytiliculteurs du littoral installent-ils de préférence leurs parcs à moules sur le trajet des eaux d'égouts. Nous pourrions en citer des exemples dans des villes voisines du littoral méditerranéen, auxquelles les mesures de préservation précédentes devraient aussi être appliquées. Les emplacements ne manquent pas dans notre rade, par exemple au niveau des îles, où l'eau de mer se renouvelle sans cesse et est relativement à l'abri des causes de contamination.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ALIMENTATION DUODÉNALE

Un des points principaux du traitement médical de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum est la mise au repos de l'organe malade par une alimentation aussi rapide et de digestion aussi facile que possible. Lorsque des hémorragies se sont produites récemment ou qu'une alimentation liquide même très peu abondante cause de la douleur, il est indiqué de suspendre complètement toute alimentation buccale. On soutient alors le malade par l'alimentation rectale. L'opinion des auteurs varie sur la quantité d'albuminoïdes, de graisses ou d'hydrocarbures qui peut être absorbée par le rectum ; mais ce qui est certain, ce que, pratiquement, il est impossible, par l'alimentation rectale de maintenir l'équilibre calorifique et nutritif. Il en résulte une perte de poids et un épuisement qui, chez les sujets déjà affaiblis, peut être fatal. Il serait dangereux de vouloir continuer cette alimentation plus de cinq à six jours, d'autant que le rectum ne tarde pas à devenir irritable, et à ne plus conserver les lavements nutritifs le temps nécessaire à une absorption même partielle. Les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum contenant du sucre de raisin (5 à 8 p. 100), selon la méthode de Kausch, ne constituent qu'un faible auxiliaire à l'alimentation rectale.

C'est pour obvier à ces inconvénients, et pouvoir supprimer sans dénutrition pendant un temps plus long l'alimentation rectale que Max Einhorn (de New-York) a eu l'idée de se servir d'un tube atteignant l'intestin grêle et laissé à demeure pour alimenter ses malades.

Dans une série de publications (*New-York med. Journ.*, 1908 ; — *Med. Record*, oct. 1909 ; — *Med. Record*, 15 janv. 1910, p. 99 ; — *Med. Record*, 16 juillet 1910, p. 92 ; — *Int. med. Journ.*, oct. 1910, p. 758) il explique comment il a été amené à concevoir cette méthode, la décrit en détail et indique les résultats obtenus.

L'exploration du duodénum au moyen du baquet duodénal et du fil qui le supporte est insuffisante. La décoloration brune du fil indique bien la présence d'un ulcère et la distance à laquelle il se trouve, mais le liquide du petit baquet se mélange au retour avec le contenu stomacal et est en quantité très petite. Pour avoir une plus grande quantité de liquide duodénal, on peut faire glisser un cathéter sur le fil du baquet ; mais l'introduction en est difficile et ne dépasse pas le début du duodénum.

C'est pour obvier à ces inconvénients que Max Einhorn imagina une sonde duodénale. Elle se compose d'une petite capsule de métal de 14 millimètres de longueur sur 23 de circonférence, qui est perforée. Elle se visse sur un embout qui se prolonge par un tube de caoutchouc de 8 millimètres de circonférence et d'un mètre de longueur. Ce tube présente des marques : I à 40 centimètres (cardia), II à 56 centimètres (pylore), III à 70 et 80 centimètres de la capsule. A l'autre extrémité, le tube porte un fil de soie terminé en anse qui se

passe sur l'oreille du malade quand on veut le laisser à demeure. Cette même extrémité s'emmanche dans un embout qui se continue par un caoutchouc souple plus volumineux, lequel aboutit lui-même à un robinet à trois voies. Les deux autres côtés du robinet peuvent se monter, l'un sur une seringue de verre qui sert de pompe aspiratrice, l'autre sur un tube d'évacuation.

Le jour de l'examen le malade ne prend que des aliments liquides, une demi-heure avant il absorbe une tasse de lait sucré.

Pour introduire le tube on le mouille dans l'eau chaude et on le pousse jusqu'à plusieurs centimètres après la marque I. Pour s'assurer si la capsule est bien dans l'estomac, on aspire plein une seringue du contenu stomacal. Cela constaté, on injecte une seringue d'eau puis une d'air, et on fixe le tube à l'oreille du malade. On le laisse ensuite une heure en place. Pendant ce temps, le malade ne doit pas serrer les dents de manière à empêcher le tube d'avancer, ni chercher à l'avaler intentionnellement. Au bout d'une heure, le péristaltisme l'a entraîné dans le duodénum et même le début du grêle. On constatera que la marque III (70 centimètres) est près des lèvres. On aspirera alors lentement un peu de liquide. Quand la capsule est dans le duodénum, si on aspire vite, les parois intestinales s'accolent à la capsule et le tube s'aplatit (le même phénomène se produit dans l'œsophage). Si on aspire lentement, on voit au bout d'un moment arriver une quantité de contenu duodénal qui peut être minime. C'est un liquide jaune d'or ou aqueux, de réaction alcaline, de consistance un peu visqueuse.

Si la capsule est dans l'estomac, il viendra aussitôt un flot de liquide à réaction acide.

Dans ce dernier cas, il se peut que le tube se soit enroulé dans l'estomac. On le retire jusqu'à la marque II (56 centimètres), on injecte un peu d'eau et d'air, on le fixe et on attend à nouveau une demi-heure ou une heure.

A moins de sténose pylorique, on arrive dans tous les cas à pénétrer dans le duodénum.

On en obtient la certitude de plusieurs façons :

1° Par la nature et la quantité du liquide retiré ;

2° Quand on injecte de l'air avec la pompe, si l'on est dans l'estomac, le malade se plaint, alors que cette manœuvre n'est pas douloureuse dans l'intestin ;

3° Si on fait avaler un peu de lait au malade et qu'on aspire, on n'en amènera pas si on est dans le duodénum ;

4° La radioscopie montre bien la capsule et même le tube (l'une des radiographies reproduites par l'auteur montre la capsule pénétrant jusqu'au jéjunum).

Cette instrumentation a d'abord servi à Einhorn à étudier la sécrétion duodénale de ses malades. En retirant le tube jusque dans l'estomac et en le laissant à demeure, si on pompe le chyme de demi-heure en demi-heure, on peut étudier la sécrétion gastrique pendant toute la durée de la digestion stomacale.

Enfin, l'idée lui est venue de laisser le tube à demeure chez des porteurs d'ulcères d'estomac ou du duodénum pour porter l'alimentation dans le tube digestif, au delà de la lésion.

Il a exécuté ce programme chez six malades pendant une durée qui a varié de onze à quatorze jours.

Les malades ont reçu toutes les deux heures, de sept heures du matin à neuf heures du soir, un repas composé de :

Lait................. 240 centimètres cubes.
Un œuf cru.
Sucre de lait........ 25 grammes.

Le tout, bien battu, est injecté à 38 degrés.

En plus, les premiers malades recevaient du sérum injecté très lentement par voie rectale ; pour les derniers c'est par le duodénum qu'on leur donnait de l'eau, mais goutte à goutte. Au début, il employait une simple seringue pour mettre les aliments, puis il a fait construire un récipient plus commode qui permet, au moyen d'un robinet à trois voies, d'aspirer et d'injecter à volonté très commodément.

Pendant ce temps, naturellement, les malades recevaient par voie buccale la médication habituelle (poudre de magnésie et de sous-nitrate de bismuth).

On doit, de plus, chez ces malades, faire de fréquents lavages antiseptiques dans la bouche si on ne veut pas que l'absence de salivation amène des parotidites suppurées.

Le séjour du tube est très bien toléré, un malade résumait à peu près ainsi ses sensations :

Pas de faim ni d'appétit. L'odeur des aliments ne fait naître aucun désir. La langue reste chargée et il persiste dans la bouche un goût amer. Le désir de fumer disparaît. Aucun malaise général. Dans l'estomac, apparition d'une douleur brûlante au creux épigastrique, irradiant au dos et à la gorge. Cette douleur est provoquée par la déglutition de la salive. Elle persista pendant trois jours et devint ensuite très intermittente.

L'arrivée des aliments dans le duodénum n'est pas ressentie d'abord, puis donne une sensation de distension gazeuse, puis dans l'intestin se produisent des coliques, comme s'il y cheminait des gaz. Cette douleur persiste une heure environ.

Une femme très nerveuse supporta très bien cette alimentation pendant onze jours.

Les résultats obtenus par Max Einhorn sont très encourageants. Bien que la suspension de l'alimentation buccale ait été maintenue un temps double de celui qu'on peut au maximum obtenir dans l'alimentation rectale, la perte de poids des malades a été insignifiante, d'une livre à 2 livres et demie au plus, et deux des malades sur les six ont augmenté de poids (une demi-livre et un quart de livre).

Il n'est donc pas douteux que la méthode présentée par l'auteur américain ne présente un réel progrès sur l'alimentation rectale dans le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1910)

L'inhalation de matière tuberculeuse bovine produit chez le bœuf, à dose infinitésimale, de la tuberculose thoracique primitive. — M. P. CHAUSSE. Dès 1900, Nocard et Rossignol montraient que l'appareil respiratoire constitue la voie ordinaire et la plus efficace de l'infection tuberculeuse. On sait que ce n'est pas l'opinion courante et que depuis les travaux de Chauveau, de 1868 à 1873, et les travaux plus récents de Vallée, de Calmette et de Guérin, on admet au contraire que l'ingestion est le mode le plus sûr de tuberculinisation pulmonaire.

M. Chausse vient de vérifier expérimentalement l'opinion de Nocard et il se croit en mesure d'affirmer que :

1° L'inhalation de la matière tuberculeuse bovine par pulvérisation liquide permet d'infecter le bœuf avec la dose bacillaire la plus infime.

2° Elle donne de la tuberculose thoracique primitive identique à l'affection spontanée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1910)

Accidents laryngés au cours de la fièvre typhoïde. — MM. GALLIARD et BAUFLE présentent un malade chez lequel sont survenus au cours d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, à la fin du troisième septenaire, des accidents laryngés dus à de l'œdème glottique. La trachéotomie, pratiquée aussitôt, amena un soulagement immédiat, et la canule put être enlevée six semaines après la trachéotomie. Ces accidents ne semblent pas avoir influencé la marche de la dothiénentérie, car la défervescence s'est faite en lysis trois jours après la trachéotomie.

La seule particularité, constatée dès le début, était l'existence de très nombreuses ulcérations, non seulement au niveau des piliers, mais aussi sur le voile du palais et la base de la langue; d'ailleurs, le malade se plaignait surtout à son entrée de dysphagie et de raucité de la voix.

Relations entre certaines méningites curables et la tuberculose. — MM. Léon BERNARD et Robert DEBRÉ rapportent une observation de méningite très grave qui s'est présentée dans les conditions suivantes : une femme de quarante et un ans, qui avait toujours été bien portante, est prise en novembre 1909 de troubles de l'état général : lassitude, perte d'appétit, insomnie et fièvre (38 degrés), qui persistent pendant un mois. Cette fièvre continue, d'abord rattachée à une infection gastro-intestinale, puis à une infection éberthienne ou paratyphique, est considérée au bout de quelque temps, devant les résultats négatifs des séro-réactions, comme une fièvre bacillaire. Un argument important en faveur de la tuberculose est l'accentuation nette de phénomènes pleuro-pulmonaires du sommet droit, qui avaient été reconnus autrefois chez la malade à l'occasion d'examens médicaux.

Le 22 décembre éclate le premier trouble nerveux caractérisé par une agitation insolite et un accès de paraphasie. Ces troubles se renouvellent deux jours après. Puis, le 26 décembre, la malade tombe dans un état de torpeur voisin du coma, entrecoupé de secousses convulsives coexistant avec des grimaces, de la carphologie, de la photophobie, l'attitude en chien de fusil. Cet état s'aggrave progressivement, présentant des périodes variables de coma avec respiration de Cheyne-Stokes, incontinence des urines et des matières, et d'excitation cérébrale délirante. Les ponctions lombaires pratiquées pendant cette phase de la maladie montrèrent une lymphocytose particulièrement abondante. La recherche des microbes fut négative et l'inoculation au cobaye ne fut pas pratiquée, tant le diagnostic de méningite tuberculeuse paraissait évident. Après dix jours d'évolution, le tableau clinique changea peu à peu, la conscience revint en même temps que la malade présentait une excitation psychique très accentuée, la température revint à la normale. Pendant la convalescence, la malade présenta des poussées fébriles au moment des règles, qui coïncidaient avec une augmentation des signes thoraciques du sommet. A l'heure actuelle (un an après cet épisode morbide), la malade est tout à fait revenue à la santé.

Les auteurs se demandent, à propos de cette observation (que tout permet de considérer comme une méningite tuberculeuse), si le bacille de Koch n'est pas capable de déterminer au niveau des méninges des lésions plus légères que celles de la méningite tuberculeuse classique, lésions capables de régresser et permettant la guérison des malades. Peut-être quelques-uns des faits rapportés par M. Laubry et M. Rist appartiennent-ils à cette catégorie de méningites bacillaires curables.

Infection paratyphoïde B, avec ictère par rétention et méningite bénigne — M. E. SACQUÉPÉE. Un malade entre à l'hôpital avec de l'ictère par rétention, un syndrome méningé et des symptômes infectieux fébriles. Ces accidents avaient débuté brusquement par des troubles méningés, et duraient depuis quatre jours. La ponction lombaire donna un liquide clair avec lymphocytose presque exclusive, sans microbes décelables par la culture ; les épreuves de laboratoire (hémoculture, séro-diagnostic, examen des selles) établirent le diagnostic d'infection paratyphoïde B. La guérison se fit sans incidents.

Il y a lieu de remarquer dans cette observation la présence de l'ictère, symptôme rarement mentionné dans les infections paratyphoïdes sévères. D'autre part, la coexistence de l'ictère et d'un syndrome méningé avec d'autres phénomènes infectieux, de même que la brusquerie du début et la bénignité d'évolution, constituent un tableau clinique bien spécial et accusent une ressemblance très grande entre cette observation et celles rapportées récemment par MM. Guillain et Richet. Seulement, dans les cas relatés par ces derniers auteurs, il ne s'agissait certainement pas d'infections paratyphoïdes.

A signaler également l'apparition tardive des taches rosées, qui se montrèrent seulement après guérison : la période fébrile n'avait d'ailleurs duré que onze jours. Cette anomalie dans l'évolution des taches rosées, de même que le début sous forme de syndrome méningé, ne sont d'ailleurs pas exceptionnels dans l'histoire des infections paratyphoïdes B.

Ulcère du duodénum. — M. MATHIEU fait un exposé de la question et formule les conclusions suivantes dont les quatre premières ont été déjà soumises à la Société de chirurgie (V. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 126, p. 1721).

1° La séméiologie attribuée par les chirurgiens anglo-américains à l'ulcère duodénal est celle que, depuis les travaux de divers médecins et chirurgiens français, et, en particulier de Soupault, nous sommes habitués à rapporter à l'ulcus pylorique ou juxta-pylorique, que cet ulcus soit directement au pylore ou bien qu'il en soit voisin, soit en haut, soit en bas.

2° Les chirurgiens anglo-américains qui prennent comme ligne de repère une veine pylorique qui paraît se trouver à gauche de la limite vraie du pylore, regardent certainement comme duodénales les lésions ulcéreuses que les chirurgiens français classent comme pyloriques.

3° Si l'on compare la fréquence relative de l'ulcère gastrique et de l'ulcère duodénal d'après les pièces anatomiques d'autopsie et de résection, on voit que, au lieu d'être environ deux fois plus fréquent que l'ulcère gastrique, l'ulcère duodénal pur est beaucoup plus rare.

4° La différence entre les constatations des auteurs anglo-américains et celles qui résultent des pièces anatomiques, si elle ne provient pas de ce qu'ils diagnostiquent d'une façon absolue, un nombre trop élevé d'ulcus simples, peut s'expliquer parce qu'ils admettent un nombre relativement trop élevé d'ulcus du duodénum.

5° La séméiologie de l'ulcère duodéno-pylorique, à prédominance duodénale dans sa forme invétérée, ne se différencie pas sensiblement de celle de l'ulcère invétéré de la région pylorique sans prédominance de la localisation duodénale de l'ulcération.

6° L'ulcère duodénal invétéré proprement dit, c'est-à-dire situé en plein duodénum, sans lésion du sphincter pylorique et sans sténose duodénale, paraît présenter dans sa séméiologie des particularités susceptibles de signaler son existence à l'examen chimique. Ce sont, par ordre d'importance :

a. La prédominance des irradiations douloureuses vers la droite, non seulement vers la région sous-hépatique, mais aussi vers la base droite du thorax et la prédominance de la douleur provoquée par la palpation à droite de la ligne médiane dans la direction de la région pylorique et vésiculaire;

b. L'absence de signes de sténose permanente ou intermittente du pylore, c'est-à-dire :

Absence de stase alimentaire ou de grande hypersécrétion avec présence dans l'estomac d'une quantité notable de liquide à jeun;

Absence de grande dilatation révélée par l'examen clinique habituel ou par l'examen radioscopique de l'estomac;

Absence de contractions péristaltiques visibles;

c. L'irrégularité relativement précoce de l'horaire des crises douloureuses qui cessent d'être tardives et leur résistance plus marquée à l'action calmante des ingestions alimentaires et des alcalins.

7° Le diagnostic différentiel de l'ulcère invétéré du duodénum sans lésion pylorique est surtout à faire avec l'ulcère invétéré de l'estomac et particulièrement l'ulcus de la petite courbure située à distance du pylore. Ce dernier paraît se distinguer de l'ulcère duodénal vrai, par l'absence de la prédominance des douleurs vers la droite et leur retentissement direct vers la région dorsale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1910)

La séparation des urines. — M. Legueu veut faire connaître les raisons pour lesquelles il a abandonné la séparation. Oui ou non, la séparation est-elle capable de faire un parfait cloisonnement de la vessie? Selon M. Legueu, ce cloisonnement, elle le fait mal, elle le fait incomplètement. De là des erreurs, de là des fautes. Voici quelques exemples. Une malade présente des signes rénaux à gauche; on fait la séparation; elle donne du pus des deux côtés. On n'intervient pas. On fait le cathétérisme des uretères qui montre qu'un seul rein, celui du côté gauche, est malade, on intervient, le malade guérit.

Une femme de cinquante ans a des urines troubles. On a recours à un séparateur princeps; on trouve du pus à gauche et pas d'urine du tout à droite. On conclut à l'inopérabilité. On fait le cathétérisme des uretères, on trouve un rein tuberculeux à gauche et des urines normales à droite. On fait la néphrectomie du côté gauche et la malade guérit. Un des anciens internes de M. Legueu a fait une série de recherches comparatives entre la séparation et le cathétérisme uretéral. Il n'a presque jamais trouvé de correspondance absolue entre ces deux moyens d'exploration.

A ces faits que répondent les séparateurs? Dans les cas d'erreurs, disent-ils, il y a eu une mauvaise application du séparateur. Mais cette mauvaise application est de l'essence même de la séparation.

« Si, dit M. Legueu, nous prenons par exemple le cas de M. Guinard, reconnaissons que, nous basant sur les résultats de la séparation, nous aurions tous suivi la même conduite que M. Guinard, nous aurions opéré. »

La séparation s'effondre sous tous ces faits; en effet, elle exige un contrôle; ou elle demande un criterium dans l'opération elle-même, ce qui est un comble, ou elle exige le contrôle du cathétérisme, ce qui est une défaite. Elle est née d'une confiance instrumentale exagérée et aussi d'une crainte exagérée de l'introduction d'une sonde dans l'uretère. Cette crainte n'est pas fondée. Alors la séparation doit disparaître et c'est pourquoi M. Legueu l'a abandonnée.

M. Delbet chargé d'un rapport sur la communication faite dans la dernière séance par M. Luys, communication qui n'a pas été achevée ayant été interrompue par le président, commence par déplorer les rigueurs du règlement de la Société de chirurgie qui ne permettent pas à un auteur, attaqué dans son œuvre, de venir se défendre à la tribune de la Société. Tout en respectant les sévérités du règlement, le président a cependant rendu hommage à un travail scientifique consciencieux en lui désignant un rapporteur.

M. Delbet n'a jamais trouvé le séparateur de Luys en faute. Il cite des faits où, tout au contraire, le séparateur a corrigé des erreurs commises par d'autres moyens d'examen. Mais, sans doute, le séparateur n'indique pas s'il y a un calcul dans l'uretère, s'il y a une fistule uretérale, si l'uretère est bouché par compression, par tumeur ou autre cause, s'il y a un rein unique. On ne peut demander rien de tout cela à la séparation. Son rôle se borne à séparer les urines des deux reins, quand il y a deux reins, c'est déjà beaucoup. Il y a particulièrement trois faits nouveaux qui ont porté un coup terrible à la séparation, ce sont les faits de MM. Tuffier, Marion et Guinard.

M. Delbet examine très minutieusement chacun de ces faits. Pour le fait de M. Tuffier, tuberculose du rein gauche et hypertrophie des ganglions lombaires, il est difficile à interpréter et M. Delbet demande si ce fait de M. Tuffier est le même que celui qui a été publié par M. Guibal. Pour le fait de M. Marion, la vessie était très malade et rendait très difficile l'application rationnelle du séparateur. Quant au fait de M. Guinard, il y avait une malformation génitale très grave. Dans aucun de ces 3 cas, le séparateur de M. Luys, au dire de M. Delbet, ne s'est montré en défaut. Il n'y a à tirer de ces faits aucun argument contre la séparation.

Toutefois, le fait de M. Guinard est impressionnant : un rein unique donnant au séparateur deux urines différentes. L'explication donnée par M. Savariaud paraît la bonne à M. Delbet : cloisonnement imparfait de la vessie ayant permis au séparateur placé du côté où manquait le rein de recueillir l'eau de la vessie.

Après avoir longuement discuté les trois observations de MM. Tuffier, Guinard et Marion, M. Delbet conclut qu'elles ne lui paraissent pas devoir entraîner la condamnation de la séparation.

Il reconnaît toutefois que le cathétérisme des uretères, tel qu'il a été préconisé par Albarran, qu'on n'a pas assez cité dans cette discussion, est une méthode plus complète, donnant une appréciation plus précise et plus parfaite. Mais d'autre part la séparation est bien moins pénible pour le malade et moins dangereuse. Il faut donc recourir d'abord à la séparation quitte à confirmer, en cas de doute, ses résultats par le catéthérisme des uretères. M. Delbet estime que la séparation doit être conservée.

Sténose pylorique. — M. Hartmann a reçu de M. Leriche (de Lyon) un nouveau cas d'obstruction d'une bouche gastro-intestinale par suite d'un ulcère peptique. Il s'agissait d'un malade qui présentait de la sténose pylorique par hyperchlorhydrie. On fait une gastro-entérostomie avec le bouton de Jaboulay. Nouveaux signes de sténose, nouvelle intervention, guérison.

Cholécystite d'origine typhoïdique. — M. Walther vient ajouter plusieurs faits personnels à ceux qui ont été communiqués dans la dernière séance par M. Quénu. Dans un premier cas, il s'agit d'une infection éberthienne de la vésicule biliaire avec un gros calcul, survenue au quatrième septenaire d'une fièvre typhoïde; dans un second cas, cholécystite éberthienne dans la défervescence d'une dothiénentérie. Et M. Walther cite ainsi plusieurs faits d'infection éberthienne de la vésicule avec ou sans calculs, survenant au cours ou dans la défervescence d'une fièvre typhoïde. Le traitement indiqué, dans ces cas, est de faire la cholécystostomie avec l'ablation des calculs.

M. Tuffier a cinq cas de complications biliaires de la fièvre typhoïde. Il cite deux cas intéressants de lithiase biliaire antérieure à la fièvre typhoïde, lithiase biliaire récidivant après la fièvre typhoïde et présentant alors une origine nettement éberthienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1910)

Putréfaction des humeurs de l'organisme. — MM. JAVAL et BOYET étudient les transformations physico-chimiques produites in vitro par la putréfaction à l'air libre du sérum sanguin et du liquide d'ascite.

L'azote des produits décomposables par l'hypobromite de soude subit des oscillations peu importantes. Le chlorure de sodium ne change pas, l'albumine diminue, l'azote non albumineux et non décomposable par l'hypobromite augmente ainsi que la concentration moléculaire.

Après trois mois de putréfaction, tout l'azote uréique se trouve exactement transformé en azote ammoniacal, mais cette formation de carbonate neutre d'ammoniaque ne peut expliquer qu'en partie l'énorme augmentation de la concentration moléculaire qu'on constate généralement. Une bonne part de cette augmentation est sans doute attribuable à la dislocation de la molécule d'albumine et à la formation de produits azotés plus complexes.

Toxicité comparée sur le système nerveux des sels de mercure de l'hectine et du 606. — M. Jean CAMUS a étudié la toxicité de ces substances introduites en solutions faibles dans le liquide céphalo-rachidien de chien et de lapin. Les conclusions sont les suivantes. Les accidents toxiques nerveux déterminés par les solutions faibles de bichlorure et de biiodure de mercure sont beaucoup plus rapides et plus intenses que ceux qui sont déterminés par les solutions d'hectine ou de 606. Ces deux derniers corps ont des toxicités nerveuses assez voisines l'une de l'autre : l'hectine paraît chez le lapin un peu plus toxique que le 606, elle l'est un peu moins que lui chez le chien.

L'auteur n'a pas noté avec les faibles doses de sels de mercure la période remarquable d'incubation qu'il avait observée avec les mêmes doses de sels de plomb. Cette période d'incubation s'observe avec les doses faibles d'hectine et de 606. Il lui paraîtrait extrêmement hasardeux d'introduire des doses si faibles soient-elles de ces substances dans le canal rachidien de l'homme. Sans doute une injection faite par voie lombaire peut rester dans la partie inférieure des méninges et ne pas diffuser jusqu'aux centres nerveux supérieurs ; mais on risquerait que cette diffusion se fasse et alors un tableau des plus dramatiques se produirait, car avec de petites doses de ces corps il existe même chez le chien des manifestations psychiques (instabilité, agitation, hallucinations) qui précèdent des convulsions très intenses. Le tableau est plus riche en symptômes psychiques et en phénomènes moteurs avec de petites doses qu'avec de fortes doses qui diminuent et suppriment les premières phases en déterminant rapidement le coma et la mort.

Nature de la dégénérescence caséeuse dans la tuberculose aviaire. — Pour M. CHAUSSÉ, la dégénérescence caséeuse, considérée par les uns comme une nécrose de coagulation, par les autres, comme une dégénérescence vitreuse, est, en réalité, une simple dégénérescence granulo-graisseuse, due à une action toxique exercée localement sur les éléments cellulaires.

Toxicité du suc d'autolyse du foie de porc. — M. BILLARD. Préparé en disposant le foie de porc dans une atmosphère de chloroforme, puis en filtrant sur kaolin le liquide exsudé, ce suc est très peu toxique, le kaolin *absorbant* la plus grande partie des substances nocives qu'il contient.

La réaction indol-nitreuse dans les cultures de matières fécales en l'absence de vibrions cholériques. — M. REYBAUD. La réaction indol-nitreuse peut être positive dans un nombre élevé de cas (près de 40 p. 100) en l'absence de vibrions cholériques.

Ce fait paraît enlever toute valeur à la constatation du *choléra-roth* dans les cultures de matières fécales.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle de quelques colloïdes lyophiles. — M. H. ISCOVELSCO montre qu'un grand nombre de colloïdes stables abaissent la tension superficielle du solvant.

Existence et survivance du microorganisme à la surface du saucisson et du cervelas. — M. MAUREL, qui avait déjà signalé l'existence de microorganismes à la surface des sucreries, des pâtisseries, et des pâtés, a fait les mêmes constatations sur le saucisson et le cervelas Le microorganisme le plus souvent trouvé est un diplocoque. La survivance de ces microorganismes à la surface de ces aliments permet de supposer qu'il pourrait en être de même pour nos microbes pathogènes. En outre, la constance du même microorganisme à la surface des charcuteries conduit à cette hypothèse que ce diplocoque existe peut-être dans leur intérieur.

Anaphylayie par les globulines. Nature du poison anaphylactique. — MM. TURRO et GONZALES.

Action du suc d'autolyse du foie de porc sur le venin de cobra. — MM. BILLARD et DECHAMBRE.

Sur l'immunisation active de la chèvre contre la fièvre de Malte. — MM. VINCENT et COLLIGNON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1910)

Traitement des fractures du coude chez l'enfant. — M. BARBARIN fait une communication sur les fractures du coude avec déplacement chez l'enfant.

Il conclut à la nécessité dans la plupart des cas, lorsque le traitement par la mobilisation ne donne pas rapidement de bons résultats, de faire l'ablation du ou des fragments, rendue facile par la radiographie et qui est suivie de la guérison ou d'une amélioration rapide.

M. MOUCHET n'est pas partisan en principe des opérations sur les os dans les fractures du coude chez l'enfant en dehors des variétés ouvertes ou compliquées d'accidents nerveux ; mais il a dû intervenir plusieurs fois dans des fractures du condyle externe (quatre fois rien que cette année) mal réduites, et dans les fractures supra-condyliennes. Pour les fractures de l'épitrochlée dont il a soigné lui-même plus de cinquante cas, il n'est intervenu qu'une fois où le fragment était visible par une plaie des téguments. Le massage doit être prudent chez les enfants qui ont des fractures du coude ; il ne doit être fait, bien entendu, qu'à distance du foyer osseux. La mobilisation doit être encore plus prudente, elle a, chez certains enfants, pour résultat d'accroître les raideurs. Il faut bien savoir d'ailleurs qu'il y a des enfants qui font de l'os en excès, sans qu'on sache pourquoi ; c'est une prédisposition particulière, impossible à éviter.

M. COUDRAY. Les observations présentées ont une importance véritable, car elles se rapportent à des fractures relativement rares du coude. A ce sujet, on peut dire avec M. Mouchet qu'il faut être opposé aux interventions opératoires trop précoces ; car il arrive que des raideurs graves disparaissent ou s'atténuent considérablement au bout de quelques mois. Aussi, M. Coudray estime qu'il n'y a pas lieu de réopérer l'enfant qui vient d'être examiné et qui récupérera certainement le mouvement d'extension.

M. DUREY estime qu'il ne faut pas toujours masser les fractures récentes, mais simplement les mobiliser, et que certains foyers doivent être respectés.

Technique et mode d'application de la diathermie (effets thermiques des courants de haute fréquence). — M. Albert-Weil. Les effets thermiques des courants de haute fréquence signalés dès 1891 par M. d'Arsonval et utilisés actuellement sous le nom de diathermie peuvent être obtenus par les appareils des constructeurs français, surtout si l'on adapte le collecteur pour réglage que nous recommandons et si l'on utilise des électrodes de papier d'étain moulés sur les téguments.

Les applications directes des courants de haute fréquence ainsi pratiquées déterminent, dans l'organisme, sans aucune douleur, une élévation thermique endogène entre les électrodes plus considérable que par n'importe quel procédé ; elles sont efficaces dans les arthrites et les algies les plus variées; elles peuvent être faites à travers l'abdomen avec des intensités considérables (deux ampères); elles déterminent alors une vaso-dilatation périphérique et une suractivité de la circulation des plus importantes.

Le 606. — M. L. Bizard a traité soixante et un malades par la préparation d'Ehrlich; il n'a observé aucun accident toxique sérieux, et bien que les injections aient été faites pour la plupart sous la peau, la douleur a toujours été parfaitement supportable. La guérison du chancre, des plaques muqueuses, voire même des lésions extérieures de la peau, se fait avec une extraordinaire rapidité; les insuccès sont certes fréquents dans la parasyphilis; de toute façon, il ne faut pas dire qu'une seule injection même intraveineuse suffise à guérir la maladie syphilis.

Des conditions scientifiques de l'étude de l'action curative de l'arsenobenzol dans la syphilis. — M. Gastou, après avoir rappelé les contradictions existant à propos de l'action de l'arsenobenzol, pense qu'il ne faut être ni partisan, ni adversaire, mais apporter dans la discussion toute l'impartialité que donnent les méthodes de contrôle scientifique.

Ces méthodes consistent surtout dans l'examen à l'ultramicroscope des lésions, et au séro-diagnostic pratiqué tous les trois jours pendant deux à trois mois. Que constate-t-on par ce contrôle : que dans certains cas, on a trouvé trois semaines après l'injection d'arsenobenzol des spirochètes dans la cicatrice d'un chancre guéri en quarante-huit heures; que, d'autre part, le séro-diagnostic reste positif très longtemps après l'injection. On ne doit pas conclure de ces faits à une absence d'action de l'arsenobenzol, mais simplement que l'action se fait non seulement sur le spirochète, mais sur les tissus et les cellules. En résumé, le contrôle scientifique démontre l'action très nette, curative momentanée, mais non abortive de l'arsenobenzol. Et lorsque la technique sera fixée, ainsi que les doses, l'arsenobenzol deviendra un médicament adjuvant du mercure, médicament jouant un rôle prophylactique non douteux.

Etude critique des méthodes actuelles du traitement de la syphilis. — M. Lacapère indique les trois méthodes actuelles du traitement de la syphilis.

1° Le traitement mercuriel, dans lequel l'auteur donne la priorité incontestable aux injections solubles intraveineuses chaque fois qu'on veut obtenir la régression rapide d'accidents en cours.

2° La méthode mixte surtout représentée par les injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles et l'injection simultanée d'hectine dans les accidents spécifiques, méthode qui a déjà donné quelques résultats excellents.

3° La méthode arsenicale où les injections intraveineuses d'arsenobenzol à petites doses répétées sont incontestablement supérieures aux injections intramusculaires.

M. Leredde déclare que les résultats du traitement par l'arsenobenzol confirment tout ce qu'il a écrit il y a huit ans sur la nature syphilitique du tabes et sa curabilité. Cette curabilité est beaucoup plus marquée toutefois par le remède d'Ehrlich que par le mercure. Dans les cas de tabes au début, la guérison est de règle ; dans les cas les plus avancés, les symptômes les plus récents disparaissent et la maladie s'arrête.

ANALYSES

MÉDECINE

Un nouveau procédé d'enrichissement pour la recherche par coloration des bacilles tuberculeux peu abondants. (F. Lœffler. *Deuts. med. Wochens.*, 27 oct. 1910, n° 43, p. 1987). — Cinq, 10 ou 20 centimètres cubes de crachats sont mis dans un ballon avec une quantité égale d'antiformine à 50 p. 100, le tout est chauffé à la flamme. La dissolution se produit aussitôt, en même temps que le liquide bouillonne et brunit légèrement. On ajoute à 10 centimètres cubes de cette solution un centimètre cube et demi d'un mélange de 10 parties de chloroforme et de 90 parties d'alcool. On agite fortement et on centrifuge pendant quinze minutes. Il se forme un disque de matériel centrifugé dans la pointe du tube à centrifugation au-dessus du chloroforme qui remplit la pointe. On enlève le liquide et on porte le disque centrifugé sur lame, on le dessèche avec du papier filtré; on y ajoute une goutte d'albumine d'œuf, additionnée pour la conservation de 0,55 p. 100 de phénol; on broie le mélange avec une autre lame et on l'étale avec cette autre lame. On dessèche à l'air, on fixe à la flamme, on colore par la méthode de Ziehl, et on teinte le fond avec une solution aqueuse à 1 p. 100 de vert malachite.

Le tout dure quinze à vingt minutes. Pendant un court laps de temps, l'antiformine n'altère pas la colorabilité des bacilles de Koch, qui se montrent teintés en rouge vif et sont faciles à découvrir.

A. LEMIERRE.

L'infarctus hémorragique du mésentère et de l'intestin dans la fièvre typhoïde. (Chabrol. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, sept. 1910, n° 9, p. 510.) — L'auteur rapporte une observation, recueillie dans le service du professeur Chantemesse au bastion 29; il s'agissait d'une fièvre typhoïde qui se présenta au début avec les caractères d'une forme bénigne; une hémorragie intestinale survint tout à coup, et à sa suite l'état général alla en empirant, avec diarrhée, douleurs abdominales; la mort survint au douzième jour; l'autopsie révéla la présence d'un *infarctus hémorragique* du mésentère et de l'intestin, consécutif à une thrombose veineuse primitive.

Cette complication de la fièvre typhoïde, bien que rare, n'est pas exceptionnelle. Roussel, dans sa thèse de 1905, a pu en réunir 59 observations; il s'agit le plus souvent d'embolie, exceptionnellement d'athérome, avec ischémie. La *lésion* siège le plus souvent au niveau de l'intestin grêle, de l'iléon de préférence. L'anse présente une couleur violacée cessant brusquement à la limite de l'infarctus; les lésions histologiques se caractérisent par une infiltration des tuniques de l'intestin par des globules rouges, l'oblitération des grosses veinules, et surtout l'infection, se traduisant par une infiltration embryonnaire allant jusqu'au tissu conjonctif sous-muqueux.

L'*évolution* peut en être foudroyante, avec d'emblée des symptômes d'occlusion intestinale ; en règle générale la succession des symptômes est la suivante : début brusque par une douleur violente, puis diarrhée profuse et phénomènes d'iléus (arrêt des matières et de gaz). Dans une troisième période enfin apparaît l'hémorragie (melæna et vomissements sanglants); ce dernier symptôme peut faire souvent défaut. La mort survient en général en trois ou cinq jours.

La *pathogénie* la plus plausible paraît celle qui explique

l'infarctus par une infection lymphatique ascendante, altérant l'endoveine et déterminant la thrombo-phlébite.

Cliniquement le diagnostic doit surtout être fait avec la perforation intestinale et l'hémorragie intestinale ; en réalité c'est là un diagnostic d'exception que seul l'examen du sang permettra d'affirmer en montrant dans l'infarctus l'absence de la leucocytose et de l'hyperfibrinose, qui s'observe dans la perforation intestinale. L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Les fractures radio-épiphysaires par contre-coup chez les automobilistes. (*Archivio e Atti della Società italiana de chirurgia.* XXXIIIe session, Rome 1910.) — On admet presque sans conteste la théorie émise sur ce point par M. Just Lucas-Championnière, et d'après laquelle par suite du brusque ressort de la manivelle la traction exercée par le ligament antérieur du carpe, traction due elle-même à l'hyperextension du poignet, arracherait l'épiphyse inférieure du radius. Cette fracture serait donc identique à celle que l'on observe dans la chute sur la paume de la main.

Pour le professeur F. Caccia les choses ne se passeraient pas ainsi, et il appuie son opinion sur une minutieuse étude anatomique, clinique, radiographique et expérimentale. Pour lui c'est la flexion qui serait la cause de la fracture, et elle agirait d'une façon comparable à ce qui a lieu dans la fracture de Dupuytren, c'est-à-dire dans la fracture supra-malléolaire du péroné par abduction. Le rôle joué par le calcanéum dans cette dernière fracture, c'est le scaphoïde qui le jouerait dans la fracture des automobilistes.

Par suite de l'abduction forcée produite par le contre-coup de la manivelle, il y a d'abord arrachement du ligament collatéral du cubitus ou de l'apophyse styloïde du même os, puis, la force traumatisante continuant à agir, le scaphoïde va heurter la moitié externe de l'épiphyse du radius et la fracture en un point plus ou moins éloigné de l'apophyse styloïde.

Dans d'autres cas, plus rares, le mécanisme n'est pas tout à fait le même. Lorsque le ressaut de la manivelle rencontre la main non seulement en abduction, mais dans une position telle qu'il détermine une rotation externe tendant à porter la main en supination, il se produit un mouvement de torsion qui agit sur le radius, et celui-ci cède en son point de moindre résistance, situé à 4 ou 5 centimètres de l'interligne articulaire.

Un autre caractère typhique de cette dernière variété de fracture est l'obliquité des fragments, et le professeur italien pense qu'il y a là un équivalent, quant au mécanisme, de la fissure hélicoïdale du tibia par torsion.

En ce qui concerne le traitement, le professeur Caccia conseille de recourir le moins possible aux appareils plâtrés et de les réserver aux cas où leur application est indispensable c'est-à-dire là où le déplacement des fragments imposa une réduction et où celle-ci est difficilement maintenue. L'immobilisation devra être, en tous cas de courte durée.

La plupart du temps il suffira, dans les fractures par flexion, de placer une attelle palmaire que l'on maintiendra par un simple bandage. Il faudra éviter de se servir d'éclisses avec la main portée en abduction, car on pourrait ainsi déplacer le fragment radial.

Au bout de très peu de jours, dès que se sera formé un cal provisoire capable d'empêcher les fragments de se déplacer, on commencera des séances quotidiennes de massage et de mobilisation graduelle de l'articulation du poignet. Bien appliqué, ce traitement amènera la guérison dans l'espace d'une vingtaine de jours environ.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Les lois de la dégénérescence wallérienne directe. (MM. Van Gehuchten et Molhant. *Académie royale de médecine de Belgique*, 24 sept. 1910.) — On admet généralement qu'après l'interruption d'une fibre myélinisée les premières traces de dégénérescence secondaire décelables par la méthode de Marchi apparaissent dans le cours du cinquième jour qui suit la lésion et cela sur toute la longueur du bout périphérique. La durée de cette dégénérescence, utile pour l'application de la méthode de Marchi a été appréciée différemment par les auteurs. Tous admettent toutefois que cette durée est pour le moins de cinquante à soixante jours. Les auteurs se sont basés sur ces faits pour admettre au moins tacitement que, dans les recherches expérimentales entreprises dans le but d'établir le trajet et les connexions des voies nerveuses, il est nécessaire de laisser survivre les animaux vingt à trente jours à la lésion expérimentale. Pour le matériel anatomo-pathologique, on applique encore la méthode de Marchi aux centres nerveux de sujets morts deux ou même trois mois après la lésion initiale.

Les recherches de MM. van Gehuchten et Molhant ont porté sur le nerf vague du lapin. Après section des filets radiculaires au niveau du bulbe et même après section du nerf vague en dessous du ganglion noueux et survie de quinze jours des animaux en expérience, ils n'ont trouvé, dans le nerf périphérique, qu'un petit nombre de fibres en dégénérescence active, hors de proportion avec le nombre considérable de cellules en chromolyse dans les deux ganglions (jugulaire et noueux) et dans les deux noyaux moteurs du bulbe.

Ces faits paradoxaux ont été le point de départ de nombreuses recherches expérimentales qui ont permis aux auteurs d'établir ce fait important : c'est que la rapidité d'évolution de la dégénérescence secondaire varie dans des limites jusqu'ici insoupçonnées.

La durée de la dégénérescence wallérienne directe dans une fibre donnée dépend uniquement de l'importance de la gaine de myéline.

Dans le nerf vague du lapin il existe trois espèces de fibres nerveuses d'après l'importance de leur gaine de myéline :

1° Des fibres à gaine de myéline épaisse. Après section de ces fibres, la méthode de Marchi permet encore de mettre en évidence des boules de myéline dégénérée cent vingt jours après le traumatisme.

2° Des fibres à gaine de myéline grêle dans lesquelles toute trace de dégénérescence wallérienne a disparu neuf à dix jours après leur interruption.

3° Des fibres à gaine de myéline moyenne dont la dégénérescence secondaire évolue en douze à quinze jours.

Cette relation entre l'épaisseur de la gaine de myéline et la durée d'évolution de la dégénérescence secondaire est une loi générale. Elle est telle que, connaissant d'avance l'importance de la gaine de myéline d'une fibre donnée, on peut établir approximativement la durée pendant laquelle la méthode de Marchi peut donner des résultats positifs.

Cette variation dans la rapidité d'évolution de la dégénérescence secondaire n'intéresse pas seulement des groupes de fibres différentes l'une de l'autre par l'épaisseur de la gaine de myéline. On la retrouve aussi aux différents endroits d'une même fibre et cela parce que les ramifications collatérales et terminales d'une fibre nerveuse possèdent une gaine de myéline moins importante que la fibre elle-même.

Les auteurs signalent quelques-unes des erreurs que l'ignorance de ces faits a fait commettre dans l'étude du trajet et des connexions des voies nerveuses. Ils estiment qu'un grand nombre de recherches expérimentales sont à refaire, et ils conseillent, pour l'avenir, d'être très réservé dans les conclusions que l'on pourrait tirer de l'application de la méthode de Marchi au système nerveux, soit d'animaux ayant survécu plus de quinze jours à une lésion expérimentale, soit de sujets n'ayant succombé que trente, quarante ou cinquante jours après le début d'une lésion destructive. Les fibres en dégénérescence que la méthode de Marchi permet de mettre en évidence existent incontestablement, mais à cause de la longue

survie on ne peut jamais affirmer que ce sont là les *seules* fibres qui aient été atteintes par la lésion pathologique ou expérimentale. Les réserves qui s'imposent sont encore plus grandes si on combine pour l'étude des voies nerveuses la méthode de Marchi et la méthode de Nissl.

Pour ce qui concerne les recherches expérimentales, les auteurs conseillent de faire toujours pour le moins deux fois la même expérience, de laisser survivre un des animaux trois semaines afin d'établir très nettement le trajet des grosses fibres, de tuer l'autre animal six, sept ou huit jours seulement après la lésion afin de mettre en évidence les fibres à gaine de myéline mince, s'il y en a, et surtout de permettre à la méthode de Marchi de montrer la dégénérescence à grains tenus des ramifications collatérales et terminales.

L. GAYARD.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de gynécologie médico-chirurgicale (1), par J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, et Armand Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A peine paru, ce traité est accueilli par le public médical avec une faveur qui présage un énorme succès; aussi les lignes suivantes n'ont-elles point pour but de présenter un ouvrage impatiemment attendu dès avant sa venue, mais bien de saluer cette venue.

Tout l'esprit du livre est résumé dans ce passage de la préface : « Appelé généralement le premier auprès des femmes souffrantes, le médecin doit savoir faire le diagnostic des diverses affections de l'appareil génital, et leur donner les premiers soins qu'elles comportent. Mais il est indispensable qu'il connaisse bien les ressources de la chirurgie et les avantages incontestables qu'il peut en attendre pour ses malades, s'il sait y recourir en temps opportun. »

Dans cet ordre d'idées, la collaboration de deux cliniciens aussi rompus aux difficultés du diagnostic et de la thérapeutique gynécologiques, que le sont MM. J.-L. Faure et A. Siredey, devait a priori produire un ouvrage parfait et l'événement est venu justifier ces prévisions.

Je me permettrai d'abord de féliciter les auteurs de n'avoir point divisé leur travail en départements bien distincts portant chacun la signature de l'un d'eux. Cet usage, trop fréquent, enlève à un livre toute unité, et cette unité existât-elle prédispose le lecteur à ne l'y point trouver.

Il y a au contraire dans le *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* une remarquable unité d'ensemble qui n'empêche nullement de rendre à chacun des deux auteurs la part qui lui revient dans cet énorme et consciencieux travail.

Analyser une pareille œuvre est impossible. Nous dirons que la classification est basée sur la pathogénie des affections génitales, et qu'une part très large a été faite à la séméiologie, à la discussion du diagnostic et des indications opératoires. En ce qui concerne la thérapeutique médicale, dont rien n'est étranger à M. A. Siredey, elle s'est grandement inspirée des notions nouvelles qui montrent le rôle des influences héréditaires et diathésiques, de l'insuffisance des glandes à sécrétion interne et des anomalies de développement. Aussi le distingué clinicien de Saint-Antoine a-t-il réservé une part importante à l'opothérapie et à la physiothérapie.

Tous ceux qui ont vu opérer M. J.-L. Faure et qui ont admiré son incomparable maîtrise, en retrouveront l'empreinte dans toute la partie de l'œuvre consacrée au traitement chirurgical.

Pour cet esprit clair, précis et pratique, qui va droit au but par le chemin le meilleur, ce qui devait dominer c'étaient les questions de technique. Or, il les a traitées de façon si lucide, si minutieuse et si simple, que même les profanes de l'art sacré de la chirurgie, *experto crede*, comprennent aisément les méthodes décrites, et pour un peu se croiraient capables de les mettre en pratique.

L'auteur nous fait assister en effet avec lui à tout le drame chirurgical depuis la préparation de la malade, en passant par le choix et la description des instruments les mieux adaptés à chaque intervention, pour en arriver à l'acte chirurgical lui-même dans tous ses temps et dans toutes ses phases, et ainsi jusqu'à la victoire. Car, avec lui, on a l'impression d'aller sûrement à la victoire.

Il faut d'ailleurs reconnaître que M. J.-L. Faure a été merveilleusement secondé, car les planches qui illustrent ses descriptions, s'il les a inspirées, ont été merveilleusement exécutées. Véritables œuvres d'art d'une exactitude scrupuleuse, elles montrent à nos yeux ce que le clinicien explique à notre entendement. M. Dupret, qui en est l'auteur, aura certainement une large part au succès de l'ouvrage.

En résumé il s'agit là d'un livre magnifique quant à la forme matérielle et parfait quant au fond, d'un livre qui fera honneur à la fois à la science et à la librairie françaises. Car nous n'aurions garde de marchander nos félicitations à MM. Octave et Gaston Doin qui ont donné à ce remarquable ouvrage l'habitus exterior dont il était digne.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 1011 pages avec 564 figures, dont 86 en couleurs et 4 planches en couleurs hors texte. — Prix : 35 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Précis de technique microscopique de l'œil (1), par MM. Monthus et Opin.

Voici la deuxième édition de cet ouvrage qui reçut, on s'en souvient, un excellent accueil lorsqu'il parut il y a sept ans.

Si le plan général du volume n'a guère subi de modifications, les différents chapitres ont tous été plus ou moins remaniés.

Les auteurs ont notamment adopté une nouvelle division des microbes qui intéressent la pathologie oculaire. Cette division est plus conforme à l'étude de la technique élémentaire bactériologique que tout ophtalmologiste doit pouvoir pratiquer.

MM. Monthus et Opin ont laissé de côté les recherches bactériologiques sur le trachome; elles ne sont à l'heure actuelle ni assez probantes, ni assez confirmées pour prendre place dans un précis de technique usuelle.

Un nouveau chapitre est naturellement consacré au spirochète de Schaudinn.

Nous n'entrerons pas plus avant dans l'analyse de cet excellent manuel qui restera pour les débutants le guide le plus sûr et le plus précieux.

L. GAYARD.

(1) In-8 relié toile, 2e édition. — Paris, Asselin et Houzeau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 DÉCEMBRE 1910

THÈSES

Mercredi 14 décembre, à une heure. — M. Sidoun. Sur un cas de macrostomie unilatérale droite avec malformation auriculaire, absence de la branche montante du maxillaire inférieure et tumeur pré-auriculaire. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Delbet et Ombrédanne.) — M. Guillemin. Des sténoses cicatricielles spontanées de l'œsophage. Leur traitement. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Delbet et Ombrédanne.) — M. Martinet. Contribution à l'étude de la réduction des luxations récentes de l'épaule en avant. Procédé de Kocher. Procédé de Mothe modifié. (MM. Delbet, prési-

dent; Kirmisson, Reclus et Ombrédanne.) — M. Desnos. La méningite aiguë syphilitique. (MM. Roger, président; Pierre Marie, Marfan et Marcel Labbé.) — M. Grandin. Contribution à l'étude clinique des tumeurs du nerf acoustique avec quelques considérations sur leur structure anatomique. (MM. Pierre Marie, président; Roger, Marfan et Marcel Labbé.) — M. Reinold. De la glycolyse par association du muscle et du pancréas. Essai d'opothérapie. (MM. Marfan, président; Roger, Pierre Marie et Marcel Labbé.) — M. Gillet. Contribution à l'étude des ostéomes intra-musculaires. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. Phalempin. Contribution à l'étude des pseudo-coxalgies. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Pierre Duval.) — M. Couture. Des pseudo-kystes traumatiques du pancréas. (MM. Segond, président; Aug. Broca, Mauclaire et Pierre Duval.)

Jeudi 15 décembre, à une heure. — M. Lyon-Caen. La tension superficielle. Son application à la différenciation des choluries et à l'étude du rôle du foie dans les ictères. (MM. Albert Robin, président; Chauffard, Achard et Carnot.) — M. Schneider. De l'albuminurie dans les hémorragies méningées. (MM. Chauffard, président; Albert Robin, Achard et Carnot.) — M. Marre. Les réactions générales d'origine colique (Etude clinique). (MM. Chauffard, président; Albert Robin, Achard et Carnot.) — M. Feuillet. Contribution à l'étude des œdèmes aigus circonscrits (Maladie de Quincke). (MM. Achard, président; Albert Robin, Chauffard et Carnot.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 12, 22 sept. 1910.) Geo P. Sanborn : La valeur de la tuberculine dans l'immunisation de la tuberculose urogénitale. — Philemon E. Truesdale : La pancréatite aiguë. Description de deux cas. — John T. Williams : L'influence de l'épuisement sur la morbidité puerpérale. Etude basée sur l'examen de 5000 observations (2 graphiques). — Hugh Cabot : Sur la valeur de la tuberculine dans les affections de l'arbre urinaire. — H. F. Hartwell : Les vaccines bactériennes dans le traitement des infections pyogènes de l'arbre urinaire. — (N° 13, 29 sept.) Walter G. Seelye : La chirurgie plastique des ovaires et des trompes. — W. P. Grave : Etude sur la pneumonie post-opératoire basée sur les cas observés à la suite de 2000 opérations à l'hôpital gynécologique. — James B. Ayer : Une analyse de 62 cas de pneumothorax. — G. G. Smith : L'appendicite pendant l'année 1908-1909 à l'hôpital général des Massachusetts. — (N° 14, 6 oct.) Timothy Leary : L'immunité. Considérations sur la vaccinothérapie. — J. G. Mumford : Les types de la maladie de Graves. — William R. Woodbury et Carlisle Reed : Un cas d'hystérie, avec autopsie (1 tracé). — Harold H. Smith : Un cas de fièvre de Malte à Boston (1 tracé).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 13 oct. 1910.) Le traitement de la syphilis par le 606 d'Ehrlich (Congrès de Königsberg). — (N° 42, 20 oct.) J. Orth : R. Wirchow et la bactériologie. — Kraus : Sur le diagnostic fonctionnel du cœur. — Herzog : Sur la nature de l'agent du trachome. — Mühleus : Sur la malaria quarte indigène. — Knierim : Sur une localisation anormale d'un dépôt de sulfure de plomb dans l'intoxication chronique saturnine. — Pollnow : Sur l'amaurose transitoire. — Hausmann : Sur le cæcum mobile et l'appendice erratique. — Pottenger : Sur la rigidité musculaire et son importance comme signe de tuberculose des sommets. — (N° 43, 27 oct.) Weber : Traitement du morphinisme. — Lœffler : Sur un nouveau procédé d'enrichissement pour la démonstration par coloration de bacilles tuberculeux isolés. — Ebstein : Le traitement de la fièvre des foins. — Munk : Sur l'influence du traitement de la syphilis par le 606 sur la réaction de Wassermann. — Hirschberg : Examen fonctionnel du pancréas. — Ascoli : Sur la réaction à la méiostagmine dans la fièvre aphteuse. — Wideroë : Sur la réciprocité anatomique des organes à sécrétion interne. — Pollak : Un cas d'intoxication par le sulfate de cuivre avec examen de sang particulier. — Pechowitch : Influence des exercices de rampement sur l'albuminurie lordotique. — V. Poppen : Sur l'affection de la cornée dans la maladie de Basedow avec exophtalmie. — Schlesinger : Progrès dans le domaine de la petite chirurgie. — Schall : Nouveautés techniques en médecine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 18 oct. 1910.) Bruns : La diminution artificielle de la tension de l'air sur les poumons, méthode pour améliorer la circulation sanguine. — Schultze : Nouvelle communication sur les réactions des oxydases sur les coupes. — Roth : L'anesthésie durable du larynx dans la tuberculose par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur. — Beekhems : Affections cardiaques consécutives à un traumatisme. — Grassmann : Quelles affections cardiaques constituent une contre-indication au 606. — Duhot : Technique et dose des injections solubles de 606 d'Erlich. — Taege : Expériences et observations dans le traitement de la syphilis par le 606. — Ehrlers : Un cas de mort consécutif au 606. — Blascher : Technique des injections intraveineuses chez les enfants. — Bardachzi : Traitement radiothérapique des myomes utérins. — Purckhauer : Un inconvénient de la désinfection à l'iodbenzine. — Debbelt : Importance des échanges calcaires dans la pathogénie du rachitisme.

Semaine gynécologique. — (N° 40, 4 oct. 1910.) Pichevin : Traitement de la tuberculose péritonéale particulièrement d'origine génitale. — (N° 41, 11 oct.) R. Pichevin : Le traitement de la métrite cervicale.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 41, 13 oct. 1910.) O. Znekerkairdl : Sur la clinique de la paranéphrite fibroscléreuse. — Reach : Sur la connaissance de l'excrétion de sucre après l'extirpation partielle du pancréas. — Kreibich : Sur les oxydases et les peroxydases. — Doberer : Sur la chirurgie des voies biliaires. — Laufer : Myxœdème circonscrit chez un crétin. — (N° 42, 20 oct.) Kovacs et Stoerk : Sur l'état de l'œsophage dans l'hypertrophie cardiaque. — Hemmerschlag : Sur la surdité héréditaire et les lois de l'hérédité. — Pfeiffer : Sur la connaissance de l'anaphylaxie et de l'intoxication par l'hémolysine. — Pick : Le traitement de la syphilis par le 606 d'Ehrlich.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Nº 140. — JEUDI 8 DÉCEMBRE 1910. 83ᵉ ANNÉE. JEUDI 8 DÉCEMBRE 1910. — Nº 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 5 décembre : MM. Feldstein, 7; Astruc, 5; Besset, 9; Netter (Fernand), 8; Ruelle, 5; Camboulives, 8; Mlle Bouderlique, 5; MM. Colombe, 10; Sécheret, 7; Bonnet (Flavien), 9.

Pathologie. — Séance du 5 décembre : MM. Dedet et Salès, 9; Achard (Pierre), 10; François, 14; Coppin, 11; Boutier, 12; Netter (René), 10; Prigent, 14; Pierret, 11; Ribo, 9; Paraf, 11.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Oral. Physiologie.* — Séance du 6 décembre : MM. Girode, 16; Roux, 20; Cadenat, 16.

Prochaine séance, samedi 10 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un congé, pour l'année scolaire 1910-1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Fallot, professeur d'hygiène et médecine légale.

M. Olmer, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1910-1911 (durée du congé accordé à M. Fallot), d'un cours d'hygiène et médecine légale.

M. Lop, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1910-1911, d'un cours complémentaire d'accouchements.

Un congé, jusqu'au 31 janvier 1911, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Acquaviva, chef des travaux anatomiques.

ASSISTANCE MÉDICALE EN INDO-CHINE — Sont admis à subir les épreuves probatoires pour l'emploi de médecin stagiaire dans les services d'assistance en Indo-Chine : MM. les docteurs en médecine Bonnet, Boyer, Chazarain, Colat, Flurian, Isaac, Rongier, Riou-Kerangal.

UNE CHAIRE MUNICIPALE D'ANATOMIE. — On annonce qu'une chaire municipale d'anatomie sera peut-être créée par la ville pour le docteur Doyen. La proposition en sera faite à une prochaine séance du Conseil municipal par le docteur Guibert, d'accord à ce sujet avec M. Dausset, rapporteur général du budget.

LE KAISER, DOCTEUR HONORAIRE. — L'Université allemande de Prague vient de conférer à l'empereur Guillaume le titre de docteur honoraire en médecine.

On fait remarquer, à ce sujet, que le dernier docteur honoraire de l'Université de Prague fut Virchow dont on n'a pas oublié les démêlés avec l'empereur allemand.

LE CHOLÉRA A MADÈRE. — *Le Temps* signale que, jusqu'au 5 décembre, 181 cas de choléra ont été constatés à Funchal, dont 57 décès.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Boissard, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, fera le samedi 10 décembre à dix heures et demie, salle des conférences du musée, une conférence publique et gratuite sur la télégonie ou imprégnation maternelle.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (8, rue Dante). — CONFÉRENCES DE L'ANNÉE 1910-1911. — Le 606 et les nouvelles bases du traitement de la syphilis, par le docteur Leredde.

Cette conférence aura lieu le samedi 10 décembre, à six heures du soir, au siège de la corporative, 8, rue Dante.

Invitation cordiale aux médecins et à tous les camarades, membres ou non de l'Association.

Le programme des conférences de la corporative est publié dans les *Annales de la jeunesse médicale*, organe mensuel de l'A. C. Le demander au secrétariat.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

(Ces renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

LES NÉPHRITES DANS LE PURPURA

Par le professeur HUTINEL (1).

Je vais vous présenter un enfant de neuf ans dont l'histoire clinique a été intéressante et dont l'avenir nous préoccupe encore.

Il nous a été amené le 3 octobre 1910, souffrant depuis quelques jours de douleurs dans le ventre et dans les membres inférieurs. Auparavant, il était bien portant et normalement développé; d'ailleurs ses parents semblent exempts de tares. Depuis un mois cependant il était constipé et maigrissait. Dans les quinze derniers jours les selles étaient devenues glaireuses, sanguinolentes, il y avait même eu des vomissements, des douleurs abdominales et articulaires.

Nous l'avons trouvé pâle, amaigri, ne pesant plus que 21 kilos. Le pouls était fréquent; la température ne s'élevait pas au-dessus de 37°8. Eruption purpurique très étendue sur les membres et le tronc. Ventre rétracté, sensible au palper; foie un peu gros, mesurant 14 centimètres de hauteur; aucune altération du sang.

Traitement : glace sur le ventre, bouillon de légumes et eau d'orge, jus de citron ; chlorure de calcium.

Le 6 octobre, crises subintrantes d'épilepsie jacksonienne du côté gauche, se renouvelant pendant trois heures.

Injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'une solution d'adrénaline au millième.

Le liquide céphalo-rachidien ne renferme pas de sang; légère hématurie.

Le 7 octobre, les accès convulsifs ne se reproduisent pas; mais l'enfant se plaint de violentes douleurs du ventre et il a des selles sanglantes assez abondantes.

L'état général est mauvais; l'alimentation est réduite à quelques cuillerées d'eau.

Du 8 au 12 octobre, on injecte sous la peau, chaque jour, 3 centimètres cubes et demi d'une solution à 5 p. 100 de peptone de Witte.

L'état général s'améliore; cependant les hémorragies intestinales et cutanées continuent et semblent alterner.

Le 13 octobre, la température s'élève brusquement à 39 degrés, la gorge est rouge et la peau se couvre d'un érythème scarlatiniforme. Cet érythème, dans lequel on hésite à reconnaître une véritable scarlatine, disparaît assez rapidement.

Du 15 au 20 octobre, on injecte chaque jour dans le rectum 10 centimètres cubes de la solution de peptone (5 p. 100). Les selles redeviennent normales, aucun élément purpurique ne reparaît.

La convalescence s'installe et le poids augmente rapidement (3 kilos en dix-neuf jours).

Les urines ont été examinées régulièrement pendant toute la durée de la maladie.

Le 6 octobre, elles contenaient un peu d'albumine et une quantité modérée de sang (réaction de Meyer nettement positive).

Le 30 octobre, les traces d'albumine étaient tout à fait indosables et la réaction de Meyer, négative quand elle était faite suivant le procédé indiqué par l'auteur, était faiblement positive quand on recherchait la réaction sensibilisée. Après avoir centrifugé 10 centimètres cubes d'urine, on ne découvrait qu'une dizaine de globules rouges dans toute l'étendue de la préparation.

Le 17 novembre, la convalescence semble subir un temps d'arrêt; l'enfant est pâle et les cornées contiennent une proportion d'albumine plus forte qu'à toute autre période de la maladie.

La réaction de Meyer est cependant négative; l'albumine ne provient donc pas de la présence du sang dans l'urine; elle est imputable à une néphrite.

Ce petit garçon nous a donc présenté un fort bel exemple de purpura rhumatoïde avec hémorragies intestinales, hématuries et convulsions dues sans doute à une petite hémorragie méningée ; maintenant il est atteint d'une néphrite et l'examen de l'urine ne laisse aucun doute sur l'existence de cette complication.

M. Darré a recherché comment s'éliminait le bleu de méthylène. Après une injection sous-cutanée d'un centigramme de bleu en solution au 100e, les urines conservèrent pendant huit heures une coloration normale, puis elles prirent la teinte caractéristique. Ce retard de l'élimination n'était qu'apparent, car on trouvait du chromogène dans les urines recueillies une demi-heure, une heure, deux heures, quatre heures et six heures après l'injection. L'élimination du bleu dura quatre-vingt-trois heures, ce qui est peu anormal chez un enfant.

L'épreuve de la chlorurie alimentaire a également été faite.

A partir du 23 novembre, l'enfant a été soumis au régime amylacé déchloruré jusqu'au 28 novembre.

	Quantité d'urine.	NaCl par 24 heures.
23-24 novembre........	1250g	1g43
24-25 —	1150g	1g97
25-26 —	850g	1g13
26-27 —	1100g	3g10
27-28 —	500g	2g88

Injection quotidienne de 10 grammes de NaCl chaque jour pendant trois jours.

	Quantité d'urine.	NaCl par 24 heures.
28-29 novembre........	600g	13g66
29-30 —	800g	11g64
30 nov.-1er décembre....	1000g	9g60

Donc pas de rétention des chlorures.

Pendant cette épreuve la quantité d'albumine n'a pas augmenté, la réaction de Meyer est restée négative, le poids du corps n'a pas sensiblement varié; il a oscillé de 21k900 à 22k100. La tension artérielle n'a pas augmenté; elle a varié de 12 à 13,5.

L'épreuve de l'azoturie alimentaire a été également pratiquée.

	Quantité d'urine.	Urée par 24 heures.
28-29 novembre........	600g	8g20
29-30 —	800g	9g31

Injection de 20 grammes d'urée, deux jours de suite.

	Quantité d'urine.	Urée par 24 heures.
30 nov.-1er décembre....	1000g	15g50
1er-2 décembre.........	900g	27g

Il n'y a donc pas non plus de rétention de l'urée; il est vra que depuis huit jours le chiffre de l'albumine est presque indosable.

Quelle a donc été l'origine de cette néphrite? Est-

(1) Leçon du 3 décembre 1910.

ce le purpura? C'est possible, car nous voyons souvent l'albuminurie apparaître dans les purpuras rhumatoïdes. Mais on a noté, le 13 octobre, un érythème scarlatiniforme avec fièvre et angine rouge, bien difficile à différencier d'une scarlatine vraie et, aujourd'hui on constate, aux deux pieds, la présence d'une desquamation manifeste. N'a-t-on pas le droit de penser à une néphrite scarlatineuse?

Cette question d'origine qui pourrait vous sembler sans intérêt n'est nullement indifférente. S'il s'agit d'une néphrite scarlatineuse, nous avons le droit d'espérer une guérison assez rapide, car les néphrites de la scarlatine guérissent bien et d'une façon assez constante. Ne s'agit-il pas plutôt d'une néphrite consécutive au purpura? Dans ce cas le pronostic serait tout autre, car les lésions rénales provoquées par le purpura rhumatoïde sont toujours lentes à guérir, deviennent souvent chroniques et entraînent parfois la mort.

Ces néphrites occasionnées par le purpura sont moins connues que celles de la scarlatine; elles ne sont pourtant pas très rares et la gravité qu'elles présentent ordinairement justifie l'étude que nous allons en faire aujourd'hui.

*
* *

La plupart des médecins ont certainement eu l'occasion de voir apparaître de l'albuminurie dans l'urine, soit au cours, soit à la suite du purpura; mais pendant longtemps ces albuminuries ont été regardées comme un accident banal lié au rhumatisme et on les a considérées comme des néphrites rhumatismales.

Bouchard eut le mérite d'isoler le groupe des pseudo-rhumatismes infectieux. Il décrivit, d'autre part, toute une classe de néphrites secondaires provoquées par l'élimination à travers le rein des microbes propres à chacune des maladies infectieuses. C'est à la suite de ces travaux que l'on commença à individualiser les néphrites d'après leur origine.

On nota particulièrement la coexistence avec le rhumatisme pétéchial d'hématuries et même d'albuminuries (Gilbert, Mollière et Renaut, Martin de Gimard, Landouzy); mais on crut généralement à des lésions légères, fugaces, provoquées par des décharges microbiennes.

Bientôt les exemples de néphrites véritables occasionnées par le purpura se multiplièrent. Je n'ai pas l'intention de rapporter ici toutes les observations de ce genre qui ont été publiées; je me bornerai à en citer un certain nombre, recueillies chez de jeunes sujets.

Je trouve d'abord, dans la thèse de Vignerot (Paris, décembre 1890), l'histoire d'un garçon de seize ans, atteint de purpura avec fièvre, coliques, vomissements et douleurs articulaires, qui présenta presque dès le début une albuminurie assez abondante. Loin de diminuer sous l'influence du traitement, cette albuminurie augmenta, devint chronique et provoqua des œdèmes. Six mois après la fin de la maladie, l'urine contenait encore plus de 2 grammes d'albumine par litre.

En mars 1891, mon collègue Moussous (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, p. 62) publia deux cas de mal de Bright observés chez des enfants au cours du purpura rhumatoïde.

Dans le premier, un enfant rhumatisant présentait une anasarque très marquée, sans tache pétéchiale, avec une forte proportion d'albumine, six semaines après avoir été guéri d'une atteinte assez grave de purpura rhumatoïde. Dans le second, l'enfant, encore un rhumatisant, atteint d'une lésion cardiaque, fut atteint, lui aussi, d'un purpura dont la gravité n'eut rien d'extraordinaire; mais quelques semaines après il succomba à des accidents urémiques et on trouva à l'autopsie deux gros reins blancs dans lesquels l'examen histologique permit de reconnaître les lésions d'une néphrite diffuse intéressant tous les éléments de l'organe (glomérules, tissu conjonctif et appareil tubulaire).

Quelques années après (décembre 1895), William Osler publia dans *The American journal* (p. 629) un travail sur les complications viscérales des purpuras. Sur les onze cas qu'il observa, cinq furent accompagnés de néphrites aiguës; et, deux fois, ces néphrites furent suivies d'anasarque et de mort.

Dans l'observation III un garçon de six ans, atteint d'abord de douleurs articulaires, puis de coliques, d'éruptions urticariennes et purpuriques, enfin d'hémorragies intestinales, présente, cinq semaines plus tard, des urines rares, fortement albumineuses, avec globules sanguins et cylindres, il est ensuite atteint d'anasarque et meurt de néphrite trois mois après le début des accidents.

Dans l'observation VIII, fort succincte, communiquée par un médecin de Cambridge, une fillette de cinq ans, née de parents rhumatisants, meurt d'urémie comateuse et convulsive, quelques mois après un purpura suivi de diarrhée et d'anasarque.

L'auteur pense que la néphrite est la complication la plus grave du purpura. Dans quelques cas elle ne se révèle que par la présence de traces d'albumine et de rares cylindres; mais dans d'autres elle se caractérise par tous les signes d'une néphrite hémorragique aiguë.

En 1898, Valvanori Peroni (*La Pediatria*, nº 6) rapporte un cas de néphrite toxique avec indicanurie, chez un enfant de cinq ans, atteint de péliose rhumatismale.

Chaperon (Thèse de Paris, 1899-1900, p. 63) dit que la néphrite hémorragique devient quelquefois une véritable complication du purpura et rapporte une observation malheureusement incomplète du service de Grancher. Il s'agit d'un garçon de douze ans, atteint de purpura rhumatoïde, avec signes d'endo-péricardite, qui présenta de l'hématurie, de l'albuminurie et succomba assez rapidement.

Oddo et Olmer (*Arch. gén. de méd.*, février-mars 1900) étudient d'abord le rôle des reins dans la pathogénie du purpura, puis les altérations rénales qui relèvent de la même cause que le purpura. Ils décrivent des formes fugaces, des formes subaiguës et des formes hématuriques de ces néphrites et en rapportent une observation peu probante.

Je ne ferai que citer la thèse de Villers de Göttingen (1901); et celle de Fontanié (Paris, 1902-1903) dans laquelle se trouve l'observation d'un enfant de onze ans qui présenta d'abord des hématuries au cours d'un purpura rhumatoïde, puis une néphrite avec albuminurie assez abondante à laquelle il succomba. Les reins dans ce cas étaient gros, blanchâtres et présentaient des lésions de glomérulo-néphrite.

Puis viennent des observations de Parker, citées par G. Simon (*Gazette des hôpitaux*, 1904) qui, de son côté, rapporte trois cas assez nets du service de Guinon.

En 1908 Vieilliard, dans une bonne thèse consacrée à l'étude des crises abdominales douloureuses dans le purpura (Th. de Paris), publie un assez grand nombre de faits. Notons particulièrement l'observation IV dans laquelle une fillette de douze ans atteinte de purpura rhumatoïde avec douleurs abdominales quitte l'hôpital avec une néphrite chronique et meurt quelques jours après ; puis l'observation VI, où un garçon de quatorze ans et demi présente au cours d'un purpura rhumatoïde, qui avait débuté par des symptômes pseudo-péritonétiques, d'abord des urines sanglantes, ensuite une forte proportion d'albumine (8 grammes par litre) et sort de l'hôpital avec une néphrite chronique, ayant encore 3 grammes d'albumine par litre d'urine ; enfin l'observation VII d'une fillette de quatorze ans qui semble guérie mais qui a encore 1 gramme d'albumine par litre d'urine.

J'ai vu moi-même, à la suite de purpuras rhumatoïdes, des cas assez nombreux de néphrites et je signale depuis longtemps à mes élèves la gravité de cet accident.

Je citerai, en particulier, l'exemple d'une fillette de douze ans, que j'ai soignée aux Enfants-Assistés et conservée dans mon service pendant plus d'un an. Après avoir présenté un purpura avec arthropathies, crises abdominales douloureuses, hématuries répétées et endo-péricardite, cette fillette eut une néphrite chronique à laquelle elle finit par succomber. A l'autopsie on trouva des reins blancs absolument typiques.

Dans la communication qu'ils ont faite le 22 avril 1910, à la Société médicale des hôpitaux, MM. Nobécourt et Tixier citent, entre autres observations, le cas d'une fillette de la salle Parrot qui fut atteinte, l'année dernière, d'un purpura rhumatoïde avec sphacèle de la peau, douleurs abdominales simulant l'appendicite, hématuries abondantes, et qui, après un séjour de trois mois, nous quitta avec une néphrite chronique.

MM. Babonneix et Lacapère ont vu récemment une fillette de sept ans et demi atteinte de purpura avec arthropathies, vomissements bilieux et urines sanglantes chez qui une albuminurie et une augmentation de volume des reins persistèrent longtemps après la disparition des hématuries.

Il me serait facile de multiplier ces observations qui, d'ailleurs, semblent toutes calquées les unes sur les autres. Les néphrites occasionnées par le purpura sont donc assez fréquentes. Elles prennent des allures spéciales et, à ce titre, elles méritent vraiment d'être individualisées.

*
* *

Suffit-il donc qu'il existe du purpura, c'est-à-dire des taches ecchymotiques sur la peau pour que l'on doive redouter l'apparition d'une néphrite?

Assurément non. Le purpura n'est pas, à proprement parler une maladie ; c'est un syndrome. Il peut apparaître secondairement, sous l'influence de causes locales, ou de causes générales. Il peut aussi sembler primitif ; il dépend alors, en réalité, de causes plus ou moins inconnues, d'ordre toxique ou infectieux. Or, parmi ces purpuras provisoirement appelés primitifs, il en est un que nous voyons dans la plupart de nos observations, sinon dans toutes, se compliquer d'une néphrite à évolution particulière, c'est celui auquel on a donné le nom de *purpura rhumatoïde*.

Il semble avoir une véritable individualité clinique. Caractérisé par une éruption purpurique qu'accompagnent souvent d'autres exanthèmes polymorphes, il s'annonce généralement par une sensation de fatigue et de courbature ; par des troubles digestifs, nausées, vomissements, douleurs abdominales assez vives souvent pour éveiller l'idée d'une appendicite, d'un étranglement interne ou d'une invagination intestinale et il s'accompagne souvent d'hémorragies intestinales et d'hématuries. Les articulations sont presque toujours douloureuses ; si parfois il ne s'agit que de simples arthralgies sans déformation, souvent on note des arthrites ou des périarthrites. La parenté de cette forme de purpura avec le rhumatisme a toujours frappé les observateurs depuis Schönlein qui en 1837 lui avait donné le nom de péliose rhumatismale : et elle est est encore accusée par le fait qu'on voit parfois survenir des complications cardiaques, endocardites et péricardites, comme on l'a noté dans plusieurs de nos observations.

Si l'on recherche l'origine de ce purpura, on est en droit d'incriminer dans la plupart des cas une toxi-infection digestive. L'état du foie et du système nerveux intervient également; quant aux altérations sanguines, elles sont d'ordinaire assez peu importantes. Dans nos observations, la formule hématologique est le plus souvent normale; parfois cependant le nombre des globules rouges semble augmenté, et il existe une leucocytose assez accentuée. La coagulation du sang se fait dans des conditions normales, le caillot est rétractile et il n'y a pas de myélocytes.

Il s'agit en somme d'un état toxi-infectieux dont il faut chercher la cause, non seulement dans une modification accidentelle de la flore intestinale, mais dans des altérations des ferments digestifs et des glandes annexes, particulièrement du foie. Or ces toxi-infections sont assez banales; mais elles sont durables et rechutent souvent ; elles se reproduisent sous des influences difficiles à déterminer d'une façon irrégulièrement périodique et sont capables, par conséquent, d'exercer sur le filtre rénal une action répétée et prolongée.

*
* *

La plupart des cas de néphrites graves que nous avons pu relever se sont produits chez des sujets qui avaient présenté des crises gastro-intestinales douloureuses. Ces crises étaient caractérisées le plus souvent par des souffrances assez vives pour éveiller l'idée d'une appendicite ou d'un étranglement interne ; elles étaient généralement accompagnées de nausées et de vomissements d'abord muqueux puis bilieux, ensuite sanguinolents, hémorragiques ou même fécaloïdes ; dans presque tous les cas, elles étaient suivies de diarrhée sanglante ou même de véritables hémorragies intestinales.

Dans cette forme de purpura, les hémorragies ont surtout pour siège le tube digestif. Les épistaxis sont rares ; il en est de même des hémoptysies et des hémorragies encéphaliques ou méningées ; mais il faut faire une exception pour les hémorragies rénales. Celles-ci se rencontrent assez souvent dans le purpura rhumatoïde. Elles ne sont pas forcément suivies d'une altération grave de l'organe ; mais elles sont presque toujours notées dans les cas où l'on signale l'existence d'une néphrite. Elles apparaissent alors comme le symptôme initial de cette complication.

Il est assez fréquent, en effet, de voir survenir au cours du purpura, quelques jours après le début de la maladie ou encore au moment d'une poussée de taches ecchymotiques, une hématurie plus ou moins nette. La proportion du sang contenu dans l'urine est d'ailleurs variable. Parfois l'urine est si peu teintée qu'il faut avoir recours à la réaction de Meyer pour déceler la présence du sang ou rechercher les hématies dans le dépôt urinaire obtenu après centrifugation de quelques grammes de liquide. Dans d'autres cas, au contraire, l'urine est rouge comme du sang ou noirâtre et l'hématurie peut être assez considérable pour devenir inquiétante. Entre ces deux extrêmes se place une foule d'intermédiaires. Les hématuries peuvent se répéter à chaque poussée de purpura et durer quelques jours.

Bien qu'il soit difficile de saisir sur le fait le passage du sang dans l'urine, il est probable que l'hémorragie se fait dans le parenchyme rénal, particulièrement au niveau des glomérules et si, dans un cas, l'autopsie n'a montré, quelques semaines plus tard, qu'un gros rein blanc d'apparence anémique, cela ne suffit pas pour prouver que l'hémorragie se soit faite au niveau du bassinet.

L'hémorragie peut se produire sans que les éléments du rein soient lésés d'une façon sérieuse. L'hématurie est alors un accident passager qui n'a pas forcément des conséquences fâcheuses ; elle n'est guère plus grave qu'une épistaxis ou qu'une ecchymose sous-cutanée ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois le rein réagit, ses éléments s'altèrent et il se produit une néphrite plus ou moins grave.

Dans certains cas que l'on peut qualifier de favorables, l'urine est plus ou moins teintée de sang, mais la quantité d'albumine qu'elle renferme est plus abondante que ne devrait le faire supposer la proportion des hématies. Il s'est donc produit une réaction irritative du parenchyme rénal, et l'on trouve dans le dépôt urinaire, à côté de globules rouges et de leucocytes en nombre variable, des cellules épithéliales et même des cylindres hématiques. Le sang disparaît d'abord, mais l'albuminurie persiste plus longtemps ; cependant elle diminue progressivement et tout finit par rentrer dans l'ordre.

L'évolution des accidents n'est pas toujours aussi heureuse. Souvent après une première hématurie suivie d'albuminurie, une seconde survient avant que les urines ne soient redevenues normales, puis une troisième. Le mal procède ainsi par poussées successives et il est à craindre, dans ce cas, que, gravement lésé par la toxi-infection, le tissu rénal ne soit long à se réparer. En effet, après la disparition du sang, l'albumine diminue très lentement et il en reste des traces plusieurs semaines ou plusieurs mois après la guérison du purpura. L'urine finit cependant par redevenir normale ; on peut alors croire à une guérison à peu près complète, mais il est manifeste que le rein a été sérieusement atteint.

Chez certains enfants, on note, après la poussée hématurique, une amélioration qui fait espérer une guérison prochaine ; mais, tout à coup les urines se teintent de nouveau et l'albumine augmente. Les dosages accusent alors des chiffres élevés, 3, 4 et jusqu'à 8 grammes par litre ; l'enfant devient bouffi et fait de l'anasarque. La néphrite est alors constituée.

Que va devenir cette néphrite ? Après avoir traversé une phase aiguë va-t-elle s'atténuer peu à peu et guérir ? S'il s'agissait d'une néphrite scarlatineuse, on pourrait presque l'affirmer. Ici, il convient d'être beaucoup moins optimiste. En effet, cette néphrite ne manifestera, d'ordinaire, qu'une très faible tendance à la réparation. Elle s'améliorera à peine sous l'influence du régime le plus judicieux et elle résistera au traitement avec une ténacité désespérante.

Sans doute la néphrite du purpura modifie moins la pression artérielle et cause moins de troubles circulatoires que la néphrite scarlatineuse ; rarement elle fait apparaître la dilatation cardiaque, le bruit de galop, le gros foie congestionné que nous observons souvent chez nos scarlatineux atteints de néphrites graves ; mais elle n'en est pas plus bénigne pour cela, elle prend d'emblée des allures chroniques et pendant des mois ou des années on la voit persister, sans tendance à l'amélioration.

Il est possible, d'ailleurs, que cette néphrite chronique ne soit pas assez grave pour porter à la nutrition une atteinte profonde ; alors c'est presque par hasard qu'on la découvre et elle reste en quelque sorte latente. D'ordinaire elle ne garde pas ce caractère bénin ; on ne tarde pas à voir paraître la pâleur et l'anasarque qui témoignent de l'existence d'un véritable mal de Bright.

Cette néphrite chronique peut durer assez longtemps sans compromettre gravement l'existence ; mais souvent elle entraîne la mort. Les observations que j'ai rapportées prouvent en effet que la mortalité est très forte dans la néphrite du purpura, surtout si on la compare à celle de la néphrite scarlatineuse.

La durée des accidents varie d'un mois à dix-huit mois. Les malades sont emportés, soit par des accidents urémiques, soit par des complications intercurrentes.

L'examen des urines donne sur l'état des reins quelques renseignements intéressants. Au début, on trouve, dans le sédiment, des hématies en nombre plus ou moins considérable et une forte proportion de leucocytes avec quelques éosinophiles. Plus tard on y découvre des cellules épithéliales et de nombreux cylindres. La quantité d'albumine est généralement assez forte; elle varie de 0g30 à 5, 6 et 8 grammes par litre; sa nature n'est pas toujours identique aux différentes périodes de la maladie. On note de grandes irrégularités dans l'élimination urinaire; il est assez fréquent de voir le chiffre de l'urine rendue en vingt-quatre heures, varier en quelques jours de 200 grammes à 2 litres.

La pâleur, la bouffissure ou l'anasarque que présentent les malades ne laissent alors aucun doute sur l'existence d'une lésion rénale; mais nous avons vu que cette lésion a un faible retentissement sur l'appareil circulatoire. Si la tension artérielle augmente peu, si le cœur ne se distend pas et si le foie ne devient pas volumineux, comme dans certaines néphrites aiguës avec anasarque, c'est probablement parce que, dans ces cas, le rein se comporte à la façon d'un filtre percé.

Les observations dans lesquelles l'examen complet des urines a pu être pratiqué est fort restreint. Deux fois nous avons noté un retard dans l'élimination du bleu de méthylène; nous avons cherché comment passaient les chlorures et l'urée et voici le résumé des observations faites par Nobécourt, chez une fillette dont l'histoire clinique a été résumée plus haut.

Du 22 au 28 mars 1910, le poids de l'enfant a varié de 14k750 à 15 kilos; le volume des urines de 650 à 1750 centimètres cubes; le taux des chlorures éliminés, de 1g18 à 2g79 par vingt-quatre heures.

Du 29 mars au 2 avril, on donne chaque jour 10 grammes de NaCl, au total 50 grammes.

Pendant cette période et jusqu'au 4 avril, le volume des urines et le taux des chlorures urinaires sont les suivants :

	Volume.	NaCl par 24 heures.
29-30 mars	1350cc	9g34
20-31 mars	1300cc	10g80
31 mars-1er avril	1700cc	15g12
1er-2 avril	1680cc	13g86
2-3 avril	1650cc	8g41
		(On cesse de donner NaCl.)
3-4 avril	850cc	8g23
4-5 avril	250cc	0g69

Albumine, 0g50 par litre.

Le poids passe de 15 kilos à 15k500 le 3 avril pour retomber à 15 kilos le 5 avril.

La rétention de NaCl n'a donc pas été appréciable.

Du 5 au 18 avril, le volume des urines oscille entre 700 et 1800 centimètres cubes; le taux des chlorures, par vingt-quatre heures, entre 1g10 et 2g21.

Pendant cette période, on fait l'épreuve de l'injection expérimentale de l'urée.

	Urée par 24 heures.
5-6 avril	5g03
6-7 avril	6g31

Du 7 au 11 avril, on donne quotidiennement 20 grammes d'urée, en tout 100 grammes.

	Urée par 24 heures.
7- 8 avril	20g
8- 9 avril	20g
9-10 avril	20g14
10-11 avril	20g48
11-12 avril	14g
	(On cesse de donner l'urée.)
12-13 avril	6g83
13-14 avril	4g40

La proportion d'albumine est de 0g50 à 0g40 par litre.

Il n'y a pas eu de rétention appréciable d'urée; mais il est difficile de formuler une conclusion ferme en l'absence d'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Dans la plupart des autopsies qui ont été faites, le rein se présentait avec les caractères d'un gros rein blanc. Les lésions portaient à la fois sur les glomérules, sur les épithéliums et sur le tissu interstitiel. Il s'agissait donc de néphrites diffuses, surtout parenchymateuses.

Je dois cependant citer deux cas dans lesquels l'affection rénale s'est comportée à la fin comme une néphrite scléreuse.

Dans le premier cas, un boucher de quarante-cinq ans, après un purpura rhumatoïde accompagné de crises abdominales très douloureuses, d'arthropathies, d'endo-péricardite et d'hématuries, présenta une néphrite chronique, remarquable par le taux élevé de l'albumine éliminée. La maladie dura cinq ans. A la fin, il n'y avait presque plus d'œdèmes, mais le cœur était très hypertrophié et il existait un bruit de galop superbe. Le malade succomba à des accidents urémiques.

Dans le second cas, rapporté par Osler, un homme de trente ans observé par le docteur Prentiss (de Washington) eut plusieurs atteintes de purpura en 1889. Les accès se répétèrent pendant un an; il y eut alors du sang et de l'albumine dans les urines. Six ans après, en 1895, on revit le malade. Il était alors atteint de néphrite chronique, avait une forte tension artérielle et des artères sclérosées.

Dans ces deux cas, c'étaient des adultes qui avaient été atteints; chez l'enfant nous n'avons pas rencontré de faits pareils. Je dois ajouter que plusieurs adultes se sont comportés comme nos enfants et sont morts avec de gros reins blancs.

Tous les éléments du rein semblent avoir été touchés par une toxi-infection redoutable, car on n'admet plus guère que le passage des germes puisse à lui seul causer de pareils désordres. C'est un poison qui nécrose ou qui altère les épithéliums, comme le ferait le phosphore ou l'arsenic et qui, en même temps, provoque les réactions actives de tous les éléments de la glande. Nous retrouvons la marque de cette toxi-infection dans les lésions du péricarde

et de l'endocarde qui sont notées assez souvent dans nos observations; mais nous ne connaissons pas encore son essence.

Quelle que soit son origine, la néphrite ne tarde pas à devenir une maladie autonome; elle s'individualise et évolue pour son propre compte; mais c'est ici que l'on peut apprécier l'influence fâcheuse que les troubles digestifs et les toxi-infections alimentaires exercent sur la lésion rénale. Le purpura a été en grande partie causé par ces toxi-infections, le fait ne me paraît guère douteux; quand il a disparu, elles tendent à se reproduire, sous des formes que le médecin s'efforce d'atténuer en prescrivant un régime sévère, mais qui sont suffisamment nocives, néanmoins, pour empêcher la lésion rénale de se réparer.

On comprend donc qu'entretenues par l'état défectueux des digestions intestinales ces néphrites soient toujours graves et comportent un pronostic particulièrement sévère.

*
* *

Cherchons maintenant la place que la néphrite du purpura doit occuper en pathologie infantile. Nous avons vu, chemin faisant, qu'elle différait notablement de la néphrite scarlatineuse, nous ne reviendrons pas sur ce point. Faut-il en rapprocher les cas publiés par G. Still (*The Lancet*, 1904) de deux cas de néphrite observés à la suite du scorbut chez des enfants dont l'urine contenait encore des traces manifestes d'albumine, plusieurs semaines chez l'un, plusieurs mois chez l'autre, après la disparition des manifestations scorbutiques ?

C'est possible : scorbut et purpura ont en effet plus d'un point de contact; mais il m'a paru que la néphrite du purpura se rapprochait surtout de certaines néphrites de cause inconnue dont je vous ai parlé plus d'une fois. Ces néphrites ont un début sournois, une évolution torpide ; elles restent plus ou moins longtemps latentes et semblent chroniques d'emblée; on les découvre accidentellement ou bien elles se démasquent à l'occasion d'une poussée aiguë. Elles laissent au rein une assez grande perméabilité et retentissent peu sur l'appareil circulatoire; elles m'ont toujours paru imputables à des infections banales. L'analogie qu'elles présentent avec celles du purpura, dans leur marche et dans leurs principaux caractères, et la comparaison que nous en avons pu faire avec des néphrites consécutives à des infections graves de l'intestin nous conduisent à penser que le rôle des toxi-infections intestinales dans la genèse de ces néphrites est peut-être plus important que celui qu'on accorde trop facilement à certaines manifestations tuberculeuses plus ou moins problématiques. Certes, la place que la tuberculose doit prendre en pathologie est immense; ce n'est pas une raison, cependant, pour l'élargir d'une façon démesurée.

*
* *

Que vous dirai-je du traitement? L'enfant que vous venez de voir et chez qui la néphrite dure encore doit être surveillé de près. Fût-il atteint d'une scarlatine, il n'en a pas moins présenté un purpura grave; de ce fait, son appareil digestif et son foie sont fortement suspects. Notre devoir est de lui imposer pendant longtemps un régime qui diminue la formation dans l'intestin de poisons capables d'entretenir la lésion rénale. Lui donnerons-nous exclusivement du lait? Je ne vois à ce régime aucun avantage. Le lait est souvent mal toléré par les sujets atteints de colites et d'infections intestinales avec constipation. On me contait récemment l'histoire d'un enfant qui avait eu de l'albuminurie à la suite d'un purpura et qui n'en guérit que grâce à la diète féculente. Chaque fois qu'il prenait du lait l'albumine reparaissait. Nous donnerons donc à notre malade des féculents et des sucres. Nous ne supprimerons pas complètement le sel qui passe facilement dans l'urine; mais nous en donnerons peu, car il exerce sur la sécrétion rénale une action excitante.

Nous éviterons surtout les aliments riches en azote. Les viandes, les poissons, les œufs, qui contribueraient certainement à former dans l'intestin des substances toxiques, seraient particulièrement nuisibles. Les graisses elles-mêmes doivent être permises en proportions très modérées car les acides auxquels elles peuvent donner naissance sont également à craindre.

L'enfant devra rester au repos; mais nous lui administrerons peu de médicaments. En ce moment il paraît s'acheminer vers la guérison; nous n'interviendrons que si un accident ou une complication nous y forcent.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA GRIPPE CHEZ LES ENFANTS

M. Deguy résume ainsi dans la *Clinique infantile* le traitement de la grippe chez les enfants :

Comme antipyrétiques et analgésiques, employer l'antipyrine, le pyramidon, la salipyrine, la phénacétine, le citrophène, le salophène.

Comme toniques, utiliser le quinquina, la quinine ou ses sels, l'aristochine, l'euquinine, le quinoforme (formiate basique de quinine).

On peut formuler :

Caféine	0g10
Chlorhydrate de quinine	0g20
Salipyrine	0g30
Benzoate de soude	1 gramme
Eau distillée	20 —
Sirop de mûres ...... q. s. p.	80 cent. cubes

(Par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.)

Contre le coryza, mettre dans le nez un peu de la pommade suivante :

Fleur de soufre	0g20
Chlorétone	0g50
Vaseline	30 grammes

Contre les phénomènes pulmonaires :

Cataplasmes sinapisés.

Potion avec :

Terpine	*ãã*	1 gramme
Benzoate de soude		
Extrait de quinquina		0g50
Sirop de coquelicot	*ãã*	40 grammes
Sirop de tolu		
Eau de tilleul .... q. s. p.		120 cent. cubes

Agiter (une cuillerée à soupe toutes les deux heures).

Contre l'anorexie consécutive, une cuillerée à soupe avant chaque repas de :

Teinture de badiane....	āā	1 gramme
Teinture de colombo...		
Teinture de noix vomique...		0g25
Sirop de gentiane..........		100 grammes
Sirop de cerise......q. s. p.		150 cent. cubes

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1910)

Néphrectomie partielle. — M. TUFFIER lit une observation qu'il a déjà communiquée à la Société de chirurgie (V. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 135, p. 1848).

Les mitochondries. — M. NAGEOTTE fait une communication sur ce sujet.

Pathogénie de l'œdème pulmonaire adrénalinique. — M. HALLION communique les résultats d'expériences qu'il a faites à l'aide d'injections d'adrénaline dans les veines d'animaux. Il résulte de ces expériences que l'œdème ne serait pas seulement d'origine mécanique.

Coagulation du lait. — M. DELZENNE a étudié de nouveaux ferments capables de coaguler le lait.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1910)

Deux cas de poliomyélite antérieure avec atteinte du faisceau pyramidal. — M. CLAUDE montre un homme de vingt-deux ans, atteint depuis deux ans d'une atrophie des membres supérieurs par poliomyélite aiguë, et dont les réflexes rotuliens sont exagérés, avec signe de Babinski intermittent, et signe d'Oppenheim. Le début a été marqué par des douleurs cervicales tellement vives pendant quelques jours, que le médecin a cru à une arthrite cervicale, ou au mal de Pott. L'orateur parle également d'une jeune fille ayant une atrophie diffuse des membres inférieurs par poliomyélite, avec abolition des réflexes rotuliens, exagération des achilléens et signe de Babinski.

Inversion du réflexe radial dans un cas de syringomyélie probable. — M. CLAUDE. Le malade présente le signe récemment décrit par M. Babinski : la percussion, au marteau, du radius, donne l'inversion du réflexe normal, à savoir la flexion des doigts sans flexion de l'avant-bras sur le bras. Ce signe, dit M. Babinski, semble indiquer une lésion cervicale, or, le malade en question paraît atteint d'une syringomyélie localisée, avec troubles de la sensibilité dans le domaine des racines cervicales. — M. THOMAS croit avoir observé ce signe dans un cas de myopathie scapulo-humérale. — M. Babinski ne nie pas que certaines névrites ne puissent l'engendrer.

Arthropathie tabétique rachidienne. — M. DUFOUR. Le malade, tabétique net, a une arthropathie de la colonne lombo-sacrée, indolore, réductible avec craquements, dans la station debout, le poids de la partie supérieure du corps détermine la compression des racines de la queue de cheval, avec douleurs intenses et œdème.

Alcoolisation locale au cours de la névralgie faciale. — M. SICARD, après une expérience de sept années, a vu que les accalmies succédant aux injections sont de plus en plus longues au fur et à mesure que les injections se répètent ; d'abord de six à dix mois, elles peuvent ensuite se prolonger deux ans et plus, elles sont également au prorata des phénomènes de régénération nerveuse et d'autant plus marquées que le nerf a été plus directement touché par l'injection : un homme qui avait reçu sans succès 110 injections, a été soulagé complètement par une seule injection atteignant le maxillaire inférieur au niveau du trou ovale, ce qu'on peut juger d'après l'intensité de l'anesthésie consécutive dans le territoire du nerf injecté.

Hémiplégie droite avec troubles cérébelleux. — MM. BABINSKI et JUMENTIÉ présentent un ancien syphilitique, qui, en descendant de son lit, en janvier dernier, fut pris d'une hémiplégie droite, sans autres phénomènes. Actuellement, l'atteinte du faisceau pyramidal ne se révèle que par un peu d'hypotonie et une légère exagération des réflexes par comparaison avec l'autre côté : on note au contraire des troubles cérébelleux : nystagmus, adiadococynésie, tremblement du côté malade, sans troubles des sensibilités superficielles ou profondes.

Chorée de Sydenham, maladie organique. — M. A. CHARPENTIER présente une fille de quatre ans, atteinte un mois après une typhoïde légère survenue en septembre dernier d'une chorée prédominant à droite, avec abaissement de l'épaule et du sein du même côté. On trouve des troubles de la diadococynésie, un peu d'asynergie, et un certain degré d'hypoexcitabilité faradique des muscles jambier antérieur et péroniers latéraux. Ce fait s'ajoute à celui déjà publié par l'auteur et à ceux de MM. Babinski et Thomas, pour plaider en faveur de l'origine organique de la chorée de Sydenham, par méningo-encéphalite légère.

Nævi à topographie radiculaire. — MM. S. DELILLE et LAGANE montrent un enfant de cinq ans, portant sur le côté droit du corps, des nævi à topographie radiculaire (cervicales 3 à 7, dorsales 2 à 4, lombaires 1 et 2, sacrée 3) avec lignes de Voigt.

Troubles sensitifs chez les aphasiques. — MM. MARIE et FOIX dans 70 p. 100 des cas ont trouvé des troubles de la sensibilité tactile, respectant les autres modes des sensibilités superficielles et profondes. Ils peuvent s'accompagner de douleurs spontanées, mais pas de choréo-ataxie, et semblent indiquer une lésion corticale étendue, atteignant le centre de Wernicke.

Maux perforants multiples et arthropathie tarsienne à type tabétique sans tabes. — MM. P. BARRÉ. Le malade a quatre maux perforants en évolution au pied droit, avec arthropathie tabétiforme du tarse, sans aucun signe de tabes : avec 0,8 lymphocytes par millimètre cube dans le liquide céphalo-rachidien. La réaction de Wassermann est positive. Le malade a depuis quatorze ans une sciatique droite, mais M. BABINSKI fait observer que les réflexes ne sont même pas abolis, tandis que les maux perforants sont exceptionnels dans les cas de sciatique avec perte des réflexes.

Monoplégie probablement corticale. Troubles sensitifs fugaces. — M. SOUQUES présente un homme qui, en portant des journaux, fut pris brusquement d'une monoplégie du bras droit. Divers petits signes permettent de la considérer comme organique ; mais le fait le plus intéressant est la constatation, pendant les vingt-quatre premières heures seulement, d'une légère hypoesthésie avec astéréognosie, à la partie inférieure du bras paralysé ; semblable hypoesthésie est considérée par Krause, notamment, comme constante, à la suite de l'ablation d'un centre moteur cortical.

Lésion probable des tubercules quadrijumeaux antérieurs et des régions latérales voisines. — MM. ROSE et MAGITOT. Il s'agit d'un cas de cécité progressive avec perte

de tous les réflexes pupillaires sans lésion du fond de l'œil. On trouve en outre des phénomènes spasmo-cérébelleux légers. Les auteurs discutent la localisation possible de la lésion; en l'absence de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, et la réaction de Wassermann étant négative, l'hypothèse d'un tubercule solitaire devient probable.

Présentation d'un nouveau réflexomètre. — M. H. Piéron.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(Séance du 1er décembre 1910)

L'expertise psychiatrique dans l'armée. — M. Simonin, comme MM. Chavigny et Granjux, reconnaît la nécessité de l'éducation psychiatrique des médecins de l'armée. Il y a déjà insisté au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1909 et dans diverses publications. Mais il estime qu'il est indispensable que certains se spécialisent en psychiatrie, de façon à devenir de véritables experts offrant des garanties analogues de celles qu'on exige des médecins assermentés auprès des tribunaux civils. Il soumet à la Société un projet général d'organisation de l'expertise psychiatrique dans l'armée.

M. Boigey conteste la valeur absolue des expertises psychiatriques faites à l'hôpital, qui est un milieu artificiel où les anomalies intellectuelles ressortent mal quelquefois. Il préfère l'expertise faite dans le milieu même où évolue le sujet. En tout cas l'expert devra toujours tenir grand compte des résultats de l'observation du médecin habituel de l'homme, et en particulier dans l'armée, du médecin du régiment.

M. Haury relate avec beaucoup de détails l'intéressante observation d'un individu ayant subi plusieurs condamnations, tant civiles que militaires, et qu'il a reconnu être un véritable aliéné. Cela démontre une fois de plus la nécessité d'examiner systématiquement tous les prévenus et également de dépister, avant le délit, les anormaux psychiques de toutes espèces, débiles, déséquilibrés de tous degrés.

Traitement des traumatismes craniens fermés. — M. Darde pratique systématiquement la trépanation exploratrice qui est une opération facile sans danger si elle est aseptique, et qui permet de reconnaître des lésions qui pouvaient passer inaperçues et d'y remédier. Depuis deux ans il a pratiqué trois trépanations pour traumatismes fermés du crâne qui ont guéri rapidement et sans complications. Ses blessés ont tous éprouvé un soulagement immédiat à la suite de son intervention. Dans un cas où il a dû s'abstenir, le blessé a guéri, mais la convalescence a été longue et il persiste des troubles psychiques plus d'un an après le traumatisme.

M. Lapasset apporte aussi des observations qui lui semblent démontrer la nécessité de l'intervention dans tous les cas où les symptômes généraux sont graves, même si le blessé est simplement agité, et qu'il n'existe pas de signes de compression localisée. La ponction lombaire sera toujours faite en premier lieu; mais, si après elle les symptômes persistent, on ne doit pas hésiter à intervenir plus activement.

Fièvre de Malte. — M. du Bourguet en a observé 6 cas en Corse qui doit être considérée définitivement comme un foyer très actif de fièvre méditerranéenne. Chez presque tous ses malades, il a pu déceler comme étiologie l'absorption de lait de chèvre non bouilli. Trois de ces cas ont évolué normalement. Chez un autre, il s'est compliqué d'orchite; enfin chez deux femmes en état de gestation, la maladie a déterminé l'accouchement prématuré.

Le traitement quinique n'a donné aucun résultat. Le pyramidon, les injections intraveineuses d'électrargol ont amené un abaissement thermique de quelques jours.

Traitement de la névralgie sciatique par le courant continu. — M. des Cilleuls a traité 23 malades à l'aide de courants continus. Il se sert d'une grande électrode (pour avoir de fortes intensités) qu'il place au niveau de la région ombilicale, et comme électrode active, d'un rouleau qu'il promène sur le trajet du nerf sciatique. La durée de séances va en s'accroissant d'un quart d'heure jusqu'à une heure. Des accalmies surviennent après ces séances pendant deux ou trois heures puis augmentent de jour en jour. La guérison a été obtenue chez tous ses malades en huit à dix jours.

Présentation d'appareil de thermothérapie. Radiateur à liquides ou à sable chauds. — M. Miramond de la Roquette.

ANALYSES

MÉDECINE

Entérite trichocéphalienne. (Cade et Garin. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, juin 1910.) — Il existe plusieurs formes cliniques de cette entérite : la *forme diarrhéique* avec hémorragies intestinales occultes; la *forme dysentérique*; la *forme entéro-colitique*; la *forme appendiculaire*; le *diagnostic* est basé sur l'examen microscopique des fèces; l'examen du sang (*éosinophilie*) donne des résultats assez inconstants. Le *traitement* (thymol à la dose de 3 à 4 grammes par jour suivi d'une purgation saline) donne souvent de bons résultats. L. Babonneix.

CHIRURGIE

Transfusion sanguine de veine à veine. (Dorrance et Ginsburg. *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LV, n° 7, 13 août 1910, p. 569-570.) — La transfusion d'artère à veine est une opération assez délicate; à cause de la force du jet de sang, il n'est pas toujours possible d'éviter une dilatation aiguë du cœur. Avec la méthode de veine à veine, cet accident ne peut se produire. L'avantage de la méthode d'artère à veine d'introduire dans l'économie un sang plus riche en oxygène ne compense pas ce risque. Dans la méthode d'artère à veine, l'artère radiale est souvent trop petite et il faut remonter plus haut. Les artères n'ont point sur le vivant les dimensions qu'elles ont sur la table de dissection.

Avec la méthode veino-veineuse, on travaille sur des vaisseaux superficiels et facilement accessibles. Les dimensions des vaisseaux sur lesquels on opère rendent la technique plus facile.

Les auteurs ont anastomosé expérimentalement, chez le chien, jugulaire à jugulaire, et jugulaire à fémorale; chez l'homme, médiane céphalique à médiane céphalique.

F. Gardner.

Paralysies oculaires associées à l'anesthésie rachidienne par injection de diverses substances en solution. (Reber. American medical Association, réunion de juin 1910, in *Journ. amer. med. Assoc.*, vol. LV, n° 5, 30 juillet 1910, p. 380-386.) — L'auteur relate 5 cas survenus sur 2000 anesthésies rachidiennes pratiquées dans un hôpital de Philadelphie. Avec les cas publiés (tous allemands, sauf 2) cela fait 36 cas dont 33 intéressaient seulement les muscles droits externes, soit d'un côté seulement (27 fois), soit des deux côtés (6 fois); 21 fois on avait employé la stovaïne, 6 fois la novocaïne, 3 fois la tropacocaïne, 1 fois la cocaïne, 1 fois l'alypine. La dose est mal précisée.

En Europe, on emploie de 10 à 15 centigrammes, en Amérique la moitié. Cela explique peut-être la plus grande fréquence des paralysies en Europe.

L'intervalle entre l'anesthésie rachidienne et l'apparition de la paralysie fut quelquefois de quatre jours seulement, en général de dix jours et une fois de trente jours. Un début

plus tardif est en général observé avec la stovaïne qu'avec les autres anesthésiques. Sur 26 cas où l'évolution est détaillée, 5 semblent avoir été transitoires : dans plusieurs cas, la guérison fut obtenue en deux ou trois semaines; dans certains cas, elle se fit attendre des mois ou même ne vint pas. Il n'y eut que 16 guérisons déclarées sur 26 cas. Il y a donc des paralysies permanentes après anesthésie rachidienne.

La pathogénie est le point le plus obscur. On a invoqué de petites hémorragies nucléaires. Alors pourquoi n'apparaissent-elles qu'après un intervalle de plusieurs jours? On a invoqué l'infection. Alors pourquoi sont-elles le plus souvent unilatérales? Le fait qu'elles prédominent beaucoup sur le moteur oculaire externe fait songer à une particularité anatomique de ce nerf ou de son noyau comme cause probable. Le noyau est superficiel, le nerf a un trajet qui l'expose beaucoup au traumatisme. Serait-il impossible que l'extraction de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien fût suffisant pour déterminer un trouble de l'équilibre de la masse encéphalique, avec compression du nerf? Certains cas donnent très nettement aussi l'idée d'une névrite toxique, et peut-être alors la solution est-elle à blâmer. En tout cas, la paralysie oculaire est une complication très rare de l'anesthésie rachidienne.

Green fait remarquer que Wolff a vu la paralysie du moteur oculaire externe après simple ponction lombaire. La méningite n'est point une cause admissible.

Graves se déclare contre la théorie des lésions nucléaires. C'est le trouble de l'équilibre céphalo-rachidien qui est à blâmer.

Saenger a vu un cas non publié de paralysie de l'abducens gauche avec névrite grave d'autres nerfs.

Bordley croit que les cas de paralysie sont ceux où les rapports de la carotide interne et du moteur oculaire externe sont renversés.

F. GARDNER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

De la séméiologie des affections labyrinthiques ; nouvelle fonction du labyrinthe. (Von Stein. *1er Congrès russe d'oto-rhino-laryng.*, Saint-Pétersbourg, 28-30 déc. 1908; C. R. *Rev. hebd. d'oto-rhino-laryng.* de Moure, n° 3, p. 82, 1910). — L'auteur subdivise les symptômes des affections du labyrinthe en troubles de l'audition et troubles de l'équilibre; ces derniers sont d'un examen plus difficile.

1° *Troubles objectifs de l'équilibre* au point de vue de l'augmentation, de la diminution ou du défaut de l'action de tout l'organisme, de groupes musculaires ou de certains muscles isolés. Dans ce but, il est nécessaire d'examiner les muscles superficiels et ceux des organes profonds. Les indications les plus importantes sont fournies par les contractions réflexes. Les muscles doivent être examinés à l'état statique et à l'état dynamique. L'examen attentif des muscles des membres inférieurs peut révéler les phases initiales de l'affection. On recherche ensuite le nystagmus. Il n'existe pas de signe certain de la destruction d'un labyrinthe.

2° *Troubles subjectifs de l'équilibre*. Selon l'auteur, un lien étroit existerait, entre le labyrinthe et les yeux ainsi que la peau; il faut donc rechercher le dermographisme et l'effet de différentes couleurs sur les troubles de l'équilibre.

L'auteur reconnaît au labyrinthe quatre fonctions : *a.* auditive; *b.* régulatrice de la circulation cutanée sous l'influence des sons (la diminution ou l'abolition de cette fonction produit le dermographisme); *c.* régulatrice de la transmission des sensations lumineuses et colorées aux sens moteurs; *d.* action sur les nerfs sensitifs de la peau en transmettant les variations du son.

Les sujets ayant des bruits subjectifs présentent presque toujours du dermographisme. Il y aurait donc dans le labyrinthe un appareil vaso-régulateur périphérique.

P. VIOLLET.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'infection malarienne par l'énésol et le dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich (préparation 606). (Rodolphe Fleckseder, assistant de la clinique du professeur von Neusser, de Vienne. *Wien. klin. Woch.*, 8 sept. 1910.) — L'auteur de cet article a pu observer avec la plus grande minutie un malade syphilitique mais présentant de violents accidents de paludisme. Il a observé que la réaction de Wassermann était fournie par le sang de ce malade et il a administré l'énésol qui est un salicylarsinate de mercure, en piqûres intramusculaires, tous les deux jours, à la dose de 2 centimètres cubes soit 0gr06 de sel.

Vingt injections de ce sel ont suffi à amener une amélioration considérable. « La fièvre coloniale, dit-il, contre les récidives de laquelle la quinine est si souvent impuissante, peut guérir complètement par l'injection intramusculaire répétée d'énésol; les parasites et la réaction de Wassermann disparaissent sans laisser de trace. »

Le malade se trouvant réinfecté au cours d'un séjour dans la campagne italienne où le paludisme est endémique, et présentant de nouveaux accès fébriles, Fleckseder a tenté l'application du 606 d'Erlich. « Le dioxydiamidoarsenobenzol d'Ehrlich, écrit-il dans ses conclusions, a produit dans ce cas, comme dans d'autres observés par nous, une douleur très marquée, persistant souvent assez longtemps, ainsi que de l'infiltration. Le remède, employé en injections intramusculaires, n'est résorbé que très lentement. » Dans une addition ultérieure il peut constater que « l'effet étonnant du 606 d'Ehrlich, chez notre paludéen, n'indiquait pas une guérison durable ». Il signale que cette médication arsenicale a pu modifier les accès et les espacer sans parvenir toutefois à faire disparaître aussi complètement que l'énésol la réaction de Wassermann.

Le malade traité et observé par R. Fleckseder a fourni des renseignements précis pendant une période fort longue. Des examens du sang, des urines et des humeurs, ont été régulièrement pratiqués, les courbes de température sont des plus édifiantes et il faut penser avec cet auteur que, dans l'état actuel, un sel tel que l'énésol est en état de rendre des services considérables, tant comme arsenical que comme hydrargyrique.

L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

LES PREMIERS SYMPTOMES DE LA GRIPPE ET LEUR TRAITEMENT

Par le docteur Batel.

Dans la grande majorité des cas l'infection grippale se manifeste par des symptômes respiratoires, et, comme ce sont les troubles pulmonaires qui font de la grippe une maladie grave, il est utile de les dépister de bonne heure et de les combattre.

Dans sa forme respiratoire la plus simple, cette maladie affecte les allures du rhume vulgaire. Apyrétique, sans signes d'auscultation nets, elle se manifeste surtout par une prostration générale accusée.

Parfois le poumon est frappé directement et sans prodromes. C'est là une condition de gravité réelle parce que, lorsqu'on intervient, on se trouve déjà en présence d'une pneumonie confirmée ou d'une congestion pulmonaire qui marche vers l'asphyxie. C'est dans ce cas que la révulsion intense, la quinine, l'aconit doivent être utilisés largement ainsi que la médication antiseptique pulmonaire et expectorante (quatre à six comprimés Roche de thiocol ou quatre à huit cuillerées à café de sirop Roche).

Le plus souvent, heureusement, le poumon n'est atteint que plus tard et comme conséquence ou complication de l'inflammation laryngée et nasale.

Le coryza, en effet, semble être le prélude de la grippe, on observe avec lui un catarrhe oculaire et le visage grippé. Puis la laryngite apparaît et s'annonce par une toux sèche, quinteuse, pénible, de la raucité de la voix, une sensation de chaleur et de picotements au larynx. Enfin la trachée est envahie et la trachéo-bronchite commence. Dès ce moment il faut agir, il faut protéger le poumon. On donnera l'aconit, le benzoate de soude et surtout on fera par les comprimés Roche de thiocol l'antisepsie pulmonaire à la fois curative et préventive.

Au début donnez quatre comprimés par jour. Ils suffisent à favoriser l'expectoration, à nettoyer les bronches, à calmer la toux. Plus tard, dès l'apparition des râles muqueux, six doses seront prises. Enfin au bout de quelques jours, quand la sécrétion pulmonaire modifiée sera devenue muqueuse, à peine purulente, on pourra encore augmenter la dose. L'expectoration diminuera et bientôt aura disparu. A ce moment l'auscultation montre un retour à la normale de la ventilation pulmonaire et la guérison prochaine des phénomènes bronchiques.

Parfois on trouvera dans les vomitifs un utile secours. Ce sera le cas quand, à côté d'un encombrement des bronches, on constate des troubles gastriques avec langue saburrale.

Le chlorhydrate d'ammoniaque à haute dose (3 à 5 grammes) conviendra dans les formes où la prostration domine. Mais aucun de ces médicaments ne peut remplacer l'antisepsie pulmonaire telle que nous l'indiquons parce que celle-ci, en détruisant au foyer congestif l'élément septique, éloigne toute complication et favorise la disparition rapide des troubles fonctionnels et physiques.

LIVRES NOUVEAUX

Opothérapie (1), par le professeur agrégé Paul Carnot.

L'opothérapie est l'utilisation des produits fabriqués par l'organisme, grâce auxquels il est possible de suppléer à l'insuffisance glandulaire, en fournissant artificiellement au malade les substances qu'il ne fabrique plus ; au fur et à mesure que nos connaissances sur les glandes vasculaires sanguines, sur les sécrétions internes de tous les tissus se développaient, s'étendait aussi le domaine de l'opothérapie.

C'est à l'étude d'ensemble de toutes les acquisitions les plus récentes de cette nouvelle branche de la thérapeutique que M. le professeur agrégé Carnot consacre ce volume ; après un historique extrêmement curieux de l'opothérapie depuis les temps les plus anciens jusqu'à nos jours, l'auteur étudie tout d'abord la *nature* même des médicaments opothérapiques, puis les *indications* et les *contre-indications* générales de ces médicaments ; enfin la *préparation* des produits opothérapiques. La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à des développements très documentés et très intéressants sur chaque opothérapie en particulier : opothérapie hématique, médullaire, ganglionnaire ; à retenir tout spécialement les chapitres qui traitent de l'opothérapie gastrique, intestinale et pancréatique, hépatique, rénale, surrénale, etc. ; il est dans ce traité des chapitres entièrement neufs que l'on consultera avec le plus grand profit, en ce qui concerne l'opothérapie thyro-parathyroïdienne, hypophysaire, musculaire.

Ce traité constitue à l'heure actuelle la mise au point la plus complète de cette question encore si nouvelle et si pleine d'avenir. Il sera lu avec le plus grand profit par tout médecin soucieux de se tenir au courant des idées nouvelles, et de faire bénéficier ses malades des acquisitions scientifiques les plus récentes. L. BABONNEIX.

(1) Bibliothèque de thérapeutique (Gilbert et Carnot). — Paris J.-B. Baillière.

Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin (1), par A. Cade.

Ce *Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin* est rédigé par son auteur avec l'esprit qui a guidé les collaborateurs de cette collection Testut, qui rend de si grands services à l'étudiant comme aux praticiens. Sous une forme claire et didactique, tous les nouveaux problèmes de la pathologie gastrique et intestinale y sont abordés et exposés ; tous les chapitres classiques y sont traités en un style agréable et parfaitement complétés par l'indication des recherches les plus récentes, comme des procédés d'exploration les plus nouveaux.

Le livre débute par une solide *étude anatomique*, à laquelle fait suite une très intéressante *technique séméiologique*, dans laquelle sont exposés tous les procédés d'exploration de l'estomac et de l'intestin : c'est dire qu'une large part est réservée à la radioscopie, à l'examen chimique des fèces, etc.

Une contribution clinique très personnelle est apportée à l'étude de syndromes nouvellement isolés, tels la *linite plastique*, l'*occlusion aiguë* duodénale artério-mésentérique, le *mégacôlon* ; il faut également mentionner la description particulièrement soignée des manifestations de l'*helminthiase intestinale*.

Faut-il enfin rappeler que le docteur Cade était merveilleusement préparé par ses travaux antérieurs pour écrire un tel ouvrage et qu'il était parfaitement qualifié, comme l'écrit très justement dans la préface qu'il consacre à ce livre, M. le professeur Teissier, pour « aborder un pareil travail et le réaliser dans d'exceptionnelles conditions d'expérience, de compétence et de bonne foi ». L. BABONNEIX.

La Fièvre de Malte en France. Etude clinique d'après deux cents cas personnels (2), par P. Cantaloube.

Ce travail, dont on ne saurait trop conseiller la lecture à ceux qu'intéresse l'étrange et souvent troublante affection dite « fièvre de Malte », ce travail, dis-je, a toutes les qualités des œuvres vraiment personnelles et vécues. Eminemment clinique, précis jusqu'à la minutie dans la description et l'analyse des phénomènes observés, il demeurera certainement un des documents principaux servant à établir l'histoire définitive de la maladie étudiée, si tant est que l'histoire d'une maladie soit jamais définitive.

Il est regrettable que de semblables travaux, émanés de praticiens sachant voir, observer et décrire, soient trop rares. Mais l'explication est facile à trouver, si l'on songe aux difficultés, à l'encombrement de la vie du praticien, et d'autre part à la somme de peine, de recherches et de temps qu'exige le moindre travail de plume. Raison de plus pour féliciter chaudement et sincèrement notre confrère Cantaloube qui, du même coup, a produit une œuvre utile et intéressante, et donné un exemple salutaire, une « leçon de choses », comme le dit le langage du jour. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Manuel pratique de la Lithotritie, par le docteur F. Cathelin, chirurgien en chef de l'hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine. In-8 avec 145 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot.

Les Techniques du 606 et de la réaction de Wassermann, par le docteur Camous, médecin des hôpitaux de Nice, et M. O. Spindler, docteur ès sciences. Une brochure in-8. — Prix : 1 franc. — Paris, Maloine.

(1) In-8 avec 162 figures. Collection Testut. — Paris, O. Doin.
(2) In-8 de 226 pages avec 16 graphiques et figures. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT

RÉTENTION PLACENTAIRE DANS L'AVORTEMENT (1)

3° *Placenta en partie décollé.* — Cas le plus fréquent et qui expose le plus aux hémorragies et à l'infection. *Ou* A : aucun débris n'a été expulsé. On trouve le placenta à demi décollé, soit resté dans la cavité utérine, plus souvent avec un lambeau plus ou moins grand pendant à travers l'orifice interne, allant même jusqu'à l'orifice externe et dans le vagin (question de décollement, de dissociation, de volume du placenta). Ce décollement favorise les hémorragies soit par inertie locale à l'endroit du décollement, soit par suintement de la partie détachée irriguée encore par la partie adhérente du délivre : hémorragies ou le plus souvent immédiates et continues, ou tardives et persistantes; variables avec l'étendue du décollement, l'intensité des contractions et aussi la conduite tenue. Infection très facile (fragment procident mal irrigué, sinus utérins ouverts), d'où maximum de pertes sanguines et d'infection possible.

Ou B, on arrive ici à :

B. RÉTENTION PARTIELLE DU PLACENTA. — La plus grande partie du placenta a été expulsée ou extraite; il ne reste que des débris, placenta ou membranes, qui peuvent, d'après leur volume, donner un suintement continu ou discontinu et permettre l'infection; suintement rouge sale, en général fétide, plutôt qu'hémorragie vraie.

Ou *Rétention de membranes.* — Très fréquente dans les expulsions par fragments, ou dans expulsion en bloc et rapide, spontanée de gros œufs. Peut donner des accidents immédiats, hémorragies (rares), ou mieux suintement sanguin ou sanguinolent, fétide; ou surtout accidents secondaires infectieux. L'infection dépend à la fois des maladies générales prédisposantes (albuminurie, syphilis, maladies aiguës) ou locales (gonococcie génitale, infection d'intervention, infection vulvo-vaginale, etc.).

ÉVOLUTION DU PLACENTA RETENU. — Le placenta retenu ne se résorbe pas; il peut, *ou* être rejeté sans qu'on l'ait vu (élimination au milieu de caillots ou par petits fragments, cas des œufs très jeunes), *ou* par élimination progressive de débris déformés difficiles à reconnaître et que l'on peut prendre pour des caillots ou de la fibrine. S'il reste adhérent, se transforme en une masse de plus en plus aplatie, dont vitalité s'amoindrit, et qui s'expulse souvent très tard en dehors ou pendant un écoulement sanguin (menstruation, où elle passe ignorée ou inaperçue).

COMPLICATIONS. — Enumérées dans tous les cas : hémorragie et infection. Les hémorragies sont preuves (à part les faits d'altérations chroniques du tissu utérin, métrite hémorragique, fibromes, albuminurie, cardiopathies) de rétention placentaire. L'infection (écoulement fétide, d'aspect variable, frissons, élévation de température) peut être locale ou générale : locale (infection utérine, péri-utérine, annexielle, péritonéale), générale (septicémie) dépendant de la virulence des causes.

DIAGNOSTIC. — Présente parfois de très grosses difficultés, d'autant plus grandes que grossesse plus jeune.

A. Gros œufs (trois à six mois); dans ces cas erreur peu commune, même si on n'assiste pas au premier temps d'avortement; l'absence d'expulsion du placenta passe rarement inaperçue de la femme; cependant difficile dans :

a. Décollement complet : 1° avec rétention utérine sans hémorragie, toutefois infection assez rapide avec symptômes locaux (douleur à la pression utérine ou juxta-péri-utérine) ou même symptômes généraux; 2° mêmes remarques pour le décollement total du placenta avec siège mi-utérin mi-cervical; l'infection et les contractions sont plus fréquentes; 3° le placenta intracervical; ou 4° cervico-vaginal ne prête pas à confusion (dilatation en barillet de la région, présence perceptible du délivre).

b. Dans les adhérences totales, moins difficile sauf si l'œuf ne dépasse qu'à peine trois mois. Plus l'œuf est gros, puis il est facile de percevoir l'utérus encore augmenté de volume et un peu mou, et les caractères du col, puis assez vite suintement avec ou sans grosse hémorragie, contractions.

c. Dans les rétentions partielles : *α.* ou rétention de membranes, facile à apercevoir par examen d'arrière-faix; si celui-ci n'existe plus, se baser sur la nature de l'écoulement; la fièvre et les symptômes locaux ou généraux ne sont pas preuve absolue de rétention, mais toujours d'infection qui impose un traitement; *β.* ou l'œuf est expulsé par petits débris dans les lochies à caractères spéciaux; diagnostic facile, l'examen digital pouvant en retrouver d'autres débris vaginaux, cervicaux ou utérins.

B. Petits œufs. — Toute la difficulté procède de la petitesse de l'œuf. Diagnostic souvent difficile, même impossible si l'on n'a pas vu le début de l'avortement; si on y assiste, inspection minutieuse des caillots.

a. Dans les décollements totaux, mêmes remarques que pour les gros œufs; souvent très difficile, souvent obligation forcée d'attendre plusieurs jours, après lesquels on voit quelquefois apparaître l'infection.

b. Dans les adhérences totales, on ne peut se baser sur l'état utérin difficile à constater; comme très souvent au début, il n'y a pas de symptômes pathognomoniques, obligation forcée d'attendre l'apparition de suintements sanguins marqués ou même l'infection.

c. Dans les décollements ou les expulsions partielles, il est difficile de savoir si tout a été rejeté. La persistance des suintements abondants ou des contractions, la présence perceptible des débris seule l'indique; a fortiori l'infection qu'il faudra, dans ce cas, ne pas attendre.

Dans tous ces faits, le petit volume de l'utérus, même s'il contient encore le placenta, peut prêter à confusion, d'où interrogatoire et examen très serrés.

PRONOSTIC. — Toujours réservé. Le diagnostic fait, si l'on adopte le traitement actif, le pronostic est moins grave et dépend de l'état général ou local; tributaire surtout de l'infection, si elle existe. Le diagnostic hésitant, si on reste dans l'expectative, pronostic très réservé, étant données les possibilités d'hémorragie et d'infection.

TRAITEMENT. — 1° Dans *tous les cas où il y a infection ou complications graves*, quel que soit le genre de rétention, intervention immédiate qui consiste à vider l'utérus.

2° Dans les rétentions partielles, évacuation la plus rapide du reste du délivre par curage digital avec ou sans anesthésie générale, suivie ou d'un lavage intra-utérin ou d'écouvillonnage ou de curettage (diverses opinions). Dans tous les cas, toujours lavage après évacuation, en général avec solution antiseptique non toxique (permanganate, eau oxygénée, mieux eau iodée).

3° Dans les rétentions totales, discussion. Les uns conseillent l'abstention; les autres, l'intervention rapide.

a. Les abstentionnistes disent que souvent dans les jours ou semaines qui suivent, l'expulsion du produit se fait en bloc ou par débris et sans accident, d'où traitement : surveillance armée, injections vaginales antiseptiques (Tarnier, Budin).

b. Les interventionnistes, les plus nombreux, disent que les hémorragies et l'infection sont toujours à craindre (Doléris, Audebert, etc.), possibles même après les expulsions spontanées de l'arrière-faix. Seuls le doute du diagnostic et le manque de symptômes caractéristiques doivent faire préconiser l'abstention.

Les procédés d'intervention sont : *a.* Essayer de réveiller les contractions par administration de sulfate de quinine (1 gramme en deux fois en une heure) dans les premières heures qui suivent l'expulsion du fœtus. Procédé infidèle mais que l'on peut essayer ou dans les cas de doute. *b.* Procédé d'attente : tamponnement utéro-vaginal avec de la gaze simple (non antiseptique); le tamponnement excite souvent, les contractions et l'expulsion de la gaze et du placenta peut se faire seule; en tous cas retirer au bout de vingt-quatre

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 137, p. 1874.

heures la gaze qui entraîne souvent derrière elle le délivre. Si le placenta n'est pas ainsi expulsé, deuxième tamponnement semblable (mieux extraction digitale ou instrumentale) a fortiori s'il y a complication. *c. Le mieux;* extraction digitale du placenta (avec anesthésie si possible) suivie ou non de nettoyage intra-utérin (injections, écouvillonnage, curettage). Si les orifices sont fermés ou insuffisants, dilatation préalable ou extemporanée, en tous cas évacuation rapide de l'utérus.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance* du 24 septembre 1910.) HENSEVAL et CONVENT : Contrôle de l'activité du vaccin variolique, étude expérimentale. Contribution à l'étude de la vaccine expérimentale : l'injection de vaccin dans le testicule. — DE BEULE : Considérations au sujet du cancer primitif du vagin et de son traitement opératoire. — SCHIFFUS : Aperçu historique de la laryngologie et de la rhinologie. — Van GEHUCHTEN et MOLHANT : Les lois de la dégénérescence wallérienne directe.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, octobre 1910.) UNNA : Est-il possible de mettre en évidence la mort des bacilles de la lèpre dans l'organisme humain? — NICOLAS et FAVRE : Les réseaux élastiques de la paroi propre des glandes sudoripares. — SABOURAUD : Sur quelques points de l'anatomie pathologique du lichen plan de Wilson. — BRANDEIS et POUGET : Tumeurs cutanées pulsatiles du type périthéliome, secondaire à une tumeur du rein. — POUGET et NANCEL-PEISARD : Radiodermite ulcéreuse aiguë; extirpation, examen histologique.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 9, sept. 1910.) Robert BARANY : Nouvelles méthodes d'examen des relations entre l'appareil vestibulaire, le cervelet, le cerveau et la moelle épinière. — JACQUES et F. GAULT : Ostéites et périostites isolées du temporal. — G. MAHU : De l'évidement pétro-mastoïdien partiel avec conservation du tympan et des osselets. — C. SCHERB : Le vertige de Ménière syphilitique. Labyrinthite et iritis double. — GUISEZ et ABRAND : De la physiologie de l'œsophage. — P. BOURLON : Nouveau pansement d'évidés. — (N° 10, oct.) LANNOIS et JACOD : L'otite ozéneuse. — J. GAREL : Paralysie récurrentielle et rétrécissement mitral. — Jacques DRESCH : Cavité nasale, berceau du lupus. — J. TRÉMOLIÈRES : Traitement des fractures du nez.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (novembre 1910.) Paul ADAM : Hygiène des villes, établissements dangereux, insalubres ou incommodes. — E. BOURAT et D. OLMER : Les porteurs de germes.

Annales médico-psychologiques. — (N° 3, novembre-décembre 1910.) REMOND et P. VOIVENEL : Essai sur la valeur de la conception kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. Enquête et critique (1er article). — SOUTZO et DIMITRESCO : Démence précoce et tuberculose. — RODIET, LALLEMAND et ROUX : De l'application du régime végétarien aux épileptiques. — TILSOT : Délire de persécution à base cinesthésiopathique. — ADAM : Les maladies mentales dans l'armée.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris. — (N° 7, juillet 1910.) E. JEANBRAU et DESMONTS : Contribution à l'étude du pédicule vasculaire du rein. — TIXIER et RUBENS-DUVAL : Note sur les glandes vasculaires sanguines juxta-thymiques du veau.

Bulletin général de thérapeutique. — (15 oct. 1910.) Lucien RIVET : Diagnostic et traitement de l'hémophilie. — (23 oct.) H. PATER : Les accidents tardifs dus au chloroforme. — (30 oct.) A. ROBIN : Traitement de la fièvre typhoïde. — (8 nov.) LAVAL : Les hémorragies (*suite*). — (15 nov.) H. PATER : Maladie du sérum et anaphylaxie. — (23 nov.) CABANÈS : Un rite chorégraphique et thérapeutique. — H. PATER : Maladie du sérum et anaphylaxie (*suite*). — A. ROBIN : Sur la mortalité par tuberculose en France.

Bulletin médical. — (N° 85, 22 oct. 1910.) F. LEGUEU : De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie.

L'Encéphale. — (N° 4, 10 avril 1910.) OBREGIA et PITULESCU : L'histologie du sympathique solaire dans différentes maladies mentales. — SÉRIEUX et CAPGRAS : Les interprétateurs filiaux. — J. LÉPINE et TATY : Tuberculose, démence catatonique, méningo-encéphalite. — CHAVIGNY : Un quérulent dans le milieu militaire. — NADAL : Syndrome de paralysie générale évoluant vers la guérison. — (N° 5, 10 mai.) MARINESCO et GOLDSTEIN : Sur l'architectonie de l'écorce temporale et son rapport avec l'audition. — PADOA : Les séquelles éloignées des méningites. — RÉMOND et CHEVALIER-LAVAURE : Abcès chronique de la substance blanche. — KLARFELD : La méningite tuberculeuse spinale au cours du mal de Pott. — Ettore LEVI : Pathogénie des syndromes hypophysaires de l'acromégalie. — (N° 6, 10 juin.) G. MARTIN et RINGENBACH : Troubles psychiques dans la maladie du sommeil. — HALBERSTADT : Stéréotypies, dans un cas de stupeur maniaque. — BELLETRUD et MERCIER : Mythomanie, escroquerie et simulation chez un épileptique. — BOUCHAUD : Tumeurs sanguines et séro-albumineuses du pavillon de l'oreille chez les aliénés. — (N° 7, juillet.) VERGER : De la spécificité des sensations de douleur. — BEDUSCHI : Le syndrome de l'aphasie totale. — EGGER : Mécanisme physiopathologique de l'ataxie du tabes. — NOÏCA et DIMITRESCU : Sur la force musculaire des membres à l'état de contracture spasmodique. — (N° 8, août.) G. MARTIN et RINGENBACH : Troubles psychiques dans la maladie du sommeil. — CASTIN : Le traitement de l'état de mal épileptique par la ponction lombaire. — (N° 9, septembre.) CLAUDE et LHERMITTE : De certains états psychopathiques des vieillards liés à la sclérose et à l'atrophie du cortex cérébral. — HESNARD : Sur un cas de confusion mentale aiguë typique au cours d'une chorée de Sydenham.

Lyon médical. — (N° 43, 23 oct. 1910.) COIGNET et A. JAMBON : Traitement de la syphilis par la préparation 606 d'Ehrlich-Hata. — (N° 44, 30 oct.) LATARJET et ALAMARTINE : Note sur la vascularisation artérielle du corps thyroïde de l'homme. — (N° 45, 6 nov.) GIULANI et FRAYSSE : Recherches sur la bacillurie tuberculeuse chez les phtisiques pulmonaires. — (N° 46, 13 nov.) VIOLET : Les renseignements fournis par l'hystéromètre dans le diagnostic du cancer de l'utérus. — (N° 47, 20 nov.) LÉPINE et BOULUD : Influence de l'hyperthermie simple et de l'infection fébrile sur la glycémie. — E. WEILL : Fonctions du thymus. — (N° 48, 27 nov.) R. LÉPINE : La fièvre est-elle curative? — PIÉRY : L'hérédité de la tuberculose.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 10 DÉCEMBRE 1910. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 7 décembre : MM. Allendy, 4; Juin, 5; Paley, 11; Meugé et Pineau (Alfred), 3; Morisson-Lacombe, 8; Dupradeau, 9; Lœwy et Durœux, 10; Jacob, 5.

Pathologie. — Séance du 7 décembre : MM. Eudel, 7; Boncompain, 5; Mlle Pouzin, 9; MM. Chatellier, 8; Vincentelli, 6; Dutheillet de Lamothe, 10; Butin, 11; Vallery-Radot (Pierre), 6; Monod (Raoul), 12; Angot et Frette, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Le Mans. — Le lundi 30 janvier 1911, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, pour une place de chirurgien suppléant et une place de médecin suppléant, à l'hôpital du Mans.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne seront pas exigées des anciens internes des hôpitaux des villes où siège une faculté; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat des hospices du Mans, quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours.

— Grenoble. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Chabert, Mayoli et Lorillou.

Internes provisoires : MM. Bouchet et Villard.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — *Concours de médecin adjoint.* — Il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint de la clinique nationale ophtalmologique annexée à l'hospice des Quinze-Vingts.

Le règlement de ce concours est inséré à l'*Officiel* du 6 décembre.

— Conformément à l'arrêté ministériel instituant ce concours, il sera ouvert le premier lundi de février 1911 un concours pour une place de médecin adjoint actuellement vacante.

Les candidats doivent adresser leur demande au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques), au plus tard le 25 décembre 1910.

Le jury est composé comme suit :

Président. — M. le docteur Gariel, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, vice-président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Membres. — M. de Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Chevallereau, médecin en chef à la clinique des Quinze-Vingts.

M. le docteur Kalt, médecin en chef à la clinique des Quinze-Vingts.

M. le docteur Morax, médecin ophtalmologiste des hôpitaux.

M. le docteur Jules Renault, médecin des hôpitaux.

M. le docteur Valude, médecin en chef à la clinique des Quinze-Vingts.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Jean Charcot (de Paris), commandant de l'expédition antarctique du *Pourquoi pas?*

M. le docteur Bernheim, professeur honoraire à la Faculté de Nancy.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Prenant, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle aura lieu le mardi 13 décembre 1910, à trois heures.

Ordre du jour. — 1° Rapport général sur les prix décernés en 1910, par M. Weiss, secrétaire annuel;

2° Proclamation de ces prix, par M. Dieulafoy, président;

3° Eloge de Paul Brouardel, par M. Thoinot, membre de l'Académie.

PREMIER CONGRÈS DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS, organisé par l'Association des journalistes médicaux français (Paris, 23 mars 1911). — Le premier Congrès des Journalistes médicaux français s'ouvrira à Paris, le jeudi 23 mars 1911, à neuf heures du matin, dans une salle de l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

Programme. — *Questions.* — Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° « Du droit de reproduction des articles médicaux. » — Rapporteur : M. Vitoux.

2° « Rapports de la Presse médicale avec les Congrès et autres manifestations intéressant l'art et la pratique de la médecine. » — Rapporteur : M. Ausset.

3° « Organisation d'une caisse de secours immédiat. » — Rapporteur : M. Duchenne (de Châtel-Guyon).

4° « Usurpation du titre de docteur. » — Rapporteur : M. Dieupart.

Les rapports seront distribués à l'ouverture du Congrès.

Communications. — Les titres des communications devront être adressés au secrétaire général, le docteur Cabanès, 9, rue de Poissy, à Paris, avant le 1er février 1911.

Banquet. — Un banquet par souscription aura lieu à l'issue des travaux du Congrès, le même jour, à sept heures trois quarts.

Conditions d'admission. — Le Congrès comprend : 1° des

membres adhérents français ; 2° des membres adhérents étrangers (ces derniers ne paient pas de cotisation).

Cotisation. — Le prix de la cotisation est fixé à 6 francs. Les membres de l'Association des Journalistes médicaux français qui participeront au Congrès seront exonérés de la cotisation de l'association pour 1911.

Les adhésions accompagnées d'un mandat-poste de 6 francs devront être adressées avant le 1er février 1911 au docteur F. Le Sourd, trésorier, 49, rue Saint-André-des-Arts, Paris, 6e.

Réduction sur les chemins de fer. — Des réductions de tarif seront demandées aux Compagnies de chemins de fer.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle (suivie d'un banquet) de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 13 décembre 1910, à quatre heures très précises, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'instruction publique, de M. le ministre de l'agriculture, et sous la présidence effective de M. le professeur H. Roger, de la Faculté de médecine de Paris.

Ordre du jour. — Lecture du procès-verbal. — Correspondance. — Propositions diverses. — Candidatures. — Compte rendu sur la situation morale et financière. — Renouvellement du bureau pour 1911. — Attribution des récompenses.

M. Triboulet : Les applications à la clinique de la réaction de Meyer, à la phénolphtaléine.

MM. Fernand Bezançon et de Serbonnes : La tuberculose à marche intermittente ; les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique.

M. Guérin (de l'Institut Pasteur de Lille) : La résorption des bacilles tuberculeux dans l'organisme et la vaccination des bovidés contre la tuberculose.

M. Claude : Sur certaines conditions pathogéniques des crises épileptiques.

M. Sacquépée : Contribution à l'étude bactériologique des ictères.

M. Jean Monod : Traitement des nécroses du maxillaire inférieur. — Hémirésection totale du maxillaire inférieur. — Prothèse immédiate. — Restauration fonctionnelle par la prothèse (présentation du malade).

M. Cathelin : Trois nouveaux cas inédits de cancer du rein. — Trois néphrectomies lombaires. — Trois guérisons. — Réflexions sur la cancérose rénale (en collaboration avec M. Beauvy, histologiste).

M. le professeur G. Petit (d'Alfort) : La pathogénie du pseudo-tubercule mycosique.

M. Dassonville : Contribution à l'étude de l'avortement épizootique des juments.

M. Rosenthal : Les bases scientifiques de la bactériothérapie lactique et leurs applications en clinique.

M. Bissauge : Nymphomanie chez les femelles domestiques.

M. Cozette : Le goitre exophtalmique dans l'espèce bovine.

HOMMAGE AU DOCTEUR DELAUNAY. — Les collègues et amis du docteur E. Delaunay ont décidé de donner un banquet pour fêter sa nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Ce banquet aura lieu le jeudi 15 décembre, à l'Elysée Palace (entrée rue Vernet), à huit heures, sous la présidence du professeur Pozzi.

Prière d'adresser les adhésions au docteur Robert Loewy, secrétaire-trésorier, 13, rue Soufflot, Paris. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro du *Paris médical* qui paraît sous la direction de M. le professeur Gilbert, à la librairie J.-B. Baillière.

Nous adressons nos meilleurs vœux de bienvenue à ce nouveau confrère.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — *Conférences cliniques sur les maladies mentales.* — M. le docteur J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, a commencé, dans le service de M. Le Gendre, le mardi 6 décembre 1910, à dix heures et demie du matin, et continuera les mardis suivants à la même heure, des conférences cliniques sur les maladies mentales, à l'usage des étudiants et des praticiens.

HOPITAL TENON. — COURS DE CLINIQUE ANNEXE. — M. P. Thiéry, agrégé, chef de service, commencera ses leçons pratiques de clinique chirurgicale, le lundi 12 décembre, à l'amphithéâtre des cours.

Ordre du cours. — Lundi à dix heures et quart : leçon clinique à l'amphithéâtre, avec interrogations aux élèves. — Mardi, à neuf heures et demie : examen des malades entrants, opérations. — Mercredi, à neuf heures et demie : service des salles, opérations. — Jeudi, à neuf heures et demie : colloques de polytechnique médico-chirurgicale à l'amphithéâtre ou dans les salles. — Vendredi, à neuf heures et demie : petite chirurgie, appareils et opérations. — Samedi, à neuf heures et demie : examen des malades entrants, exercices pratiques de diagnostic, opérations.

Les élèves externes et stagiaires seront exercés à tour de rôle à l'application des appareils, aux interventions de petite chirurgie, à la rédaction des certificats et aux divers actes de la pratique courante de la chirurgie.

RENSEIGNEMENTS

CONFÉRENCE D'INTERNAT en formation, deux places vacantes. — Ecrire M. C., 82, bureau 14e arr.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 19 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, A. Broca et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Pierre Duval ; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 20 décembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Pozzi, Rouvière et Grégoire.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et A. Broca ; — (2e série) : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Brumpt et Rathery.

4e : MM. Chantemesse, Thoinot et Richaud ; — M. Nicloux, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Balthazard ; — (2e série) : MM. Achard, Claude et Roussy ; — M. Lecène, suppléant.

Mercredi 21 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Proust et Branca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Gautier, Pierre Marie et André Jousset.

3e (oral, 1re partie) : MM. Reclus, Mulon et Lequeux.

4e : MM. Widal, Richaud et Laignel-Lavastine ; — M. A. Léri, suppléant.

Jeudi 22 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Morestin et Lecène.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Desgrez, Brumpt et Roussy.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Nicloux.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Rouvière et Okinczyc ; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Grégoire et Anselme Schwartz.

4e : MM. Alb. Robin, Wurtz et Balthazard ; — M. Maillard, suppléant.

Vendredi 23 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nicolas, Hartmann et Aug. Broca.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Desgrez et de Lapersonne.

2e : MM. Gariel, Mulon et Jean Camus.

3e (oral, 2e partie) : MM. Déjerine, Sicard et André Jousset.

4e : MM. Thoinot, Marfan et Macaigne ; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Reclus, Delbet et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Pierre Duval ; — M. Laignel-Lavastine, suppléant.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LA RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE

Par le docteur R. d'HEUCQUEVILLE,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Définition et historique. — Le mot de rééducation s'applique à une gymnastique raisonnée, méthodique, dont les mouvements varient non seulement selon chaque maladie et chaque malade, mais selon chaque phase de la même maladie.

Sous le nom de rééducation respiratoire (Uebungstherapie) de la fonction respiratoire, on entend une série d'exercices, méthodiquement gradués effectués simplement et destinés à donner ou redonner aux mouvements respiratoires leur fréquence, leur amplitude, leur rythme physiologique.

Nous n'insisterons pas sur les raisons qui font préférer le mot de rééducation respiratoire à celui de gymnastique. C'est Jacob le premier qui appelle éducation respiratoire l'ensemble des mouvements qu'on pratique chez les anciens adénoïdiens opérés, auxquels il faut apprendre à respirer. Le professeur Raymond, dans ses leçons à la Salpêtrière en 1896, adopta cette dénomination. Un service de « rééducation » fut même annexé à la clinique Charcot.

La méthode de rééducation respiratoire est, semble-t-il, de date récente, et découle de la gymnastique suédoise.

Nous devons rappeler cependant qu'elle était en honneur, très anciennement en Chine, sous le nom de Cong-Fou, 2.698 années avant notre ère. La gymnastique médicale pratiquée par les bonzes, prêtres de Tao-Ssé, consistait en des recherches d'attitudes et de positions, mais surtout dans l'étude de la manière de respirer. L'encyclopédie chinoise, le San-Tsaï-Ton-Hoei, parue à la fin du XVIe siècle, reproduit par le texte et la figure toute la série des exercices de la gymnastique médicale suédoise.

On retrouve une description détaillée des mouvements de rééducation respiratoire chez Orilaze ; les brahmistes entouraient la gymnastique des voies respiratoires dans un cadre religieux, ils l'appliquaient au traitement des pleurésies, de l'asthme et des bronchites.

Pendant tout le moyen âge et jusqu'au début du XIXe siècle, toute culture physique par les exercices de gymnastique était méconnue. En Suisse, en Angleterre et en Allemagne, ceux qui remirent la gymnastique en faveur furent Elias, Jahn ; en France spécialement Amoros, Georgie (1847), Laisné (1848) qui organisa à l'hôpital de l'Enfant-Jésus la salle de gymnastique destinée au traitement des enfants malades (choréiques surtout), enfin Dally (1859).

La gymnastique, consistait en un mélange d'exercices plus ou moins variés, destinés à développer l'élégance du mouvement, à accroître la force musculaire et à agir secondairement sur l'ensemble de la constitution.

Le Suédois Ling entreprit vers 1860 une réforme profonde et créa ce qu'on appela après lui la gymnastique médicale suédoise. Il institua une gymnastique rationnelle, thérapeutique, espèce de matière médicale. Les propagateurs de la méthode, les continuateurs de Ling furent : en Allemagne, Eulenburg et Neumann ; à Paris, Heiser.

A l'étranger, la gymnastique suédoise fit de très rapides progrès, à tel point qu'elle est la seule connue, appliquée depuis un grand nombre d'années en Germanie. Elle s'y perfectionna même, se modifia, se spécialisa assez, pour être considérée par certains, comme la seule gymnastique médicale. Il y a cependant identité entre la gymnastique médicale dite allemande et la gymnastique suédoise.

La gymnastique suédoise eut grand'peine à s'acclimater en France. Il y avait antagonisme entre les deux méthodes, la gymnastique française violente, compliquée et la gymnastique suédoise simple, rationnelle. Ce n'est que depuis 1903 que la gymnastique d'acrobate est délaissée officiellement dans les écoles et les casernes ; seuls subsistent les exercices destinés à faciliter ou à développer les fonctions viscérales et notamment les fonctions respiratoires. Sans se confondre avec la « rééducation », une telle gymnastique en est cependant très rapprochée, puisque l'une et l'autre ont une origine commune et un but parallèle.

Pendant que prenait pied en France la gymnastique suédoise, un certain nombre de médecins s'occupaient surtout de l'effet des mouvements spéciaux sur les phénomènes respiratoires, étudiaient leur action dans le cours des affections pulmonaires et préconisaient enfin l'usage d'une nouvelle méthode thérapeutique. Ils en recherchaient les indications, en classaient méthodiquement les différents procédés.

Maurel de Toulouse, en 1890, constate chez des enfants anémiques, les excellents résultats de la cure de rééducation respiratoire. Il publie le traité de l'*Hypohématose*, où il groupe les divers symptômes cliniques de l'insuffisance respiratoire.

Derecq, en 1893, fait connaître les résultats de ses recherches sur les mouvements respiratoires chez les tuberculeux, hospitalisés à Ormesson. Lagrange, puis Vuillemin, en 1900, écrivent des articles sur la rééducation respiratoire et montrent l'utilité de la respiration physiologique. Maurice Faure (de Lamalou), avec Reymond (de Genève), recueillent des observations d'asthme, d'emphysème, d'anémie, des bronchites suspectes améliorées, sinon guéries par les exercices respiratoires.

Les publications de Rosenthal sur la rééducation respiratoire, faites au début à l'instigation de Lermoyer ont été précédées de celles de Baratoux, Barbier, Marcel Nattier, du professeur Sigalas (de Bordeaux).

En Amérique, Knopf (1901) s'occupe surtout des exercices respiratoires comme moyen préventif et curatif des affections pulmonaires.

En Belgique, la question est à l'ordre du jour. Wildiers, de Munter (d'Anvers), Gunsburg (de Liége), Gommaert par leurs expériences, leurs observations, attirent l'attention du monde médical sur cette branche de la physiothérapie scientifique.

Pour éviter l'intervention d'aides, souvent maladroits, Zander (de Stockholm) pensa qu'au moyen de machines tous les mouvements passifs pourraient être reproduits. Il inventa des appareils et créa un institut spécial de mécanothérapie. Certains de ces appareils s'adressent spécialement aux mouvements

respiratoires. Leur usage répond à des cas particuliers. La mécanothérapie ne peut remplacer les mouvements de la rééducation respiratoire; les méthodes ne sauraient se substituer l'une à l'autre. Il est juste de rappeler qu'en France, dès 1854, Paz inventa des machines à contrepoids dans lesquels on peut régler à volonté l'effort de traction, Pichery proposa de remplacer l'action de l'aide par des appareils à ressort (gymnastique de l'opposant).

En Allemagne, la mécanothérapie est très en faveur. Les thérapeutes modifient les appareils suédois, sans les simplifier. Les appareils de Nycander répondent aux mêmes indications.

Actuellement en France, la rééducation respiratoire est peu connue de la majorité des médecins. Ces derniers croient qu'il faut un apprentissage long et une série d'appareils coûteux. Personne ne leur a fait connaître cette méthode thérapeutique; cependant depuis peu certains traités contiennent un chapitre consacré à la kinésithérapie respiratoire.

D'un autre côté, les médecins au courant des pratiques kinésithérapiques ont tendance à limiter l'emploi du traitement au redressement des déviations rachidiennes. Ils ne font pas la cure du mouvement complète, comme dans les pays étrangers, où l'on trouve à côté du traitement des maladies de l'appareil locomoteur, celui des maladies du poumon, du cœur et de l'estomac.

En Allemagne, il n'y a pas de professeur faisant un cours officiel, mais dans maintes villes universitaires, les étudiants se groupent autour d'une personnalité médicale en vue, pour y apprendre sinon la théorie, du moins la pratique de la « gymnastique médicale » en même temps et au même titre que les autres moyens médicaux ou chirurgicaux.

Tous les médecins français doivent actuellement connaître les indications et la pratique de la rééducation respiratoire, afin de traiter EUX-MÊMES leurs malades dans la majorité des cas. « Parfois le traitement exige l'emploi d'appareils spéciaux, d'aides expérimentés et la collaboration de la mécanothérapie et de l'orthopédie. Il est évident que la pratique médicale courante ne peut suffire aux indications et qu'il faut avoir recours dans certains cas à la spécialisation. »

II

Physiologie de la respiration, l'acte respiratoire. — Les exercices de rééducation respiratoire tendent à transformer une respiration défectueuse en une respiration normale, physiologique. Il est donc indispensable de bien connaître les caractères, les propriétés physiques de cette dernière. Du reste, ces notions de physiologie respiratoire sont utiles au thérapeute, car elles permettent d'apprécier la valeur de la rééducation respiratoire, d'évaluer avec exactitude les résultats obtenus.

Le terme d'acte respiratoire s'applique à la série des phénomènes physiques qui se produisent à l'occasion des mouvements respiratoires.

Il nous faut rappeler rapidement quels doivent être, à l'état normal, les dimensions, la forme du thorax et de l'abdomen à l'état de repos, les modifications qu'y apportent les inspirations et les expirations, la quantité d'air déplacée à chaque respiration, la pression de cet air dans le poumon, le fonctionnement propre des muscles inspirateurs et expirateurs.

A. PLESSIMÉTRIE. — a. *Périmètres.* — On observe que chez l'homme bien constitué la circonférence thoracique, prise au mètre au-dessous de la saillie des muscles pectoraux, doit excéder la demi-taille de 1 centimètre chez les individus de plus de 1m60 et de deux centimètres chez les autres.

b. *Diamètre, section thoracique.* — La détermination des diamètres thoraciques antéro-postérieur et transversal est plus difficile. Elle nécessite l'emploi d'appareils spéciaux. Actuellement on n'attache plus grande importance à la forme du thorax, ainsi qu'à la section thoracique (Maurel) délicate à calculer.

c. *Ampliation ou élasticité thoracique moyenne et maxima.* — La valeur de l'élasticité maxima s'obtient en prenant les périmètres en inspiration et expiration forcées et en retranchant le dernier chiffre trouvé du premier. La valeur de l'élasticité moyenne s'obtient de la même façon, pendant la respiration calme.

L'ampliation moyenne est peu considérable : 0cm5 à 2 ou 3 centimètres au plus. L'ampliation maxima est normalement de 5 à 10 centimètres.

On n'a pas l'habitude en France de calculer l'ampliation abdominale au niveau de l'ombilic, pour fixer l'étendue des contractions du diaphragme. Thooris récemment a repris l'étude de cette question.

B. PNEUMOGRAPHIE. — L'étude des tracés pneumographiques des mouvements respiratoires permet de fixer : 1° la fréquence des respirations; 2° l'amplitude des mouvements respiratoires; 3° le rythme de la respiration.

1° La fréquence des mouvements respiratoires chez l'homme a été évaluée par Marey à 16,3 par minutes; chez l'enfant de sept mois à dix ans, on compte de 32 à 22 respirations.

2° On admet que la hauteur des courbes est sensiblement proportionnelle à la quantité d'air inspiré, et que la poitrine se dilate d'autant moins que la respiration est plus fréquente. L'amplitude des mouvements n'est pas semblable dans chacun des segments du thorax.

Le type respiratoire costal ou thoracique supérieur se rencontre surtout chez la femme, le type costal ou thoracique inférieur de préférence chez l'homme, le type abdominal ou diaphragmatique est spécial à l'enfant.

3° En pratique, on peut dire que la phase inspiratoire (inspiration + pause inspiratoire) est moins longue que la phase expiratoire (expiration + pause expiratoire) dans les proportions de moitié. Il existe une opposition très curieuse entre la durée des temps respiratoires proprement dits, et la durée des bruits qui leur correspondent à l'auscultation.

C. SPIROMÉTRIE. — Le spiromètre permet de mesurer la capacité respiratoire vitale, et avec un dispositif particulier, la valeur de l'air courant.

La capacité vitale représente le volume d'air expiré, lorsque le thorax étant à la limite supérieure (inspiration maxima) passe à la limite inférieure (expiration maxima). Elle n'est pas constante, mais est profondément influencée par des causes multiples; chez l'adulte elle est en moyenne de 3.500 à 3.700 centimètres cubes.

L'air courant est celui qui est introduit dans le poumon par une inspiration calme et qui en est expulsé par une expiration également calme. Chez

l'enfant de douze à seize ans la valeur de l'air courant peut être évaluée à 235 centimètres cubes, chez les adultes à 420 centimètres cubes.

D. Pneumatométrie. — L'intensité des forces inspiratoires et expiratoires est fonction de la musculature inspiratrice et expiratrice.

Les pressions respiratoires moyennes sont extrêmement faibles.

Dans la respiration intentionnelle, sans effort, les pressions sont en général, pour l'expiration de + 8 millimètres de Hg, pour l'inspiration de — 12 millimètres. Dans les inspirations forcées, la pression est de — 39 millimètres, dans les expirations forcées de + 92 millimètres.

E. Radioscopie. — La radioscopie permet d'apprécier : 1° la forme et l'intensité des mouvements des côtes ; 2° la forme et l'énergie des contractions du diaphragme.

Chez l'homme, pour que l'acte respiratoire soit considéré comme normal et physiologique, il n'est pas indispensable que le périmètre thoracique soit considérable, l'ampliation moyenne ou maxima très marquée, la capacité vitale très volumineuse ; la pression inspiratoire ou expiratoire élevée. Mais il faut que la cage thoracique se dilate dans tous les sens, que les mouvements respiratoires, peu fréquents (16 par minute), soient réguliers, que les inspirations soient plus courtes que les expirations.

Le volume de l'air courant doit être chez l'adulte de 425 à 450 centimètres cubes, chez l'enfant de douze à seize ans de 235 centimètres cubes en rapport avec l'âge, la taille, le poids du sujet. « Au total, c'est au spiromètre qu'il conviendrait de mesurer l'air courant des individus pour apprécier la valeur physiologique de leur respiration. »

Mosso admet que nous respirons normalement plus que nous n'en avons chimiquement besoin ; le nombre et l'amplitude des mouvements respiratoires n'est pas toujours dans un étroit rapport avec la respiration des tissus et du sang, ni proportionnelle au besoin d'introduire de l'oxygène et d'éliminer du CO^2. « Cette respiration de luxe a sans doute quelque utilité, et nous admettons avec Richet qu'il en est pour l'oxygène, comme pour les C.H.Az, pour en avoir assez, il faut en avoir trop. »

III

Indications de la rééducation respiratoire. — Avec Munter (rapport au récent congrès de physiothérapie) on classe en plusieurs catégories les malades qui tirent profit de la rééducation respiratoire.

Dans une première, nous classerons les porteurs de lésions pleuro-pulmonaires (maladies aiguës ou chroniques).

Dans une deuxième, nous envisagerons les sujets souffrant de troubles des voies respiratoires supérieures, pharynx ou nez.

Nous grouperons en troisième lieu les individus atteints d'une affection siégeant en dehors de l'arbre respiratoire, mais compromettant le jeu normal de ce dernier.

Enfin nous parlerons de ceux réputés sains qui ne sont porteurs d'aucune lésion organique, mais qui sont des « insuffisants respiratoires ».

I. En principe, toutes les affections pulmonaires sont susceptibles d'être améliorées par la rééducation respiratoire. On conçoit que ce moyen thérapeutique augmentant le champ respiratoire agisse dans tous cas où ce dernier se trouve diminué ; il supprime la dyspnée chez les individus porteurs d'une grosse lésion en foyer qui restreint la capacité pulmonaire. La sédation des phénomènes dyspnéiques est rapide et succède à des mouvements très simples.

Pour Rosenthal, la rééducation respiratoire est un véritable médicament vaso-constricteur, décongestionnant. Il est facile de constater cet effet des mouvements respiratoires bien exécutés sur les foyers de congestion de la base des poumons. M. Hirtz a montré que chez les individus dont une base pulmonaire présente de la matité, de la diminution du murmure, quelquefois même du souffle, il suffit de provoquer de grands mouvements d'inspiration pour amener une diminution de la matité, de tous les signes physiques (Avenbrugger).

Indirectement, en aérant toute la surface pulmonaire non lésée, en la mettant en état de suractivité, la rééducation respiratoire lui permet de résister à l'invasion microbienne avoisinante.

Les affections pulmonaires aiguës qui ont été traitées par la rééducation respiratoire sont principalement les broncho-pneumonies, les pneumonies, les bronchites aiguës, les gangrènes pulmonaires.

Hungton Hitchell en Angleterre, Treuhardt de Cossonay en Suisse, Hermann en Allemagne sont les premiers médecins qui ont rapporté des cas d'amélioration, de guérison même quelquefois vraiment surprenante, obtenus par la rééducation dans les affections pulmonaires, principalement dans la broncho-pneumonie de l'enfance. Chez le vieillard la broncho-pneumonie est d'un pronostic plus mauvais que chez l'enfant. Treuhardt prétend que même chez eux, dans les cas où l'on doit stimuler l'expectoration d'une façon plus énergique pour débarrasser les bronches, le traitement mécanique lui a donné de bons résultats. Trop souvent cependant la rééducation respiratoire ne donne malheureusement rien ; le cœur du vieillard usé ne répond plus aux excitants extérieurs, la respiration artificielle, à cause de la raideur de la cage thoracique, est du reste extrêmement difficile à appliquer.

Dans aucun cas la forte élévation de la température ne doit être une contre-indication aux exercices.

Dans les bronchites aiguës le vomitif réalise en quelque sorte le massage du poumon et rend par suite de grands services quand il s'agit de débarrasser le territoire bronchique qui se laisse obstruer. On peut obtenir les mêmes résultats avec les exercices bien réglés de rééducation respiratoire, sans fatiguer le malade.

La thérapeutique mécanique ne peut diminuer la durée d'évolution d'une maladie cyclique, telle la pneumonie. La rééducation respiratoire s'impose cependant dans les cas de grosse pneumonie avec zone de congestion péripneumonique très étendue amenant une dyspnée, une oppression considérable.

Il va sans dire que la rééducation respiratoire est sans effet immédiat sur les collections purulentes des poumons (abcès, gangrènes, cavernes). Employée dans ces divers cas, elle n'agit nullement en modifiant l'état local, mais en ventilant les poumons, elle permet au sujet de résister à l'infection et atténue les phénomènes dyspnéiques.

Il faut distinguer les pleurésies dites a frigore tuberculeuses des pleurésies secondaires survenant au cours d'un état infectieux local (pneumonie) ou général (fièvre typhoïde, rhumatisme). Dans ces dernières, M. Rosenthal recommande la gymnastique respiratoire « qui est un auxiliaire précieux, stimule un organisme à vitalité ralentie ». La plupart des médecins accepteront difficilement que les exercices respiratoires hâtent la résorption d'un épanchement séreux inflammatoire. Ils hésiteront à provoquer des mouvements respiratoires dans le but de hâter la disparition du liquide. Après la résorption de l'épanchement ou en cas de pleurésie sèche sans grande réaction inflammatoire, pour éviter la symphyse pleuro-viscérale, concomitamment à l'usage des révulsifs, les mouvements du thorax modérés et rythmés s'imposent.

Doit-on, à l'instar de M. Rosenthal, traiter par la rééducation respiratoire les pleurésies séro-fibrineuses, tuberculeuses. La rééducation respiratoire, comme moyen thérapeutique, est une arme à double tranchant. Assurément elle améliore les échanges respiratoires, permet au malade de mieux aspirer l'air bienfaisant, réalise pour le bacillaire une véritable cure d'air artificielle, stimule l'organisme et le met en état de lutter victorieusement contre l'infection bacillaire. Mais tous ces résultats sont obtenus par la mobilisation du thorax. Or, la tuberculose de la séreuse pleurale doit être traitée comme toute autre tuberculose séreuse. Jusqu'à ce jour on n'a jamais recommandé, pour une arthrite tuberculeuse à la période de germination, la mobilisation et le massage de l'article.

Tout pleurétique doit être laissé au repos pendant la période fébrile de la maladie. Dès qu'il est apyrétique ou que la température oscille entre 37°3, 38 degrés pendant plusieurs jours, on doit commencer très doucement les exercices les plus simples, sans les retarder davantage, sans attendre, comme le recommandait le professeur Grancher, l'ankylose pleurale et la rétraction thoracique.

C'est principalement dans les affections pulmonaires chroniques que les exercices de rééducation respiratoire ont une action évidente, et qu'ils sont susceptibles d'amener de grandes améliorations dans les troubles respiratoires. S'il faut attendre beaucoup de la rééducation respiratoire on ne saurait cependant trop lui demander ; cette méthode thérapeutique, d'une efficacité indiscutable, ne peut avoir la prétention de guérir les lésions pulmonaires trop avancées.

L'asthme, la sclérose pulmonaire, la symphyse pleurale, l'emphysème, la tuberculose pulmonaire sont les affections qui ressortissent le plus de la rééducation respiratoire.

Reymond (de Genève), en 1896, publie un des premiers les observations de deux cas d'asthme considérablement améliorés par le traitement mécanique. Depuis, les publications similaires ont été nombreuses, surtout à l'étranger. Elles ont trait, il est vrai, à des asthmes secondaires, symptomatiques d'adénopathie trachéo-bronchique, de tuberculose pulmonaire, d'affection cardiaque, à des asthmes nerveux.

Il vaut mieux prévenir la sclérose pulmonaire, la symphyse pleurale que la traiter. Aussi après toute affection pulmonaire aiguë un traitement par la rééducation respiratoire s'impose. C'est le seul moyen thérapeutique susceptible de faire reprendre au poumon ses dimensions, sa structure antérieure. Alors même que la symphyse est constituée, qu'elle est de date trop ancienne pour être modifiée, le malade retire des exercices un profit énorme, la quantité d'air courant augmente et l'état général s'améliore considérablement.

De multiples méthodes thérapeutiques ont été proposées pour le traitement de l'emphysème pulmonaire. Il semble en effet que les simples moyens physiques soient suffisants pour lutter contre cette affection. L'aérothérapie, la pneumothérapie ont été tour à tour en faveur. Actuellement on a tendance à traiter les emphysémateux par la simple éducation des mouvements respiratoires.

Pour les emphysémateux peu ou moyennement avancés, des exercices de rééducation respiratoire spéciaux, ayant surtout pour but de développer les muscles expiratoires permettent, sinon de guérir, du moins d'arrêter l'évolution progressive de l'affection. Les résultats sont lents à se produire et non définitifs; pendant de longues années l'emphysémateux doit lutter journellement contre la tendance à la distension gazeuse du poumon et se tenir en état.

Les Suédois avant nous avaient remarqué que les cas d'emphysème grave s'accompagnaient fréquemment de l'ankylose des articulations costo-vertébrales et de l'ossification des cartilages costaux. Ils pensaient que cette ankylose était la cause de l'emphysème et cherchaient par des mouvements (de la vis ou scrufvridning) à redonner aux articulations un jeu normal. Les résultats ne furent pas très bons.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'application de la rééducation respiratoire dans le cours de la tuberculose pulmonaire. Jaccoud, Sabourin sont opposés à ce mode de traitement; Péter, Guéneau de Mussy, beaucoup de médecins modernes la conseillent.

On admet en général un rapport de cause à effet entre l'inertie relative des sommets du poumon et la réceptivité plus grande de cette région pour l'agent infectieux. Sabourin pose en principe que la moitié des tuberculeux ne savent pas respirer et que ce défaut a dû certainement jouer un rôle dans la pathogénie de leur maladie. Les exercices de rééducation respiratoire agissant sur le thorax et indirectement sur le poumon pour l'amplifier, le faire mieux respirer sont donc nettement indiqués chez les prédisposés à la tuberculose pulmonaire. Hérard, Cornil et Hanot furent les défenseurs des mouvements respiratoires bien coordonnés ; ils ne les conseillent qu'à titre préventif chez les sujets prédisposés ou tout au début de la maladie.

La tuberculose pulmonaire à la première période bénéficie, dans la plus grande majorité des cas, des exercices de la rééducation respiratoire. Sauf dans les cas spéciaux où la rééducation respiratoire est contre-indiquée pour des raisons que nous étudierons, les exercices pratiqués avec douceur doivent actuellement faire partie du traitement de la tuberculose pulmonaire. Les recherches du professeur Robin et de M. Binet ont permis de constater qu'il existe certainement une suractivité des échanges respiratoires chez les tuberculeux. Il en découle l'indication de faire respirer le tuberculeux le plus largement, de lui donner la possibilité de ventiler au maximum le poumon, et cela sans traumatiser ce dernier. Nous devons tendre à obtenir par tous les moyens une suractivité de la ventilation pulmonaire, rééducation respiratoire, cure d'altitude, etc.

M. Marfan dit « que la cure de repos et à l'air libre doit être associée à quelques pratiques de rééducation respiratoire ».

La pratique de la rééducation respiratoire est délicate. Chez les tuberculeux surtout, elle repose sur une question de mesure, le médecin doit commencer par les exercices les plus simples et se guider dans la progression des mouvements par la température et la sensation de fatigue éprouvée par le malade.

Comme contre-indication à l'application de ce moyen thérapeutique dans le cours de la tuberculose pulmonaire en évolution, nous citerons seulement :

1° La fièvre en plateau au-dessus de 38°5 avec rémission de plus d'un degré, surtout si elle est exacerbée par le mouvement;

2° La fatigue excessive du malade, marquée principalement à l'occasion des exercices;

3° Les hémoptysies;

4° Les sueurs profuses.

Dans la tuberculose pulmonaire ouverte, la rééducation respiratoire n'est pas capable de modifier l'état local du poumon.

La majorité des tuberculeux tirent donc grand profit d'une méthode de traitement qui ne peut et ne doit être employée qu'avec une extrême prudence.

II. La rééducation respiratoire est indiquée comme suite du traitement opératoire dans quantité d'affections rhino-pharyngées, végétations adénoïdes, déviation de la cloison, polypes qui amènent une obstruction plus ou moins complète des voies respiratoires supérieures.

M. Lermoyer constate qu'après l'opération des végétations adénoïdes un dixième des sujets ne respirent pas mieux qu'avant. Il admet que le laryngologiste avec quelques coups de curette n'a pas remédié aux symptômes consécutifs des végétations, respiration ralentie, affaiblissement des muscles thoraciques, inertie pulmonaire. Il est donc important de ne pas perdre de vue les opérés et de leur faire suivre un traitement post-opératoire qui consiste en une véritable rééducation de la respiration. A cette opération se sont ralliés Roques et Tissié (de Pau) [Congrès de la société française d'otologie], de Vetter, Zarniko, Seifert, Ziems (de Menton). Actuellement pour la plus grande majorité des laryngologistes l'opération adénoïdienne doit toujours être suivie de la cure de rééducation respiratoire.

Récemment M. Robert Foix a préconisé un mode de rééducation respiratoire par l'air et l'oxygène comprimé; ses résultats sont très encourageants chez les ozéneux.

III. L'opinion ancienne qu'il fallait laisser au repos le plus absolu les cardiaques a vécu.

Pendant quelques années, on conseilla aux malades la marche en terrain plus ou moins accidenté, système d'Œckel à Reichenhall. Les résultats ont été favorables. A Stockholm, ils furent similaires avec le traitement mécanique ordinaire imaginé par Zander, ou la gymnastique de Ling. Les exercices de rééducation respiratoire simples, sans mouvement des bras, accélèrent la ventilation pulmonaire, empêchent la stase sanguine, aident les contractions du cœur droit. Avec mouvement des bras et des jambes elle agit de plus sur la circulation périphérique.

La rééducation respiratoire est indiquée tout spécialement dans les pseudo-hypertrophies du cœur dites de croissance. Potain et Vaquez ont montré que cette pseudo-hypertrophie tenait avant tout au rétrécissement du thorax.

M. Huchard considère que seules les cardiopathies artérielles sont susceptibles d'être améliorées par les exercices. L'exercice musculaire en favorisant la circulation sanguine vers la périphérie soulage le cœur, facilite son travail. Il doit être dosé à la façon d'un médicament, et peut être assimilé à la digitale des artères.

Rappelons que chez les emphysémateux seul le ventricule droit a tendance à se laisser dilater, la rééducation respiratoire qui empêche la stase pulmonaire, doit être pratiquée systématiquement même dans l'état de bonne santé apparente.

A la période d'asystolie les mouvements respiratoires favorisent la décongestion des poumons. Les mouvements seront alors purement passifs, dirigés avec douceur, précaution et ménagement.

Un seul écueil de la rééducation respiratoire sera à éviter; chaque inspiration amène dans le cœur une grande quantité de sang, qui à certains moments pourrait surcharger le cœur droit affaibli. Aussi faut-il dans les exercices respiratoires chez les cardiaques, insister surtout sur les expirations, qui seront très longues, très profondes.

IV. Certains organes hypertrophiés, contenus dans l'abdomen (foie, rate), dilatation de l'estomac, l'ascite, les tumeurs occupant la grande cavité, le gros ventre des nourrissons, font pression sur le diaphragme et gênent la libre contraction du muscle. La rééducation respiratoire est utile dans ces cas, elle permet la suppléance respiratoire en développant la respiration costale supérieure.

C'est vraisemblablement en agissant sur la circulation biliaire intra-hépatique (massage du foie de Mœbius) que la rééducation respiratoire tend à améliorer certaines formes de constipation tenace (Reymond).

Les affections constitutionnelles, provoquées soit par un ralentissement des combustions (obésité, diabète, goutte), soit par une insuffisance de l'hématose (chlorose, anémie, anémie pernicieuse) sont susceptibles dans une certaine mesure d'être améliorées par la rééducation respiratoire.

Chez tous les convalescents, comme chez les tuberculeux, il ne suffit pas d'une suralimentation d'aliments, mais il faut une suralimentation d'oxygène. Dans les affections externes, surtout les déviations de la colonne vertébrale, les exercices de la rééducation respiratoire se confondent avec les mouvements de la gymnastique orthopédique.

Tout enfant dont le thorax est emprisonné dans un corset plâtré doit être soumis à un traitement de rééducation respiratoire qui doit lui permettre de développer la respiration diaphragmatique.

Dans certaines maladies nerveuses la rééducation respiratoire donne d'excellents résultats. Nous ne pouvons que les rappeler. Peter et Cruchet ont présenté au Congrès de Neurologie (1902) six cas de tics traités et guéris par la rééducation respiratoire, Pour le docteur Lövy (de Marienbad), on obtiendrait des guérisons remarquables dans certaines névroses telles que la neurasthénie, l'hystérie, l'hypocondrie, en soumettant le sujet à une rééducation respiratoire simple.

V. La rééducation respiratoire s'adresse à quantité de malades, mais aussi à des individus déclarés

sains, bien portants. Nous rangeons parmi ces derniers tous ceux qui respirent d'une façon anormale. Ce sont des insuffisants respiratoires, des insuffisants thoraciques ou diaphragmatiques, sans parler des insuffisants glottiques.

a. Certains sujets qui ont tous les attributs de la bonne santé, sont grands, forts, présentent cependant des troubles intellectuels et physiques qui sont sous la dépendance d'une insuffisance de l'hématose. Nous savons que ni la plessimétrie (périmètre moyen ou ampliation thoracique, défaut de concordance des chiffres indiquant la section thoracique, le poids, la taille), ni la spirométrie (capacité vitale), ni la pneumographie, ni la pneumatométrie, ni la radioscopie n'indiquent exactement le degré d'activité respiratoire : seule la fixation de l'air courant permet de se rendre compte de la valeur de l'acte respiratoire.

L'insuffisance thoracique se caractérise cliniquement par l'immobilisation de un ou des deux côtés de la poitrine, l'ampliation excessive de la paroi abdominale à l'inspiration. Pendant les inspirations très fortes les derniers espaces intercostaux sont aspirés (Litten).

b. L'insuffisance diaphragmatique est caractérisée par une immobilité uni ou bilatérale de l'épigastre et des hypocondres au moment de l'inspiration dans la respiration calme, par une diminution de descente du diaphragme sur les images radioscopiques, par une diminution de rétraction de la paroi abdominale au moment des inspirations forcées (Thooris).

L'insuffisance diaphragmatique comme l'insuffisance thoracique sont secondaires aux affections douloureuses du thorax ou de l'abdomen, aux myopathies localisées aux muscles inspirateurs, aux paralysies ou parésies secondaires à un état infectieux, rarement à l'incoordination motrice limitée aux muscles inspirateurs (Faure).

Il n'existe pour ainsi dire pas de contre-indication au traitement par les exercices respiratoires, autre que celles que nous avons indiquées (tuberculose pulmonaire, cardiopathie).

IV

Technique et manœuvres de rééducation respiratoire. — Les séances de rééducation respiratoire se font de préférence à l'air libre, tout au moins dans une salle bien aérée. Il est indispensable que les mouvements respiratoires apportent au niveau des poumons de l'air, de l'oxygène non viciés.

Le nez est l'organe de la respiration, il est donc normal, physiologique, de demander aux sujets qu'on rééduque de respirer par le nez. Dans aucun cas il ne faut agir brutalement. Le sujet commence par exécuter plusieurs mouvements respiratoires simples dans les conditions voulues, par la bouche jusqu'au moment où les inspirations et expirations sont parfaites. Puis ces mêmes mouvements sont répétés en inspirant l'air par la bouche et en le rejetant par le nez, jusqu'à ce qu'ils soient devenus faciles. Dans des séances ultérieures le sujet doit inspirer une fois sur quatre, puis sur trois, sur deux, par le nez. En agissant ainsi, en graduant progressivement les exercices, on arrive toujours, à moins de lésions provenant d'une obstruction nasale presque complète, à transformer le mode respiratoire. Dans la respiration physiologique la bouche reste fermée. Le sujet ne doit pas compter, ni parler, ni chanter pendant les séances de rééducation respiratoire. Il concentrera toute son attention sur l'exécution des mouvements respiratoires.

Le médecin s'efforcera de diriger les exercices de telle façon qu'il impose au sujet une respiration physiologique, comme fréquence, comme amplitude, comme rythme des mouvements respiratoires.

Nous savons que le nombre des respirations est de 16 par minute en moyenne, que les mouvements doivent être amples et étendus, que l'expiration a une durée plus longue que l'inspiration.

1° Wide recommande dans les exercices de respiration le nombre de dix inspirations à la minute. En pratique, sans avoir recours au métronome à douze ou dix battements par minute, il faut imposer au sujet le minimum de fréquence des respirations et on l'obtient indirectement en provoquant le maximum d'amplitude.

2° L'inspiration doit être très étendue, allant presque jusqu'au bâillement; l'expiration totale, allant jusqu'à l'expulsion la plus complète possible de l'air contenu dans le poumon. L'inspiration comme l'expiration doivent être soutenues et non saccadées, formées d'une série de petites inspirations ou expirations fractionnées. L'effort inspiratoire et expiratoire sera prolongé.

A l'inspiration le sujet déploie toute sa force musculaire pour provoquer une dilatation extrême du thorax. A l'expiration, dans un premier temps, il laissera cette dernière se produire spontanément par suite de la rétraction des divers plans de la poitrine; dans un second, il l'activera volontairement en faisant contracter tous les muscles expirateurs le plus complètement qu'il pourra.

L'écueil à éviter est cependant de ne pas pousser les mouvements jusqu'à l'excès dangereux.

Chaque séance de rééducation respiratoire est de courte durée, dix à quinze minutes au maximum. Elle comprend l'exécution des mouvements actifs et passifs, des bras, des avant-bras, du tronc, de la tête, rarement des jambes. Les mouvements actifs, directement exécutés par le malade, sont simples ou complexes. Chaque mouvement simple ou complexe est répété cinq à six fois; il doit être fait lentement, le plus amplement possible. Les mouvements passifs, pratiqués par le médecin sur le sujet n'offrant aucune résistance, sont exécutés au commencement et à la fin de la séance.

Lorsque la respiration est devenue physiologique, les séances de rééducation respiratoire ne sont pas supprimées brusquement, mais suspendues pendant quelques semaines, quelques mois, pour être reprises s'il y a lieu.

Les appareils dont on se sert dans la pratique sont :

1° Un simple tabouret;

2° Un plint bas qui n'est autre qu'une chaise longue dont le dossier peut se baisser;

3° Un plint haut semblable à une banquette large et très élevée;

4° Deux perches verticales séparées de 0m75 environ;

5° La bomme ou barre de Lorenz;

6° L'espalier.

L'espalier et les deux perches verticales servent très peu. Aucun de ces appareils n'est indispensable pour faire exécuter tous les mouvements respiratoires. Le tabouret et le plint seront facilement remplacés par la chaise longue, la bomme par le dossier d'un fauteuil.

En France on ne pratique pas comme en Allemagne, après chaque séance d'exercice, un massage général (Reinigangsmittel).

EXERCICES DE RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE. — Tous les mouvements se font en deux temps; ils doivent coïncider avec les respirations; dans le premier temps avec l'inspiration; le second, retour à la position primitive avec l'expiration.

A. *Mouvements passifs.* — I. Le sujet est couché horizontalement :

1° Simple expression du thorax, uni ou bilatérale (maladies aiguës);
2° Elévation des bras perpendiculairement au plan du lit;
3° Mains à épaules, écartement des coudes;
4° Elévation des épaules;
5° Respiration artificielle;
6° Compression abdominale, jeu diaphragmatique.

Sujet couché les jambes pendantes :
Mouvement de circumduction des bras.

Sujet couché à 45 degrés :
Mêmes mouvements;
Extension et flexion des bras.

Sujet couché sur le côté :
1° Elévation de l'épaule;
2° Elévation du bras libre horizontalement dans le plan du corps;
3° Elévation du bras libre perpendiculairement;
4° Mouvement de circumduction du bras libre.

II. Le sujet est assis :
1° Elévation des bras;
2° Abduction et adduction des bras;
3° Elévation des bras en avant et abaissement latéral;
4° Elévation et rejet en arrière des épaules;
5° Soulèvement de la poitrine (Hortelius);
6° Soulèvement du thorax dans divers plans (Wide);
7° Mouvement de circumduction des bras.

III. Le sujet est debout :
1° Epaules tirées en arrière et en haut;
2° Ecartement des bras du corps;
3° Mouvement de circumduction.

B. *Mouvements actifs.* — Ils peuvent être simples ou rendus plus énergiques par une résistance opposée par le médecin. Ils se font avec ou sans sangle thoracique supérieure ou inférieure. La sangle peut être remplacée par les mains du médecin qui compriment plus ou moins largement la poitrine.

I. Le sujet est debout en position de fixe.

a. Le tronc reste immobile :
1° Mouvement simple d'inspiration, les bras étendus le long du corps;
2° Mouvement simple d'inspiration, les mains aux hanches;
3° Mouvement simple d'inspiration, les mains à la nuque;
4° Mouvement horizontal d'extension des avant-bras, les coudes élevés latéralement à la hauteur des épaules (mouvement doux, tuberculose au début);
5° Abduction, adduction des bras et avant-bras horizontalement en avant;
6° Flexion et extension des bras;
7° Coudes fléchis, les rapprocher derrière le dos pendant l'inspiration;
8° Mains à nuque, mouvement d'abduction et adduction des bras (respiration costale supérieure);
9° Elévation horizontale des bras dans le plan parallèle à l'axe du corps;
10° Elévation verticale des bras dans le plan parallèle ou perpendiculaire à l'axe du corps;
11° Elévation des bras horizontalement dans le plan perpendiculaire, puis parallèle à l'axe du corps;
12° Natation à sec;
13° Mouvement de circumduction des bras.

b. Le tronc est mobile :
1° Les bras sont immobiles, mains aux hanches, extension ou flexion latérale du tronc ou de circumduction du tronc.

Les bras sont immobiles, mains à nuque, bras en croix, bras étendus verticalement.

2° Les bras sont mobiles, avec ou sans charge :
a. Elévation verticale des bras avec mouvement de flexion et d'extension du tronc en avant;
b. Elévation verticale des bras avec mouvement d'extension du corps;
c. Elévation verticale des bras et flexion du corps;
d. Elévation horizontale des bras dans le plan perpendiculaire à l'axe du corps et abaissement des bras coïncidant avec mouvement d'extension et de flexion du corps;
e. Elévation horizontale des bras dans le plan parallèle à l'axe du corps coïncidant avec mouvement de flexion latérale du tronc.

II. Le sujet debout n'est plus en position de fixe

a. Les pieds sont joints :
1° Elévation progressive sur la pointe des pieds;
2° Même mouvement, en étendant les mains verticalement;
3° Même mouvement, en portant les mains aux épaules et au-dessus de la tête.

b. Le sujet est en position de « fendu » :
1° Mains aux hanches, à nuque, mouvement d'inspiration et d'expiration;
2° Une main allongée en avant du côté du pied antérieur, l'autre main allongée en arrière parallèle à la jambe postérieure;
3° Bras et avant-bras devant la poitrine, mouvement d'extension latérale des bras.

c. Le sujet déplace un pied :
1° Mains aux hanches, fente en avant;
2° Fente en avant, les bras tendus en avant dans le prolongement du tronc, ou extension latérale des bras;
3° Fente en avant, avec mouvement d'extension simultanée des avant-bras, sans bouger les coudes;
4° Fente en avant, en étendant le bras homologue au pied antérieur;
5° Fente en avant, avec mouvement de natation à sec;
6° Fente en arrière, le tronc se renverse dans l'extension forcée.

III. Le sujet est couché, horizontalement ou à 45 degrés.

a. Sur le dos :
1° Mouvement du soupir;

2° Simples mouvements d'inspiration ou d'expiration, les bras le long du corps ou les mains à la nuque (en faisant gonfler l'abdomen, respiration diaphragmatique);

3° Élévation des bras dans plan perpendiculaire ou parallèle;

4° Redressement et flexion du tronc, mains à la nuque, aux hanches.

b. Sur le ventre :

Mouvement de soulèvement, extension du tronc;
Mouvement de natation à sec.

c. Sur le côté :

Mouvement d'élévation du bras libre, de l'épaule (Marty).

IV. Le sujet est assis.

a. Le tronc est immobile :

Les bras sont fixes ou mobiles. Mêmes mouvements que lorsque le sujet est debout.

b. Le tronc est mobile :

1° Les mains reposant sur les genoux, mouvements d'extension et de flexion du tronc;

2° Mains aux hanches, torsion latérale et flexion latérale du tronc.

C. *Mouvements mi-passifs, mi-actifs.* — Tous les exercices décrits peuvent se faire avec résistance active de l'opérateur.

a. Le sujet est debout :

1° La main de l'opérateur se place sous le menton du sujet qui s'efforce de fléchir la tête pendant l'inspiration (respiration costale supérieure);

2° L'opérateur maintient le bassin du sujet, mouvement de flexion latérale ou de torsion latérale du tronc;

3° Mouvement de lutte, face à face (Peter).

b. Le sujet est couché :

1° La main de l'opérateur repose sur le front du sujet qui essaie d'élever la tête pendant l'inspiration;

2° Respiration avec compression sur la partie antérieure de la poitrine ou sur la région abdominale (respiration diaphragmatique).

c. Le sujet est assis.

Mouvement de torsion du tronc.

D. *Mouvements actifs avec appui.* — *a.* Le sujet est debout :

1° Les bras en croix (barres verticales), mouvement de flexion forcée des avant-bras pendant l'inspiration;

2° Les bras pendants (barres verticales), mouvement de balancement, corps en avant;

3° Les bras verticaux (trapèze, barre de Lorenz, échelle fixe), suspension complète ou incomplète du corps, flexion des avant-bras.

Exercices particuliers. — Barres de Lorenz :

1° Appui au niveau de la région costo-iliaque, flexion latérale du tronc, avec élévation du bras opposé;

2° Appui au niveau de la région lombaire, extension forcée du tronc.

Exercice du bâton ou xylofer, préconisé par Augerstein et Eckler, repris par Schreber et Lobit (de Biarritz.)

Exercice marche du bouvier basque (Lobit).

b. Le sujet est couché.

1° Bras en croix, verticaux (barre Lorenz), mêmes exercices que debout.

2° Le sujet est couché sur le ventre à faux, sur une table, extension et flexion du tronc.

c. Le sujet est assis.

1° A cheval sur le tabouret avec étrier, extension totale du tronc.

2° Le sujet est assis à faux les pieds fixés. Extension du tronc dans le vide.

d. Le sujet est étendu par les mains.

Mouvement de flexion des avant-bras.

Dans le cours des affections aiguës pulmonaires ou autres les exercices de rééducation respiratoire doivent être très simples et pratiqués avec une grande douceur. Les phénomènes douloureux, la dyspnée, l'hyperthermie ne seront jamais une contre-indication à la rééducation respiratoire dans le cours des affections aiguës.

Les tuberculeux couchés, cavitaires, seront traités comme des malades aigus. Aux autres tuberculeux, on conseille au début du traitement l'exercice du soupir répété huit à dix fois par heure, ces exercices ne provoquent pas la toux, n'occasionnent pas de poussées thermiques. Ils doivent s'exécuter en dehors de la toux et de la digestion. Puis assez rapidement il est bon de recommander les mouvements passifs doux, d'abord ceux qui ne développent pas spécialement la respiration costale supérieure. Ces derniers un peu plus tard.

Dans la tuberculose pulmonaire chronique au début, il convient d'insister principalement sur les exercices inspiratoires (Robin).

Dans le traitement de l'emphysème pulmonaire par la rééducation les efforts doivent tendre à augmenter autant que possible la durée de l'expiration. Pour mettre en œuvre l'action des muscles expirateurs, le sujet s'efforcera de souffler une bougie placée à des distances de plus en plus grandes.

En Suède le mouvement dit de la vis ou scrufvridning est très en honneur, pour les cas que nous avons indiqués.

Dans l'asthme la rééducation respiratoire procure un énorme soulagement sinon la guérison. Les exercices sont pratiqués en dehors des crises, mais surtout pendant celles-ci, coïncidant alors avec l'effleurage du thorax, les vibrations du tronc au niveau des attaches diaphragmatiques. En dehors des accès il est d'usage d'imposer à l'asthmatique dix à quinze minutes d'exercices tous les jours en augmentant progressivement le temps entre les inspirations.

Dans les cas de pleurésie, lorsqu'on veut faire respirer avec force le côté malade aux dépens de l'autre, Schreber conseille l'exercice suivant. La main du malade est portée le plus haut possible dans le creux de l'aisselle du côté sain, de manière à exercer une forte pression sur les côtes, pendant la respiration forcée. Pareil résultat peut s'obtenir autrement : « Le malade est assis de côté sur une chaise le côté sain de la poitrine appuyé sur le dossier » (Simonin).

Nous ne ferons que citer les principaux exercices qui développent la respiration costale supérieure.

1° Mouvements respiratoires en quatre temps : 1. élévation des bras verticalement ; 2-3. bras horizontaux en croix en supination, puis en pronation; 4. position initiale (Desfosses);

2° Tous les mouvements respiratoires avec participation des muscles de l'épaule et du cou;

3° Respiration artificielle procédé ordinaire, ou

mouvement des épaules, procédé de Wide-Hartelius.

La respiration diaphragmatique est surtout éduquée, lorsque le sujet est dans le décubitus dorsal. On lui recommande de faire une grande inspiration en dilatant l'abdomen au maximum, afin que la paroi atteigne des hauteurs de plus en plus élevées. La main posée à plat sur le ventre oppose une résistance graduée.

V

Résultats obtenus par le traitement par la rééducation respiratoire. — La rééducation respiratoire a une action élective sur les dimensions, la forme du thorax, la capacité pulmonaire, le mode de respiration.

I. Dans la plus grande majorité des cas (9/10) le traitement par la rééducation respiratoire provoque une augmentation du périmètre moyen évidente, qui atteint facilement 2 centimètres et peut aller jusqu'à 4 ou 5. Cet accroissement du périmètre tient d'une part à la dilatation du thorax osseux et aussi au développement des plans superficiels de la poitrine. Il en résulte une modification de forme de la poitrine qui tend à devenir globuleuse, saillante, bombée.

A l'état normal le degré d'ampliation du thorax est de 1 à 1,5 ou 3 centimètres. Après les exercices il augmente de 1/2, 3/4, 1 centimètre, rarement davantage.

La recherche du degré d'élasticité maxima de la poitrine montre qu'après les exercices respiratoires, l'ampliation thoracique est toujours augmentée, dans des proportions notables, quelquefois du simple au double; cette augmentation d'élasticité porte surtout sur le segment du thorax, qui en général respire le mieux, dans le segment supérieur chez les individus qui ont une respiration mode costal supérieur. Il n'y a aucune corrélation entre les modifications de longueur du périmètre et de l'ampliation thoracique, entre l'accroissement du périmètre moyen et l'augmentation de volume de la capacité vitale.

Chez le même individu la valeur de l'élasticité thoracique restant la même la capacité vitale ne change pas; l'augmentation de l'une correspond assez exactement à celle de l'autre d'une façon progressive; cette règle s'applique à des individus à thorax normaux et dont les muscles inspirateurs ne sont pas paralysés.

Plessimétriquement on ne peut apprécier exactement le degré d'amélioration des sujets soumis aux exercices de rééducation respiratoire. Les résultats fournis par la mensuration doivent être contrôlés et précisés par les données fournies par la spirométrie.

II. Le pneumographe est, avant tout, un instrument de laboratoire, il est d'une utilité clinique immédiate contestable. L'étude des tracés montre que le résultat de la rééducation respiratoire est de diminuer le nombre des respirations, d'augmenter leur amplitude, sans changer leur rythme dans la majorité des cas. La rééducation respiratoire régularise cependant le rythme respiratoire en égalisant toutes les courbes du tracé.

III. C'est en fixant systématiquement la quantité d'air courant qu'on peut apprécier la valeur de la rééducation respiratoire. La capacité vitale le plus souvent est accrue, mais dans des proportions infimes par rapport à l'air courant. Tandis que la quantité de l'air courant varie du simple au double, la valeur de la capacité vitale peut ne pas être modifiée.

IV. On constate que la rééducation respiratoire n'agit nullement sur la musculature respiratoire. Par là se précise l'énorme différence qui existe entre cette méthode de traitement et les diverses gymnastiques françaises et suédoises; ces dernières développent considérablement la poitrine. Il en résulte que chez les sujets qui les pratiquent l'énergie des mouvements respiratoires forcés est considérable, et les pressions inspiratoires et expiratoires très élevées.

V. Les effets de la rééducation respiratoire ont été contrôlés par les examens radioscopiques. On constate à la suite du traitement une augmentation des mouvements d'expansion du thorax et principalement du diaphragme.

En résumé l'action de la rééducation respiratoire sur l'appareil respiratoire est caractérisée par l'augmentation :

Du périmètre thoracique moyen;
De l'ampliation thoracique moyenne et maxima;
De la capacité vitale;
De l'air courant;
De l'amplitude des mouvements respiratoires;
Par la diminution de la fréquence de ces derniers;
Par leur régularisation;
Par le peu de changement dans l'état de la musculature respiratoire.

La rééducation respiratoire aboutit à des effets généraux propres à combattre l'insuffisance de la respiration, à améliorer l'organisme, en introduisant plus d'oxygène dans le sang.

On a signalé à la suite des premières séances de rééducation respiratoire des vertiges par ivresse d'oxygène et du coryza. Nous pensons que ces incidents tiennent plutôt à ce fait que trop souvent les exercices sont exécutés dans une pièce peu aérée, ils sont alors la conséquence d'une très légère intoxication et d'une irritation de la pituitaire par un air vicié et chargé de germes.

BIBLIOGRAPHIE

AMEUILLE. *De l'emphysème pulmonaire*, Th. de Paris, 1908.
AMOROS. *Nouveau manuel complet d'éducation physique, gymnastique et morale*, Paris 1878.
ANALPHY. *La Santé par la respiration.*
ARNHEIM. *Beitr. z. Theorie der Atmung*, Baden 1894.
ARSONVAL (D'). *Recherches théoriques et expérimentales sur le rôle de l'élasticité du poumon*, Th. de Paris, 1877.
ARON. Pletigsmographische Untersuchmirigen der Atembewegungen, *Arch. von Virch.*, 1893.
BANNIER. *Etude physiologique sur l'homme sain. Respiration dans l'appareil à pression*, Narbonne 1906.
BÉCLÈRE. *Monographie sur l'emploi des rayons Röntgen.*
BERDACH. Le rythmoscope, *Soc. impér. et royale des méd. de Vienne*, 31 mai 1907.
BIEBERT. Pneumatométrie, *Arch. f. klin. Med.*, 1876.
BLOCH. Le pneumoscope, *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, Paris 1897.
BOIET. *Capacité pulmonaire et mesure spirométrique chez les tuberculeux*, 1909.
BERT (P.). *Recherches sur les mouvements de la respiration*, 1870.
BROSCH. Die physikalische Functionsprüfung der Atmung und ihre Betentung, *Arch. von Virch.*, 1898.
BROUSSAIS. La gymnastique considérée comme moyen thérapeutique et hygiénique, *Arch. de méd. biol.*
CANONGE. Education physique, *Gaz. des hôpit.*, 1909.

CARUE. *Traité pratique de gymnastique de chambre hygiénique et médicale*, Paris 1868.
CHANCEREL. *Gymnastique médicale*, Th. de Paris, 1869.
CHUQUET. *L'Hygiène des tuberculeux*; — *Congrès international d'éducation physique*, Bruxelles 1909; — *Congrès de physiothérapie*, Liége 1905, Paris 1910.
CYRIAX. *The elements of kellgrens manual treatment*, London.
DALLY. *Cinésiologie ou science du mouvement*; — *Sur la régénération physique de l'espèce humaine par la gymnastique rationnelle*.
DEMENY. *Education physique en Suède*; — Recherches sur la forme du thorax et le mécanisme de la respiration, *Arch physiol. norm. et path.*, 1889; — *Mécanisme et éducation du mouvement*, 1904.
DERECQ. Exercices méthodiques de l'appareil respiratoire préventifs et curatifs des affections pulmonaires, *Tuberculose infantile*, Paris 1905.
DESFOSSES et SANTOS. *Presse méd.*, 1905.
DOMPTMARTIN. *Utilité de la gymnastique*.
FAURE. *Education du mouvement*, 1903; — L'éducation respiratoire, *Gaz. des hôpit.*, 1910.
FAURE et REYMOND. L'éducation de la respiration, *Revue de méd.*, 1906.
GOMMAERT. *Congrès de physiothérapie de Liége*, 1905, Paris 1910.
GRÉHANT. *Recherches physiques sur la respiration*, Th. de Paris, 1869.
GRELLIER. Le traitement par les mouvements méthodiques, *Lyon méd.*, sept. 1909.
GUERMONPREY. *Gymnastique respiratoire pendant les mouvements*, Paris 1907.
HALDANN et PRIESLEY. La régulation et la ventilation pulmonaire, *Journ. of physiol.*, 1905.
HARTELIUS. *Traitement des maladies par la gymnastique respiratoire*.
HÉAD. On the regulation of respiration, *Journ. of physiol.*, 1889.
HEUCQUEVILLE (D'). *L'Acte respiratoire. Rééducation respiratoire*, Steinheil, 1910.
HEITZ et HARANCHIPY. La gymnastique respiratoire et les cardiaques, *Congrès de physiothérapie*, Paris 1910.
HIRTZ. *De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux*, Th. de Paris, 1878; — *Congrès de la tuberculose*, Naples 1900.
HIRTZ et BROUARDEL. *Soc. de biol.*, 1900.
HUTCHINSON. *On the spirometer*, London 1852.
JACCOUD. *Curabilité et traitement de la tuberculose pulmonaire*.
KUSS. *Pneumatométrie et pneumothérapie*, Th. de Nancy, 1876.
LABADIE-LAGRAVE. Aérothérapie, *Gaz. hebd.*, 1874.
LABOURÉ (d'Amiens). Gymnastique respiratoire, *Nord méd.*, Lille, 1905.
LAGRANGE. *La médication par l'exercice*; — *Traité de gymnastique médicale suédoise* (WIDE), Paris, 1878; — La gymnastique respiratoire chez les tuberculeux, *Tuberculose inf.*, n° 1.
LANGENDORFF. *Physiologische graphinck*.
LEFEBVRE. *Education physique en Suède*, Bruxelles 1905.
LEGRAND. *De la gymnastique considérée dans ses rapports avec l'éducation physique*.
LERMOYER. *France méd.*, 1891; — *Soc. méd.*, juillet 1909.
LOBIT. *La gymnastique respiratoire dans la tuberculose infantile*, août 1898.
LORENZ. *Pathologie in therapie der seitlichen rukgratver Krunmunger*, Vienne, 1886.
MAUREL. *Traité de l'hypohématose*, Toulouse, 1890; — *Congrès pour l'avancement des sciences*, Marseille, 1891.
MOSSO. Respiration superflue ou de luxe, *Arch. de biol. ital.*, 1886.
NAGEOTTE. *Soc. de péd.*, 1905; — Kinésithérapie respiratoire, in *Physiothérapie* (GILBERT et FOURNIER).
PACTON. *Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration*, Paris 1892.
PAZ. *Moyens de prolonger l'existence*, Paris 1870; — *Le gymnaste médecin*.
PICHARD. *Contribution à l'étude pneumographique dans la pathologie pulmonaire*, Th. de Paris, 1908.
PLICQUE. Insuffisance respiratoire chez les tuberculeux au début, *Journ des prat.*, 1891.
REGNIER. *La mécanothérapie*.
REYMOND. Gymnastique respiratoire et ampliation thoracique, *Revue de la Suisse Romande*, mai 1896; — *Quelques résultats de la thérapeutique à l'Institut mécano mécanique*, Genève. 1901.
RIEGEL. *Die Athembewegungen*, 1873.
RŒDERER. Gymnastique respiratoire, *Clinique*, 1909.
ROSENTHAL. Neue studien über Athembewegungen, *Arch. f. phys.*, 1880; — Altes und neues uber athembewegungen, *Biol. Centralblatt.*, 1881; — *Journ. de phys.*, juillet. nov. 1903; — *Tribune méd.*, 1909.
SAINT-MARTY (de). La gymnastique respiratoire dans le traitement des déformations thoraciques chez les enfants, *Journ. d'orth. de Bordeaux*.
SIGALAS. *Congrès de physiothérapie*, Liége 1905, Paris 1910.
SCHNEPF. *Capacité vitale des poumons. Les rapports avec les maladies de poitrine*, 1858.
SCHREBER, *Gymnastique de chambre*, Paris 1898.
SERVAL. On the relation of diaphragmatic respiration, 1891.
SILSON. On the movement of respiration in disease and on the un chest measarer, *Med. chir. transact.*, 1898.
THOORIS. La respiration diaphragmatique, *Congrès oto-laryngologie*, mai 1907; — La rééducation respiratoire, *Congrès physiothérapie*, 1900; — *Presse méd.*, 1910.
TISSIÉ. Précis de gymnastique rationnelle, Paris 1905; — *Congrès de climatothérapie*, Paris, 1905.
TREUHARDT. Traitement de la bronchopneumonie de l'enfance, *Revue de la Suisse Romande*, 1898.
VERGNES. *Traité de gymnastique*, Paris 1869.
VUILLEMIN. *Manuel de gymnastique rationnelle*, Paris, 1902.
WALDENBOURG. *Pneumatisches Behandlung*, 1875.
WITZENHAUSEN. *Mesure de la respiration thoracique*.
ZADUDOWSKY. La gymnastique respiratoire, *Formator physiothérapie*, 1904.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'an. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice et Menton, délivrés du 19 au 31 décembre 1910.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e classe, 131 fr. 50.

Fêtes de Noël et du Jour de l'An. — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 22 décembre 1910, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier 1911, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 9 décembre : MM. Baille, 5; Lamarre, 7; Gatellier, 8; Prunier, 4; Larcher, 7; Lehmann (Pierre) et Rouffignac, 8; Monod-Lorenz, 10.

Séance du 11 décembre : MM. Lanos, 7; Lévy, 10; Clap, 11; Ducastaing, 12; Dufour, 11; Pimpaneau, 8; Avezou, 10; Champs-de-Saint-Léger, 4; Teisset, 7.

Pathologie. — Séance du 10 décembre : MM. Marcassus, 7; Rousseau (Ferdinand), 12; Béon, 5; Bel, 10; Tissier, 9; Arnaudon, 8; Beloux et Percepied, 9; Bourgeois (Francis), 7; Mlle Peltier, 12; Bouquier, 10.

— Concours du prosectorat. — *Oral. Physiologie.* — Séance du 10 décembre : « Physiologie du testicule (sans la fécondation). »

MM. Basset, 20; Berger, 17; Poupardin, 15.

Prochaine séance, mardi 13 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bérard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière réunion le conseil de la Faculté a désigné M. le professeur Déjerine pour remplacer le professeur Raymond dans la chaire de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. le professeur Gross est nommé doyen pour trois ans à partir du 22 novembre 1910.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — M. Moureyre, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Nancy. — M. Godfrin, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur pour trois ans à partir du 5 décembre 1910.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Un décret vient de changer le titre de l'établissement qui s'appellera désormais Maison nationale de santé de Saint-Maurice.

BOURSES MÉDICALES. — Le *Journal officiel* du 11 décembre publie la liste des boursiers pour un an dans les facultés et écoles de médecine.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — La médaille des épidémies, en or, est décernée à M. le médecin-major de 2e classe Cochois.

La médaille en argent est décernée à M. le médecin-major Le Dantec, à M. le médecin-major Vouters, des troupes coloniales.

Des médailles en bronze sont décernées aux médecins-majors Arnould, Coudert et Marland, à MM. les médecins aides-majors Heymann et Raymond des troupes coloniales, et à M. le pharmacien aide-major Dary.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Le docteur Langlois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, rapporteur technique auprès du comité consultatif des arts et manufactures, est chargé des fonctions de médecin conseil de l'inspection du travail.

PRIX NOBEL. — La remise solennelle des prix Nobel a eu lieu samedi à Stockholm.

Le prix de médecine fut remis au professeur Kossel (d'Heidelberg) pour ses travaux sur les phénomènes cellulaires et l'albuminurie.

Le prix de chimie au professeur Wallach (de Goettingen) pour ses travaux sur la chimie organique.

Le prix de physique au professeur van den Waals (d'Amsterdam) pour ses recherches sur les gaz et les fluides.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société aura lieu le jeudi 15 décembre, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Le bureau pour 1911 est ainsi constitué :

Président, M. Loumeau; vice-président, M. F. Lagrange; secrétaires des séances, MM. G. Dupond et Cabannes; trésorier, M. Peyre; archiviste, M. Méneau.

Conseil d'administration, MM. Monod, Chambrelent, Verdelet, Bégouin.

Conseil de famille, MM. P. Carles, Mongour, Davezac, Dupuy, Courtin.

UN NOUVEAU GROUPEMENT MÉDICAL. — Un groupe de trente médecins de Bordeaux, parmi lesquels les docteurs

Martin du Magny, Peyre (père) et de Coquet, a pris l'initiative de former une *Union générale professionnelle*.

Une réunion préparatoire à laquelle sont conviés tous les médecins de Bordeaux, doit avoir lieu le jeudi 15 décembre.

ORCHESTRE MÉDICAL. — L'Orchestre médical, dont nous avons annoncé la formation l'année dernière sous la présidence de M. Richelot, donnera son premier concert le jeudi 15 décembre 1910, à la salle d'horticulture, 84, rue de Grenelle.

FONDATION PIERRE BUDIN. — *Ecole de puériculture* (91 *bis*, rue Falguière, 15e). — Une conférence sera faite le samedi 24 décembre, à cinq heures, par M. le docteur E. Ausset (de Lille), professeur agrégé.

Sujet de la conférence : « La suralimentation et ses conséquences. »

INCENDIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — Un incendie s'est déclaré dimanche soir à l'école de médecine navale ; le tuyautage des étuves a mis le feu à la cloison de la salle de préparation du cours d'histologie.

La toiture du bâtiment est brûlée. Les dégats sont peu importants.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-huitième semaine, 984 décès, au lieu de 876 pendant la semaine précédente et au lieu de 875, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

On ne signale que deux nouveaux cas de méningite cérébro-spinale et un seul décès.

LE DOSAGE DE LA QUININE. — Le « Preanger Kinabond » de Bandong (Java, Indes orientales néerlandaises) propose un prix de 500 florins pour le meilleur procédé de dosage de la quinine dans l'écorce de quinquina.

Le procédé devra donner des résultats se rapprochant le plus possible de la réalité et ne s'écartant pas les uns des autres de plus de 2 p. 1000 pour les titrages effectués sur une même écorce. D'autres éléments d'appréciation du procédé seront fournis par le temps qu'exigera le dosage et les frais qu'il entraînera. Le procédé devra donc être très minutieusement décrit.

Les manuscrits, rédigés en hollandais, en français, en anglais ou en allemand, devront parvenir au secrétariat du Preanger Kinabond, Bandong, un an au plus tard après l'insertion de l'annonce du concours dans les périodiques. Pour assurer le plus complètement possible l'anonymat, les manuscrits ne devront pas être écrits par les auteurs eux-mêmes et se distingueront seulement par une devise reproduite sur une enveloppe cachetée accompagnant le manuscrit et contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Les résultats du concours seront publiés par les périodiques qui auront annoncé la mise au concours de la question. Le Preanger Kinabond se réserve le droit de publier la dissertation qui aura remporté le prix, en citant le nom du rédacteur. Les autres dissertations seront détruites, à moins que les auteurs ne fassent connaître le désir qu'on leur restitue les manuscrits.

MM. les professeurs docteur P. van Romburgh et docteur N. Schoorl (d'Utrecht), et M. P. van Leersum, directeur des plantations de quinquina du gouvernement, ont déclaré être disposés à s'occuper de l'appréciation des manuscrits. (Le secrétaire du Preanger Kinabond, J.-A. van Riemsdijk.) — (*Journ. de pharm. et de chimie*, 1er déc. 1910.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gasser (de Chagny).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 DÉCEMBRE 1910

Vendredi 23 décembre, à une heure (*fin*). — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot; — M. L. Bernard, suppléant.

Samedi 24 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Auvray et Lecène.

2e : MM. Ch. Richet, Prenant et Nicloux.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Brumpt et Rathery.

4e : MM. Chantemesse, Carnot et Balthazard; — M. Maillard, suppléant.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Widal et Claude ; — (2e série) : MM. Alb. Robin, Achard et Castaigne; — (3e série) : MM. G. Ballet, Nobécourt et Roussy.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Gougerot, suppléant.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct. 1910.) L. LANDOUZY : Voies conceptionnelle et transplacentaire de pénétration de la tuberculose (tuberculose congénitale). — P. NOBÉCOURT : La tuberculose au IIIe Congrès international d'hygiène scolaire (Paris, 2-7 août 1910).

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1910.) LANDOUZY, GOUGEROT et SALIN : Arthrites séreuses bacillaires expérimentales. Contribution à l'étude pathogénique des arthropathies bacillaires. — Guinio CATOLA : Quelques recherches sur le système nerveux central d'enfants issus de parents en état morbide, et quelques considérations sur la prédisposition morbide (8 fig.). — Ch. SABOURIN : Les hémoptysies à moules bronchiques chez les tuberculeux (4 tracés).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 43, 22 oct. 1910.) KRAUS : Rétablissement de la phonation après thyroïdectomie suivie de résection des cinq premiers anneaux de la trachée. — L. CHAMBAY : Epithélioma des fosses nasales. — (N° 44, 29 oct.) H. ABOULKER : Contribution à l'étude des kystes du sinus frontal. — (N° 45, 5 nov.) J. MOURET : Déhiscences intracraniennes des cavités de l'oreille et déhiscences de l'aqueduc de Fallope. — (N° 46, 12 nov.) J. MOURET : Déhiscences intracraniennes des cavités de l'oreille et déhiscences de l'aqueduc de Fallope (*fin*). — (N° 47, 19 nov.) E. PISTRE : Kyste paradentaire caséeux ; essai de pathogénie de la caséification. — (N° 48, 26 nov.) E. PISTRE : Kyste paradentaire caséeux ; essai de pathogénie de la caséification (*fin*).

Revue médicale de l'Est. — (N° 20, 15 oct. 1910.) A. BINET : La résection dans la coxalgie. — (N° 21, 1er nov.) H. BICHAT : Ulcère perforé du duodénum. — FLORENTIN : Une consultation de nourrissons à la campagne. — H. ZILGIEN : Revue du traitement médicamenteux des troubles de la sécrétion gastrique. — (N° 22, 15 nov.) FINCK : Le régime alimentaire des goutteux.

Revue neurologique. — (N° 19, 15 oct. 1910.) BOUCHAND (de Lille) : Modifications dans les attitudes des extrémités dans les psychoses. Mains de prédicateur et hypertension des orteils chez un dément précoce catatonique (1 fig.). — René HORAND : Lésions du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique (2 fig.). — (N° 20, 30 oct.) A. DÉJERINE et J. JUMENTIÉ : Contribution à l'étude des fibres aberrantes de la voie pédonculaire dans son trajet. Les faisceaux aberrants bulbo-protubérantiels internes et externes. Fascicules aberrants médio-pontins. Pestemnicus interne. — Henri PIÉRON : La notion d'exagération du réflexe patellaire et la réflexométrie. — (N° 21, 15 nov.) H. MEIGE : Les convulsions de la face. Une forme clinique de convulsion faciale, bilatérale et médiane. — GOLDSTEIN et A. COBILOVICI (de Bucarest) : Un cas de paralysie agitante chez une ancienne basedowienne.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 19, 15 oct. 1910.) TÉCHOUEYRES : Hypothèse relative au mécanisme des interactions glandulaires dites associations fonctionnelles. — (N° 20, 30 oct.) R. DRIOUT : Trois cas de grossesse extra-utérine rompue. — (N° 21, 15 nov.) GUELLIOT : Eloge de Lancereaux.

DEUX CAS
DE
COCCYGODYNIE D'ORIGINE TRAUMATIQUE

LEUR INTERPRÉTATION AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1)

PAR MM.

COURTOIS-SUFFIT, et FR. BOURGEOIS,

Médecin des hôpitaux de Paris. Externe des hôpitaux de Paris.

La coccygodynie, dit Pozzi (2), est une affection caractérisée par une douleur intense localisée au coccyx, s'observant presque exclusivement chez la femme et liée le plus souvent à une maladie de l'appareil génital.

C'est une affection extrêmement rare chez l'homme et son origine traumatique a été peu fréquemment signalée ; aussi avons-nous cru intéressant de rapporter les deux observations suivantes, non seulement en raison de leur étiologie spéciale, mais encore en raison des problèmes que le traitement de cette affection soulève au point de vue médico-légal.

Chez le premier malade, dont l'observation a été publiée par l'un de nous il y a quelques années (3), la coccygodynie était apparue à la suite d'un accident du travail dans les circonstances suivantes :

Le nommé H..., ouvrier monteur dans une grande compagnie de chemin de fer, fut blessé le 30 juin 1902 dans les circonstances suivantes. En voulant descendre d'une locomotive qu'il réparait, il manqua le marchepied et tomba à terre sur le coccyx. Il put se relever et marcher seul ; mais, très rapidement, quelques heures après, il lui devint impossible de se tenir debout et de continuer son travail. Depuis cette époque, et jusqu'au moment de notre examen, il ne put jamais reprendre ses occupations. Il fit, quelques mois après l'accident, un court séjour à l'hôpital Lariboisière et là, on constata qu'il était porteur, au niveau de la région fessière, d'une petite tumeur « d'apparence fibromateuse » (?). Il quitta Lariboisière le 14 octobre 1902 et gagna le camp de Châlons où il fut incorporé dans un régiment d'infanterie. Dès son arrivée au corps on le dirigea sur l'hôpital militaire où il séjourna du 14 novembre 1902 au 14 mars 1903. Il fut opéré pendant ce séjour à l'hôpital et on procéda, sans doute, à l'extraction de la petite tumeur signalée plus haut. Il quitta le régiment le 15 mars 1903, placé en réforme, d'abord temporaire, puis définitive, à la suite d'un certificat établissant l'impotence et l'acuité des douleurs qu'il présentait.

Voici quel fut le résultat de notre examen :

H..., âgé de vingt-quatre ans, est mince, frêle, d'aspect chétif, mais il affirme n'avoir jamais été malade. Il ne présente aucune tare morbide et tout se borne dans son état, à la douleur coccygienne.

Si H... reste couché, il ne souffre pas. S'il reste debout, immobile, il ne souffre pas non plus ; mais, dès qu'il marche, il ressent une douleur très vive à la région coccygienne. Sa démarche, très spéciale, est très caractéristique. Il détache à peine les pieds du sol ; il semble qu'il n'ose pas les soulever ; ses jambes, raidies, se meuvent « tout d'une pièce ». Ses pas sont courts et mesurés ; on dirait qu'il cherche à retenir un corps étranger entre ses cuisses. Son facies altéré montre qu'il souffre à l'occasion des mouvements.

H... peut s'asseoir quoique déjà avec une certaine difficulté ; mais, lorsqu'il est assis, il ne peut se relever qu'au prix des plus grands efforts. Il doit s'aider de ses bras ; s'appuyer alternativement sur le bras droit, puis sur le bras gauche, soulever d'abord une fesse, puis l'autre, et ce n'est que lentement et douloureusement qu'il reprend la position verticale. H... souffre relativement peu en allant à la selle.

L'examen physique montre qu'il existe, dans la région interfessière, une cicatrice résultant de l'extirpation de la petite tumeur signalée. Le coccyx, recourbé en dedans, fait avec le sacrum un angle droit. Toute la région sacrée est indolore. La pression ne détermine aucune douleur à l'union du sacrum et du coccyx ; mais, *par le toucher rectal*, la pression de la pointe du coccyx, même légère, le contact le plus rapide, déterminent une douleur extrêmement violente, douleur d'une acuité telle que le malade est comme soulevé du sol et projeté en avant.

Il y a lieu d'ajouter que le blessé ne présente pas de signes spéciaux du côté des autres organes et en particulier du côté du système nerveux ; il ne présente également aucun phénomène d'ordre névropathique.

Dans le second cas, plus récent, il s'agit également d'un ouvrier victime d'un accident du travail dont l'histoire est la suivante :

Le nommé M..., âgé de cinquante-cinq ans, garçon cimentier, a été blessé au cours de son travail le 18 juin 1910. En portant une lourde charge de ciment sur l'épaule, il fait, à la suite d'un faux pas, une chute dans une excavation profonde de 9 à 10 mètres. Après avoir heurté dans sa chute une pièce de bois placée en travers de cette excavation il vint s'abattre sur le sol. Relevé sans connaissance, il fut transporté à l'hôpital Beaujon où il resta pendant trente-six heures dans le coma. Il résulte des renseignements fournis par les témoins, que M..., au moment de sa chute, était tombé sur la région sacrée, constatation confirmée par l'apparition d'un hématome sur la fesse droite, signalé dans un certificat médical.

Au bout de dix jours, le blessé quitta, non guéri, l'hôpital Beaujon. Il rentra chez lui où il reçut les soins du docteur T... Ce dernier, n'ayant obtenu aucune amélioration par aucun traitement médical, cessa ses soins le 8 septembre et, d'accord avec le médecin de la compagnie d'assurances, considéra l'état du blessé comme définitif.

Nous vîmes le blessé le 24 octobre 1910 et voici quel fut le résultat de notre examen :

M... qui est âgé de cinquante-cinq ans semble certainement plus vieux que son âge. Il se plaint de ressentir encore des douleurs dans le dos, dans la tête, dans les reins et surtout une douleur très violente au bas de la colonne vertébrale, dans la région sacrococcygienne, douleur qui l'empêche, dit-il, de marcher, de s'asseoir, de s'accroupir, etc.

Cette douleur, de siège très spécial, semble être apparue très vite après le traumatisme. Si l'on excepte en effet les trente-six heures de coma, on apprend que dès le deuxième ou troisième jour après l'accident, on dut placer M... sur un coussin creux pour que la région sacrée ne portât pas sur le plan du lit. Quand le blessé revint chez lui, cette douleur coccygienne existait toujours mais, tout en étant manifeste, elle était masquée par des symptômes beaucoup plus graves : M..., en effet, présentait, outre les traces de contusions multiples, les signes d'une bronchopneumonie qui aurait débuté quelques jours après le traumatisme et que l'on considérait comme consécutive à une fracture des côtes. Il ne reste actuellement plus de traces de ces contusions, non plus que de la fracture de côtes et de la bronchopneumonie. L'examen des autres organes ne révèle également rien de spécial et ce qui frappe seulement à l'examen du blessé, c'est sa démarche et son attitude.

Il peut arriver à se déshabiller seul, mais il le fait avec lenteur et malaisément, comme s'il existait une gêne douloureuse ou de la raideur des muscles du tronc. On remarque, quand il marche, une raideur du rachis accompagnée d'une légère flexion en avant. Il n'avance qu'à petits pas, prudemment, car tout mouvement trop brusque détermine aussitôt une douleur vive dans la région sacrococcygienne.

Il peut s'allonger sur son lit, et ne semble pas éprouver

(1) Communication présentée à la Société de médecine légale de France, déc. 1910.

(2) POZZI. *Traité de gynécologie*, 2e vol., p. 1326.

(3) COURTOIS-SUFFIT. La coccygodynie, accident du travail, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1904.

de douleur dans le décubitus horizontal. Il peut, dans cette position, fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, mais il est impossible à M... de s'asseoir sur son lit, en reposant également sur les deux fesses.

Quand on le prie de s'asseoir sur une chaise, on constate qu'il se tient dans une position très spéciale ; il est penché sur le côté, une seule fesse reposant seulement sur la chaise, de façon à isoler la région coccygienne. Il lui est impossible de s'asseoir droit tant sont vives les douleurs qu'il ressent alors, toujours au même endroit, entre les deux fesses. Il lui est impossible également de s'accroupir pour aller aux cabinets et il est obligé de faire ses besoins sur une chaise percée. Il peut aller à la selle et expulser les matières sans trop souffrir. L'acte de la défécation n'est pas, de tous, le plus douloureux.

La douleur dans le fondement ne survient pas seulement à l'occasion de la marche, de la station assise, ou de la position accroupie ; elle se manifeste même à l'occasion d'un simple effort causé par la toux ou par un éternuement, mais elle est alors beaucoup moins violente.

L'examen local démontre que la douleur provoquée est vive quand on appuie le doigt sur la face postérieure du coccyx, mais qu'elle devient absolument intolérable quand le doigt introduit dans le rectum (toucher rectal) vient appuyer, même légèrement, sur la pointe de l'os. On voit alors le blessé se redresser brusquement comme s'il était mû par un ressort, en accusant une douleur extrêmement vive. Cette réaction est si intense que l'examen en est rendu malaisé. Il semble cependant que la pointe du coccyx est recourbée en avant.

Ces douleurs, par leur persistance et par leur intensité, ont certainement retenti sur l'état général de M... qui est amaigri, qui, dit-il, dort mal et s'alimente mal.

En résumé, le traumatisme a déterminé chez M..., outre des contusions multiples, une fracture de côtes compliquée de lésions pulmonaires et, semble-t-il, une luxation du coccyx. Cette dernière lésion est la cause de douleurs violentes, spontanées, douleurs éveillées par les actes les plus ordinaires de la vie. Cette douleur qui empêche le blessé de se livrer à un travail régulier (coccygodynie) constitue une infirmité permanente partielle et un déchet très important. Cette lésion est susceptible de s'améliorer seule mais au bout d'un temps qu'il est impossible de fixer.

On retrouve en somme, dans ces deux observations, la symptomatologie classique de la coccygodynie mais leur étiologie est, par contre, plus spéciale, en raison de la rareté de cette affection chez l'homme et de la rareté également de son apparition à la suite d'un traumatisme. Si l'on met de côté, en effet, toutes les causes de coccygodynie spéciales à la femme, on voit que les lésions traumatiques du coccyx (fractures et luxations) ne s'accompagnent pas forcément de coccygodynie et que cette affection en est même une complication relativement rare ; et si, lorsqu'on trouve des lésions concomitantes du coccyx ou d'un organe pelvien, on peut rattacher alors la coccygodynie à ces lésions, il arrive fréquemment aussi qu'on ne trouve pas de lésions bien nettes et on attribue alors la coccygodynie à une névralgie ou bien on en fait une variété de topoalgie.

Au cours des recherches bibliographiques que nous avons faites, nous n'avons retrouvé que 3 cas de coccygodynie d'origine traumatique publiés en 1876 par le chirurgien américain Rockwell (1).

Dans les 3 cas de Rockwell il s'agit de malades (2 femmes et 1 homme) qui après une chute directe sur le coccyx présentèrent, au bout d'un temps plus ou moins long, les symptômes habituels de la coccygodynie : douleur intolérable, impotence fonctionnelle presque absolue, douleur exquise au niveau du coccyx au toucher rectal, etc. La résection du coccyx, pratiquée après que tous les traitements médicaux eurent échoués, amena chez ces trois malades une amélioration considérable et chez deux d'entre eux une guérison complète, sans que l'examen du coccyx réséqué ait montré chaque fois des lésions évidentes ou même semblables aux cas précédents. Dans l'un, il y avait, dit Rockwell, une ulcération siégeant à la face antérieure du coccyx; dans les autres cas il n'y avait rien de bien net et il pensa à une lésion ligamenteuse ou à une légère atteinte de l'os.

Quoi qu'il en soit, que l'on rattache la coccygodynie à une lésion du coccyx ou d'un organe pelvien, ou au contraire à une névralgie ou à une topoalgie, il n'en est pas moins admis actuellement par la plupart des cliniciens que cette affection qui résiste à tous les traitements médicaux, n'a de chance de guérir que par la résection du coccyx; on a bien signalé quelques cas de guérisons spontanées, mais ils sont exceptionnels et surviennant toujours après un temps très long.

Mais si ce traitement chirurgical ne rencontre aucune difficulté dans la pratique courante, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'un individu blessé au cours de son travail, qui peut se refuser à subir l'opération.

Or il résulte de toutes les descriptions cliniques que si la coccygodynie est une affection très douloureuse, à évolution extrêmement lente, plaçant le blessé dans l'impossibilité presque absolue de travailler et représentant par conséquent une infirmité permanente partielle considérable, il est, par contre, d'observation courante que cette douleur si vive et cette impotence fonctionnelle considérable disparaissent le plus souvent à la suite d'une opération chirurgicale simple et relativement bénigne : la résection du coccyx.

C'est ce qui fait dire à Forgue et Jeanbrau, qui ont bien voulu rappeler notre première observation (1), à propos de l'infirmité permanente partielle à fixer dans les cas de coccygodynie : « Etant données l'innocuité et l'efficacité de la résection du coccyx, il nous paraît préférable, dans l'intérêt même de l'ouvrier plus encore que dans celui de l'assureur, de soumettre le blessé à l'intervention chirurgicale. »

C'est notre avis également, mais c'est là précisément que commence toute la difficulté au point de vue médico-légal. Car si l'opération est le seul traitement capable d'amener la guérison, il peut arriver (et cela est fréquent) que le blessé refuse de subir l'opération. Quelle devra être alors la conclusion du médecin expert chargé d'éclairer le Tribunal?

Devra-t-il fixer l'infirmité permanente partielle à un chiffre très élevé en ne considérant que l'état du blessé au moment de son examen ? Ou bien, au contraire, faisant état de l'amélioration probable qu'aurait procurée l'opération refusée, fixer cette infirmité permanente partielle à un chiffre beaucoup moindre.

La question qui se pose est, en somme, la suivante : *Un blessé a-t-il le droit de refuser de subir une opération peu grave ou même bénigne, destinée à améliorer sa capacité ouvrière*, et comment alors doit-on évaluer l'infirmité permanente partielle résultant de l'accident?

(1) Rockwell. Note sur trois cas de coccygodynie traumatique, *Proc. med. Soc. county kings Brooklyn*, 1876, p. 239.

(1) Forgue et Jeanbrau. *Guide du médecin dans les accidents du travail*, art. Coccygodynie, 1909.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelle était, à l'heure actuelle, la solution admise et voici quel a été le résultat de nos recherches.

A l'étranger, la question est nettement tranchée. En Allemagne, en Angleterre, en Suisse, en Italie, *on s'accorde à considérer comme un droit absolu pour l'ouvrier de se refuser à subir une opération* qui porte atteinte à l'intégrité corporelle de l'individu, fût-elle sans danger aucun (1).

En France, au contraire, la question est loin d'être réglée. Si l'on consulte en effet les différents ouvrages de médecine légale ou de droit traitant des accidents du travail, on constate que les auteurs, ne pouvant s'appuyer sur aucune jurisprudence nettement établie restent dans le vague à ce sujet.

Voici quel est l'avis des auteurs les plus récents.

« La Jurisprudence française, disent Forgue et Jeanbrau (2), a décidé que si la victime d'un accident du travail est fondée à refuser une opération grave et de résultat incertain, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une intervention sans gravité. Dans ce dernier cas, le patron ne peut être tenu de réparer le préjudice résultant directement de la blessure et non de l'aggravation causée par le mauvais vouloir du blessé. »

« En France, disent Olive et Le Meignen (3), la question n'est pas nettement tranchée; tout reposera sur la discussion des faits et, le plus souvent, le Tribunal prendra l'avis d'un médecin expert sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale et des dangers qu'elle présente. »

M. A. Sachet (4), après avoir exposé que le patron et l'ouvrier doivent employer, chacun de leur côté, tous les moyens pour assurer le succès du traitement, se demande si, dans certains cas, le blessé ne sera pas cependant fondé à refuser une opération pouvant être dangereuse et, pour cet auteur, « il est des opérations chirurgicales que l'ouvrier est incontestablement en droit de refuser de subir : ce sont toutes celles qui mettent sa vie en danger et, d'une façon générale, on doit considérer comme dangereuses et aléatoires toutes les opérations qui nécessitent la chloroformisation. On ne saurait, non plus, contraindre le blessé à subir, en vue d'améliorer sa capacité de travail, une opération qui porte atteinte à l'intégrité de son corps ».

En somme, pour ces trois auteurs, la question n'est pas tranchée et c'est selon la gravité de l'intervention que le blessé sera fondé ou non à refuser l'opération.

Nous avons recherché également dans la jurisprudence quels avaient été les arrêts des différents tribunaux chargés de juger la question. Ces arrêts sont des plus contradictoires.

Pour certains tribunaux c'est un droit absolu pour le blessé de se refuser à subir une opération quelle qu'elle soit, en raison des complications toujours possibles, tenant soit à l'opération elle-même, soit à l'état particulier du sujet. C'est ce qui ressort des jugements suivants :

Tribunal civil de Saint-Etienne, 20 mai 1904 : « On ne saurait raisonnablement contraindre un ouvrier victime d'un accident du travail à se soumettre à une série d'opérations destinées à diminuer ou à supprimer son incapacité de travail. A moins de circonstances exceptionnelles on ne pourrait, sans faire acte d'inhumanité, contraindre, même indirectement, la victime à s'exposer au péril ainsi qu'à la souffrance physique et à l'angoisse morale que toute intervention chirurgicale entraîne avec elle. »

Tribunal de Remiremont, 5 mars 1903. (Il s'agissait de rendre flexibles par des sections tendineuses les phalanges de deux doigts.)

« Un tribunal ne saurait sur la simple demande du patron, obliger un ouvrier qui a déjà subi un long traitement *ad hoc* à se prêter à des opérations qu'un chirurgien n'indique même pas et pour lesquelles il entrevoit seulement une tentative d'amélioration ou de guérison. Une opération chirurgicale, même très simple, au point de vue de l'art, peut, pour une cause ou une autre, être très mal pratiquée; ensuite, rien ne garantit que les plus redoutables complications ne se produiront pas, soit spontanément, soit par les dispositions morbides du blessé. »

Plus récemment encore le tribunal de la Seine (9 décembre 1907) a jugé dans le même sens.

Dans ces trois cas, le Tribunal a donc adopté la manière de voir des tribunaux étrangers en laissant au blessé le droit absolu de se refuser à toute opération.

D'autres jugements, au contraire, admettent que le blessé doit se soumettre aux opérations bénignes, tout en conservant le droit de se refuser à une opération grave.

(Cour de Rennes, 27 mars 1906. — Tribunal de Valenciennes, 3 mai 1907.)

Cour d'appel de Douai, 20 novembre 1906 (au sujet d'une hernie) :

« Si le chef d'entreprise peut imposer à l'ouvrier de se soumettre aux prescriptions des médecins et parfois à certaines opérations de petite chirurgie qui ne présentent aucun danger et doivent améliorer sa capacité professionnelle, l'ouvrier ne saurait être contraint de subir une opération dont les résultats ne sont pas certains, qui ne peut être effectuée que sous le chloroforme et toujours dangereuse par les complications qui peuvent survenir; dès lors c'est à bon droit que l'ouvrier se refuse, etc. »

Donc pour la cour de Douai, le blessé peut se refuser à une opération grave, telle que la hernie, mais il doit se soumettre à certaines opérations de petite chirurgie.

De même, dans les jugements suivants :

Tribunal d'Aix, 21 décembre 1901.
(Enlèvement d'esquilles osseuses.)
Tribunal de Besançon, 31 décembre 1901.
(Dilatation progressive d'un rétrécissement de l'urètre.)
Cour de Douai, 10 avril 1905.
(Ablation d'une phalange.)
Cour de Grenoble, 15 avril 1905.
(Ablation d'une phalange.)

Le Tribunal a estimé que toutes ces interventions étaient sans gravité et que le blessé avait le devoir de s'y soumettre.

Mais, comment le Tribunal pourra-t-il apprécier le degré de gravité d'une opération? Certains tribunaux ont jugé que toute opération nécessitant la chloroformisation était de ce fait dangereuse et pouvait être refusée par le blessé.

(Tribunal de Besançon, 27 novembre 1901. — Cour de Douai, 20 novembre 1906.)

D'autres tribunaux, au contraire, jugent selon le cas considéré et on peut ainsi rencontrer, au sujet de la même affection, des jugements absolument contradictoires.

Au sujet de la hernie, par exemple. Pour la cour de Douai (20 novembre 1906), la hernie est une opération grave en raison de la chloroformisation et des complications qui peuvent survenir. Pour les tribunaux de Nancy (16 juin 1906) et de Bayonne (19 avril 1905), au contraire, la hernie peut guérir par une opération très simple ayant le caractère particulier d'être curative et sans danger.

(1) Moural et Berthiol. *Accidents du travail. Conseils pratiques et jurisprudence*, p. 107.
(2) Forgue et Jeanbrau. Loc. cit.
(3) Olive et Le Meignen. *Accidents du travail. Médecine légale et jurisprudence*, 1904.
(4) A. Sachet. *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail*, 5e édit., 1909, t. I, § 460 et suivants.

Il est encore des jugements où le tribunal, ne reconnaissant pas au blessé le droit de se refuser à une opération dite bénigne, réduit l'infirmité permanente partielle à ce qu'elle serait d'après l'avis des médecins, lorsque l'opération aurait été pratiquée.

Cour d'appel d'Aix. C'est le droit de l'ouvrier de se refuser à subir une opération, même sans gravité, mais il n'a droit qu'à la rente réduite à ce qu'elle serait si l'opération avait été faite.

Cour de Besançon. Si le blessé refuse une opération sans douleur et sans dangers, on ne peut pas faire supporter au patron les conséquences du refus de l'ouvrier.

Tribunal de Lyon (2 avril 1901), à propos d'une blessure à l'œil créant une infirmité permanente partielle de 20 p. 100, qu'une iridectomie, au dire des médecins, pourrait ramener à 10 p. 100, fixe l'infirmité permanente partielle à 10 p. 100 avec les attendus suivants :

« Attendu qu'il n'appartient pas à l'ouvrier, en se faisant juge du traitement à suivre, et en refusant de se soumettre aux moyens de guérison prescrits par la science, d'aggraver volontairement le dommage résultant de l'accident ; qu'il est permis de dire, en se fondant sur le rapport précité, que C... est maître de réduire son infirmité permanente partielle à 10 p. 100, qu'il y a donc lieu de fixer à ce chiffre son incapacité due à l'accident et que, si ayant subi l'opération, celle-ci n'avait pas réalisé les prévisions des médecins, il pourrait demander revision et faire appel. »

De même : Tribunal de Nancy, 16 juin 1906, à propos de hernie :

« Si le patron a le droit absolu de prodiguer à un ouvrier victime d'un accident du travail tous les soins nécessaires pour améliorer son état, de son côté, l'ouvrier a le devoir non moins impérieux de faire tout ce qui dépend de lui pour assurer le succès de sa guérison. Le docteur A... a émis l'avis d'opérer Z... de la hernie, cette opération très simple ayant le caractère particulier d'être curative et sans danger. Z... s'est refusé, sans raisons plausibles, à se prêter à toute opération, échappant ainsi aux chances d'une guérison complète. Dans ces conditions le patron ne peut être tenu de subir les conséquences du refus injustifié de l'ouvrier. »

Nous ne ferons que citer les jugements suivants qui rendent également l'ouvrier responsable de son refus d'opération :

Dieppe (16 avril 1902).
Rennes (10 décembre 1901).
Amiens (cour d'appel, 19 février 1902).
Besançon (17 novembre 1901).
Draguignan (18 juin 1901).
Lille (20 mars 1903).

Certains tribunaux ont aussi jugé que le refus de l'opération pouvait entraîner non seulement une réduction de l'infirmité permanente partielle, mais même le rejet de la demande. (Tribunal de Lyon, 24 oct. 1905.)

Enfin, nous terminerons ce long exposé de la jurisprudence en citant un arrêt récent de la Cour de cassation de Paris (15 fév. 1910) qui conclut qu'une demande de revision est à bon droit rejetée quand l'aggravation survenue dans l'état de l'ouvrier a eu pour cause le refus injustifié de ce dernier de se prêter à une opération sans danger aucun.

Que conclure de tous ces jugements ?

Ainsi que le font remarquer Forgue et Jeanbrau et les autres auteurs, on peut considérer deux cas selon qu'il s'agit d'une opération nettement très grave, telle que laparotomie, amputation de membres, trépanation, etc., ou au contraire une opération moins grave ou même bénigne.

Dans le premier cas, médecins et magistrats sont d'accord : le blessé est en droit de refuser l'opération.

Dans le second cas, au contraire, les avis sont différents et cela tient à la difficulté dans laquelle on se trouve d'apprécier la gravité ou la bénignité de l'opération. Il est d'abord des cas où même en supposant que l'opération ait été effectuée dans les meilleures conditions possibles on est en droit de se demander si elle remplira toutes les indications prévues.

C'est, pour ne prendre que deux exemples : le cas de la hernie et de l'iridectomie.

Nous avons cité plus haut un jugement du tribunal de Lyon (2 avril 1901) qui a ramené de 20 à 10 p. 100 l'infirmité permanente partielle d'un blessé qui avait refusé de subir une iridectomie. Le Tribunal appuyait son jugement sur un rapport d'experts qui prévoyait cette réduction après l'opération. Mais à cette opinion on peut opposer celle d'oculistes tels que les docteurs Baudry (1) et Aubineau (2) qui critiquent ce jugement de la manière suivante : « On ne trouvera pas souvent des médecins qui affirmeront qu'une opération d'iridectomie pourra réduire de moitié une infirmité permanente partielle, car la pratique ophtalmologique montre l'inconstance des résultats obtenus dans ces cas. »

De même pour la hernie, alors que des jurisconsultes tels que M. Tourey-Piallat (3), rejetant les décisions de la cour de Douai (20 novembre 1906, voir plus haut), et se ralliant à celles des tribunaux de Nancy (16 juin 1906) et Bayonne (19 août 1905, voir plus haut) prétendent que, de l'avis du corps médical l'opération de la hernie est d'une extrême facilité, qu'on peut la faire rentrer, aux termes de la loi, dans les soins courants nécessaires pour amener l'amélioration ou la guérison d'un blessé, M. le professeur Lucas-Championnière, dont l'avis en matière d'opération de hernie est beaucoup plus autorisé, écrit au contraire dans des articles récents (4) au sujet de la hernie accident du travail : « Des médecins ont décidé que la cure radicale donnant le moyen de faire disparaître la hernie, on avait le droit de l'imposer au patient et de lui refuser le bénéfice de l'indemnité parce qu'il refusait l'opération. C'est avoir à la fois une singulière idée de la liberté humaine aussi bien que de la réalité de la cure radicale de la hernie. Cette possibilité de cure radicale de la hernie fût-elle absolue, aucune circonstance ne permettrait de l'imposer. Mais par-dessus le marché, cette curabilité n'a rien d'absolu. Il y a des cas qui lui échappent et il faut l'intervention d'un homme sérieusement expert pour apprécier ces cas particuliers. Puis, la curabilité varie avee la méthode et le chirurgien. Je suis absolument convaincu, pour ma part, que bon nombre d'opérations proposées et exécutées pour la cure radicale sont absolument incapables de donner la cure radicale. »

Là encore il y a donc discordance entre l'avis des médecins et celui des magistrats. Enfin, même

(1) Baudry. *Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil*, 3e édition.

(2) Aubineau. Art. affections oculaires, in Olive et Le Meignen, *Accidents du travail*, p. 477.

(3) Tourey-Piallat. La hernie devant la jurisprudence, *Revue clin. méd.-chir. des accidents du travail*, 1909.

(4) J. Lucas-Championnière. La hernie, accident du travail, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 sept. 1906 et 10 nov. 1910.

dans les cas dits absolument bénins, pourra-t-on toujours affirmer qu'il ne surviendra aucune complication tenant soit à l'âge du blessé, soit à son état général, soit encore à une prédisposition morbide ou même, dans certains cas, à la plus ou moins grande habileté professionnelle du chirurgien?

Il serait encore intéressant de discuter à ce propos le rôle du médecin expert, lorsque le refus du blessé de se laisser opérer a pour résultat non seulement de maintenir une infirmité permanente partielle existante, mais encore de l'aggraver dans des proportions considérables jusqu'à en faire une impotence absolue. C'est le cas par exemple du blessé qui refuse l'énucléation d'un œil malade présentant des signes d'ophtalmie sympathique. Mais ce serait trop nous éloigner de notre sujet que de discuter ici cette question. Nous renvoyons aux travaux du docteur Antonelli (1) et à ceux plus récents du docteur Terrien (2), cités par Forgue et Jeanbrau (3).

Le rôle du médecin expert chargé d'éclairer le tribunal dans tous ces cas nous apparaît donc comme des plus délicats : et, dans notre cas particulier, chez nos deux malades atteints de coccygodynie, quelle était la conduite à tenir? Devait-on conclure à une infirmité permanente partielle légère, en indiquant au tribunal la possibilité de guérison par la résection du coccyx et en affirmant ainsi d'avance que cette opération évoluerait sans complication et réduirait d'une quantité donnée l'infirmité permanente partielle actuelle? Ou bien, au contraire, conclure à une infirmité permanente partielle d'un taux très élevé en rapport avec l'état du blessé au moment de l'examen?

Nous rattachant à la jurisprudence admise à l'étranger et, en France, par certains tribunaux (Saint-Étienne, Remiremont, tribunal de la Seine), nous avons estimé qu'il était plus équitable de fixer l'infirmité permanente partielle à un taux élevé, plutôt que d'exposer le blessé à des mécomptes et peut-être à de graves dangers en lui imposant une opération chirurgicale, bénigne sans doute dans la grande majorité des cas, mais que l'anesthésie et des complications peu probables, mais néanmoins possibles, pouvaient rendre très grave.

Nous avons cru intéressant, à propos de ces deux cas de coccygodynie d'origine traumatique, de discuter la question des interventions chirurgicales dans ses rapports avec la loi de 1898 et nous croyons qu'il y aurait intérêt, aussi bien pour les magistrats que pour les médecins, à fixer d'une façon plus nette les droits de l'ouvrier blessé et de l'assureur en matière d'opération chirurgicale consécutive aux accidents du travail.

(1) Antonelli. *Comptes rendus de la Soc. d'ophtal.*, 9 oct. 1906.
(2) Terrien. *La Clinique*, 12 avril 1907, p. 234.
(3) Loc. cit., p. 445.

MÉDECINE PRATIQUE

LA THIOSINAMINE (FIBROLYSINE) EST-CE UN MÉDICAMENT INACTIF ET DANGEREUX?

La thiosinamine, plus connue sous sa forme thérapeutique usuelle de fibrolysine, jouit depuis plusieurs années d'une grande vogue dans le traitement de tous les tissus cicatriciels et formations fibreuses pathologiques de l'organisme. Ce pouvoir curateur de la thiosinamine est fortement battu en brèche depuis deux ans environ ; de plus, on a publié des cas d'intoxication par son emploi. C'est en nous appuyant sur ces publications que nous allons essayer de montrer l'opinion qu'on peut se faire actuellement sur l'emploi de ce médicament.

Tout d'abord qu'est-ce que la thiosinamine? — La thiosinamine ou thiosinnamine (on trouve les deux orthographes) ($C^4H^8N^2S$ — allylsulfocarbamide) s'obtient par l'action de l'ammoniaque en excès dans un mélange de deux parties d'huile de moutarde et une partie d'alcool absolu. On chauffe à 40 degrés pendant plusieurs heures ; la thiosinamine se cristallise par refroidissement.

Elle se présente sous forme de cristaux blancs, brillants, de saveur amère, à peine solubles dans l'eau froide, un peu plus dans l'eau chaude, très solubles dans l'alcool. L'addition de glycérine neutre favorise la dissolution dans l'eau. En 1905, Mendel découvrit que la thiosinamine est rendue très soluble dans l'eau par sa combinaison au salicylate de soude. Le produit ainsi obtenu a été introduit dans le commerce par la maison Merck sous le nom déposé de Fibrolysine.

La thiosinamine se combine aussi avec l'antipyrine dans la proportion de deux molécules de thiosinamine pour une d'antipyrine, et il se produit ainsi un liquide sirupeux, incolore, indolore, soluble dans 5 p. 100 d'eau.

La thiosinamine a été administrée soit par voie externe, interne, ou hypodermique.

Pour l'usage externe, on a employé des solutions alcooliques ou glycérinées, ou les solutions de thiosinamine-antipyrine, pour lavages, bains et attouchements.

Thiosinamine	1g50.
Alcool à 90 degrés	10 grammes.

Thiosinamine	1g50.
Glycérine neutre	3 grammes.
Eau distillée	7 grammes.

Thiosinamine	11 grammmes.
Antipyrine	110 cent. cubes.
Eau distillée. Q. S. pour	110 cent. cubes.

Ou encore sous forme de pommades, savons ou d'emplâtre (Unna). Mendel constatant que les pommades de fibrolysine ne sont pas assez stables conseille, surtout pour les usages locaux, les emplâtres à 10 p. 100.

Par voie interne, la thiosinamine a été administrée en cachets ou solutions, depuis la dose de 0g03 jusqu'à 0g10 par jour, en six pilules.

Pour les injections sous-cutanées, on a abandonné l'emploi de la thiosinamine, trop douloureux, pour celui de la fibrolysine ou de la thios-antipyrine.

La fibrolysine est livrée dans le commerce sous forme d'ampoules de 2 centimètres cubes contenant chacune une quantité de fibrolysine représentant 0g20 de thiosinamine. La fibrolysine est employée en injections sous-cutanées ou intramusculaires, exceptionnellement intraveineuses (Mendel) si on désire une action rapide, à la dose de 0g10 à 0g30 par jour.

L'injection sous-cutanée peut être faite en un point quelconque de l'organisme (région mammaire, peau du ventre, région sous-scapulaire, fesse). Elle provoque une cuisson passagère et laisse souvent des nodules indolores qui peuvent persister des mois. L'injection intramusculaire (à la fesse ordinairement) est complètement indolore. L'action serait plus certaine pour le traitement des cicatrices si on faisait l'injection dans le tissu même de la cicatrice ou au voisinage (Goussef) ; mais l'injection est alors parfois très douloureuse, et on peut voir se produire de l'œdème dur, des épanchements sanguins, du sphacèle superficiel de la cicatrice.

Pour les injections hypodermiques de thios-antipyrine, on utilise la même solution que pour les lavages, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes par jour.

L'injection n'est ni irritante, ni douloureuse.

On a encore utilisé l'absorption des solutions par le rectum (un demi-centimètre cube de fibrolysine dans 10 centimètres cubes d'eau en lavement), ou par le vagin (tampons d'ichtyol-fibrolysiné) [H. Althoff].

Quelles propriétés thérapeutiques a-t-on attribuées à la thiosinamine? — C'est en 1892 que Hébra introduisit son usage dans le lupus pour empêcher la formation de tissu de cicatrice rétractile amenant de graves déformations. La même année Unna lui attribua une double action de tonique général de l'organisme (avec diurèse et diaphorèse abondante), et action locale résolutive sur le tissu cicatriciel. Il l'emploie par ingestion par la bouche, et par injection hypodermique de solution alcoolique dans le tissu tuberculeux, les ganglions hypertrophiés, les cicatrices déformantes. Peu à peu son emploi s'étendit à la surdité par ankylose des osselets, aux opacités cornéennes.

Mais ces injections étaient tellement douloureuses, que Unna en 1899 propose de les remplacer par l'application de savons et d'emplâtres; mais ces applications étaient elles-mêmes souvent irritantes. C'est ce qui explique que le médicament tombait peu à peu dans l'oubli, quand, en 1905, Mendel découvrit la combinaison thiosinamine-salicylate de soude utilisée depuis sous le nom de fibrolysine.

L'emploi du nouveau médicament se généralisa rapidement et on ne peut citer les publications multiples qui rapportent ses succès et vantent son emploi thérapeutique dans les affections les plus variées. Nous ne pouvons qu'énumérer rapidement les applications qui ont été tentées :

Ramollissement de toutes les cicatrices cutanées déformantes (Hebra, Schiff et Van Hoor, Unna), du lupus en particulier, de la lèpre, des brûlures, de la variole (Riese et Mellin). Traitement des chéloïdes (Tonsey, Mendel), du rhinosclérome (Glas), du mycosis fongoïde, de la sclérodermie, de l'éléphantiasis des membres (Castellani), comme adjuvant dans la mobilisation des ankyloses fibreuses (Langemann, Temascher, Knotz), de certaines arthrites chroniques surtout rhumastimales (Herczel, Salfeld, Franck, Rohmer, Szubinski, Bannatyne), arthrite uratique (Martin), spondylarthrite déformante de la colonne vertébrale (Müller), polyarthrite chronique progressive (Scharolow), dans la myosite ossifiante traumatique (J. Aizner, Boseck), dans certaines rétractions tendineuses (W. Robinson, Langemann) et synovites chroniques (Woltke), dans la rétraction de l'aponévrose palmaire (Riese, Teschemacher, Heisch, Lawrie, Langemack, Fiori, Strong, Tubby, etc.); on l'a employée comme adjuvant du cathétérisme pour le traitement des rétrécissements fibreux de l'aérophage (Frenkel, Teleky, von Hebra), de la trachée (Poutchkowsky), du larynx (Poutschkowsky, Lavrand), du conduit lacrymal (Grossmann), de l'urètre (Schourp, Franck, Remete, Hasse, Strong, Trautwein), du rectum (Strong).

Dans la sténose pylorique, elle donne de bons résultats si l'estomac est resté contractile (Hartz, Harlatz, Schneider, Baumstark, Herschell, Weissenberg, Michaëlis, Pollack, Stenart, Combe, Saks, Gerest); et reste inefficace s'il est atone (Mendel, Glogner, van Leersum). Elle a donné des succès dans les périgastrites adhésives suites d'ulcus. On a enregistré des succès dans les symphyses péricardiques (Roos, Combe), des insuccès dans les lésions valvulaires du cœur (Renon, Mendel). Mais les aortiques présentent un certain bénéfice, car la thiosinamine est hypotensive. On l'a essayée dans l'hépatite interstitielle (Mœrling). Son emploi a rendu des services pour traiter les adhérences pleurales (Friedlander, Rothschild), et même dans la pneumonie pour faciliter la résorption de l'exsudat fibrineux (Krusinger).

On s'en est servi pour dissoudre les adhérences péritonéales dans les fibromes, annexites, périmétrites (Latzko, Vogelsanger, Raineri), surtout comme temps préparatoire aux opérations, ou pour calmer les douleurs dans les fibromes inopérables ou quand l'opération est refusée (Li Destri). Dans le traitement des rétrodéviations (Sacchi), elle facilite les opérations ou la pose d'un pessaire. On l'a essayée encore dans l'induration de la verge, dans la prostatite chronique où elle a donné des résultats douteux.

Dans certaines formes de surdité, la fibrolysine a donné de bons résultats (succès dans les otites adhésives, insuccès dans les oto-scléroses et lésions labyrinthiques, Lermoyez et Mahu, Krypta, Knowles); de même dans la sténose des trompes d'Eustache (Hirschland, Kassel, Sugar). On s'en est servi utilement comme adjuvant de l'action des mydriatiques dans le traitement des synéchies consécutives à l'iritis, à la choroïdite (Levandowsky, Bruno, Rohmer, Grossmann, Sucke), des traumatismes de l'œil (Salvaa). Son action est plus douteuse sur les opacités et cicatrices cornéennes (C. Grossmann, Richter, Galezowsky, Ruoff). Enfin on aurait observé des guérisons de cataracte sénile (Schoull, deux cas).

Elle a donné des succès dans certaines compressions nerveuses traumatiques (Kalberlah-Arouheïm).

Enfin on a tenté son emploi dans le traitement des scléroses nerveuses : dans la névrite optique (trois succès sur huit cas, Grunert), dans le tabes au début (Pope, Max Weiss, J. Müller), les périnévrites tabétiques (une amélioration), dans la sciatique (Mendel), un cas de névrite ascendante (Kob), l'épilepsie jacksonienne (Mendel), la maladie de Friedreich (insuccès, Perrin), une contracture d'origine syringomyélique (insuccès, Plesch).

Dans toutes ces affections, la thiosinamine agit de la même façon. Que l'on fasse une application locale ou une injection en un point quelconque de l'organisme, la thiosinamine agit toujours et uniquement sur les tissus des cicatrices récentes et sur eux seuls. C'est une action spécifique et élective (Dolliker), sur le tissu conjonctif jeune.

« Sous son influence, les fibres conjonctives présentent des contours indistincts, leurs limites sont floues, les noyaux s'espacent ; bref le tissu cicatriciel perd une grande partie de sa légère différenciation et reprend une orientation différente pour son évolution ultérieure » (M. Perrin). Tout le tissu de la cicatrice présente un œdème interstitiel (Glas) avec envahissement de leucocytes.

L'organisme entier réagit au médicament par une hyperleucocytose avec prédominance de mononucléaires, qui agit localement sur le tissu de cicatrice et uniquement sur lui. Le tissu conjonctif sain et les tissus mésodermiques différenciés (muscles, os), les éléments d'origine endodermiqne ou ectodermique (viscères, tissu nerveux, épiderme), ne présentent pas de modifications. L'effet se produit très rapidement (au bout de quatre heures), mais ne dure que quelques jours, ce qui implique l'introduction répétée de nouvelles doses dans l'organisme, ce qui serait sans importance pour un médicament absolument dénué de toute toxicité.

De ces propriétés découlent un certain nombre de considérations que nous allons étudier successivement.

Tout d'abord, du fait de l'action générale de la thiosinamine sur tout l'organisme, apparaît la nécessité de rechercher avant de s'en servir si le malade n'a pas de cicatrices qu'il est iudispensable de conserver. On doit, par exemple, s'en abstenir chez les malades opérés de l'estomac, de l'intestin, et en pratique, après toutes les opérations viscérales. Chez les tuberculeux elle peut amener une poussée aiguë (Stern), chez les cancéreux, son action peut favoriser la généralisation. Stocker fait remarquer qu'il ne faut pas se fier sur l'âge de la cicatrice pour la croire à l'abri de l'action de la fibrolysine, il a vu des cicatrices de vaccin datant de trente ans devenir très enflammées, avec production d'hyperthermie pendant un traitement à la fibrolysine.

Un autre point bien mis en lumière par Perrin (de Nancy), est qu'il ne faut pas trop vouloir lui demander et que son action semblant bien limitée « au tissu conjonctif jeune et accessoirement aux tissus d'origine mésodermique peu différenciés, et en réaction, alors qu'elle n'influence pas les tissus d'origine ectodermique ou endodermique ». Ceci expliquerait son échec, lorsqu'on s'adresse à des lésions de tissus différenciés (osseux, musculaire, cartilagineux, tendineux), ou à des lésions anciennes ayant amené la destruction d'un tissu qui ne régénérera pas (névrites anciennes, lésions médullaires anciennes par exemple). M. Perrin verrait dans son emploi injustifié l'explication de beaucoup des insuccès de la thiosinamine.

Un autre point qu'il ne faut pas perdre de vue non plus, c'est que la thiosinamine ramollit bien les cicatrices, mais ne fait que les préparer à un assouplissement et une distension ultérieurs (Téleky). C'est un adjuvant au traitement mécanique, mais ce n'est pas un spécifique.

Pour les cicatrices superficielles, ankyloses et rétractions, ce sont les manipulations, le massage, qui seront efficaces sur les tissus assouplis, mais sans eux les modifications seraient insignifiantes. Ce ramollissement met un certain temps à se produire, aussi la plupart des auteurs conseillent-

ils de faire une vingtaine d'injections de fibrolysine avant de commencer à essayer de distendre le tissu fibreux. Une mobilisation commencée plutôt serait sans résultat.

Le médicament n'agit de même dans les sténoses que comme un adjuvant du cathétérisme, et pour le pylore par exemple, la propulsion du contenu stomacal fera une véritable dilatation si l'estomac est resté contractile ; on courra à un échec si l'estomac est atone.

Il en est de même de l'action sur les adhérences iriennes qui facilitent l'action des mydriatiques.

Pour toutes les compressions cicatricielles, les compressions nerveuses par exemple, l'action s'explique encore bien : il est évident qu'une régénération de parenchyme se fera plus facilement au milieu d'un tissu jeune, embryonnaire, que dans un tissu de sclérose.

Les considérations précédentes nous expliquent donc pourquoi la thiosinamine a donné des résultats très inégaux, et pourquoi très prônée par les uns elle est décriée par les autres, si ceux-ci se contentent de l'action de la fibrolysine sans traitement mécanique. Cependant, il y a plus ; depuis deux ans, des auteurs ont repris son étude clinique et expérimentale. Quelques travaux ont remis en question son efficacité, en même temps qu'on démontrait son action toxique.

Nous verrons successivement ces deux points particuliers: son action thérapeutique, sa toxicité. — (*A suivre.*)

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1910)

Le diabète pancréatique expérimental à durée prolongée. — MM. THIROLOIX et JACOB. Chez les chiens partiellement dépancréatés par conservation du canal de Wirsung et d'une portion glandulaire périwirsungienne, on observe un diabète caractérisé par une glycosurie continue, une utilisation considérable des albuminoïdes dans l'intestin, donc amaigrissement, enfin une longue durée (quatre-vingt-dix à cent vingt-sept jours). A l'autopsie des animaux deux faits dominent : l'intégrité de la parcelle pancréatique conservée, l'intégrité absolue du parenchyme hépatique. Les faits recueillis viennent une fois de plus confirmer l'existence d'un diabète uniquement dû à la suppression d'un élément contenu dans le pancréas.

Avortement. Convulsions et gangrène avec perte d'un bras, par ergotisme. — MM. DUFOUR et HUBER présentent une malade qui a été amputée du bras droit à l'infirmerie de la Maternité, à la suite de troubles intéressants à rapporter. Elle y fut passée du service d'accouchement où elle avait été amenée dans le coma.

La notion d'une grossesse de cinq mois fit croire à de l'éclampsie.

La saignée d'ailleurs difficile à pratiquer ne calma pas l'agitation qui fit suite à ce début, agitation qui s'accompagna d'hyperthermie et au cours de laquelle elle se fit de multiples contusions.

On nota dès ce moment de l'impotence et du refroidissement au niveau du membre supérieur droit.

L'état général s'améliora mais localement, le bras resta froid, des phlyctènes noires apparurent, la main se raccornit, on ne percevait plus les pulsations dans l'axillaire. En face de ces signes de gangrène par artérite on dut amputer le bras et on nota l'existence d'un caillot remontant jusque dans l'artère axillaire.

Les muscles antérieurs exsangues et grisâtres furent sectionnés. L'état général resta longtemps mauvais avec fièvre et abcès multiples, parotidite, otite, otorrhée abondante.

L'amélioration a été progressive depuis, entrecoupée cependant par une poussée de mastoïdite avec paralysie faciale. La malade opérée de nouveau par M. Bourgeois a guéri complètement et la paralysie faciale a rétrocédé.

Elle a eu enfin récemment une légère poussée de phlébite en voie de guérison.

Or, les auteurs ont pu difficilement recueillir d'elle l'aveu que les troubles étaient conséquents à l'ingestion d'ergot de seigle, qui chez elle aurait déterminé, avec un caractère de gravité excessive, les accidents qui se rangent dans les deux formes d'intoxication par le seigle ergoté, l'ergotisme convulsif et l'ergotisme gangréneux, dont les exemples étaient plus répandus autrefois.

La thermoanesthésie dans le zona. — M. F. RAMOND, ayant eu l'occasion d'observer quarante-trois cas de zona primitif depuis deux ans et demi, a constaté, à côté des troubles de sensibilité objective déjà connus, des troubles de thermoanesthésie à peu près constants et pouvant persister plusieurs mois.

Comme autre particularité intéressante, l'auteur signale l'existence du réflexe bulbo-pileux ou phénomène de la chair de poule, positif dans la moitié des cas. Pour le provoquer, il suffit de frotter la peau de la région envahie avec l'ongle, comme si l'on voulait rechercher la réalité de la raie méningitique. Les bulbes pileux entrent aussitôt en érection d'une façon très nette ; ce qui ne se produit pas, ou à un degré beaucoup moindre, du côté sain.

Enfin, dans trois cas, il y eut une glycosurie transitoire de sept à quinze jours, et dans six cas une polyurie manifeste, tout comme dans certaines névralgies sciatiques.

Le meilleur traitement des douleurs qui survivent à l'éruption lui a paru être l'injection sous-cutanée d'air stérilisé.

Ulcère latent du duodénum. — M. ACHARD a observé un cas d'ulcère latent du duodénum, terminé par perforation. Au moment où celle-ci s'est produite, la douleur siégeait au niveau de la vésicule biliaire, ce qui est conforme à l'opinion de M. Mathieu.

D'autre part, il a observé un cas d'ulcère gastrique, également terminé par perforation et qui avait été pris pour un ulcère duodénal parce que la douleur siégeait à droite, à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes, et qu'elle survenait surtout trois ou quatre heures après les repas. Ce cas montre que ce caractère tardif de la douleur ne permet pas d'exclure la localisation stomacale de l'ulcère.

Le syndrome hémorragique tardif au cours de la fièvre typhoïde. — MM. Albert ROBIN, Noël FIESSINGER et Mathieu-Pierre WEIL. A la suite d'une fièvre typhoïde bénigne, un sujet de vingt-cinq ans fait pendant six jours un syndrome hémorragique inquiétant avec purpura de la peau et des muqueuses, épistaxis, hémorragies gingivales, hémorragies intestinales et hématuries. En quelques jours une anémie profonde apparaît, puis toutes les hémorragies prennent fin après l'apparition d'une congestion pulmonaire à pneumocoques avec herpès, dont le malade guérit en quatre jours.

Les auteurs ont réuni cinq observations analogues qu'ils distinguent des syndromes hémorragiques précoces et du syndrome érythémateux tardif ou forme hépatique de la fièvre typhoïde. La durée de ce syndrome hémorragique tardif est de cinq à dix jours, et le pronostic généralement favorable. En s'appuyant d'une part sur les résultats négatifs fournis par les hémocultures, et d'autre part sur les examens hématologiques et chimiques, on peut rejeter l'opinion qui rattache ces processus hémorragiques à des infections surajoutées, et en rechercher la raison dans une altération humorale du milieu sanguin qui, par suite de la perte très marquée des substances organiques au cours de la fièvre typhoïde, devient plus fluide et moins visqueux. Cette altération humorale se traduit par un abaissement de la densité du sang et par une sédimentation des globules rouges. Aussi la thérapeutique doit-elle viser la modification humorale et l'activité des thromboses leucocytaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1910)

La séparation des urines. — M. MARION insiste sur les difficultés de la pathologie rénale, surtout dans les cas, assez fréquents, où la vessie est elle-même infectée. Il repousse certaines objections qu'a faites M. Delbet à propos du cas

qu'il a rappelé. On lui reproche, entre autres choses, d'avoir opéré à une époque éloignée de la séparation. Or, celle-ci a eu lieu le 12, l'opération le 15 et la mort est survenue le 18. A M. Luys qui prétend que la séparation bien faite ne trompe jamais, M. Marion répond en citant le fait suivant. Un malade présente des symptômes de calcul du rein gauche. On fait la séparation, on trouve que le rein droit donne trois fois plus de pus que le rein gauche. On fait, quelques jours après, le cathétérisme des uretères et on trouve du pus dans les urines du rein gauche et les urines du rein droit d'une limpidité parfaite, pas de bacilles tuberculeux. On opère le rein gauche et le malade guérit. Dans ce cas, la séparation a été nettement trompeuse.

En terminant, M. Marion s'associe à l'hommage rendu par M. Delbet à M. Albarran, dont le livre sur l'exploration des fonctions rénales démontre la valeur du cathétérisme des uretères.

M. Guinard restera désormais fidèle à cette formule : « Ne vous fiez jamais à une séparation, même bien faite. » Il reconnaît toutefois que la séparation ne doit pas être complètement rejetée. Mais il faut se méfier des renseignements donnés par la division.

M. Guinard fait observer que, parmi les urologistes les plus compétents, aucun n'a défendu la séparation. MM. Marion, Legueu, Bazy, Tuffier, Michon ont tous reconnu que c'était une méthode infidèle.

Pas un spécialiste, en dehors du père et du parrain de la séparation, MM. Luys et Hartmann, ne s'est levé pour défendre la séparation. On a prétendu que, dans le cas de M. Guinard, la séparation a été mal faite. Mais tout le monde accordera que M. Marion doit bien savoir manier le séparateur. Or, il est tombé dans la même erreur que M. Guinard.

En terminant, M. Guinard, dit qu'il préfère une méthode plus difficile à appliquer, mais plus sûre dans ses résultats, c'est-à-dire le cathétérisme des uretères.

Cholécystite d'origine éberthienne. — M. Savariaud, à propos des faits apportés par M. Quénu, rapporte l'observation d'une femme de cinquante ans qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, eut une rechute avec de violentes douleurs dans le côté droit. Vomissements, et température à 39 degrés. Le point le plus douloureux était, suivant l'expression de M. Dieulafoy qui a vu cette malade, trop haut pour une appendicite, trop bas pour une cholécystite.

Cependant les symptômes s'accusèrent en faveur d'une infection des voies biliaires. On fit une ponction, on retira un liquide louche, riche en bacilles d'Eberth. M. Savariaud fit une cholécystostomie et retira un calcul. La fièvre tomba lentement. La fistule biliaire finit par se boucher. En étudiant le passé de cette malade, M. Savariaud conclut que le calcul était antérieur à la fièvre typhoïde et qu'il s'agissait d'une cholécystite latente réchauffée par la fièvre typhoïde. Il faut, dans ces cas, enlever le calcul et désinfecter les voies biliaires.

Inversion complète du vagin consécutive à l'hystérectomie. — M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. Guibal (de Béziers). Il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans dont le périnée avait été déchiré lors d'un accouchement. On fit une première périnéorraphie. Le résultat fut incomplet et il fallut faire une seconde périnéorraphie. On fit ultérieurement une hystérectomie vaginale. Survint consécutivement un prolapsus vaginal entraînant des troubles fonctionnels graves du côté de la vessie. M. Guibal fit une colpectomie totale. La malade est, depuis quinze mois, sans récidive.

M. Tuffier a fait des recherches sur cette inversion totale du vagin après l'hystérectomie. Il n'a trouvé qu'un petit nombre d'observations, sept avec celle de M. Guibal. C'est une complication exceptionnelle qui peut survenir après l'hystérectomie vaginale, qu'on n'a jamais constatée après l'hystérectomie abdominale. Ce prolapsus vaginal se produit environ un mois après l'hystérectomie. Ce prolapsus présente généralement deux portions, une fixe du côté de la vessie et une mobile constituant un sac herniaire contenant l'intestin. Le rectum reste en place. Les troubles fonctionnels sont ceux de l'entérocèle et de la cystocèle vaginales. Les symptômes physiques sont ceux des hernies.

Le traitement est préventif et curatif. Préventivement il faut, dans l'hystérectomie vaginale, enlever une grande quantité de vagin et faire une périnéorraphie et une colporraphie antérieure.

Dans l'hystérectomie abdominale, il sera prudent de fixer le pédicule utérin à la paroi.

Comme traitement curatif, il y a la colpopexie ou la colpectomie. La colpopexie ne donne que des résultats incertains. M. Tuffier, d'accord avec M. Guibal, préfère la colpectomie avec réfection du vagin.

M. Morestin proteste contre cette assertion que le prolapsus est une complication fréquente de l'hystérectomie vaginale. Il proteste également contre la suppression totale du vagin, c'est là, à ses yeux, une mutilation regrettable, même pour une femme mûre. Il s'en tiendra à la résection partielle.

M. Routier rapproche des faits de M. Tuffier l'observation suivante. Une jeune infirmière des hôpitaux, de vingt et un ans, accouche et est déchirée, on fait une périnéorraphie. Survient une chute de l'utérus qui nécessite une seconde périnéorraphie. Il y eut une récidive, M. Routier fit une opération de Lefort et échoua. Il fit alors l'hystérectomie vaginale. La malade alla bien pendant un mois, puis survint une chute complète du vagin, on essaya alors des pessaires, du ballon de Gariel. En résumé voilà un prolapsus qui a résisté à six interventions chirurgicales. Il continue à résister à tout. Ceci se passait il y a déjà un assez grand nombre d'années.

Cancer du rectum. — M. Savariaud présente un malade qu'il a opéré d'un néoplasme du rectum il y a sept ans et qui est resté guéri.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS D'UN JUGEMENT RÉCENT

Tous les médecins connaissent, pour l'avoir lu dans la presse politique qui a mené grand bruit autour de cette affaire, le jugement sans précédent qui vient de condamner un de nos maîtres les plus aimés, le docteur Bazy, à 5 000 francs de dommages et intérêts envers une malade dans le ventre de laquelle il aurait *oublié* deux compresses de 1 mètre de long sur 30 centimètres de large.

Le chirurgien de Beaujon, après avoir fait appel de ce jugement, a tenu à poser très dignement la question devant ses pairs, les chirurgiens des hôpitaux.

Le document que nous publions aujourd'hui n'est donc pas l'épilogue de cette affaire. Comme le dit très justement la *Tribune médicale*, à laquelle nous l'empruntons, il marque une nouvelle phase de cette affaire, l'entrée en jeu des chirurgiens ou plutôt de tout le corps médical menacé par ce jugement *sans précédent*.

« Je me permets de soumettre à votre discussion un fait extrêmement grave et qui me paraît toucher à deux points : un point d'ordre scientifique, un point d'ordre professionnel. Ce fait m'est personnel et je l'eusse gardé pour moi seul en en subissant toutes les conséquences, si injustifiées qu'elles m'apparaissent, si je n'avais la conscience très nette que l'exercice de notre profession ne soit désormais profondément compromis par lui.

Le fait d'abord. En novembre 1906, le 6 novembre exactement, j'ai opéré dans mon service de Beaujon une femme atteinte de kyste suppuré de l'ovaire, et qui se trouvait dans un état extrêmement grave. J'ai dû me contenter, devant sa situation précaire, devant les adhérences complètes de la poche aux organes voisins, d'ouvrir cette poche et d'en suturer les lèvres à la paroi abdominale. Cette malade éprouva de mon intervention un soulagement si complet qu'elle put, et voulut, malgré moi, quitter l'hôpital trois semaines environ après l'opération, n'ignorant pas qu'elle avait un kyste marsupialisé, c'est-à-dire communiquant avec l'extérieur et qu'elle avait, par conséquent, besoin de soins spéciaux que j'exigeai du reste. Or, un an après mon opération, en octobre 1907, je reçus chez moi la visite de son fils qui venait me prévenir « amiablement » — j'insiste sur le mot — que j'avais oublié deux compresses dans le ventre de sa mère. N'ayant pas prêté l'oreille à cette tentative — mettons d'arrangement

amiable — je fus l'objet dans la presse politique d'une campagne acharnée dont peut-être n'aurez-vous pas perdu le souvenir et qui prit de telles allures de scandale que je fus obligé d'y mettre un terme par une note rectificative. Cette campagne n'ayant encore pas suffi à me faire départir de mon attitude, l'affaire fut portée devant les tribunaux et, messieurs, je souligne ce fait spécialement inquiétant — avec d'autant plus de facilité que mes adversaires obtinrent l'assistance judiciaire, bien qu'ils me demandassent 50 000 francs de dommages-intérêts et que le président du bureau d'assistance m'ait dit que cette affaire suait le chantage. L'affaire a duré trois ans. Elle vient d'avoir sa solution; elle est éloquente dans sa simplicité. J'ai été reconnu responsable et condamné à 5 000 francs de dommages et intérêts, bien que — et certes ce détail a encore sa valeur — mon opérée soit encore vivante quatre ans après mon opération.

Voilà le fait, messieurs. Pour bien vous préciser la question, je vous ferai préalablement remarquer deux choses :

1° L'issue des compresses par l'anus eut lieu en dehors de tout témoin;

2° Le kyste étant marsupialisé et la malade étant sortie de l'hôpital, c'est-à-dire échappant à mon contrôle avant que la cicatrisation ne fût complètement obtenue, personne ne pouvait affirmer, ni prouver que c'était bien moi qui, au cours de l'opération, avais oublié dans le kyste les compresses incriminées et qu'elles n'y avaient pas été introduites secondairement.

Malgré ce doute, j'ai été impitoyablement condamné, et c'est sur moi, et sur moi seul que la responsabilité est retombée.

La question n'est pas seulement là, et c'est ici, messieurs, que, me plaçant non plus en face de magistrats bien excusables d'ignorer les mystères de la pathologie, mais en face de mes pairs, je viens — puisque par moi leur responsabilité à tous est engagée — leur demander, abordant cette fois le côté scientifique de la question :

Est-il possible scientifiquement, logiquement, que même en se plaçant dans l'hypothèse douteuse, extrêmement douteuse, que j'eusse au cours de mon opération oublié des compresses dans un kyste, ce kyste, qui d'après le dire même des experts était de nature maligne, ait pu soit spontanément par sa nature épithéliale, soit secondairement par la présence de compresses, s'ulcérer, ulcérer l'intestin, livrer passage à deux compresses de 1 mètre de long sur 30 centimètres de large (dimensions que je vous cite parce que mes adversaires ont longuement insisté sur elles et en ont fait la base de leur argumentation), tout cela sans jamais avoir donné lieu à aucun phénomène de fistule stercorale, ce qui supposerait une cicatrisation immédiate, définitive et si radicale, que les experts eux-mêmes n'ont pu en découvrir les traces?

Voilà, messieurs, la question très précise que je vous pose et que je vous demande instamment de bien vouloir trancher. Pour moi, elle était depuis longtemps résolue. Mais il y a lieu de penser que mon opinion était erronée, puisqu'il s'est trouvé des juges pour admettre la possibilité, que j'ignorais, de semblables miracles et, se basant sur elle, me condamner.

* * *

Messieurs, le second point que je veux toucher devant vous est d'ordre professionnel et je ne me serais pas permis d'accaparer votre attention, si je n'étais persuadé qu'en dehors du préjudice que ce jugement me cause, il n'était désormais pour vous une menace littéralement effrayante et chaque jour suspendue sur vos têtes. Déjà je cueille dans le journal *Le Journal*, à la date du 25 novembre dernier, cette phrase qui pourra vous donner singulièrement à réfléchir :

« Le Tribunal s'est prononcé très nettement pour la responsabilité de l'opérateur, alors que jusqu'à aujourd'hui il avait, dans les procès de ce genre, toujours couvert les fautes professionnelles d'assistance du praticien. »

Ainsi donc, messieurs, ce jugement constituerait un précédent qui, ouvrant la voie à toutes les tentatives de chantage, menacerait chaque jour votre indépendance professionnelle. Il sera l'occasion de créer une industrie nouvelle qui vivra à nos dépens, industrie d'autant plus attirante qu'elle sera plus sûre du succès, puisque l'expérience démontre que des juges peuvent condamner sans preuves, et qu'elle sera plus dépourvue de risques, puisque l'assistance judiciaire est, vous le voyez, accordée avec la plus extrême facilité. Vous pourrez croire que j'exagère. Eh bien! messieurs, pour vous prouver que mes craintes ne sont point chimériques et que cette industrie dont je vous parle n'est même plus à naître, qu'elle est née, voici l'assignation que, comme par hasard, j'ai reçue deux jours après l'issue de mon procès.

Elle émane d'un misérable individu qui vint me trouver parce qu'il avait le visage, le crâne et les mains entièrement tatoués et qu'il était chassé de partout, personne ne voulant le recevoir ainsi. Je fis de mon mieux. Le docteur Vignat me proposa d'employer l'air chaud pour le détatouage. Il détatoua ainsi d'abord la figure qui redevint présentable, puis une des mains, et le bonhomme partit. Il revint quelque temps après, faisant de nouveau appel à ma charité et me suppliant de continuer ce que j'avais commencé. Le docteur Vignat entreprit de détatouer l'autre main. Une brûlure d'ailleurs toute superficielle et prévue en résulta. C'est cette brûlure qu'on me demande aujourd'hui de panser avec des dommages et intérêts. Je vous le répète donc, messieurs, la voie est maintenant largement ouverte et, si nous n'y prenons garde, l'exercice de notre profession va devenir impossible.

Le fait est grave pour vous tous, car ne croyez pas que votre situation, si privilégiée qu'elle soit et malgré l'autorité morale qui s'attache au titre de chirurgien des hôpitaux, puisse arrêter l'ardeur avide de ceux qui, non contents de vivre de et par votre charité, ne se priveront pas de vous exploiter, bien au contraire.

Le fait est d'autant plus grave pour vous que j'ai été condamné sur des faits non démontrés, et j'ajoute, en parlant avec toute ma conscience et toute ma loyauté, non démontrables.

Il est inutile que j'ajoute, en terminant, que non seulement dans mon propre intérêt, mais encore dans celui du corps des hôpitaux auquel j'ai le très grand honneur d'appartenir, je désire qu'il soit fait justice de cette condamnation injustifiée devant des juridictions plus élevées. Mais j'ai cru de mon devoir de vous avertir au préalable de ce qui peut vous menacer, et vous menace peut-être dès aujourd'hui, afin que vous puissiez prendre les mesures nécessaires qui s'imposent absolument. Vous avez le devoir impérieux de songer à ces mesures, car elles intéressent, non seulement le corps des hôpitaux, mais encore le corps médical tout entier, comme en témoignent les nombreuses lettres de médecins qui de tous côtés me crient leur indignation et leurs alarmes.

Voilà pourquoi je vous pose, je vous le répète, deux questions, une question d'ordre scientifique, une question d'ordre professionnel et que je vous demande de les résoudre toutes les deux.

Ces questions sont les suivantes :

1° Admettez-vous qu'un kyste végétant puisse, après avoir ulcéré l'intestin et permis le passage dans celui-ci de deux compresses de 1 mètre de long sur 30 centimètres de large, se cicatriser spontanément sans laisser de traces et avec une rapidité telle que la malade n'aurait jamais souffert de fistule stercorale ou même d'occlusion intestinale?

2° Ne serait-il pas urgent que la Société des chirurgiens des hôpitaux prît des mesures et, au besoin, s'entendît avec l'Administration, pour que l'exercice de la chirurgie soit désormais possible sans arrière-pensée? »

A la suite de cette lecture la Société des chirurgiens des hôpitaux a décidé de nommer une commission pour étudier les questions qui lui sont ainsi posées.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

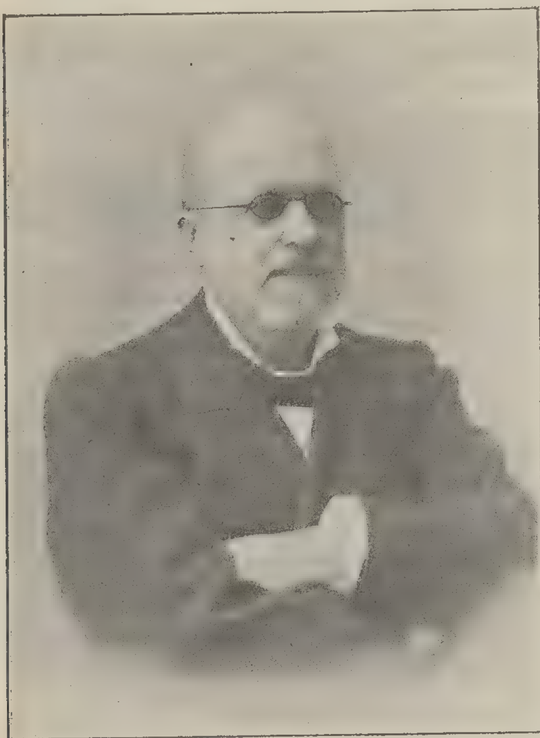
(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

HUCHARD

Huchard vient de mourir après une longue maladie et de cruelles souffrances. Avant de rappeler ce que fut ce maître incontesté, notre première pensée va aux siens, à sa veuve, compagne accomplie, qui vécut de sa vie, partagea ses luttes et, jusqu'au dernier jour, se montra la femme dévouée et la grande consolatrice. Qu'elle reçoive ici l'expression de notre respectueuse et douloureuse condoléance.

Huchard était une personnalité un peu à part, qui doit être envisagée sous divers aspects : clinicien consommé, thérapeute avisé, sur le terrain purement médical, notre regretté confrère possédait une haute valeur, et jouissait d'une réputation universelle. Plus particulièrement au point de vue de la pathologie du cœur, qui a été l'objet de ses études préférées, l'autorité qu'il avait depuis longtemps acquise, était considérable. On ne saurait aujourd'hui, dans aucune partie du monde, discuter des maladies du cœur sans citer l'opinion d'Huchard.



(Cliché Waléry.)

Mais Huchard n'était pas seulement un clinicien hors de pair, c'était aussi un écrivain, un journaliste, un philosophe, un patriote, un lutteur ardent à soutenir les bonnes causes. D'une indépendance absolue de caractère, Huchard apportait au service de ses luttes, une éloquence chaude et persuasive. Comme dans son enseignement à l'hôpital, il trouvait dans ses articles, dans ses discours, le mot juste, la phrase lapidaire qui scellait, au coin d'une parfaite précision, la loi qu'il voulait formuler, l'idée qu'il voulait faire triompher.

Comme tous les hommes de haute valeur qui, de bonne heure, surpassent leurs contemporains, Huchard s'était créé beaucoup de chaudes et sincères amitiés et aussi beaucoup d'inimitiés, et il ne fallut rien moins que son grand talent, ses travaux de premier ordre, sa réputation si étendue pour forcer les portes de l'Académie de médecine ; quant à celles de la Faculté, il n'y a même pas frappé.

Né le 4 avril 1844, Huchard, après avoir fait d'excellentes études littéraires au lycée de Dijon, vint à Paris étudier la médecine. Interne des hôpitaux, en 1867, il faillit, au cours de cet internat perdre la vue par suite d'une ophtalmie contractée auprès d'un enfant diphtérique. Tous ses camarades d'alors ont rendu justice à son courage et à sa résignation stoïque, car on crut pendant quelque temps qu'il resterait aveugle.

Médecin des hôpitaux, en 1878, il prit, en 1881, le service de l'hôpital Necker où il est resté jusqu'à la fin de sa carrière hospitalière et qu'il a, peut-on dire, illustré par son enseignement libre sur les maladies du cœur. Enfin ce fut en 1896 qu'après une lutte violente il entra à l'Académie. Chevalier de la Légion d'honneur tout jeune, officier sur le tard, tels furent les seuls titres de ce grand médecin dont la consultation se recrutait dans le monde entier, car on venait de l'étranger consulter Huchard, comme on venait autrefois consulter Charcot.

Loin de s'être jamais laissé griser par ces succès, Huchard était resté simple, affable, bon enfant, avec une pointe de philosophie douce à la Montaigne, son auteur favori. De mise plutôt négligée, d'allure plutôt campagnarde, il était bien loin de rechercher le faste de la plupart de nos grands consultants et c'était dans un modeste rez-de-chaussée qu'il donnait ses consultations aux plus hauts personnages, comme aux plus humbles, avec la même douceur mélangée d'un peu de brusquerie familière.

L'importance de son œuvre écrite est telle qu'il suffit de l'énumérer pour en montrer la valeur ; dès ses premiers travaux il montre ses tendances vers l'étude des maladies de cœur et des vaisseaux :

Des Angines de poitrine (1883) ; *Médication iodurée dans les affections artérielles* (1885) ; *Traitement curatif de l'angine de poitrine vraie* (1885) ; *Les Cardiopathies artérielles et leur curabilité* (1886) ; *L'Artério-sclérose et ses rapports avec les spasmes vasculaires* (1887) ; *La Tension artérielle dans les maladies* (1888) ; *Maladies du cœur et des vaisseaux*, deux éditions (1889 et 1893) ; *Action du tabac sur la tension artérielle* ; *L'Albuminurie des morphinomanes* ; *Consultations médicales*, deux volumes (1900 et 1903) ; *La Médication hypotensive*, *Les Névroses*, etc.

Si l'on ajoute à cela les nombreux articles de journaux, les communications aux Congrès, ses leçons cliniques, on se rendra compte de la somme énorme de travail accomplie par ce passionné de la science médicale.

Comme journaliste, Huchard tint une grande place dans la presse médicale en fondant le *Journal des praticiens*. Bien qu'entouré de collaborateurs de réelle valeur, son journal était bien personnel ; cela est si vrai qu'on le désigne communément sous le nom de journal d'Huchard. Il l'aimait, ce journal, par-dessus tout. C'est là et dans ses communications aux Congrès, qu'il prenait, avec chaleur, la défense des eaux minérales françaises, des stations climatériques françaises. Il était, en effet, un patriote ardent et convaincu et ne laissait jamais échapper l'occasion de vanter sa chère France.

Arrivé à l'âge de la retraite des hôpitaux, Huchard, comme Péan, comme Lancereaux, ne put se faire à l'idée de n'avoir plus de service, de ne plus continuer un enseignement qui avait été toute sa vie et il fonda, de ses propres deniers, la clinique du cœur, où, malgré l'éloignement dans un quartier retiré de Paris, affluait tous les dimanches matins un nombreux public de médecins et d'élèves. Cette dernière œuvre du maître n'est pas la moins intéressante, ni la moins glorieuse.

Au cours de cet article, nous avons fait allusion aux inimitiés qu'Huchard a rencontrées sur sa route. Ainsi que le lui disait, à l'inauguration de la clinique du cœur, son excellent et fidèle ami le professeur Robin : « Les ennemis, c'est ce qui fait la force. »

Huchard était un fort.

A. BROCHIN.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 143. — JEUDI 15 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 15 DÉCEMBRE 1910. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois,

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — MM. Roger, Dalché et Caussade, à l'Hôtel-Dieu; Labbé et Sergent, à la Charité; Carnot et Laffitte, à Tenon; F. Marie, à la Salpêtrière; Faisans, à Beaujon; Souques, à Bicêtre; Morel-Lavallée, à Lariboisière; Brouardel, à la Maison Dubois; Josué, à la Pitié; Lesné, au bastion 29; Jules Renault, à Saint-Louis; Bergé, à Broussais; Léon Bernard et Rist, à Laënnec.

— Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 12 décembre : MM. Monod (André), 10; Larroque, 9; Lechelle, 10; Barraud et Guerrero, 6; Deffins, 4; Parcheminey, 10; Faveret, 8; Eissen, 2; Pilatte, 7.

Pathologie. — Séance du 12 décembre : MM. Darrieux, 7; Rousseau (Emile), 9; Vaquette, 5; Lehmann (Paul), 7; Cassard, 11; Rouillard, 10; Petit-Dutaillis, 11; Pollet, 7; Boutet, 8; Besnard (Jean), 10; Malet (Charles), 11.

— Concours du prosectorat. — *Oral. Physiologie.* — Séance du 13 décembre : « Physiologie du liquide céphalo-rachidien. »

MM. Toupet, 17; Rouhier, 20; Hovelacque, 17; Combier, 20.

— Prix Fillioux. — Les prix d'otologie ont été décernés après concours à Mlle Jeanne Bouteil, interne des hôpitaux, et M. Raoul Arnal, externe des hôpitaux de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Poujol, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine d'Alger.

— Toulouse. — M. Ribot, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de pharmacie à cette faculté.

MARINE. — Par décret en date du 7 décembre 1910, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — M. Yver, élève du service de santé de la marine, reçu docteur en médecine.

M. Yver est appelé à servir au port de Brest, en attendant l'ouverture des cours de l'école d'application.

REMPLACEMENTS DE MÉDECINS. — Les internes et les étudiants dont la scolarité est terminée peuvent, aux termes de la loi du 30 novembre 1892, être autorisés par le préfet à exercer provisoirement la médecine.

Ces autorisations, limitées à trois mois et pouvant être renouvelées, ne peuvent toutefois être données que dans le cas d'épidémie ou dans le cas de remplacement de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Or, en 1909, le préfet de la Haute-Loire fut avisé qu'un médecin de Monistrol, le docteur X..., quittait pour quelque temps la commune en vue de prendre un peu de repos. Dans ces conditions et sur la demande même du docteur X..., le préfet agréa un étudiant, le sieur Z..., comme remplaçant.

Mais il fut ultérieurement démontré que le préfet avait été induit en erreur et que le docteur X... avait si bien quitté la commune sans esprit de retour qu'il était aussitôt allé s'installer dans un autre département.

Dans ces conditions, et sur la requête de la commune de Monistrol, le conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement, Léon Blum, a estimé que l'on ne se trouvait pas dans les conditions où la loi sur l'exercice de la médecine a permis de donner des autorisations provisoires, et l'arrêté du préfet de la Haute-Loire a été annulé. (*Le Temps.*)

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — L'assemblée générale aura lieu le lundi 19 décembre 1910, à cinq heures du soir, à la Faculté de médecine (salle des thèses n° 2).

Voici l'ordre du jour :

1° Compte rendu moral, par le secrétaire général; 2° compte rendu financier, par le trésorier; 3° élection des membres du conseil d'administration. (Le conseil d'administration est composé de dix-huit médecins et de douze dames patronnesses.)

RENSEIGNEMENTS

ANALYSES

MÉDECINE

La transmission du crétinisme de l'homme à l'animal. (K. R. von Aichbergen. *Wiener klin. Wochens.*, 10 nov. 1910, n° 45, p. 1593.) — L'auteur, qui étudie depuis plusieurs années le crétinisme en Styrie, est persuadé que cette affection doit être rangée parmi les maladies contagieuses.

Il a eu l'occasion d'observer deux chiens élevés par une demi-crétine qui faisait coucher ces animaux dans son propre lit. Ces deux chiens étaient devenus eux-mêmes des crétins; mal développés, ils portaient un goitre volumineux, leur poil était terne, sec et lanugineux, et ils conservaient leurs dents de lait. Ils étaient incapables d'aboyer et paraissaient dénués de toute intelligence.

L'auteur confia alors à cette femme un jeune chien, provenant d'une portée absolument saine et sans antécédents héréditaires pathologiques. Ce jeune animal reprit le même genre de vie que les deux chiens crétins éloignés de la maison. Trois mois plus tard ce jeune chien avait déjà un goitre, mais il était encore vif et aboyait. Dix mois plus tard le goitre était devenu énorme; de plus l'animal était apathique, il n'était plus capable d'aboyer; son poil avait perdu son éclat et il gardait ses dents de lait. Bref, il offrait l'aspect d'un crétin.

Au contraire, un chien de plus grande race qui avait été confié à la femme demi-crétine, et qui avait été élevé dans la même chambre que son compagnon, mais sans coucher dans le lit, s'était développé normalement.

L'auteur pense que ce fait démontre que la transmission du crétinisme de l'homme à l'animal est possible, mais exige un contact intime.

A. LEMIERRE.

De l'ulcère externe de l'estomac. (G. Hayem. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, mai 1910, p. 241, avec 4 figures.) — Il s'agit d'une lésion curieuse amenant la destruction progressive de la paroi, sous l'influence d'un processus dont la marche est telle que la muqueuse disparaît en dernier. Cette altération passe par trois phases successives : 1° le godet, avec début des lésions dans la couche musculaire; 2° le sac, phase dans laquelle s'accentue l'atrophie de la paroi stomacale; 3° l'ulcère. L'auteur rapporte sept cas avec examen histologique; il ne peut être question de tracer une histoire clinique de cet ulcère : dans une observation cependant cet ulcère externe a provoqué une perforation.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Opérations sur l'hypophyse. (*Amer. Surg. Assoc.*, Washington, 3 mai 1910.) — Von Eiselsberg a opéré six cas : trois d'hypopituitarisme, tous guéris; deux d'acromégalie, deux morts; un cas mixte considérablement amélioré.

La technique employée fut celle de Schloffer. Incision frontale et dans le sillon naso-génien et rabattement du nez sur le côté. Les deux morts furent causées par méningite dans des cas où il y avait catarrhe nasal abondant. Anatomiquement, il y eut un angio-sarcome, un kyste, deux sarcomes, et deux carcinomes.

Mixter et Quackenboss relatent un cas heureux d'opération sur une tumeur hypophysaire. Il s'agissait d'un cylindrome. La voie employée fut la voie infranasale qui laisse peu de cicatrice.

Halstead a opéré deux cas par la voie basse qu'il croit moins mutilante. Un succès, une mort.

Cushing croit que la voie d'accès a moins d'importance que la manière de traiter la tumeur une fois que l'on est arrivé dessus. Il se peut que beaucoup des tumeurs de l'hypophyse soient des adénomes bénins qui dégénèrent, comme il arrive dans le corps thyroïde. On ne peut guère faire une extirpation complète. On peut se contenter de décomprimer.

Kanaval décrit en détail la voie basse oro-nasale.

Leurs étudie l'histologie très compliquée et mal connue des tumeurs de l'hypophyse.

F. GARDNER.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 42, 21 oct. 1910.) B. Grunberg : A propos d'un cas d'hémoglobinurie paroxystique a frigore guérie par le traitement mercuriel. — E. Emery : La technique de l'injection intraveineuse du remède d'Ehrlich 606. — (N° 43, 28 oct.) G. Leven et G. Barret : Notions nouvelles introduites en médecine par l'exploration radiologique de l'estomac. — Emery : 606. Recherche des spirochètes. Séro-réaction de Wassermann. — G. Variot : Le citrate de soude contre les vomissements des nourrissons. — (N° 44, 4 nov.) Cawadias : L'aérophagie. — Lafay et Lévy-Bing : Le 606 pratique et indolore. — Courtellemont et F. Jeunet : Rhumatisme scarlatin. — Emery et Pépin : Le 606 en injections solubilisées alcalines, suivi d'une injection en suspension huileuse neutre. — (N° 45, 11 nov.) C. Rœderer : A propos des colonies de vacances. — P. Rudaux : Technique rationnelle de l'injection intra-utérine. Des dangers de la méthode classique. — Frigaux : Les hématuries pseudo-essentielles. — M. Genty : Traitement de l'otite moyenne aiguë purulente non compliquée. — Emery : Méthodes actuelles de l'injection du 606. — (N° 46, 18 nov.) Berruyer : Diagnostic des ulcérations du pharynx. — Triboulet et Ch. Périneau : Valeur diagnostique et pronostique de la réaction de Meyer (à la phénolphtaléïne) dans les albuminuries. — N. Falbing : Suture de la rotule fracturée. — Perdrizet : De l'albuminurie urinaire chez les parturientes et les femmes en couches. — Bach : De la ponction du cerveau. — Maurice Genty : Valeur de la réaction de Wassermann. — C. Rœderer : Les exercices de gymnastique dans la maladie de Little. — Robert Dacheux : Anurie. — (N° 47, 25 nov.) J.-Ch. Roux : Les formes cliniques du cancer du rectum. — P. Rudaux : Du goitre puerpéral. — J. Boulai : La cataracte traumatique. — P. Barbarin : Le traitement de la paralysie infantile. — (N° 48, 2 déc.) Daussat : Etude comparative des méthodes modernes de gymnastique. — P. Sourdat : La réaction locale à la tuberculine dans les tuberculoses ostéo-articulaires. — Vigouroux : Diabète et paralysie générale.

Gynécologie. — (N° 5, sept. 1910.) Pousson : Néphrectomie et grossesse. — De Rouville : Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques basées sur 130 observations personnelles. — H. Chéron : De la radiumthérapie des fibromes hémorragiques. — Ch. Rémy et Bloch-Wormser : Un cas d'imperforation ano-rectale chez un prématuré traité par la voie abdomino-périnéale. Guérison.

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er nov. 1910.) Violet et Fisher : Etude sur la rachistovaïnisation en chirurgie. — Gaston Cotte : Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire. — Etienne Destot : A propos des luxations traumatiques du scaphoïde tarsien.

Medizinische Blætter. — (N° 42, 15 oct. 1910.) Heberda : La mort subite de cause naturelle et son importance médico-légale. — (N° 44, 29 oct.) Kreuztuchs : Cœur et estomac. — (N° 45, 5 nov.) Klein : Sur l'action directe des bains sulfureux sur les yeux. — (N° 46, 12 nov.) Amerling : La viscosité du sang chez le nouveau-né. — (N° 47, 19 nov.) Sofer : Prescriptions diététiques.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 43, 27 oct. 1910.) Peham : Rudolph Chrobak. — Cristofoletti : Contribution à la clinique des uretères supplémentaires à abouchement anormal. — Stockel : Sur une nouvelle méthode de conservation de différents immunisérums et antigènes. — Fabian : Sur l'examen du sang dans la lymphogranulomatose. — Guth : Contribution à la nature de la réaction de Wassermann. — Polland et Knaur : Rapports sur 50 cas de syphilis traités par le 606. — Fürth : Expériences avec le 606.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE ET DE TOUS ÉTATS CONSOMPTIFS
SUC INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ AUX DIASTASES OXYDANTES DU PLASMA SANGUIN DE BŒUF
MUSCULOSINE
BYLA
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE : 4 Cuillerées à bouche par jour pour adultes
4 Cuillerées à dessert pour les enfants
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE GENTILLY-Paris
Laboratoires autorisés par le gouvernement pour la préparation des médicaments organiques

LES DIFFÉRENTES SORTES DE

PHLEGMONS DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE

Par le docteur SAVARIAUD,
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Les abcès d'origine appendiculaire ont tellement absorbé l'attention depuis une quinzaine d'années, l'appendicite est tellement polymorphe, on l'a si souvent rencontrée là où on s'attendait à trouver autre chose, qu'on est tenté en généralisant de ne plus voir qu'elle dans toutes les suppurations de la fosse iliaque droite. C'est pourquoi voulant éliminer d'un coup tous les abcès banaux d'origine appendiculaire, je n'étudierai ici que les collections suppurées de la fosse iliaque gauche.

Il y a deux façons de classer les abcès de la fosse iliaque : d'après le plan anatomique qu'ils occupent, d'après l'organe qui leur donne naissance. Comme un abcès ne d'un organe, l'intestin par exemple, peut occuper successivement ou simultanément le tissu cellulaire sous-péritonéal, la gaine du psoas, le péritoine et même l'epaisseur de la paroi abdominale, il me paraît plus clinique et plus conforme à la réalité de décrire autant de variétés d'abcès qu'il y a d'organes pouvant leur donner naissance. Toutefois, comme leur liste pourrait s'allonger indéfiniment, j'aurai soin d'éliminer d'une part les cas exceptionnels (funiculite suppurée, abcès d'origine déférentielle) et d'autre part toutes les suppurations qui ayant pris naissance dans une autre région ont secondairement envahi la fosse iliaque (abcès périnéphrétique par exemple).

Ainsi réduite, la nomenclature comprendra des abcès d'origine ganglionnaire, des abcès d'origine musculaire (psoïtis), des abcès d'origine génitale, des abcès d'origine intestinale ou appendiculaire, des abcès d'origine osseuse ou articulaire.

1° Abcès d'origine ganglionnaire. — Sans vouloir reprendre ici l'historique de ces abcès pour lequel je renvoie à la thèse de mon ancien interne et ami Bonvoisin, je dirai que ces abcès étaient un peu oubliés depuis Desprès, lorsque j'attirai l'attention sur eux à plusieurs reprises. M. Lejars dernièrement y insistait à son tour et au commencement de cette année cette question des adéno-phlegmons iliaques occupait l'ordre du jour de plusieurs séances à la Société de médecine militaire, et MM. Dejouany, Tourraine, Augias y apportaient des observations intéressantes.

En général les choses se passent de la façon suivante. Chez un sujet jeune le plus souvent, à la suite d'une écorchure insignifiante du membre inférieur, des organes génitaux ou de la paroi abdominale à la suite d'une pustule de varicelle, par exemple, le sujet éprouve une douleur plus ou moins vive au-dessus de l'arcade crurale et se met à boiter. Bientôt la cuisse se fléchit et le sujet prend l'attitude de la coxalgie.

Si on examine de près le malade on ne tarde pas à remarquer toutefois qu'il s'agit non point d'arthrite coxo-fémorale, mais de simple contracture du psoas. Tous les mouvements, en effet, ne sont pas supprimés comme dans la coxalgie, bien au contraire, le mouvement d'abduction qui est un des plus vite limités dans cette affection peut s'exécuter sans peine. De même les mouvements de rotation. Seuls les mouvements de flexion et d'extension sont limités, le premier par suite de la rencontre de la cuisse avec l'abdomen, le second par suite de la contracture du psoas et de la douleur que provoque l'allongement du membre.

La palpation du triangle de Scarpa montrera fréquemment une légère augmentation de volume des ganglions, mais c'est surtout et en général presque uniquement au-dessus de l'arcade que l'on sent la tuméfaction. Celle-ci dans les grosses collections suppurées peut remonter jusqu'au voisinage de l'ombilic. Dans ces conditions, le pus étant presque sous la peau, la fluctuation est évidente.

Les phénomènes généraux sont rarement graves : fièvre modérée, douleurs supportables, état général satisfaisant.

L'incision faite comme pour lier l'iliaque externe permet dans les cas récents de prendre sur le fait l'origine ganglionnaire de la collection en montrant à côté de poches purulentes enkystées des ganglions n'ayant qu'un petit point suppuré au centre.

Le pronostic est bénin, mais la situation de ces abcès au contact des vaisseaux iliaques peut entraîner leur ulcération et provoquer une hémorragie mortelle. Ce sont là des faits rares et Bonvoisin n'a pu en relever que deux exemples et encore n'est-il point certain que le contact du drain avec le vaisseau ulcéré (la veine dans les deux cas) n'ait pu être mis en cause.

2° Abcès du psoas. Psoïtis. — Le muscle psoas peut-il à cause de sa structure particulièrement délicate (n'oublions pas qu'il constitue le filet) être plus exposé que les autres muscles à l'inflammation et à la suppuration ? Ne pourrait-il en arriver là à la suite de traumatisme (marche forcée) ? Qu'il me soit permis de dire non, avec la majorité des auteurs actuels. Que sous l'influence d'une pyohémie quelconque le psoas puisse suppurer parfois, la chose ne fait pas de doute, mais elle est tellement rare qu'on peut presque en faire abstraction dans la pratique.

Pour nous comme pour la plupart des auteurs l'immense majorité des psoïtes est secondaire, le plus souvent à une suppuration intraganglionnaire. C'est ainsi qu'il faut interpréter les psoïtes puerpérales (Morestin, Verdun). Lorsqu'à la suite d'un accouchement on constate au bout d'un temps souvent fort long (un ou deux mois) une collection dans la fosse iliaque avec rétraction de la cuisse, c'est-à-dire une psoïte puerpérale, il faut dire adéno-phlegmon iliaque d'origine utérine. Sans doute d'énormes collections salpingiennes peuvent apparaître au-dessus de l'arcade, mais alors elles bombent aussi du côté du vagin ce qui n'est point dans le cas qui nous occupe.

Dans certains cas la psoïte paraît consécutive à l'inflammation des *troncs lymphatiques* ou des *veines* qui reposent sur son bord interne.

La psoïte *appendiculaire* est actuellement bien connue (Gangolphe), on sait que l'appendice peut dissimuler sa pointe derrière le péritoine de la fosse iliaque, par suite d'inflammations anciennes. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'une perforation de son extrémité libre donne lieu à une collection rétro-péritonéale qui en vertu de ses propriétés sphacélantes a tôt fait de détruire le mus-

cle psoas-iliaque et la mince aponévrose qui le recouvre.

Le psoas peut encore être détruit par une suppuration d'origine osseuse (ostéomyélite vertébrale iliaque). Une suppuration de la hanche peut s'ouvrir dans la bourse du psoas et gagner de bas en haut la loge de ce muscle. Cette bourse séreuse elle-même serait capable de s'enflammer primitivement. L'arthrite de l'articulation sacro-iliaque peut, elle aussi, donner lieu secondairement à une psoïte suppurée ou non suppurée.

En résumé le psoas, muscle délicat en contact avec un grand nombre d'organes susceptibles d'inflammations primitives, doit la fréquence de ses suppurations non point à sa structure, mais à ses rapports (Lardennois).

Abcès d'origine intestinale. — Je commence par me débarrasser de l'*appendicite à gauche*, celle-ci peut être due à une inversion des viscères avec défaut de torsion de l'anse vitelline ou bien exister sans elle. Il est rare dans ce cas-là que la fosse iliaque droite soit indemne, mais il peut arriver que, au moment où le malade se présente à l'observation, la collection iliaque gauche soit seule appréciable. Dans les rares cas que j'ai observés la collection bombait du côté du rectum et atteignait la ligne médiane, la franchissait même, de sorte qu'on ne pouvait pas dire qu'il s'agissait à proprement parler de collection suppurée de la fosse iliaque gauche, mais plutôt de collection ilio-pelvienne gauche. L'histoire de ces malades est celle de l'appendicite et on peut généralement faire le diagnostic.

Les abcès dus à une *perforation par corps étrangers* venus du tube digestif et du côlon iliaque en particulier sont une cause assez commune de suppuration de la fosse iliaque. On peut dire qu'ils sont connus de tout temps et les anciens auteurs s'étendaient complaisamment sur toutes les causes qui peuvent leur donner naissance, corps inertes mais pointus ou irréguliers tels que aiguilles, os de gibier, ou bien vivants tels que lombrics. Il est actuellement admis que la présence de ces derniers dans un abcès stercoral n'implique point qu'ils en soient la cause et rien n'autorise à penser que ces parasites soient capables de perforer une paroi intestinale saine. Quant aux aiguilles, si la plupart du temps elles peuvent arriver de la lumière de l'intestin jusque sous la peau sans donner lieu à aucun phénomène, il n'en est pas toujours ainsi et les phlegmons de la paroi dus à cette cause ne sont pas rares. J'en ai publié un cas qui évoluant avec une grande lenteur simulait une tumeur maligne. Verdun dit en avoir récemment observé un exemple.

Après les corps étrangers, les *ulcérations*, les *diverticules*, les *rétrécissements*, les *cancers* du gros intestin sont les causes les plus communes d'abcès de la fosse iliaque gauche.

Desprès signale, dans le *Dictionnaire Jaccoud* à l'article Iliaque, un abcès reconnaissant pour cause un *rétrécissement* du rectum supérieur qui vient faire saillie au-dessus de l'arcade crurale.

Les ulcérations simples (l'*ulcère simple*) étudiées par MM. Quénu et Duval sont capables de déterminer des perforations, lorsqu'elles siègent sur la portion de l'intestin qui est directement en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque, d'où phlegmon. Si la perforation siège en avant et si elle se fait lentement, elle peut donner naissance à une péritonite enkystée qui aura avec le phlegmon d'assez grandes analogies.

La *tuberculose* ne semble pas donner lieu à des suppurations périintestinales, sans doute par ce qu'elle hypertrophie les parois de l'intestin. Elle est d'ailleurs assez rare et frappe de préférence le rectum ou la région iléo-cæcale.

Les *perforations dues au cancer* sont connues depuis très longtemps. Elles paraissaient néanmoins à ce point oubliées qu'on n'en faisait même pas mention dans les classiques, lorsque dernièrement j'ai attiré l'attention sur elles dans un mémoire lu à la Société de chirurgie. J'ai montré par ses observations que les phlegmons stercoraux d'origine cancéreuse étaient moins rares que ne semblait l'indiquer le silence de nos livres, qu'en présence d'un phlegmon de la paroi même chez un jeune sujet il est bon de penser au cancer et j'ai eu soin de faire ressortir que par les antécédents du sujet, hémorragies, signes de rétrécissement de l'intestin, le diagnostic était presque toujours possible avant l'opération.

Les *diverticules* du gros intestin semblables en cela à l'appendice sont susceptibles de s'enflammer au contact de boulettes fécales et de donner lieu à des abcès autour de l'S iliaque.

La *constipation* chronique d'après Mayor (de Genève) serait capable, elle aussi, d'engendrer une inflammation de l'S iliaque, affection que l'auteur a baptisée du nom de *sigmoïdite*. L'expression a fait fortune et depuis la communication de Mayor beaucoup d'auteurs se sont mis à publier des cas plus ou moins authentiques de *sigmoïdites et de périsigmoïdites*. On a donné ce nom bien fait pour attirer l'attention à toutes les suppurations contractant avec le gros intestin des rapports plus ou moins intimes (abcès d'origine ovarienne ou plus souvent peut-être appendiculaire) de sorte que cette dénomination a perdu un peu de sa signification primitive. A ce propos Tuffier, Segond, Hartmann ont signalé les difficultés du diagnostic de la sigmoïdite avec le cancer. Toutefois se baser, ainsi que ce dernier l'a proposé, sur la constatation de phénomènes inflammatoires locaux pour éliminer le cancer, n'est pas chose admissible pour qui connaît les perforations cancéreuses. Le diagnostic doit par conséquent s'appuyer sur autre chose, sur les symptômes fonctionnels, particulièrement sur les hémorragies, et sur les signes physiques, tumeur bosselée en cas de cancer, tumeur de forme boudinée en cas d'inflammation simple.

Parmi les causes les mieux démontrées de la périsigmoïdite, il faut enfin mentionner l'appendicite. Supposez que l'appendice soit anormalement situé dans la fossette sigmoïde, ne voyez-vous pas que l'abcès en se développant se coiffera de l'S iliaque et de son méso, de sorte qu'il paraîtra vraiment rétrosigmoïde et, s'il vient à se vider dans l'intestin, rien ne pourra le distinguer de l'affection décrite par Mayor. Seule l'opération pratiquée à froid pourra montrer la véritable cause de la maladie. Sur un enfant que m'avait adressé à l'hôpital Trousseau mon collègue M. Netter, j'ai pu dans un premier temps ouvrir la collection iliaque gauche au moyen d'une incision latérale combinée à une contre-ouverture rectale. Six mois plus tard j'ai pu à froid enlever l'appendice.

Abcès d'origine osseuse et articulaire. — Ces abcès

sont de beaucoup les plus rares. Naturellement je n'ai en vue ici que les suppurations chaudes ; sans cela les abcès froids d'origine pottique viendraient en première ligne.

Du côté des os, l'os iliaque, le pubis peuvent donner lieu à des abcès ostéomyélitiques. Je n'ai observé qu'une seule ostéomyélitique suppurée de l'os iliaque ; elle donnait bien plus l'impression d'une collection de la fosse iliaque externe que celle d'un plegmon de la paroi abdominale ou d'une psoïte. Il y avait pourtant aussi une collection dans la fosse iliaque interne. L'incision fut faite au-dessous de la crète iliaque et la collection iliaque interne fut ouverte dans la plaie après trépanation de l'aileron de l'os iliaque.

L'ostéomyélite des corps vertébraux à la région lombaire peut donner lieu à une psoïte double, de pronostic très grave. L'arthrite coxo-fémorale et l'arthrite sacro-iliaque peuvent également donner lieu à des collections iliaques. Je l'ai déjà dit à propos de la psoïte.

Diagnostic différentiel. — En présence d'une tuméfaction iliaque accompagnée de douleurs et de fièvre, le diagnostic de suppuration s'impose. Mais il n'en est pas ainsi, lorsque la douleur est très vague et quand la fièvre manque. On peut songer à un sarcome, ainsi que le fait m'est arrivé dans un cas auquel j'ai fait allusion tout à l'heure. L'hésitation disparut naturellement le jour où je constatai la fluctuation nette.

En présence d'un phlegmon iliaque survenant en dehors de la puerpéralité il faut songer d'abord à l'origine ganglionnaire qui est, je crois, la plus fréquente. Jeune âge du sujet, porte d'entrée au niveau de la peau du tronc, du périnée ou du membre supérieur mettront sur la voie du diagnostic qui sera contre-signé par une légère adénopathie inguino-crurale.

Par ordre de fréquence ensuite on pensera au phlegmon d'origine intestinale. Et tout d'abord ne s'agit-il point d'un cancer? Fouillez le passé du malade, recherchez les hémorragies intestinales si souvent attribuées par insuffisance d'examen à des hémorrhoïdes. Recherchez les troubles intestinaux, diarrhée ou constipation, faux besoins, évacuation de sanie ou de glaires sanguinolentes.

Si vous ne trouvez rien de cela pensez à un corps étranger, pensez à la sigmoïdite simple, surtout si la tuméfaction a la forme d'un boudin allongé dans la direction de l'intestin, si ce boudin n'est ni bosselé ni d'une dureté ligneuse. Sachez enfin que dans bien des cas, lorsque l'abcès avorte ou s'ouvre dans l'intestin, c'est la disparition de la tumeur et la constatation de cette disparition au bout d'un temps assez long qui seule vous permettra d'éliminer toute idée de cancer et de penser à une sigmoïdite. En dernier lieu enfin si le sujet n'a pas dépassé vingt ans songez à l'ostéomyélite, en vous rappelant qu'elle est rare et recherchez-en les signes.

CHANCRE MOU ET SON ADÉNOPATHIE

Rulte préconise l'emploi de lavages chauds avec une solution de permanganate de potasse au millième. A la place d'iodoforme, employer le perhydrol de zinc.

Sur l'adénopathie satellite (bubon), Finger conseille l'application du topique suivant :

Goudron de hêtre	10 grammes
Sulfate de chaux.	50 —

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1910)

M. le Secrétaire annuel, après avoir donné lecture du rapport sur les prix, fait un court éloge de chacun des membres qui ont succombé dans l'année, Malassez, Grehant, Farabeuf, Raymond et Lancereaux.

M. le Président prononce, à son tour, l'éloge de Brissaud. Il fait connaître ensuite les noms des lauréats de l'Académie, puis il donne la parole à M. Thoinot pour prononcer l'éloge de Brouardel.

« Il n'est pas, dit celui-ci, de plus grande joie pour un élève que de louer le maître qu'il a aimé et de dire publiquement son admiration pour lui. »

Brouardel se destinait à l'école polytechnique et c'est poussé par son ami Milne-Edwards qu'il étudia la médecine. Il fit à la salle de garde la connaissance de Marey qui resta son ami et qui eut, sur lui, une très heureuse influence. Brouardel apprit de lui à ne se payer ni d'à peu près, ni de mots, ni de théories.

Nommé premier au concours de l'internat en 1859, il était, en 1869, agrégé et médecin des hôpitaux. En 1870, il dirige une ambulance de mobiles infectés de variole, mais c'est surtout pendant la Commune qu'il joua un rôle important; seul à l'Hôtel-Dieu où il fut à la fois médecin, chirurgien et directeur, il parvint avec l'aide des internes en médecine et en pharmacie à éteindre un commencement d'incendie qui avait été provoqué à Notre-Dame par les fédérés. En même temps il mettait les malades de l'Hôtel-Dieu à l'abri de la propagation possible des flammes. Pour sa belle conduite, il fut décoré par Larrey au titre militaire.

M. Thoinot, suivant pas à pas la belle carrière de son maître, nous le montre succédant à Tardieu dans la chaire de médecine légale. Dès lors il s'adonnera tout entier à la médecine légale, à l'hygiène et à la médecine publique.

Avec Brouardel l'enseignement médico-légal de la Faculté entre dans une voie nouvelle et prend toute son ampleur. Il institua aussi l'enseignement pratique à la Morgue, enseignement qui eut un grand succès. Par son propre exemple, il a bien spécifié le rôle de médecin expert devant la justice.

Brouardel fut aussi un grand hygiéniste. Cette vocation d'hygiéniste, il la doit à Pasteur dont il fut l'un des premiers défenseurs à l'Académie de médecine.

M. Thoinot insiste sur le rôle considérable qu'a joué Brouardel dans la question de l'origine hydrique de la fièvre typhoïde, surtout comme membre puis président du Comité consultatif d'hygiène. Il a également démontré la diffusion du choléra par l'eau potable. C'est en grande partie à l'influence de Brouardel qu'on doit la loi sanitaire de 1902. Enfin sa dernière campagne prophylactique fut dirigée contre la tuberculose. Grande aussi fut son autorité dans l'hygiène internationale.

Arrivé, par le fait même de sa réelle valeur et des éminents services qu'il a rendus, aux plus grands honneurs que puisse envier un médecin, Brouardel travailla jusqu'à ses derniers jours; il ne se fit aucune illusion sur le mal qui devait l'emporter et succomba le 23 juillet 1906, entouré de ses élèves et de ses amis.

« Si l'amour des élèves, dit en terminant M. Thoinot, donnait la mesure de la grandeur du maître, on pourrait dire que nul ne fut plus grand que Brouardel, car nul n'a été plus aimé. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1910

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Physiologie et pathologie de l'hypophyse*. — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Thaon, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs Jacques Parisot, chef de clinique et Maurice Lucien, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Le

prix est décerné à M. Gabriel Petit, professeur d'anatomie pathologique à l'école vétérinaire d'Alfort.

PRIX AMUSSAT (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Etienne Verhaeghe, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille. Une mention est accordée à M. le docteur Bergasse, médecin-major de première classe, salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes.

PRIX APOSTOLI (600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Thomas Nogier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Bonnefoy (de Cannes).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24 000 francs de rente). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : un encouragement de 1 000 francs à MM. les docteurs Xavier Delore, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et André Chalier, prosecteur à la Faculté de médecine de la même ville ; un encouragement de 500 francs à M. le docteur Jules Lemaire (de Paris).

PRIX BAILLARGER (2 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Gabriel Doutrebente, administrateur de l'hôpital général de Tours. Elle accorde en outre une mention très honorable à M. le docteur A. Rodiet, médecin en chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

PRIX BARBIER (2 000 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Marie, médecin-chef des asiles de la Seine, asile de Villejuif; M. le docteur E. Sacquépée, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

PRIX BOGGIO (4 300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Rappin, professeur à l'école de médecine de Nantes.

PRIX CHARLES BOULLARD (1 200 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs P. Sérieux et J. Capgras, médecins des asiles d'aliénés de la Seine.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1 200 francs). — Le prix est décerné à MM. Albert Frouin et Terroine, licenciés ès sciences, préparateurs à l'Ecole des hautes études au collège de France. Des mentions très honorables sont accordées à M. le docteur H. Busquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy ; M. le docteur Ch. Livon, directeur de l'école de médecine de Marseille ; M. le docteur Marcel Nathan (de Paris); M. le docteur Léon Plumier (de Liége).

PRIX HENRI BUIGNET (1 500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur L.-C. Maillard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs H. Labbé, chef de laboratoire et G. Vitry, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX ADRIEN BUISSON (10 500 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs de Beurmann et Gougerot (de Paris).

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS (2 300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur M. Jungano, agrégé à l'Université de Naples.

PRIX CAPURON (1 000 francs). — Question : *Influence de l'hérédo-syphilis sur la genèse des anomalies et des monstruosités fœtales.* — L'Académie décerne un prix de 600 francs à MM. les docteurs Victor Cathala et Michel Le Serrec de Kervily (de Paris) ; un prix de 400 francs à MM. les docteurs P. Rudaux et V. Le Lorier (de Paris).

PRIX CHEVILLON (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Joseph Thomas (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Antoine Contamin (de Lyon).

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des signes fournis au diagnostic des maladies mentales par l'examen du liquide céphalo-rachidien.* Le prix est décerné à MM. les docteurs A. Marie, médecin en chef, et Beaussart, interne des asiles de la Seine. Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, et Henri Paillard, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX CLARENS (400 francs.) — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Etienne Ginestous, médecin oculiste à Bordeaux. Elle accorde en outre une mention très honorable à MM. Frois, ingénieur civil des mines, inspecteur du travail à Paris, et Sartory, docteur ès sciences, secrétaire de la commission d'hygiène au ministère du travail; une mention honorable à M. le docteur J. Jarricot (de Lyon).

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.* Pas de mémoire présenté.

PRIX DESPORTES (1 300 francs). — L'Académie décerne un prix de 700 francs à M. le docteur C. Fleig, chef de laboratoire à la Faculté de Montpellier ; un prix de 300 francs à MM. les docteurs Rochard, chirurgien des hôpitaux, et Paul de Champtassin (de Paris); un prix de 300 francs à M. le docteur Marcel Labbé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Arthur Delille (d'Epinal).

PRIX FALRET (700 francs). — Question : *Traumatismes cérébraux et troubles intellectuels au point de vue clinique et médico-légal.* — Le prix est décerné à M. le docteur Raoul Benon, interne de la clinique des maladies mentales et de l'encépale.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé, en 1910, à MM. les stagiaires : une récompense de 500 francs à M. Feuillié, avec le titre de lauréat, pour son rapport de mission au nord de l'Italie ; une récompense de 500 francs à M. Parturier pour son rapport de mission à Vittel et Wildungen, et une somme de 1 500 francs pour sa mission à Lons-le-Saunier et Montecatini ; une récompense de 500 francs à M. Glénard, pour son rapport de mission en Algérie, et une somme de 1 500 francs, pour sa mission à Carlsbad ; une somme de 1 500 francs à M. Paillard, pour sa mission à Bourbon-l'Archambault et Wiesbaden.

PRIX ERNEST GODARD (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Marcel Brulé (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Noël Fiessinger (de Paris); René Gaultier (de Paris); Léon Giroux (de Paris); Emile Feuillié (de Paris); Georges Boyé (de Vincennes).

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1 328 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Camille Lian (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN [de Genève] (3 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Félix Rose (de Paris).

PRIX HERPIN [de Metz] (1 200 francs). — Question : *Traitement abortif, soit à leur début, soit dans la période d'incubation, des maladies causées par les trypanosomes.* — Pas de mémoire présenté.

PRIX HUGUIER (3 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Salva Mercadé (de Paris).

PRIX JACQUEMIER (1 700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur André Boquel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Paul Bouquet, directeur du cours départemental d'accouchement, médecin de la Maternité de Brest.

PRIX LABORIE (5 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. Dominici (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs François Bassères et Napoléon Coste, médecins-majors de première classe, à Perpignan. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs E. Jeanselme, professeur agrégé, et A. Barbé, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris; Albert Pégurier, médecin-chef du dispensaire antituberculeux de Nice.

PRIX LAVAL (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Bergeron (Albert), interne des hôpitaux, étudiant en médecine à la Faculté de Paris.

PRIX HENRI LORQUET (300 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur M. Mignard (de Paris).

PRIX LOUIS (3 000 francs). — Question : *Des méthodes hémostatiques internes.* — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs P.-Emile Weil, F. Lévy (de Paris) et G. Boyé (de Vincennes).

PRIX MAGITOT (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Cruet (de Paris). Elle accorde des mentions honorable à MM. les docteurs Oscar Amoëdo, professeur à l'école odontotechnique de Paris ; L. Dieulafé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse ; A. Herpin et Louis Morel (de Paris).

PRIX MÈGE (900 francs). — Question : *De l'insuffisance thyroïdienne, moins le myxœdème.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Léopold Lévi et Henri de Rothschild (de Paris).

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Louis Baldenweck (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1 500 francs). — L'Académie décerne : Un prix de 1 000 francs à M. Cazelbou, vétérinaire en premier au 10e régiment d'artillerie, à Rennes; un prix de 500 francs à M. le docteur Joyeux, médecin de l'assistance indigène du cercle de Kankan (Guinée française).

Prix Nativelle (300 francs). — Le prix est décerné à MM. Emile Perrot, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et Ernest Fourneau, docteur ès sciences, à Paris.

Prix Orfila (6 000 francs). — Question : *De l'épuration des eaux usées des villes et des eaux résiduaires des usines.* Le prix est décerné à MM. E. Rolants, E. Boullanger, L. Massol, chefs de laboratoire, et F. Constant, préparateur à l'Institut Pasteur de Lille. Une mention honorable est accordée à MM. A. Hébert, F. Heim, Sartory et Schœffer (de Paris).

Prix Oulmont (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Roux (Jean-Louis), interne en chirurgie des hôpitaux, étudiant de la Faculté de médecine de Paris.

Prix Perron (3 800 francs). — L'Académie partage le prix entre : M. Albert Frouin (de Paris); MM. les docteurs Genaro Sisto, professeur agrégé de pédiatrie à la Faculté de médecine de Buenos-Aires; Noël Fiessinger (de Paris), et P.-L. Marie, interne des hôpitaux de Paris. Elle accorde des mentions très honorables à MM. les docteurs Abel Gy (de Paris); Emile Géraudel, chef de laboratoire à l'hôpital de la Pitié, Paris; G. Faroy (de Paris).

Prix Portal (600 francs). — Question : *Recherches expérimentales sur le cancer.* — Le prix est décerné à M. le docteur J. Thomas (de Paris).

Prix Saint-Lager (1 500 francs). — Pas de mémoire présenté.

Prix Saintour (4 400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Gabriel Petit, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

Prix Tarnier (4 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur André Delmer, chef des travaux de pathologie et d'obstétrique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, vétérinaire attaché à l'Institut supérieur de vaccine. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Albert Dejouany, médecin-major de deuxième classe à la direction d'artillerie de Vincennes.

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie partage le prix entre : M. Olivier Ferrier, docteur en pharmacie, à Vitré; M. le docteur P. Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à M. Marcel Bernard, secrétaire général du département de Seine-et-Marne; MM. le docteur Imbeaux, le commandant Hoc, Devos, Bétant, Peter, Klein, ingénieurs, et Van Lint, inspecteur.

(Nous publierons dans notre prochain numéro les récompenses pour les services des épidémies, de la vaccine et de l'hygiène de l'enfance.)

Conditions communes a tous les concours. — Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, avant le 1er mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions, ou des compléments, ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

Prix pour lesquels l'anonymat est obligatoire. — Académie, Alvarenga, Capuron, Civrieux, Daudet, Falret, Herpin (de Metz), Lefèvre, Louis, Mège, Orfila, Portal et Pourat.

Pour ces prix, les travaux doivent être manuscrits, entièrement inédits, paginés, suivis d'une table et brochés.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur. Tout concurrent à l'un des prix ci-dessus qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Prix pour lesquels l'anonymat est facultatif. — Amussat, Apostoli, Argenteuil, Argut, Audiffred, Baillarger, Barbier, L. Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Pierre Guzman, Théodore Herpin (de Genève), comte Hugo, Huguier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Clotilde Liard, Henri Lorquet, Magitot, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Rebouleau, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois.

Pour ces prix, l'anonymat étant facultatif, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix n'acceptant que des travaux imprimés. — Marie Chevallier, Itard, Jacquemier, Potain, Ricord et Roger.

Les prix Gerdy, Laval, Oulmont et du XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, sont l'objet de conditions particulières.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus. Après la proclamation des prix, les auteurs des manuscrits auront la faculté d'en faire prendre copie dans les bureaux et à leurs frais, avec l'autorisation du Conseil.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1911

(Les concours seront clos fin février 1911. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'influence des inflammations antérieures sur le développement du cancer.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix du marquis d'Argenteuil. — 6 800 fr., *p. i.* (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre, mais dans ce cas seulement, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Argut. — 650 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur de découvertes tendant à agrandir la conquête de la médecine sur le domaine de la chirurgie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24 000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix du baron Barbier. — 2 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. — 1 200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie de l'éclampsie gravidique.*

Prix Chevillon. — 1 500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *La démence organique.*

PRIX CLARENS. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des épithéliomas envisagés uniquement dans les rapports pouvant exister entre leur apparition, leur développement et l'acte de fumer du tabac.*

PRIX DESPORTES. — 1 300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5 500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1911. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1912. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1911, pathologie externe.

PRIX PIERRE GUZMAN. — Un titre de rente de 1 328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX DU COMTE HUGO. — 1 000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LABORIE. — 5 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

PRIX LAVAL. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE. — 1 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX MONBINNE. — 1 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de l'appendicite.*

PRIX REBOULEAU. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de l'asthme.

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

PRIX TARNIER. — 5 250 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1912

(Les Concours seront clos fin février 1912.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Argut, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Lorquet, Monbinne, Nativelle et Vernois, voir ci-dessus, les prix proposés pour 1911).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pathogénie des affections parasitaires (non microbiennes) du foie chez l'homme.*

PRIX AMUSSAT. — 1 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX BAILLARGER. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1 200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2 300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Étude des eaux minérales d'une ou plusieurs colonies françaises.*

PRIX MARIE CHEVALLIER. — 6 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des différentes variétés de sciatique.*

PRIX DU XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE PARIS DE 1900. — 3 400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Étude expérimentale de l'étiologie du cancer chez les animaux.*

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, même page.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1912. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1913. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, même page.)

PRIX ITARD. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX CLOTILDE LIARD. — 3 600 fr., *p. i.* (Triennal). — Ce prix sera décerné au savant ayant apporté le plus de perfectionnement dans le traitement de la diphtérie.

PRIX MAGITOT. — 1 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de

stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique. — Au cas où le prix ne serait pas décerné, il serait ajouté deux ans plus tard à l'autre somme qui s'élèverait ainsi à 2000 francs et ainsi de suite.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

Prix Orfila. — 2000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *La toxicité des sérums sanguins; causes de cette toxicité; moyens d'y remédier en vue de leur emploi thérapeutique.*

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix du baron Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du thymus.*

Prix Potain. — 2400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru dans chaque période triennale.

Prix Saint-Lager. — 1500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saintour. — 4400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Tarnier. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1913

(Les Concours seront clos fin février 1913.)

(Pour les prix Argut, Alvarenga, Apostoli, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Lorquet, Monbinne, Nativelle, Ricord et Vernois, voir, ci-dessus, les prix proposés pour 1911 et 1912.)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pancréatites : étude clinique et expérimentale.*

Prix Louis Boggio. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *De l'opothérapie ovarienne.*

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile.*

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.*

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie* (*conséquences thérapeutiques*).

Concours Vulfranc-Gerdy. — (Voir plus haut, p. 1966.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1913. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1914. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 1966.)

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Jules Lefort. — 300 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (*étude chimique des eaux minérales et potables*). — L'Académie aura la plus grande latitude pour décerner cette récompense et sera seule juge de son attribution. — Ce prix ne pourra être divisé : si, dans une période, aucun travail n'était jugé digne du prix, la somme de 300 francs serait reportée sur la période suivante, ce qui en doublerait la valeur; mais, dans ce cas, l'Académie pourrait, sur la proposition de la Commission du prix, diviser le montant de la somme, même en fractions inégales, de façon à distribuer deux prix.

Prix Louis. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Valeur thérapeutique du radium et indications actuelles de son emploi.*

Prix Mège. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des glycosuries toxiques.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Anna Morin. — 2000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

Prix Oulmont. — 1000 fr., *p. i.* — Ce prix sera [illegible] à l'élève en médecine qui aura obtenu le [illegible] (médaille d'or) au concours annuel du prix [illegible] (médecine).

Prix Portal. — [illegible] fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de la glande pinéale.*

Prix Henri Roger. — 2500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. — Pour ce prix, il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature; seront exclus du concours les ouvrages des médecins étrangers et les traductions. Dans le cas où il n'y aurait pas eu lieu de le décerner, la somme de 2500 francs serait reportée à la fin de la période suivante de cinq années, afin de constituer soit un prix unique de 5000 francs, soit deux prix d'une valeur inégale.

Prix Tarnier. — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

Prix Tremblay. — 7200 fr, *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix doit être décerné à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que le catarrhe de la vessie, affection de la prostate; plus particulièrement ces deux cas. — Si le prix n'était pas donné, l'Académie pourrait le remettre à la période suivante, ce qui en doublerait la valeur.

PRATIQUE MÉDICALE

LA THYRATOXINE

Par M. Pierre Byla.

Dans toute une série de travaux antérieurs nous avons montré, basés sur divers travaux scientifiques, que la thyroïde normale contient des substances toxiques, que c'est uniquement à la présence de ces substances toxiques qu'étaient dus les phénomènes d'intolérance et les accidents qu'on observait quelquefois à la suite du traitement par la thyroïde.

Or, toute une série de nouveaux travaux confirment pleinement ce que nous avons dit.

Dans la séance du 21 mai de cette année, le professeur Gley a présenté à la Société de biologie des animaux chez lesquels la thyroïdectomie avait été suivie d'exophtalmie. L'éminent savant se demandait s'il ne fallait pas admettre que chez les animaux, à la suite de la thyroïdectomie, il ne s'accumulait pas dans le sang une substance toxique quelconque.

Dans la séance du 12 novembre de cette même année, M. Iscovesco communiquait qu'il avait réussi à extraire de la thyroïde non seulement un lipoïde toxique cachectisant et convulsivant, mais aussi un autre lipoïde qui, injecté à des animaux, provoquait de l'exophtalmie.

Il concluait de ces travaux qu'il existait dans la thyroïde un lipoïde provoquant la tachycardie avec convulsions et de la cachexie et un autre qui est exophtalmisant.

Par conséquent, le goitre exophtalmique pourrait fort bien être une affection due à de l'hypothyroïdie.

En effet, tous les résultats mauvais obtenus dans le Basedow par les traitements thyroïdiens ne prouvent rien, parce que ces traitements ont été faits avec des thyroïdes ordinaires alors qu'il eût fallu faire ces recherches avec de la thyratoxine (thyroïde délipoïdée).

Mais la thyratoxine (thyroïde délipoïdée) a-t-elle conservé les propriétés biologiques de la thyroïde totale ?

A ce sujet Marbé (*C. R. de la Soc. biol.*, 1910, II, p. 387)

répond en montrant que les lipoïdes extraits des thyroïdes normales ont une influence inhibitrice sur la phagocytose et qu'au contraire à doses égales la thyratoxine augmente plus encore que la thyroïde ordinaire le pouvoir phagocytaire de l'organisme. Mlle Faggin (*C. R. Soc. biol.*, 1910, II, p. 428) confirme ces recherches en montrant que le pouvoir alexigène du sang est augmenté par la *thyratoxine*.

Il n'existe donc qu'une préparation scientifiquement réglée au point de vue de l'opothérapie thyroïdienne ; c'est la *thyratoxine*.

Éléments d'anatomie pathologique, par le docteur L. BÉRIEL, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. In-8 carré de 564 pages, avec 232 figures dessinées par l'auteur. — Prix cartonné : 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS CÉRÉBRALE

(*SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC*)

Il est exceptionnel de voir la syphilis cérébrale se manifester en clinique, sans avoir été précédée de symptômes PRODROMIQUES, tels que, céphalée, modifications de l'état cérébral, troubles de la santé générale.

PRODROMES. — *a.* **Céphalée** : cette céphalée, surtout nocturne, souvent localisée, avec des exacerbations suivies d'accalmies, s'accompagne le plus souvent d'*insomnie*, et se caractérise par la facilité avec laquelle elle cède au traitement spécifique.

b. Les troubles de l'état cérébral consistent en une simple lenteur des idées, une inaptitude aux travaux intellectuels, un état vertigineux, des fourmillements.

c. Les troubles de la santé générale consistent en perte de l'appétit, amaigrissement, abattement, véritable anémie d'origine cérébrale.

DÉBUT. — A côté des formes s'annonçant par des prodromes, il est des cas où la syphilis cérébrale a un début beaucoup plus brusque par des symptômes aigus, rappelant les inflammations aiguës des enveloppes de l'encéphale ; elle se présente alors, soit sous la forme d'excitation avec délire violent, soit sous la forme de dépression avec somnolence, ou coma véritable.

La forme avec dépression, étudiée par Heubner, s'accompagne le plus souvent de paralysies des nerfs moteurs de l'œil, quelquefois d'hémiplégie ; parfois elle aboutit au coma ; exceptionnellement ce coma est mortel, néanmoins après cette crise le malade conserve de l'obnubilation intellectuelle, ou des phénomènes paralytiques.

La forme avec symptômes d'excitation psychique se caractérise surtout par du délire violent, et des phénomènes ataxo-adynamiques.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Au cours de l'évolution de la syphilis cérébrale la diversité des types cliniques rencontrés s'accentue encore ; aussi est-il préférable de scinder en deux grands groupes l'étude de ces manifestations, suivant qu'elles relèvent d'*artérite syphilitique*, ou de *néoplasies spécifiques*, du cerveau et des méninges.

I. Forme artérielle de la syphilis cérébrale. — A cette forme appartiennent les diverses variétés bien connues d'hémiplégie et d'aphasie, les phénomènes transitoires d'ischémie cérébrale, liés à la thrombose, enfin le coma.

L'HÉMIPLÉGIE est précédée de céphalée, ou de phénomènes dits congestifs (vertiges, étourdissements, obnubilations passagères) : elle se constitue à la suite d'un ictus léger, ou bien se produit peu à peu, le malade assistant à l'installation de sa paralysie ; il s'agit d'une hémiplégie totale prédominant à la face ou dans un membre, susceptible chez les sujets jeunes de s'atténuer presque complètement, moins une certaine contracture, généralement persistante.

Parfois l'on observe une hémiplégie double, et dans certains cas les paralysies bilatérales de la face se dissipant, il en résulte une *paralysie glosso-labiée*, d'origine cérébrale, simulant par conséquent une *paralysie pseudobulbaire*.

L'APHASIE est un symptôme très commun ; elle s'associe en général à une hémiplégie droite et se présente sous la forme d'aphasie motrice, avec ou sans agraphie ; il peut s'agir parfois d'aphasies transitoires, curables, indépendantes de toute paralysie des membres, mais préludant souvent à des accidents très graves, apoplectiques (rupture d'anévrisme, hémorragie intracérébrale) ou plus lents, par oblitération des artères cérébrales.

II. Néoplasies syphilitiques encéphaloméningées. — *a.* SYPHILIS DE LA BASE. Ce qui domine dans cette forme ce sont les *paralysies des nerfs craniens* associées à certaines formes d'hémiplégie ; les plus fréquemment intéressés parmi ces nerfs sont les nerfs moteurs de l'œil.

Les PARALYSIES des nerfs moteurs de l'œil, spécialement du *moteur oculaire commun* sont très fréquentes : il s'agit le plus souvent de *paralysies partielles* et incomplètes, avec participation de la musculature interne ; cette paralysie de la troisième paire est précédée de CÉPHALÉES violentes ; la paralysie est transitoire, cède rapidement au traitement spécifique ; elle peut se combiner à l'hémiplégie, réalisant alors parfois le *syndrome de Weber*, ou peut coexister avec d'autres paralysies oculaires.

La *paralysie faciale* s'observe assez fréquemment : il s'agit de paralysie périphérique, s'accompagnant souvent d'atrophie, d'abolition des réactions électriques, de réaction de dégénérescence ; dans le domaine du trijumeau, on observe de l'anesthésie d'une moitié du visage, des fourmillements, etc. ; parmi les troubles de la vision, il faut signaler, la diminution de l'acuité visuelle, l'amblyopie, la cécité même ; (à retenir surtout l'*hémianopsie temporale* et l'hémianopsie homonyme).

Si les néoformations gommeuses ou diffuses intéressent le pédoncule, on aura la paralysie *alterne de Weber*, se développant souvent au cours de crises épileptiformes ; si elles intéressent la région bulboprotubérantielle, l'on pourra observer l'hémiplégie *alterne de Gübler* ; si c'est la protubérance qui est lésée, l'on aura la *paralysie glosso-labiée*.

b. SYPHILIS DE LA CONVEXITÉ. Lorsque le processus se localise au niveau de la convexité, ce qui domine alors, ce sont les crises épileptiques, les troubles psychiques, et les paralysies corticales de la face et des membres.

L'ÉPILEPSIE SYPHILITIQUE partielle ou généralisée présente une marche progressivement accélérée, et non la marche avec retour périodique des accès de l'épilepsie commune ; d'autre part elle n'existe que peu longtemps à l'état de symptôme isolé, et elle s'associe rapidement à des paralysies corticales, à des troubles psychiques variés ; enfin elle se complique souvent de troubles oculaires ; dans tous ces cas l'examen du *fond de l'œil* donne d'utiles renseignements.

L'ALIÉNATION MENTALE, d'origine syphilitique, est parfaitement admise par tous les auteurs ; la déchéance intellectuelle est le premier symptôme en date (perte de la mémoire des faits récents, troubles de l'affectivité, etc.) ; ces troubles peuvent évoluer, soit vers la stupeur complète, soit vers la démence, et dans ce cas, le tableau clinique se rapproche de celui de la paralysie générale. Il peut s'agir de troubles vésaniques ; le délire peut se présenter suivant plusieurs types : 1° excitation maniaque simple (analogue à un accès de délire alcoolique) ; 2° excitation maniaque avec idées délirantes ; état dépressif avec mélancolie, fréquence des hallucinations, affaiblissement précoce et rapide de l'intelligence ; dans tous ces cas les renseignements fournis par l'examen papillaire sont du plus haut intérêt.

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE. — Sous ce terme on désigne des types cliniques où les troubles mentaux sont associés à des paralysies motrices, à de l'embarras de la parole ; mais en réalité dans la paralysie générale, ce que l'on observe, ce n'est pas du délire, mais une déchéance graduelle de l'intelligence ; néanmoins cette déchéance peut également se rencontrer dans la syphilis cérébrale ; par contre, dans la para-

lysie générale, l'on n'observe ni la céphalée violente, typique, ni les crises d'épilepsie aussi fréquentes; quant aux paralysies, elles sont très précoces et très circonscrites; l'embarras de la parole y est plus caractéristique et s'accompagne d'un tremblement fibrillaire très marqué.

Les paralysies motrices se développent lentement à la suite d'un accès d'épilepsie, elles sont partielles, ce sont des monoplégies, souvent de simples parésies; les troubles de la parole sont assez fréquents, mais il s'agit plutôt d'anarthrie, que d'aphasie vraie.

Évolution. — Ce qui est à retenir, c'est l'heureuse influence dans ces formes, épileptiques, mentales, paralytiques, du traitement spécifique, même dans les cas les plus désespérés; si [illegible]ment intervient trop tard, la guérison peut être incomplète, ou faire [illegible]. Il faut se rappeler les rémissions longues, avec retour des accidents, [illegible] enfin la mort peut arriver au milieu d'accidents cérébraux, ou comme conséquence de la déchéance progressive.

Chez l'enfant, on peut distinguer, cliniquement, des accidents *précoces* (convulsions, paralysies oculaires, hémiplégie) ou *tardifs* (déchéance intellectuelle, arriération mentale). Il existe enfin une *hérédo-syphilis cérébrale tardive*, qui rappelle exactement toutes les formes de l'adulte. Quant à la *paralysie générale infantile*, elle fait partie du groupe des affections parasyphilitiques et son étude n'a pas à être envisagée ici.

Diagnostic. — Le diagnostic *positif* se basera sur l'importance de la période prodromique, sur l'existence de paralysies des nerfs craniens, spécialement des nerfs moteurs de l'œil, sur l'existence de crises épileptiques, de monoplégies, sur l'évolution par épisodes, par poussées, sur l'heureux effet du traitement spécifique.

Il faut ajouter à ces symptômes la connaissance des notions *étiologiques* (la syphilis cérébrale est surtout fréquente dans les trois premières années qui suivent la contamination, surtout en cas de syphilis mal soignée), certaines prédispositions, l'*âge du sujet*, enfin les renseignements fournis par l'examen du fond d'œil, la ponction lombaire, la réaction de Wassermann.

Signalons l'ignorance réelle dans laquelle est fréquemment le sujet, au sujet d'une syphilis antérieure, soit qu'elle ait été méconnue, soit qu'il s'agisse de la forme, assez rare d'ailleurs, de syphilis héréditaire tardive.

Le diagnostic *différentiel* devra être établi, avec chacune des manifestations cliniques successivement envisagées (hémiplégie, aphasie, surtout épilepsie); il devra se faire également avec certaines manifestations neurasthéniques, etc.

Enfin le diagnostic devra se compléter par un essai de localisation, et de précision sur la nature de la lésion (artérite, méningite, gomme).

En résumé chez un sujet jeune, nullement cardiaque, l'apparition d'une hémiplégie doit toujours faire songer à la syphilis; il en est de même, lors de l'apparition de crises épileptiques à un âge avancé, alors que le sujet n'a jamais eu de crises jusque-là.

Bibliographie : Lamy. *Traité de médecine.* — Hutinel. *Traité des maladies des enfants*, t. V. — *Gaz. des hôp.*, Revue générale par Ingelrans, 1904, nos 58 et 60.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 144. — SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1910. — N° 144.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations. — M. Sicard passe à Ivry; M. Papillon, à Sainte-Périne; M. de Massary, à Andral; M. Griffon, à Debrousse.

— Concours de l'internat.— *Anatomie.* — Séance du 14 décembre : MM. Guelfucci, 11; Lesage, 4; Réchad, 5; Mercier, 10; Charrier, 7; Guillemet (Marcel), 7; Huc (Georges), 9; Mlle Delage, 9; MM. Collet et Bruel, 10.

Les candidats excusés seront appelés dans l'ordre suivant : MM. Boncompain, Duval, Debray, Pottecher, Deville, Miégeville, Portret, Photiadès, Jamin, Trifaud.

La séance de lundi 19 décembre aura lieu à l'hôpital de la Charité.

La première séance d'oral aura lieu mercredi 21 décembre, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

Pathologie. — Séance du 14 décembre : MM. Colleville, 9; Girard, 13; Lecer[illegible], 5; Dubois (Robert), 12; Berthod, 8; Barthélemy, 11; Fitte, 8; Krebs, Lépine et Caux, 10; Plaisant (Eugène), 13.

— Concours du prosectorat. — *Oral. Pathologie externe.* — Séance du 15 décembre : « Rupture traumatique de l'urètre chez l'homme. »

MM. Toupet, 18; Rouhier, 17; Roux, 20; Basset, 19.

Prochaine séance, samedi 17 décembre, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Montpellier. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Roume, Sappey, Bonnet (Jean), Boudot, Bouffier, Hoareau, Pech, Evesque, Vinon, Blouquier, Roux, Diffre, Duntze et Giraud.

Externes provisoires : MM. Chausse, Néollier, Delon, Bonnet (Paul), Cazejust et Foxonnet.

— Saint-Etienne. — L'Administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir que le lundi 13 mars 1911, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de chirurgien suppléant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Landouzy, professeur de clinique médicale, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 16 décembre 1910.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1910-1911, chefs de travaux et de laboratoires :

I. *Travaux pratiques.* — Physiologie. — M. Garrelon, docteur en médecine, chef-adjoint (en remplacement de M. J. Camus, appelé à d'autres fonctions).

II. *Laboratoires de recherches et d'enseignement.* — Clinique médicale (Hôtel-Dieu). — MM. Deval, pharmacien de première classe, chef du laboratoire de chimie (en remplacement de M. Nathan, dont les fonctions sont expirées); Villaret, docteur en médecine, chef du laboratoire d'anatomie pathologique (en remplacement de M. Sézary, dont les fonctions sont expirées).

Maladies des voies urinaires (Necker). — MM. Ambard, docteur en médecine, chef (section de chimie); Braun, docteur en médecine, chef (section d'histologie) [en remplacement de M. Guillaume, dout les fonctions sont expirées].

Clinique thérapeutique (Beaujon). — M. Bournigault, chef.

Physiologie. — M. Camus (Jean), agrégé, chef-adjoint (en remplacement de M. Busquet, appelé à d'autres fonctions).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Moreau, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1910-1911, d'un cours de matière médicale (chaire de M. Beauvisage, sénateur).

Un congé de trois mois, à partir du 25 novembre 1910, est accordé, sur sa demande, à M. Pierret, professeur de clinique des maladies mentales.

M. J. Lépine, agrégé, est chargé, en outre, du 23 novembre 1910 au 22 février 1911 (durée du congé accordé à M. Pierret), d'un cours de clinique des maladies mentales.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — M. Guitteau, chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, est chargé, en outre, du service de la suppléance des chaires de physique et de chimie pendant l'année scolaire 1910-1911.

— Marseille. — La préparation des candidats aux diplômes d'études coloniales sera faite à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille, soit du 1er janvier au 31 mars, soit du 1er avril au 30 juin 1911. Voici les programmes des cours :

M. Treille, professeur de clinique des maladies exotiques : Maladies des professions, maritimes et coloniales, maladies des marins, chauffeurs, mécaniciens, matelots de ponts, etc., dans les mers chaudes, et consécutives aux influences climatériques et aux milieux spéciaux des colonies. Maladies des résidents coloniaux, recherches cliniques sur le sang et les

humeurs dans les maladies tropicales parasitaires rapportées à Marseille.

M. Gauthier, chargé de cours de pathologie et bactériologie des maladies coloniales : Les maladies coloniales, technique microscopique, son application, diagnostic de ces maladies.

M. Jacob de Cordemoy, chargé de cours d'histoire naturelle coloniale : Les hématozoaires, leur biologie et leur rôle en pathologie exotique. Les mycoses.

M. Reynaud, chargé de cours d'hygiène coloniale et climatologie : Hygiène des pays chauds, épidémiologie des pays chauds.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Les récompenses suivantes sont accordées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique.

Témoignage spécial. — M. le docteur Duguet (de Paris), déjà titulaire de la médaille d'or.

Médaille d'or. — MM. les docteurs E. Roux, Laveran, Letulle, Thoinot (de Paris), Hellet (de Saint-Denis).

Médailles de vermeil. — M. le docteur Dubief (de Paris).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Daniel (Edouard), Demay (Léon) et Doury (Gabriel) [de Paris], Lafage (de Saint-Denis), Capdeville, Delangle, Thouvenel (de Sceaux), Feltz (de Saint-Denis), Aublé, Boudeau et Courgey (d'Ivry).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Calton, Cange, Dubrueil, Dufournier, Mathieu (de Paris), Marie, dentiste à Sées.

— INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — Une visite à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, 254, rue Saint-Jacques, aura lieu sous la direction de MM. les docteurs Charles Leroux et André Castex, dimanche prochain 18 décembre à dix heures précises.

Les médecins qui s'intéressent à la question de la surdimutité et à l'enseignement spécial des jeunes sourds-muets sont priés d'y assister.

MÉDECINS COLONIAUX. — Un concours pour huit postes de médecins de colonisation sera ouvert le 13 février prochain à Alger. Pour renseignements et demandes d'admission, s'adresser au gouvernement de l'Algérie.

GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE. — Le groupe médical du Parlement s'est reconstitué. Il a élu : président, M. Labbé, sénateur ; vice-présidents, MM. Lannelongue, sénateur, et Dubuisson, député ; secrétaires, MM. Pédebidou et Raymond, sénateurs ; Laurent et Lachaud, députés ; questeur, M. Devins, député.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 872 décès, au lieu de 984 pendant la semaine précédente et au lieu de 938, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire. On signale 3 cas de méningite cérébro-spinale.

PREMIER CONCERT DE L'ORCHESTRE MÉDICAL. — Sous la direction de l'éminent chef d'orchestre de l'Opéra, Henri Busser, les cent médecins qui composent l'Orchestre médical ont donné jeudi soir leur première audition.

Ce fut un grand succès pour nos confrères, pour le chef qui les conduisit à la victoire, et pour M. Richelot qui en fut l'organisateur.

Au programme :

1. *Symphonie en ré majeur* (n° 2)...... HAYDN.
   Adagio. Allegro. — Andante. — Menuetto. — Allegro Spiritoso.
2. a. *Rêverie* (scènes d'enfants)...... R. SCHUMANN.
   b. *Menuet*...... HÆNDEL.
   (Pour instruments à cordes.)
3. *Air du « Freyschütz »*...... C. M. DE WEBER.
   Mlle Alice DAUMAS (de l'Opéra).
4. *Andante* (pour orchestre)...... G. R. SIMIA (Richelot).
5. *Ballade en mi bémol*...... ZABEL.
   Pour harpe : LILY LASKINE (1er prix du Conservatoire.)
6. *Le roi s'amuse* (airs de danse)...... LÉO DELIBES.
   Gaillarde. — Pavane. — Scène du bouquet. — Lesquercade. — Passepied. — Final.
7. a. *L'eau qui court*...... Alexandre GEORGES.
   (Chanson de Miarka de J. RICHEPIN.)
   b. *Si tu le veux*...... C. KŒCHLIN.
   (Poésie de GREGH.)
   c. *Menuet d'Exaudet*, d. *Bergère légère*.. Chansons du XVIIIe siècle.... J. B. WECKERLIN.
   Mme R. VAUCAIRE. — Mlle Lily LASKINE.
8. *Passacaille*...... Ch. GOUNOD.
   Orchestré par M. H. BÜSSER.

L'orchestre médical donnera chaque année un certain nombre de réunions artistiques auxquelles seront particulièrement conviés les médecins et leurs familles.

Il prêtera naturellement son concours aux œuvres philanthropiques et aux œuvres d'assistance professionnelle.

Son second concert sera donné fin janvier au profit de la *Maison du médecin.*

Un grand nombre de nos confrères voudront certainement s'inscrire parmi les membres honoraires de l'*Orchestre médical.* La cotisation est de 20 francs par an et elle donne droit à deux places pour les auditions de la Société.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Basset (de Toulouse) et Michel Labrousse, sénateur, président du Conseil général de la Corrèze.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 43, 23 oct. 1910.) SABRAZÈS : Quelques particularités nouvelles à propos de deux observations de rhumatisme articulaire aigu avec déterminations pleurales. — E. LOUMEAU : Hypertrophie de la prostate et cellules vésicales calculeuses. — (N° 44, 30 oct.) SABRAZÈS : Quelques particularités nouvelles à propos de deux observations de rhumatisme articulaire aigu avec déterminations pleurales [3 fig.] (*fin*). — LEMAIRE : Hyposulfite de sodium et apomorphine dans les intoxications par la teinture d'iode. — (N° 45, 6 nov.) PETIT DE LA VILLÉON : Diagnostic chez le nourrisson de la luxation congénitale de la hanche (2 fig.). — M. TEULIÈRES : Glaucome chronique et sclérectomie simple. — (N° 46, 13 nov.) LAGRANGE : Leçon inaugurale de la chaire de clinique ophtalmologique. — Firmin CARLES et Ch. MONTALIER : A propos d'un cas d'anaphylaxie. — J. DUVERGEY : Etiologie curieuse et peu commune d'une appendicite. Refroidissement intense suivi immédiatement de la crise appendiculaire. — (N° 47, 20 nov.) LAGRANGE : Leçon inaugurale de la clinique ophtalmologique (*fin*). — (N° 48, 27 nov.) DARAIGNEZ : Grossesse extra-utérine. Evacuation partielle par le rectum. Laparotomie. Guérison.

Tribune médicale. — (N° 43, 22 oct. 1910.) R. BENARD : La cirrhose scarlatineuse existe-t-elle ? — (N° 44, 29 oct.) GILBERT et LEREBOULLET : Les relations du foie et de la rate dans les ictères acholuriques simples. — (N° 45, 5 nov.) PASTIA : Le pouvoir phagocytaire au point de vue du diagnostic et du pronostic de la fièvre typhoïde. — Paul THAON : Action des extraits d'hypophyse sur le rein. Remarques sur l'opothérapie hypophysaire. — (N° 46, 12 nov.) JEANSELME et TOURAINE : De la réaction de Wassermann dans la syphilis traitée par le 606. — PASTIA : Un nouveau signe de diagnostic de la scarlatine. — (N° 47, 19 nov.) Ch. LAUBRY et PARVU : Un cas de kyste hydatique du foie avec réaction de fixation négative. Nouvelles recherches sur les propriétés de l'antigène et la production des anticorps hydatiques. — (N° 48, 26 nov.) Félix BERNARD : Traitement hydro-minéral des affections de l'intestin.

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES NÉOPLASMES DU BASSINET
ET DE L'URETÈRE

Par MM. Jean FIOLLE,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille,
Chirurgien des hôpitaux,

et Paul FIOLLE,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Les tumeurs du bassinet et celles de l'uretère ont une évolution trop fréquemment parallèle pour qu'une distinction puisse être faite entre elles dans une étude d'ensemble. Trop rares sont les cas où un seul de ces deux organes est atteint par le processus néoplasique pour qu'il soit possible de les classer en deux chapitres spéciaux : et lorsque, d'ailleurs, la tumeur prend naissance sur un seul de ces deux organes, le plus souvent l'autre ne tarde pas à être envahi par la néoformation. Il n'est, bien entendu, question ici que des néoplasies primitives de cette portion de l'arbre urinaire : faire rentrer dans cette étude la description des propagations à l'uretère ou au bassinet de cancers voisins serait inutile. Quelle allure particulière imprime à l'évolution d'une tumeur du rein l'envahissement du bassinet? Nous ne pourrions décrire que des épiphénomènes sans intérêt. Les tumeurs primitives, au contraire, ont une constitution anatomique, une évolution clinique, un aspect bien particuliers et dont la description peut être plus profitable.

I

Historique. — Il y a peu de temps encore, les néoplasmes du bassinet et de l'uretère étaient considérés comme des raretés. Le diagnostic en était jugé presque impossible. Elles constituaient alors des trouvailles opératoires ou nécropsiques. Aussi leur histoire est-elle relativement récente. Albarran et Imbert citent dans leur *Traité des tumeurs du rein* deux cas où le diagnostic put être porté. Ce sont vraisemblablement là les premiers. Depuis, les procédés d'investigation étant devenus plus précis et plus nombreux, la connaissance de ces néoplasies est devenue sinon facile, du moins fréquente. Nous avons publié dernièrement un cas de papillome du bassinet où le diagnostic put être porté par notre maître, le professeur Escat (2), sans le secours du cathétérisme uretéral. De même que pour la symptomatologie, il semble que désormais l'étiologie et la pathogénie des propagations ait été fixée depuis les travaux de Pantaloni (3), de Shattock, Walsham, Moore et Wilks (4), de Meelsen (5), d'Oraison (6). Il semble aussi, toutefois, que certains points, tels que le traitement de l'uretère dans le cas de papillome limité au bassinet, ont été négligés dans les travaux parus et c'est là, croyons-nous, qu'il nous convient d'insister ici.

II

Etiologie. — Les tumeurs du bassinet et de l'uretère sont relativement assez rares. Mais cette rareté quoique réelle s'explique surtout par le fait que ces néoplasies sont souvent méconnues et que leurs caractères, leur évolution, se rapprochant sensiblement de celles d'autres affections urinaires, le diagnostic est rarement porté.

Sauf les cancers mésodermiques qui constituent l'exception dans la statistique de ces tumeurs et qui se rencontrent surtout chez les enfants, ces néoplasies sont des tumeurs d'adultes. C'est de trente à cinquante ans qu'on a le plus souvent l'occasion de les observer. Elles atteignent en même proportion les deux sexes. Les tumeurs limitées au bassinet sont relativement assez nombreuses, au contraire des néoformations uretérales, très rares. Richter (1), dans un travail récent, ne comptait que 10 observations parues de cancers uretéraux. Les tumeurs les plus fréquentes sont celles qui, à un moment de leur évolution, siègent au niveau de l'un et de l'autre de ces deux organes.

Causes prédisposantes. — Il semble que, dans presque tous les cas, la néoplasie est secondaire à un état pathologique préexistant. Il apparaît que c'est sous l'influence d'une irritation continue que se forment ces tumeurs. Les auteurs anglais et principalement Shattock, Walsham, Moore et Wilks ont admis comme cause principale prédisposante la lithiase et, de fait, l'étude des cas publiés montre la coexistence de calculs rénaux dans 15 p. 100 des observations. Meelsen et Jona ont invoqué la coexistence des néoformations pyéliques ou uretérales. Dans le cas que nous eûmes à observer, nous avons, en effet, pu constater la présence d'un rétrécissement à l'union de l'urètre et du bassinet. Tout porte à croire que la tumeur, là comme ailleurs, est secondaire et que l'irritation chronique est bien la cause initiale de la néoformation.

III

Anatomie pathologique. Pathogénie des propagations. — Les tumeurs de structure différente se propagent de façons également différentes. Les unes, les plus rares, sont mésodermiques, les autres épithéliales.

1° Tumeurs mésodermiques. — Elles sont histologiquement constituées par des sarcomes à cellules rondes ou fusiformes. Mais, le plus souvent, on constate dans la tumeur la présence de nombreuses fibres musculaires lisses donnant à la néoplasie le caractère de rhabdomyosarcome. Leur volume est souvent très gros. Elles constituent à peu près les seules tumeurs du bassinet ou de l'uretère pouvant,

(1) Reproduction interdite.
(2) Escat et Fiolle. *Marseille méd.*, 1910.
(3) Pantaloni. *Arch. prov. de chir.*, 1899.
(4) Shattock, Walsham, Moore et Wilks. *Brit. med. Journ.*, 1888.
(5) Meelsen. *Ingleis Beitr.*, 1888.
(6) Oraison. *Gaz. hebd des sc méd de Bordeaux*, 1905.

(1) Richter. *Zeits. f. Urol.*, mai 1909.

par leur propre masse, donner des sensations nettes par la palpation. Elles se développent tantôt dans la lumière du conduit et dans ce cas déterminent des lésions de rétention rénale chronique, tantôt, au contraire, elles évoluent vers l'extérieur, pouvant alors déterminer des compressions sur les organes voisins. Leurs propagations sont celles des sarcomes ordinaires, pouvant déterminer surtout des métastases éloignées sans envahissement ganglionnaire.

2° Epithéliomas. — Ils peuvent se présenter anatomiquement sous la forme de cancers à forme papillaire ou non papillaire. Dans les deux cas ils ont une évolution histologique bien souvent très différente de celle des papillaires que nous étudierons à part.

A. *Les tumeurs papillaires* présentent quelquefois un aspect spécial : ce n'est que par un examen soigneux qu'on peut quelquefois arriver à découvrir leur structure papillaire. Ce n'est qu'en immergeant un fragment de la tumeur que l'on voit flotter de petites franges et quelquefois même l'examen histologique seul permet de préciser leur nature. D'autres fois, au contraire, l'aspect macroscopique est exactement celui des papillomes.

L'examen histologique permet de déceler aussi de grandes différences dans leur constitution. Tandis que quelquefois, en effet, l'on a affaire à des épithéliomas cylindriques, d'autres fois, au contraire, ce sont des papillomes présentant en certains points des proliférations épithéliales. Certains auteurs, comme Albarran et Drew, ont pu même constater sur une même pièce la coexistence en deux endroits différents de papillome et d'épithélioma. Il semble donc que, si tantôt la néoformation a nettement dès le début le caractère d'épithéliomas, dans d'autres cas, il s'agit d'un papillome subissant une transformation maligne. On conçoit bien que de cette observation découlent des indications opératoires hâtives dans le cas de papillome, tumeur bénigne par elle-même. Le genre de propagation diffère évidemment dans les deux cas. Tandis que dans le premier on observe surtout l'envahissement ganglionnaire ou viscéral par voie lymphatique; dans le second, au contraire, c'est la propagation par greffe si spéciale au papillome et sur laquelle nous allons avoir à revenir, qui est de beaucoup la plus fréquente.

B. *Les tumeurs non papillaires* sont de véritables raretés. Constituées surtout par des carcinomes alvéolaires, des épithéliomas cylindriques ou plus rarement pavimenteux, elles se présentent macroscopiquement sous la forme de nodosités infiltrant les parois de l'organe.

La propagation par greffe n'existe ordinairement pas. Il s'agit surtout alors d'envahissement ganglionnaire, de métastases cancéreuses reproduisant au loin la néoplasie primitive.

3° Les papillomes que l'on rencontre dans plus de la moitié des cas ont une évolution essentiellement cavitaire. Naissant sur la face intérieure du bassinet ou de l'uretère, ils se développent dans leur lumière et se propagent, dans la presque totalité des cas, dans une cavité de volume très variable. Ils peuvent, comme dans un cas de Bazy (1), avoir la grosseur d'un haricot ou, au contraire, comme nous avons eu l'occasion de l'observer, se présenter sous la forme d'une grosse masse molle et villeuse. Ils ont ordinairement un aspect spécial et typique; constitués par de gros bourgeons de la grosseur moyenne d'un pois, ils arrivent à former des masses villeuses importantes.

Histologiquement, ils sont constitués de papilles de tissu conjonctif friable, ramifiés, recouverts comme d'un vernis par l'épithélium pyélique ou uretéral. Cet épithélium n'a pas partout la même épaisseur. Très dense en certains points, il constitue des adénopapillomes, siège ordinaire d'une prolifération épithéliomateuse secondaire. En d'autres endroits, il est au contraire très mince et très fragile. Sa desquamation mettant à nu la trame conjonctive sous-jacente où cheminent des vaisseaux délicats, il est facile de s'expliquer la fréquence et l'abondance des hématuries.

La propagation de ces tumeurs est bizarre et particulière. Elles ont évidemment tendance à s'accroître par leur périphérie. Mais leur principal mode d'envahissement se fait par greffe. On voit quelquefois un volumineux foyer de prolifération au niveau du bassinet et, plus bas, une touffe papillaire sur le méat vésical de l'uretère, touffe que rien ne relie à la tumeur primitive. C'est alors que la propagation a eu lieu par greffe. Des débris papillaires détachés de la tumeur sont entraînés par le cours de l'urine. Ils ont tendance à s'arrêter au niveau des rétrécissements pathologiques ou normaux de l'uretère. Là, ils s'implantent sur la paroi, s'y greffent et reproduisent la tumeur type. Lorsque le néoplasme est primitivement situé dans l'uretère inférieur, le fait contraire plus rare peut se produire. Une frange papillaire détachée peut par suite de la sténose uretérale remonter jusqu'au bassinet en rétention et y proliférer. On conçoit l'importance qu'ont ces notions au point de vue des indications thérapeutiques.

4° Autres organes. — *a.* Le *rein* quelquefois réduit comme dans notre observation à l'état d'une poche scléreuse peut aussi dans les cas récents, et les cas où la tumeur ne gêne pas le cours de l'urine, être en bon état fonctionnel. Quelquefois aussi il est le siège d'une prolifération secondaire. Lorsqu'il est en rétention, on trouve le plus souvent à l'ouverture du liquide hématique ou purulent.

b. La *vessie* est surtout atteinte dans le cas de papillome. Autour du méat uretéral correspondant se reproduit quelquefois une tumeur papillaire pédiculée.

c. Les *ganglions* sont surtout pris dans le cas d'épithélioma.

d. Les *autres organes*, tels que le foie, le poumon, etc., peuvent être le siège de métastases cancéreuses, épithéliomateuses ou sarcomateuses.

(1) Bazy. Papillome du bassinet du rein gauche, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1906.

IV

Symptomatologie. — Les néoplasies uretérales ou pyéliques présentent entre elles de grandes différences suivant la prédominance ou au contraire l'absence de tel ou tel symptôme, suivant leur évolution anatomique. Mais certains grands caractères généraux qu'elles présentent permettent une description analytique d'ensemble.

A. Les DOULEURS sont quelquefois le premier symptôme. Le malade ressent alors soit de simples pesanteurs de la région rénale, soit plus fréquemment des douleurs présentant les caractères cliniques de coliques néphrétiques. Elles peuvent aussi manquer absolument et il n'est pas rare de voir des malades arriver au terme de l'évolution de la maladie sans présenter à aucun moment des symptômes douloureux.

B. La TUMEUR, lorsqu'elle existe, n'est que rarement constituée par la néoplasie elle-même sauf dans les cas assez rares de néoplasie mésodermique. Lorsqu'on peut par la palpation la sentir, la masse est constituée par le rein en rétention. Il s'agit non du néoplasme lui-même mais de l'hématonéphrose ou de l'uronéphrose secondaire. Cette tuméfaction rénale peut manquer au début et même pendant tout le cours de l'affection. On conçoit très bien qu'une néoplasie pyélique petite ne gênant pas la circulation de l'urine, qu'une néoformation extracavitaire, ne déterminent pas de rétention rénale. Lorsqu'elle existe, son principal caractère qui est pour ainsi dire pathognomonique est d'être *intermittente*. Palpons un jour le flanc malade, nous y trouvons un rein volumineux aisément perceptible. Faisons le lendemain le même examen, nous ne parviendrons plus à trouver l'organe. C'est qu'il s'est vidé et complètement. En face d'une hématonéphrose intermittente portons notre attention du côté des tumeurs du bassinet et de l'uretère et, dans la plupart des cas, le diagnostic aiguillé dans cette direction se trouvera être le bon. La connaissance de ce signe est très importante car non seulement il est à peu près spécial à ces affections, mais encore il peut pendant longtemps en constituer l'unique symptôme.

C. Les HÉMATURIES peuvent aussi en l'absence de tout autre signe constituer à elles seules tout le tableau symptomatique. Le malade que nous avons eu à traiter perdait du sang depuis quatre ans et ce n'est qu'après cette longue période qu'il a été obligé d'interrompre de pénibles travaux. Elles manquent aussi quelquefois mais rarement. D'autres fois au contraire, elles peuvent menacer la vie du malade par leur abondance.

Leurs principaux caractères sont d'être : 1° *totales* ; 2° *douloureuses* quelquefois (caillots provoquant le syndrome colique néphrétique ; 3° quelquefois *intermittentes* ; 4° elles ne sont *pas soumises à l'influence du repos ou du mouvement.*

En somme elles présentent les caractères des hématuries survenant au cours de néoplasmes rénaux.

D. Les URINES sont sanglantes par périodes, comme nous l'avons vu.

On doit y rechercher par la centrifugation les débris tissulaires qu'elles peuvent tenir en suspension. Il est fréquent surtout dans le cas de papillome d'y trouver des débris de la tumeur dont l'étude histologique aide beaucoup au diagnostic.

E. Par LA CYSTOSCOPIE ET LE CATHÉTÉRISME DES URETÈRES on peut aussi quelquefois recueillir de précieux renseignements. Il n'est pas rare surtout lorsqu'il s'agit de papillomes de voir au niveau du méat uretéral de petites franges villeuses pendre dans la vessie. Elle sont agitées par chaque jet amené par les contractions péristaltiques uretérales. Il s'agit presque toujours alors d'une propagation par greffe suivant le mode spécial que nous avons indiqué plus haut.

Si nous mettons une sonde dans l'uretère, nous pouvons quelquefois en cas d'existence d'une tumeur de ce conduit en reconnaître le siège. La sonde est arrêtée à son niveau. On peut aussi alors vider quelquefois l'hématonéphrose. Le cathétérisme uretéral permet aussi de juger l'état fonctionnel des deux reins.

F. Les COMPRESSIONS VISCÉRALES sont très rares. Seules les tumeurs mésodermiques peuvent quelquefois au cours de leur évolution produire des accidents d'obstruction intestinale, de compression veineuse, etc.

V

Formes cliniques. Evolution. — Les néoplasmes se présentent sous deux formes cliniques principales suivant l'évolution intra ou extracavitaire de la tumeur.

1° Les TUMEURS EXTRACAVITAIRES sont les plus rares. Elles sont constituées par une partie des tumeurs d'origine mésodermique. Ce sont elles qui déterminent des accidents de compression abdominale. Elles n'ont plus les caractères de tumeurs urinaires (hématurie, hématonéphrose, etc.) Ce sont alors de véritables cancers abdominaux à évolution strictement abdominale. Elles ont une marche extrêmement rapide et tuent dans un laps de temps variant entre six mois à un an.

2° Les TUMEURS CAVITAIRES au contraire ne déterminent pas au cours de leur évolution de phénomènes de compression viscérale. Elles se présentent sous des formes cliniques spéciales suivant la prédominance des symptômes, douleur ou tumeur rénale ou hématurie. Leur évolution est évidemment variable. Tandis en effet qu'il n'est pas rare de voir dans le cas de papillome l'état général se maintenir bon pendant cinq et même dix ans, au contraire, s'il s'agit d'épithélioma, la mort est fatale dans un laps de temps de un à cinq ans environ. Les tumeurs mésodermiques ont une évolution plus rapide.

VI

Pronostic. — On voit bien que le pronostic est grave, sinon toujours fatal. Les épithéliomas et les

sarcomes sont presque toujours mortels quoi qu'on puisse faire. Quant aux papillomes nous verrons plus loin que c'est seulement par des opérations larges et précoces, qu'il est quelquefois possible d'enrayer leur marche.

VII

Diagnostic. — Plusieurs points d'interrogation se posent :

1° Y A-T-IL TUMEUR URÉTÉRALE OU PYÉLIQUE? — Le diagnostic de l'affection peut être extrêmement difficile. Tel ou tel symptôme peuvent manquer et donner, comme nous l'avons vu, une allure clinique spéciale à l'affection. On devra surtout reconnaître les signes si particuliers à ces tumeurs tels que :

L'hématonéphrose intermittente dont la constatation doit nous aiguiller dans la bonne direction;

L'hématurie de forme rénale.

Les *débris tissulaires* dans l'urine peuvent par l'examen histologique donner de précieuses indications.

Il en est de même pour la *cystoscopie et le cathétérisme uretéral.*

Mais le diagnostic sera toujours difficile, d'autant que quelquefois la maladie offre un tableau clinique très proche de celui de plusieurs autres affections urinaires, telles que :

La *tuberculose rénale*; mais l'existence ordinaire de pyurie, de cystalgie, l'inoculation ou l'examen positif pourront le plus souvent faire écarter le diagnostic.

L'hématurie essentielle ne s'accompagnant ni d'hématonéphrose, ni de douleurs, ni de présence de débris tissulaire dans l'urine, ne pourra nous égarer qu'au cas où l'hématurie est le seul symptôme.

Dans *la lithiase rénale* les hématuries sont sous l'influence des mouvements de la marche. La radiographie montre la présence du calcul, cette affection s'accompagne le plus souvent de pyurie. Tout cela constitue pour le clinicien de précieux éléments de diagnostic. Mais qu'il y ait coexistence des deux affections et ce diagnostic deviendra presque impossible.

En somme le plus souvent, et c'est ce qui eut lieu pour le malade que nous avons observé, le diagnostic se fait *par exclusion.*

Si nous sommes hésitants, il faut faire une néphrotomie et pratiquer une exploration digitale du bassinet et du calice ainsi qu'un cathétérisme rétrograde de l'uretère. Mais même après cette manœuvre, il peut se faire que le diagnostic reste imprécis. C'est ce qui arriva à Bazy (1) qui malgré la néphrotomie ne put trouver un petit papillome d'un calice, crut à une hématurie essentielle et fut secondairement obligé de pratiquer la néphrectomie.

Si par notre examen nous avons pensé reconnaître l'existence d'une tumeur pyélique et uretérale il convient aussi d'en préciser la nature et le siège, de reconnaître l'état de chacun des deux reins.

2° La NATURE DE LA TUMEUR ne peut se reconnaître que par l'étude de l'évolution pathologique. Les enfants sont à peu d'exceptions près les seuls porteurs de tumeurs mésodermiques de ces organes.

Si chez un adulte nous constatons une tumeur à marche rapide cachectisante, c'est à l'épithélioma qu'il faudra songer. Dans le cas contraire, tout porte à penser qu'il s'agira plutôt de papillome.

Examinons aussi histologiquement les débris en suspension dans l'urine, de cette étude nous pourrons quelquefois tirer un diagnostic ferme et précis.

3° La LOCALISATION DE LA TUMEUR est chose difficile à préciser. Une hématonéphrose volumineuse intermittente sera le plus souvent l'indice d'une néoplasie uretérale ou pyélique juxta-uretérale.

Des hématuries sans rétention rénale feront penser plutôt à des tumeurs des calices ou de la partie du bassinet éloignée de l'uretère.

Le cathétérisme uretéral donne aussi pour l'étude de cette localisation d'importantes indications.

4° QUEL EST L'ÉTAT DU REIN DU COTÉ DE LA TUMEUR? — La séparation des urines ou le cathétérisme uretéral pourront seuls résoudre cette question dont l'importance est moindre que celle de la suivante :

5° L'ÉTAT DE L'AUTRE REIN. — On le déterminera de la même façon; on comprend combien la connaissance de cet état peut influer sur les indications thérapeutiques permettant tantôt les larges ablations, tantôt les opérations conservatrices seules.

VII

Traitement. — Il est à peu près exclusivement chirurgical. Il doit en principe consister en extirpations larges et précoces; on doit en principe enlever la tumeur au delà de ses limites. La seule contre-indication à cette méthode est fournie par le mauvais état fonctionnel du rein opposé.

Les indications sont variables suivant la localisation anatomique de la néoplasie.

1° NÉOPLASME DU BASSINET SEUL. — Encore deux cas à envisager ici.

a. *Tumeur à évolution maligne* (*épithéliomas, sarcomes*). — Enlever le rein et toute la partie aisément extirpable de l'uretère. Rechercher et extirper les ganglions.

b. *Papillomes.* — Ces tumeurs sont les plus intéressantes au point de vue du traitement, car ce sont les seules où l'on peut vraiment escompter quelquefois un bon résultat. Nous déconseillons pour notre part de tenter les opérations conservatrices dont le résultat est trop fréquemment nul. Seuls les cas où le rein opposé fonctionne mal peuvent en fournir des indications. Ce sont :

Le *curettage du point d'implantation* qui pratiqué par Dreux lui a donné de déplorables résultats.

La *résection partielle du bassinet* que l'on peut faire accompagner d'une néphrectomie partielle satisfait mieux l'esprit. Mais les résultats en sont malheureusement peu encourageants.

En formule générale le *traitement de choix est la néphrectomie simple ou avec uretérectomie.* Cette intervention ne devra être transpéritonéale que lors-

(1) BAZY. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1909.

qu'on voudra faire une néphro-uretérectomie totale. En général il vaudra mieux la faire par la voie lombaire.

L'*uretère* étant supposé sain, il convient de pratiquer une uretérectomie partielle. Ne pas pratiquer d'inutiles dégâts pour extirper une grande longueur de cet organe : ou bien l'uretérectomie doit être totale, ou bien il vaut mieux ne pas pratiquer de grands délabrements pour ne pas extirper en entier le conduit. Nous savons en effet que la propagation ou la récidive se font le plus souvent dans sa portion juxta-vésicale. Pourquoi alors faire une dangereuse intervention si nous ne devons pas exciser ce point. Dans le cas où la propagation uretérale n'est pas probable n'enlevons donc du conduit que ce qui peut sans dégât être extirpé.

2° Néoplasme de l'uretère seul. — Nous n'oserons jamais conseiller des abouchements de l'uretère à la peau ou dans l'intestin après ablation d'une partie de l'organe cancéreux. La néphro-uretérectomie totale s'impose ici. Il faudra aussi quelquefois pratiquer une cystectomie partielle par la voie inguinale comme l'indique Hartmann ou par la voie coccypérinéale que l'un de nous a proposée dans une récente communication (1).

3° Néoplasme des deux organes. — Un seul traitement s'impose, la néphro-uretérectomie totale avec ou sans résection vésicale.

4° Tumeurs inopérables. — On devra dans quelques cas assurer le cours de l'urine par une néphrostomie.

5° Les récidives comportent un traitement particulier selon leur nature.

VIII

Résultats. — Les tumeurs malignes sont presque toujours, quoi qu'on fasse, rapidement mortelles. Rares sont les observations où des guérisons à longue échéance ont pu être constatées.

Si nous pensons qu'il convient d'opérer ces cas, c'est que nous pouvons ainsi pour un temps espérer d'enrayer la rapide marche de l'affection et donner au malade le bénéfice d'une survie.

Dans le cas de papillome au contraire si l'on fait de *larges extirpations* et si on les fait *hâtivement* on a de nombreuses chances de succès. Mais la guérison n'est jamais sûre, Roux a pu constater une récidive après une période de santé apparente de vingt ans.

Aussi malgré tout, les statistiques sont-elles très sombres et seuls quelques cas trop rares bien et précocement traités ont pu donner des succès certains.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. 1° Epithélioma papillaire du bassinet, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1898 ; — 2° In Heresco. *Néoplasmes du rein*, Th. de Paris, 1898 ; — 3° Le Dentu et Albarran. Papillome de l'uretère, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1899 ; — 4° Néoplasmes du bassinet, in *Traité de chir.* Le Dentu et Delbet, Paris 1899, vol. VIII ; — 5° Néoplasmes primitifs du bassinet et de l'uretère, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1900, p. 701, 918, 1179 ; — 6° Adénome de l'uretère, *Bull. de la Soc. de chir.*, juillet 1902 ; — 7° Tumeurs du bassinet et de l'uretère, in *Traité des tumeurs du rein* (Albarran-Imbert) ; — 8° Les tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère, *Journ. des prat.*, 1er sept. 1908 ; — 9° *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, mai 1909 ; — 10° Epithélioma de la partie intérieure de l'uretère. Résection uretéro-vésicale, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1906.

Battle. *Trans. of the pathol. Soc.*, London 1895.

Bazy. Papillome du bassinet du rein gauche, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1906 ; — Papillome du bassinet. Néphrite hématurique, *Soc. anat.*, juillet 1906.

Billroth. Cité par Drew. Loc. cit., p. 133.

Braüninger. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1897.

Cathelin. Le palper du rein et de l'uretère, *Revue prat. des mal. des org. gén.-urin.*, Paris 1907-1908.

Cattani. *Arch. per le sc. med.*, 1883, p. 91.

Delbet et Mocquot. De l'exploration chirurgicale du bassinet, *Revue de gyn. et de chir. abd.*, Paris 1907-1908.

Derevenko (de Saint-Pétersbourg). Contribution à l'étude des néoformations papillaires (fibro-épithéliales) du bassinet et de l'uretère, *Roussky chir. Arch.*, 1908.

Dickinson.

Escat (J.) et P. Fiolle. Un cas de papillome du bassinet, *Marseille méd.*, mars 1910.

Drew. Douglas villous tumour of the pelvis, *Trans. pathol. Soc.*, London 1897, p. 130.

Farr. *Journ. Minn. med. Assoc.*, 1909.

Fenwich. *Med. Soc. Trans.*, 1897, p. 238.

Freund. In Manasse. *Virch. Arch.*, vol. CXLIII, 1896.

Frisch. *College med. de Vienne*, 7 mars 1892 ; — *Sem. méd.*, 1892, p. 108.

Fuller. Surgery of the ureter, *Amer. med. Journ. urol.*, 1905-1906.

Fiolle (J. et P.). *Marseille méd.*, 1910.

Fiolle (P.). Voie coccypérinéale, *Marseille méd.*, 1910.

Gaucher. Cancer du bassinet, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 94.

Giordanno. 1° Sur le cancer du rein, *Ann. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 985 ; — 2° *Cirurgia renale*, 1898, p. 215.

De Graenwe et Vauthey. Epithélioma papillaire du bassinet, *Presse méd. belge*, Bruxelles 1907.

Graham. Sarcoma of the pelvis, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1895, vol. XXIV, p. 558.

Grohe. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1901, vol. LX, p. 1.

Gould. Pièce du Middlesex museum, in Morris, p. 4.

Hartmann. *Bull. de la Soc. anat.*, 1880, p. 576.

Hedennis et Valdenstroïn. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, p. 357.

Hecktœni. *Revue des sc. med. de Hayem*, 1896, p. 650.

Hildebrandt. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. II, p. 349.

Helb. Cité par Fenwick.

Heresco. La cystoscopie appliquée à l'étude des tumeurs uretérales, *Ann. des org. gén.-urin.*, juillet 1901.

Israël. *Chir. klin. d. Merenk.*, 1901, p. 33.

Jubens. Th. de Strasbourg, 1894, obs. VII.

Jona. Contribution à l'étude des tumeurs primitives du bassinet et de l'urètre, *Centralbl. f. allg. Path. u. Path. anat.*, 1894, p. 659.

Jones. Cité par Drew, p. 135.

Kauffmann. Pyélite et uretérite polypeuses, *Lehrb. d. spec. anat. path.*, 1896, p. 627.

Kohlchardt. Tumeur papillomateuse du bassinet et de l'uretère, *Virch. Arch.*, 1897, p. 565.

Kelloch. Cas du musée du Middlesex hosp. Cité par Morris, vol. II, p. 3.

Kundrat. *Intern. klin. Runds.*, 1891, p. 1966.

Lancereaux. *Dict. Dechambre*, art. rein, vol. II, p. 247.

Lebert. *Anat. path.*, 1861, vol. I, p. 209.

Lange. *New-York Monats.*, 1891, p. 460.

Macgorvan. *Trans. amer. med. Assoc.*, 1909.

Martin. Tumeur du rein droit du poids de 2200 grammes, *Ann. des org. gén.-urin.*, 1897, p. 42.

Merle. Epithélioma végétant du rein simulant une tumeur du bassinet, *Soc. anat.*, mars 1908.

(1) Paul Fiolle. Chirurgie des organes génitaux profonds abordés par une voie coccypérinéale. *Marseille médical*, 1910.

METCHKOFF and SAFFORD. A case of carcinomata of ureter apparenthy induced by a calculus lodged in its juxta vesical portion, *Amer. Journ. med. sc. Philad. and New-York*, 1905.
MIONI. Epithelioma papilliferi della pelvi renale, *Riv. vennet. d. sc. med.*, Venezia 1907.
MONJARDINO. Sobre chirurgica dos ureteros, *Med. contemp.*, Lisbonne 1906.
NELLSEN. *Ziegl. Beitr.*, 1888, p. 279.
ORAISON. Volumineux calcul du rein. Coexist. d'un épithélioma du bassinet, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1905.
PATCHKIS. 1° Tumeur primitive de l'uretère, *Wiener klin. Wochens.*, mai 1910; — 2° Sur le diagnostic des tumeurs du bassinet, *Zeits. f. Urol.*, août 1909.
PERTHES. Tumeur du bassinet (clinique du professeur Trendelenburg), *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1875, p. 215.
POLL (B.). Un cas de tumeur villeuse multiple dans le bassinet et l'uretère, *Brun's Beitr. z. Chir.*, 1899, p. 822.
PANTALONI. Le papillome du bassinet, *Arch. prov. de chir.*, 1899, p. 2.
RAYER. 1° *Traité des mal. du rein*, 1841, vol. III, p. 699; — 2° *Atlas*, pl. XI et XL.
ROCHE. *Maritime med. New*, Halifax 1909.
REYNES. Hématurie pseudo-essentielle. Diagn., cystosc., *Congrès internat.*, Paris 1900 (*sect. chir. urin.*), p. 77.
RUNDLE. Epithelioma of ureter vith hydronephrose, *Trans. of the path. Soc.*, London 1896-1897.
RIBBERT. In WITZELL. *Beitr. z. Chir. der Bauchorgane*, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1866.
RICKETS. The surgery of ureter a historical review, *Saint-Louis med. Rew.*, 1907-1908.
RICHTER. Cancer primitif de l'uretère droit, *Zeits. f. Urol.*, mai 1909.
ROBBERTS et DE MORGAN. *Trans. of the path. Soc.*, London 1870.
SAVARY and NASH. Benign villous tumour of the renal pelvis. Hœmothorax. Nephrotomy. Recovery, *Lancet*, London 1904.
SHATTOCK, WALSHAM, MOORE et WILKS. *Brit. med. Journ.*, 1888.
SCHWITZER. A method of total excision of ureter, *Saint-Paul mg.*, Saint-Paul, 1905.
SUTTER. Sur un cas de papillome de l'uretère, *Sc. méd. de Bâle*, avril 1910.
TICKOFF. Un cas de papillome du bassinet, *Arch. prov. de chir.*, 1901, p. 143.
THORNTON. *Trans. of the pathol. Soc.*, London 1885, p. 269.
TOUPET et GUÉNIOT. Cancer de l'orifice uretéral du bassinet, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1898, p. 677.
VOLCKER. *Trans. of the pathol. Soc.*, London, vol. XLVI, p. 135.
WEBB. Th. de Greifswald, 1893.
WALKER. *Lancet*, London 1906.
WHITE-POWEL. *Trans. of the path. Soc.*, London 1898, p. 178.
WILBUSTSKI. *Sur un cas de sarcome primitif de l'uretère*, Th. de Kœnigsberg, 1891.
WIRSUNG et BLISC. In HILDEBRANT. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, p. 357.
ZIRONI. Cancer primitif de l'uretère droit, *Ann. des org. gén.-urin.*, janv. 1909, t. I, n° 2, p. 81.

ADDENDUM. — Il convient d'ajouter à la bibliographie de la Revue générale : La rééducation respiratoire (*Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 141, p. 1929, les indications suivantes :

CONTET : 1° Les méthodes d'éducation et de rééducation en thérapeutique (Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1904); — 2° *Les Méthodes de rééducation en thérapeutique*, avec en sous-titre : rééducation psychique, motrice, sensorielle et organique, 1905, Paris, Vigot; — 3° Essai sur l'utilisation de la pratique des sports en thérapeutique (*Journ. de physioth.*, 1905); — 4° Gymnastique médicale et rééducation (Revue, in *Arch. gén. de méd.*, 1905); — 5° La rééducation respiratoire dans la pratique journalière (*Journ. des prat.*, 1905).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1910)

Sur la présence de dépôts de cholestérine dans les tuniques artérielles scléro-athéromateuses. — M. LEMOINE. Les recherches de M. Lemoine lui ont montré que dans l'aorte athéromateuse il se forme un dépôt relativement considérable de composés cholestériques. Il est ainsi amené à supposer que les dépôts de cholestérine qu'il a constatés jouent un rôle important dans la production de l'artériosclérose.

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1910)

L'éclairage au néon. — M. Georges CLAUDE. Le néon est, comme on sait, l'un des constituants de l'air où il figure dans l'infime proportion de 1 partie sur 60000. M. G. Claude a réussi à extraire le néon en abondance de ses appareils de liquéfaction industrielle de l'air. Le néon jouit de propriétés tout à fait extraordinaires au point de vue de la luminescence; un simple tube de verre contenant une petite quantité de mercure et un peu de néon s'emplit d'une vraie pluie de feu quand on l'agite dans l'obscurité.

M. Claude a donc eu l'idée d'utiliser le néon pour l'éclairage, et après des difficultés sur lesquelles insiste sa note, il y est parvenu dans des conditions remarquables. Des tubes remplis de ce gaz raréfié — sortes d'immenses tubes de Geissler — fournissent avec une extrême économie (0,6 watt par bougie) une lumière orangée très vive qui trouvera un avenir certain dans l'éclairage des théâtres, des halls, des ateliers.

Les visiteurs du Salon de l'automobile ont pu d'ailleurs avoir une idée de cette nouvelle formule d'éclairage, car l'intense lueur rouge qui embrasait chaque soir la vaste façade du Grand Palais était produite par quatre tubes au néon de chacun 36 mètres de long. Chacun de ces tubes donnait environ 8000 bougies et on aura une idée des extraordinaires qualités du néon, quand on saura que ce curieux éclairage était produit par le passage du courant électrique à travers 200 modestes centimètres cubes de ce gaz.

Election d'un vice-président. — L'Académie élit à l'unanimité des suffrages M. Lippmann, l'éminent physicien, vice-président de la compagnie, en remplacement de M. Armand Gautier, qui de droit passe à la présidence.

Commission centrale. — MM. Bornet et Emile Picard sont réélus membres de la commission centrale administrative.

Fêtes de Noël et du Nouvel An. — L'Académie décide qu'en raison des fêtes de Noël et du Nouvel An elle tiendra les séances fixées aux lundis 26 décembre et 2 janvier, les mardis 27 décembre et 3 janvier.

Séance publique annuelle. — Le président rappelle également que la séance publique annuelle de la Compagnie est fixée au lundi 19 décembre.

L'ordre du jour comporte une allocution du président, la proclamation des prix décernés pour 1910, la lecture d'une notice sur la vie et les travaux de Claude Bernard, membre de la section de médecine et chirurgie, par M. Van Tieghem, secrétaire perpétuel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

[SÉANCE ANNUELLE DU 13 DÉCEMBRE 1910 (*fin*)]

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1909.

1° *Médaille d'or* : M. le docteur Cantaloube (de Sumène).

2° *Rappel de médaille d'or* : M. le docteur André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

3° *Médaille de vermeil* : M. le docteur Orjuben, médecin sanitaire maritime à Saint-Nazaire.

4° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les docteurs Boquin, médecin des épidémies à Autun; Dubief, médecin inspecteur principal des épidémies à Paris; Moreau, médecin des épidémies à Sens.

5° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Benoist, inspecteur départemental de l'Assistance et de l'hygiène publiques à Vannes; Ginestous (de Bordeaux); Hirigoyen, médecin des épidémies à Bordeaux; Mazoyer (de Villefort); Pigache, médecin aide-major de première classe au 24e d'infanterie à Courbevoie, et Worms, médecin aide-major de première classe au 79e d'infanterie à Nancy; Poujol, médecin de colonisation, à Aïn-Bessem; Tranchant, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran, médecin-chef de l'hôpital de Bossuet; MM. Baudran, docteur en pharmacie à Beauvais; Vinturoux, rédacteur à la division de l'hygiène à la préfecture de la Gironde.

6° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les docteurs Bauzon, médecin des épidémies à Chalon-sur-Saône; Gagnière (de Vaulx-Milieu).

7° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les docteurs Gardon, médecin communal de la ville d'Alger; Marquézy, médecin en chef des épidémies de l'arrondissement de Neufchâtel.

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1909 :

1° *Médailles d'or* : MM. les docteurs Courtade (d'Outarville), Frémicourt (de Jaulgonne).

2° *Médaille de vermeil* : M. le docteur Baillet, vétérinaire honoraire de la ville de Bordeaux.

3° *Rappel de médaille de vermeil* : M. le docteur Richard (de Paris).

4° *Médaille d'argent* : M. le docteur Sacquépée, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, à Paris.

5° *Rappels de médaille d'argent* : MM. les docteurs Billon, Doury (de Paris); Dupont, médecin de l'assistance indigène à Ouahigouya; Tolédano (de Paris); Mme Lefebvre-Hénault (de Paris).

6° *Médailles de bronze* : M. le docteur Parrot (de Duzerville); MM. Fayolle, d'Halluin et Le Blaye, internes des hôpitaux à Paris; Mmes et Mlles Colon, suppléante à l'hôpital Claude-Bernard; Hec et Hug, surveillantes à l'hôpital Andral; Voisin, suppléante à l'hôpital Claude-Bernard.

7° *Rappel de médaille de bronze* : Mme Dréano, suppléante à l'hôpital Claude-Bernard.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2 000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médailles d'or* : MM. Augé, inspecteur départemental des Basses-Pyrénées, à Pau; Honnorat, chef de la première division de la préfecture de police, à Paris.

2° *Rappel de médaille d'or* : M. Delage, inspecteur départemental du Rhône, à Lyon.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Delavalle, médecin de la protection de l'enfance, à Sailly-sur-la-Lys; Devraigne, à Paris; Ducourneau, médecin de la protection de l'enfance, à Benesse-Maremne; Jarricot, chef du laboratoire de la clinique d'accouchement à l'Université de Lyon; Mercier, professeur de l'Ecole de médecine de Tours; Mornet, à Bourges; Planchon, à Paris; Rafalli, médecin de la protection de l'enfance, à Seillans.

MM. Gautier, inspecteur départemental des Basses-Alpes, à Digne; Thomas, inspecteur départemental du Jura, à Lons-le-Saunier; dispensaire des enfants malades de Marseille.

4° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cher, à Bourges; Benoist, inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Durand, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Martin-d'Auxigny; Gagnière, médecin de la protection de l'enfance, à Vaulx-Milieu; Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain des enfants, médecin de la protection de l'enfance, à Bordeaux; Hébert, médecin de la protection de l'enfance, à Audierne; Joly, médecin de la protection de l'enfance, à Fauquembergues; Laurent, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Saulge.

MM. Cannet, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Drouilly, inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux; Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; Geay, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; Louis, inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; Roche, inspecteur départemental de la Marne, à Châlons-sur-Marne; Sarraz-Bournet, inspecteur départemental de la Savoie, à Chambéry.

5° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Guerrier, médecin inspecteur de la protection des enfants du premier âge, à Paris; Perrion père, à Nantes; Rajat, directeur du bureau d'hygiène de Vichy; Spira, médecin inspecteur de la protection des enfants du premier âge, à Paris.

M. Davodet, inspecteur départemental du Pas-de-Calais, à Arras; Ligue française des mères de famille, à Paris; Œuvre des nourrissons de Marseille.

6° *Rappels de médailles d'argent* : MM. les docteurs Roger-Mesnil, médecin de la protection de l'enfance, à Bernay; Truffet, médecin de la protection de l'enfance, à Seyssel.

MM. Carré, inspecteur départemental de l'Aisne, à Laon; Lardet, inspecteur départemental de l'Ain, à Bourg.

7° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Blanchard, médecin de la protection de l'enfance, à Paris; Bois, à Saint-Laurent-de-Chamousset; Bonnery, à Aspiran; Louvet, médecin de la protection de l'enfance, à Lusigny; Nogué, médecin inspecteur de la protection des enfants du premier âge, à Paris; Pinel, à Rezé.

MM. Charles, rédacteur à la préfecture de Police, à Paris; Chevillet, inspecteur départemental de Meurthe-et-Moselle, à Nancy; Marengo, sous-chef de bureau à la préfecture de police, à Paris; Pays, inspecteur départemental de la Haute-Saône, à Vesoul; Rousseau, inspecteur départemental du Gers, à Auch.

Mmes Debiesse, institutrice communale, à Chambost-Langessaigne; Vve d'Leindre, dame visiteuse de la protection des enfants du premier âge, à Paris.

8° *Rappel de médaille de bronze* : M. Roux-Duverne, inspecteur départemental de l'Indre, à Châteauroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

[SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1910 (*fin*)]

Des voies d'accès sur le foie, la rate et le cardia. — M. HARTMANN fait un rapport sur un travail de M. Navaro. Afin d'éviter la voie transpleurale postérieure, M. Navaro propose une incision antérieure avec volet thoracique et refoulement de la plèvre pour éviter le pneumothorax. Suivant les cas, l'incision est antérieure ou postéro-latérale.

M. QUÉNU estime que, dans ces cas, il faut être éclectique et choisir la voie qui a le plus de chance de vous conduire sur l'organe ou la portion d'organe atteints. Il faut même dans certains cas recourir à des voies d'accès combinées. C'est ainsi que, dans un cas d'abcès limité de la face postérieure du foie, il se rendit compte du siège de l'abcès par une laparotomie antérieure qui lui permit de passer sa main par-dessus le foie et de ponctionner l'abcès par un troquart introduit par la face axillaire et dirigé sur l'abcès par la main qui a pénétré par la laparotomie antérieure et de faire ultérieurement une incision transpleurale.

Pylorectomie. — M. WALTHER présente un malade qui avait des troubles gastriques depuis quinze ans. M. Henriquez diagnostique un ulcère pylorique. M. Walther fait la laparotomie, tombe sur une tumeur pylorique avec de nombreuses adhérences même sur les parties profondes, fait une pylorectomie. Il s'agissait d'une induration se prolongeant sur la première portion du duodénum. Il fit une résection de cette partie du duodénum et fit une anastomose gastro-duodénale.

Il a recherché en vain, au cours de l'opération, la veine

pylorique. Il s'agissait en somme d'un ulcère pyloro-duodénal. Le malade va bien.

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1910)

Prolapsus vaginal après l'hystérectomie. — M. POTHERAT, à propos de la communication de M. Tuffier, apporte un cas analogue dans lequel il a obtenu un bon résultat par une simple colpopérinéorraphie. Il préfère cette opération ou une hystéropexie haute à la résection du vagin préconisée par M. Guibal.

Tuberculose iléo-cæcale et appendicite tuberculeuse. — M. LEGUEU fait un rapport sur une observation adressée par M. Coville (de Lyon). Il s'agit d'un tuberculeux de quarante ans qui présenta des accidents inflammatoires dans la fosse iliaque droite. On crut à une appendicite et on lui proposa une opération qu'il refusa. Les accidents s'aggravant, on intervint et, par une simple incision, on évacua une quantité assez considérable de pus. On mit deux drains et on referma le ventre. Il resta une fistule suppurante. Cette fistule persistant après six mois, on fit une deuxième opération pour aller chercher l'appendice. On trouva un appendice énorme, on l'enleva. En même temps, on constata la présence d'une tuberculose iléo-cæcale. Cette fois il y eut une fistule pyo-sternale, un véritable anus artificiel. Dans une troisième intervention, on fit l'exclusion de l'intestin, on isola le cæcum tuberculeux et on fit une anastomose iléo-sigmoïdienne. Enfin, dans une quatrième intervention, on fit une incision sur la fosse iliaque et on enleva le cæcum. Le malade finit par guérir et est aujourd'hui en bonne santé. On ne peut que féliciter M. Coville de la conduite chirurgicale qu'il a suivie dans ce cas.

Ces faits de guérison de tuberculose cæcale ne sont pas très rares. M. Legueu a obtenu ainsi des guérisons, après l'opération, datant de deux, six et huit ans.

Le point intéressant dans l'observation de M. Coville est la coexistence d'une appendicite au cours d'une tuberculose cæcale caverneuse. L'inverse peut se produire. M. Legueu rapporte le fait d'un malade atteint manifestement de tuberculose iléo-cæcale avec fièvre élevée. Il refusa d'abord l'opération; les accidents s'aggravant, M. Legueu le décida à se faire opérer. Il lui enleva le cæcum. Il y eut une inondation suppurée qui, malgré la péritonisation, détermina une péritonite généralisée mortelle. Ce malade avait également une appendicite. Dans ces cas, il faut sérier les opérations, comme l'a fait M. Coville.

Autoplastie de la totalité de l'urètre pénien par une muqueuse vaginale. — M. LEGUEU fait un second rapport sur une observation très intéressante de M. Tanton. Il s'agissait d'un rétréci de longue date qui avait subi l'urétrotomie avec dilatations successives et électrolyse circulaire. Il se fit un gonflement de la verge et, à l'angle de la verge, une large perforation béante. Le canal était complètement oblitéré. Ce malade se trouvait dans le service de M. Legueu. Celui-ci fit une dérivation périnéale des urines, et connaissant l'idée qu'avait émise M. Tanton sur la possibilité de refaire un canal urétral avec de la muqueuse vaginale il le convoqua à venir tenter cette autoplastie sur son malade. Dans une salle A, M. Legueu fit une large colpopérinéorraphie chez une malade atteinte de prolapsus. Il tailla un large lambeau vaginal qu'il plaça dans du sérum chaud. Pendant ce temps, dans une salle B, M. Tanton pratiquait chez le malade l'extirpation totale de l'urètre pénien. Dans la portion balanique, il transperça le gland à l'aide d'un long troquart et aviva la fistule qui suintait à ce niveau. Cela fait, il enroula le bloc vaginal, dégraissé, que venait d'extraire M. Legueu, autour d'une sonde et l'appliqua, le coucha aussi exactement que possible dans le lit urétral qu'il venait de constituer chez le malade. Il fit en avant une suture du méat au bord antérieur de la verge. Il sutura également le lambeau en arrière. La sonde fut laissée à demeure.

Qu'allait-il se passer? Il y eut un peu de fièvre, on retira alors la sonde. On fit dans ce tissu incertain une dilatation progressive prudente. On ferma la fistule de l'angle de la verge, quinze jours après on ferma la fistule périnéale, on arriva à passer par le nouvel urètre de gros béniqués. Le malade a un méat parfait, irréprochable. Il urine très normalement et voilà cinq mois que la guérison se maintient parfaite. Il n'y a pas l'ombre de menace de rétrécissement, c'est un résultat qui peut être considéré comme éloigné.

En terminant M. Legueu tient à répéter que c'est à M. Tanton seul qu'appartient cette ingénieuse idée de la réfection d'un canal de l'urètre par un lambeau de muqueuse vaginale.

Quatre observations de cholédocotomie. — M. LAUNAY fait un rapport sur quatre observations de cholédocotomie suivies de succès, adressées par M. Schmidt (de Nice). Ces quatre opérations ont été faites selon le même programme : incision de Keer, drainage de l'hépatique, suture partielle du cholédoque. Dans ces quatre cas tout était terminé après deux mois. M. Schmidt attribue ces bons résultats à la précocité de l'intervention.

Hypertrophie du thymus. Thymectomie. — M. LAUNAY fait un autre rapport sur une observation de M. Veau. Il s'agit d'un enfant de quatre mois qui était pris de suffocations et de tous les signes d'une hypertrophie du thymus. M. Veau insiste sur les symptômes, tirage, dyspnée, accès de suffocations souvent mortels. Considérant, dans ces cas, l'intervention comme urgente, il fit à cet enfant la thymectomie subtotale ou sous-capsulaire, sous l'anesthésie générale, avec fermeture sans drainage. Dans ces cas la trachéotomie est inutile et même dangereuse. Le résultat de l'opération fut immédiatement heureux. On peut dire que la thymectomie est une opération bénigne, franchement curative. Dans cinq cas, M. Veau a obtenu cinq guérisons.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1910)

La réaction de Pettenkofer, applications empiriques à la coprologie. — M. H. TRIBOULET. Dans la plupart des cas, malgré les réserves scientifiques à faire sur la réaction de Pettenkofer, on peut empiriquement rechercher celle-ci très simplement sur les selles, et constater qu'il y a, d'ordinaire, absence de sels biliaires quand il y a acholie pigmentaire. De même sur les biles vésiculaires, aux autopsies. Cependant, dans quelques ictères par rétention, les matières décolorées peuvent ne pas montrer de pigments, alors que la réaction de Pettenkofer fait reconnaître la présence certaine de sels biliaires. Dans ce dernier cas, la fermentation des selles est notablement atténuée.

M. DESGREZ. Les selles qui contiennent des matières protéiques donnent la réaction de Pettenkofer (qui s'appelle alors réaction de Raspail). Il y a là une cause d'erreur importante à signaler.

M. MAILLARD. Des substances de matière protéique, c'est surtout le tryptophase qui donne la réaction de Pettenkofer. Or, le tryptophase dérive de la caséine. Les selles fermentent-elles peu, le tryptophase ne se décompose que lentement; on comprend donc comment des selles d'enfants nourris au lait peuvent paraître contenir des sels biliaires.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle des lipoïdes de l'organisme. — M. H. ISCOVESCO. Les lipoïdes abaissent la tension mais beaucoup moins que les vraies graisses. Les lipoïdes du cerveau, de la thyroïde, du stroma globulaire, abaissent encore moins la tension que ceux des organes glandulaires (foie, rein). De tous les tissus c'est le stroma globulaire d'abord, le cerveau ensuite qui contiennent les plus grandes quantités de cholestérine. De tous les lipoïdes c'est justement la cholestérine, qui abaisse le moins la tension et elle peut remplir de par ce fait un rôle stalagmorégulateur et de défense dans l'organisme.

Altérations organiques et fonctionnelles des organismes végétaux sous l'influence du radium. — M. FABRE a entrepris dans le service du docteur Dominici, l'étude des lésions provoquées par de hautes doses de radium sur les organismes végétaux. Il constate l'atrophie organique et fonctionnelle des tissus embryonnaires, pollen et ovules. L'action du

rayonnement n'est pas seulement locale, mais se manifeste sur les fleurs d'une même tige. Les faisceaux vasculaires centraux des ovaires subissent une atrophie complète, alors que les faisceaux intermédiaires ne sont pas influencés. Les fonctions polliniques sont entravées après avoir manifesté une activité précoce.

Action bactériolytique du sérum antiméningococcique sur le méningocoque et les germes similaires. — M. Dopter. L'injection par voie veineuse du sérum antiméningococcique d'une forte émulsion de méningocoques provoque chez le cobaye des accidents graves pouvant entraîner rapidement la mort de l'animal. Ces troubles sont dus à l'influence d'une lysine qui met en liberté un poison contenu dans les corps microbiens.

Les mêmes expériences répétées avec des pseudo-méningocoques, des paraméningocoques, des gonocoques ont montré qu'avec ces derniers ou bien les accidents relatés ne se produisent pas ou bien ils se manifestent sous la forme d'une crise légère et passagère.

L'existence de cette crise est donc de nature à prouver que le pouvoir bactériolytique du sérum antiméningococcique ne paraît pas revêtir un caractère de spécificité absolue. Cette dernière cependant peut être démontrée nettement par l'épreuve de l'absorption des bactériolysines. On sature le sérum antiméningococcique de méningocoques, de pseudo-méningocoques, de gonocoques. Le sérum saturé de méningocoques devient inactif vis-à-vis de ce dernier ; le sérum saturé par les autres germes garde toute son activité sur le méningocoque. Le méningocoque fixe donc la lysine, les germes similaires la laissent libre.

Par conséquent le sérum antiméningococcique contient une lysine spécifique vis-à-vis du méningocoque ; son action sur les microbes voisins relève de bactériolysines de groupe, de co-bactériolysines.

Sur la survie d'éléments et de systèmes cellulaires, en particulier des vaisseaux, après conservation prolongée hors de l'organisme. — M. Charles Fleig, au cours de ses recherches sur les sérums artificiels à minéralisation complexe, a été amené à établir une série de données expérimentales ayant trait, dans leur ensemble, à la survie de cellules, de tissus ou d'organes isolés du corps et aux limites dans lesquelles peut être obtenue leur reviviscence après séjour plus ou moins long à basse température. Il a envisagé en outre, plus spécialement, la question de l'état de vitalité des vaisseaux après conservation très prolongée à la glacière. Ses conclusions peuvent se résumer ainsi : bien que diverses *cellules d'animaux à sang froid* (leucocytes, hématies, physiologiquement adaptées à une vie indépendante) puissent survivre hors de l'organisme pendant *des mois*, bien que divers *organes d'animaux à sang froid* puissent survivre aussi pendant *plusieurs semaines*, bien que diverses *cellules ou organes d'animaux à sang chaud* puissent conserver leur vitalité à la glacière pendant un temps *déterminé* (de quelques jours à plus d'une semaine), *il n'est point prouvé actuellement que la survie des vaisseaux de mammifères puisse être prolongée pendant des mois*, ni que ces vaisseaux, après un séjour de *plusieurs mois* à la glacière, continuent réellement à vivre dans l'organisme où on les greffe ; tolérés comme des corps étrangers aseptiques, ne provoquant pas de thrombose par suite du maintien des caractères *physiques* de l'endothélium vasculaire, ils servent de simple tuteur aux éléments de néoformation, ce qui d'ailleurs ne diminue en rien la valeur pratique des expériences de greffe.

Formation d'antithrombine dans le foie préalablement soumis à une température inférieure à la température de congélation du mercure. — M. Doyon. L'antithrombine se produit dans le foie sous l'influence du sang artériel normal ou du sang peptoné, même si l'organe a été soumis au préalable à une température inférieure à la température de congélation du mercure.

Sécrétion de l'humeur aqueuse normale. — M. Mewas. C'est la rétine biliaire qui est le siège de la sécrétion de l'humeur aqueuse. Mais l'humeur aqueuse produite par ponction successive de la chambre antérieure de l'œil est très différente de l'humeur aqueuse normale : c'est du plasma transsudé.

Rapport de la quantité et du taux de l'urée dans l'urine. — M. Ambard. La concentration de l'urée du sang étant constante, deux lois régissent la sécrétion de l'urée :

1° Avec une concentration uréique urinaire constante :

$$\sqrt{\text{Débit de l'urée}} \times K = \text{urée du sang.}$$

2° Avec une urémie constante : $\frac{D^1}{D^2} = \frac{\sqrt{C^1}}{\sqrt{C^2}}$.

Communication faite à la réunion biologique de Bordeaux, le 6 décembre 1910 :

Eosinophilie locale suscitée dans les canaux biliaires de l'homme par la douve chinoise. — MM. Sabrazès, M. Léger et Anatole Léger rapprochent l'éosinophilie locale constatée dans ces cas de celle qui a été décrite par l'un d'eux autour du kyste hydatique. La présence d'éosinophiles uninucléés, à noyau de lymphocyte, voire même à noyau fusiforme, plaide pour la provenance histogène, lympho-conjonctive de ces cellules. Les éosinophiles sont d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage de la lumière des canaux biliaires où les douves sont emprisonnées. Les saillies papilliformes de la muqueuse de ces canaux peuvent être littéralement infiltrées d'éosinophiles.

Coloration des fibres nerveuses par la méthode à l'hématoxyline au fer après inclusion à la celloïdine. — M. Loyer.

Immunisation du cobaye contre les venins de la vipère par le suc d'autolyse de foie de porc. — M. Billard.

Action antitoxique du suc d'autolyse de foie de porc contre le chlorhydrate de cocaïne. — MM. Billard et Dechambre.

Non-spécificité botanique des champignons, des teignes. — M. Géguen.

Propriétés narcotisantes des hydrures de naphtaline — M. Brissemoret.

Pouvoir alexigène de la thyroïde délipoïdée. — M. Fassin.

LIVRES NOUVEAUX

Mœurs intimes du passé (3e série). — **Les Morts mystérieuses de l'histoire** [nouvelle édition] (1), par le docteur Cabanès.

Notre inépuisable conteur, le docteur Cabanès, vient encore de publier deux nouveaux volumes, et je ne jurerais pas que, depuis que ces volumes nous sont parvenus, il n'y en eût pas un autre sur le point de paraître.

Pour étudier *les mœurs intimes du passé*, c'est surtout dans l'examen des cathédrales et en marge des vieux missels du moyen âge que l'auteur a puisé ses documents les plus importants et les plus suggestifs, si suggestifs même, à certains endroits, qu'il est obligé de s'en tenir au dessin ou de recourir au latin pour les expliquer.

« La cathédrale est un abrégé du monde. » Telle a été la pensée dominante des artistes du moyen âge. Dans un premier chapitre sur la *faune monstrueuse des cathédrales*, M. Cabanès passe en revue, en les interprétant, les sculptures de nos plus anciennes églises, les souvenirs qui en sont restés. « En réalité, l'église du moyen âge a été le véritable musée, sacré et profane, ouvert à tous et qui servait à la fois de spectacle et d'enseignement. »

C'est ensuite la *vie d'autrefois* racontée par les miséricordes des stalles. Elles en savent et en disent long, ces stalles. Puis viennent les *marges des vieux missels*, les manuscrits qu'on appelle des *heures* où M. Cabanès a récolté des documents fort intéressants et dont plusieurs sont même des plus folâtres. Chemin faisant, il ne manque pas de faire observer que les anciennes heures gothiques présentent souvent un intérêt particulier pour le médecin.

(1) Paris, Albin Michel.

Un chapitre consacré aux *folies du carnaval* nous donne un tableau des saturnales qui n'ont rien à envier aux orgies romaines.

Nous ne pouvons que mentionner les chapitres sur le *carême sous l'ancien régime*, *les processions licencieuses*, *les offices burlesques de la couronne*, *les nains et les naines de la cour*, *le roy des ribauds*.

Comme toutes les œuvres de l'auteur, les mœurs intimes du passé ne s'analysent pas. Il faut les lire.

Nous en dirons autant de la nouvelle édition des *morts mystérieuses de l'histoire*.

C'est une étude de la mort des souverains depuis Charlemagne jusqu'à Louis XIV.

Dans cette étude, M. Cabanès montre une fois de plus, avec sa grande compétence, l'importance de la médecine légale pour l'histoire. Il y discute et détruit d'absurdes légendes d'empoisonnement et réhabilite ainsi différents personnages calomniés depuis des siècles. C'est toujours en philosophe et en médecin que Cabanès fait de l'histoire. C'est, évidemment, la bonne manière. A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 3 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pozzi, Lenormant et Terrien ; — (2e série) : MM. Quénu, Lecène et Chevassu.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Chauffard, Balthazard et Nobécourt; — (2e série) : MM. Achard, Roussy et Rathery; — M. Gougerot, suppléant.

Mercredi 4 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Retterer et Legueu.

1er (oral) : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca.

2e : MM. Desgrez, Mulon et Jean Camus.

4e : MM. Marfan, Macaigne et Laignel-Lavastine; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Reclus, A. Broca et Proust ; — (2e série) : MM. Segond, Lejars et Ombrédanne.

5e (1re partie), *Laënnec* (1re série) : MM. Pierre Marie, Marcel Labbé et André Jousset; — (2e série) : MM. Widal, Léon Bernard et A. Léri ; — M. Guillain, suppléant.

Jeudi 5 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Grégoire et Okinczyc.

2e MM. Ch. Richet, Prenant et A. Broca.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Pozzi, Brindeau et Rouvière; — (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Morestin et Anselme Schwartz; — (3e série) : MM. Retterer, Lecène et Jeannin.

3e (oral, 2e partie) : MM. Chauffard, Claude et Brumpt; — M. Nicloux, suppléant.

Vendredi 6 janvier, à une heure. — Médecine opératoire. *Ecole pratique*, épr. prat. : MM. Reclus, Nicolas et Legueu,

3e (2e partie), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Pierre Marie et Desgrez.

2e : MM. Gautier, Branca et Jean Camus.

4e : MM. Déjerine, Marfan et Macaigne; — M. Zimmern, suppléant.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Delbet, Pierre Duval et Ombrédanne; — (2e série) : MM. Hartmann, Mauclaire et Proust; — M. Sicard, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Lequeux ; — M. Laignel-Lavastine, suppl.

Samedi 7 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier* : MM. Bar, Brindeau et Jeannin ; — M. Lecène, suppléant.

THÈSES

Mercredi 21 décembre, à une heure. — M. CADRE. Etudes sur les modifications du poids, de la taille et de la suture sagittale chez le nouveau-né, dans les neuf premiers jours. (MM. Pinard, président; Blanchard, Macaigne et Couvelaire). — Mlle ROY. Les centenaires. Essai sur la longévité humaine. (MM. Blanchard, président ; Pinard, Macaigne et Couvelaire.) — Mme PINON-GUERTCHIKOFF. Sarcophila magnifica Schiner en Russie et la myase qu'elle détermine. (MM. Blanchard, président; Pinard, Macaigne et Couvelaire.) — M. FERNET. Les parakératoses psoriasiformes de Brocq. (MM. Gaucher, président; Marfan, Jean Camus et Gougerot.) — M. ERROUX. Contribution à l'étude des propriétés physiologiques de l'avoine. (MM. Marfan, président; Gaucher, Jean Camus et Gougerot.) — M. MAREY. Contribution à l'étude d'une variété particulière d'exostose de la voûte cranienne. Le Spongiostéome. (MM. Marfan, président; Gaucher, Jean Camus et Gougerot.) — M. PRINCE. Anesthésie générale avec circulation réduite. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Zimmern.) — M. WOLF STERN. Contribution à l'étude chirurgicale des utérus doubles sans hématométrie. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Zimmern.) — M. GARNIER DE FALLETANS. Radiographie stéréoscopique. MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Zimmern.) — M. GALLUCHON. De l'emploi de la teinture d'iode en chirurgie. (MM. Segond, président ; Lejars, Pierre Duval et Zimmern.)

Jeudi 22 décembre, à une heure. — M. FAUROUS. Contribution à l'étude de la pleurésie enkystée du sommet. (MM. Debove, président; Chauffard, André Broca et Castaigne.) — M. GUERCHE. De l'emploi des bains chauds dans le traitement du tétanos. (MM. Chauffard, président; Debove, André Broca et Castaigne.) — M. GONTIER. Le traitement local des adénopathies tuberculeuses par les rayons de Röntgen. (MM. Chauffard, président; Debove, André Broca et Castaigne.) — M. CAPOT DE QUISSAC-NAUDIN. De la stomatite aphteuse. (MM. Hutinel, président ; Chantemesse, Thoinot et Nobécourt.) — M. PRAT. Quelques considérations sur l'hygiène en Basse-Bretagne et la désinfection à la campagne. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Thoinot et Nobécourt.) — M. LAURENT. Des progrès de l'hygiène dans les lycées depuis vingt ans et des réformes à accomplir. (MM. Chantemesse, président; Hutinel, Thoinot et Nobécourt.) — M. DUVOIR. Étude sur la variolo-vaccine. (MM. Thoinot, président ; Hutinel, Chantemesse et Nobécourt.) — M. GASTALDI. Contribution à l'étude de l'inégalité de volume des reins et de l'atrophie congénitale unilatérale. (MM. Pozzi, président ; Quénu, Gilbert Ballet et Claude.) — M. LEMÉE. Des coups de feu dans l'oreille dans la pratique civile et de leur complications labyrinthiques. (MM. Quénu, président; Pozzi, Gilbert Ballet et Claude.) — M. GUÉMENÉ. Contribution à l'étude du traitement des luxations externes de la clavicule. (MM. Quénu, président; Pozzi, Gilbert Ballet et Claude.) — M. LE JAMTEL. Quelques considérations sur les opérations multiples chez les névropathes et les aliénés. (MM. Gilbert Ballet, président; Pozzi, Quénu et Claude.) — M. LECAT. Considérations sur les exercices respiratoires : expériences pratiquées à l'école militaire de gymnastique et d'escrime de Joinville. (MM. Gilbert, président; Dupré, Langlois et Carnot.) — M. HOËL. Contribution à l'étude du traitement radiothérapique de la leucémie myéloïde. (MM. Gilbert, président; Dupré, Langlois et Carnot.) — M. GIRARDEAU. Le foie, la bile dans le livre des « Mille nuits et une nuit ». (MM. Gilbert, président; Dupré, Langlois et Carnot.) — M. CHABROL. Les pancréatites dans les altérations du foie. (MM. Gilbert, président; Dupré, Langlois et Carnot.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 145. — MARDI 20 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. MARDI 20 DÉCEMBRE 1910. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Anatomie.* — Séance du 16 décembre : MM. Delagenière, 11 ; Garcin, 7 ; Michaux, 9 ; Sourdille, 8 ; Truffert, Busson et Luquet, 7 ; Vaudescal, 12 ; Vinay, 9.

Séance du 18 décembre : MM. Delivet, 14 ; Costantini, 6 ; Quénu, 10 ; Lorreyte, 7 ; Berthomieu-Lomer, 4 ; Mignot, 13 ; Bourgeois (Maurice), 5 ; Tribes, 6 ; Mlles Athanassiu, 10 ; Landesmann, 9.

Pathologie. — Séance du 16 décembre : MM. Toutey, 7 ; Alexandre et Hartmann, 8 ; Gautruche, 9 ; Mouradian, 7 ; Gresset et Desaux, 10 ; Duval, 11 ; Bergeret, 14 ; Debray, 9 ; Boirac, 8.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Oral. Pathologie externe.* — Séance du 17 décembre : « Phlegmon diffus des membres. » MM. Combier, 16 ; Hovelacque, 15 ; Poupardin et Berger, 20.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — A partir du 1er janvier 1911, en vertu de la loi, des délibérations de la commission administrative en date des 6 juillet et 7 octobre 1910, et d'un arrêté préfectoral du 1er septembre 1910, le prix de journée des malades hospitalisés dans les hôpitaux de Bordeaux est fixé ainsi qu'il suit pour les catégories désignées :

1° Malades de l'assistance médicale gratuite et assimilés ; adultes et enfants de sept à quinze ans, 2 fr. 50 ; femmes en couches, 2 fr. 95 ; enfants au-dessous de sept ans, 2 francs.

2° Blessés au travail, 3 fr. 50.

— GRENOBLE. — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. le docteur Sappey, ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

— LE MANS. — Le lundi 30 janvier 1911, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, pour une place de chirurgien suppléant, à l'hôpital du Mans.

— TOULOUSE. — Sont nommés internes titulaires : MM. Rigaud, Jaureguiberry, Baron, Lefebvre, Soula, Roquette ; internes provisoires : Bousquet, Barandon, Amigues, Laborie, Dupuy, Fabre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Le concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale infantile s'est terminé par la nomination de M. le docteur Swynghedauw.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 6 mars 1911, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — ÉPREUVE ORALE. — *Séance du 2 décembre.* — « Conférence aux institutrices des écoles primaires supérieures et professionnelles sur l'hygiène de la puberté chez la jeune fille. » — Ont obtenu : MM. Courdoux, 10 ; Theulet-Luzié, 12 ; Carpentier, Burty, 13 ; Chapon, 16 ; Grilley, 13.

Séance du 3 décembre. — « Hygiène et fonctionnement des écoles de plein air. » — Ont obtenu : MM. Lejonne, 14 ; Salle, 10 ; Ball, 11 ; Dreyfus (G.), 10 ; Géard, 13 ; Thieux, Mlle Leclerc (J.), 15.

Séance du 5 décembre. — « Leçon aux maîtres sur le balayage et le nettoyage quotidien des locaux scolaires. » — Ont obtenu : MM. Dupuy, 14 ; Barrault, 14 ; Renault, 16 ; Bize, 17 ; Genevrier, 19 ; Claude, 12 ; Lamouroux, 15.

Séance du 6 décembre. — « Prophylaxie scolaire de la tuberculose. » — Ont obtenu : MM. Prumier, 8 ; Thil, Bidel, 14 : Rosenthal, 14 ; Raoult-Deslongchamp, 11 ; Renard, Morin, 8.

Séance du 7 décembre. — « Prophylaxie scolaire de la coqueluche et des oreillons. » — Ont obtenu : MM. Friedel, 15 ; Rivet, 18 ; Delmont-Rebet, 15 ; Chastanet, Debled, Michaux, 14 ; Robert, 14.

Séance du 9 décembre. — « Leçon aux élèves des écoles primaires sur la propreté générale du corps et des vêtements. » — Ont obtenu : MM. Bigot, 15 ; Hutinet, 16 ; Bois, 13 ; Mathé, 16 ; Imhoff, 13 ; Aubertin, 15 ; Bellard, 12 ; Laufer, 14.

Séance du 10 décembre. — Ont obtenu : MM. Quilliet, 9 ; Mourret, Merklen, 15 ; Forestier, 13 ; Perregaux, 15 ; Bourdin, 13 ; Levy (A.), 7.

Séance du 12 décembre. — « Leçon aux élèves des cours supérieurs des écoles primaires sur l'alcoolisme. » — Ont obtenu : MM. Courtade, 12 ; Geraudel, 16 ; Legrand, 16 ; Chardin, Dally, 14 ; Pineau, 16 ; Netter (L.), 13.

Séance du 13 décembre. — « Leçon aux élèves des écoles

primaires supérieures sur la vaccination. » — Ont obtenu : MM. Cange, 10; Houzel, 9; Vitry, 19; Laurent (P.), 5; Leichmann, 7; Leconte, 9; Fouineau, 16.

Séance du 14 décembre. — « Leçon aux maîtres sur leur rôle dans la prophylaxie des maladies transmissibles à l'école. » — Ont obtenu : MM. Labadie-Lagrave, 13; Poisson, Régis, 13; Epagnon-Dezille, 9; Babot, 15; Netter (G.). 17; Dinet, 14.

PRIX LANNELONGUE. — Le prix international et quinquennal fondé l'an dernier par M. Lannelongue pour être décerné au chirurgien qui dans les dix dernières années a fait les plus beaux travaux en chirurgie vient d'être décerné par la Société de chirurgie au professeur Horsley (de Londres).

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (LYON, 22-25 octobre 1911). — I. PROGRAMME. — A. Questions proposées par le Congrès de Paris :

1° *Du rôle des hémolysines en pathologie ;*

2° *Du coma diabétique ;*

3° *Des diurétiques.*

B. Question ajoutée par le bureau, après entente avec les représentants des médecins de l'armée et la direction de l'Ecole du service de santé militaire :

4° *Epidémiologie et prophylaxie de la méningite cérébro-spinale épidémique.*

Le nom des rapporteurs sera prochainement publié ; mais, déjà, le bureau du XIIe Congrès s'est assuré le concours de savants éminents de France, de Belgique et de Suisse.

II. BUREAU DU CONGRÈS. — Président, M. le professeur Teissier, associé national de l'Académie de médecine; vice-présidents, M. le médecin inspecteur Hocquart, directeur de l'école du service de santé militaire ; M. le professeur Weill, président de la Société médicale des hôpitaux de Lyon; secrétaire général, M. le docteur Paul Courmont, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 33, rue Sainte-Hélène, à Lyon ; secrétaire général adjoint, M. le docteur Fernand Arloing, agrégé à la Faculté de médecine ; trésorier, M. le docteur A. Cade, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; trésorier-adjoint, M. A. Rey, imprimeur-éditeur.

GROUPE PARLEMENTAIRE DES STATIONS THERMALES. — Sur l'initiative de M. Astier, sénateur de l'Ardèche, un certain nombre de sénateurs et députés, préoccupés de la crise que traversent les stations thermales et climatériques françaises, ont décidé de constituer un groupe interparlementaire en vue de l'examen des améliorations qui pourraient contribuer à la prospérité de ces stations,

Le bureau du groupe a été ainsi constitué : président, M. Astier, sénateur; vice-présidents, MM. Pedebidou, sénateur, Schmidt, député; secrétaires, MM. Cachet, sénateur, Jacquier, député.

LE CENTENAIRE DE VICTOR REGNAULT. — Dimanche matin a été célébré au collège de France, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, le centenaire du physicien Victor Regnault. L'Académie des sciences, l'Ecole polytechnique, l'Ecole et le Corps des mines, la manufacture de Sèvres étaient représentés.

Né le 21 juillet 1810, Regnault, après avoir été obligé de gagner sa vie comme commis de magasin, entra à l'Ecole polytechnique, il en sortit dans le Corps des mines, devint professeur à l'Ecole polytechnique, puis professeur au Collège de France et administrateur de la manufacture de Sèvres.

Il mourut à Paris en 1878 n'ayant pu se remettre de la douleur causée par la mort de son fils le peintre Henri Regnault, tué à Buzenval pendant le siège de Paris, et par la destruction méthodique de son laboratoire de Sèvres par les Allemands

Regnault était un savant exact; la précision de ses expériences est restée célèbre, ses travaux sur la densité des gaz en sont un bel exemple.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine réunion aura lieu jeudi 22 décembre à trois heures du soir. La conférence sera faite à cinq heures trois quarts par M. Fontoynont (de Tananarive), sur Madagascar au point de vue médico-social.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Durand (de Montcontour) et Deltour (de Consobre).

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXIII, n° 16, 20 oct. 1910.) Charles F. PAINTER : La pratique de l'arthrotomie. Description et discussion de cent quatre-vingt-dix-huit cas (*à suivre*). — Arthur L. CHUTE : La petite prostate fibreuse. — W. P. GRAVES : Analyse de l'infection des plaies dans un milieu d'opérations aseptiques consécutives. — J. S. FOOTE : La structure histologique comparée du fémur dans la série animale.

Bulletin médical. — (N° 87, 29 oct. 1910.) HUTINEL : Les oreillons, leurs complications. — A. MALHERBE : L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle d'après 5248 cas personnels. — P. GALLOIS : Sur le 606. A propos d'une visite à Ehrlich. — (N° 88, 5 nov.) BARRIER : Un cas de syphilis traitée dès le début par le 606. Récidive rapide. — (N° 89, 9 nov. 1910.) QUÉNU : Sur la crise de l'enseignement médical et spécialement sur les besoins d'un service de clinique chirurgical. — (N° 90, 12 nov.) KIRMISSON : Bonnet (de Lyon) et le traitement des maladies articulaires.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 nov. 1910.) L. CHAMPIONNIÈRE : La hernie, accident du travail, et la hernie, cause de réforme du service militaire. — (25 nov.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La crise de l'enseignement médical. — MARQUIÉ : Traitement de l'infection puerpérale généralisée à forme pyohémique par les injections sous-cutanées d'ergotine.

Journal des praticiens. — (N° 42 *bis*, 19 oct. 1910.) DE BEURMANN et GOUGEROT : Importance pratique, pronostique et thérapeutique du diagnostic de mycose et de sporotrichose. — Pierre DELBET : Les complications des otites moyennes suppurées. — JEANSELME : La syphilis familiale. — MOURIQUAND : L'air chaud dans la thérapeutique des ascites d'origine tuberculeuse. — (N° 43, 22 oct.) MATHIEU : Formes cliniques et traitement des spasmes de l'intestin. — RAYMOND : Sur un cas de tumeur de l'épiphyse. — CATHELIN : Le syndrome urétro-prostato-cervical. — (N° 44, 29 oct.) BERNHEIM : De l'asystolie. — (N° 45, 5 nov.) JEANSELME, LAIGNEL-LAVASTINE et TOURAINE : Action du 606 dans la syphilis primaire et secondaire. — BERNHEIM : De l'asystolie (*suite*). — (N° 46, 12 nov.) P. RECLUS : Un nouveau procédé d'anus artificiel iliaque. — GAUCHER : Le tréponème dans les lésions syphilitiques, son siège, sa recherche. — DARBOIS et Jean VERGNES : La brebis, agent de propagation de la fièvre de Malte. — (N° 47, 19 nov.) L. RÉNON : L'esprit d'un traitement scientifique réel de la tuberculose pulmonaire. — P. DELBET : Epilepsie symptomatique. — (N° 48, 26 nov.) ROCHON-DUVIGNEAUD : Miotiques et mydriatiques. — GOUGET : Rapports de la syphilis avec la tuberculose. — CLAUDE : Neurasthénie et aérophagie. — RAYMOND : Neurasthénie. — BALENCIE : Un nouveau dispositif de compression dans le traitement des gibbosités pottiques. — (N° 49, 2 déc.) SEGOND : Quelques considérations pratiques à propos d'un traumatisme de l'épaule. — BROCA : Les fractures du col du radius, de l'olécrâne et du cubitus. — A. MATHIEU : Les fausses diarrhées. — Ch. FIESSINGER : Le repos au lit et les crises hypertensives dans l'angine de poitrine organique. (*Voir la suite, p. 2002.*)

A PROPOS DE DEUX CAS
DE
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

Arthrites à méningocoques,
Accidents mortels d'anaphylaxie sérique,

Par M. VIGOT,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Caen.

J'ai eu l'occasion d'observer au début de cette année deux cas de méningite cérébro-spinale, qu'il m'a paru intéressant de relater en raison des manifestations articulaires, qui sont venues compliquer l'évolution de la maladie dans le premier cas et des accidents d'anaphylaxie sérique qui se sont manifestées dans le second et ont causé la mort du malade.

OBSERVATION I. — F..., âgé de dix-huit ans, est pris brutalement, le 26 janvier 1910 au matin, de céphalée et de vomissements.

Le 27, vomissements, douleurs de tête (toute la tête) arrachant des cris au malade. Pas de troubles oculaires, gorge rouge, raideur légère de la nuque, hyperesthésie légère totale, raie méningite intense, signe de Kernig, pouls 80, température 38°6. Je vois le malade à dix heures et je fais incontinent une ponction lombaire, qui donne issue à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien louche, et injecte 20 centimètres cubes de sérum de Dopter. Le liquide renferme de nombreux polynucléaires très altérés et de nombreux méningocoques. Le soir, moins de céphalée; facies passable, surdité légère, pouls 100, température 39°5.

Le 28, la nuit a été passable. La douleur de tête qui s'était calmée reprend vers six heures du matin. Une seconde ponction lombaire à neuf heures donne issue à 30 centimètres cubes de liquide louche : polynucléaires, moins de méningocoques; injection de 20 centimètres cubes de sérum de Dopter, pouls 92, température 38°5, Kernig intense, journée passable.

Le 29, reprise des douleurs de tête, troisième ponction : 25 centimètres cubes de liquide moins louche; moins de polynucléaires, très peu de méningocoques. On injecte 20 centimètres cubes de sérum de Dopter; journée passable, surdité complète du côté gauche.

Le 30, douleurs de tête, quatrième ponction : 40 centimètres cubes de liquide, suivi de l'injection de 30 centimètres cubes de sérum. Le liquide céphalo-rachidien a la couleur du sérum sanguin; il contient des polynucléaires, mais pas de méningocoques, pouls 90, température 39°5, soirée et nuit calmes.

Le 31, amélioration notable; mais le malade se plaint *des deux jambes,* pouls 92, température 38°5.

Le 1er février, hydarthrose des deux genoux. L'épanchement se fait rapidement. Pas de rougeur. Tuméfaction intense. Les mouvements articulaires sont comme bridés. Douleurs exagérées par les mouvements provoqués, température 40. Les genoux sont globuleux, méplats et saillies ont disparu, la synoviale distendue a arrondi les formes. La fluctuation est très nette et facile à observer.

Le 3 février, ponction des deux genoux : on retire du genou gauche 80 centimètres cubes et du droit 60 centimètres cubes. Le liquide est *purulent, gélatineux*; il contient des polynucléaires et des *méningocoques.* On injecte 20 centimètres cubes de sérum dans chacun des deux genoux.

4 février, amélioration du genou droit, mais le gauche reste sensible. *Arthrite sèche de l'épaule droite.*

5 février, douleurs dans le genou gauche. La tuméfaction s'est reproduite, mais d'une façon moins intense, pas de rougeur. Seconde ponction du genou gauche. Liquide 40 centimètres cubes purulent, gélatineux ; polynucléaires, peu de méningocoques, injection de 10 centimètres cubes de sérum.

6 février, nuit bonne, moins de douleurs du genou gauche, moins de gonflement.

7 et 8 février, amélioration notable des deux genoux.

Le 9 février, le genou droit est redevenu normal. Le gauche va mieux.

11 février, genou gauche normal. Le malade demande à manger.

14 février, reprise de la méningite, douleurs de tête vives, non pas les douleurs du début, mais des coups de marteau.

15 février, cinquième ponction lombaire, nombreux polynucléaires, rares méningocoques, rares lymphocytes, sérum 20 centimètres cubes.

16 février, mieux notable. Mais du 17 au 25, les douleurs de tête et la fièvre persistent.

Le 26, sixième ponction lombaire. Liquide 40 centimètres cubes, sérum 40 centimètres cubes, polynucléaires intacts. Lymphocytes en égal nombre.

Le 28, mieux notable ; l'amélioration se fait très rapidement, mais le malade reste sourd de l'oreille gauche.

La méningite a été très infectieuse. Il a fallu six ponctions lombaires suivies d'autant d'injections de sérum de Dopter, la dernière injection de 40 centimètres cubes, pour juguler la maladie. Enfin complication assez peu fréquente et importante, parce qu'elle est le stigmate évident de la généralisation de l'infection par voie sanguine, double arthrite suppurée des genoux et arthralgie de l'épaule.

La ponction des deux genoux a été pratiquée comme se fait d'ordinaire la ponction dans le cas d'hydarthrose. Aux méplats qui sont au-dessous de la rotule a succédé une saillie globuleuse; plongez hardiment dans cette saillie pour pénétrer dans l'articulation du genou. Il n'y a aucune zone dangereuse, pas d'artères, pas de nerfs. Les ailerons ligamenteux de la rotule sont résistants, appuyez fortement la pointe de l'aiguille qui doit pénétrer de 3 à 4 centimètres. Bien entendu, on doit prendre les précautions antiseptiques d'usage et après la ponction mettre un peu de collodion.

Les manifestations articulaires dans la méningite cérébro-spinale épidémique revêtent habituellement comme chez mon malade les deux formes arthralgiques et suppurées.

Dans la *forme arthralgique*, c'est une arthrite légère et passagère d'une ou plusieurs jointures qui apparaît en général dans la première semaine. Mais on a vu des cas d'arthralgie qui précèdent la méningite comme dans le fait suivant :

Une fillette de neuf ans entre à l'hôpital pour une violente et douloureuse arthrite de l'épaule; deux jours après les genoux sont pris et le lendemain les signes de la méningite cérébro-spinale classique apparaissent (1).

La douleur de la jointure n'est pas *très vive* en général. La pression l'exagère. Le malade immobilise la jointure. En général c'est un *gonflement douloureux.* Les articulations atteintes sont : l'épaule,

(1) SEVESTRE et VAILLANT. Société de pédiatrie, 18 avril 1905.

les coudes, les genoux, les poignets, les articulations intervertébrales (1).

Les petites articulations de la main, du poignet présentent de l'œdème. La mobilisation de la jointure peut se faire sans provoquer de vives douleurs.

La peau présente souvent une coloration normale, légèrement rouge dans certains cas.

Le malade de ma première observation a accusé, huit jours après le début de la maladie, une arthrite de l'épaule sans épanchement qui s'est terminée huit jours plus tard.

La méningite cérébro-spinale épidémique s'accompagne souvent aussi d'*arthrite suppurée*.

En général, une seule articulation est prise, genou (Tourdes, Simonin), épaule (Josias), coude (Netter); plus rarement, plusieurs articulations sont atteintes (Franz). Le pus quelquefois est stérile, mais le plus souvent on y retrouve le méningocoque ou un microbe d'infection secondaire.

Les manifestations articulaires peuvent rétrocéder sans qu'il soit fait de traitement local (2); elles sont très favorablement influencées par les injections de sérum antiméningococcique. Les arthrites du malade dont j'ai relaté plus haut l'observation ont été guéries rapidement par le sérum de Dopter. La quantité de sérum à injecter dans l'articulation varie de 10 à 30 centimètres cubes, suivant les cas (cas favorable de Netter, Ladd).

La fréquence des troubles des articulations dans la méningite cérébro-spinale épidémique semble très variable. Certaines épidémies donnent un taux élevé, tandis que d'autres en donnent un très restreint. Osler, sur 111 cas de méningite cérébro-spinale, a vu 6 fois des arthrites (3); sur 23 cas, P. Teissier (4) n'observe qu'un cas d'arthrite purulente; Netter, 4 cas d'arthrite sur 52 malades (loc. cit.). Dans la thèse de Ménard, inspirée par Hutinel, sur 14 observations on n'en trouve pas un seul cas. Dans mon mémoire *de la Méningite dans le Calvados* (5) je trouve sur 20 cas un seul cas d'arthrite de l'épaule droite sur la femme R... (de Sainte-Marie-Laumont) et un cas d'arthrite suppurée du coude (avec méningocoques) chez l'enfant soigné par le docteur Postina.

Le diagnostic des *complications articulaires de la méningite cérébro-spinale* peut présenter quelques difficultés.

Le sérum de Dopter, comme tous les sérums thérapeutiques, peut donner lieu à des *douleurs articulaires*. En général, le malade éprouve après injection des douleurs passagères dans les membres inférieurs.

(1) Barbier et Vaucher. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 7 mai 1909, p. 871.

(2) Netter. *Bull. de la Soc. méd.*, 1909, p. 894.

(3) Osler. *Boston med. Journ.*, 28 oct. 1898.

(4) P. Teissier. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1909, 21 mai, p. 941. Un cas d'arthrite purulente du genou chez un malade atteint de méningite classique.

Ponction du genou. Pus épais verdâtre, polynucléaires sains ou altérés, ne contenant pas de méningocoques, malgré les examens répétés. Guérison rapide après l'injection de sérum de Dopter dans la jointure.

(5) Vigot. *Année médicale de Caen*, janvier et février 1910.

« Les arthropathies sériques apparaissent du septième au dix-neuvième jour, avec maximum de fréquence les huitième, neuvième et dixième jours. » (Netter.) La date d'apparition des accidents articulaires de la méningite est à peu près la même : sept jours après chez la femme R...; six jours après chez l'enfant soigné par le docteur Postina; cinq jours dans cette observation.

Les complications articulaires de la méningite sont donc en général plus *précoces* que les complications sériques. Dans les accidents sériques, nous avons presque toujours des *éruptions*, de l'*urticaire*. Il faut en tenir compte. Cependant les accidents sériques donnent souvent de la fièvre après une rémission passagère de la température. Dans la forme arthralgique, la fièvre *est minime*, tandis que dans la forme suppurée la *fièvre est intense*, comme dans les accidents d'anaphylaxie sérique.

Pour le rhumatisme infectieux, souvent mono-articulaire, douleurs peu vives, pas de sueurs, quelquefois pas de fluxion, fièvre modérée, à part les arthrites suppurées. C'est là un schéma, mais la clinique s'accommode mal de ce schéma; on voit souvent les symptômes de l'un être légers, et ceux de l'autre prendre beaucoup plus d'importance. Souvent au début le diagnostic est hésitant : pour un de leurs malades, Barbier et Vaucher hésitaient entre les diagnostics de méningite et de rhumatisme articulaire aigu. Il ne faut pas oublier que le rhumatisme articulaire léger peut précéder la méningite cérébro-spinale (Osler).

On peut aussi penser au *rhumatisme cérébral* que la ponction lombaire permettra de distinguer facilement.

Enfin, au rhumatisme blennorragique dont les signes articulaires sont à peu près les mêmes. Il faut s'enquérir de l'état du canal de l'urètre. En général, d'ailleurs, le rhumatisme blennorragique n'aboutit pas à la suppuration (1).

Obs. II. — Mme F... est *contagionnée par son fils*, observation ci-dessus. Elle est prise le 8 février de douleurs légères de la tête et des membres. Son fils avait été pris le 26 janvier. Pas de vomissements, pas de fièvre, du 8 au 14 février, température de 37 degrés à 37°5. Le 13 février, herpès labial, Kernig, surdité, hyperesthésie, raideur de la nuque.

14 février, ponction lombaire; liquide louche avec nombreux polynucléaires et méningocoques en petit nombre. Sérum de Dopter 20 centimètres cubes; température 39 degrés.

Les 15, 16 et 17 février, les symptômes s'améliorent, douleurs de tête presque disparues; la fièvre diminue, de 39 degrés elle tombe à 38 degrés et à 37°5.

Le 19 au soir, recrudescence des symptômes : douleurs de tête, raideur de la nuque, hyperesthésie.

20 février, 37°6. Ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien opalescent, polynucléaires nombreux, peu de méningocoques intra et extra-cellulaires. Sérum de Dopter 30 centimètres cubes.

Le 21, nuit passable, 37°8. Le matin, accablement, assou-

(1) Notons que MM. Pissavy et P. Chauvet ont guéri en vingt jours des arthrites blennorragiques graves par le sérum de Flexner injecté dans les jointures malades, tenant compte des analogies morphologiques et biologiques du gonocoque et du méningocoque, *Soc. méd. des hôpit.*, 22 oct. 1909.

pissement. La malade répond bien aux questions qu'on lui pose, mais retombe dans la somnolence.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien clair, beaucoup de polynucléaires, mais intacts; rares méningocoques; sérum de Dopter, 30 centimètres cubes.

Le 22, 37°2 le matin, 38 degrés le soir.

Ponction lombaire : liquide clair, non teinté, ni polynucléaires, ni méningocoques. Amélioration notable. La somnolence est passée. La malade demande à manger.

Les 23, 24 et 25, température entre 37°2 et 37°8.

Le 26, l'assoupissement recommence. Douleurs de tête et des membres; Kernig; 38 degrés. Ponction lombaire : liquide opalescent, pas jaune, pas sanguinolent; rares polynucléaires intacts, pas de méningocoques. Sérum de Dopter, 40 centimètres cubes. Après l'injection du sérum, on met le bassin surélevé et aussitôt la malade tombe dans un coma complet. Les yeux sont entr'ouverts, les extrémités cyanosées, la respiration est haletante, ralentie, les sphincters sont intacts. Tous les moyens échouent et la mort arrive trente-six heures après le début du coma.

Cette femme avait été contagionnée par son fils qui avait été pris lui-même par la méningite le 26 janvier.

Les premiers symptômes apparaissent le 8 février, mais ces symptômes sont minimes : pas de fièvre, température 37 degrés à 37°5 du 8 février au 14 février. Avant le 14 février, je ne croyais pas à la méningite.

Le 14, ponction lombaire; sérum, 20 centimètres cubes.

Le 19 au soir, recrudescence des symptômes.

Le 20, deuxième ponction lombaire, sérum 30 centimètres cubes.

Le 21, troisième ponction lombaire, sérum 30 centimètres cubes.

Le 22, quatrième ponction lombaire, sérum 40 centimètres cubes.

Le 26, cinquième ponction lombaire, sérum 40 centimètres cubes.

Aussitôt après, coma et mort que j'attribue à l'anaphylaxie.

Tout le monde connaît l'expérience fondamentale de Richet et Portier.

Les actinies renferment dans leurs tentacules une substance albumotoxique. Cette substance injectée à dose modérée dans les veines d'un chien est inoffensive. Mais si quatre ou cinq semaines après, ce même chien reçoit une injection de même dose, il est pris d'accidents extrêmement graves et souvent mortels (vomissements, dyspnée, impuissance motrice, insensibilité, contractions intestinales violentes). Tous ces phénomènes portent le nom de *choc anaphylactique*.

L'expérience de Richet « consiste en ce qu'une première injection de substance toxique, loin d'immuniser l'animal, le rend au contraire beaucoup plus sensible à ce même poison ; voilà ce qui constitue essentiellement l'anaphylaxie et l'on dit que l'animal rendu plus sensible est anaphylactisé » [Castaigne (1)].

C'est tout le contraire de l'exemple de Mithridate.

(1) Voir dans le *Journal médical français* n° 19, 15 septembre 1910, l'excellent article de vulgarisation de M. Castaigne sur la question de l'anaphylaxie.

Mais Mithridate usait de poisons probablement d'origine végétale (alcaloïdes végétaux), tandis que dans l'anaphylaxie le poison albumotoxique est d'origine animale. Une certaine durée d'incubation pour l'anaphylaxie est nécessaire; elle doit être de dix jours au moins (Richet).

Les sérums en injection sous-cutanée provoquent souvent de l'urticaire, des arthralgies, de la fièvre, mais ces accidents durent peu. Dans les injections intrarachidiennes *en séries*, on trouve des accidents toujours sérieux, témoin le cas de Sicard et Salin (1) dont voici le résumé :

Homme de quarante ans, présentant tous les symptômes de la méningite cérébro-spinale épidémique, le 27 mars 1910.

Le 27 mars, ponction lombaire, sérum de Dopter 50 centimètres cubes.

Le 29, ponction, sérum 20 centimètres cubes.

Le 4 avril, ponction, sérum 10 centimètres cubes.

Trois heures après, la température qui, la veille, ne dépassait pas 38 degrés, monte à 39°3. La céphalée qui était légère devient intense, le malade accuse une rachialgie très pénible. Ces phénomènes durent peu.

Le 13 avril, injection de sérum, 20 centimètres cubes, Liquide très clair.

Quatre heures après l'injection, céphalée extrêmement violente, douleurs très vives dans les membres inférieurs, rachialgie, 40°2.

14 avril, 39 degrés, la céphalée persiste, Kernig.

30 avril, sérum, 8 centimètres cubes, réaction générale très intense, 39°6.

L'état général semble grave. La réaction dure quarante-huit heures. Le malade se rétablit.

Dans leur mémoire sur « les accidents d'anaphylaxie sérique dans la méningite cérébro-spinale », MM. Hutinel et Darré (2) rapportent trois observations absolument identiques à l'observation de Sicard et Salin et à la nôtre.

Première observation. — Garçon de six ans présentant tous les signes de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Du 18 au 22 avril, une injection journalière de sérum de Dopter 30 centimètres cubes.

Le 25, rechute des symptômes méningés. Liquide trouble. Injection de sérum 30 centimètres cubes. Peu après convulsions, coma et mort six heures après.

Deuxième observation. — Enfant de trois ans.

Le 22 juin, sérum 20 centimètres cubes.

Le 23 juin, sérum 30 centimètres cubes.

Le 24 juin, sérum 25 centimètres cubes.

Rechute le 29 juin, liquide *clair*, sérum 30 centimètres cubes. Aussitôt après, opisthotonos, convulsions, semi-coma, mort onze jours après.

Troisième observation. — Enfant de trois ans.

Les 3, 4, 5 et 6 février, injections journalières de sérum de Dopter 30 centimètres cubes. La méningite s'améliore au point de penser à la guérison. Accidents sériques le 24 février. Rechute des symptômes méningés le 22 mars. Injection de sérum 20 centimètres cubes.

Le 27, liquide contenant des méningocoques, sérum 30 centimètres cubes. *Après cette injection*, l'enfant tombe dans le

(1) Sicard et Salin. *Bull. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 juillet 1910, t. II, p. 39.

(2) Hutinel et Darré. *Journal médical français*, 15 sept. 1910, n° 9, p. 384.

coma, anesthésie absolue, respiration ralentie, irrégulière ; mort, une heure et demie après l'injection.

De ces faits, il résulte que le choc anaphylactique ne s'établit qu'après une période d'incubation dont la durée a été dans les observations ci-dessus de huit à vingt jours.

Les accidents *sont légers* dans les premières injections, mais ils deviennent *graves* après les injections tardives pratiquées à la période d'état ou dans la convalescence. Les accidents sont d'autant plus sérieux qu'on pratique des injections de sérum répétées, surtout si elles sont séparées par un intervalle de plusieurs jours (Sicard et Salin et notre observation).

Faut-il incriminer la quantité de sérum injectée ? La quantité de sérum employée dans les observations a été de 25 à 40 centimètres cubes. C'est une dose moyenne qui n'a pu, dans tous les cas, être nuisible comme quantité.

Le coma est de règle dans toutes les observations.

Nous n'aborderons pas ici la question si complexe de la pathogénie de ces accidents, mais ces accidents graves et souvent mortels d'anaphylaxie, comment les éviter ?

Il faut suivre les conseils de Netter et de Dopter. Aussitôt que le diagnostic de méningite cérébrospinale épidémique est établi, il faut faire une ponction lombaire et injecter de *fortes doses*, 30 à 60 centimètres cubes. Répéter trois fois de suite. A ce moment, le malade n'est pas anaphylactisé et la méningite peut être *jugulée*. Mais quelques jours plus tard s'il survient une recrudescence des symptômes, il faut se demander si cette recrudescence est le fait de la méningite ou celui des *accidents sériques*. Dans ce dernier cas en faisant de nouvelles injections de sérum on *aggraverait ces accidents*.

Pour éviter toute erreur, il faut faire une ponction lombaire. Si le liquide est clair, ambré, nul doute; c'est une solution de sérum non résorbée.

Si le liquide n'a pas la couleur du sérum, il faut en faire l'examen; s'il ne contient pas de méningocoques, il faut s'abstenir du sérum.

Mais si la présence du méningocoque est constatée, nous serons perplexe (témoin la troisième observation de Hutinel et Darré). Nous sommes pris entre *deux feux*. Je crois qu'il vaut mieux alors temporiser, reculer les injections de sérum en se basant sur les symptômes.

Pour prévenir les accidents d'anaphylaxie sérique, Besredka propose une méthode très simple et facile à appliquer dans la pratique. On injecte, la veille ou quelques heures avant l'injection curative, une petite quantité de sérum dans le rectum, ou bien on fait une injection sous-cutanée de ce sérum en *très petite quantité*. Cette méthode de vaccination prévient les phénomènes d'anaphylaxie.

Enfin Netter a conseillé l'emploi du chlorure de calcium qui a une action sur la prophylaxie des accidents sériques. La méthode est assez simple : c'est de donner à tous les malades une potion de chlorure de calcium les jours où l'on fera des injections de sérum.

MÉDECINE PRATIQUE

LA THIOSINAMINE (FIBROLYSINE) EST-CE UN MÉDICAMENT INACTIF ET DANGEREUX (1)?

L'action thérapeutique de la thiosinamine existe-t-elle telle qu'on la décrit ? — Certains travaux récents tendent à démontrer qu'elle est nulle et que l'action élective sur le tissu de cicatrice jeune est une chimère. Si l'on étudie tout d'abord son action locale sur le tissu de cicatrice, comme W. Brandenburg l'a fait sur 16 lapins, on constate que les injections interstitielles exercent une certaine action chimiotaxique locale qui aboutit à la vasodilatation, à l'accumulation de sérosité dans les espaces interfibrillaires. En même temps, il se produit une dilatation des vaisseaux lymphatiques avec légère prolifération et desquamation endothéliale. Cette réaction locale, très passagère, s'observe aussi bien dans les cicatrices anciennes que dans les cicatrices récentes. De plus, elle n'a rien de spécifique, on la constate aussi bien avec l'injection d'eau, de sérum physiologique, d'huile ou de lait. Un badigeonnage de la peau à la teinture d'iode donne le même résultat.

M. Vejux Tyrode est encore plus affirmatif ; à la suite d'expériences sur la grenouille, le lapin, le cobaye, il est convaincu que l'action spécifique sur le tissu conjonctif n'existe pas, les modifications portant surtout sur les cellules épithéliales des viscères. Mertens avait déjà signalé cette action sur le parenchyme rénal, V. Tyrode insiste sur les lésions observées dans l'épithélium hépatique et rénal, alors qu'on n'observe pas de changements dans le tissu conjonctif.

Reste l'action de la thiosinamine sur la composition du sang. Richter avait montré que la thiosinamine abaisse d'abord le nombre des globules blancs, cette diminution étant suivie d'une légère augmentation portant sur les polynucléaires, le nombre des éosinophiles n'étant pas changé.

Winternitz étudiant l'action de divers médicaments sur la leucocytose a montré que l'augmentation causée par l'emploi de la thiosinamine était nulle ou insignifiante. De toutes les essences de l'huile de moutarde, c'est la seule qui n'amène pas une inflammation locale aseptique et une hyperleucocytose généralisée.

Charteris, pour étudier l'action chimiotaxique de la fibrolysine, a institué l'expérience suivante : de petits tubes capillaires stérilisés contenant de la thiosinamine, fermés à une extrémité, ouverts à l'autre, sont enfermés dans la cavité abdominale de grenouilles. Enlevés au bout de douze à vingt-quatre heures, les tubes ne contenaient aucun leucocyte, preuve que la thiosinamine et fibrolysine n'exercent aucune action chimiotaxique positive dans ces conditions.

Le même auteur a montré par une série d'expériences consciencieuses soit sur lui-même, soit sur des malades, que la thiosinamine ingérée par la bouche ou injectée n'avait aucune action sur la teneur générale du sang en globules blancs ; même quand cette administration est prolongée pendant des semaines, le sang montre très peu de modification.

En tout cas, on n'observe pas cette hyperleucocytose notable, ni la formule leucocytaire ne montre une production active d'éléments jeunes, rien qui indique que la fibrolysine puisse avoir par l'intermédiaire du sang une action quelconque sur la résorption des tissus fibreux pathologiques.

Dans un article récent, Starkenstein expose les résultats d'une série d'expériences qu'il a faites pour étudier le pouvoir de la thiosinamine sur les tissus. Pour lui, ce pouvoir serait tout différent de ce qu'on a prétendu ; la thiosinamine présenterait une action hydrolytique certaine sur les subs-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 142, p. 1949.

ances collagènes (en particulier celles que contient la peau qu'il a surtout étudiée) peu solubles, peu digestibles, et amènerait leur transformation en substances isomères plus solubles, plus facilement résorbables (gélatine). Cette action serait diminuée par la présence de sérum normal. La thiosinamine et la fibrolysine partageraient ce pouvoir avec tous les corps de la série allylique, qui la posséderaient à des degrés différents.

Comme l'auteur a fait ses expériences *in vitro* à la température du corps, il pense que leurs résultats sont applicables à l'organisme vivant. Il voit, dans l'étude des dérivés allyliques, un champ étendu ouvert à la thérapeutique.

En résumé, les travaux récents de laboratoire ne nous montrent pas que la thiosinamine possède ce pouvoir spécifique qu'on lui attribuait sur le tissu de cicatrice jeune par l'intermédiaire de la leucocytose. Il ne faut pas en tirer la conclusion absolue que ce pouvoir n'existe pas, car d'abord les expériences n'ont peut-être pas reproduit toutes les conditions (en particulier la durée d'application du médicament sur lesquels les partisans de la fibrolysine insistent) observées en clinique, en second lieu il y a les faits cliniques. Si les faits cliniques prouvent cette action spécifique du médicament, il faut simplement conclure qu'elle est différente de ce qu'on pensait jusqu'ici et qu'elle reste à établir. Que disent donc les faits cliniques ?

Il est indéniable que la fibrolysine compte à son actif un nombre considérable de succès. En face de ceux-ci le nombre des insuccès publiés paraît peu important, mais ne publie-t-on pas bien plus volontiers les succès que les insuccès ?

De ces derniers cas une partie peut s'expliquer comme nous l'avons vu par un choix malheureux des affections. Il y a à l'emploi de la fibrolysine des indications que l'on méconnaîtrait trop souvent.

Cependant, même au sujet des affections que tout le monde s'accorde comme devant relever du traitement par la fibrolysine, on relève dans la littérature médicale des contradictions déconcertantes.

Prenons comme exemple les ankyloses fibreuses articulaires. On a publié des cas de guérison nombreux par injections de fibrolysine suivies de mobilisation.

Nous voyons par exemple, à la séance du 18 février 1908 de la Société império-royale de médecine de Vienne, Gara rapporter les observations de deux guérisons remarquables d'ankylose suite de rhumatisme chronique et d'arthrite blennorragique. Dans cinq autres cas il aurait obtenu un résultat aussi beau. Or les orateurs suivants, Teleky, Wick, Ullmann viennent déclarer qu'ils n'ont jamais obtenu de résultats par la fibrolysine dans des cas identiques.

La même année, Goussef (de Vertlouga) publiant une statistique de cas où la fibrolysine lui a donné des succès note que dans les ankiloses fibreuses il n'a jamais rien obtenu de son emploi. Stern aboutit à des conclusions analogues. Charteris n'a tiré aucun bénéfice de l'emploi de la fibrolysine pour plusieurs cas d'ankylose du coude, d'ankylose rhumatismale du poignet, que la radiographie montrait être de nature entièrement fibreuse, tandis que Bannatyne sur des malades comparables obtenait des succès constants.

Enfin certains auteurs vont plus loin et affirment que par l'emploi de la fibrolysine aussi bien en applications locales qu'en injections sous-cutanées prolongées ils n'ont obtenu aucun bénéfice, pas plus dans les ankyloses que dans les cicatrices traumatiques récentes, les cicatrices chéloïdiennes, les rétractions de l'aponévrose palmaire, l'ataxie, etc. C'est le cas de Brandenburg et de Charteris. Pour eux, son emploi n'est d'aucun bénéfice, et les améliorations observées sont dues uniquement au traitement concomitant (dilatation, massage, mobilisation). On convient que de pareilles affirmations en face des contradictions qu'on relève même parmi les partisans de la fibrolysine sont suffisantes pour faire planer un doute, et que de nouvelles observations soient indispensables pour se faire une opinion certaine.

Reste un autre point capital :

La thiosinamine est-elle toxique ? — Est-ce un médicament qu'on puisse employer sans danger ? — On avait cru au début de son emploi que la toxicité de la fibrolysine était presque nulle. Des observations récentes contredisent ces premières constatations.

Le plus souvent, chez les malades en traitement, on observe un goût amère, déplaisant dans la bouche et des éructations aigres sentant l'ail. A un degré plus élevé, l'intolérance se traduit par des maux de tête, des vertiges, de la lassitude persistante, des vomissements, de la diarrhée. Enfin on peut observer des phénomènes plus sérieux qui reproduisent chez l'homme ce qu'on obtient expérimentalement chez les animaux.

Les résultats obtenus par les expérimentateurs (Lange, Döllken, Cushing, Brandenburg, Tyrode) sont concordants.

La thiosinamine, à haute dose, produit des troubles de la respiration (Cushing, Brandenburg, V. Tyrode) ; cette dépression intense peut s'accompagner d'œdème des poumons, avec congestion marquée, surtout si son emploi a été prolongé (V. Tyrode) ; ce trouble de la respiration peut aller chez les animaux à sang chaud (lapins, cobayes) jusqu'à occasionner la mort.

Par contre la thiosinamine (toujours à hautes doses) semble sans action sur la contraction cardiaque. Le cœur continue à battre normalement après cessation de la respiration. A côté des troubles respiratoires, on peut observer des tremblements, de la salivation, des vomissements, de la diarrhée, et surtout, d'une façon constante, de la torpeur, une faiblesse générale. Si on emploie la thiosinamine non plus à hautes doses, mais à doses faibles et prolongées, on observe des changements profonds dans les échanges de l'organisme. V. Tyrode a bien montré qu'il se produit une perte rapide de poids, avec augmentation de la combustion des substances protéiques et une dégénérescence graisseuse des différents parenchymes, surtout le cœur et les reins. C'est cette dégénérescence graisseuse du cœur qui explique les œdèmes généralisés observés chez les animaux morts après un empoisonnement de plusieurs jours de durée.

En résumé, expérimentalement, dans les empoisonnements aigus, surtout des troubles respiratoires, dans les empoisonnements chroniques, un affaiblissement général avec amaigrissement, dégénérescence graisseuse des viscères, le cœur en particulier.

Chez l'homme on a eu affaire exclusivement à des cas d'empoisonnement par absorption prolongée du médicament. On a essayé d'employer pour la cure des obèses cet amaigrissement obtenu par la fibrolysine et indiqué par Brandenburg et V. Tyrode. Riedel aurait obtenu des résultats. Dans deux cas, Charteris l'a employée sans succès.

L'intoxication se traduit en général chez l'homme, par une réaction fébrile intense qui persiste deux ou trois jours, un pouls rapide et déprimé, des frissons, une grande faiblesse, des vertiges, du malaise général, parfois des vomissements et de la diarrhée, de l'anurie. La fièvre cède assez vite, mais il persiste parfois très longtemps une faiblesse musculaire et un affaiblissement cardiaque marqués. Tels sont les cas d'intoxication qui ont été publiés par Kunkel, Gross, Keitel, Brintzer, Hayn, Billaud, Charteris (3 cas).

L'observation de Billaud montre bien les deux ordres de phénomènes toxiques qu'on peut observer ; son malade porteur d'ankyloses gonococciques multiples reçut 25 injections de thiosinamine ; dès la première injection, il eut des signes d'intolérance se traduisant par des crises d'étouffement, et au vingtième jour apparaît de la difficulté de la marche par perte de la tonicité musculaire traduisant l'intoxication chronique.

Enfin dans deux cas (un cas de Galewsky rapporté par Hayn, et une observation de S. Clifford Pritchard) on a observé en plus des phénomènes habituels l'apparition d'un rash purpurique. Le malade de Pritchard qui avait reçu 18 injections de 2 centimètres cubes présente en même temps des hémorragies des gencives et des hématuries, puis un affaiblissement du cœur avec intermittences et, finalement, décès dix jours après la dernière injection. Il est juste d'ajouter que ce malade était diabétique.

Il convient enfin de remarquer que, étant donné le grand nombre de malades qui ont été actuellement traités par la fibrolysine, le nombre des cas d'intoxication publiés est restreint.

En résumé, que conclure de tout ce qui précède?

1° Un premier point ressort nettement des contradictions relevées entre les divers auteurs qui s'en sont servis cliniquement, c'est que les indications du médicament sont encore entièrement à établir et qu'une revision de son action clinique est à faire.

2° Si on admet, et les nombreux succès publiés obligent à le faire, que la fibrolysine possède une action thérapeutique, les travaux de laboratoire semblent nous prouver qu'elle est différente de ce qu'on avait pensé jusqu'ici, et qu'elle reste à établir.

3° Il est prouvé que, de même que beaucoup de médicaments, la fibrolysine est toxique, son emploi doit donc être surveillé, notamment dans les cas de traitement prolongé.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Pour toutes les publications antérieures à 1908, se reporter à la thèse de E. Marmoiton, *La thiosinamine*, Nancy, juillet 1908.

Billaud. De quelques effets de la thiosinamine, *Gaz. méd. de Nantes*, 14 déc. 1907; — *Sem. méd.*, 1er janv. 1908.

Gara. Le traitement des ankyloses graves des articulations par la fibrolysine, *Wiener klin. Woch.*, 1908, n° 10, 5 mars, p. 340, et n° 12, 9 mars, p. 394.

Gerest. Sténose cicatricielle du pylore; guérison par le traitement médical (Lavage de l'estomac et fibrolysine), *La Loire médicale*, 1908, t. XXVII, n° 11, 15 nov.; — *Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne*, 7 oct. 1908.

Goussel. Quelques observations sur l'action de la fibrolysine dans les affections chirurgicales, *Chirourgia* (en russe), t. XXIV, nov., n° 143.

Grosse. *Münch. med. Woch.*, 1908, p. 28.

Hartmann. *La thiosinamine et son emploi*, Th. de Bonn, août 1907.

Lavraud (Lavraud, Besson, Shilliez). Rétrécissement laryngé syphilitique et fibrolysine. Rétraction tendineuse du genou guérie par la fibrolysine, *Soc. des sc. méd. de Lille*, 16 déc. 1908.

Raineri. La fibrolisina in genecologia negli essudati di antica data, *Att. della soc. ital. di ost. e gin.*, Congrès de Genève, 1908.

Stenart. Fibrolysis cicatricial pyloric obstruction, *The British med. Journ.*, 1908, n° 2487, 29 août.

Stern. *Wratsch. gaceta*, 1908, n° 48.

Skrypta. *Wratsch. gaceta*, 1908, n° 48.

Aizner. Guérison de la myosite ossifiante traumatique par la fibrolysine, *Münch. med. Woch.*, t. LVI, n° 15, 13 avril 1909.

Althoff. Emploi de la fibrolysine par les voies rectale et vaginale, *Münch. med. Woch.*, t. LVI, n° 31, 3 août 1909.

Bannatyne. Traitement des affections chroniques des articulations par la fibrolysine, *Lancet*, 1909, t. CLXXVI, n° 4450, 23 janv., p. 236.

Bichaton. Cas d'otite moyenne catarrhale chronique traités par la thiosinamine, *Revue hebd. de laryng., d'oph. et de rhinol.*, t. XXX, n° 47, 29 nov. 1909.

Brandenburg. Recherches expérimentales relatives à l'action de la fibrolysine sur le tissu cicatriciel, *Arch. f. klin. Chir.*. 1909, t. LXXXIX, fasc. 1, p. 253.

S. Clifford-Pritchard. Un cas de purpura hémorragique à la suite d'emploi de fibrolysine, *Lancet*, 14 août 1909, p. 450.

Dillon. Etude sur la thiosinamine ou fibrolysine, *Roussky Vratch* (en russe), t. VIII, n° 43, 24 oct. 1909.

Favera. *Rev. sintet.*, 1909, n° 33.

Gavello. *Rass. di clin. e terap.*, 1909, n° 35.

Gerest, Nordmann, Moreau, Duchamp. Cicatrice rétractile de brûlure de la face améliorée par les injections de fibrolisyne, *Soc. des sc. méd. de Saint-Etienne*, 1909, 20 janv.

Grossmann. La fibrolysine dans la pratique ophtalmologique, *Lancet*, n° 4455, 1909, 16 janv., p. 157.

Knowles. *Lancet*, 1909, p. 473.

Knotz. Traitement des ankyloses par les injections de fibrolysine, *Med. Klin.*, t. V, n° 30, 25 juillet.

Lavraud. Deux cas de guérison par la thiosinamine, *Journ. des sc. méd. de Lille*, t. XXXII, n° 30, 15 mai 1909.

Mendel. *Therap. Monatsh.*, juillet 1909; — *Berl. Klin.*, n° 232.

Martin. *Med. Klin.*, 1909, p. 1818.

Michele. *Giornale intern. delle sc. med.*, 1909, vol. XXXI.

Müller. Un cas de spondylarthrite déformante grave amélioré par les injections de fibrolysine, *Med. Klin.*, 1909, t. V, n° 3, 17 janv.

Perrin. Essai d'interprétation méthodique des succès et insuccès de la thiosinamine, *Presse méd.*, t. XVII, n° 62, 4 août 1907, p. 587.

Pohl. Société de médecine allemande de Bohême, 12 nov. 1909, *Prag. med. Woch.*, t. XXXIV, n° 51, p. 713. Discussion.

Pritchard. *Lancet*, 1909, p. 450.

Poutchkovsky. Un cas de rétrécissement de la trachée guéri par les injections de fibrolysine et le cathétérisme. *Roussky vratch* (en russe), n° 2, 10 janv. 1909.

Rothschild. *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 33.

Riedel. *Münch. med. Woch.*, 1909, p. 1429.

Salva. *Cliniq. ophtalm.*, août 1909.

Schawlow. *Petersb. med. Woch.*, 1909, n° 6.

Stocker. Contre-indications à l'emploi de la fibrolysine, *Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte*, t. XXIX, n° 23, 1er déc. 1909.

Szabinski. *Charite annalen*, 1909, n° 33.

Strong. *Lancet*, 21 août 1909.

Tyrode. Thiosinamin, *Boston med. and surg. Journ.*, 14 janv. 1909, vol. CLX, n° 2, p. 50; — *Arch. int. de Pharmacodyn.*, 1909.

Trautwein. *Dermat. Centralbl.*, 1909, mai.

Castelli. Les injections de fibrolysine dans un cas de cardiopathie grave, *Journ. des Prat.*, t. XXIV, n° 23, 4 juin 1910.

Frank Charteris. L'action de thiosinamine, *The Glascow med. journ.*, sept. 1910, vol. LXXIV, n° 3, p. 165.

Federici. Sur le pouvoir thérapeutique de la fibrolysine, *Corr. san.*, Milano 1910.

Fiori. La fibrolysine dans le traitement de la maladie de Dupuytren, *La Riforma med.*, t. XXVI, n° 27, 4 mai 1910.

Heeger. Sur le traitement par la fibrolysine des affections articulaires ankylosantes, *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 5, 1er fév. 1910.

Hayn. Sur l'intoxication par la thiosinamine, *Münch. med. Woch.*, t. LVII, p. 350, 1910.

Kölliker. Sur l'intoxication par la thiosinamine, *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 29, 19 juillet 1910.

Sacchi. Les injections de fibrolysine dans le traitement des rétrodéviations utérines, *La ginecol.*, t. VII, f. 3, 15 fév. 1910.

Starkenstein. Une nouvelle cause non indiquée encore ex-

pliquant les résultats cliniques de la thiosinamine, *Therap. monatsh.*, Berlin 1910, t. XXIV, p. 68.
STOCKER. Des précautions dans l'emploi de la fibrolysine, *Therap. monatsh.*, avril 1910.
SCHOULL. Note sur un traitement médical de la cataracte, *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 25 juin 1910.
TUBBY. Le traitement de la maladie de Dupuytren, *Med. Press and circul.*, in *Canad. Pract.*, sept. 1910, p. 607.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1910)

Des conditions dans lesquelles se manifeste l'arseno-résistance au cours du traitement de la syphilis par les composés arsenicaux. Conséquences pratiques. — MM. P. RAVAUT et R. WEISSENBACH. Les auteurs rapportent plusieurs observations de syphilitiques traités successivement par l'hectine et le 606 et enfin par des injections répétées de 606. En suivant l'évolution des lésions cutanées, les modifications cellulaires et albumineuses du liquide céphalo-rachidien, et la réaction de Wassermann, ils concluent que des malades qui, après avoir reçu de l'hectine, sont ensuite traités par l'arsenobenzol, réagissent beaucoup moins bien que des malades vierges de tout traitement arsenical antérieur. Chez des malades pour lesquels il a été nécessaire de répéter les doses de 606, ils ont constaté que les injections ultérieures étaient beaucoup moins efficaces que la première. Au contraire, les traitements mercuriels constamment suivis n'empêchent nullement l'efficacité du 606.

Les auteurs concluent qu'il s'agit là de phénomènes d'arseno-résistance et qu'il faut, comme le conseille Erlich, pour obtenir le maximum d'effet du 606, s'adresser à des malades vierges de tout traitement arsenical antérieur et injecter d'emblée de fortes doses. Si l'état des malades le permet, ils font une première injection intraveineuse de 0g60, suivie cinq jours après d'une seconde injection intramusculaire de 0g60 à 0g70 d'arsenobenzol; ils pratiquent ensuite le traitement mercuriel se réservant, s'il est nécessaire, de reprendre les injections d'arsenobenzol dans quelques mois.

La courbe de poids au cours des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. Fernand BEZANÇON et Mathieu-Pierre WEIL précisent l'évolution de la courbe pondérale au cours de poussées évolutives de tuberculose pulmonaire chronique.

Le poids s'abaisse dès le début de la poussée, l'amaigrissement paraissant même précéder parfois l'élévation thermique; ce stade se prolonge tant que dure la période aiguë de la poussée, et cela quel que soit le régime suivi par le malade, alors même qu'il est hospitalisé, alimenté, alité. A un certain moment, la courbe pondérale remonte. L'élévation de la courbe pondérale est un des phénomènes précurseurs de la fin de poussée; elle précède nettement la chute thermique, la disparition de la leucocytose et de la polynucléose sanguines, le retour à la normale de la pression artérielle, elle est à peu près contemporaine à l'apparition de l'éosinophilie sanguine et ne semble précédée que par le début des décharges urinaires (hydrique et chlorurée). L'importance pronostique que l'on peut tirer de son étude est donc grande. Les auteurs comparent son évolution au cours de la poussée tuberculeuse et au cours des autres maladies aiguës et montrent que si elle permet de rapprocher l'un de l'autre ces différents processus elle ne permet certes pas de les assimiler complètement. Dans la poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire plus précoce est la chute du poids et sa réascension.

Médiastinite tuberculeuse à évolution rapide. Mort par accidents asystoliques à marche aiguë et granulie apyrétique. — MM. P. NOBÉCOURT et G. PAISSEAU rapportent l'observation d'un enfant de dix ans chez qui, six semaines après une pleurésie séro-fibrineuse, apparurent des signes abdominaux à allure de péritonite tuberculeuse bientôt suivis de troubles incubatoires intenses reproduisant le tableau de l'asystolie hépatique. Après une atténuation momentanée, une crise d'asystolie encore plus intense se reproduisit et le malade succombait rapidement à une dyspnée formidable. L'autopsie montra l'absence de toute symphyse péricardique et l'existence d'une symphyse pleurale avec médiastinite. Il existait une transformation fibreuse de tous les tissus cellulaires du médiastin qui adhérait à la plèvre droite et au péricarde englobant dans sa masse les vaisseaux et les organes du médiastin; une des masses fibreuses était particulièrement dense au pourtour de la veine cave inférieure; l'examen histologique montrait une médiastinite parsemée de formations tuberculeuses et une néphrite scléreuse aux lésions dégénératives du tube contourné.

Cette médiastinite tuberculeuse est anormale par l'évolution particulièrement rapide du processus de sclérose; cette anomalie trouve vraisemblablement son explication pour le cas particulier dans une association de la tuberculose avec une hérédité syphilitique probable.

Nouvelle boîte d'autopsie. — MM. ROUSSY et AMEUILLE présentent à la Société un nouveau type de boîte d'autopsie qu'ils ont fait établir. Les divers instruments qui la composent diffèrent notablement du type courant; tous les couteaux sont à extrémités arrondies pour diminuer le plus possible les chances de blessure, il en est de même des ciseaux et du costotome. L'entéorotome, dont l'éperon pointu de la branche femelle lèse souvent les organes, est remplacé par des ciseaux à longues branches dont l'une est boutonnée à plat. Le couteau à cerveau est plus large, le marteau beaucoup plus lourd et le rachitome plus long et plus large que les types courants, toutes modifications dont on appréciera les avantages à l'usage.

Double sténose médiogastrique et duodénale avec présentation de radiographies. Diagnostic radiologique d'un estomac biloculaire. — MM. R. BENSAUDE et D. CHILAÏDITI (de Vienne) rapportent l'histoire d'une malade de trente-sept ans, soignée pour des phénomènes névropathiques et présentant une double sténose médiogastrique et duodénale ayant produit un estomac biloculaire et une dilatation du duodénum; cette dernière lésion n'a été observée qu'exceptionnellement à l'examen radiologique. Ils rappellent à ce propos les précautions à prendre dans le diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire et insistent sur la confusion souvent faite entre l'estomac biloculaire et le spasme.

Ils montrent les radiographies d'un malade ayant un estomac biloculaire typique lorsqu'il souffrait et un estomac normal dès que les souffrances gastriques cessaient.

On peut, d'autre part, méconnaître un estomac biloculaire réel, et à ce propos les auteurs montrent les radiographies d'un malade, dont l'estomac biloculaire est passé inaperçu à un premier examen; la poche supérieure seule étant remplie par le bismuth simulait un estomac normal.

Guérison de chancres syphilitiques par le 606. Nouveau chancre syphilitique trois mois après. — M. MILIAN. Un malade âgé de trente-deux ans atteint de plusieurs chancres syphilitiques avec tréponèmes et réaction de Wassermann positive reçoit 55 centigrammes d'arsenobenzol précipité de Wechselmann, en injection intramusculaire. Les chancres se cicatrisent. Il n'y a pas d'accidents secondaires. La réaction de Wassermann est positive partielle le 20 novembre, négative le 6 décembre.

Le 12 décembre, le malade présente deux ulcérations sur

la verge qui ont le type du chancre syphilitique ecthymateux. Un ganglion inguinal gauche est réapparu du volume d'un haricot. Il ne s'agit pas d'une syphilide secondaire, car il y a induration et aspect objectif typique du chancre. Il ne s'agit pas de chancres redux puisque ces accidents siègent en des régions différentes des premiers. Enfin la femme du malade qui a repris ses rapports avec lui est en pleines plaques muqueuses vulvaires car elle ignore la syphilis dont elle a une première fois contaminé son mari et ne s'en est pas soignée.

La réaction de Wassermann est négative chez le malade comme on l'observe au début du chancre, tandis que d'une manière générale la réaction de Wassermann reparaît parallèlement aux accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires.

Il ne faut pas abandonner l'espoir de la guérison de la syphilis par l'arsenobenzol Elle sera obtenue dans un certain nombre de cas sinon dans tous et si une injection n'est pas suffisante il est possible que ce résultat soit obtenu avec plusieurs.

Fièvre typhoïde; début brusque par un syndrome méningitique. — MM. F. Trémolières et Touraine rapportent l'observation d'une fièvre typhoïde dont le début brusque rappela celui d'une méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire ne décela aucun microbe, mais seulement une lymphocytose légère; le séro-diagnostic était négatif, par contre l'hémoculture fut positive dès les premiers jours. L'affection évolua d'ailleurs, par la suite, comme une fièvre typhoïde normale, se compliquant même d'hémorragies intestinales abondantes.

Il s'agit donc d'une méningo-typhoïde due, non à une méningite aiguë à bacilles d'Eberth, mais à un de ces « états méningés » amicrobiens, sur lesquels l'attention a été récemment attirée. Il fut possible, dans ce cas, contrairement à l'habitude de rapporter cet état méningé à une affection classée. Peut-être en est-il de même dans des faits analogues, où l'infection causale, des plus atténuées cliniquement, aurait pu être décelée par l'hémoculture systématiquement pratiquée.

De plus, cette observation confirme, sous le contrôle du laboratoire, la notion déjà admise par la clinique, du début brusque d'une fièvre typhoïde par un syndrome méningitique et en précise la cause, en mettant en évidence l'existence de l'état méningé aseptique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance supplémentaire d'anatomie pathologique du 8 décembre 1910)

Etude anatomique sur coupes sériées d'un cas d'hémianesthésie par lésion corticale. — MM. Roussy et Foix. Depuis un an et demi, le malade présentait une hémiplégie légère avec hémianopsie et hémianesthésie superficielle et profonde, phénomènes douloureux et dans les derniers temps, hyperesthésie. Les lésions détruisaient la partie inférieure des circonvolutions rolandiques, les deux premières temporales, la deuxième pariétale, le pli courbe et le gyrus supramarginalis, elle atteignait la deuxième occipitale et les fibres de projection de la troisième frontale avec intégrité des noyaux gris centraux et en particulier, de la couche optique, dont les lésions doivent se diagnostiquer non par les caractères des troubles sensitifs, mais par les troubles concomitants.

Myasthénie d'Erb-Goldflam. — MM. Roussy et Rossi. Il s'agit d'un cas ayant évolué en un an chez une fillette de dix ans, début par la face et le cou, extension à la langue, au pharynx et au reste du corps, avec fatigabilité musculaire, faiblesse de la contraction musculaire, réaction myasthénique. A l'autopsie, intégrité du système nerveux, central et périphérique, pas d'autre altération viscérale que la persistance du thymus plutôt en réaction thyroïde, en réaction folliculaire et inflammatoire; les auteurs ont retrouvé dans les muscles striés, l'infiltration interfasciculaire formée de cellules à type lympho-conjonctif, signalée par Weigert-Laquer, et pensent que l'affection est à rapprocher des myopathies plus que des névroses.

Epithélioma cylindrique de l'hémisphère cérébelleux droit consécutif à un cancer du rectum. — MM. Laignel-Lavastine et Boudon. Il s'agit d'un noyau enchâssé dans la face inférieure du lobe droit du cervelet, et diagnostiqué pendant la vie grâce aux petits signes de M. Babinski : adadococynésie du membre supérieur droit, asynergie légère et passagère de l'inférieur du même côté, démarche ébrieuse avec tendance à tomber à droite, amblyopie prédominante à droite. Il y avait, en outre de la céphalée surtout occipitale, des vomissements, des vertiges, du nystagmus.

Hyperplasie hypophysaire dans la sclérose en plaques. — M. Lhermitte. Dans deux cas, la glande pesait 0gr80 et 1 gramme avec, histologiquement, augmentation des cellules chromophiles, éosinophiles et basophiles, les malades avaient des crises de narcolepsie intense. L'auteur insiste en outre sur l'épaississement névroglique du lobe nerveux.

Coloration myélinique rapide. — Mlle Loyes. Les coupes à la celloïdine après fixation au formol sont mises pendant vingt-quatre heures dans l'alun de fer. Coloration un à deux jours par l'hématoxiline Weigert, différenciation à l'alun de fer et ferrocyanure de potassium, alcools et baume, les fibres à myéline sont colorées comme par la méthode de Pal d'une manière très élective et sans taches.

Hydrocéphalie aiguë par épendymite. — M. Delamare. Tuberculome sans cellules géantes; épendymite avec diapédèse hydrocéphalie consécutive.

Lésions de la poliomyélite aiguë. — M. Tinel, à l'autopsie d'un cas ayant évolué en dix jours chez une fillette de onze ans, trouve une infiltration de plasmazellen, et insiste surtout sur la rapidité de l'histolyse nerveuse avec neuronophagie. Dans une poliomyélite expérimentale chez un singe, il a trouvé les mêmes lésions des cellules nerveuses, et conclut que l'anatomie pathologique des poliomyélites aiguës est analogue à celle des infections de la moelle.

Un cas de poliomyélite subaiguë de l'adulte. — MM. Prévost et Martin insistent surtout sur l'étendue des lésions qui atteignent la corne postérieure et diffusent sur une grande hauteur. Il existe des lésions des faisceaux blancs et des racines, de la dilatation des vaisseaux des méninges et de la substance grise; l'infiltration cellulaire périvasculaire comprend de nombreux corps granuleux et ne signifie peut-être pas inflammation.

Sur les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — M. Jumentié montre par la projection de plusieurs cas, qu'elles respectent les septième et huitième paires, au lieu d'y trouver, comme on l'admet, leur point de départ; l'appareil cérébelleux est celui qui résiste le moins bien à leur compression.

Maladie de Recklinghausen. — M. Goducheau montre les pièces d'un cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux trépanée deux fois. Il existe d'autres tumeurs sur la moelle, les racines, le pneumogastrique et au niveau du sixième espace intercostal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 décembre 1910)

A propos du traitement antisyphilitique du tabes (présentation de malade). — M. Alquier présente une malade chez laquelle existent des signes de tabes (douleurs fulgurantes, abolition des réflexes, signes de Romberg, troubles de la nutrition). La réaction de Wassermann a été positive,

et cependant certains symptômes rendent le diagnostic hésitant chez cette malade.

L'auteur insiste sur les difficultés que présente parfois le diagnostic entre la syphilis du système nerveux et le tabes et dit que, pour sa part, il n'a pas encore vu le traitement antisyphilitique avoir une action nette sur l'évolution du tabes.

Discussion sur l'arsenobenzol d'Ehrlich. — MM. LAFAY et LÉVY BING comparent les préparations aqueuses d'arsenobenzol d'Ehrlich destinées à la voie intramusculaire et l'émulsion huileuse, telle qu'ils l'ont réalisée. Ils montrent les nombreux avantages de la forme huileuse au triple point de vue de l'obtention du produit injectable, de sa tolérance par les tissus et même de l'action curative.

L'air expiré n'est pas pur, mais contient, au contraire, de nombreux corpuscules mobiles. — M. A. COURTADE. Quand on examine à l'ultra-microscope la buée respiratoire, recueillie à l'abri de l'air ambiant, on constate la présence d'une multitude de particules solides, les unes fixes de forme et de dimensions variées, d'autres mobiles ressemblant tout à fait à des cocci et à des bacilles, on y trouve aussi des cellules épithéliales.

Si l'on fait évaporer sur une lame de verre deux ou trois gouttes de buée respiratoire, il se forme un halo poussiéreux presque aussi abondant que celui obtenu avec l'eau potable.

La notion de pureté de l'air expiré acceptée par les physiologistes et les hygiénistes doit donc être rejetée.

Des ensemencements sur quatre milieux différents sont restés stériles.

L'air expiré rejette donc dans l'air ambiant, outre les gaz, des produits organiques et autres qui, très probablement, doivent varier avec l'état de santé ou de maladie des voies respiratoires.

Essai sur quelques médications méta-thyroïdiennes. — MM. LÉOPOLD-LÉVI et Henri DE ROTHSCHILD désignent sous le nom de médications méta-thyroïdiennes des moyens thérapeutiques qui empruntent une partie de leur activité à leur influence directe ou indirecte sur la glande thyroïde. Ils étudient spécialement à ce point de vue l'action de l'iode, l'arsenic, le phosphore, le chlorure de calcium, la médication marine, et montrent qu'on peut tirer de leur association avec la médication méta-thyroïdienne des effets particulièrement heureux contre les accidents du neuro-arthritisme (migraine, asthme, rhumatisme chronique, dermatoses, etc.).

Elections. — Le bureau est ainsi constitué pour 1911 :

Président, M. Cayla ; vice-présidents, MM. Bourdel, Caron de la Carrière et Castex; secrétaire général, M. Paul Guillon ; secrétaire général adjoint, M. Mortier; secrétaires de séances : MM. Blanche, Blondin, Duclaux et Gigon; trésorier, M. Monel; trésorier adjoint, M. Nigay; archiviste, M. Debricode; membres du conseil d'administration : MM. Boursier, Buret, Butte, Helme, de Molènes, Reynier, Roulin; membres du comité de publication : MM. Cazin, Dabout, Ducor, Le Fur, Letulle, Lutaud, Millen, Minet, Ozenne, Régis.

PHARMACOLOGIE

SUR LE SULFOSALICYLATE DE QUINOLÉINE (1),

Par M. G. PRUNIER,
Docteur en pharmacie, à Paris.

Le sulfosalicylate de quinoléine (Erséol), sel non préparé jusqu'à ce jour, qui a pour base la quinoléine synthétique, s'obtient en faisant réagir, molécule à molécule, l'acide sulfosalicylique et la quinoléine, en présence de l'eau, et en s'aidant finalement d'une légère élévation de température.

Sa formule est la suivante :

$$(C^6H^3.SO^3H - OH - CO^2H - C^9H^7Az + H^2O).$$

Son point de fusion est de 220 degrés; mais à 110 degrés il y a déjà fusion partielle et perte d'une molécule d'eau.

Le sulfosalicylate de quinoléine est un sel blanc cristallisé en houppes soyeuses. Sa réaction est acide. Il est peu soluble dans l'eau froide (1,547 p. 100 à 17 degrés); il est, au contraire, très soluble dans l'eau chaude et l'alcool; il est presque insoluble dans l'éther, le chloroforme, l'acétone et le benzène à froid.

Son pouvoir toxique est moindre que celui des sels de quinine correspondants. Une série d'expériences l'a fixé de 0g29 à 0g34 par kilogramme d'animal, soit en injections sous-cutanées, soit en injections intraveineuses.

Quant à son action antiseptique, le pouvoir infertilisant du sulfosalicylate de quinoléine égale celui de l'acide phénique, et son pouvoir bactéricide, quoique moindre, est cependant notable.

Ses composants pouvaient déjà faire prévoir ses applications thérapeutiques; les nombreux essais faits jusqu'à ce jour semblent prouver que ce nouveau médicament pourra être réellement utile.

(1) Cf. *Journ. de pharm. et de chim.*, du 1er juin 1910.

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine à bord (1), par Franck CLAIR,
médecin sanitaire maritime.

L'ouvrage porte en sous-titre « Notes recueillies au cours de dix-huit années de navigation », et si l'on réfléchit que plusieurs milliers de malades ont été soignés par l'auteur sur les lignes des Indes néerlandaises, du Brésil, d'Australie, de Chine, de Madagascar, de la Méditerranée, etc., on comprendra combien de faits intéressants, d'idées originales, de documents nouveaux, notre confrère a pu accumuler.

Aussi, son livre sort-il des sentiers battus, et on a en le lisant la sensation d'une chose vécue, toute imprégnée d'expérience et de vision personnelles. Nous lui souhaitons donc de tout cœur le succès auquel il a droit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Véritables Centres du mouvement et l'incitation motrice volontaire (2), par A. ADAMKIEWICZ; traduit de l'allemand par la baronne H. DE ROTHSCHILD.

La motricité volontaire ne se limite pas, comme on le croit habituellement, à l'action directe du cerveau sur les centres moteurs de la moelle, car le véritable organe du mouvement est le cervelet. L'écorce cérébrale, étant uniquement l'organe de l'âme (!), n'éveille que des représentations et des impulsions volontaires, elle ne renferme pas de centres moteurs, c'est-à-dire de centres susceptibles de déterminer directement les mouvements corporels; la volonté n'agit que sur les touches du clavier moteur cérébelleux. Si le cerveau est le point de départ psychique, le cervelet apparaît donc comme la véritable source physique qui régit directement l'ensemble des mouvements corporels.

L'auteur base sa théorie sur des résultats expérimentaux obtenus chez le lapin. Chez cet animal l'exérèse des régions antérieures de l'écorce où se trouvent les centres dits moteurs ne troublerait nullement la fonction motrice, l'ablation même

(1) In-8 de 362 pages. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Prix : 5 francs. — Paris, Vigot frères.

(2) Petit in-18, 80 pages. — Paris, J. Rousset.

de toute la corticalité cérébrale ne l'entraverait point: la moindre atteinte par contre portée au cervelet entraînerait la paralysie des membres. On pourrait ainsi affirmer l'existence de centres moteurs localisés dans les différents lobes du cervelet et correspondant aux segments musculaires de la périphérie.

Cette conception est intéressante mais ne paraît pas étayée d'arguments suffisants ; elle semble de plus un rappel de la théorie de Rolando qui, bien avant les recherches de Flourens et de Magendie, voyait dans le cervelet la machine électro-motrice, origine des mouvements corporels. L'auteur enfin ne semble tenir aucun compte des travaux modernes postérieurs à ceux de Luciani, en particulier de ceux de Thomas et des neurologistes contemporains qui ont édifié les notions que nous possédons sur les fonctions du cervelet.

PAUL CAMUS.

Les Médicaments. Action pharmacodynamique. Formules. Emplois (1), par le docteur A.-F. PLICQUE. Avec une préface de M. le professeur POUCHET.

L'ouvrage que nous présentons ici fait partie de la remarquable « Encyclopédie scientifique » dont il a déjà été maintes fois question dans ces colonnes. Il y figure en bonne place.

L'auteur a résumé pour chaque produit actif ses indications, ses contre-indications, ses effets poussés jusqu'aux signes d'intolérance, les modes d'administration et les doses.

Les médicaments ont été classés par grands groupes d'après leur principale action pharmacodynamique et d'après le symptôme morbide qu'ils combattent le plus efficacement.

L'auteur ne s'est pas laissé entraîner par l'amour de la nouveauté, et les médicaments récents, dont l'action n'a pas été suffisamment vérifiée, n'occupent pas, il s'en faut, une place prépondérante.

La posologie est très prudemment indiquée et permet d'obtenir pour chaque substance l'effet utile sans courir de risques d'intoxication.

C'est là, en un mot, un guide excellent qui rendra de très réels services tant au médecin dans sa pratique quotidienne qu'à ceux qu'attire plutôt une étude purement scientifique des médicaments.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 4 janvier à une heure. — M. ROLLET. Médecins astrologues. (MM. Blanchard, président; Delbet, Pierre Duval et Jeannin.) — Mlle ROY. Les centenaires. Essai sur la longévité humaine. (MM. Blanchard, président; Delbet, Pierre Duval et Jeannin.) — M. PARIS. La cloison nasale. Les déviations et leur traitement. (MM. Delbet, président; Blanchard, Pierre Duval et Jeannin.)

Jeudi 5 janvier à une heure. — M. FAUVET. Contribution à l'étude des tumeurs du quatrième ventricule chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Carnot et Nobécourt.) — M. FAUX. Malaga, son climat, ses sudirations thérapeutiques. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Carnot et Nobécourt.)

(1) In-8 de 396 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

SUITE DES SOMMAIRES

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 42, 15 oct. 1910.) R. DESPLATS : Les résultats éloignés de la fulguration. — H. CORNETTE : Sac herniaire déshabité avec hypertrophie considérable de la paroi. — (N° 43, 22 oct.) R. DESPLATS : Les résultats éloignés de la fulguration (*fin*). — J. POULAIN et J. VANNIEUVENHUYSE : Hernie crurale double. Kystes sacculaires multiples à gauche, ébauche de cloisonnement à droite. Opération. Guérison. — (N° 44, 29 oct.) LANCIAL : Résultats éloignés de trois pleurotomies avec résection costale pour pleurésies purulentes. — Maurice DEKESTER : Myome de la lèvre postérieure du col utérin. Enucléation. — (N° 45, 5 nov.) LAVRAND : Ostéite avec séquestration du frontal, pénétrante, sans sinusite. — J. POULAIN et H. CORNETTE : Torticolis gauche congénital. Section du sterno-cléido-mastoïdien. Traitement orthopédique par la traction élastique. Guérison. — (N° 46, 12 nov.) A. BESSON : Les brûlures par l'électricité industrielle. — J. POULAIN et Maurice DEKESTER : Obstruction intestinale par volvulus. Enroulement autour d'une bride épiploïque (volvulus localisé). Coexistence d'une hernie crurale gauche. Mort. Autopsie. — (N° 47, 19 nov.) Adrien BESSON : Les brûlures par l'électricité industrielle (*fin*). — VANNIEUVENHUYSE : Maladie kystique du sein avec végétations papillaires. Ablation. Guérison. — René DESPLATS : Où en est la thérapeutique du cancer à la fin de 1910. — (N° 48, 26 nov.) J. POULAIN : Rectite inflammatoire, sténosante, proliférante, hypertrophique et périrectite à forme fibro-lipomateuse d'origine probablement tuberculeuse, extirpation du rectum, guérison. — A. DAVID : Luxation en arrière de la phalangine de l'index.

Marseille médical. — (N° 20, 15 oct. 1910.) VALLETTE : De l'involution utérine. — MASINI : Gastro-jéjunostomie avec exclusion du pylore. — F. ARNAUD : Traitement du paludisme par le quinquina et la quinine. — (N° 21, 1er nov.) F. ARNAUD : La quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde. — VALLETTE : De l'involution utérine (*suite*). — (N° 22, 15 nov.) ARNAUD : La quinine dans la fièvre typhoïde (*suite*). — VALLETTE : De l'involution utérine (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 44, 3 nov. 1910.) TAUDLER : Anatomie et clinique. — KRAUS : Sur la question des plaques de sang, de l'agglutination et de la formation de toxines chez les vibrions cholériques frais. — BARDACHZI et KLAUSNER : Contribution au mode d'action de la préparation d'Ehrlich-Hata. — MICHELI et CATTORETTI : Sur la réaction à la méioslagmine. — FESCHEL : Recherche histochimique de la piroxydase. — (N° 45, 10 nov.) KYRLE : Les troubles d'évolution des glandes séminales pendant la jeunesse. — AISCHBERGEN : La transmission du crétinisme de l'homme à l'animal. — RIEHL : Traitement de la syphilis par le médicament d'Ehrlich. — KREN : Traitement de la syphilis par le médicament d'Ehrlich. — HABERER : Indication rare de la prostatectomie. — (N° 46, 17 nov.) PALTAUF : Diagnostic clinique du cancer. — CHVOSTEK : Xanthelasma et ictère. — BUCURA : Stérilisation temporaire de la femme. — JAWORSKI : Influence de la menstruation sur la sphère neuro-psychique de la femme. — SUGAR : Sur un cas de paralysie périodique non hystérique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 146. — JEUDI 22 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. JEUDI 22 DÉCEMBRE 1910. — N° 146

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Anatomie.* — Séance du 19 décembre : MM. Boncompain, Duval et Debray, 7; Deville, 4; Miégeville, 11; Portret, 5; Jamin, 4; Trifaud, 7; Photiadès, 6.

Pathologie. — Séance du 19 décembre : MM. Rougeulle, 6; Marcorelles, 9; Durand (Albert), 11; Delort, 10; Thiers, 12; Philip, 8; Quinquaud, 7; Mlle Delage, 10.

— Concours du prosectorat. — *Composition écrite.* — — Séance du 20 décembre. — MM. Basset, 28; Hovelacque, 27; Roux et Rouhier, 29.

Prochaine séance, jeudi 22 décembre, à quatre heures et demie, à la Charité.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — Après concours, sont nommés internes en médecine : MM. Milcamps et Wagner.

Sont nommés externes en médecine : MM. Hervé, Villetard et Diehl.

Sont nommés internes en pharmacie titulaires : MM. Lallemant et Bapin.

Interne provisoire : M. Panier.

ÉCOLE DE PHARMACIE. — M. Henry Gauthier, professeur à l'école de pharmacie, est nommé directeur, en remplacement de M. Guignard qui se retire.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 18 décembre publie la liste des décorations coloniales attribuées depuis 1907. Ces décorations figureront à l'avenir à l'*Officiel*.

Nous relevons les nominations suivantes:

Etoile noire du Bénin. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Pierre Mille, médecin des troupes coloniales.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Fournial, médecin militaire; Kérandel, Lherminier, Merveilleux et Vassal, des troupes coloniales; Sené (de Nice).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Aubert et Lafeuille, médecins militaires; Allard, Chapeyron, Gravot, Latrac, Lefebvre, Pelletier, Savignac, Vielle et Violle, des troupes coloniales; Guyot, de la marine; Crespin, des Chargeurs réunis.

Cambodge. — *Au grade de grand officier.* — M. le docteur Clavel, médecin inspecteur des troupes coloniales.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Butin, des troupes coloniales; Kagi, Mielvague et Oudard, de la marine.

Dragon de l'Annam. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Morel, des troupes coloniales.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Cristan, de la marine.

Etoile d'Anjouan. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Paul Bosviel (de Madagascar).

Nichan el Anouar. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Perrin, médecin militaire.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Olivier, des troupes coloniales; Roux-Fressineng, de la marine.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Kaminski.

EXERCICE ILLÉGAL. — MM. Guillaume Mann et Pierre Carrique étaient poursuivis devant la 10e chambre correctionnelle pour exercice illégal de la médecine et pour escroqueries. Ils avaient créé, dans le 1er arrondissement, un « Institut de radiopathie » et promettaient de guérir à distance, grâce à des effluves magnétiques, tous malades abandonnés par leur docteur habituel. Ils annonçaient des miracles : l'ouïe rendue aux sourds et la vue aux aveugles. Ils promettaient trop, et la 10e chambre vient de le leur faire entendre : M. Guillaume Mann a été condamné, en effet, à six mois de prison et 3000 francs d'amende et M. Carrique à 500 francs d'amende.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lemaire (du Tréport).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Hiver 1910-1911.* — *Relations rapides entre Paris et l'Italie.* — Par le Simplon : par le train de luxe « Simplon-Express » (V.-L., V.-R).

Départ de Paris P.-L.-M., lundi, mercredi, samedi à 8 h. 05 soir, jusqu'au 27 février, et tous les jours à partir du 1er mars.

Par le Mont-Cenis : *a.* par trains express quotidiens (V.-L., L.-S.), 1re et 2e classes à couloir.

b. Par le train de luxe « Paris-Rome » (V.-L., V.-R.). Voiture directe de ou pour Florence.

Départ de Paris P.-L.M., lundi, jeudi, samedi, à deux heures du soir jusqu'au 11 mai.

Départ de Rome, lundi, mercredi, samedi, à midi vingt (heure de l'Europe centrale) jusqu'au 13 mai.

Nota. — Dans ces trains, le nombre des places est limité.

Fêtes de Noël et du Jour de l'An. — A l'occasion des fêtes de Noël et du Jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 22 décembre 1910, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier 1911, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale, expérimentales et cliniques. — (N° 296, 25 oct.) D'ARSONVAL : Haute fréquence médicale et télégraphie sans fil. — H. BORDIER : Importance de l'orientation des filtres par rapport à la direction du faisceau röntgénien. — P. JOSSERAND : Sur l'emploi des écrans renforçateurs. — ZIMMERN et TURCHINI : Onduleur faradique. — (N° 297, 10 nov. 1910.) MIRAMOND DE LAROQUETTE : Questions de mesure et de graduation concernant les bains de lumière. — H. LEWIS JONES : Les principes de la médication ionique. — (N° 298, 25 nov. 1910.) I. DE NOBELE : Essais comparatifs des différents modes de traitement des nævi vasculaires. — E. SPÉDER : Ostéomes multiples après un accident du travail. Considérations pathogéniques. — LAQUERRIÈRE et DELHERM : Note sur l'emploi de la galvano-faradisation ou lavement électrique. — ANGERAND : Nouvelle transformation, électricité médicale, oto-rhino-laryngologie, urologie, art dentaire et industrie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1910.) MARFAN : Pathologie du thymus. — HALIPRÉ : Volumineux gliome de la base, avec intégrité de la troisième paire chez un enfant de onze ans. — COMBY : Tache bleue mongolique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1910.) GRUET et BRESSOT : Hépatites suppurées. — VALLOIS : Mécanothérapie et eaux de Bourbonne. — SORLAT et PÉNELET : Appareil applicable aux luxations ou fractures du maxillaire inférieur. — (N° 12, déc. 1910.) PAPON et TARTAVEZ : Sur la hernie inguinale directe. — COULLAUD : Luxation du premier métatarsien. — HIRTZ : Localisation des corps étrangers à l'aide des rayons de Röntgen. — THOMASSIN : Tentative d'empoisonnement par le cyanure de potassium. — BERTAUX : Simulation d'oreillons. — COUSERGUE : Le nouveau règlement sur le service de santé en campagne. — PÉROT : Les blessés du combat de Ba-Haddi.

Archives de médecine navale. — (N° 10, oct. 1910.) FOUCAUD et SEGUIN : Abcès pulmonaires d'origine dysentérique. Considérations thérapeutiques. — MARCANDIER : Etude de la source de Raz-el-Aïn. — (N° 11, nov. 1910.) BERTAUD DU CHAZAND : Quelques notes sur la Mongolie septentrionale. — SÉGUIN : Anévrisme poplité. Ligature de la fémorale dans le canal de Hunter. — MARCANDIER : Etude de la source de Raz-el-Aïn.

Archives générales de chirurgie. — (N° 10, 25 oct. 1910.) ANDRÉ CHALIER : L'inopérabilité du cancer du rectum. — PHILIPPE CACCIA : Fractures radio-épiphysaires par contre-coup, des automobilistes. — F. LOFARD : Gastrostomie par dédoublement du muscle droit suivant son épaisseur.

Archives générales de médecine. — (Oct. 1910.) POTET : Scléroses en plaques disséminées de l'axe cérébro-spinal, consécutives à une infection puerpérale. — PATURET : Déplacement secondaire passif de l'humérus.

Archives internationales de neurologie. — (Nov. 1910.) M. VIOLLET : Un composé albuminoïde du bromure et ses applications dans l'épilepsie. — BIANCHI : Physiologie et pathologie de la sphère sensorielle. — BAGENOFF : Les cyclothymies. — (Déc. 1910.) BIANCHI : Physiologie et pathologie de la sphère sensorielle (*fin*). — BAGENOFF : Les cyclothymies (*fin*). — EUZIÈRE et PEZET : Chorée et méningo-encéphalite chronique. — I. ERMAKOW : Etudes sur l'hématologie de quelques maladies mentales.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 10, 15 oct. 1910.) LE DAMANY : La luxation congénitale de la hanche. — RENAUDIN : Occlusion intestinale chez une fillette. — J. THUILLARD : Abcès rétro-pharyngien chez un enfant de huit mois, avec fistule cervicale. — ROCHEBOIS : Un cas de méningite syphilitique chez un enfant de neuf mois. — QUERTANT : Un moyen pratique d'accélérer le travail. — LANGEVIN : A propos de l'entérocolite et de la constipation. — R. MORICHAU-BEAUCHANT : A propos du traitement arsenical de la syphilis. — (N° 11, 15 nov. 1910.) LE DAMANY : La luxation congénitale de la hanche (*fin*). — CHATON : Le traitement statique de la scoliose. — GAUDEAU : Statistique du service de médecine de l'asile Gatien de Clocheville (1909). — GUILLAUME LOMS : Traitement des péritonites aiguës généralisées. — DENÉCHAU : Des bradycardies.

Echo médical du Nord. — (N° 43, 23 oct. 1910.) TONNEL : Intradermo-culture dans la pneumonie de la tuberculose. — E. PETIT : Un grand procès à Valenciennes au XVIIe siècle ; chirurgiens contre perruquiers. — (N° 44, 30 oct.) CALMETTE : Sur les relations de la tuberculose bovine avec la santé publique. — LEGRAND : Un cas de syphilis tertiaire du rein. Traitement par l'huile grise. — (N° 45, 6 nov. 1910.) VANVERTS : A propos des tumeurs solides de l'ovaire. — (N° 46, 13 nov. 1910.) VANVERTS : A propos des tumeurs solides de l'ovaire (*fin*). — (N° 47, 20 nov. 1910.) TONNEL : Contribution au pronostic des néphrites. Pouvoir réducteur, tonométrie, infusoires et toxicité urinaires. — (N° 48, 27 nov.) H. PAUCOT : L'albuminurie orthostatique chez les nourrices.

Paris médical. — (N° 1, 3 déc. 1910.) GILBERT : La clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (leçon d'ouverture). — CARNOT : Le séné. — A. SCHWARTZ : Diagnostic du cancer du sein. — NICOLAS et JAMBON : Les fards. — CALMETTE : L'auto-épuration des égouts. — (N° 2, 10 déc.) DOPTER : La méningite ourlienne. — BERGONIÉ : Traitement des accidents causés par l'électricité industrielle. — (N° 3, 17 déc.) P. LEREBOULLET et M. FAURE-BEAULIEU : L'érythème noueux. — J. et L. CAMUS : Recherches expérimentales sur le 606.

Riforma medica. — (N° 45, 7 nov. 1910.) Gaetano RUMMO : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Andrea TOMASELLI : L'action exercée sur le rein par l'emploi prolongé de la caféine. — Luigi FERRANNINI : Contribution à l'étude histo-pathogénique du rein polykystique. — Carmelo BRUNI : Un progrès réel dans l'optique cystoscopique. Le cystoscope simple de Ringleb, le cystoscope pour prostatiques et pour le cathétérisme des uretères. — (N° 46, 14 nov.) Gaetano RUMMO : Gastropathies dynamiques et organiques. Formes cliniques. Pathogénie. Traitement. — Giacomo TRIA : La sécrétion chlorhydrique de l'estomac au cours des néphrites. — Livio VINCENZI : La dissémination du vibrion cholérique le long des voies ferrées.

Semaine médicale. — (N° 42, 19 oct. 1910.) C. FRUGONI : Des résultats pratiques de l'examen du cœur d'après la méthode d'Orsi-Grocco. — (N° 43, 26 oct.) R. DE BOVIS : Autour de l'avortement. — (N° 44, 2 nov.) FERNET : Sur l'herpès de la peau et des membranes muqueuses. — (N° 45, 9 nov.) LEJARS : Le diagnostic clinique de l'appendicite tuberculeuse. — (N° 46, 16 nov. 1910.) R. DE BOVIS : A propos de quelques recherches nouvelles sur la toxicologie du placenta. — (N° 47, 23 nov.) J. LHERMITTE : La calcinose généralisée et ses formes anatomiques interstitielle et sous-cutanée. — (N° 48, 30 nov.) BARD : Le mégarectum : dilatation idiopathique d'origine congénitale.

TRAITEMENT PRATIQUE
DU
PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL
MANUELLEMENT RÉDUCTIBLE

Par L. LAMY.

De toutes les malformations congénitales, le pied bot est celle qu'on rencontre le plus fréquemment, puisque d'après les statistiques, on admet un pied bot pour dix malformations, soit en moyenne un pied bot pour 1.200 naissances (Bessel-Hagen, S. Ketch, Kirmisson). Le varus équin est de beaucoup le plus commun, il représente 90 à 95 p. 100 de tous les pieds bots congénitaux, aussi, au point de vue pratique, est-ce le plus intéressant. C'est le seul que nous aurons en vue aujourd'hui.

On a coutume de distinguer 3 degrés, suivant que le pied fait avec la face interne de la jambe un angle obtus, un angle droit, ou un angle aigu. Mais, ainsi que le fait remarquer notre maître M. le professeur Kirmisson dans son *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, « il est une autre classification non moins importante à établir ; c'est celle qui est fondée sur la difficulté plus ou moins grande que l'on éprouve à obtenir la réduction ». Les uns peuvent être corrigés sans avoir recours aux opérations osseuses, les autres, au contraire, ne seront corrigés qu'au prix d'une intervention sanglante sur le squelette ostéo-fibreux. Nous ne nous occuperons que de la première variété, à savoir, du pied bot varus équin congénital manuellement réductible. Nous ne considérons pas la ténotomie du tendon d'Achille comme une opération proprement dite. Sa bénignité et sa facilité d'exécution la font rentrer dans le domaine d'action de tous les médecins, aussi, tout pied bot qui n'est justiciable d'aucune autre intervention, rentre-t-il pour nous dans la catégorie des pieds bots manuellement réductibles.

Quand doit-on commencer le traitement ? — Sayre disait, sans doute en manière de boutade, que l'accoucheur ne devait pas quitter la maison sans avoir commencé le traitement. Cela signifie qu'il faut le commencer le plus tôt possible, dès les premiers jours qui suivent la naissance, sitôt que l'état de la peau le permet.

Comment faut-il pratiquer les manœuvres de redressement ? — Il faut et il suffit d'avoir présentes à la mémoire les déformations auxquelles on veut s'opposer.

Si nous considérons la forme extérieure du pied, nous constatons facilement les caractéristiques du pied bot.

1° Le bord externe est abaissé (la face inférieure c'est-à-dire la plante du pied regarde en dedans et en arrière);

2° Le dos du pied, devenu face externe, présente une convexité exagérée avec des saillies anormales ;

3° Le bord interne, devenu supérieur, forme une ligne brisée à sommet inférieur, il est trop court;

4° L'extrémité postérieure du calcanéum est attirée en haut et en dedans, et la pointe du pied est abaissée (ce dernier signe est surtout appréciable si l'on a soin de corriger préalablement le varus).

A ces quatre déformations correspondent quatre manœuvres qu'il faut exécuter successivement.

I. La face plantaire regarde en dedans. — On saisit la jambe aussi près que possible du cou-de-pied (pour éviter tout décollement épiphysaire) ; l'autre main embrasse la plante du pied, l'éminence thénar appuyant sur le bord externe, et, par une série de petits mouvements exécutés de dedans en dehors et de bas en haut, ainsi que l'indique la flèche de la figure 1, on amène la face plantaire à regarder en dehors. *Le bord externe doit arriver à être plus haut que le bord interne.* (Nous rappellerons qu'en orthopédie, pour obtenir une bonne correction, il est indispensable de passer par un stade d'*hypercorrection.*)



Fig. 1. — *Correction du varus.* — La face plantaire doit arriver à regarder en dehors.

II. Le dos du pied présente une convexité exagérée. — Le sommet de la convexité correspond à l'astragale luxé en avant et en dehors (tubercule de Nélaton). On repère cette saillie de la façon suivante : en arrière, sur la face externe, immédiatement en avant du tendon d'Achille, on sent une volumineuse saillie, c'est la malléole externe. En avant de celle-ci, sur la même ligne horizontale, on trouve une dépression de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de long, puis une nouvelle saillie. C'est là que porteront nos efforts.



Fig. 2. — *Les pouces font pression sur le massif astragalo-cuboïdien qu'il s'agit d'écraser.*

On embrasse l'avant-pied et l'arrière-pied avec les deux mains disposées comme l'indique la figure 2 et les pouces appuient fortement, par leurs extrémités, sur la saillie qu'il s'agit d'écraser.

III. Le bord interne est trop court. — On saisit le pied ainsi que l'indique la figure 3, les pouces sur la face interne, les autres doigts sur la face externe, et par des pressions progressives, faites dans le sens indiqué par chacune des flèches, on allonge ce bord qui devient rectiligne, puis convexe en dedans. *Il faut absolument obtenir cette convexité en dedans.*



Fig. 3. — *Le bord interne est trop court. Il faut l'amener à être convexe en dedans.*

Pendant ce mouvement, au début, on entend ou ressent parfois de petits craquements, il peut même se former sous la peau de petites sugillations. Il ne faut pas s'en inquiéter; au contraire, elles indiquent l'efficacité du traitement.

IV. Correction de l'équinisme. — La figure 4 s'explique d'elle-même. Il faut arriver à ce que l'angle formé par l'axe du pied et l'axe de la jambe soit inférieur à 60 degrés.

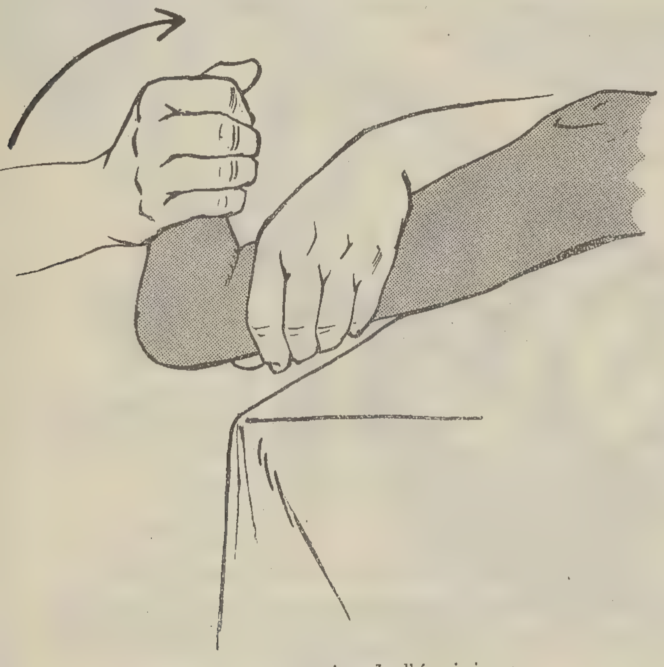


Fig. 4. — *Correction de l'équinisme.*

Chacun de ces mouvements sera exécuté cinq ou six fois de suite avec un léger repos entre chacun des exercices de telle sorte que l'ensemble de la séance durera environ quatre à cinq minutes. Une séance matin et soir. Chaque séance peut être utilement complétée par un petit massage des muscles du mollet et de la cuisse, ou une légère friction à l'eau de Cologne, eau de lavande, etc.

Pour éviter les excoriations toujours faciles à produire chez les tout jeunes enfants, il est bon de saupoudrer largement les pieds et les jambes, après chaque séance, avec de la poudre de talc. Puis on enroule autour de chaque jambe une petite bande de crêpe Velpeau, sans trop serrer, pour ne pas favoriser l'atrophie musculaire et en ayant soin de passer de dedans en dehors et d'arrière en avant (voir fig. 12 et 13) pour s'opposer à l'enroulement du pied. On a toujours tendance, en effet, à rouler, pour le pied gauche, la bande en sens inverse, ce qui maintient le varus au lieu de s'opposer à lui.

Ces manœuvres, au début surtout, paraissent un peu brutales, les enfants poussent des cris qui effrayent les mamans. Il ne faut pas s'y arrêter, sans quoi la partie est perdue. D'ailleurs l'expérience montre que les enfants crient surtout de peur : il

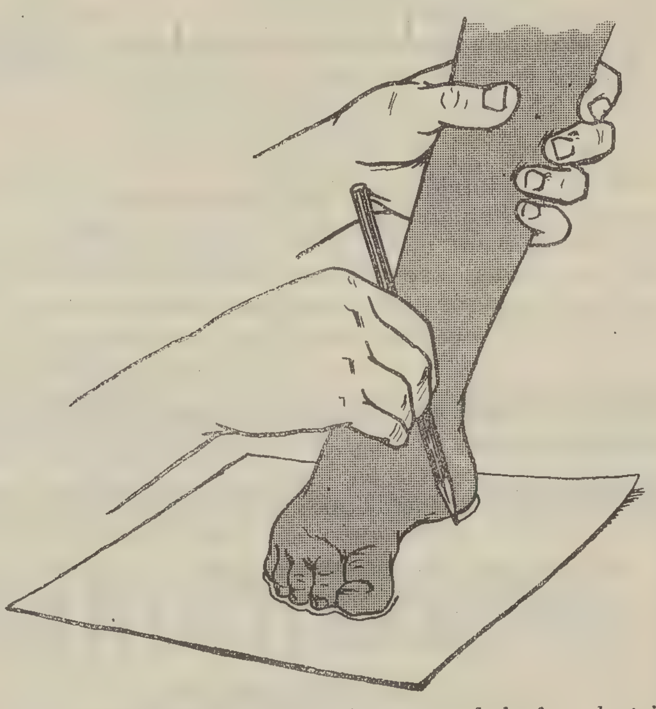


Fig. 5. — *On prend tout d'abord le contours de la face plantaire du pied de l'enfant.*

est tout à fait exceptionnel qu'ils pleurent et aussitôt la séance terminée ils reprennent leur gaieté (1).

On s'aperçoit bien vite que la réduction s'obtient de plus en plus facilement. Et cependant le pied abandonné à lui-même revient, ou à peu près, à sa position vicieuse primitive. *Il faut alors compléter le redressement par un petit appareil de contention.*

Il existe plus de cent appareils différents construits dans ce but! Mais ils sont généralement très compliqués et très coûteux, et exigent un orthopédiste de profession pour les exécuter. Sur les indications de notre maître, M. le docteur Jalaguier, nous avons fabriqué un petit appareil, qui n'est autre qu'une pédale de de Saint-Germain modifiée, mais qui offre l'avantage de pouvoir être fait par le premier serrurier venu, à peu de frais, et s'adresse ainsi à tous les médecins.

Voici la manière de le construire. — On prend tout

(1) Le traitement électrique des muscles est souvent très recommandable, mais il nécessite un outillage particulier et une surveillance spéciale. C'est pourquoi nous nous abstenons d'en parler aujourd'hui.

d'abord le contour du pied de l'enfant comme l'indique la figure 5.

On obtient une figure analogue à celle représentée figure 6. On trace les axes de l'arrière-pied AB et

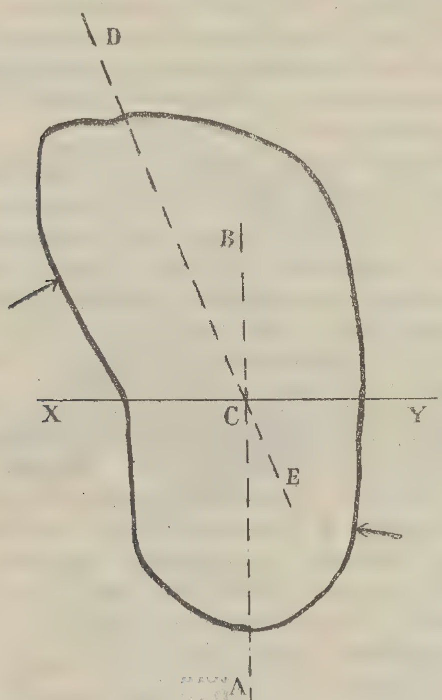


Fig. 6. — *On trace les axes* A B *et* D E *de l'arrière-pied et de l'avant-pied. Ils se coupent en un point* C (pied droit).

de l'avant-pied DE. Ces deux axes se coupent en un point C. On donne un coup de ciseaux suivant XY, perpendiculaire à l'axe AB au point C. Puis on

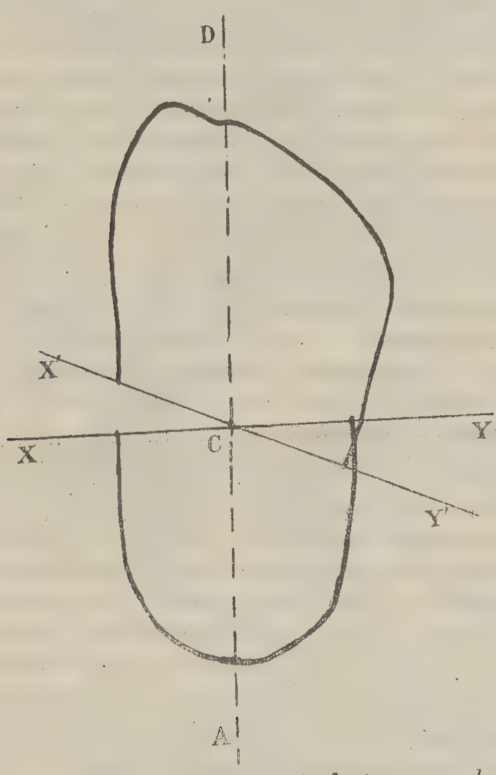


Fig. 7. — *Les deux axes se confondent en un seul* A D.

fait tourner les deux parties ainsi séparées, autour du point C comme centre (fig. 7) jusqu'à ce que leurs axes se confondent en un seul AD. On obtient ainsi la figure 8 qui représente le pied redressé quant à sa face plantaire. Les deux petites flèches



Fig. 8. — *La face plantaire telle qu'elle devrait être* (pied droit).

portées sur les figures 6 et 8 indiquent : la flèche interne, l'emplacement de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; la flèche externe, la projection sur le sol de la pointe de la malléole externe.

On dessine et on découpe ensuite *un patron* analogue à celui représenté figure 9. Le centre de la tige verticale doit correspondre à peu près à la flèche qui indique l'emplacement de la

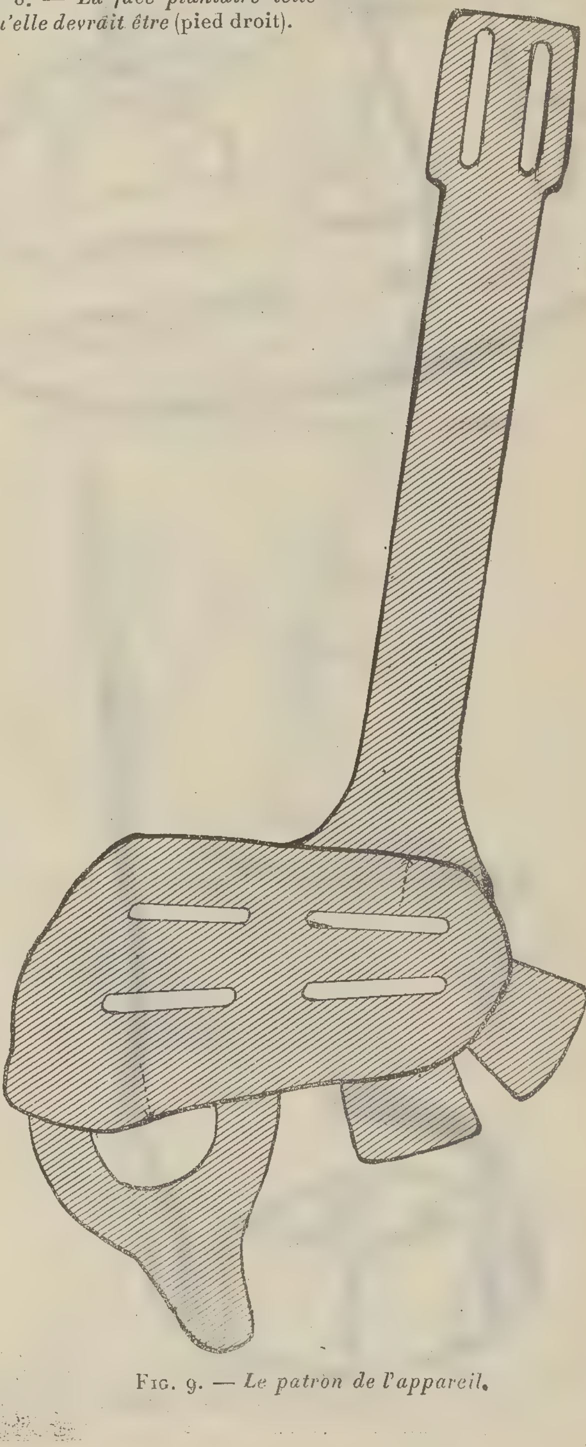


Fig. 9. — *Le patron de l'appareil.*

malléole externe. On ménage une large ouverture en regard de la seconde flèche pour éviter les compressions fâcheuses, en ce point particulièrement sensible. (Les autres ouvertures, pratiquées dans la semelle et dans le haut de la tige, n'ont d'autre raison que d'alléger l'appareil; elles ne sont pas indispensables.) Il faut remarquer que le même patron peut servir pour les deux pieds. Si, en effet, nous convenons de relever les parties accessoires au-dessus de la semelle, nous obtiendrons un appareil pour le pied droit; si au contraire nous les plions en dessous, nous aurons un appareil pour le pied gauche. La tige doit être telle que, l'appareil en place, son extrémité supérieure soit à 3 ou 4 centimètres au-dessous du genou.

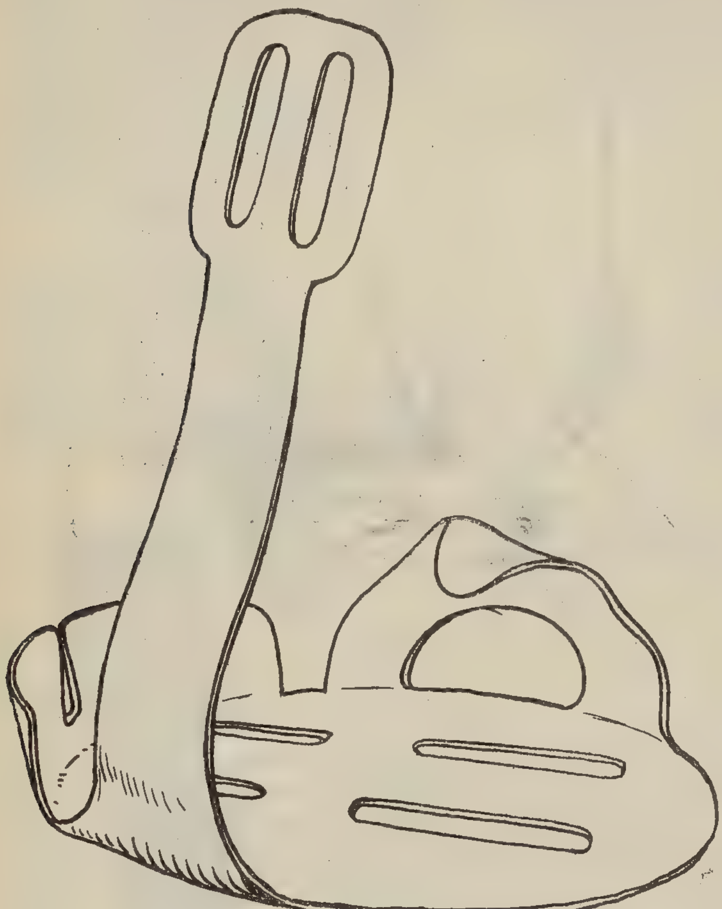


Fig. 10. — *L'appareil vu par sa face externe.*

Pour construire l'appareil d'après ce patron, on s'adresse à un serrurier qui le découpera à la scie et au burin, dans une plaque de tôle d'acier de 10 à 12 dixièmes de millimètre d'épaisseur, suivant la résistance dont on a besoin. Puis on replie au marteau chacune des parties accessoires au-dessus de l'empreinte plantaire, comme il est indiqué sur les figures 10 et 11.

On se rend compte facilement des quelques particularités à observer : plus le sommet de la tige verticale sera reporté en avant sur le patron, plus son inclinaison dans le sens antéro-postérieur sera marquée, et plus la réduction de l'équinisme sera considérable (fig. 10). De même dans le sens latéral; plus l'angle qu'elle forme avec la semelle sera ouvert, plus la réduction du varus sera exagérée (fig. 11). On peut donc graduer, à volonté, l'effet de cette tige, pour la correction de l'équinisme et du varus. On aura soin de l'emboutir légèrement pour lui donner plus de résistance. De plus, au niveau du point qui correspond à la saillie de la malléole externe, on lui fait décrire une courbe à convexité externe; on évite ainsi toute compression.



Fig. 11. — *L'appareil vu par derrière.*

Les trois autres parties accessoires sont de même relevées, les deux postérieures à angle droit, l'antérieure et interne en l'arrondissant légèrement, toujours pour éviter les compressions trop directes, et en recourbant son extrémité suivant l'embonpoint du pied (d'ailleurs au moment même d'adapter l'appareil au pied, ce bec peut être relevé ou abaissé à l'aide d'une simple pince plate ou ronde). Pour éviter la rouille on peut faire nickeler ou galvaniser l'appareil, si on a un nickeleur à sa disposition, ou, simplement, l'enduire de vernis japonais. C'est moins joli, mais on en trouve chez tous les marchands de couleur.

Application de l'appareil. — La mise en place de l'appareil est très simple, mais nous avons demandé à notre ami A. Puyplat de bien vouloir nous dessiner un certain nombre de croquis d'après nature pour nous éviter des descriptions fastidieuses. Nous le remercions bien vivement de son inépuisable amabilité et de son précieux talent. Après avoir saupoudré le membre de talc, on entoure de haut en bas la jambe et le pied en tournant, comme nous l'avons déjà dit plus haut, dans le sens contraire à la déviation (fig. 12 et 13) avec une bande de crêpe Velpeau de 5 centimètres de large. Quand tout le pied est recouvert, on le glisse dans l'appareil *et on ne s'occupe que de le fixer sur la semelle sans tenir compte de la tige* [dont l'extrémité supérieure se trouve à ce moment portée en avant et en dehors (fig. 14)].

On jette plusieurs tours de bande sur le cou-de-pied et sur le bord postérieur de l'appareil, *c'est là*

le point essentiel, les uns passant en avant, les autres en arrière de la tige.

Le pied ne faisant qu'un avec la semelle, on presse

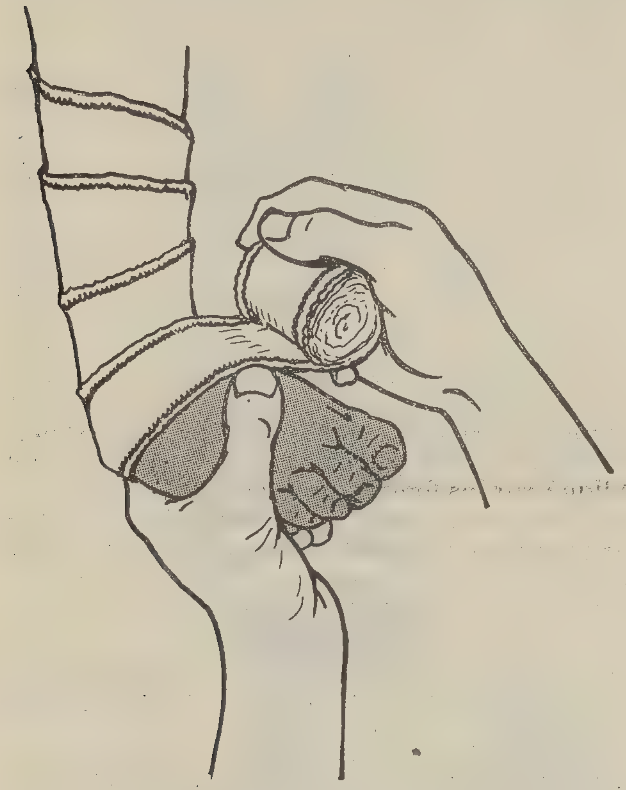


Fig. 12. — *On enroule la bande en sens inverse de la déviation.*

alors avec le pouce (fig. 15), sur le haut de la tige, pour la ramener en arrière et en dedans. Elle vient s'appliquer le long du bord externe de la jambe, où

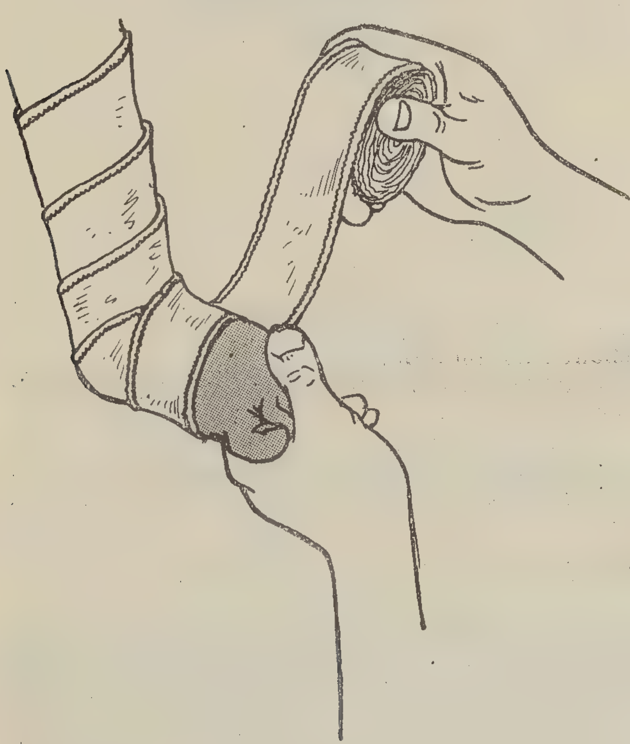


Fig. 13. — *On enroule la bande en sens inverse de la déviation.* (Pour le pied gauche, on se trompe généralement.)

on la fixe à l'aide de la bande. Lorsqu'on arrive à l'extrémité supérieure de la tige, on passe la bande entre la jambe et la tige, en contournant la tige

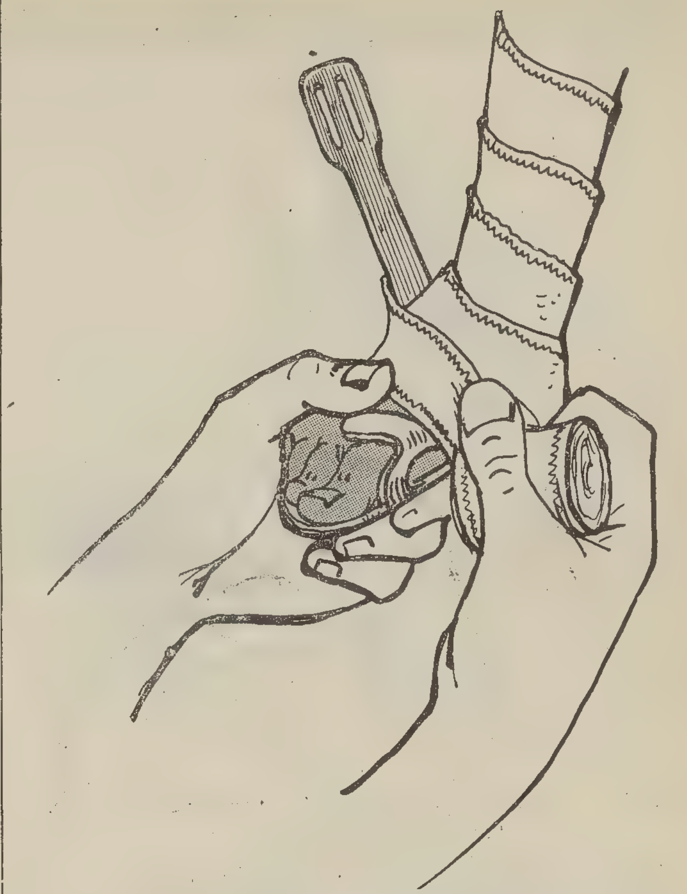


Fig. 14. — *On fixe le pied sur la semelle sans tenir compte de la tige verticale.*

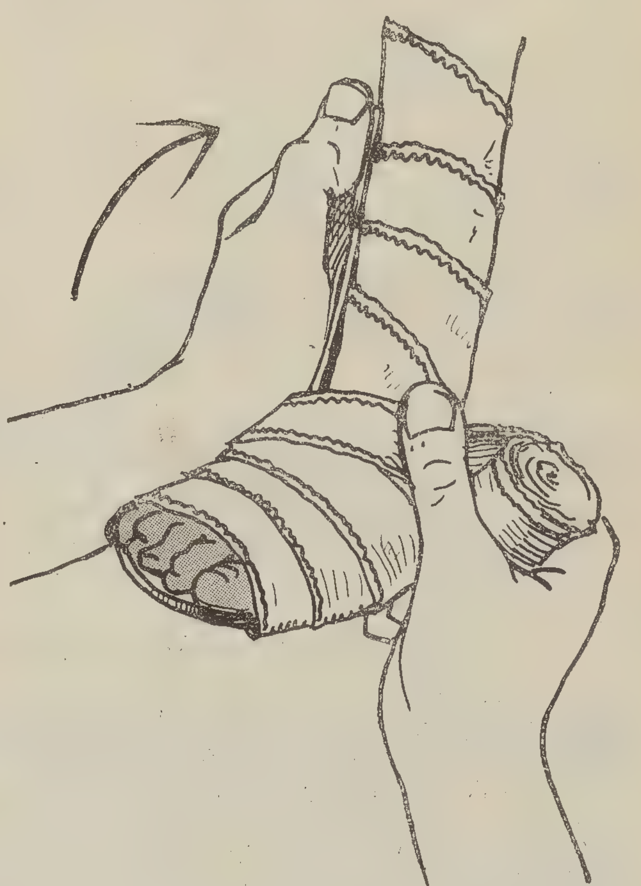


Fig. 15. — *Le pouce entraîne l'extrémité supérieure de la tige en arrière et en dedans* (par rapport à la figure 14).

d'avant en arrière (fig. 16) et on continue à enrouler la bande en sens inverse ; la tête est ainsi fixée d'une manière absolue, la bande ne pouvant pas s'échapper, puisque cette tête est intentionnellement plus large.

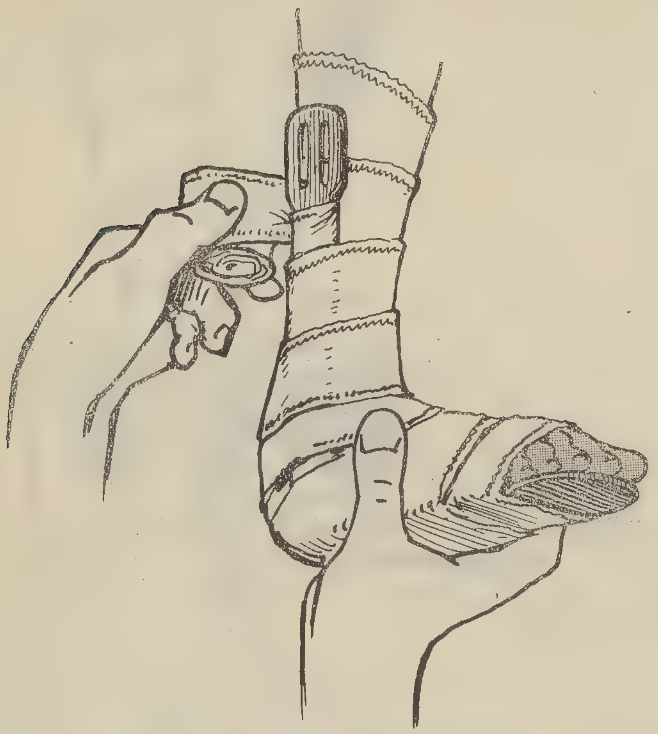


Fig. 16. — *La bande, arrivée en haut, est roulée en sens inverse, après avoir accroché la tête.*



Fig. 17. — *L'appareil est mis en place.* — Le pied est en flexion et en valgus.

La tige ayant entraîné la semelle, celle-ci a entraîné le pied qui se trouve en flexion (fig. 16) et en valgus (fig. 17).

On enlève et on remet l'appareil trois fois par jour, car il est préférable de laisser respirer la peau une ou deux heures dans la journée. Chez les tout jeunes enfants on ne le laisse pas la nuit et on prend la précaution de mettre un peu de coton entre les

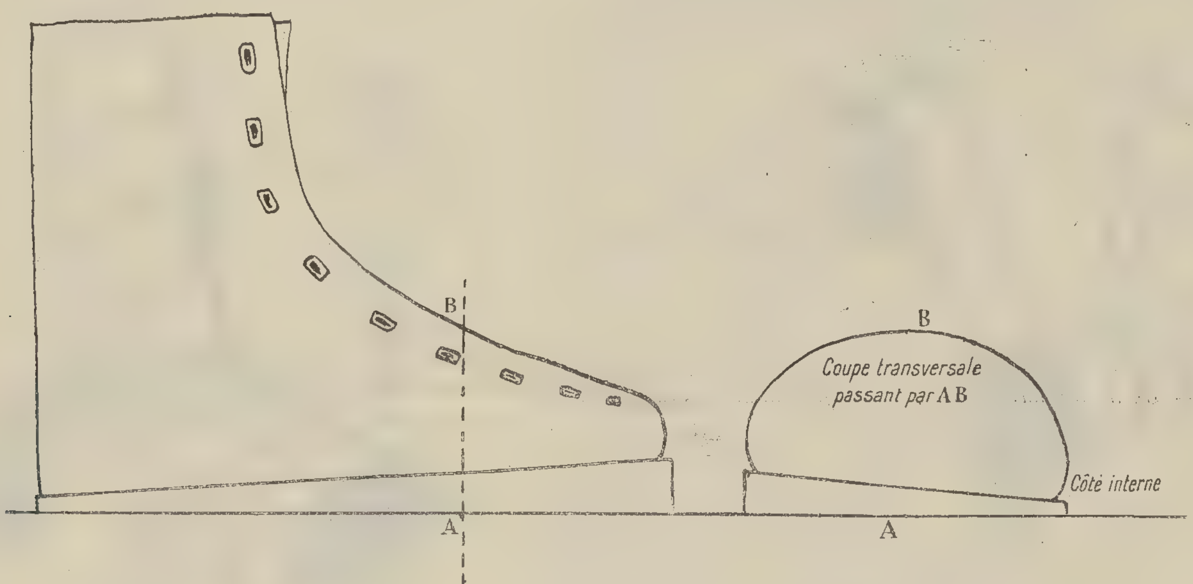


Fig. 18. — *Le soulier est surélevé à sa pointe et au niveau de son bord externe. Il est fendu jusqu'au bout.*

orteils, pour éviter les compressions, car le redressement de l'avant-pied sur l'arrière-pied détermine à ce niveau la production de petites éraillures (1).

Sitôt que l'enfant demande à marcher, on lui fait faire des *chaussures qui présentent les particularités suivantes* (fig. 18) : la pointe et le côté externe sont surélevés d'une quantité suffisante (en général 5 à

(1) On peut, si l'on veut, fabriquer un modèle plus léger, en quelque sorte de luxe ; on se sert alors d'aluminium. On le fabrique en plusieurs parties, car il est impossible d'emboutir l'aluminium dans ces conditions. On emploie toujours de l'*aluminium pur laminé*, de 15 dixièmes de millimètre d'épaisseur pour la semelle et de 18 dixièmes pour la tige. La tige et les contreforts postérieurs sont d'une seule pièce, pour avoir plus de rigidité. On réunit les diverses pièces par soudure autogène oxy-acétylénique en chargeant à la partie interne, pour renforcer et augmenter la résistance. Il faut se garder de chauffer au chalumeau en dehors des soudures, car l'aluminium recuit n'est plus rigide. L'aluminium étant gras et salissant au toucher, il faut ensuite faire polir l'appareil, car on ne peut ni le nickeler, ni le galvaniser.

10 millimètres) pour compenser l'hypercorrection due à l'appareil, de telle sorte que, bien que le pied soit en talus et en valgus, la jambe reste verticale.

Le soulier doit être fendu jusqu'à l'extrême pointe, pour permettre l'introduction facile du pied recouvert de l'appareil. Plus l'enfant marche, plus il accentue lui-même la correction, par son propre poids. Un an environ après le début de la marche, on peut supprimer tout appareil, et se contenter de faire porter des souliers ordinaires, avec de bons contreforts en cuir, qui s'opposeront suffisamment à toute récidive. Mais il est prudent de continuer les massages pendant la période de grande activité physiologique des os du tarse, c'est-à-dire jusqu'à cinq ou six ans.

Nous avons eu en vue, jusqu'à présent, les cas les plus favorables. Il nous faut envisager les cas où, la lésion étant plus prononcée, il faudra avoir recours à une petite intervention nécessitant l'anesthésie (il est préférable pour les ténotomies de chloroformer l'enfant : celui-ci ne risque pas de bouger pendant la section et on peut obtenir plus facilement l'hypercorrection pendant que le plâtre sèche).

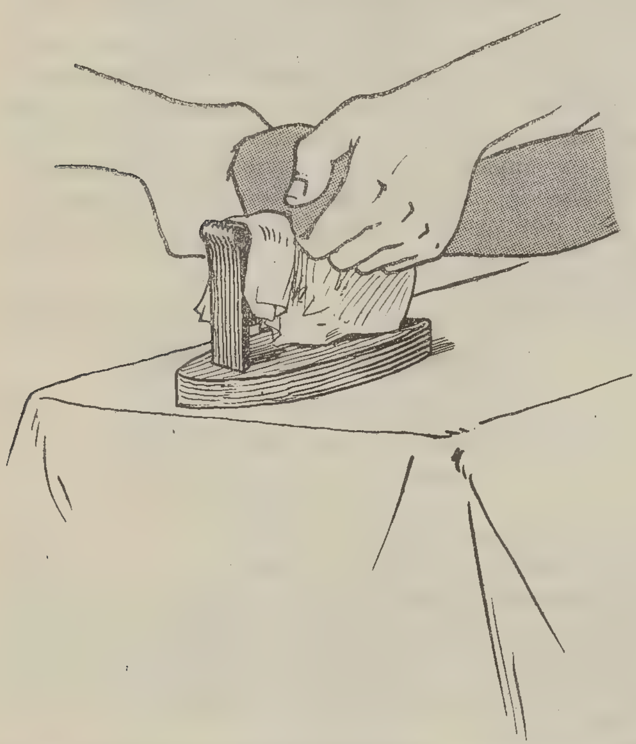


Fig. 19. — *Un fer à repasser sert de barre modelante improvisée.* La correction est très exagérée. Le bord interne est manifestement convexe en dedans.

Si dans le courant du deuxième mois, on constate que la réduction est incomplète, on pratiquera, suivant les cas, la ténotomie ou le massage forcé, ou les deux, si besoin est.

La meilleure façon de faire la ténotomie est certes celle que nous ont enseignée nos maîtres MM. les docteurs Jalaguier et Veau et qu'ils ont exposée précédemment (1). *C'est la ténotomie haute.* Après avoir pratiqué la ténotomie, on fera, si cela est nécessaire, *le massage forcé.* Celui-ci consiste à exagérer le redressement obtenu par les manœuvres 1 et 2. Pour le faire, on recouvre de quelques compresses la poignée d'un fer à repasser, et, appliquant la face externe du pied, à cheval, transversalement, sur cette barre modelante improvisée, on pèse fortement, sans aucune crainte, sur chaque extrémité du pied, jusqu'à ce que ce bord interne soit manifestement convexe en dedans (fig. 19).

Quel appareil de contention faut-il appliquer immédiatement après l'intervention? — On peut se servir de gutta-percha ou de plâtre.

Si on se sert de gutta, il faut procéder de la façon suivante : on achète de la gutta en feuille, de 5 millimètres d'épaisseur. On en découpe un rectangle dont le grand côté aura la longueur de la jambe + la longueur du pied + 2 centimètres, et la largeur sera égale aux deux tiers de la circonférence du mollet. On échancre un peu les deux grands côtés au niveau du tiers inférieur. On met ramollir la gutta dans de l'eau chaude, et, pendant ce temps, on découpe une feuille de lint boriqué de même dimension. On entoure la jambe et le pied avec le lint et on pose sur la table la gutta. On étend la jambe dessus, et un peu au-dessous des malléoles, de chaque côté, on fait aux ciseaux une entaille de 2-3 centimètres, perpendiculaire à l'axe de la jambe (fig. 20). On relève les bords de chaque côté de la jambe, ce qui forme une gouttière, puis on applique sur la plante du

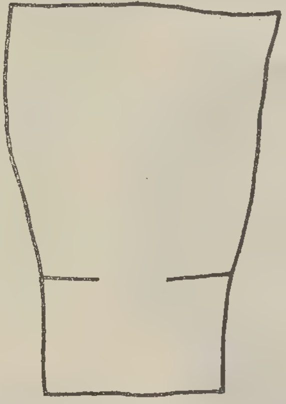


Fig. 20. — *La plaque en gutta percha.* — Schéma des incisions.

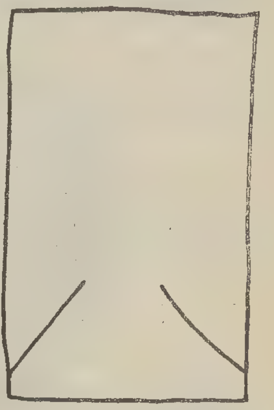


Fig. 21. — *Le rectangle de tarlatane.* — Schéma des incisions.

pied, en la coudant à angle droit, toute la portion qui dépasse le talon (ce qui peut se faire grâce aux deux entailles latérales); on fait ainsi une gouttière verticale, perpendiculaire à la première, pour le pied.

On maintient la gutta en place, en enroulant autour, des bandes de toile imbibées d'eau froide (il faut se servir de vieilles bandes de toile car les bandes neuves contenant de l'apprêt sont moins souples, s'appliquent mal, et ne s'imbibent pas facilement d'eau). Pendant que l'appareil refroidit on peut l'asperger d'eau froide de temps en temps. Il faut vingt bonnes minutes pour qu'on puisse remplacer les bandes mouillées par des bandes sèches. Pendant ce temps, on maintiendra le pied en hypercorrection, en appuyant sur la face plantaire, et tout particulièrement sur son bord externe et sur la partie externe du talon antérieur, avec le dos des premières phalanges, le poing étant fermé.

Si, au contraire, on emploie le plâtre, on découpera dans huit, dix ou douze épaisseurs de tarlatane gommée n° 8 (1), un rectangle un peu plus long et un

(1) Ténotomie du tendon d'Achille, *Presse méd.*, 25 août 1909, n° 68.

(1) Les numéros de la tarlatane indiquent le nombre de fils par centimètre.

peu plus large, étant donnée la rétraction de la tarlatane. D'ailleurs les dimensions peuvent être exagérées, car on peut toujours replier les bords de l'appareil sur eux-mêmes. On mettra très peu de coton, sans quoi le pied, de forme conique chez l'enfant, s'échapperait infailliblement de l'appareil.

On pose la tarlatane imbibée de bouillie plâtrée sur la table et la jambe dessus : l'appareil dépasse le talon d'une quantité égale ou un peu supérieure à la longueur du pied. On fait alors deux entailles obliques (fig. 21) qui partent presque des angles inférieurs et se dirigent vers les malléoles. On relève la partie médiane inférieure le long de la plante du pied. On relève les deux bords de la gouttière de chaque côté du mollet, *en confiant les deux coins supérieurs à un aide qui les maintiendra énergiquement.* On prend ensuite les deux oreilles inférieures : on rabat l'interne, la première, sous la plante du pied, puis de même l'externe, en portant fortement le pied en équinisme et en valgus. *Il ne faut pas que l'aide qui maintient les coins supérieurs laisse descendre l'appareil pendant ce dernier temps.*

Puis on enroule comme d'habitude des bandes sèches autour de l'appareil, en ayant bien soin de les enrouler suivant les figures 12 et 13. On fait sécher en prenant les précautions indiquées ci-dessus pour la correction.

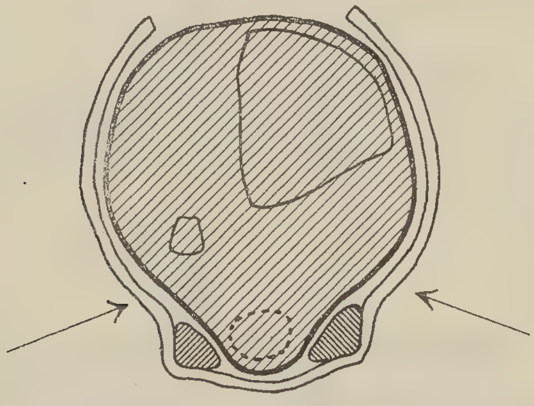


Fig. 22. — *Schéma d'un appareil plâtré respectant la gouttière du tendon* (en pointillé) *grâce à la présence de deux bourdonnets placés latéralement.* — Les flèches indiquent les seuls points de contact que doit avoir le plâtre avec les mains pendant qu'il sèche, pour ménager la gouttière postérieure.

Un *bon truc* consiste à faire passer la bande sous le talon antérieur et à la faire remonter sur le bord externe de la jambe, jusqu'au genou, en la tendant fortement. Puis on continue à rouler la bande autour de la jambe, en passant par-dessus la corde qui va du genou au pied, on obtient ainsi une traction très efficace sur le talon antérieur. On peut d'ailleurs recommencer plusieurs fois cette manœuvre, ce qui donne une hypercorrection progressive. Quand le plâtre est sec on déroule la bande et on *s'assure, de visu et en comptant, que les cinq orteils sont bien roses et chauds.* S'ils sont un peu blancs, on desserre le plâtre en insinuant le bout des ciseaux mousses entre les lèvres du plâtre et le pied, au niveau du cou-de-pied. C'est toujours là que se fait la compression (par suite du mouvement de flexion que l'on imprime au pied). Il est même prudent, si l'on a entouré l'ouate d'une bande de tarlatane, de couper complètement au bistouri cette bande sur le dessus du pied. C'est une bonne précaution. On surveillera le plâtre pendant deux ou trois jours. Que l'appareil soit en plâtre ou en gutta, environ quinze jours après, pour les enfants de moins d'un an, et trois semaines pour les autres, on endort de nouveau l'enfant, on pratique une nouvelle séance de massage modelant, nouveaux appareils, et on laisse marcher l'enfant aussitôt qu'il le veut, s'il a l'âge. En tout cas, au bout de trois nouvelles semaines, on remplace ces appareils de correction, par les appareils de contention métalliques que nous avons décrits ci-dessus.

Une autre précaution à prendre, après la ténotomie, et que nous a enseignée M. Jalaguier, consiste à mettre de chaque côté de la face postérieure de la jambe, deux petits bourdonnets de gaze, qui réservent entre eux, à la partie médiane, un espace libre, dans lequel le tendon pourra facilement se régénérer (fig. 22), puis à faire sécher l'appareil plâtré, non en laissant la jambe sur la table, ce qui aplatirait la face postérieure, mais en le maintenant, la main posée en gouttière au-dessous de lui et ne lui touchant, par l'éminence thénar et les extrémités des doigts, qu'aux points où se trouvent les flèches sur la figure 22.

A quel appareil, gutta ou plâtre, faut-il donner la préférence ? — La gutta est chère, difficile à manier, mais fort bien supportée et ne se ramollit pas par l'urine.

Le plâtre est bon marché, facile à se procurer et à manier, mais pouvant se ramollir et être la cause de quelques accidents de compression. Cependant avec un peu d'habitude et en surveillant attentivement ses appareils, il ne doit pas y avoir d'accidents. D'ailleurs il serait impossible, par exemple, de mouler une gouttière postérieure, pour le tendon d'Achille, avec la gutta. C'est pourquoi nous préférons l'appareil plâtré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1910)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de Huchard et fait l'éloge de ce regretté collègue.

La verruga du Pérou. — M. LETULLE analyse un travail de MM. Fontoynont et Carouzeau (de Madagascar) dans lequel les auteurs étudient la verruga, cette affection cutanée si fréquente au Pérou et, en particulier, à Lima. Dans quelques cas, cette affection peut atteindre les séreuses, plus spécialement le poumon.

Intoxication par l'oxyde de carbone. — M. COURMONT (de Lyon) analyse un travail de MM. Moret et Mouriquand (de Lyon) sur les dangers de l'intoxication lente par l'oxyde de carbone. Sur 40 personnes ayant séjourné dans un même laboratoire éclairé au gaz et chauffé par un appareil défectueux 35 ont été atteintes d'accidents graves caractérisés par de la céphalée, des migraines, de la neurasthénie, des névralgies, des troubles gastriques, de l'albuminurie et de la glycosurie.

Chez plusieurs de ces malades, les symptômes prirent un caractère de telle gravité qu'on crut à des accidents d'origine tuberculeuse ou cancéreuse. Enfin on finit par découvrir qu'il s'agissait d'intoxication par l'oxyde de carbone provenant du gaz d'éclairage impur. En outre la salle était chauffée par des appareils à air chaud dont les plaques étaient chauffées jusqu'au rouge. On analysa le gaz d'éclairage et on reconnut qu'il contenait de fortes proportions d'oxyde de carbone.

Glycosurie et interventions chirurgicales. — M. BAZY. La glycosurie (vulgo diabète), même celle qui ne disparaît pas complètement par le régime et le traitement appropriés, n'est pas une contre-indication opératoire.

Des opérations importantes ou graves, comme l'ablation

partielle de la langue, l'urétrotomie interne chez un infecté urinaire, des prostatectomies transvésicales, la laparotomie exploratrice, l'hystérectomie abdominale totale pour cancer et salpingites ont pu être faites avec succès chez des glycosuriques ayant une notable quantité de sucre dans l'urine.

Les contre-indications opératoires chez les glycosuriques viennent des conditions ou des phénomènes qui accompagnent la glycosurie, celle-ci ne constituant qu'un des éléments du pronostic opératoire.

L'aggravation de la glycosurie survenant dès qu'une opération a été décidée, loin de constituer une contre-indication, peut devenir une indication opératoire.

Election du bureau. — M. Lannelongue, vice-président, passant de droit président pour l'année 1911, il est procédé à l'élection d'un vice-président. M. Gariel est élu par 57 suffrages sur 61 votants. Il remercie ses collègues.

MM. Weiss et Hanriot sont maintenus, par acclamation, dans leurs fonctions, l'un de secrétaire annuel, et l'autre de trésorier, et MM. Lucas-Championnière et Hallopeau sont élus membres du conseil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1910)

Réactions méningées anatomiques et cliniques à la suite de l'injection intrarachidienne de sérum humain dans un cas de maladie de Heine-Medin. — MM. P. Nobécourt et H. Darré ont observé chez un enfant atteint de maladie de Heine-Medin une réaction méningée inflammatoire consécutive à une injection intrarachidienne de sérum humain prélevé chez un enfant convalescent de la même maladie. Cette réaction s'est traduite anatomiquement par des modifications du liquide céphalo-rachidien (augmentation de l'albumine, augmentation considérable du nombre des leucocytes, inversion de la formule leucocytaire, des polynucléaires pour la plupart intacts se substituant aux lymphocytes). Ce fait est à rapprocher de ceux qui ont déjà été signalés par MM. Netter et Gendron. Mais, contrairement à ce qui avait été noté dans leurs observations par ces derniers auteurs, la réaction inflammatoire méningée a été assez intense dans ce cas pour se traduire cliniquement et déterminer des troubles fonctionnels (céphalée, rachialgie, vomissements, exagération des contractures, fièvre) semblables à ceux qui suivent souvent les injections intrarachidiennes de sérum de cheval et qui ont été bien étudiées par MM. Sicard et Salin.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle des lipoïdes et des savons. Le rôle de la cholestérine. — M. H. Iscovesco. La cholestérine relève la tension superficielle abaissée par les lipoïdes, les graisses et les savons. D'autre part la cholestérine se combine chimiquement avec les savons et beaucoup de sapotoxines en les neutralisant. Ceci explique le pouvoir antitoxique de la cholestérine à l'égard d'un grand nombre de poisons d'origine animale.

De plus, comme les savons jouent un rôle des plus importants dans la mobilisation et la circulation des graisses de l'organisme, le rôle de la cholestérine est capital pour ce métabolisme. C'est pour cette raison qu'il n'existe pas de graisse ni de lipoïde de l'organisme qui ne contienne de la cholestérine. Cette substance joue un rôle capital antitoxique et stalagmorégulateur.

Note sur la physiologie pathologique de l'albuminurie. — MM. Paisseau et L. Tixier ont repris les expériences de M. Feuillé, destinées à démontrer l'indépendance de l'albuminurie et des lésions tubulaires du rein.

M. Feuillé prétendait que des doses massives de nitrate d'urane déterminaient en quatre heures des lésions énormes des tubes contournés sans albuminurie.

En prenant la précaution de sonder les animaux avant l'injection toxique pour ne faire porter l'examen que sur des urines émises au cours de l'intoxication, les auteurs sont arrivés à des conclusions diamétralement opposées: présence constante d'albumine, lésions insignifiantes des tubes contournés.

Il est donc impossible de tenir compte de ces expériences pour préciser le mécanisme de l'albuminurie.

Survivance du colibacille et du bacille d'Eberth sur les charcuteries. — M. Maurel a expérimenté le colibacille sur le pâté, le saucisson et le cervelas; et le bacille d'Eberth sur le pâté et le saucisson. Ses conclusions sont les suivantes: 1° ces deux microbes déposés sur ces charcuteries après stérilisation y conservent le plus souvent leur reproductivité au moins pendant vingt-quatre heures; 2° le colibacille semble mieux résister sur ces charcuteries que le bacille d'Eberth, cependant ce dernier a résisté au moins dans la moitié des expériences; 3° ces expériences démontrent donc que si ces microbes sont transportés à la surface de ces charcuteries, au moins dans certaines conditions de température extérieure, ils pourraient y conserver leur reproductivité et peut-être leur virulence au moins pendant vingt-quatre heures.

Action de la pilocarpine sur la sécrétion de l'humeur aqueuse. — M. Mawas. La pilocarpine agit sur la sécrétion de l'humeur aqueuse en augmentant sa teneur en matières protéiques et en glucose. Elle favorise aussi le passage du sang dans l'humeur aqueuse, de substances qui ne s'y trouvent pas normalement.

Autres communications :

Anaphylaxie du cobaye pour l'hémorragine du venin de vipère. — M. Billard.

Action du suc d'autolyse du foie de porc sur la coagulation du sang et du lait in vitro. MM. Billard et Dechambre.

Purification rapide de grandes quantités de glycogène et séparation de granules de différentes grandeurs. — M. Gruzewska.

Sur quelques points de la structure des binucléates d'Hartmann. — M. Alexeieff.

Activité paroxydasique du sang et des tissus chez les insectes. — M. Ch. Fleig.

Election. — M. Mulon est nommé membre titulaire.

— Dans le compte rendu de la précédente séance, p. 1984, 2e col., 18 20e lignes, au lieu de « tryptophase », lire « tryptophane »; et p. 1985, 2e col., lire le « 2° » comme suit :

2° Avec une urémie constante : $\frac{D^1}{D^2} = \frac{\sqrt{C^2}}{\sqrt{C^1}}$.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DYSENTERIE

(SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC)

DÉFINITION. — Il existe deux variétés distinctes de dysenterie : l'une reconnaît pour cause des *amibes* et présente un caractère ulcératif très prononcé, la seconde est déterminée par des *bacilles* et présente un processus surtout inflammatoire et diphtéroïde; sans rien préjuger de la cause, d'ailleurs, on peut définir le syndrome dysentérique, une colite à type spécial, se traduisant par des douleurs intestinales, des épreintes, du ténesme et l'émission de selles caractéristiques, glaireuses et sanguinolentes.

DYSENTERIE AMIBIENNE. — Elle est endémique dans toutes les régions tropicales; relativement peu contagieuse, elle se caractérise par son évolution irrégulière, la présence d'amibes dans les selles, sa tendance à passer à l'état chronique et à se compliquer d'abcès du foie.

Parasitologie. — Les amibes découvertes dans les selles furent appelées en 1875, par Lœsch, *Amœba coli*. Schaudin, en 1903, montra que la véritable amibe pathogène est l'*entamœba dysenteriæ* ou *hystolytica*; elle a été depuis très complètement étudiée par Lesage; inoculée dans le rectum d'*un chat*, elle y détermine presque à coup sûr des lésions ana-

logues à celles que détermine la dysenterie chez l'homme; c'est une amibe transparente, à contours peu visibles, *pauvre en endoplasme*, très mobile, très pénétrante, grâce à ses mouvements actifs : elle est capable de s'enkyster. Sa culture en série n'a pu être réalisée ; on a pu obtenir cependant quelques cultures passagères sur paille humide. Il faut enfin savoir que quelques cas exceptionnels de dysenterie amibienne ont été décrits (Caussade et Joltrain, Dopter) chez des individus n'ayant jamais été aux colonies.

Clinique. — Le début peut être précédé de prodromes (malaise, état saburral, anorexie, diarrhée prémonitoire séro-muqueuse); d'emblée parfois, au contraire, les symptômes pathognomoniques peuvent apparaître (aspect spécial des selles, coliques, épreintes, ténesme).

Les *selles* sont formées de matières visqueuses, gélatineuses, ressemblant souvent à du *frai de grenouille ;* on y rencontre toujours du sang, soit sous forme de stries, soit, plus souvent, intimement lié au mucus; dans certains cas, les selles prennent l'aspect *lavure de chair* caractéristique, elles peuvent être parfois enfin franchement *hémorragiques.* Leur odeur est fade; elles ne présentent ordinairement aucune trace de *matières fécales*, la bile y fait également défaut; la *constipation* est de règle : les matières sont uniquement formées de produits glandulaires, de sang (abondance des éosinophiles dans les selles) sans aucun mélange de matières fécaloïdes, les selles sont spécialement muqueuses [mucus concrété sous l'action de la mucinase (Roger)]. La fréquence des selles varie avec l'intensité de l'affection.

Les *douleurs* consistent en coliques, localisées au niveau du côlon transverse; les *épreintes* sont caractérisées par de *faux besoins* ; le ténesme enfin accompagne ces épreintes.

L'*état général* est rapidement grave: l'amaigrissement rapide, la langue est saburrale, les nausées fréquentes, mais exceptionnellement on observe des vomissements ; la maladie est apyrétique ; la période suraiguë ne dure que quelques jours, et la cessation s'annonce par l'apparition de selles fécaloïdes (*diarrhée de retour*). Cependant il est des cas où la *diarrhée dysentérique* persiste plus longtemps, les selles prennent l'aspect diarrhéique, et restent telles pendant plusieurs semaines. De toutes manières la guérison définitive s'observe rarement, et plus souvent, à la suite d'une série d'améliorations et de rechutes, la maladie *passe à l'état chronique.*

Formes cliniques. — On peut décrire une *forme légère* avec atténuation de tous les symptômes, la durée de l'affection ne dépassant pas cinq à six jours; cette forme est souvent appelée rectite dysentérique et comme les formes plus sérieuses elle peut d'ailleurs également provoquer l'*abcès du foie.*

Les *formes graves* ou *gangréneuses* se caractérisent par le nombre très élevé des selles et l'apparition, dans les garde-robes, de débris sphacélés; la mort, dans le collapsus, en est la conséquence presque fatale.

Les formes *algides* ou *cholériques* se caractérisent, par la modification des selles qui deviennent séreuses avec des grains riziformes, par l'apparition de crampes et de phénomènes algides; on a décrit des *formes typhoïdes* avec état fébrile, souvent il s'agit alors d'une fièvre typhoïde intercurrente ; on peut observer des *formes bilieuses*, des *formes hémorragiques*, avec hémorragies intestinales très abondantes.

Les *complications* de la dysenterie amibienne, à côté des *associations* (paludisme, choléra, typhoïde), sont les *péritonites*, par propagation ou par perforation, et le **grand abcès du foie** (y insister). Le passage à la *dysenterie chronique* n'est pas enfin la moins redoutable des complications de la dysenterie.

Dysenterie bacillaire. — C'est une maladie des pays tempérés, épidémique, s'observant dans les agglomérations, dans certaines contrées (Bretagne), de préférence pendant l'été, et se compliquant exceptionnellement d'abcès du foie; elle est due au *bacille dysentérique* décrit en 1888 par Chantemesse et Widal; c'est un petit bâtonnet mince, ne se déplaçant pas; il ne *prend pas le gram*, il se cultive aisément à 37 degrés, et produit une *toxine* qui, injectée, réalise chez l'animal le syndrome dysentérique; ce bacille existe en abondance dans les selles (absence par contre de cellules éosinophiles); le sérum des dysentériques enfin, agglutine très énergiquement ce bacille. Grâce à cette séro-réaction, on a différencié plusieurs groupes de ces bacilles : le groupe *Shiga-Kruse*, et le groupe *Flexner*; il n'y a donc pas un seul bacille dysentérique, il y a *des bacilles dysentériques.* Cette dysenterie se caractérise encore, par son *extension* épidémique extrêmement rapide par les matières fécales et les porteurs de germes, et par les heureux effets sur son évolution, de l'injection de *sérum antidysentérique.*

Clinique. — Le début de la dysenterie bacillaire est en général brusque ; il se fait par de vives douleurs abdominales suivies d'évacuations glaireuses, puis muco-sanglantes comme dans la dysenterie amibienne; il existe des coliques, des épreintes, du ténesme, mais très rapidement, les yeux s'excavent, le nez se pince, le facies prend le type abdominal. Les *selles* sont peu copieuses, mais très fréquentes; elles peuvent atteindre 100 en vingt-quatre heures; dans la majorité des cas elles présentent l'aspect lavure de chair, et dans les formes plus graves elles prennent rapidement le caractère gangréneux. La *fièvre* est assez fréquente au début et c'est là un signe différentiel assez important mais surtout, ce qui caractérise cette forme, c'est l'*état toxhémique* très marqué, allant jusqu'aux vomissements, au hoquet, etc. La durée est en général de une à deux semaines, et la maladie n'a pas cette marche traînante qui est de règle dans la dysenterie amibienne. On observe cependant quelquefois des *rechutes.*

La *guérison* s'annonce par une diminution du nombre des selles, avec retour des selles fécaloïdes et moulées. La convalescence est longue.

La *mort* peut survenir au milieu d'*hémorragies* abondantes, ou par suite des progrès de l'*intoxication* ; parmi les complications il faut signaler les *arthropathies*, les *paralysies* secondaires, les *péritonites.* Les *suppurations hépatiques* sont des raretés, et lorsqu'elles se présentent, il ne s'agit plus du grand abcès tropical, mais de petits abcès multiples, le plus souvent miliaires.

Formes cliniques. — On décrit des formes *légères*, des formes *hémorragiques*, des formes *gangréneuses*; il faut y ajouter des formes *modifiées* par les *injections de sérum antidysentérique* (de Dopter) avec rétrocession rapide des symptômes alarmants; certains auteurs rattachent à la dysenterie bacillaire certaines formes de *gastro-entérite aiguë infantile.*

Diagnostic. — Dans les pays tropicaux on confondra facilement ces deux dysenteries; dans nos pays, le diagnostic s'orientera d'emblée vers la dysenterie bacillaire ; néanmoins il faut se rappeler que, même chez des individus n'ayant jamais été aux colonies, l'on pourra observer une dysenterie amibienne ; on devra donc toujours rechercher à la fois, l'agglutination du bacille dysentérique par le sérum du malade, et l'examen microscopique d'une parcelle des selles.

Le diagnostic *différentiel* se pose en ce qui concerne la *dysenterie amibienne*, avec la dysenterie balantidienne, bilharzienne, paludéenne ; il est fort difficile, en cas de *dysenterie chronique*, d'avec toutes les diarrhées rebelles.

En ce qui concerne la dysenterie *bacillaire*, le diagnostic doit être fait avec la *diarrhée de Cochinchine* qui paraît due à un cocco-bacille spécifique, isolé par Lesage et Metin; il doit être fait également avec le choléra (voyez *Gaz. des hôpit.*, 3 nov. 1910, n° 125, p. 1705). Lorsqu'il s'agit d'un cas isolé, on peut croire au début, à un simple embarras gastrique, à une entérite aiguë banale, à une intoxication alimentaire, à un début de fièvre typhoïde. Il est cependant extrêmement utile de poser précocement un diagnostic, en vue d'instituer rapidement les mesures de prophylaxie qui empêcheront l'extension très rapide de l'affection. C'est la *séro-réaction* qui est alors le procédé de choix; et qui permet de préciser à quel groupe (Shiga-Kruse ou Fleixner) appartient l'épidémie en cours.

Bibliographie : Salanoue-Ipin. *Précis de pathologie tropicale.* — Vaillard et Dopter. *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 5, 1906. — Mlle Broïdo. Agent pathogène de la dysenterie épidémique aiguë, *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 1903, nos 77 et 80.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de gynécologie médico-chirurgicale, par J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, et Armand SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Gr. in-8 jésus de 1020 p., avec 564 fig., dont 86 en coul., dans le texte et 4 pl. en coul. hors texte. Reliure à coins. — Prix : 35 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Technique thérapeutique chirurgicale, par les docteurs PAUCHET, professeur à l'École de médecine d'Amiens, et DUCROQUET, chargé du service d'orthopédie à la policlinique de Rothschild. In-8 de 543 pages avec 552 fig., cart. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Médecine d'urgence. Symptômes, diagnostic, traitement immédiat, par le docteur C. ODDO, professeur à l'École de médecine de Marseille, correspondant national de l'Académie de médecine. Avec une préface de M. le docteur J. GRASSET (de Montpellier). In-8, relié toile, de 832 p. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Leçons de Chirurgie de guerre. Des blessures faites par les balles des fusils, par le docteur J.-H. REVERDIN, professeur à la Faculté de médecine de Genève. Préface de M. H. NIMIER, médecin-inspecteur de l'armée, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon. In-8 avec 7 planches. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Les Véritables centres du mouvement et l'incitation motrice volontaire, par le professeur D.-Albert ADAMKIEWICZ. Traduit de l'allemand par la baronne H. DE ROTHSCHILD. In-18, 80 p. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Arthritisme et artério-sclérose, par le docteur J. LAUMONIER. Brochure de 132 pages. — Prix : 1 fr. 20. — Paris, Larousse.

La Désinfection à la campagne, par OTT et BASILAIRE. Brochure de 76 pages. — Paris, Maloine.

Précis de Thérapeutique oculaire, par le docteur ADAM. 293 p. — Paris, Hortala, 12, rue Jacob.

N° 147. — SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 24 DÉCEMBRE 1910. — N° 147.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-32

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Sont déclarés admissibles à l'épreuve orale, tous les candidats ayant obtenu aux épreuves écrites un minimum de 16 points, ainsi que les candidats dont les noms suivent, et qui ont obtenu 15 points : MM. Busson, Collet, Dietz, Faveret, Guillemet (Marcel), Larcher, Luquet, Rechad, Vallerant.

Oral. — Séance du 21 décembre. — Question donnée : « Anatomie de la muqueuse de l'utérus. Complications de la fièvre scarlatine. »

Mlle Leven, 13 + 21 = 34; MM. Monod-Lorenz, 10 + 19 = 29; Pilatte, 13 + 17 = 30; Gautruche, 16 + 20 = 36; Meaux-Saint-Marc, 15 + 21 = 36; Delivet, 14 + 27 = 41; Thouvenin, 15 + 23 = 38; Truffert, 9 + 16 = 25; Jacquet, 17 + 17 = 34.

— Concours duprosectorat. — *Lecture des copies.* — Séance du 22 décembre. — MM. Berger, 28; Combier, 27; Toupet, 30; Poupardin, 27.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations de MM. Anis, Dargelos, Tapon, Laulaigne, Serradell, Magnillat, Kéruzoré, Grenaudier et Bourcier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Hoche, professeur d'anatomie pathologique, est nommé directeur des travaux d'anatomie pathologique des cliniques et M. Robbe, étudiant en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de laboratoire d'anatomie pathologique des cliniques.

M. Bœckel, aide de clinique chirurgicale, est délégué dans l'emploi d'aide de clinique des maladies des voies urinaires pendant l'année scolaire 1910-1911 (emploi nouveau).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Corps des sapeurs-pompiers. — M. le docteur Jacquet est nommé médecin aide-major de deuxième classe à Château-Gontier.

INSTITUT PASTEUR. — Il est créé un laboratoire de chimie thérapeutique placé sous la direction de M. Fourneau. On sait que le distingué chimiste, inventeur de la stovaïne est le gendre de M. le professeur Segond.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté pendant la cinquantième semaine, 830 décès, au lieu de 872 pendant la semaine précédente et au lieu de 938, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant. Les maladies épidémiques sont rares.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fée, médecin-inspecteur du cadre de réserve.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Sports d'hiver à Chamonix et au Mont-Revard.* — Train spécial (réduction : plus de 50 p. 100) : Paris — Aix-les-Bains — Chamonix. — Départ de Paris le 10 janvier 1911, à 9 h. 35 soir.

Retour : par tous les trains ordinaires, au gré des voyageurs, dans la limite de durée de validité des billets indiqués ci-dessus.

Prix, aller et retour : Aix-les-Bains — Mont-Revard, 1re classe, 65 francs; 2e classe, 45 francs; Chamonix, 1re classe, 75 francs; 2e classe, 50 francs.

Validité : Quinze jours. Faculté de prolongation de deux périodes de huit jours moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période.

Emission à partir du 20 décembre 1910, à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la compagnie et agences de voyages.

1° Les billets pour Chamonix donnent la faculté de s'arrêter à Aix-les-Bains, à l'aller ou au retour, et les voyageurs, porteurs de ces billets, peuvent se procurer à cette gare ou au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains, un billet, aller et retour, pour le Mont-Revard au prix réduit de 5 francs.

2° Les billets pour Aix-les-Bains-Mont-Revard comprennent un coupon valable, sans supplément de prix, pour le parcours aller et retour : Aix (gare du Revard) au sommet du Mont-Revard.

Les voyageurs porteurs de billets pour Aix-les-Bains-Mont-Revard, désireux de revenir par Chamonix, peuvent obtenir à la gare d'Aix-les-Bains (P.-L.-M.) un billet spécial de retour viâ Chamonix, en échange du coupon « Aix-les-Bains-Paris » et paiement d'un supplément de 15 francs en 1re classe et de 10 francs en 2e classe.

Service des trains sur le Revard : les samedis, dimanches et lundis seulement. — Nombre de places limité, les retenir à l'avance au Syndicat d'initiative d'Aix-les-Bains.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 10, oct. 1910.) W. Œttinger : Hypersécrétion gastrique à jeun, ulcère et ulcération de l'estomac. Rapports étiologiques. — Hertz et Sterling : Recherches sur la sécrétion psychique de l'estomac chez un malade après la gastrotomie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 43, 23 oct. 1910.) R. Saint-Philippe : Comment doit être comprise une consultation publique et gratuite d'enfants. La consultation du dispensaire de Bacalan de Bordeaux. — Aubaret et Michaud : Anévrisme du tronc brachio-céphalique avec distension anévrismale de la crosse de l'aorte et ptose viscérale totale. — (N° 44, 30 oct.) A. Guérin : Les affections du système digestif en neuropathologie. — (N° 45, 6 nov.) Cabannes : De la paralysie de l'accommodation dans le glaucome; son pronostic, son traitement opératoire. — Princeteau : Epithélioma primitif du maxillaire inférieur avec envahissement de toute la branche horizontale. Résection au delà de la ligne médiane. Guérison. — (N° 46, 13 nov.) L. Rocher : Torsion congénitale de la verge. — L. Verdelet : Des hernies étranglées chez l'enfant. — (N° 47, 20 nov.) Rocher : Torsion congénitale de la verge (*suite*). — Ducos : Lésion corticale circonscrite dans un cas de démence précoce.

Journal de médecine interne. — (N° 29, 20 oct. 1910.) Fouquet : La 606e préparation d'Ehrlich dans le traitement de la syphilis. — (N° 30, 30 oct.) Wickham et Degrais : Emploi du radium dans le traitement des eczémas rebelles. — (N° 31, 10 nov.) Farez : Le rôle de la narcose dans le réveil des léthargiques. — Aviragnet et Tixier : Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant. — (N° 32, 20 nov.) Gaucher : Sur la valeur comparée de l'arsenic organique et du mercure dans le traitement de la syphilis. — J. Bœckel : Des résultats éloignés de la gastrectomie. — (N° 33, 30 nov.) Marfan : Le rachitisme tardif. Rachitisme des grands enfants et des adolescents.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 41, 13 oct. 1910.) A. Bayet : L'arsenobenzol (préparation 606 d'Ehrlich-Hata) dans le traitement de la syphilis. — Vandervelde et G. Cantineau : Les tuberculoses médicales à l'hôpital Saint-Jean en 1909. — (N° 42, 20 oct.) P. Spehl : A propos de la réaction de Marmorek dans le diagnostic de la tuberculose. — Bouché : Myélite chronique, hystérie en plaques et démence précoce. — (N° 43, 27 oct.) A. Robin : Du climat marin dans le traitement de la tuberculose. — (N° 44, 3 nov.) O. Weill : De la rechute dans la fièvre typhoïde. — (N° 45, 10 nov.) Ern. Renaux : Ictère hémolytique congénital et acquis. Splénomégalie sans ictère avec diminution de la résistance globulaire. — (N° 46, 17 nov.) Vandervelde : Le diagnostic clinique du rein amyloïde. — Ern. Renaux : Ictère hémolytique congénital et acquis. Splénomégalie sans ictère, avec diminution de la résistance globulaire (*fin*). — (N° 47, 24 nov.) L. Blanc : Aix-les-Bains. Station thermale et station climatique. — Dietz : Le 606.

Journal médical français. — (N° 10, 15 oct. 1910.) Achard : Les opsonines. — F. Arloing : Quelques considérations cliniques et expérimentales sur les propriétés du sérum antituberculineux. — L. Thévenot : La sérothérapie des néphrites. — E. Sacquépée : Nouvelles méthodes de prophylaxie et de traitement spécifiques de la fièvre typhoïde. — J. Castaigne et F.-X. Gouraud : La sérothérapie antituberculeuse. — (N° 11, 15 nov.) Paul Courmont : Propriétés humorales des épanchements des séreuses (sérodiagnostic, séro-pronostic, anaphylaxie, applications thérapeutiques). — F. Bezançon et Philibert : Revue critique sur les méthodes de recherche du bacille de Koch, dans les épanchements séro-fibrineux de la plèvre et du péritoine. — L.-G. Simon : L'examen cytologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, sa valeur séméiologique. — V. Audibert : La plasmothérapie des épanchements séreux. — Castaigne : L'ascite des cirrhotiques, ses nouvelles méthodes de traitement. — Castaigne et Gouraud : Traitement des épanchements pleuraux par les injections gazeuses.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 9, nov. 1910.) G. Orlowski : Conduite à tenir en présence des vomissements incoercibles de la grossesse. — Aberdour : Note sur les résultats obtenus dans le service de la répression de la fraude du lait dans le laboratoire départemental.

Nord médical. — (N° 385, 15 oct. 1910.) Lemoine : Ponctions lombaire et sacrée. — (N° 386, 1er nov.) G. Lemoine et L. Gérard : Nouvelles expériences sur l'action antitoxique des lipoïdes vis-à-vis du poison tuberculeux. — A. Dauthuile : Sur un cas d'autoplastie palpébrale. Procédé opératoire, résultats.

Pédiâtrie pratique. — (N° 30, 25 oct. 1910.) A. Halipré : Manifestations cardiaques graves du rhumatisme aigu avec lésions articulaires bénignes. Le schéma de François Frank. — E.-C. Aviragnet et Tixier : Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant (*fin*). — (N° 31, 5 nov.) Broca : Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — F. Ramond : Contribution à l'étude des signes physiques de la pleurésie séro-fibrineuse. — Armand-Delille : La pleurésie purulente en galette chez le nourrisson. — Ombrédanne : Les scolioses que la gymnastique aggrave. — Courtellemont et Collin : Traitement de la péritonite tuberculeuse par la recalcification. — (N° 32, 15 nov.) Ugo Trinci : Les arthrites suppurées aiguës chez les nourrissons. — Mouriquand et Ph. Russo : Etude comparative de quelques laits au point de vue de leur teneur en colloïdes visibles au microscope par l'éclairage latéral sur fond sombre. Explication de leurs différences de digestibilité. — (N° 33, 25 nov.) Hutinel : Associations morbides chroniques et dystrophies infantiles. — Miraillé : Hérédo-ataxie cérébelleuse et traumatisme. — Weill : Symptomatologie de la chorée de Sydenham.

Presse médicale. — (N° 84, 19 oct. 1910.) F. Jangeas : La radiothérapie dans les adénites aiguës. — S. D : Le traitement de la syphilis par le 606. — (N° 85, 22 oct.) F. Bezançon et S. I. de Jong : L'éosinophilie du crachat des asthmatiques. Sa valeur diagnostique. Sa signification pathogénique. — A. Zimmern et Paul Cottenot : Les bases physiologiques de l'électricité médicale. Electricité et atrophie musculaires. La modalité optima.

Semaine gynécologique. — (N° 42, 18 oct. 1910.) Pichevin : Les formes lentes du cancer utérin. — (N° 43, 25 oct. 1910.) C. Jeannin : Conception nouvelle du traitement chirurgical de la rétroversion de l'utérus. — (N° 44, 1er nov.) Pichevin : Traitement de la lacération du col et de la métrite cervicale. — (N° 45, 8 nov. 1910.) Pichevin : Cheiromancie et provocation de maladie nerveuse. A propos du traitement des salpingo-ovarites chroniques. — (N° 46, 15 nov. 1910.) Pichevin : Vomissements incoercibles de la grossesse. — (N° 47, 22 nov. 1910.) A. Lucas : Un nouveau cas de vomissements graves de la grossesse guéri par l'application d'une vessie de glace sur le bas ventre. — (N° 48, 29 nov.) Pichevin : A propos du 606. A propos du procédé de Momburg.


LABORATOIRES
FOURNIER FRÈRES
"BIOLACTYL"
FERMENT LACTIQUE
CULTURE PURE & SÉLECTIONNÉE
MALADIES DE L'INTESTIN
ENTÉRITES DIARRHÉES
APPENDICITE
26·BOULEVD. DE L'HOPITAL·PARIS


LABORATOIRES
FOURNIER FRÈRES
26 Boul.d de l'Hôpital
PARIS
Adresse Télégraphique
LABIOCHIM-PARIS
BIOLACTYL
COMPRIMÉS
FERMENT LACTIQUE
Culture pure et Sélectionnée
MALADIES DE L'INTESTIN
et Affections Consécutives
Entérites Diarrhées Infectieuses
Appendicite. Dermatoses
MODE D'EMPLOI
4 Comprimés avant chacun des deux principaux repas.
PRIX DU FLACON 5 Fcs
Tenir au Frais
"BIOLACTYL"

REVUE GÉNÉRALE (1)

LES PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES LATENTES
CHEZ L'ENFANT

Par MM. MAILLET et GAUJOUX
(de Montpellier).

I

Introduction. Historique. — Pidoux (2) est un des premiers, sinon le premier, à avoir étudié et décrit la pleurésie latente. Avant lui, dit-il, Baglivi et Stoll « l'avaient nommée, mais non connue ». Il entend lui-même par ce terme une « pleurésie qui n'est pas sans signes physiques, mais une pleurésie sans symptômes. C'est une pleurésie qui se cache, mais qu'on peut trouver ». Les cliniciens attribuent en effet d'une façon générale au terme de maladie *latente* une valeur un peu différente du sens littéral ; du fait qu'une affection n'est pas révélée cliniquement, on ne saurait déduire qu'elle n'est pas révélable, elle est, dit-on, latente ; et c'est cette valeur que nous attribuons personnellement à l'expression de pleurésie latente.

Après Pidoux, c'est Trousseau, c'est Dieulafoy qui, à propos des indications de la thoracentèse, insistent longuement sur la pleurésie latente « qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs » (3) et peut être cause de mort subite.

Les pleurésies latentes sont donc depuis les travaux de ces maîtres, connues et étudiées surtout chez l'adulte. Mais si l'on ne néglige jamais de parler de la latence des pleurésies enkystées interlobaires, suppurées ou non, le fait de la non révélation clinique d'un gros épanchement séro-fibrineux de la plèvre tout en étant classique est toujours utile à rappeler. Chez l'enfant d'ailleurs, la question est, à ces divers points de vue, encore bien moins précisée, que chez l'adulte.

Il subsiste d'autre part, sinon des malentendus, du moins des controverses sur la nature elle-même de ces épanchements séro-fibrineux latents de la plèvre. Tandis que Trousseau, après Stoll, n'hésite pas à en faire une manifestation de la diathèse tuberculeuse, la limite est restée pour Peter assez mal marquée entre l'hydrothorax et la pleurésie latente, rhumatismale ou non. Si bien qu'il a pu dire : il n'y a pas de pleurésie latente, il n'y a que des hydrothorax. Lasègue (4), décrivant à son tour la pleurésie latente séro-fibrineuse, ne conclut pas sur la nature même (rhumatismale ou non) de cette affection. Après avoir considéré l'histoire cliniqne des pleurésies prémonitoires tuberculeuses comme encore à faire, il distingue la pleurésie latente centrifuge consécutive à une affection pulmonaire.

(1) Reproduction interdite.
(2) Pidoux. *Mémoire sur le pronostic de la pleurésie latente*, 1850.
(3) Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I.
(4) Lasègue. *Etudes médicales*, 1884.

* * *

Au point de vue spécial de la pleurésie chez les enfants, Trousseau et Lasègue d'abord, West ensuite ont insisté particulièrement sur la fréquence (par rapport à l'adulte) des pleurésies latentes à cet âge, ils en ont même rapporté des observations très démonstratives. D'autre part, nombreux sont les auteurs classiques (Rilliet et Barthez, Descroizilles, dans leurs traités des maladies de l'enfance) qui signalent la difficulté du diagnostic de pleurésie chez l'enfant, étant donnés la faible réaction, la fièvre peu élevée, le peu de douleur que présentent ces jeunes sujets.

Mais s'il y a longtemps que les pleurésies latentes séro-fibrineuses sont signalées aussi bien et plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, les observations de cet ordre en sont cependant si peu nombreuses que Netter (2) a pu dire qu'elles constituaient un fait sinon exceptionnel, du moins très rare.

Avant de reprendre leur étude générale, recherchons tout d'abord les causes de cette rareté qui a pu faire nier même par Verliac (3) l'existence d'épanchements simples chroniques chez l'enfant. Car pour cet auteur ainsi que ses contemporains, la maladie est chronique lorsque, dès le début, sa marche est lente et silencieuse (4), autrement dit épanchement chronique est synonyme de pleurésie latente. C'est d'ailleurs un point que nous discuterons plus loin.

II

Causes de la prétendue rareté de ces pleurésies. — Quelles sont donc les causes de la rareté des pleurésies séro-fibrineuses latentes chez l'enfant ?

Les principales nous paraissent être :

1° La rareté relative de la pleurésie chez l'enfant, qui implique la rareté d'une forme anormale ;

2° La plus grande fréquence chez le même, de la pleurésie purulente par rapport à la pleurésie séro-fibrineuse ;

3° La difficulté du diagnostic de pleurésie chez l'enfant.

Passons rapidement en revue ces diverses propositions :

1° La rareté relative de la pleurésie chez l'enfant est moindre que ce que l'on a prétendu tout d'abord. Cette soi-disant rareté tient sans doute avant tout à la difficulté du diagnostic et quoiqu'on ait reconnu et ponctionné des pleurésies séro-fibrineuses même chez les tout jeunes enfants, il est probable que chez ces derniers beaucoup de réactions pleurales passent encore malheureusement inaperçues. Que de fois en clinique infantile, n'observe-t-on pas des enfants qui portent de véritables témoignages cliniques d'une pleurésie ancienne ignorée ou mécon-

(1) West. *Leçons sur les maladies des enfants*, 1875. Traduction Archambault.
(2) Netter. Art. pleurésies, in *Traité* de Grancher et Comby.
(3) Verliac. Th. de Paris, 1865.
(4) Fernet et d'Heilly. Art. pleurésies, *Dict. Jaccoud*.

nue (submatité, frottements pleuraux, emphysème vicariant et compensateur, rudesse respiratoire, déformations thoraciques); et d'autre part, chez Morgagni, que d'autopsies de jeunes enfants ne révèlent-elles pas des placards fibrineux péripulmonaires, reliquats incontestables d'une ancienne pleurésie ?

2° La pleurésie purulente est chez l'enfant relativement plus fréquente que chez l'adulte. Tandis que chez ce dernier la proportion serait de 7 p. 100 (Ziemssen); chez l'enfant, le même rapport serait beaucoup plus élevé et cela d'après toutes les statistiques. Citons-en seulement quelques-unes pour exemple. Mackey donne 40 p. 100 ; le Compendium, 13 p. 100 ; Baron, 18 p. 100 ; Israël, 29 p. 100. Elle varie suivant l'âge ; c'est ainsi que pour Méry, elle est des deux tiers au-dessous de cinq ans, de moitié de cinq à dix ans, d'un tiers de dix à quinze ans.

Les chiffres rapportés sont assez différents, on le voit, mais tous concordent; et cependant, tout en admettant en principe la fréquence relative de l'épanchement purulent, on peut se demander avec Paul-Boncour (1) si la proportion des pleurésies séro-fibrineuses ne serait pas plus grande en y ajoutant les pleurésies latentes et les pleurésies de la pneumonie qui passent souvent inaperçues. En un mot, cette cause, comme la précédente, ne serait qu'une conséquence de celle que nous allons envisager à présent, c'est-à-dire la difficulté du diagnostic de ces pleurésies.

3° La difficulté du diagnostic de la pleurésie chez l'enfant est grande ; elle tient d'abord à la nature de la pleurésie qui est le plus souvent secondaire, accompagnant ou suivant une autre maladie, locale ou générale.

Le diagnostic est encore difficile à cause de la faible réaction de défense de l'enfant, point sur lequel ont assez insisté les classiques.

Enfin les signes physiques eux-mêmes peuvent prêter à erreur dans l'examen du thorax de l'enfant, par la difficulté de la percussion et de l'auscultation chez le nourrisson et le bébé; l'absence de souffle, d'égophonie, est comme nous le verrons le plus souvent signalée; la constatation d'un souffle bronchique sous la clavicule pourrait d'ailleurs en imposer pour de véritables cavernes, comme l'ont signalé Rilliet et Barthez, Trousseau, West, etc. Ce serait là pour certains auteurs une cause d'erreur nécessitant une enquête clinique minutieuse avant de pouvoir poser le diagnostic de pleurésie.

Cette difficulté du diagnostic est d'ailleurs prouvée par les faits. Sevestre (2) a dit que dans les premiers mois de la vie les pleurésies n'ont qu'un intérêt anatomo-pathologique révélé par l'examen post mortem. C'est peut-être exagéré aujourd'hui. Et cependant les trois observations que donne West dans ses leçons ne sont, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer ailleurs (3), que des découvertes d'autopsie. Il en est de même pour deux observations de Trousseau et surtout pour les observations de pleurésies secondaires, soit à la diphtérie, soit aux affections pulmonaires, à la fièvre typhoïde, etc.

Si l'on tient compte de ces considérations, si l'on remarque d'autre part que beaucoup de ces pleurésies sont la cause de morts subites, auxquelles l'autopsie manquera, on doit conclure que la pleurésie séro-fibrineuse n'est pas aussi rare chez l'enfant qu'on veut bien le dire et que cette soi-disant rareté est peut-être due à ce que beaucoup de ces pleurésies ont évolué sans grands symptômes, à ce qu'elles furent des *pleurésies latentes*.

III

Séméiologie. — Sans vouloir insister sur ce point, il n'est peut-être pas inutile de retracer les grandes lignes du tableau clinique que semblent habituellement revêtir les pleurésies latentes séro-fibrineuses chez l'enfant.

La pleurésie latente, a dit Pidoux, est « non pas une pleurésie sans signes physiques, mais une pleurésie sans symptômes ». Il entend par là qu'elle ne s'annonce pas par les symptômes habituels de pleurésie, c'est-à-dire que les troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont vagues, légers, n'offrent rien de pathognomonique et ne constituent donc pas à vrai dire une symptomatologie. C'est en un mot, comme il l'ajoute, une pleurésie qui se cache. Et en effet, la fièvre, le point de côté, la dyspnée, la toux, signes fonctionnels habituels de la pleurésie, sont ici le plus souvent absents.

Pleurésie primitive. — Dans la pleurésie latente primitive, le début a lieu à l'occasion d'un coup de froid ou même sans cause déterminante appréciable. Un enfant est pris de frisson, de malaise, d'inappétence, de courbature; il ressent un point de côté peu considérable, qui peut même manquer tout à fait. Il a pendant quelques jours une petite toux sèche.

Mais ces premiers symptômes sont le plus souvent vite oubliés; le petit malade manifeste à peine un peu de gêne respiratoire. Il n'y a pas d'élévation thermique, l'appétit est conservé, et l'enfant abandonné à lui-même reprend ses jeux favoris.

West signale, dans quelques observations, « une fébricule légère, un peu de toux et rien de plus, si bien que ces symptômes très vagues ont pu, dit-il, être attribués à la dentition, à des vers intestinaux, à une fièvre gastrique, etc. »

Le début est donc des plus insidieux, simulant un simple rhume ou toute autre affection. La maladie évolue sans secousses, sans révoltes de l'organisme (Lasègue). Elle va cependant amener à la longue une altération générale de la santé. En effet, au bout de deux ou trois semaines, le début de la maladie étant presque oublié, on observe que l'enfant ne se rétablit pas.

Cependant la dyspnée est très peu marquée, la toux rare. Il n'y a que de l'essoufflement facile, au moindre effort, et une fatigue insolite, « une gêne

(1) G. Paul-Boncour. Th. de Paris, 1897.
(2) Sevestre. Pleurésie de la première enfance, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1887.
(3) Baumel, Maillet et Gaujoux. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 1910.

vague dans la poitrine (1) » (Pidoux). Rien, en un mot, qui attire l'attention d'une façon spéciale du côté de la plèvre.

En ce qui concerne l'état général, on peut observer des sueurs, de la céphalée, de l'anorexie. La face est pâle, le teint mat, parfois plombé, les pupilles dilatées; l'amaigrissement est rapide.

L'enfant éprouve une sensation de fatigue générale, il manque d'entrain. Mais, dans la majorité des cas, il n'y aura là que des troubles vagues qui ne l'empêcheront pas de mener la même vie qu'auparavant, de jouer avec les autres enfants, ainsi que le signale West, ainsi que nous avons pu l'observer nous-mêmes chez une fillette dont nous avons ailleurs rapporté l'observation.

C'est donc bien la pleurésie qui se cache et qu'il faut trouver par l'examen des signes physiques.

Nous ne décrirons pas ici en détail tous les signes physiques d'épanchement que l'on pourra alors constater. Ceux-ci pourront être retrouvés en entier ou incomplets ; chacun d'eux pourra être plus ou moins net.

Sans doute, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le souffle, l'égophonie peuvent être absents (Trousseau, Lasègue), l'abolition des vibrations locales peut être difficile à percevoir chez un enfant trop jeune. Mais c'est surtout la constatation de signes physiques divers surajoutés qui peut induire en erreur.

C'est ainsi qu'on observe fréquemment (et ce n'est pas un fait particulier aux pleurésies latentes) un souffle bronchique, ou même amphorique, pseudo-cavitaire, que Rilliet et Barthez ont été les premiers à signaler chez l'enfant et que West note ensuite tout spécialement dans la pleurésie latente.

Ce souffle peut avoir son siège dans les diverses parties du thorax, mais lorsqu'il est perçu dans la région sous-claviculaire, ainsi que nous avons pu le constater, il peut encore plus facilement faire dévier le diagnostic et empêcher de percevoir les signes classiques de l'épanchement.

D'autres bruits surajoutés, tels que râles, gargouillements, dus à de la bronchite, à de la congestion pulmonaire sous-jacente, peuvent être causes d'erreur.

Quoi qu'il en soit, dans presque tous les cas, l'examen attentif doit, croyons-nous, montrer l'existence d'un épanchement pleural.

L'inspection et la palpation montrent de la déformation thoracique (voussure, effacement des espaces intercostaux) et surtout la déviation du cœur parfois très marquée dans la pleurésie gauche. Il bat sur la ligne médiane et même parfois à droite du sternum, jusque sous le téton droit.

A l'auscultation, on note très souvent l'absence complète de tout bruit respiratoire (Lasègue, Trousseau) qui coïncide généralement avec l'absence d'égophonie, de souffle, de pectoriloquie aphone. Ces derniers signes peuvent cependant exister.

Que l'on ait trouvé ou non à l'examen les signes complets d'un épanchement, celui-ci peut être plus ou moins abondant suivant la nature de la pleurésie. Mais dans les cas de pleurésie primitive, c'est généralement à un épanchement abondant que l'on a affaire. C'était l'opinion de Trousseau, c'est aussi le résultat des chiffres mentionnés dans les diverses observations, tout en tenant compte de la capacité relative des plèvres aux différents âges.

Par la ponction, Trousseau retire 800 grammes de liquide chez une fille de seize ans; 1 100 grammes chez un garçon de douze ans; nous en avons trouvé plus de 600 grammes chez une fillette de neuf ans. Dans les observations de West il trouve dans deux cas 350 grammes de liquide dans chaque plèvre, à l'autopsie, chez une enfant de vingt-six mois et un petit garçon de trois ans.

L'épanchement peut d'ailleurs être uni ou bilatéral. Quand il n'existe que d'un seul côté, il semble que le côté gauche est le plus souvent atteint.

Pleurésie secondaire. — Quand la pleurésie latente est secondaire, qu'elle survient au cours ou à la suite d'une autre affection, les signes cliniques seront d'autant plus difficiles à percevoir que l'on mettra sur le compte de la première affection, que l'on attribuera à une rechute, les troubles vagues (malaise, essoufflement), la fièvre légère que l'on pourra alors observer.

IV

Evolution et pronostic. — Comment évolue la pleurésie latente séro-fibrineuse? Elle ne présente rien à ce point de vue qui la distingue beaucoup de la pleurésie séro-fibrineuse ordinaire. La durée de la maladie, comme dans cette dernière, semble limitée entre cinq et six semaines en moyenne. L'état général, comme le signalait déjà Pidoux, est rapidement et profondément atteint, et c'est pour cet état général que l'on vient habituellement consulter le médecin, quinze à vingt jours après le début de la maladie que l'on avait tout d'abord négligée.

A ce moment, l'épanchement abondant impose une ponction qui, faite en temps opportun, amènera rapidement la guérison. La pleurésie séro-fibrineuse latente n'est donc pas à proprement parler une affection chronique, bien qu'elle en ait en apparence les caractères par son insidiosité, par le peu de réaction qu'elle provoque dans l'organisme.

Au bout de cinq à six semaines, l'épanchement ayant été ponctionné, ou s'étant résorbé spontanément, la guérison survient.

Cette résorption se produit facilement dans les cas où l'épanchement est peu abondant, ce qui a lieu surtout dans les pleurésies secondaires. Il n'est pas rare, croyons-nous, dans ces cas, que la pleurésie passe inaperçue dans toute son évolution et ne soit dévoilée qu'ultérieurement par les traces qu'elle a laissées. Ces pleurésies à faible épanchement ont, en effet, une tendance très marquée (comme le signalait déjà Pidoux dans son mémoire) à la production d'adhérences qui entraîneront des frottements pleuraux, des pleurodynies, des déformations thoraciques, entraves à la fonction respiratoire.

(1) Ce dernier symptôme d'ailleurs rarement indiqué par l'enfant.

La résorption peut aussi se faire pour les épanchements plus abondants du rhumatisme, de la tuberculose, etc. Mais dans ces cas le pronostic est loin d'être toujours aussi bénin. La *mort subite* est malheureusement parfois l'issue d'une pleurésie latente séro-fibrineuse non reconnue ou non ponctionnée. Rappelons que si West a si bien décrit cette pleurésie, c'est qu'il a eu l'occasion d'observer trois fois une terminaison fatale chez des enfants qui, la veille encore, jouaient, allaient et venaient, sans que leur état inspirât la moindre inquiétude à leur entourage. D'ailleurs Trousseau avait déjà insisté sur l'opportunité d'une thoracentèse en pareil cas. Après Sevestre (1), Chomel, Peter (2) a, lui aussi, rapporté de telles observations. Voilà donc qui vient singulièrement obscurcir le pronostic de la pleurésie latente; raison de plus pour chercher à la découvrir. Car si, parmi les observations qu'on a publiées, il en est déjà beaucoup où la pleurésie n'a été diagnostiquée qu'à l'autopsie, il est permis de se demander si elle n'est pas en réalité plus fréquente qu'on ne le croit, en raison des cas qui peuvent échapper à une vérification post mortem.

V

Diagnostic.— Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de ces pleurésies latentes séro-fibrineuses, ayant montré à peu près chemin faisant toutes les difficultés qu'il comporte. West insiste longuement sur le diagnostic avec les accidents de la dentition, avec les vers intestinaux, les diverses fièvres de l'enfance. Ces erreurs seront sans doute évitées par un examen méthodique et complet, d'absolue rigueur en clinique infantile.

Malgré cet examen, le diagnostic peut rester malaisé dans certains cas, comme nous l'avons montré et on pourra confondre la pleurésie avec une pneumonie ou une congestion pulmonaire, et surtout avec cette variété de congestion pulmonaire, qui a nom spléno-pneumonie, si bien décrite par Grancher et ses élèves. On pourra hésiter, dans quelques cas, entre une pleurésie gauche et une péricardite, comme l'a signalé Jules Simon (3); cette erreur est plus facile à commettre quand on a affaire à une pleurésie enkystée interlobaire. Mais ce sont là des faits très rares. Quoi qu'il en soit, lorsqu'à un premier examen, le doute subsiste, il faudra sans hésiter demander le secours complémentaire de la radioscopie et renouveler son étude clinique en insistant sur les symptômes d'interprétation difficile. Il est rare que l'on n'arrive pas en fin de compte à un bon résultat. En dernière analyse, une ponction exploratrice à la Pravaz donnera la solution du problème.

VI

Etiologie. — Quelle est la nature de ces pleurésies? C'est là le dernier point que nous envisagerons dans cette étude et qui n'est pas le moins intéressant.

(1) Sevestre. *Revue des mal. de l'enf.*, 1888.
(2) Peter. *Cliniques*.
(3) J. Simon. *Gaz. des hôpit. de Toulouse*, 1891.

Nous avons dit que les pleurésies latentes séro-fibrineuses pouvaient être primitives ou secondaires.

Lss affections du poumon (pneumonie, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire), les fièvres éruptives, la grippe, la diphtérie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, telles sont les maladies qui peuvent se compliquer d'une pleurésie dont les symptômes seront cachés, dissimulés dans le tableau clinique d'ensemble. Mais il ne suffit pas de cela pour dire qu'une pleurésie est latente; l'examen attentif des divers appareils doit toujours en pareil cas montrer les signes de l'épanchement à moins que celui-ci soit peu abondant, comme cela arrive parfois dans la diphtérie (1) par exemple, et passe alors complètement inaperçu.

Il peut en être de même pour les pleurésies survenues au cours de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, les signes de l'épanchement étant cachés par les signes dus aux lésions pulmonaires. Insistons sur ce fait que la pleurésie secondaire n'est véritablement une pleurésie latente que lorsqu'elle se produit au déclin ou pendant la convalescence de la maladie, à un moment où l'examen clinique n'est plus aussi méthodique, où la guérison franche apparaît prochaine. Comby, Netter, en ont cité des cas.

Signalons avant de quitter l'étude de ces pleurésies latentes secondaires les faits survenus au décours de la scarlatine, témoin l'observation de West. Ici il faut d'autant plus se méfier qu'on peut avoir affaire à un épanchement considérable, surtout s'il y a une néphrite.

Dans la fièvre typhoïde, pareil fait peut encore se produire.

Stoltz en a rapporté un cas chez l'enfant (2). Fernet (3), à la Société médicale des hôpitaux, a fourni une observation très intéressante que nous rappelons, quoiqu'il ne s'agisse pas en l'espèce d'un enfant, mais d'un jeune Italien de dix-huit ans. La maladie débuta par un refroidissement avec point de côté, frissons, mais sans que le malade interrompît son travail. Puis, au bout de deux mois, pendant lesquels il ne souffrait que d'oppression légère, il se sent plus fatigué, perd l'appétit complètement, a des douleurs dans la fosse iliaque, de la céphalée, des épistaxis et de la diarrhée. On trouve alors un épanchement moyen à droite avec du bacille d'Eberth.

Voilà bien en réalité une pleurésie latente séro-fibrineuse éberthienne au cours d'une typhoïde.

Nous avons insisté sur ces pleurésies latentes secondaires à cause de la fréquence des pleurésies secondaires chez l'enfant [72 sur 80, d'après West (4)] et de l'intérêt qu'il y a donc chez lui à surveiller la plèvre au cours des diverses maladies énumérées. Mais la question de la nature des pleurésies latentes séro-fibrineuses primitives est tout aussi intéressante et pas encore complètement résolue, comme nous allons voir.

(1) Deguy et Detot. *Revue des mal. de l'enf.*, 1906.
(2) Stoltz. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 9 avril 1910. Discussion.
(3) Fernet. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 mai 1891.
(4) Ausset. Les pleurésies, *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1er avril 1900.

Trousseau et avant lui Stoll considéraient ces pleurésies latentes primitives comme des manifestations de la diathèse tuberculeuse. Cette question est naturellement liée à celle de la tuberculose dans la pleurésie séro-fibrineuse. Or, les opinions des auteurs sont à ce sujet très différentes, puisque, pour ne citer que quelques statistiques, on trouve, pour Kelsch, 70 à 75 p. 100 de tuberculose; pour Fernet (1), 15 p. 100; pour Netter, 50 p. 100 et même davantage (6 sur 8) dans les cas ponctionnés, tandis que le professeur Robin, par exemple, ne reconnaît cliniquement tuberculeuses que 20 p. 100 des pleurésies séro-fibrineuses.

Rousseau Saint-Philippe (2) trouve la tuberculose dans un cinquième des cas chez l'enfant, au lieu d'un tiers chez l'adulte.

Il est donc difficile de se faire une idée nette d'après des chiffres aussi dissemblables. Cependant l'opinion générale de ces auteurs, auxquels il faut ajouter Ausset (3), Baumel (4), Thue [de Christiania (5)], Nathan (6), l'opinion générale est que la tuberculose est beaucoup moins souvent en jeu chez l'enfant que chez l'adulte dans les pleurésies séro-fibrineuses.

Mais cette règle peut-elle s'appliquer en particulier aux pleurésies latentes primitives, pleurésies a frigore ou même sans cause apparente, en un mot pleurésies qui ne font pas leur preuve, selon le mot de Landouzy? Pidoux le premier les attribuait surtout dans le cas de vastes épanchements à des tubercules pulmonaires peu actifs.

La tuberculose pleurale primitive est un fait aujourd'hui classique, mais il faut la considérer comme relativement rare chez les enfants, surtout chez les tout jeunes, la tuberculose n'ayant pas chez eux tendance à se localiser. Donc, si d'une part l'évolution insidieuse de la pleurésie latente chez l'enfant doit faire songer à une tuberculose possible, d'autre part la rareté de la localisation tuberculeuse pleuro-pulmonaire chez les jeunes enfants et la faiblesse des réactions de ces derniers signalée par tous les classiques au cours de la pleurésie, nous amèneront à conclure que ces pleurésies latentes primitives peuvent bien ne pas être toujours de nature tuberculeuse.

C'est ainsi que dans le cas que nous avons observé chez une fillette de neuf ans, dans le service de notre maître M. le professeur Baumel, l'inoculation du liquide pleurétique au cobaye a été absolument négative et l'enfant reste aujourd'hui complètement guérie.

Tout en reconnaissant le rôle incontestable de la tuberculose, surtout chez les enfants au-dessus de dix ans selon l'opinion de Netter, la pleurésie séro-fibrineuse latente primitive n'est pas toujours tuberculeuse. Le rhumatisme, les infections à pneumocoque, à staphylocoque, à streptocoque, à bacille d'Eberth peuvent aussi bien donner naissance à ces épanchements.

S'agit-il dans ces cas d'une infection atténuée, ainsi que le pensait déjà Pidoux pour les lésions tuberculeuses et comme semblerait le démontrer la faible virulence de certains microbes, notamment le pneumocoque trouvé par Lesné et Tinel (1), par Schkarin (2), par Papapanagiotu (3) dans des exsudats de pleurésie chez l'enfant? C'est ce qui est possible, mais non encore démontré.

Une réponse définitive à la question soulevée sera peut-être donnée par les méthodes de laboratoire aujourd'hui en usage pour la détermination de la nature microbienne de tout épanchement. Un point sur lequel il nous paraît nécessaire de faire des restrictions, c'est à savoir que dans bien des cas, du fait de la réaction à la tuberculine (cuti, intradermo, ophtalmo-réaction) ou d'un séro-diagnostic positif (séro d'Arloing) témoin de la tuberculisation, de l'état tuberculeux d'un jeune sujet, il est loin de s'ensuivre forcément que la pleurésie séro-fibrineuse dont il est d'autre part porteur ressortisse au bacille de Koch lui-même.

Voilà pourquoi aujourd'hui comme autrefois, il importe d'être très réservé sur la réponse à la question de la nature d'un épanchement pleural. Seule l'inoculation suivie de cultures apparaît démonstrative.

VII

Traitement. — Toute pleurésie séro-fibrineuse latente comporte le même traitement local et général qu'une pleurésie séro-fibrineuse ordinaire de même volume et de même siège. Nous n'insisterons pas sur ces divers points tout à fait classiques. Notons simplement l'intérêt tout spécial chez l'enfant, d'une gymnastique respiratoire raisonnée, d'une surveillance méthodique et générale, se prolongeant bien après la disparition des traces mêmes de l'épanchement et la guérison clinique de la pleurésie.

VIII

Conclusions. — Cette rapide revue générale nous a permis, semble-t-il, de relever et de souligner certains faits peu classiques, entre autres : la fréquence relative des lésions et des réactions pleurales latentes chez l'enfant; les difficultés de leur diagnostic; enfin, la réalité de formes non tuberculeuses des pleurésies séro-fibrineuses latentes à côté de celles aujourd'hui classiques ressortissant au bacille de Koch.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pidoux. Mémoire sur le pronostic de la pleurésie latente, publié dans les *Mémoires de la Société des hôpitaux*, 1850.
2. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I.

(1) Fernet. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 fév. 1895.
(2) Rousseau Saint-Philippe. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 sept. 1906.
(3) Ausset. Loc. cit.
(4) Baumel. *Précis des maladies des enfants*, 1904.
(5) Thue (de Christiania). *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mai 1895.
(6) Nathan (*Arch. f. Kind.*, 1904, vol. XXXVIII) trouve sur 35 anciens pleurétiques, 5 tuberculeux ultérieurement et 30 bien portants.

(1) Lesné et Tinel. *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1909.
(2) Schkarin. *Iahr. f. Kind.*, 1900.
(3) Papapanagiotu. *Arch. de méd. des enf.*, 1899.

3. Lasègue. *Etudes médicales*, 1884.
4. Peter. *Cliniques*.
5. Rilliet et Barthez. *Traité des mal. de l'enf*.
6. Descroizilles. *Traité de méd. inf*.
7. West. *Leçons sur les maladies des enfants*, trad. Archambault, 1875.
8. Netter. Art. pleurésies, in *Traité* Grancher et Comby.
9. Verliac. Th. de Paris, 1865.
10. Fernet et d'Heilly. Art. pleurésies, in *Dict. Jaccoud*.
11. G. Paul-Boncour. Th. de Paris, 1897.
12. Sevestre. Pleurésie de la première enfance, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1887; — *Revue des mal. de l'enf.*, 1888.
13. Baumel, Maillet et Gaujoux. *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 9 avril 1910, in *Montpellier méd.*
14. Comby. Art. pneumonie, in *Traité* Grancher et Comby.
15. J. Simon. *Gaz. des hôpit. de Toulouse*, 1891.
16. Deguy et Detot. *Revue des mal. de l'enf.*, 1906.
17. Létinois. Th. de Paris, 1904.
18. Fernet. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 mai 1891 et 22 fév. 1895.
19. Ausset. Les pleurésies, *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1er avril 1900.
20. Rousseau Saint-Philippe. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 sept. 1906.
21. Baumel. *Précis des maladies des enfants*, 1904.
22. Thue. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mai 1895.
23. Nathan. *Arch. f. Kind.*, 1904, vol. XXXVIII.
24. Lesné et Tinel. *Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1906.
25. Schkarin. *Iahr. f. Kind.*, 1900.
26. Papapanagiotu. *Arch. de méd. des enfants*, 1899.
27. Hutinel. *Les Maladies des enfants*.
28. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 21 décembre 1910)

Cholécystite typhoïdique. — M. Quénu revient sur cette question à propos de la communication faite, dans la dernière séance, par M. Walther. Pour M. Quénu, les cas rapportés par M. Walther ne sont pas, à proprement parler, des cas de cholécystite survenus au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Il ne suffit pas qu'on trouve des bacilles d'Eberth dans la bile pour faire le diagnostic de cholécystite typhoïdique. On trouve des bacilles d'Eberth dans la bile, des mois, des années et même vingt ans après la fièvre typhoïde. Or, dans sa communication, M. Quénu n'a voulu envisager que les cas de cholécystite survenant au cours même de la fièvre typhoïde. Les faits de M. Walther sont des faits de cholécystite post-typhoïdique.

Quant à l'observation de M. Tuffier, c'est bien dans la convalescence de la fièvre typhoïde qu'est apparue la cholécystite. Elle rentre donc dans le cadre des faits qu'a voulu viser M. Tuffier. Celle de M. Savariaud vient à l'appui de la thèse qu'a soutenue M. Quénu sur l'antériorité des calculs biliaires dans certains de ces cas.

Il résulte de ces faits que c'est surtout dans des vésicules déjà calculeuses que le bacille d'Eberth produit les désordres graves que nous connaissons. Il ne faut donc pas exagérer le pouvoir lithogène du bacille d'Eberth, puisque dans bien des cas le calcul a précédé la cholécystite éberthienne.

M. Quénu rappelle l'observation de M. Tuffier dans laquelle il s'agissait de l'infection éberthienne d'un kyste hydatique. Dans ce cas il y a eu infection du kyste après une fièvre typhoïde et une cholécystite typhoïdique. On a constaté aussi cette infection éberthienne secondaire dans des kystes de l'ovaire.

M. Guibal a adressé à M. Quénu une nouvelle observation de cholécystite typhoïdique. Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans qui, à la fin d'une fièvre typhoïde, eut une recrudescence des accidents avec douleur à la région hépatique. M. Guibal conseille l'intervention immédiate qui est acceptée et aussitôt pratiquée. On tire 100 grammes d'un liquide sanieux et on constate sur la vésicule des taches gangréneuses. Le malade mourut le lendemain. Le séro-diagnostic avait été positif.

M. Quénu insiste sur l'évolution insidieuse, dans ce cas, de la cholécystite gangréneuse. Si l'on joint ces deux observations de M. Guibal à celles qu'a pu rassembler M. Quénu, on arrive au chiffre de soixante-quatre cholécystites typhoïdiques opérées.

M. Walther rappelle à M. Quénu que l'un des deux cas qu'il a rapportés était bien une cholécystite typhoïdique, puisque c'est au cours même de la fièvre typhoïde qu'elle s'est déclarée.

Sarcome de la dure-mère. — M. Mauclaire rapporte un fait de sarcome de la dure-mère, à évolution lente et ayant perforé le crâne en deux endroits. On fit, au niveau de la tumeur saillante, une incision exploratrice qui donna lieu à un écoulement sanguin assez important. Après cette ponction, l'état du malade fut très amélioré. Il n'eut plus de crises d'épilepsie jacksonienne et succomba seulement deux ans et demi après. De ce fait, M. Mauclaire rapproche un autre cas d'épilepsie jacksonienne et de troubles cérébraux dus, cette fois, à une gomme de la dure-mère. Dans ce cas, d'ailleurs, M. Lucas-Championnière avait porté le diagnostic de syphilis. Ce malade a complètement guéri. Il s'agissait d'une gomme de la dure-mère qui, elle aussi, avait perforé le crâne.

Double fracture de la voûte du crâne, double craniectomie, guérison. — M. Picqué fait un rapport sur une observation de M. Baudat; il s'agit d'un homme qui avait été bousculé par un train de ballast. Entre autres blessures, il présentait une grande agitation cérébrale, une amnésie et une douleur vive au niveau du pariétal. La ponction lombaire fut positive au point de vue hémorragique. Il y avait une hémiplégie gauche et de l'épilepsie jacksonienne. On fait une trépanation, on trouve une fracture du pariétal. La dure-mère est tendue. Une incision donne issue à des caillots. On fait un tamponnement. Tout alla bien pendant quelque temps, puis les accidents reparaissent, avec une hémiplégie du côté opposé. On trépane de l'autre côté, on donne issue à un épanchement du côté opposé et tout rentra dans l'ordre.

M. Picqué appelle l'attention sur les épanchements intracraniens après les fractures du crâne sans déplacement. Le point de départ de l'hémorragie doit être un vaisseau dure-mérien. Les symptômes révélateurs de l'épanchement ont manqué au début. Dans certains cas, comme chez un malade de M. Delbet, l'hémiplégie survient tardivement, quatre mois après le traumatisme. Au reste le diagnostic de l'épanchement sanguin intracranien ne présente pas de grandes difficultés et la ponction lombaire, quand elle est positive, donne une indication absolument précise. Le traitement rend donc l'intervention précoce et même préventive.

M. Picqué termine sa communication par quelques considérations sur les troubles psychiques consécutifs aux traumatismes craniens.

M. Delbet s'est occupé de la question des accidents cérébraux éloignés consécutifs aux traumatismes craniens. De l'enquête à laquelle il s'est livré, il résulte que ces accidents éloignés post-traumatiques s'observent surtout sur des syphilitiques. C'est à l'aide de la réaction de Wassermann positive qu'il a pu faire ce diagnostic rétrospectif. On conçoit l'importance que peut avoir cette donnée au point de vue de la loi

sur les accidents de travail. En voici un exemple : une femme subit un traumatisme cérébral; la ponction lombaire est positive au point de vue hémorragique. Il n'y a aucune trace de fracture sur la voûte cranienne. On ne fait pas de trépanation. La malade a plus tard des symptômes de paralysie générale, et séjourne à Sainte-Anne; elle a deux crises épileptiformes. On fait la réaction de Wassermann qui est positive. La malade guérit. Elle réclame une indemnité pour accident de travail. Deux médecins consultés concluent, en raison de la syphilis, qu'il n'y a pas lieu d'accorder à cette femme le bénéfice de la loi. M. Delbet, appelé comme expert, proteste contre cette conclusion et, tout en reconnaissant que cette femme est syphilitique et même alcoolique, il estime que c'est bien réellement le traumatisme antérieur qui a été la cause directe des accidents observés.

En effet, il se peut que la syphilis, chez ces individus, prédispose aux accidents; mais la première place, comme origine de ces accidents, doit rester au traumatisme.

M. Delbet est convaincu qu'on laisse bien souvent mourir des gens ayant subi un traumatisme cranien, faute de les trépaner. Il cite l'exemple d'un homme qui à la suite d'une chute d'automobile présente des symptômes de fracture du rocher, et, deux jours après, une terrible céphalée. Le troisième jour, son pouls est à 44. Il a une crise d'épilepsie jacksonienne et une légère paralysie faciale, M. Delbet trépane, la ponction lombaire n'ayant amené aucun soulagement. Il n'y a pas d'hyperpression, M. Delbet fait une incision curviligne sur la dure-mère; il ne sort pas une goutte de liquide céphalo-rachidien; mais il se fait une saillie cérébrale de plus de 2 centimètres. M. Delbet, ayant constaté une infiltration opalescente des gaines vasculaires, pensait que ce malade allait mourir de méningite. Il n'en fut rien. Il guérit parfaitement; il serait mort certainement si l'on n'avait pas opéré la décompression cérébrale. Les cas de ce genre sont fréquents.

Election. — M. Jalaguier est nommé président pour 1911 à l'unanimité des suffrages, M. Bazy est élu vice-président, MM. Potherat et Albarran sont nommés secrétaires annuels.

La commission pour l'examen des titres des candidats aux places de membres titulaires est ainsi composée : MM. Walther, Potherat et Savariaud.

Maladie de Paget. — M. Auvray a fait, dans la dernière séance, un rapport sur une observation d'un médecin de l'armée relative à un cas de sarcome à myéloplases de la dure-mère s'étant propagé au crâne qui avait lui-même énormément augmenté de volume. Le malade succomba sur la table d'opération. Le crâne fut présenté à M. le professeur Marie qui reconnut aussitôt une maladie de Paget sur laquelle s'était greffé un sarcome.

M. Le Dentu a observé un malade chez lequel le maxillaire supérieur était frappé d'une énorme hyperostose et il y avait également un noyau de sarcome. Il a ainsi rencontré 3 cas de sarcomes développés sur des crânes atteints de la maladie de Paget.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE MALAISE DE LA PROFESSION MÉDICALE

A la dernière assemblée générale du syndicat médical de Paris, M. Henri Barbier a lu un rapport sur le malaise de la profession médicale, ses causes et moyens d'y remédier. Ce rapport remarquable à la fois par la forme et par les pensées élevées qu'il renferme, vient d'être publié par le *Bulletin officiel du Syndicat médical de Paris*, numéro de décembre. Nous en extrayons les principaux passages, ceux qui ont trait aux *causes morales* et à l'encombrement de la profession.

« En me chargeant d'exposer devant vous les causes du malaise médical actuel, le conseil d'administration du S. M. P. n'a pas eu la prétention, pas plus que moi, d'ailleurs, d'y apporter un remède immédiat. Mais il nous semble que, avant de rien entreprendre, c'est déjà un premier résultat d'établir son bilan pathologique, d'attirer l'attention de tous les médecins sur la complexité des causes qui ont amené cette véritable crise, et d'amener les esprits à comprendre que les difficultés dont ils souffrent dépendent moins d'un certain nombre d'abus ou d'injustices dont ils ont été le témoin ou la victime et dont ils ont tendance peut-être à exagérer l'importance, que d'un ensemble de circonstances dont ils ne supportent pas, en apparence du moins, les effets malfaisants, mais qui pèsent cependant et lourdement sur l'ensemble de la corporation médicale.

Parmi les causes qui ont amené cet état de malaise, il y a des *causes morales*, il y a des *causes matérielles*.

Parmi les premières, il en est qui sont indépendantes de nous et vis-à-vis desquelles nous ne pouvons rien, du moins en tant que médecin : c'est l'état d'*esprit du public*, de nos *malades*, des *milieux dans lesquels nous exerçons*. De ce côté, la profession médicale, il ne faut pas se le dissimuler, a perdu, injustement peut-être, de son ancienne considération. Eh bien! c'est une grosse perte.

Qu'il l'avoue ou non, le plus matériel des médecins conserve une petite flamme d'idéal; et la façon dont on nous considère, les témoignages de confiance et d'estime avec lesquels on nous accueille, sont pour beaucoup d'entre nous, sinon pour tous, une véritable nécessité. Nous y voyons comme une restitution de ce que nous avons donné de nous-mêmes, si généreusement souvent, lorsque le malheur de la maladie ou le déchirement de la mort nous a mêlés à la vie intime des familles.

Dans cette reconnaissance tacite de nos services, nous trouvons un dédommagement à nos démarches, à nos préoccupations, à nos peines, enfin, et si minime que soit plus tard, dans ce cas, la représentation matérielle de nos services, elle nous paraît toujours suffisante. Ainsi, la satisfaction intime de notre moi a effacé le souvenir de nos fatigues.

J'ai accompagné quelquefois certains de nos confrères de la campagne dans leurs longues tournées, et j'ai pu admirer avec quelle allégresse ils supportaient leurs dures fatigues; mais c'est que, tout le long du chemin, ils recevaient des marques d'estime, de considération et d'attachement Hélas! il faut bien reconnaître qu'un autre état d'esprit tend à prévaloir de plus en plus, et cela dans tous les milieux sociaux. A peine supportable dans les milieux riches, où, à la rigueur, le médecin peut se contenter d'honoraires plus élevés, il devient odieux, déprimant, décourageant, dans les classes où le médecin donne plus qu'il ne reçoit, et où la modicité des honoraires n'est plus compensée par la notion qu'il a d'une considération en rapport avec les services qu'il a rendus. Dans certains milieux, au lieu de la reconnaissance, ou même simplement de la politesse, il ne trouve plus que méfiance, grossièreté, récriminations, quelquefois menaces et chantage.

Je suis persuadé que beaucoup d'entre nous souffrent davantage de cela que de leur position peu fortunée, et que, par un enchaînement compréhensible, celle-ci leur paraît par cela même encore plus insupportable qu'elle ne l'est réellement.

A cet état de choses, nous ne pouvons rien, en tant que corporation du moins. Il est le résultat, dans tous les milieux, de la direction donnée aux esprits par l'éducation moderne.

Chez les gens riches, c'est la persuasion que l'argent est tout et qu'il constitue, pour ceux qui le possèdent, une suprématie universelle. Là, le médecin n'est plus qu'un fournisseur que l'on trouve toujours trop onéreux, à moins qu'il ne soit de bon ton d'associer à sa maison, comme une preuve de luxe, le nom d'un homme, médecin ou charlatan, qui passe

pour faire payer très cher les secrets qu'il possède. Dans les classes ouvrières, c'est autre chose. On leur a tant dit que tout leur était dû, qu'ils se croient par avance quittes même de toute gratitude avec le médecin, à qui est imposée dorénavant l'obligation de les soigner. Un médecin d'une ville industrielle de l'Oise, qui, depuis trente ans, soigne les ouvriers d'une usine, on peut dire pour rien, s'est vu refuser l'aide de deux de ceux-ci pour remettre sur la route sa voiture, qu'un écart malencontreux avait jetée dans le fossé.

De cette indifférence, de cette injustice, le médecin souffre d'autant plus qu'il met plus de cœur à ce qu'il fait : cette souffrance, j'en suis sûr, a fait plus de révoltés et d'aigris que les mauvais payeurs.

Il s'y ajoute autre chose qui ne lui est pas moins sensible : c'est le soupçon qu'il a qu'on doute de ses connaissances, et de l'efficacité des moyens qu'il emploie pour lutter contre la maladie. Ceci ne s'adresse pas seulement à ceux qui, pour des raisons diverses, furent de médiocres étudiants et qui, aussi oublieux de la clinique que du livre, ne pénétrèrent jadis dans les services hospitaliers que pour y faire signer leurs certificats de stage, mais bien aussi à ceux qui, par tempérament et par situation, se tiennent au courant des progrès scientifiques, et ont à cœur de remplir consciencieusement leur devoir médical.

Mais il y a autre chose.

Il y a d'abord, il faut bien le dire, ce sentiment dont notre immortel Labiche nous a montré une des faces dans *le Voyage de M. Perrichon*. M. Perrichon n'est pas seul de son espèce. Figurez-vous, maintenant, M. Perrichon désemparé, humilié, sans force d'âme dans sa catastrophe ridicule, et trahissant son effarement par des confidences utiles ou non à son sauvetage, sa pusillanimité par un effroi humiliant de la souffrance ou de la mort, et vous concevrez un M. Perrichon, hors de danger, beaucoup plus perfectionné, beaucoup plus complexe. Ce n'est pas impunément, en effet, qu'un homme, qu'il a appelé à son secours, est devenu involontairement le témoin d'une défaillance morale ou le confident de secrets qu'on voulait taire, ou qu'on croyait à jamais cachés.

Je n'ai pas besoin de vous exposer ce qui arrive une fois le danger passé et d'insister sur le rôle effacé, qu'on attribuera au malchanceux qui a prétendu se poser en sauveteur; combien on est disposé à rapetisser son rôle, à discuter ses moyens d'action. Et puis, il ne faut pas vous le dissimuler, il y a des milieux où, par suite d'un orgueil démesuré, la maladie est considérée comme une humiliation, comme une déchéance, qui doit disparaître comme une incorrection, comme une incongruité. On en veut forcément au témoin, le médecin qu'on appelle; on lui fait patte de velours, mais que les griffes sont proches. Et combien je conseille à celui-ci, en pareil cas, la modestie et la discrétion!

Ce sentiment est d'autant plus dangereux pour nous qu'il se pare, aujourd'hui, d'un jargon médical dont nous avons bien notre responsabilité. A notre époque de compétence universelle, on connaît tout, on parle de tout, on discute, on tranche de tout. Les manuels tiennent lieu du livre, la lecture rapide du journal quotidien en omnibus, en voiture ou après son déjeuner, entre une tasse de café et un petit verre, remplace l'étude patiente et suivie, la méditation, la réflexion. Or, est-ce que le journal ne sait pas tout. Il publie des chroniques scientifiques, si j'ose ainsi m'exprimer, des interviews retentissantes sur les questions les plus brûlantes, les plus complexes, les plus difficiles de la médecine. Demandons-nous avec angoisse, messieurs, s'il n'y a pas là le plus grand danger qui puisse atteindre, je ne dirai pas nos intérêts, ce serait trop misérable, mais l'exercice loyal et sincère d'un art comme le nôtre, aussi difficile, aussi déconcertant parfois; et si, chose plus grave encore, sur laquelle j'appelle votre attention, s'il n'a pas desséché dans les jeunes générations qui, en ce moment, étudient la médecine, ce zèle, cette ardeur au travail, cette soif de connaître, ce désir d'approfondir ce qu'on étudie, sans quoi, il n'y a pas de bons médecins. Un éminent académicien faisait entendre, hier, un cri d'alarme au sujet de la crise du français, faut-il donc que nous aussi nous puissions redouter une crise des études médicales? Nous devons déplorer de voir, tous les jours, les questions médicales les plus sérieuses et les plus scabreuses traîner dans les feuilles publiques entre un assassinat sensationnel, un procès scandaleux et une râfle de police. La médecine a aussi sa pudeur, et il y a des choses qu'il n'est pas bon de répandre, tant pour l'intérêt et la dignité des malades que pour ceux des médecins. C'est à nous, médecins sollicités d'écrire, et trop souvent flattés de cette sollicitation, de savoir s'il faut parler ou se taire.

De cet état d'esprit nous n'aurions rien à tirer, si nous n'avions contribué pour une bonne part à le développer.

Mais que dire de la déplorable tendance que nous avons de mettre le public au courant de nos affaires. C'est comme un besoin mauvais de nous ravaler, oublieux que nous sommes que, à ses yeux peu bienveillants, nous sommes solidaires les uns des autres, et que la déconsidération jetée sur l'un de nous, quoi qu'on fasse, nous éclabousse tous un peu plus, un peu moins. On ne dit pas tel médecin a fait ceci, mais les médecins font cela. Bref, nous ne lavons pas assez notre linge sale en famille; il nous faut l'étaler pour ainsi dire devant tout le monde. Détestable habitude, convenons-en!

Et puis il faut reconnaître que nous ne sommes pas tendres les uns pour les autres et que tous les soirs, entre huit heures et demie et onze heures, puisqu'on dîne tard aujourd'hui, bien des réputations médicales sont déchirées, bien des histoires scabreuses ou malpropres sont racontées devant un auditoire narquois et attentif. L'esprit corporatif, à mon sens, devrait consister, puisqu'il ne peut pas en être autrement, à penser des ignominies, si l'on veut, sur ses confrères et sur ses maîtres; mais, retenez ceci, à les voiler devant le public, comme le fils de Noé voila, dit-on, son père qu'une peccadille avait fait déchoir pour quelques heures de sa dignité d'homme.

Enfin, messieurs, il faut le dire, au milieu du scepticisme noceur de notre époque, jamais la *crédulité*, j'allais dire la naïveté, la candeur ne se sont étalées davantage. Nous sommes à l'époque de la poudre de perlinpinpin. Le succès des réclames, des découvertes sensationnelles est inouï dans tous les milieux, y compris et surtout les milieux les plus intellectuels. Que peut ce pauvre médecin empêtré dans son diagnostic, dans son pronostic et dans son traitement, contre un produit miraculeux qui guérit toutes les maladies et quelques autres encore. Et la vertu, c'est-à-dire le succès de ces remèdes, sera naturellement d'autant plus grand que leur inventeur sera étranger à la profession médicale. Au besoin, une cour de femmes du monde, enthousiastes et convaincues, s'affublera, dans une clinique créée tout exprès pour cela, du tablier de l'infirmière pour répandre, j'allais dire parmi les infidèles, les bienfaits de la découverte.

Je crois inutile d'insister, n'écrivant pas un livre de philosophie sociale à l'usage des médecins pour leur servir de livre de chevet dans les mauvaises nuits.

Cet état d'esprit du public extra-médical me paraît intéressant à connaître pour tout le monde, mais surtout pour les jeunes générations dont l'esprit moins mûr s'imagine facilement que la profession médicale est une sorte de sport facile et rémunérateur, ne demandant que de l'aplomb et du savoir-faire, au lieu et place de la patience, du tact, de l'autorité. » . . . .

M. Barbier étudie ensuite les *causes matérielles*.

Augmentation de la vie matérielle, diminution des revenus.

Eparpillement de la clientèle hors de Paris de juillet à novembre. Instabilité de la clientèle.

Mutualités.

Exercice *dévié* de la médecine: par les consultations médicales dans les pharmacies, par les spécialités et médicaments délivrés sans ordonnance ou renouvelés au vu d'une seule ordonnance.

Abus des œuvres d'assistance gratuite, hôpitaux privés, cliniques, dispensaires, consultations gratuites.

Parasites de tout genre: sages-femmes, gardes-malades, infirmiers, ventouseurs, masseurs, professeurs de gymnastique en chambre, etc...

« Certains d'entre nous ont attribué le malaise dont ils souffrent *à l'encombrement médical.* Trop de médecins, dit-on, par rapport à la population. Le fait n'est pas douteux, du moins dans beaucoup de milieux, en particulier dans les grandes villes. Il faut donc que nous l'envisagions ici. Cette question est étroitement liée aux conditions d'entrée dans les Facultés de médecine. Il n'y en a pas à mon avis de plus vitale pour notre corporation. Bien entendu on a déjà proproposé des remèdes; la sévérité plus grande dans les examens de doctorat est un de ceux-là. Je ne le crois pas efficace, ni prudent. Quand un homme a entrepris et poursuivi quelque temps des études supérieures, il est arrivé à un âge où il ne peut plus faire autre chose, et le résultat le plus net serait de créer des fruits secs. Que feront-ils? Je crains bien qu'ils ne deviennent chacun, en pratique, par l'exercice illégal et clandestin de la médecine, un de ces concurrents que nous ne tenons pas à propager. Et puis disons-le, en persévérant, ils finiront toujours par être reçus, les jurys n'ont pas des cœurs de pierre.

On a proposé de limiter le nombre des étudiants en médecine. Mais comment? Par un examen, qui, alors, sera un concours, et, chose plus grave, un concours élémentaire tranchant en dernier ressort et sans appel de la carrière de jeunes gens dont on ne peut préjuger la valeur médicale future. J'y vois bien d'autres inconvénients. C'est, avec nos mœurs actuelles, les influences extra-médicales, de famille, politiques, etc., décidant du recrutement de notre corporation au profit, non pas des plus dignes, mais des mieux « pistonnés » ou apparentés; enfin et surtout, j'y vois la chose la plus grave qui pourrait nous advenir: c'est la fonctionnarisation du corps médical. A cet égard, je plaindrais nos successeurs; il n'y aurait pire servitude que la nôtre. Je fais appel aux souvenirs de ceux qui connaissent les exigences d'examen, d'exactitude, etc., de certains mutualistes. Nous devons tout faire, tout supporter plutôt que cela.

Cet encombrement, mes chers confrères, est un fruit moderne. Il n'existait pas il y a trente ans. Je sais bien que la carrière médicale a tenté beaucoup de jeunes gens actuels, parce que, je le crains bien, mal renseignés par des familles qui ne voyaient que les côtés reluisants de notre profession, ils se sont représenté celle-ci comme menant à tout, à la fortune, à la considération, aux honneurs. Il y a eu évidemment, comme on dit, une poussée vers la carrière médicale. Mais il y a trente ans, la nécessité d'abord d'études classiques sanctionnées par le baccalauréat, puis d'un deuxième baccalauréat, complétant les études scientifiques du futur étudiant, éliminait naturellement ceux qui ne possédaient pas ces deux parchemins et à un âge où ils pouvaient faire autre chose. Je n'insiste pas sur les changements survenus depuis, ni sur les causes avouées ou secrètes qui les ont provoqués.

Eh bien! il faut réclamer à nouveau cette filtration. Le médecin a un pouvoir redoutable, qui tient non seulement à la nature de ses fonctions, mais à ceci: c'est qu'il est le plus souvent seul avec sa conscience pour agir dans les familles où on l'appelle. Jamais on n'armera assez celle-ci, jamais on ne l'éclairera assez pour permettre au médecin de comprendre ce qu'il lui est permis de faire ou de tenter. Mêlé à la vie intime des familles, à leur genre d'existence, à leurs habitudes et surtout à leurs passions, le médecin n'est plus dans un grand nombre de circonstances un simple marchand de remèdes ou de tisanes, il faut qu'il s'élève à la compréhension la plus haute des mouvements de l'âme, il faut qu'il les devine souvent, il faut qu'il sache les influencer, les manier. Comment peut-il le faire, si une éducation philosophique dans ce qu'elle a de plus élevé ne l'a pas préparé à ce rôle redoutable? En pareille circonstance, que mince est son arsenal thérapeutique et qu'il est au-dessous de sa tâche, le médecin qui simplement paré, comme de reliques, d'un pédantisme scientifique cher à certains esprits modernes, passe inconscient et aveugle à travers des drames et des passions dont il ne soupçonne ni l'existence, ni la violence.

Ici, messieurs, nous réclamons la garde de la porte. Sentinelles vigilantes, nous exigerons que l'esprit démagogique ne nous prive pas, dans notre intérêt comme dans celui du public, des garanties morales sans lesquelles notre profession ne peut vivre et rendre les services qu'on attend d'elle.

Pour lutter contre l'encombrement, réclamons sans trêve le retour aux exigences d'antan, et surtout la nécessité de ces études littéraires et philosophiques, des « humanités », comme on disait; belle expression qui veut dire que les jeunes gens de douze à dix-sept ans auront vécu journellement avec les plus hauts penseurs anciens et modernes, se seront imprégnés des principes les plus sains de la morale humaine qui, quoi qu'on en dise, ne varie pas.

Qu'il y ait lieu ensuite de demander un diplôme scientifique et une préparation, sérieuse et spéciale, analogue à celle qui est nécessaire pour entrer à Centrale ou à Polytechnique, je crois que cela est indispensable. Mais je ne veux pas me donner le ridicule d'exposer ici un plan personnel de réformes des études médicales qu'on ne me demande pas. Ce que j'ai voulu montrer, c'est qu'il est possible d'éviter l'encombrement et qu'on ne doit pas pénétrer dans une corporation comme la nôtre de la même façon qu'on reçoit un bureau de tabac.

Je me résume, messieurs. Le malaise de la profession existe, il est le résultat de ce que je pourrais appeler l'évolution des idées modernes si cela voulait dire quelque chose. Cependant cela veut dire quelque chose, si nous ne nous contentons pas des mots et si nous analysons et reconnaissons les causes de cette décadence. Regardons chez nous et faisons comme les hommes forts, qui, ayant échoué en quelque dessein, recherchent pourquoi ils ont échoué et recommencent.

Nous n'avons pas besoin pour cela de chefs improvisés pour nous conduire. Quand on se conduit soi-même on sait où l'on va. Mais chacun de vous doit dans toutes les associations médicales, syndicat, sociétés d'arrondissement, etc., travailler au relèvement de la profession; et, à cet égard, retenons bien ceci: il n'y a pas que des intérêts matériels en jeu. Les isolés, les non syndiqués ont aussi leur place et leur rôle dans cet effort commun. Personne, à l'heure actuelle, n'a le droit de représenter les médecins dans leur généralité et de parler en leur nom; ou de réclamer, pour soi ou pour ses adhérents, des avantages matériels que d'autres, syndiqués ou non syndiqués, se verraient refuser. Quand nous demandons ou quand nous obtenons des avantages, ou la cessation d'abus, ce ne doit pas être pour en profiter seuls; c'est pour en étendre le bénéfice à la corporation médicale tout entière. C'est dans cet esprit qu'il faut nous unir, nous discipliner, en dehors de tout esprit de chapelle et de comité. D'ailleurs, n'oublions pas, comme je le disais plus haut, que notre corporation n'a pas seulement à s'occuper des intérêts matériels, si légitimes soient-ils; ce serait nous rapetisser singulièrement à notre grand dommage. Je n'hésite même pas à dire que, dans bien des circonstances, l'intérêt moral de la corporation peut exiger le sacrifice de l'intérêt matériel.

Je voudrais, en terminant, messieurs, ne pas vous laisser sous l'impression de nos difficultés de vie. Pensez-vous, du reste, être les seuls à rencontrer des difficultés, des obsta-

cles, des injustices? Avez-vous l'illusion de constituer, dans cette époque troublée, une classe de privilégiés que le malaise général actuel ne saurait atteindre? Mais toutes les classes sociales souffrent. Faisons plutôt un retour sur nous-mêmes et regardons un peu mieux ce que nous faisons de noble et de vraiment beau.

Partout, et surtout dans ces milieux peu fortunés qui souffrent eux aussi, où, cependant, la spéculation pour s'enrichir draine l'épargne et vide les bas de laine, sur les misères de qui les charlatans de la politique édifient leur scandaleuse fortune en avivant leurs souffrances, en exaspérant leurs rancunes, vous, vous aurez passé désintéressés, apportant le soulagement, l'espoir, la paix; vous aurez mêlé votre vie à leurs peines, à la joie qui suit les guérisons; vous aurez mis au monde leurs enfants; nuit et jour, vous leur aurez porté le secours et de votre expérience et de votre réconfort; vous aurez, dans des circonstances heureuses, rendu à une famille désemparée le père qui la fait vivre, la mère qui protège les petits; vous aurez empêché, par votre intervention, qu'un accident pèse sur toute une vie en faisant un infirme; vous aurez calmé les angoisses physiques et morales; vous aurez été, par tous les temps et à toutes les heures, les sublimes serviteurs de la misère humaine; vous aurez risqué les contagions pour vous et pour les vôtres, touché aux choses les plus répugnantes, pénétré dans les taudis les plus infects; vous aurez aux approches de la mort, par le mensonge sacré de votre attitude et de votre confiance, calmé les angoisses et le déchirement de la séparation; enfin, chaque jour, vous aurez sacrifié votre vie de famille, votre repos le plus légitime, vous aurez abandonné vos projets les plus chers au moment de les réaliser.

Ah! messieurs, que nous sommes riches et que l'humble maison de Tibur est un palais pour l'homme qui, au déclin de sa vie, peut jeter un tel regard d'orgueil sur ce qu'il a fait; et comme je comprends la réputation que les médecins ont dans le monde d'avoir une mort calme. »

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de pathologie interne (1), par le professeur G. Dieulafoy.

La seizième édition du *manuel de pathologie interne* vient de paraître à la librairie Masson, et cependant, deux ans à peine se sont écoulés depuis la quinzième édition. C'est dire le succès avec lequel a été accueilli par le public médical l'ouvrage de M. le professeur Dieulafoy. Depuis trente ans — puisque le manuel a pris naissance en 1880 — les éditions se sont succédé, grossies chaque fois des études cliniques si intéressantes et des observations si instructives, faites par le maître au cours de sa carrière hospitalière.

Aux bases solides léguées par ses devanciers, l'auteur, qui n'a cessé de se tenir au courant de l'évolution scientifique étonnante de ces dernières années, a mis au point, avec sa haute expérience, les questions complexes et parfois fort ardues qui unissent le laboratoire à la clinique, et, reliant ainsi le passé au présent, il a su donner à certains chapitres la portée scientifique qui leur convenait.

Les étudiants, et même ceux qui ne le sont plus, savent quel intérêt s'attache à l'étude de la pathologie ainsi exposée; aussi, le public médical, toujours avide de nouveautés, ne manquera-t-il pas de faire à cette nouvelle édition l'accueil favorable réservé aux précédentes.

Parmi les faits nouveaux, nous citerons l'histoire étonnante de ce « pathomime » qui, par une bizarre aberration mentale, se faisait sur les membres des escarres à la potasse caustique et se laissa un jour amputer le bras gauche; cette curieuse observation marque une date dans l'histoire des lésions organiques supposées des psychopathies. La question de l'hystérie, celle de l'aphasie sont envisagées à la lumière des faits les plus récents, discutés à la Société de neurologie.

Convaincu du rôle prépondérant joué par la syphilis en pathologie, M. Dieulafoy décrit avec grand soin les caractères du tréponème pâle, la réaction de Wassermann, ainsi que les manifestations morbides si variées de l'infection fracastorienne, parmi lesquelles nous citerons la pachyméningite syphilitique de la base de l'encéphale, la polioencéphalite bulbo-protubérantielle, la médiastinite syphilitique, etc., et, à ce propos, l'auteur met en valeur les remarquables effets du traitement mercuriel intensif.

La foi sincère que professe M. le professeur Dieulafoy dans le mutuel secours que doivent se prêter la médecine et la chirurgie, apparaît lorsqu'on le voit, avec son autorité habituelle, traiter les questions médico-chirurgicales, telles que les rapports des pancréatites et de la lithiase biliaire, la cytostéatonécrose et les hémorragies pancréatico-péritonéales, le traitement chirurgical des néphrites, etc.

Signalons encore ses chapitres sur les pachypleurites et les « pleurésies intarissables », sur les ictères hémolytiques, la chlorurémie, les méningites cérébro-spinales à propos desquelles il met au point les questions relatives à la sérothérapie et au cytodiagnostic, sur les infections streptococciques et staphylococciques, et, en particulier, sur deux cas d'infection sanguine gonococcique, terminés par la guérison et aussitôt suivis de fièvre typhoïde. A ce sujet, l'auteur traite de la méthode de Wright et fait une étude critique des opsonines et de la vaccination gonococcique. Enfin, dans ce compte rendu trop rapide, je ne voudrais pas passer sous silence l'article relatif aux gangrènes diabétiques, où l'auteur rapporte deux observations d'un intérêt capital, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique; c'est à leur propos qu'il a, en effet, employé, avec un succès retentissant, la méthode aérothermothérapique qu'il expose avec grands détails.

En parcourant toutes ces pages, nous retrouvons, à chaque pas, l'expression bien personnelle de son brillant enseignement de l'Hôtel-Dieu. Un des traits caractéristiques de l'œuvre de M. le professeur Dieulafoy, c'est l'unité de vues qui a présidé à l'élaboration de ce monument qu'est le *manuel de pathologie interne*, et, en même temps, l'esprit de suite, l'admirable méthode, avec laquelle le maître a toujours poursuivi son œuvre, œuvre scientifique de premier ordre, où, à côté de la conscience professionnelle du médecin et du professeur, apparaissent les dons de l'observateur et les qualités du critique, qui l'ont porté au poste le plus fameux et le plus envié de la clinique française. ALBERT LE PLAY.

(1) Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Traitement prophylactique de la phtisie, par le docteur René COUETOUX. In-8 de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Une Possession au XVIe siècle, étude médicale de la vie et de l'hystérie de Nicole Obry, dite Nicole de Vervins (1566), par le docteur Louis LANGLET. — Reims, Matat-Braine, édit.

L'Immunité dans la syphilis (Th. de Paris), par le docteur M. PINARD. — Paris, Steinheil.

N° 148. — MARDI 27 ET JEUDI 29 DÉC. 1910. 83e ANNÉE. MARDI 27 ET JEUDI 29 DÉC. 1910. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 23 décembre. — Question donnée : « Trajet et rapports de l'artère carotide externe. Complications de l'ulcère rond de l'estomac. »

MM. Monod (Raoul), 15 + 22 = 37; Loewy, 16 + 20 = 36; Hartmann, 14 + 18 = 32; Bel, 13 + 20 = 33; Marchak, 13 + 19 = 32; Godlewski, 17 + 22 = 39; Lamare, 18 + 17 = 35; Besnard (Jean), 10 + 18 = 28; Krebs, 14 + 21 = 35.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Dissection.* — Séance du 23 décembre. — MM. Poupardin, 15; Basset, 16; Rouhier, 16; Berger, 18; Roux, 17; Hovelacque, 15; Toupet, 20; Combier, 15.

Pièces anatomiques. — MM. Toupet, 30; Combier, 28; Hovelacque, 27; Roux, 29; Berger, 27; Rouhier, 30; Basset, 29; Poupardin, 28.

Séance du 24 décembre. — *Epreuve opératoire.* — MM. Berger, 24; Rouhier et Basset, 25; Poupardin et Roux, 28; Hovelacque, 25; Toupet, 26.

Sont nommés prosecteurs des hôpitaux pour quatre ans :

A partir de l'année scolaire 1910-1911, M. Roux; à partir de l'année scolaire 1911-1912, M. Toupet.

— Le budget de l'Assistance publique pour 1911 s'élève à 81 134 184 francs. Sur cette somme la Ville de Paris devra payer 25 216 950 francs.

Dans le rapport qu'il vient de faire distribuer à l'hôtel de ville, M. Henri Rousselle émet l'hypothèse qu'il serait possible de réduire un certain nombre de chapitres, avec un peu de surveillance. Il est malheureusement à craindre qu'avec le développement des services hospitaliers, les améliorations accordées au personnel et le coût de plus en plus élevé des denrées, l'augmentation du budget ne se poursuive jusqu'à dépasser le chiffre de 100 millions d'ici quelques années.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'*internat* s'est terminé par la nomination de MM. Boez, Veaudeau, Leroy, Valette, Legrand, Lesur, Hallez, Siauwe, Culot, Guénez, Martin.

Par suite de quotation non conforme au règlement ces résultats sont soumis à revision.

Le concours de l'*externat* s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Six, François, Macquet, Froidure, Swyngedauw, Caron, Dubus, Niquet, Lafaye, Thomas, Jeanvoine, Gruet, Bourdon, Hébert, Watel, Loir, Delobelle, Lefebvre, Tacquet, Arnauld, Dhalluin, Jouvenet, Deudon, Coignion, Cathelin.

La *médaille d'or* de l'internat est décernée après concours à M. Fontan.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — DIPLÔMES DE DOCTEURS EN MÉDECINE DÉLIVRÉS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1909-1910. — Comme les années précédentes (voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 2 et 144), M. le docteur Darras vient de publier, dans le *Bulletin de l'Association des médecins de France*, un tableau des diplômes (1) accordés en 1909-1910 :

FACULTÉS	DOCTEURS EN MÉDECINE		TOTAL des THÈSES
	DIPLOME D'ÉTAT	DIPLOME D'UNIVERSITÉ	
Paris	450	34	483 (*a*)
Alger	3	»	3
Bordeaux	70	»	70
Lille	44	»	44
Lyon	109	3	112
Montpellier	120	13	132 (*b*)
Nancy	32	2	34
Toulouse	55	»	55
Beyrouth	32	»	» (*c*)
TOTAUX	915	52	932

(*a*) Un diplôme d'État a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Paris en 1906.
(*b*) Un diplôme d'Etat a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Montpellier en 1906.
(*c*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

— MONTPELLIER. — A la suite de manifestations tumultueuses, la Faculté de médecine est provisoirement fermée.

(1) Pour la première fois, aucun diplôme d'officier de santé n'a été délivré pendant l'année scolaire.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 2048.*)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

ET MOUVEMENTS CHORÉIFORMES

Par MM. L. BABONNEIX et G. PAISSEAU,
Anciens chefs de clinique médicale infantile.

(*Travail du service du professeur Hutinel.*)

La méningite tuberculeuse est une des affections actuellement les mieux connues, et il semble qu'en ce qui concerne sa symptomatologie, il n'y ait rien à ajouter aux descriptions classiques. Et cependant, de temps à autre, on a l'occasion d'observer des accidents anormaux ou insolites. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante, recueillie dans le service de notre maître, M. le professeur Hutinel.

* * *

Observation. — L... Léonard, âgé de deux ans, entré le 25 octobre 1909, salle Bouchut, lit n° 13.

Antécédents héréditaires et personnels. — Les parents sont bien portants. Ils n'ont eu qu'un enfant, qui est justement le petit malade. Celui-ci est né à terme; il pesait alors 5 kilos. Il a été élevé au sein jusqu'à huit mois, puis est resté longtemps en nourrice. Il se trouvait là en contact permanent avec un jeune enfant atteint de tuberculose ostéo-articulaire. Aussi sa mère s'est-elle résolue, à un moment donné, à le retirer. Il avait alors vingt mois. Il est resté bien portant jusqu'à ces jours derniers.

Il y a trois jours, l'enfant s'est mis à vomir sans effort. Depuis, il ne cesse de porter la main à sa tête; son caractère a changé, et il aurait même eu quelques crises délirantes. Ses parents le mènent à l'hôpital Rothschild, où on fait le diagnostic de méningite.

Etat actuel. — Le petit malade est bien développé; mais, dès le premier coup d'œil, on est frappé de son indifférence. Somnolent, il reste constamment couché en chien de fusil sans prendre aucune part au mouvement de la salle. L'examen provoque des cris et accroît la raideur qui, d'habitude, est peu accentuée.

Le ventre est peu rétracté, le pouls irrégulier, la respiration normale. L'enfant est purgé; il rend, dans les selles, un ascaride; il vomit de temps en temps.

Le *27*, la somnolence s'accentue, les vomissements surviennent plus fréquents; par contre, la céphalée diminue.

La ponction lombaire décèle une lymphocytose peu accentuée, avec une légère éosinophilie et quelques polynucléaires. L'albumine ne semble pas très augmentée.

Le *28*, les signes restent les mêmes; on constate, pour la première fois, la raie méningitique.

Le *30*, la nuit a été agitée. Le pouls, qui bat à 72, présente quelques inégalités. La respiration est irrégulière. La raideur de la nuque devient plus nette. Dans les selles, on constate deux nouveaux vers.

Le *2 novembre*, la constipation s'installe. Il n'y a toujours pas de raideur des membres inférieurs ni de signe de Babinski; mais, quand on fait asseoir le malade, on remarque que les jambes sont le siège de mouvements désordonnés.

Les pupilles sont égales. Il n'existe aucun signe de paralysie faciale.

Le *4*, la raie méningitique est encore plus marquée que les jours précédents; les pommettes sont congestionnées. La ponction lombaire ramène un liquide clair, en état d'hypertension manifeste, et particulièrement riche en lymphocytes.

Ce qui frappe le plus, c'est l'existence de *mouvements choréiformes,* surtout nets au niveau des membres inférieurs gauches, mais que l'on constate aussi au niveau du membre supérieur du même côté, du cou et de la face.

Au membre inférieur, ce qui domine, ce sont des mouvements de totalité : flexion, extension, abduction et adduction, rotation; on voit aussi la jambe se fléchir et s'étendre sur la cuisse, le pied sur la jambe, les orteils sur le pied. Ces divers mouvements, irréguliers, incessants, arythmiques, illogiques, présentent tous les caractères des mouvements choréiques; ils s'associent, se combinent, se succèdent de différentes façons.

Le membre inférieur droit n'est le siège d'aucun mouvement anormal.

Les sterno-cléido-mastoïdiens se contractent incessamment; les épaules, surtout la gauche, sont le siège de mouvements fréquents d'élévation et d'abaissement; la tête présente des mouvements de rotation en divers sens; il existe aussi quelques mouvements choréiques des globes oculaires.

Les réflexes cutanés (crémastérien, abdominal) aussi bien que tendineux (rotulien) sont abolis. Il n'y a pas de signe de Babinski. La respiration est irrégulière, suspirieuse, la nuque extrêmement raide, le pouls intermittent. Il n'y a pas d'obnubilation intellectuelle, pas d'inégalité pupillaire. On n'observe, non plus, aucun signe clinique de tétanie; pas de phénomène de Trousseau, pas de signe de Chvostek. Par contre, il est apparu, depuis la nuit, un peu de dysphagie.

Le membre supérieur droit semble un peu parésié.

On observe quelques mouvements convulsifs du diaphragme, des muscles du tronc et de l'abdomen.

Le *5*, les mouvements choréiques sont toujours très marqués et prédominent, comme la veille, à gauche.

Le *6*, l'enfant est dans un état demi-comateux; les mouvements choréiques sont beaucoup moins intenses; ils s'exagèrent à l'occasion des mouvements ou des excitations sensorielles. Il y a du strabisme, un léger ptosis gauche. Le pouls est à 120, la respiration continue à être irrégulière.

Les contractions électriques sont : N. F. C. à 3/5 de M. A.; P. F. C. à 1 M. A.; quant aux contractions d'ouverture, elles n'apparaissent qu'au-dessus de 5.

Le *7*, les réflexes oculaires ont disparu. L'enfant, indifférent à tout, reste inerte dans son lit. Il n'y a presque plus de mouvements choréiques; on ne les observe qu'après excitation des masses musculaires de la cuisse ou de l'abdomen; ils sont toujours plus marqués à gauche qu'à droite. Les pauses respiratoires sont de plus en plus fréquentes.

Le *8*, l'état reste stationnaire.

Le *9*, le coma est complet. Cependant, des excitations assez vives de la paroi abdominale provoquent encore des mouvements choréiformes des membres inférieurs. L'enfant meurt le soir, sans avoir présenté de convulsions.

Autopsie. Système nerveux. — *Cerveau.* Il existe des exsudats typiques le long de la vallée sylvienne et des sillons principaux, avec nombreuses granulations de la pie-mère. La surface externe du cerveau n'est pas très congestionnée, sauf à la partie postérieure, où il y a même thrombose des veinules et d'une grosse veine postérieure aboutissant au sinus longitudinal supérieur, surtout nette à gauche. On ne voit pas de plaques de méningite; il n'y a pas non plus de localisation spéciale au niveau des circonvolutions motrices, mais, à droite, au niveau des parties inférieures des frontale et pariétale ascendantes, on voit beaucoup plus de granulations tuberculeuses qu'à gauche.

On trouve les exsudats basilaires classiques avec compression du chiasma et du nerf optique; par contre, la face postérieure des circonvolutions est intacte. Il n'y a pas de compression des autres nerfs craniens. Le bulbe et la protubérance sont normaux.

Sur la face supérieure du cervelet, le long du vermis, on

voit encore d'abondants exsudats, mais il n'y a pas d'hydrocéphalie. Les ventricules et les plexus choroïdes paraissent intacts, mais il existe une *thrombose typique du sinus longitudinal supérieur.*

Examen histologique. — Il ne décèle que des lésions banales, tant au niveau de la pie-mère qu'au niveau du névraxe.

Les méninges molles sont épaissies, congestionnées, œdémateuses, riches en follicules tuberculeux, situés, comme toujours, au voisinage des vaisseaux. Un certain nombre de vaisseaux sont rompus; d'autres, simplement hyperhémiés, s'enfoncent dans la substance grise sous-jacente; d'autres encore, appartenant au système veineux, sont nettement thrombosés. Ces lésions méningées se voient sur toute la hauteur du névraxe; on les retrouve aussi bien sur la moelle que sur l'écorce des circonvolutions rolandiques ou du cervelet.

Au Nissl, les circonvolutions motrices droites présentent des lésions diffuses : prolifération légère des noyaux névrogliques dans les couches superficielles de l'écorce; altérations diverses des grandes cellules pyramidales : chromatolyse totale ou centrale; homogénéisation de la zone nucléaire; neuronophagie modérée. A gauche, l'aspect est très identique. Au niveau du cervelet, on trouve les cellules de Purkinje intactes. Les lésions de la protubérance et du bulbe sont analogues à celles de l'écorce, mais moins accentuées.

A l'hématéine-éosine, on constate surtout les lésions vasculaires que nous avons déjà signalées, et aussi l'infiltration embryonnaire des méninges molles.

Rien de particulier à signaler pour le RESTE DES ORGANES, en dehors de la classique *adénopathie trachéo-bronchite tuberculeuse.*

En résumé, cette observation a trait à un jeune enfant qui, au cours d'une méningite tuberculeuse, présenta, pendant un laps de temps assez long, des mouvements choréiformes typiques. Les cas de ce genre sont intéressants à signaler, parce qu'ils constituent de nouveaux exemples de ces chorées symptomatiques qui sont encore si mal connues, et parce qu'ils attirent l'attention sur les rapports qui peuvent exister entre les réactions cortico-méningées, d'une part, et de l'autre, la production de mouvements anormaux plus ou moins voisins de ceux qui caractérisent la chorée vraie.

1° Les *lésions méningées* ont été assez souvent signalées dans la chorée de Sydenham. Dès 1853, Leudet rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte de chorée rhumatismale et à l'autopsie de laquelle on trouva surtout de l'infection des vaisseaux de la pie-mère ; il existait en outre, sur les parties latérales de la convexité du cerveau, de petits épanchements sanguins (1). Quelques années après, M. Malherbe publia un cas des plus curieux. Il s'agissait, ici, d'un laboureur de vingt-deux ans, « extrêmement adonné à la masturbation, puisqu'il répétait l'acte jusqu'à huit et dix fois par jour ». Ce jeune laboureur, qui avait déjà été atteint de chorée à quatre ans et à dix-neuf ans, succomba à une troisième attaque. A son autopsie, « ramollissement et coloration rosée de toute la couche superficielle de la substance grise ». Les méninges molles étaient le siège d'un léger épanchement séreux. Les différents viscères présentaient une éruption granulique des plus nettes (2). Peacock, à l'autopsie d'une chorée généralisée, dans laquelle la mort, survenue au trente-sixième jour de la maladie, fut le fait de l'épuisement, signale l'hydrocéphalie et de l'hyperhémie méningée, surtout marquée au niveau de l'encéphale (1). En 1864, Lelion, à l'autopsie d'un sujet atteint de chorée généralisée avec douleurs articulaires et phénomènes délirants, trouve une hyperhémie extrême des méninges cérébrales et de la substance nerveuse sous-jacente (2). L'année suivante, Rüssel publie un cas de chorée rhumatismale généralisée, terminée par apoplexie, et à l'autopsie de laquelle on trouva surtout, en outre d'une péricardite récente, de l'hyperhémie méningo-encéphalique (3). Thore (4), Ogle (5), Steiner (6), dans des cas analogues, signalent les mêmes lésions.

(1) LEUDET. *Arch. gén. de méd.*, sept. 1853.
(2) MALHERBE. *Arch. gén. de méd.*, 1858, t. XII, p. 91.

Fox attribue la mort, dans un cas par lui observé, à une hémorragie méningée (7). Thomson insiste également sur la congestion des membranes qui enveloppent le névraxe (8). De Beauvais constate, à l'autopsie d'un sujet atteint de chorée généralisée, de la méningite aiguë (9). Golgi, chez un individu atteint en même temps de chorée et de manie, trouve une pachyméningite de toute la face convexe de l'hémisphère droit avec atrophie et altération profonde des circonvolutions correspondantes (10). Cartier (1876) cite un fait où la mort fut le fait d'une dothiénentérie intercurrente et à l'autopsie duquel on trouva de l'hyperhémie méningo-cérébro-médullaire (11). Mêmes constatations de la part d'Hutchinson (12) et de Dickinson (13).

A la plupart de ces faits, on pourrait objecter d'être bien anciens et de ne pas entraîner la conviction. Ces processus de congestion et d'hémorragie méningée ne sont-ils pas la conséquence plutôt que la cause de la chorée ? Ne connaît-on pas, en effet, de nombreuses affections où ils s'observent d'une façon à peu près constante, sans que la chorée fasse son apparition? Heureusement d'autres arguments, moins contestables, viennent établir l'existence et la fréquence des réactions méningées au cours de la chorée vraie. L'un de nous, dans des recherches faites en collaboration avec M. J. A. Sicard, a observé deux fois, sur cinq cas de chorée légère, une lymphocytose discrète (14). Dans un cas de chorée intense, avec fièvre, céphalée et mauvais état général, M. Sicard a constaté une lymphocytose nette et qui, au bout de six semaines, persistait

(1) PEACOCK. *Brit. and Foreign med. chir. Rev.*, t. XXXII, oct. 1863.
(2) LELION. *Gaz. des hôpit.*, 1864, n° 145.
(3) RUSSEL. *Med. Times and Gaz.*, 28 janv. 1865.
(4) THORE. *Ann. méd.-psychol.*, 1865, t. V.
(5) OGLE. *Brit. and Foreign med. chir. Rev.*, oct 1867, p. 506.
(6) STEINER. *Prag. Viert.*, t. III, 1868, p. 45-60.
(7) FOX. *Med. Times and Gaz.*, 1870, p. 423.
(8) Cité par RAYMOND. *Dict. Dechambre.*
(9) DE BEAUVAIS. *Gaz. des hôpit.*, 1874, n° 151.
(10) GOLGI. *Riv. clin. di Bologna*, 12 déc. 1874.
(11) CARTIER. Th. de Paris, 1876.
(12) HUTCHINSON. *Philad. med. Times*, 5 août 1876.
(13) DICKINSON. *Med. chir. Trans.*, 1876, vol. LIX, p. 18. — Tous ces faits sont empruntés à la thèse de M. VICQ sur *La Mort dans la chorée* (Paris 1903, n° 158), thèse d'ailleurs inspirée par l'un de nous.
(14) In SICARD. *Le Liquide céphalo-rachidien*, coll. Léauté,

encore, quoique très discrète. MM. Lesné et Gaudeau ont eu l'occasion de suivre un enfant de dix ans atteint de chorée sévère et chez lequel la ponction lombaire ramena un liquide trouble, riche en polynucléaires et en staphylocoques dorés, hypotonique, contenant une forte quantité d'albumine, pauvre, par contre, en chlorures et en urée (1). D'autre part, divers auteurs, Apert (2), Barjon (3) ont observé, au cours de chorées authentiques, des accidents pseudo-méningitiques.

2° Inversement, des *mouvements choréiformes* ont été mentionnés au cours de diverses affections qui s'accompagnent constamment de lésions encéphalo-méningées. C'est ainsi que M. le professeur Hutinel, dans la leçon clinique qu'il a consacrée à ce sujet comme dans son article de la *Riforma medica*, rappelle que ces mouvements ont été signalés dans la paralysie générale, par Dräseke (4) et Euzière (5), dans certaines maladies du sommeil par Martin et Darré (6), dans la sclérose tubéreuse (Pellizzi). M. Gonnet, dans un intéressant travail paru tout récemment (7), relate deux cas personnels de méningite tuberculeuse accompagnée, durant les derniers jours, de mouvements choréiques et rapporte les cas analogues qu'il a trouvés dans la littérature. Henoch, depuis longtemps (1879), avait remarqué que la méningite tuberculeuse peut, par elle seule, donner lieu à des mouvements choréiformes (8). Boucarut (9) cite l'observation d'un soldat chez qui la méningite tuberculeuse commença par des mouvements athétosiques auxquels succédèrent bientôt des mouvements anormaux identiques à ceux que l'on voit dans la danse de Saint-Guy. Dreyfous a vu des mouvements choréiformes survenir au cours d'une méningite tuberculeuse classique (10). Boinet a observé un malade atteint de méningite tuberculeuse, et chez lequel il existait de l'athétose des extrémités et une agitation « choréiforme » des autres parties du corps (11). Voici une observation analogue due à MM. Nobécourt et Rivet.

Obs. II (obligeamment communiquée par MM. Nobécourt et Rivet, résumée). — Il s'agit d'une petite fille de dix-huit mois, née à terme et pesant alors plus de quatre kilos. Elle ne présente pas d'antécédents héréditaires ; cependant, son père est assez nerveux. Elle a une sœur aînée, âgée de huit ans, et actuellement bien portante.

Sa mère ayant vainement essayé de l'alimenter, et l'allaitement artificiel ayant été rendu impossible par l'apparition de vomissements, on a dû prendre une nourrice qui est restée huit mois en place.

La petite malade jouit d'une bonne santé habituelle ; tout ce que les parents ont observé jusqu'à ces derniers temps, c'est un certain degré de constipation et une tendance marquée aux éruptions cutanées d'origine digestive.

Le *1er mai 1909*, toute la famille part de New-York pour la France. Quelques jours après, la petite fille devient fiévreuse, ses forces diminuent ; ses selles sont glaireuses. On prescrit sans succès les médications habituelles : diète hydrique, calomel, lavages d'intestin, alimentation féculente.

Le *16 mai*, la température s'abaisse, mais la prostration s'accentue.

Le *17 mai*, la température s'élève à nouveau ; la petite malade est tellement prostrée qu'elle ne semble plus reconnaître son entourage ; il apparaît, le même jour, d'autres phénomènes d'ordre méningitique : raie vaso-motrice, raideur légère de la nuque ; par contre, il n'y a ni troubles respiratoires, ni intermittences du pouls, ni modifications pupillaires, ni signe de Kernig.

Le *18*, on note un peu d'hémispasme facial droit.

Le *19*, la malade est dans le coma. C'est alors qu'apparaissent des *mouvements choréiformes* des membres du côté droit ; la jambe et la cuisse s'étendent et se fléchissent sans cesse, les orteils sont animés de mouvements irréguliers ; la main, l'avant-bras et le bras, sont, eux aussi, le siège de mouvements variables, incohérents, involontaires, à grande amplitude, identiques, en somme, aux mouvements que l'on observe dans la chorée de Sydenham.

Les signes de méningite persistent et s'aggravent : raideur des membres, strabisme, déviation conjuguée de la tête et des yeux, à droite, signe de Babinski.

Le *20*, une ponction lombaire confirme le diagnostic, en donnant issue à un liquide clair, riche en lymphocytes. Le pouls est lent et irrégulier, la raideur de la nuque, accentuée, les mouvements choréiques diminuent d'intensité.

Le *23*, on note : une raideur variable des membres et de la nuque, de la paralysie faciale droite ; une raie méningitique très nette ; de la tachycardie et des intermittences du pouls ; à droite, on note encore quelques mouvements choréiformes. Le réflexe patellaire du côté droit est nettement augmenté ; du même côté, existe de la trépidation épileptoïde.

La petite malade meurt dans la soirée. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

La chorée peut aussi, chez certains malades, être remplacée par des contractions fibrillaires ou fasciculaires [Massalongo (1)]. Dans ces divers cas, on trouve habituellement les lésions classiques de la méningite tuberculeuse, qui prédominent souvent au niveau de la zone rolandique (cas de Boucarut, Boinet, Massalongo) : c'est aussi ce que nous avons constaté dans notre observation. D'autres fois, il existe de véritables tubercules cérébraux ou cérébelleux, comme l'avaient déjà remarqué Georget, Headington et G. Sée, et comme en témoigne une observation récente due à MM. Grasset et Gaussel (2). Ces cas méritent d'attirer l'attention parce qu'ils viennent grossir le chapitre des chorées symptomatiques, et qu'ils apportent un nouvel argument à la thèse que l'un de nous a soutenue, avec M. le professeur Hutinel, sur l'origine corticale de la chorée (3). Cette thèse a d'ailleurs été acceptée par de nombreux auteurs, MM. Sainton et Thomas entre autres ; M. Gonnet, lui aussi, estime que la

(1) Lesné et Gaudeau. *Soc. de péd.*, 1905.
(2) Apert. *Soc. de péd.*, 1899.
(3) Barjon. *Lyon méd.*, 25 janv. 1903.
(4) Dräseke. *Monatschrift f. Psych.*, 1905, t. XVII, p. 232.
(5) Euzière. *Titres et travaux scientifiques*, 1910.
(6) Martin et Darré. *Bull. de la Soc. de pathol. exot.*, janv. 1908.
(7) Gonnet. *Presse méd.*, 27 août 1910, p. 651, et Th. de Lyon, 1910.
(8) Henoch. *Klin. Vorl.*, 1879.
(9) Boucarut. *Nouv. Montpellier méd.*, 1898, p. 185.
(10) Dreyfous. Th. de Paris, 1879.
(11) Boinet. *Revue neurol.*, 1899, p. 353.

(1) Massalongo. *Revue neurol.*, 1903, p. 455.
(2) Grasset et Gaussel. *Revue neurol.*, 1905, p. 69.
(3) Hutinel et Babonneix. Art. chorée, in Hutinel, *Les Maladies des enfants*.

méningite des régions motrices suffit à elle seule, dans certains cas bien déterminés, à provoquer l'apparition de mouvements choréiformes.

MÉDECINE PRATIQUE

CONSTIPATION ET ABLATION DES VALVULES DE HOUSTON

Au cours de ces dernières années, les cliniciens anglais et américains ont étudié le rôle que jouent les valvules de Houston dans la genèse de certaines formes de constipation, et le docteur J.-J. Matignon a très bien résumé leurs travaux dans un article récent du *Journal scientifique et médical de Poitiers* (déc. 1910).

Sur le rectum incisé, les valvules de Houston apparaissent comme de légers replis falciformes qui sont au nombre de deux, plus fréquemment de trois, rarement de quatre, et qui sont étagés les uns au-dessus des autres par intervalles réguliers de 2 à 3 centimètres. Ces valvules ne sont d'ailleurs pas situées sur une même ligne; l'inférieure siège à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'anus sur la paroi gauche du rectum; la moyenne, assez inconstante, occupe la paroi droite, la supérieure est elle aussi sur la paroi gauche, comme l'inférieure. Quand il en existe une quatrième, on la rencontre au point d'abouchement du rectum avec le côlon pelvien.

Ces valvules occupent une partie de la circonférence rectale variant du tiers aux deux tiers; il est exceptionnel qu'elles constituent un anneau complet; leur longueur peut atteindre 2 centimètres et demi et leur largeur 1 centimètre à 1 centimètre un quart. Elles sont en forme de croissant, mais pas en nids de pigeon, et sont formées par un repli de la muqueuse et de la sous-muqueuse avec interposition de fibres musculaires circulaires, mais absence de fibres lisses.

Ces valvules peuvent-elles être un obstacle au libre cours des matières fécales? Testut le nie, tandis que nombre d'auteurs anglais et américains sont d'un avis formellement opposé. Ces derniers conseillent d'examiner le malade dans la position de Sims, après un nettoyage soigneux du rectum que l'on distend au moyen d'un rectoscope de 12 à 15 centimètres de longueur. « De la sorte, on voit bien la disposition des valvules les unes au-dessus des autres, et on juge des dimensions des orifices ménagés entre leurs rebords. Quelquefois on distingue les trois rebords valvulaires limitant un orifice triangulaire à angles arrondis. D'autres fois, la première valvule occupe la moitié de la circonférence, délimitant avec la seconde un orifice ellipsoïdal très étroit... Une autre fois, la troisième semble fermer par en haut la lumière rectale. Toutes les modalités sont possibles. »

Le rectoscope ne permet pas seulement d'apprécier l'empiètement des valvules sur la lumière du conduit rectal, mais encore l'état d'intégrité plus ou moins grand des rebords valvulaires et des espaces intervalvulaires.

Il est bon d'ailleurs, pour faire franchir à l'instrument les replis valvulaires, de l'infléchir par de petites oscillations.

Dans un travail paru dans le *Medical Record* (mai 1903), Hirschmann a essayé d'établir la symptomatologie de la constipation valvulaire, mais il ne paraît pas qu'elle soit très différente de celle due à plusieurs autres causes. Un signe cependant, sans lui être spécial, y est constant; c'est l'émission de selles rubanées ou rendues par petits fragments. Souvent on pense à un rétrécissement cicatriciel ou néoplasique, et 9 fois sur 10, d'après Hirschmann, la rectoscopie révèle l'existence de valvules de dimensions anormales.

La logique incite à lever l'obstacle, et plusieurs méthodes ont été proposées. Hirschmann, avec des ciseaux coudés, pratique des excisions en formes de V, suture, introduit un gros drain dans le rectum et bourre tout autour avec de la gaze. Repos au lit pendant huit jours. Enlèvement du drain et du pansement après vingt-quatre heures. Diète liquide pendant les quarante-huit premières heures.

Gaut (de Boston) emploie de petits écraseurs qu'il laisse en place jusqu'à leur détachement spontané par nécrose de la muqueuse.

Bischop (de Londres) enlève les replis valvulaires au galvano-cautère sur presque toute leur étendue.

Tous ces auteurs soutiennent que les résultats ainsi obtenus sont excellents. A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 19 DÉCEMBRE 1910)

Après une allocution du président, M. Emile Picard, qui rappelle le souvenir des membres disparus dans l'année, MM. Bouquet de la Grye, Maurice Lévy et Gernez, membres titulaires; MM. Rouché et Tannery, membres libres; MM. Agassiz, Robert Koch et Schiaparelli, associés étrangers, la parole est donnée au secrétaire perpétuel, M. van Tieghem, qui lit une notice sur Claude Bernard et donne lecture du palmarès :

PRIX DÉCERNÉS

Anatomie et zoologie. — PRIX SAVIGNY (1500 francs). — Le prix est décerné à M. Emile Brumpt, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX THORE (200 francs).— M. Emile Massonnat (de Lyon).

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun sont décernés à MM. Martin, Lebœuf et Roubaud : « Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français 1906-1908 » ; MM. Déjerine et André Thomas : « Maladies de la moelle épinière » ; M. Perroncito (de Turin) : « La malattia dei minatori, dal S. Gottardo al Sempione ». — Des mentions sont accordées à MM. Ch. Mantoux, P. E.-Weill, Moussu et Monvoisin. — Des citations sont accordées à MM. Aynaud, Léon Bérard et Jules Milhit.

PRIX BARBIER (2000 francs). — Le prix est partagé entre M. A. Thiroux, médecin-major des troupes coloniales : « La maladie du sommeil et les trypanosomiases animales au Sénégal », et M. H. Bierry, maître de conférences à l'école des Hautes-Etudes.

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Il est accordé sur les arrérages de la fondation un prix de de 3500 francs à M. Jules Bordet : « Travaux sur l'immunité; études sur le sérum des animaux vaccinés, les toxines et les antitoxines ». — Un prix de 1500 francs à M. A. Taurelli-Salimbéni pour l'ensemble de ses travaux sur le « choléra et les vibrions ».

PRIX GODARD (1000 francs). — Le prix est décerné à MM. L. Ambard et E. Papin : « Etude sur les concentrations urinaires ». — Des mentions sont accordées à MM. Carle, Hans von Winiwarter et G. Sainmont.

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — Ce prix est partagé entre MM. les médecins-majors Chavigny, professeur agrégé au Val-de-Grâce : « Etudes de psychiatrie militaire », et Miramond de Laroquette : « Etude de la ceinture scapulaire ».

PRIX BELLION (1400 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Imbeaux, ingénieur en chef des ponts et chaussées à Nancy : « Annuaire statistique et descriptif des distributions d'eau », et MM. Frois et Sartory : « Les buées et les poussières organiques dans l'industrie ».

PRIX MÉGE (10000 francs). — Le prix n'est pas décerné. — 300 francs sont accordés à Mlles Joteyko et Stefanowska (de Bruxelles) : « Psycho-physiologie de la douleur et la fonction musculaire ».

PRIX DUSGATE (2500 francs). — Le prix est accordé à M. le docteur S. Icard (de Marseille) pour ses travaux sur les « signes de la mort réelle ».

Physiologie. — PRIX MONTYON. — Le prix est attribué à MM. Ch. Livon (de Marseille) et Martin Molliard.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Le prix est décerné à M. Maurice Arthus (de Lausanne) : « Travaux sur l'anaphylaxie ».

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Le prix est partagé entre MM. René Legendre et Aldo Perroncito.

PRIX POURAT (1 000 francs). — Question mise au concours : *Action qu'exercent les rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.* — Aucun mémoire n'est parvenu à l'Académie. La question est maintenue au concours pour l'année 1913.

PRIX MARTIN DAMOURETTE (1 400 francs). — Le prix est décerné à M. E. Laguesse : « Travaux sur le pancréas ».

Statistique. — PRIX MONTYON. — 1 000 francs sont accordés à MM. de Chabert et Gallois : « Atlas de l'Indo-Chine, avec tableaux ». — 250 francs à M. E. Blin : « Les enfants assistés de la Seine dans l'Avallonnais. Etude générale sur la mortalité ». — 250 francs à M. Charles Perrier : « La grande envergure et ses rapports avec la taille chez les criminels ». — Une mention est accordée à M. A Pégurier : « Etude statistique sur le rôle de l'hérédité dans la réceptivité tuberculeuse ».

Prix généraux. — PRIX LANNELONGUE (2 000 francs). — Le prix est partagé entre Mmes Cusco et Rück.

PRIX LONGCHAMPT (4 000 francs). — 2 000 francs sont accordés à M. Albert Frouin : « Emploi des sels de calcium et de magnésium après l'ablation de la thyroïde ». — 1 000 francs à M. Robert Lœwy : « Influence des sels minéraux dans la thérapeutique des fractures ». — 1 000 francs à M. Fleig (de Montpellier) : « Injections intraveineuses des solutions minérales ».

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1911, 1912, 1913, 1914, 1915 & 1916 (1)

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRIX MONTYON (2 500 francs, mentions de 1 500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

PRIX BARBIER (2 000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

PRIX BRÉANT (100 000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (A défaut du choléra le prix s'applique à toute autre maladie épidémique et aux dartres.)

PRIX GODARD (1 000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1 400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10 000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10 000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1 800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1911.

PRIX SERRES (7500 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

(1) Les concours de 1911 sont clos le 31 décembre 1910.

PRIX CHAUSSIER (10 000 francs.) — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

PRIX JEAN REYNAUD (10 000 francs). — Décerné « à une œuvre originale, élevée et ayant un caractère d'invention et de nouveauté » ou « à quelque grande infortune scientifique, littéraire ou artistique ». — Ne peut être partagé.

PRIX POURAT (1000 francs). — Prix de 1909 prorogé pour 1911 : *De l'origine des antiferments.*

Prix de 1911 (1 000 francs) : *Influence des éléments minéraux et en particulier du calcium sur l'activité des diastases digestives.*

Prix proposés pour 1912.

PRIX POURAT (1 000 francs). — *Apporter des documents nouveaux sur l'utilisation et l'assimilation des albuminoïdes de la ration alimentaire.*

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1 400 francs) [Biennal]. — A l'auteur d'un ouvrage de physiologie thérapeutique.

PRIX ARGUT (1 200 francs). — Prix biennal destiné à récompenser le savant qui aura fait une découverte guérissant une maladie ne pouvant jusqu'alors être traitée que par la chirurgie et agrandissant ainsi le domaine de la médecine. — Ce prix sera décerné pour la première fois, s'il y a lieu, en 1912.

PRIX LA CAZE (10 000 francs). — Décerné aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie.

PRIX BORDIN [sciences physiques] (3 000 francs). — *Recherche sur le déterminisme de la sexualité chez les êtres vivants.*

Prix proposés pour 1913.

PRIX POURAT (1 000 francs). — *Action qu'exercent les rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.*

PRIX PARKIN (3 400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

PRIX LECONTE (50 000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut être partagé.

Prix proposés pour 1914.

PRIX LECONTE. — Décerné : 1° aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales; 2° aux auteurs d'applications nouvelles de ces sciences, applications qui devront donner des résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus jusque-là.

PRIX SERRES. — (Voir plus haut.)

Prix proposés pour 1915.

PRIX CHAUSSIER. — (Voir plus haut.)

PRIX DUSGATE (2 500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

PRIX ALHUMBERT. — A sujet variable, le sujet sera donné ultérieurement par l'Académie.

Prix proposés pour 1916.

PRIX PARKIN. — Destiné à récompenser cette année les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes, dans le choléra, la fièvre et les autres maladies.

Prix généraux (annuels).

PRIX TRÉMONT (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

PRIX LANNELONGUE (2 000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

PRIX SAINTOUR (3 000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

PRIX LONGCHAMPT (4 000 francs). — A l'auteur du meilleur

mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies.*

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif.*

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1910)

Vaccine. — M. KELSCH lit une série de rapports sur la vaccine, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'hérédo-syphilis et la lutte antisyphilitique au dispensaire Furtado-Heine. — M. LEROUX lit un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° L'hérédo-syphilis donne encore aujourd'hui une énorme mortalité qui atteint 48,88 p. 100 dans les familles qui fréquentent le dispensaire Furtado-Heine. D'après les observations familiales, l'hérédo-syphilis a donné d'après son origine la mortalité suivante :

Syphilis paternelle............	28,94 p. 100
Syphilis maternelle............	57,37 —
Syphilis mixte................	61,42 —

Ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux de M. le professeur Fournier.

2° La morbidité, observée chez les hérédo-syphilitiques, permet de constater la fréquence et pour beaucoup la gravité des manifestations. La mortalité ultérieure est également élevée ; les récidives et les tares incurables ne sont pas rares. Pour la plupart le traitement est nul ou insuffisant.

3° Pour combattre ces désastres, il faut faire l'éducation des familles et pratiquer la cure de l'hérédité comme le demande M. le professeur Pinard.

4° Il faut organiser comme cela se fait actuellement au dispensaire Furtado-Heine, le dépistage systématique de l'hérédo-syphilis comme on a organisé le dépistage de la tuberculose.

5° Les dispensaires et les consultations de nourrissons ont une énorme clientèle qui permet de rendre le dépistage utile. Par l'enfant on remonte à la famille. C'est là surtout qu'il faut organiser la lutte antisyphilitique, en éduquant les parents sur leurs devoirs et en prenant la direction thérapeutique des familles.

Il est indispensable de se maintenir en rapport avec elles et de les convoquer individuellement plusieurs fois par an pour une nouvelle cure. Les premiers résultats obtenus sont fort encourageants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1910)

Pseudo-tabes variable par hypertension. — MM. CH. ESMEIN et Fernand TRÉMOLIÈRES rapportent l'observation d'une malade qui, au cours d'une hypertension d'origine rénale (hydronéphrose chronique d'un rein, néphrite subaiguë de l'autre) présenta un syndrome tabétiforme : douleurs fulgurantes dans le tronc et les membres inférieurs, difficulté de la marche, abolition des réflexes rotuliens, inégalité pupillaire, amblyopie. La réunion de ces désordres faisait penser à une syphilis nerveuse évoluant vers le tabes. Pourtant la malade ayant succombé à des accidents urémiques, on put constater l'intégrité absolue du système nerveux.

Les auteurs rapportent ces accidents tabétiformes à l'hypertension artérielle et fondent leur opinion sur la variabilité extrême de ces troubles, constatée à plusieurs reprises pendant la vie et sur leur brusque disparition quelques jours avant la mort, au moment précis où l'apparition d'une insuffisance fonctionnelle ramenait la pression artérielle à l'état normal.

Il existe donc à côté des syndromes caractéristiques en rapport avec l'hypertension (colique de plomb), des syndromes de même origine simulant de très près des maladies produites par des lésions organiques et qui se distinguent de ces derniers par leur allure variable et transitoire et leur association à l'hypertension artérielle : l'action du nitrite d'amyle pourrait au besoin établir le diagnostic.

Ictère infectieux typhique ; rechute sous forme de fièvre typhoïde, compliquée de pleurésie séro-fibrineuse et de pleurésie hémorragique. — M. E. SACQUÉPÉE (Val-de-Grâce). Un homme entre à l'hôpital atteint d'un ictère infectieux par rétention, qui avait débuté huit jours auparavant ; il existait de la fièvre et des phénomènes généraux. L'hémoculture et la séro-réaction démontrèrent une infection éberthienne généralisée. Apyrexie après dix-sept jours de maladie, au septième jour d'apyrexie, sans écart de régime, la fièvre reprend : c'est le début d'une fièvre typhoïde classique. En cours d'évolution apparaissait d'abord une pleurésie séro-fibrineuse à bacille d'Eberth, puis une pleurésie hémorragique. La maladie a duré en tout soixante-dix jours, tout en demeurant constamment bénigne.

Il y a lieu de noter tout d'abord la nature éberthienne et septicémique de l'ictère infectieux. On doit relever ensuite l'évolution de l'affection en deux poussées, la première sous forme d'ictère infectieux, la seconde sous forme de fièvre typhoïde ; cette évolution rappelle celle de la fièvre typhoïde à rechute, et par suite l'ictère infectieux typhique doit être envisagé comme étant un *équivalent* de la fièvre typhoïde.

L'apparition d'un ictère infectieux au cours d'une septicémie éberthienne au lieu d'une dothiénentérie classique, s'explique vraisemblablement par une prédisposition hépatique congénitale. Il ne semble d'ailleurs pas que cette évolution sous forme d'ictère infectieux aggrave le pronostic de la septicémie éberthienne.

La pleurésie séro-fibrineuse renfermait du bacille d'Eberth ; elle était donc de nature typhique, bien que le malade fût suspect de tuberculose. Quant à la pleurésie hémorragique, sa production doit être mise sous la dépendance de l'état d'infériorité du foie.

Sporotrichoses nord-américaines. — MM. DE BEURMANN et GOUGEROT présentent une étude d'ensemble sur les sporotrichoses nord-américaines. Depuis qu'ils ont fait connaître en France les deux premiers cas de Schenck et d'Hektœn et Perkins, la sporotrichose semblait oubliée aux Etats-Unis. Les travaux français qui ont créé la question ont fini par attirer de nouveau l'attention des médecins de l'Amérique du Nord et depuis deux ans un certain nombre d'observations intéressantes sur cette mycose ont été publiées par eux.

Ces observations démontrent :

1° Que la sporotrichose est fréquente aux Etats-Unis et à Cuba et que, comme en Europe, elle peut revêtir non seulement la forme lymphangitique gommeuse ascendante de Schenck, mais aussi la forme disséminée de de Beurmann.

2° Qu'il existe aux Etats-Unis des foyers de sporotrichose des équidés, pouvant se transmettre à l'homme.

3° Que le *sporotrichum Schenckii*, cultivé par les Américains, est très voisin du *sporotrichum Beurmanni*, décrit par Matruchot ; ce sont des genres très proches l'un de l'autre ou deux aspects du même type ancestral.

Tous ces faits montrent une fois de plus l'unité remarquable du *sporotrichum Beurmanni*.

Sporotrichum Jeanselmei. — MM. de Beurmann et Gougerot font une étude comparative du sporotrichum Jeanselmei récemment décrit et des sporotrichums voisins. Ces différentes espèces s'identifient par leurs caractères microscopiques et expérimentaux, mais elles diffèrent par l'aspect macroscopique des cultures sur milieu d'épreuve Sabouraud.

Quoique distincts, le *sporotrichum Jeanselmei* et les *sporotrichums Schenckii* et *Beurmanni* sont donc étroitement apparentés et ils dérivent sans doute d'une même souche.

Etat méningé au début d'une fièvre typhoïde. — M. P. Lereboullet à propos de la communication de MM. Trémolières et Touraine rapporte un nouveau cas de fièvre typhoïde à début méningé. Le malade, un infirmier, depuis quinze jours en traitement pour une angine, et apyrétique presque depuis son entrée, fut pris brusquement après une sortie de vingt-quatre heures, de tous les signes apparents d'une méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire fit toutefois hésiter le diagnostic en donnant par deux fois issue à un liquide clair ne contenant que quelques rares lymphocytes. Elle agit favorablement sur tous les symptômes méningés qui s'atténuèrent rapidement en même temps que le séro-diagnostic fortement positif permettait d'affirmer la fièvre typhoïde qui dès lors suivit son cours normal.

La lipémie alimentaire dans quelques ictères. Dissociation de la sécrétion biliaire au cours de certaines affections hépatiques. — L'ingestion d'aliments gras provoque l'apparition dans le sang de corpuscules, visibles seulement à l'ultramicroscope, qui sont les *hémoconies*. MM. A. Lemierre et M. Brulé, après s'être rendu compte des conditions dans lesquelles s'opère le passage dans le sang des hémoconies, chez les normaux, après ingestion de 20 à 30 grammes de beurre, ont appliqué cette méthode d'examen de l'absorption des graisses chez une série d'ictériques.

En cas d'ictère par obstruction du cholédoque (lithiase, cancer du pancréas), cette absorption n'a pas lieu et les hémoconies n'apparaissent pas dans le sang. Au cours de l'ictère catarrhal, il en est de même chez sertains sujets; mais, chez d'autres, malgré la décoloration des matières fécales témoignant de l'absence de pigments biliaires dans l'intestin, le passage des hémoconies dans la circulation s'opère comme chez les normaux. Inversement, dans un cas d'ictère pléiochronique et dans un cas de cirrhose biliaire, malgré la coloration des matières les hémoconies manquaient après ingestion de beurre.

Les auteurs sont donc conduits à admettre qu'il peut exister, au cours des affections hépatiques, une sorte de dissociation de la sécrétion biliaire : tantôt la rétention porte sur l'ensemble des matériaux de la bile, tantôt sur les pigments seuls; tantôt encore, une certaine quantité de pigments parvient jusqu'à l'intestin, tandis que les sels biliaires sont complètement retenus et réciproquement.

A l'appui de cette hypothèse, vient la recherche des réactions de Hag et de Pettenkofer dans l'urine et dans le sérum: toutes deux se montrent négatives, décelant l'absence de rétention des sels biliaires, dans les cas d'ictère où les graisses sont absorbées, et inversement.

Une telle dissociation, entre sels et pigments biliaires, a déjà été signalée par MM. Widal, Abrami et Brulé au cours des ictères hémolytiques, où sont retenus les pigments, produits en excès par destructions globulaires.

Lorsqu'elle apparaît au cours des ictères catarrhaux, cette dissociation entre sels et pigments biliaires semble bien prouver qu'il y a lésion du parenchyme hépatique et non pas obstruction inflammatoire des conduits biliaires.

Arseno-résistance des tréponèmes. Sensibilisation de l'organisme par les traitements arsenicaux prolongés : troubles auditifs consécutifs à une injection d'arsenobenzol faite après un traitement à l'hectine prolongé. — M. Milian pense que l'arseno-résistance des tréponèmes vis-à-vis de l'arsenobenzol, après des traitements arsenicaux prolongés, comme l'a indiqué M. Ravaut à la précédente séance, n'est pas susceptible de généralisation. Il a publié au contraire des observations de malades soignés par des doses considérables d'arsacétine et d'hectine sans résultat, guéris par une seule injection d'arsenobenzol.

Par contre, il est vraisemblable que les traitements arsenicaux sensibilisent l'organisme aux effets nocifs. C'est ainsi qu'une femme a présenté des troubles de l'audition du côté gauche (diminution de l'ouïe) après deux injections intraveineuses d'arsenobenzol de 15 et 45 centigrammes faites à quatre jours d'intervalle, quinze jours après une cure d'hectine d'un mois ayant consisté en XXX gouttes d'hectine par jour per os.

Les troubles auditifs relèvent bien ici de l'action de l'arsenic et non de la syphilis, car la femme qui en est l'objet est, plus que probablement, pas syphilitique. Il lui était fait un traitement préventif, parce qu'elle était enceinte de six mois d'un mari syphilitique depuis sept ans dont la réaction de Wassermann était positive au moment de la procréation. Cette femme n'avait jamais présenté de manifestations syphilitiques et la réaction de Wassermann était négative.

La rareté de ces accidents est grande, puisqu'il est le premier observé sur 330 malades injectés, dont 50 au moins reçurent jusqu'à trois injections dont la dose totale variait de 1g20 à 1g50 en quinze jours.

Il ne faut pas faire de traitement à l'arsenobenzol à proximité d'un autre traitement arsenical, qu'enfin il est préférable de faire plusieurs injections intraveineuses à dose moyenne de 30 à 40 centigrammes, à quatre ou cinq jours d'intervalle, qui permettent de s'arrêter au moindre symptôme suspect, plutôt qu'une seule injection massive capable de produire des lésions graves des nerfs sensoriels.

Lactescence du sérum et du liquide d'ascite dans un cas de néphrite syphilitique. — M. A. Javal a suivi pendant longtemps un malade atteint d'une néphrite indiscutablement syphilitique ayant éclaté onze mois après l'apparition du chancre. L'albuminurie s'est élevée d'emblée à 25 et 30 grammes par jour et, par des dosages presque journaliers, il a constaté qu'elle s'est maintenue fixement à ce taux pendant près d'un an. Quatre mois après le début de la néphrite est apparue de l'ascite.

M. Javal a pratiqué quatre ponctions d'ascite; elles ont toutes donné issue à un liquide très nettement lactescent et à peine albumineux.

Il a examiné également le sérum de son malade et l'a trouvé lactescent, et même laiteux.

L'analyse chimique de ces différents liquides a montré à l'auteur que l'ascite lactescente renfermait 0g88, 0g35 et 0g46 d'extrait éthéré par litre. Le sérum sanguin à quatre mois de distance contenait le même chiffre de 27 grammes d'extrait éthéré par litre. Ces corps gras consistaient pour la plus grande partie en oléine et lécithine. Après avoir extrait ces corps gras, il les a réémulsionnés dans la quantité d'eau qui correspondait au taux où ils étaient contenus dans les liquides ponctionnés, et il a pu ainsi reproduire une teinte lactescente analogue à celle qu'il avait observée, ce qui prouve bien que, dans son cas, la lactescence était due uniquement à la présence des matières grasses.

La lactescence dépend beaucoup plus de la nature des graisses et de leur état d'émulsion que de leur quantité, car ces graisses émulsionnent dans l'eau de façon très différente; de même elles se colorent très différemment par l'acide osmique, quelques-unes même ne prennent pas l'osmium.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1910)

Le pigment du lobe postérieur de l'hypophyse chez l'homme (Première note). — MM. J. Clunet et V. Jonnesco. Les histologistes semblent se désintéresser de la structure du lobe postérieur de l'hypophyse, qu'ils considèrent comme un simple résidu conjonctif et névroglique; par contre tous les travaux récents des physiologistes semblent montrer que le lobe postérieur et particulièrement la substance de la zone la plus reculée de ce lobe postérieur joue un rôle physiologique plus important que la substance du lobe antérieur.

Les auteurs ont entrepris une série de recherches sur la structure du lobe postérieur de l'hypophyse chez l'homme

et les animaux à l'état normal et dans diverses conditions pathologiques. Dans cette première note ils étudient le pigment du lobe postérieur de l'hypophyse chez l'homme. Cette substance ne présente pas les réactions ferriques, ni celles des lipochromes, elle doit être classée parmi les mélanines, mais se distingue par un certain nombre de caractères chimiques des autres mélanines de l'organisme humain normal et pathologique. C'est du pigment de la zone réticulée des surrénales qu'elle se rapproche le plus par ses affinités chimiques; mais elle s'en distingue par ses réactions colorantes, notamment par la teinte vert brillant que lui confère le cresilblau après fixation au sublimé.

Nouveau procédé de filtration par centrifugation. — MM. R. Sabouraud et A. Vernes. Les défauts des appareils actuels des filtrations ne sont pas à démontrer. Les filtrations par pression et par aspiration présentent d'égales difficultés.

Les auteurs croient donc réaliser un gros progrès à ce sujet par l'adaptation des turbines à centrifugation actuelles à la filtration des liquides. Voici le dispositif dont ils se servent.

1° On peut introduire dans un godet de la centrifugeuse une bougie de porcelaine, soit une bougie à tête débordante reposant par l'intermédiaire d'un simple anneau de caoutchouc sur l'ouverture du tube, soit une bougie sans tête reposant directement sur le fond du godet de verre. On a ainsi un appareil qu'on peut stériliser aisément.

La bougie ainsi placée supporte 6.000 tours à la minute sans casser et même davantage. La filtration est opérée en quelques minutes.

2° Il est aisé de revêtir la face interne de la bougie, de collodion pour le filtrage des liquides organiques et ce procédé appliqué à l'étude des sérums donnera sans doute des résultats incessants.

Ce procédé permet d'obtenir en quelques minutes des résultats dont l'obtention aurait demandé jusqu'ici plusieurs heures.

La déviation du complément dans la pancréatite aiguë expérimentale. — MM. Gilbert, Chabrol et Brun ont eu recours à la méthode de Bordet et Gengou pour étudier les anticorps qui apparaissent dans le sérum des chiens, soumis à des injections intrapancréatiques de trypsine.

Leurs conclusions sont les suivantes. En présence de l'antigène rénal, l'anticorps ne fixe pas le complément. Il est spécifique, suivant les animaux, vis-à-vis du pancréas seul, ou vis-à-vis du pancréas et du foie. Sa spécificité n'est donc que relative.

Différenciation du méningocoque et des germes similaires par l'épreuve du péritoine. — M. Dopter. Dans la recherche du méningocoque dans le rhino-pharynx, il est parfois peu aisé de différencier ce dernier germe des bactéries similaires; et l'interprétation est difficile pour le bactériologiste expert, à qui incombe le rôle important de dépister les porteurs de méningocoques. On peut cependant, d'une façon certaine, assurer l'identification des germes douteux par la nouvelle réaction que l'auteur expose.

Quand on injecte à un cobaye de 250 grammes, dans le péritoine, 1 centimètre cube de sérum antiméningococcique non chauffé, et vingt-quatre heures après une dose non mortelle de méningocoques (1/6 de culture sur agar) les germes disparaissent de l'exsudat péritonéal vingt minutes après cette dernière injection.

Les paraméningocoques, pseudo-méningocoques et gonocoques, injectés dans les mêmes conditions persistent en foule puis diminuent de nombre pour ne disparaître de l'exsudat qu'après une heure et demie ou deux heures.

Cette épreuve peut donc être employée utilement pour assurer la différenciation entre ces derniers germes et les méningocoques issus du rhino-pharynx ou du liquide céphalo-rachidien.

Conservation de la reproductivité du streptocoque du proteus vulgaris et de la bactéridie sur les charcuteries. — M. Maurel, après stérilisation de charcuteries, pâté, cervelas et saucisson, a déposé à leur surface des cultures pures de certains microbes, qu'il a pu ensuite reprendre vingt-quatre heures et, parfois, plusieurs jours après et les cultiver avec succès sur gélose.

Mode d'action du 606 sur les tréponèmes et les lésions syphilitiques. — MM. Levaditi et Twort ont expérimenté sur des lapins porteurs de chancres syphilitiques du scrotum. L'injection de l'amidobenzol dans la circulation générale amène la guérison des lésions et la disparition des tréponèmes visibles à l'ultra-microscope. Les lésions perdent leur virulence sept heures déjà après l'injection du médicament, alors que les tissus contiennent encore des quantités relativement considérables de spirochètes. La destruction des parasites s'opère en dehors des cellules et se traduit par des irrégularités de forme, l'état moniliforme et par la transformation en granulations destinées à être englobées par les macrophages. Leur résorption est lente, ce qui explique peut-être l'absence de formation d'anticorps spécifiques chez les animaux traités et dans la syphilis en général. Parallèlement à cette destruction des parasites, les tissus subissent des modifications profondes, se traduisant par une prolifération des vaisseaux et du tissu conjonctif, par une résorption des syphilomes péri-vasculaires et par une accumulation de cellules remplies de pigment.

Diagnostic des infections par le phénomène de l'attachement des parasites aux globules blancs morts. — MM. Levaditi et Mutermilch apportent une série de faits montrant que le phénomène de l'attachement des trypanosomes sur les globules blancs, provoqué par le sérum des animaux trypanosomiés, peut servir au diagnostic des infections provoquées par ces trypanosomes. Ce phénomène est rigoureusement spécifique et a lieu quelle que soit l'espèce leucocytaire employée. Le fait, que les globules blancs morts et conservés depuis un temps plus ou moins long *in vitro* réalisent comme les leucocytes frais l'attachement, permet d'appliquer le procédé en pratique.

Fonction vocale du voile du palais et buées nasales. — M. J. Glover. Les voyelles à l'état normal donnent des buées buccales sur toute l'étendue de chaque variété de voix. Dans AN, UN, ON, IN, les buées nasales diminuent d'importance vers l'aigu pour disparaître complètement sur les notes élevées chez le soprano. Le voile du palais subit donc une influence des variations de la tonalité laryngienne dans le jeu des organes de la formation verbale. Une voyelle ne peut être produite par le larynx seul. Pour appuyer ce fait expérimental, on peut invoquer comme preuve de physiologie pathologique la dissociation des troubles de la formation verbale (faisceau géniculé) dans la paralysie labio-glosso-laryngée, à côté des troubles de la fonction laryngienne et de la respiration vocale.

Intradermoréaction avec la tuberculine figurée de MM. Vallée et Fernandez. Résultats chez l'homme; comparaison avec les résultats fournis par la tuberculine de Koch. — MM. M. Pinard, P. Gastinel et Vanney ont eu l'idée de substituer à la tuberculine de Koch la tuberculine figurée qui n'est autre que des bacilles tuberculeux tués et dégraissés.

Les résultats positifs ont toujours été d'une extrême netteté beaucoup plus facilement appréciable qu'avec la tuberculine normale.

Chez certains sujets, la tuberculine de Koch a fourni des réactions négatives, la tuberculine figurée, des résultats positifs. Dans ces cas, d'autres moyens d'investigation ont permis d'affirmer l'existence de la tuberculose chez ces malades.

Les réactions négatives ont été concordantes avec celles de la tuberculine de Koch et les renseignements fournis par la clinique.

Enfin on n'a jamais constaté avec ce produit que les auteurs emploient à la dose de 1/500e de milligramme de corps bacillaires, ni troubles de l'organisme, ni élévation de température.

Etudes stalagmométriques. La tension superficielle de l'ovalbumine. — M. H. Iscovesco. L'ovalbumine pure dialysée élève la tension superficielle de l'eau.

Perméabilité méningée à l'arsenobenzol. — MM. Sicard et Marcel Bloch ont cherché jusqu'à quel point la barrière

méningée s'opposait au passage de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien après l'injection d'arsenobenzol.

Sur 10 liquides céphalo-rachidiens examinés, l'arsenic a pu être décelé 3 fois. Ces liquides appartenaient à 3 malades ayant reçu des injections intraveineuses d'arsenobenzol à des doses de 0g40 à 0g50. La quantité d'arsenic décelée peut être évaluée approximativement à 2 ou 3 centièmes de milligramme par 5 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

La conséquence clinique de ces constatations c'est que dans les syphilis nerveuses c'est l'injection intraveineuse qui doit être choisie.

Réactions hématiques au cours de la cure par l'arsenobenzol. — MM. Sicard et Marcel Bloch ont noté à la suite du traitement par l'arsenobenzol une hyperglobulie manifeste alors que l'équilibre leucocytaire se maintenait sans variation appréciable. Cette augmentation des hématies se manifeste rapidement après l'injection intraveineuse ou intramusculaire et persiste durant plusieurs jours.

Ces réactions sanguines viennent à l'appui de celles déjà signalées par MM. Widal et Myrhlen après l'emploi de la médication sous-cutanée cacodylique. Dans l'un comme dans l'autre cas, elles contribuent à expliquer le relèvement de l'état général observé chez les sujets soumis à la cure arsenicale, arsenobenzolique ou cacodylique.

De la membrane propre des tubuli de la glande mammaire. — MM. Retterer et Lelièvre. Dans l'évolution *lente* des tissus épithélio-conjonctifs, une assise cellulaire à cytoplasme chromophile et élastique très développée sépare l'épithélium du tissu conjonctif. C'est là la *membrane* ou *paroi propre* qui fait défaut quand l'évolution de ces tissus, c'est-à-dire la transformation de l'épithélium en tissu conjonctif, est *rapide*.

Baisse du pouvoir alexique du sérum dans l'accès paludéen. — M. Cathoire, se fondant sur l'étude de 35 cas, montre que la baisse du pouvoir alexique du sérum est très marquée pendant l'accès, qu'il s'agisse de tierce, de quarte ou de bilieuse hémoglobinurique. Peut-être le fait est-il dû à ce que mis en liberté dans la circulation au moment de l'accès l'hématozoaire utilise des anticorps spécifiques qui exigent l'intervention du complément.

Variations du complément dans l'accès palustre. — M. Vincent a constaté, comme M. Cathoire, la déperdition partielle du pouvoir alexique au cours de l'accès. Mais cette diminution n'existe qu'au début, au stade frissons, en même temps que l'hyperleucocytose qu'il a signalée dès 1897.

Agglutination du micrococcus melitensis par les sérums normaux. — M. Nègre. Les sérums normaux agglutinant fréquemment le micrococcus melitensis, il faut, pour éviter toute erreur: 1° n'employer, comme solution minima, qu'une solution au 1/50e ; 2° chauffer une demi-heure à 56 degrés le sérum qui doit servir.

Action des métaux et de divers autres facteurs sur la dégénération des nerfs en survie. — M. Nageotte. La survie de la myéline est influencée par les principaux facteurs qui réagissent les phénomènes de la vie des tissus. Parmi ces facteurs, les métaux exercent une action remarquable, chaque cathion étant doué de propriétés propres. Seuls, les sels de radium n'altèrent pas la fibre nerveuse. C'est donc à eux qu'il faudra s'adresser lorsqu'on voudra observer la morphologie des fibres nerveuses en dehors de toute fixation.

Oblitération expérimentale des artères mésentériques. — M. Lagane. Cette oblitération produit, d'une façon très précoce et constante, l'œdème des parois intestinales. Ainsi s'expliquent peut-être certaines diarrhées observées chez des malades atteints d'athérome des artères mésentériques ou d'artério-sclérose intestinale.

Echinococcose primitive expérimentale. — M. Dévé. La résistance des œufs du ténia échinocoque peuvent résister à quatre mois de congélation.

L'action du lait est-elle un dédoublement? — Pour M. Couvreur, la coagulation par le lab n'est pas accompagnée des dédoublements admis jusqu'à présent ; la présence de la protéose, quand on la trouve, est un épiphénomène.

Une épidémie produite par le bacille « typhi murium ». — MM. Babes et Busila. Les cultures du bacille typhique murium, étalées sur du pain, sont souvent employées pour tuer les rats. Or elles peuvent, quand elles sont maniées par des personnes peu soigneuses, provoquer des épidémies chez l'homme.

Modifications consécutives à l'introduction du sérum humain dans le canal rachidien. — MM. Netter et Gendron. L'irritation méningée consécutive aux injections sous-arachnoïdiennes de sérum humain peut se traduire par des symptômes plus ou moins nets, comme l'ont observé MM. Nobécourt et Darré, et comme ils l'ont constaté eux-mêmes. Ces accidents sont d'ailleurs assez rares.

Autres communications :

Oxydation des acides malique, fumarique et citrique par les tissus animaux. — MM. Battelli et Stern.

L'oxydation de l'acide succinique comme mesure du pouvoir oxydant dans la respiration principale des tissus animaux. — MM. Battelli et Stern.

Dosage de l'azote dans les tissus animaux. — M. Delaunay.

Eosinophilie locale provoquée par la douve. — MM. J. Sabrazès, M. et A. Léger.

Chimiothérapie des maladies nerveuses par le 606. — M. Marinesco.

Congélations successives du foie. Persistance de la production de l'antithrombine. — M. Doyon.

Rôle de l'iode dans le pouvoir alexigène de la thyroïde. — Mme Fassin.

Modification du procédé de Bauer-Hecht. — M. Busila.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 24 décembre 1910)

Le président annonce la mort de M. Huchard, ancien président d'honneur de la Société, récemment décédé.

Sur la reconstitution du groupe médical parlementaire. — M. Aubourg communique une note de M. Monprofit qui annonce la reconstitution du groupe médical parlementaire et la formation de trois commissions : 1° hygiène et médecine sociales ; 2° défense des intérêts professionnels ; 3° réforme de l'enseignement. La Commission, qui se réunit régulièrement tous les mois, recevra les communications des médecins et des groupements scientifiques et professionnels.

L'arsenobenzol d'Ehrlich (*Suite de la discussion*). — M. Klotz croit que l'arsenobenzol s'attaque seulement à nos éléments de défense qui sont chargés de faire sortir les spironèmes de notre organisme.

En s'appuyant sur les observations de Barthélemy, de Ducastel, de Bumm, de Jullien, de Lang et d'Ehlers, sur les expériences de Pontoppidan et de Queyrat, il croit que le cas cité par M. Milian rentre dans celui des chancres successifs tardifs à longue échéance, grâce à la prolongation de la période de réceptivité qu'a produite l'arsenobenzol.

M. Maurice Faure est d'avis que l'action de l'arsenobenzol dans le traitement du tabes, ne paraît pas avoir les dangers que l'on avait craints ni les avantages merveilleux que l'on avait annoncés. Mais il semble devoir donner des résultats utiles dans des cas restreints et en employant une bonne technique.

M. Alquier répond à MM. Faure et Leredde qu'il n'a pu arriver à aucune opinion ferme sur la nature du tabes, mais qu'il n'a vu personnellement aucun fait montrant indubitablement l'action du mercure sur le tabes, bien qu'il traite par le mercure tous les tabétiques qui se présentent à lui.

Il insiste sur l'importance qu'il y a à ne pas confondre avec le tabes les cas de syphilis nerveuses à symptômes tabétiformes qu'il ne faut pas présenter comme des tabes guéris.

M. Leredde, à propos de la communication de M. Alquier, fait remarquer que si beaucoup de tabétiques ne sont pas

guéris, c'est qu'ils ont été soignés trop tard, dans des conditions défectueuses et souvent par des médecins qui n'ont pas eu suffisamment confiance dans les résultats du traitement et ne l'ont pas fait avec assez d'énergie. Il faut faire disparaître le dogme de l'incurabilité du tabes par le traitement antisyphilitique, et, ce dogme disparu, les malades guéris deviendront de plus en plus nombreux.

M. Boursier. Il résulte de la discussion que le traitement par l'arsenobenzol n'est pas seul à donner des résultats remarquables dans le traitement de la syphilis. Les méthodes anciennes demeurent et gardent toute leur valeur.

Faits cliniques. — M. Reignier. Le régime lacté doit être appliqué avec mesure et réserve. Dans certains cas, on voit l'estomac bénéficier de ce régime et l'intestin en pâtir. Il appartient au médecin traitant de l'interrompre pour le remplacer par le kéfir, voire même par la viande crue quand les indications se présentent et quand l'intolérance du lait est absolue.

La guérison du diabète. — M. Guelpa. Dans le diabète, le principal facteur pathogénique, c'est l'acidose et non la glycosurie, comme on l'a admis jusqu'à présent. La production abondante d'urine sucrée n'est que le moyen employé par la nature pour se défendre contre cet empoisonnement par les acides. La glycosurie est donc un facteur utile pendant la durée de l'acidose qui provient surtout de la mauvaise combustion de la matière animale.

Le traitement du diabète appliqué d'après cette conception arrête immédiatement la maladie, quelle que soit sa gravité, et assure toujours la guérison même dans les plus dangereuses complications (gangrène, anthrax, sciatique, etc.). Sans craindre aucun démenti sérieux, on peut affirmer que le diabète n'est plus une maladie dangereuse ni incurable, mais un simple vice de la nutrition qu'on peut toujours prévenir et guérir avec une saine éducation alimentaire.

M. Depasse croit qu'il est impossible de baser le traitement du diabète sur un seul système. Les causes du diabète sont nombreuses; le foie, le pancréas, le système nerveux en sont trois facteurs importants. Il ne peut donc pas n'y avoir qu'un traitement, celui-ci doit varier suivant les causes; quant à l'acidose, c'est aussi un symptôme et il y a acidose et acidose.

M. Marcel Labbé. Nous avons le droit de dire que nous améliorons des diabétiques, que nous faisons disparaître chez eux le symptôme d'hyperglycémie, mais nous n'avons pas plus le droit de dire que nous les guérissons, qu'un médecin, qui traite un malade atteint d'insuffisance mitrale et d'asystolie et qui a fait disparaître l'asystolie, n'a le droit d'affirmer qu'il a guéri l'insuffisance mitrale. Il ne faut pas confondre le syndrôme avec la maladie. Il y a danger pour les diabétiques à se croire guéris.

M. Lematte. Il faut protester contre l'abus du mot acidose dans la pathologie du diabète. On doit avouer que nous ne savons pas plus évaluer l'acidité du sang que celle de l'urine. L'urologie donne des renseignements précieux chez les diabétiques. En faisant le bilan nutritif, on peut voir comment le foie travaille. La phosphaturie indique la part prise par le système nerveux, et la coprologie nous dira les cas où le pancréas est en hypofonction.

M. Dignat confirme ce qu'a dit l'auteur au sujet de la malade chez laquelle il a eu l'occasion de faire l'examen électrique des muscles et des nerfs et qu'il a traitée électriquement pour une névrite. M. Dignat fait pourtant remarquer que la malade en question est une nerveuse, et qu'elle a toujours été nerveuse.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

LIVRES NOUVEAUX

Precis de microbiologie clinique (1), par Fernand Bezançon.

Dans la première édition de ce précis, parue il y a cinq ans, M. F. Bezançon s'était attaché à n'indiquer de la technique bactériologique que le nécessaire, l'indispensable et y avait pleinement réussi grâce à sa grande expérience personnelle. Mais la science a marché fort vite depuis lors, et plusieurs méthodes de diagnostic et de thérapeutique d'une importance primordiale sont venues découler de notions théoriques que M. F. Bezançon n'avait indiquées que très succinctement. Cette évolution de la bactériologie a amené l'auteur à des modifications telles que cette nouvelle édition se trouve être sur beaucoup de points un livre nouveau. Dès le début, nous trouvons de nouveaux chapitres consacrés à l'étude sommaire de l'immuniié et surtout des réactions d'agglutination, de précipitation, de fixation, aux opsonines, à l'étude enfin des phénomènes anaphylactiques.

L'étude des microbes (3e partie) a été très remaniée : des acquisitions nouvelles, une mise au point de questions jusqu'ici controversées ont singulièrement agrandi dans ces toutes dernières années le domaine de nos connaissances bactériologiques. Les chapitres consacrés à la méningite cérébro spinale, à la dysenterie, au paratyphus, à la syphilis, ont été entièrement refaits; de nouveaux articles ont été écrits sur la fièvre de Malte, les oosporoses, la sporotrichose, la leishmaniose, etc.

Sans prétendre donner une classification scientifique des microbes, ce qui est encore actuellement impossible, M. F. Bezançon a essayé de grouper provisoirement les espèces microbiennes ayant un certain nombre de caractères communs (groupe pneumo-entéro-streptocoque ; groupe gono-méningocoque-catharralle ; groupe Eberth, coli, dysentérie ; etc.).

Malgré ces modifications et ces adjonctions, le plan général de l'ouvrage de M. Bezançon n'a pas été déformé, et son précis de microbiologie clinique, aujourd'hui comme il y a cinq ans, est un guide clair, sûr et pratique, pour tout médecin soucieux de mener à bien les recherches bactériologiques aujourd'hui plus que jamais nécessaires en bien des cas pour établir un diagnostic sur une base solide.

L. LE SOURD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Biaute, est chargé, pendant l'année scolaire 1910-1911, d'un cours complémentaire de maladies mentales.

M. le docteur Texier, est chargé, pendant l'année scolaire 1910-1911, d'un cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

MÉDECIN INSPECTEUR DES ÉCOLES DE LA VILLE DE PARIS. — Epreuve orale. — *Séance du 16 décembre.* — « Leçon aux maîtres des écoles primaires sur l'organisation et le fonctionnement des cantines de leur école. » — Ont obtenu : MM. Abramoff, 10; Pascaud (J.), 10; Housquains, 12; Troller, 13; Bricet, 16; Gerson, 15; Tournier, 14.

Séance du 17 décembre. — « Prophylaxie scolaire des maladies de la peau : gale, phtyriase, pyodermites ». — Ont obtenu : MM. Janot, 13; Theuveny, 10; Voisin, 16; Curie, 13; Grivot, 12; Bertrand, 13; Carrel, 11.

Séance du 19 décembre. — « Leçon aux maîtres sur l'hygiène de la peau et sur les bains-douches scolaires ». — Ont obtenu : MM. Hazard, 9; Grosset, 13; Degez, 10; Rabaut (M.), 16; Picard (L.), 10; Amouroux et Rochu-Mery, 12.

Séance du 20 décembre. — « Rôle du médecin scolaire dans la surveillance de la croissance de l'écolier ». — Ont obtenu : MM. Laffitte, 12; Legroux, 14; Lacapère et Chevé, 14 ; Barotte, 9; Margain, 14 ; Corval, 11.

(1) Un vol. in-8 de la *Collection des Précis médicaux*, de XVIII-640 pages, avec 148 fig., cartonné toile souple. — Prix : 9 francs. — Paris, Masson et Cie.

Séance du 21 décembre. — « Prophylaxie scolaire de la rougeole et de la vaccine. » — Ont obtenu : MM. Manheimer 14 ; Beauvy, 12 ; Le Roy, 12 ; Mercereau, 13 ; Ducœurjoly, Chaumont, 15 ; Henriot, 11.

Le concours vient de se terminer par la nomination des 90 médecins dont les noms suivent :

1. MM. Darré, Genévrier, Voisin, Rivet, Merklen, Fouineau, Vitry, Rosenthal, Papillon, Renault,

11. Pineau, Saint-Cène, G. Netter, Manheimer-Gommès, Chevé, Contet, R. Gaultier, Tournier, Legroux, Bing,

21. Arnoux, Dally, Bigot, Thiroux, Bernard, Bricet, Lobligeois, Mathé, Courtade, Gerson,

31. Bois, Bize, Delmont-Bebet, Géraudel, Kauffmann, Robert, Housquains, Bidel, Troller, Dinet,

41. Legrand, Le Roy, Janot, Ermenge, Lejonne, Lamouroux, Aubertin, Forestier, L. Netter, E. Rabant,

51. Bertrand, Béliard, Chapon, Hutinet, Courdoux, Michaux, Ball, Chaumont, Sicard, Curie,

61. Batisse, Régis, Labadie-Lagrave, Leclerc, Dreyfus-Rose, Perregaux, Beauvy, Mlle Leclerc, MM. Barrault, Friedel,

71. Claude, Sigre, M. Rabant, Laufer, Cange, Mercereau, Lebar, Labadie, Laffitte, Grosset,

81. Bourdier, Braunberger, Schwanhard, Margain, Grivot, V. Pascaud, Theulet-Luzié, Dupuy, Houzel, Grellet.

UN INSTITUT DE PUÉRICULTURE. — Le conseil général de la Seine, sur la proposition de MM. Galli, A. Rendu, Poirier de Narçay et Henri Rousselle, vient de décider la création d'un institut de puériculture, destiné à la fois à vulgariser les préceptes de l'hygiène infantile et à centraliser scientifiquement le résultat de toutes les recherches qui se rapportent à cette science.

Ce service sera installé aux Enfants-Assistés, sous la direction du docteur Variot, médecin en chef de cet établissement. M. Variot, pour hâter la diffusion des principes d'hygiène, se propose en outre de joindre à l'institut une « Goutte de lait », où les mères recevront des secours, des conseils médicaux et du lait stérilisé. Une salle de consultation sera aménagée à cet effet, à peu de frais, dans le pavillon Pasteur, à laquelle sera annexée une petite crèche d'une douzaine de berceaux, pour les jeunes enfants dont le transport à la consultation présenterait quelque danger.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Parmi les candidats au fauteuil de Tannery on cite MM. Stanislas Meunier, Chantemesse et Paul Janet. M. Landouzy qui obtint 16 voix à la dernière élection sera évidemment un des candidats les plus en ligne.

LE TESTAMENT DU DOCTEUR HENRI HUCHARD. — Le testament du regretté docteur Henri Huchard, membre de l'Académie de médecine, a été ouvert il y a quelques jours. Il lègue à l'Académie de médecine une somme de 100000 francs pour la fondation d'un prix annuel que devra décerner cette Compagnie. La dénomination exacte du prix sera la suivante : « Prix Henri Huchard, de l'Académie de médecine. — Prix du dévouement médical, en souvenir de Marcel Huchard. »

M. Huchard s'est proposé, par la fondation de ce prix, de venir en aide aux jeunes étudiants qui, comme son fils, seraient victimes de leur dévouement professionnel, et de leur permettre de continuer leurs études.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — Le bureau est ainsi constitué pour 1911 :

Président : M. Monprofit (d'Angers) ; vice-président, M. Coudray ; secrétaire général, M. Jayle ; trésorier, M. Hallion ; archiviste, M. Le Fur ; secrétaires des séances, MM. Agasse-Lafont et Clément Simon.

LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DES HOPITAUX DE PARIS a résolu de s'adjoindre un avocat conseil afin de trouver les voies et moyens d'obtenir, en appel, la revision du procès par lequel le docteur Pierre Bazy a été condamné à payer 5000 francs de dommages et intérêts à une de ses opérées de Beaujon.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX. — La Société vient de tenir sa séance solennelle, elle a décidé de prendre à l'avenir le titre de Société anatomo-clinique de Bordeaux. Son bureau pour 1911 est ainsi constitué :

Président, M. Anglade ; vice-présidents, MM. Princeteau et Verger ; secrétaire général, M. Philip ; secrétaire général adjoint, M. Charbonnel ; trésorier, M. Fromaget ; conservateur des collections, M. Lafite Dupont ; secrétaires des séances, MM. Soum et Brau-Tapie ; conseil d'administration : MM. E. Bitot, Cruchet et Dupérié.

La Société a décerné pour l'année 1909-1910 les récompenses suivantes :

Rappel de premier prix et médaille de vermeil : M. Dupérié.

Premier prix (médaille d'argent et 100 francs) : M. Got.

Deuxième prix (médaille d'argent et 100 francs) : MM. Jean Ferron et Authier.

Médailles d'argent : MM. Dautin, Hamet et Balard.

RECENSEMENT DES AUTOMOBILES (1). — On nous signale que les déclarations d'automobiles en vue du recensement qui aura lieu du 1er au 16 janvier 1911, doivent être effectuées *avant le 31 décembre 1910* à la mairie de la commune où la voiture est imposée.

Renseignements à fournir : Nom, prénoms, profession et domicile, force de la voiture, marque, nature de la carrosserie, carburant employé, dimensions des roues, nature des bandages, année de fabrication du véhicule.

Nom et situation militaire du conducteur habituel.

On peut faire la déclaration par correspondance, en joignant un timbre de 0 fr. 10 pour recevoir le récipissé.

AUTOMOBILE. EXCÈS DE VITESSE. — On nous signale un nouveau jugement du juge de paix de Privas acquittant un médecin qui avait commis un excès de vitesse en se rendant en toute hâte auprès d'un malade en danger. Ce jugement est à rapprocher de ceux déjà signalés dans la *Gazette des hôpitaux*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Franz König, directeur de la clinique chirurgicale de la Charité à Berlin ; M. le docteur Pierre Jousset, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Jacques, médaillé militaire.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LA DÉLIVRANCE NORMALE

(PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES)

DÉFINITION. — La délivrance comprend l'ensemble des phénomènes physiologiques et cliniques, qui concourent au décollement et à l'expulsion de l'arrière-faix.

Elle est normale quand aucune anomalie ne la trouble dans son cours : α. soit du côté utérin (anomalie de la contraction

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 125, p. 1695, n° 138, p. 1877.

utérine, tétanisation, inertie, et leurs complications : enchatonnement, rétention, hémorragies, inversion); β. soit du côté placentaire (conformation irrégulière, adhérences, rétention du délivre).

Le type de la délivrance normale est la délivrance spontanée. Celle-ci est rare en raison de l'intervention habituelle de l'accoucheur.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES. — Comprennent : 1° *décollement du placenta et des membranes*; 2° *expulsion hors de l'utérus* (passage du délivre dans le segment inférieur et le vagin ; 3° *expulsion hors de la vulve*.

1° Décollement du placenta et des membranes. — *A.* DÉCOLLEMENT DU PLACENTA. α. *Rétraction utérine.* Utérus se rétracte de lui-même, diminue de volume avec antéflexion marquée (rapprochement de toutes les parois avec augmentation d'épaisseur, minime au niveau de l'aire placentaire). Enchatonnement physiologique du placenta. Segment inférieur et col plissés. Placenta se tasse en bloc, d'où augmentation d'épaisseur sans décollement; mais histologiquement espaces et brisures (Rüge) par glissement et dislocation des couches profondes de la caduque. Tassement des villosités choriales; réduction des espaces intervilleux. Membranes partout adhérentes sauf dans segment inférieur et col.

β. *Contraction utérine* intervient qui provoque tout le décollement. Alors réduction considérable de l'étendue de l'aire placentaire; cellules de la caduque arrivées à leur limite d'élasticité se séparent, d'où décollement.

Point de départ du décollement discuté : α. Décollement par le centre avec hématome rétro-placentaire et inversion du délivre (Baudelocque); β. Décollement par le bord et glissement du placenta le long de la paroi utérine (Duncan).

a. *Décollement par le centre.* — Séparation cellulaire au centre, où s'épanche le sang : augmentation d'épanchement avec augmentation de décollement. Placenta refoulé en son centre d'où sa convexité en bas et sa descente face fœtale première.

b. *Décollement par le bord.* — Le décollement se fait de la périphérie au centre (Pinard, Ribemont-Dessaignes); si placenta en partie décollé, muscle utérin épais au niveau du décollement, mince à la partie adhérente. Descente placentaire par le bord.

Les deux modes sont possibles. On se base en pratique sur les modes de présentation au niveau de l'orifice utérin, modes au nombre de 3 : face utérine, bord, face fœtale. Ces modes sont sous la dépendance du mode de décollement des membranes.

B. DÉCOLLEMENT DES MEMBRANES. — Peu ou pas de modifications pendant le décollement placentaire. Le placenta par son poids et la contraction utérine entraîne la séparation des membranes quel que soit le mode de décollement. Si les membranes cèdent au bord, le placenta descend par glissement et entraîne les membranes sus-jacentes. Si les membranes résistent, le placenta descend par son centre et entraîne de partout les membranes retournant ainsi en doigt de gant tout le délivre. Ce mode de présentation est le plus fréquent.

L'exagération du décollement des membranes au bord du placenta amène la présentation par la face utérine du délivre.

Plus le placenta est inséré bas, plus sont fréquentes les présentations du bord et de la face utérine.

2° Expulsion hors de l'utérus. — Placenta décollé descend, déplisse le segment inférieur, ouvre l'orifice utérin et passe dans le vagin.

3° Expulsion hors de la vulve. — Plus de poussée utérine. Vagin dilaté par placenta. Parfois poussée par sang accumulé derrière placenta. Résistance vulvaire. En général réflexe périnéal, d'où effort et expulsion brusque du délivre, avec membranes souvent déchirées par la brusquerie. Placenta peut rester dans le vagin par absence de réflexes ou par adhérence de membranes.

PHÉNOMÈNES CLINIQUES. — Comprennent trois grandes parties :
α. *Réapparition des douleurs*; β. *Modifications de l'utérus*; γ. *Ecoulement sanguin.*

α. **Réapparition des douleurs.** — D'abord écoulement variable de liquide amniotique, période de bien-être de dix à vingt minutes et réapparition de contractions, souvent fortes, toutes les trois à cinq minutes avec léger suintement sanguin vulvaire, puis réflexe périnéal et expulsion du placenta avec membranes complètes ou non. Temps variable de quinze à soixante minutes, souvent plus long si aucune aide n'est apportée.

β. **Modifications utérines.** — Aussitôt expulsion d'enfant, abaissement de la hauteur utérine jusqu'à et même au-dessous d'ombilic (1 à 2 centimètres). Utérus dont le fond est à 14-16 centimètres du pubis. Puis réascension progressive de lenteur régulière, moyenne, en même temps que douleurs, due à déplissement de segment inférieur par le placenta descendant. Ascension parfois brusque si placenta descend très vite ou si épanchement sanguin rapide intra-utérin ; d'autant plus brusque que le placenta se présente par une plus grande surface (face fœtale ou utérine). En général 4 à 5 centimètres d'élévation; au delà probabilité d'hémorragie interne. Utérus médian, avec dans l'intervalle des contractions, résistance élastique ou globe de sûreté : plus marqué chez les I-pares. Puis redescente utérine après chute du placenta dans le vagin ou son expulsion au dehors. Nécessité d'observer la hauteur, la consistance utérine.

β'. **Toucher.** — Au début, col flasque, très mou, mal distinct du vagin par bourrelet circulaire mou, parfois déchiré et saignant. Au-dessus du col, segment inférieur en cône à base inférieure de grandeur variable. Orifice de l'anneau de contraction laissant passer le cordon, plus étroit pendant les contractions. Placenta inaccessible, sauf les cas de placenta bas ou lambeau placentaire plus ou moins procident, parfois membranes perceptibles.

Puis, placenta engagé dans l'orifice utérin, accessible au doigt, soit : α. par sa face fœtale (lisse, tendue, parsemée de petits cordons qui sont des vaisseaux) avec l'insertion du cordon ; soit : β. par sa face utérine (irrégulière, grenue, très saignante) sans insertion de cordon ; soit : γ. par son bord. Parfois poche membraneuse pré ou juxta-placentaire, formée par les membranes distendues par du sang.

Par le toucher, connaissance de l'état du col, du vagin, de la présentation du placenta, de l'insertion du cordon, du stade du décollement placentaire. Très peu de toucher, car toujours possibilité d'infection.

β''. Placenta descendant, le cordon hors de la vulve est plus long. Si le placenta non décollé, la pression sur l'utérus amène un gonflement et une fluctuation dans le cordon (sang chassé dans la veine ombilicale) n'existe pas dans le non-décollement ; mais nécessite pour observation la ligature du cordon, pratique inusitée aujourd'hui ? (Clay, Strassmann.)

γ. **Perte de sang.** — Habituelle, soit liquide, soit en caillots, d'autant plus grande que placenta se présente par sa face utérine ; moindre par le bord ; peu abondante par la face fœtale ; tant que les membranes sont intactes ou non décollées, peu ou pas de sang au dehors, le sang restant dans la poche membraneuse. Sang coule au moment de la sortie vulvaire.

Cependant écoulement précoce n'est pas toujours signe absolu de présentation utérine ou par le bord ; le sang peut passer entre membranes partiellement décollées et paroi utérine.

Quantité variable. Peu abondant si contractions fortes, régulières et si décollement placentaire rapide ; peut être très marqué dans le cas contraire, surtout dans le décollement successif. Plus abondant dans les cas d'utérus surdistendu pendant la grossesse (gémellité, hydramnios), de même dans les cas de placenta inséré bas, ou dans l'expression hâtive faite par l'accoucheur.

La quantité est dite normale quand elle ne dépasse pas 350 grammes. Au delà on peut dire hémorragie dont les effets sont variables suivant la quantité de sang perdue et suivant les individus (résistance personnelle, fatigue, longueur de travail, etc.).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 149. — SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1910. 83e ANNÉE. SAMEDI 31 DÉCEMBRE 1910. — N° 149

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

AVIS

Nos lecteurs trouveront, au milieu de ce numéro, les TITRES *destinés à être placés en tête de la* GAZETTE DES HOPITAUX, *année 1910.*

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 28 décembre. — Question donnée : « Rapports de la vessie chez la femme. Signes et diagnostic différentiel de l'orchi-épididymite tuberculeuse. »

MM. Michaux, 11 + 19 = 30; Lorreyte, 10 + 16 = 26; Boirac, 12 + 17 = 29; Bouttier, 14 + 20 = 34; Bruel, 16 + 20 = 36; Dubois (Robert), 15 + 24 = 39; Garcin, 11 + 18 = 29; Le Maux, 19 + 17 = 36; Dequignand, 11 + 16 = 27; Angot, 13 + 18 = 31.

Prochaine séance, mercredi 4 janvier 1911, à quatre heures trois quarts, à la salle des Saints-Pères.

Erratum. — Dans la première séance d'oral au lieu de M. Jacquet 17 + 17 = 34; lire M. Jacquet 20 + 17 = 37.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANTES. — M. le docteur E. Joüon est nommé chirurgien titulaire des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Il est créé à l'Université de Montpellier un certificat d'études pénales.

L'enseignement relatif à ce certificat comprend : 1° ce droit pénal; 2° la procédure pénale; 3° la criminologie et la science pénitentiaire; 4° la psychiâtrie et la médecine légale. La durée de cet enseignement est de deux semestres.

Cet enseignement est organisé sous la direction du doyen de la Faculté de droit par les professeurs des Facultés de droit et de médecine. En dehors des cours de droit criminel faits à la Faculté de droit et des cours de médecine légale et de psychiâtrie faits à la Faculté de médecine, il comporte trois conférences :

La première, faite pendant le semestre d'hiver, portera sur la procédure pénale et le fonctionnement de l'administration pénitentiaire, avec des notions sur le patronage des libérés, l'assistance et l'éducation des enfants vicieux et moralement abandonnés.

La deuxième, faite pendant le semestre d'été, aura pour objet l'étude pratique avec pièces et examen de dossiers, de la marche de l'instruction et du procès pénal et du fonctionnement du régime pénitentiaire.

La troisième, sur la psychiâtrie et la médecine légale.

Des conférences pratiques complémentaires peuvent être faites par des personnes n'appartenant pas à l'Université et particulièrement par des membres de la magistrature, du barreau et de l'administration.

Peuvent être admis à suivre ces conférences : 1° les licenciés et docteurs en droit; 2° les bacheliers en droit; 3° les élèves pourvus du certificat de capacité; 4° les candidats non munis des titres précités, mais agréés par le doyen et immatriculés à la Faculté de droit; 5° les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions.

L'assiduité aux conférences est obligatoire.

Le certificat d'études pénales est accordé après constatation de l'assiduité aux cours, conférences et exercices pratiques, et après examen de l'aptitude du candidat. Cet examen consiste en une épreuve orale comprenant quatre interrogations, savoir :

La première, sur le droit pénal général et les principales infractions; la deuxième sur la procédure pénale théorique et pratique; la troisième, sur la science et l'administration pénitentiaires; la quatrième, sur la psychiâtrie et la médecine légale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours s'ouvrira le 4 juillet 1911 pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à l'école.

— ROUEN. — M. le docteur Monpeurt est nommé chef du laboratoire de clinique médicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Wertheimer, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret, en date du 24 décembre 1910, sont promus dans le service de santé, et,

par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Silvestre, maintenu au 70e d'inf. ; Haury, au 106e d'inf.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Dornier, maintenu aux hôpit. de la division de Constantine; Périé, à l'hospice mixte d'Amiens; Varatges, aux hôpit. de la division d'Oran (Casablanca); Bellot passe au 119e d'inf.; Campana, au 40e d'inf.

— TABLEAU D'AVANCEMENT. — *Pour médecin principal de première classe.* — MM. Loup, Toussaint, Boisson, Ferry, Sieur, Brousse, Sanglé-Ferrière, Boppe, Hublé, Billet, Ferraton, Dupard, Delamare, Simon, Brissé Saint-Macary, Vincent.

Pour médecin principal de deuxième classe. — MM. Pailloz, Gruet, Batut, Dommartin, Pouillaude, Pitois, Prost-Maréchal, Munschina, Bassères, Rouget, Toubert, Verdier, Hugard, Frilet, Bernardy, Landouzy, Delorme, Trilhe, Odile, Braun, Jacob.

Pour médecin-major de première classe. — MM. Cathoire, Leniez, Jirou, Mainguy, Bory, Oui, Coullaud, Lamoureux, Ponsot, Renard, Ligouzat, Dopter, Masure, Léon, Douzans, Pignet, Miramond de Laroquette, Gerbaux, Lascoutx, Rambaud, Geysen, Rieux, Conor, Foley, Velten, Romary, Gorse, Cadiot, Sacquépée, Job, Vandenbossche, Langlois, Lafforgue, Cousergue.

Pour médecin-major de deuxième classe. — MM. Dargein, Rondot, Carayon, Enjalbert, Morisson, Martinet, Valette, Carpanetti, Vielle, Charpentier, Monéry, Sergeant, Schneider, Frizac, Péchiné, Robert, Revel, Andrieu, Hornus, Paitre, Mahaut, Turcan, Simonin, Mandoul, Chauliac, Louis, Guionie.

— Par décision ministérielle du 24 décembre 1910 :

Médecin principal de première classe. — M. Debrie est nommé directeur du service de santé du 9e corps d'armée.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Delamare est nommé médecin chef des salles milit. de l'hosp. mixte de Verdun.

Médecins-majors de première classe. — MM. Delaborde passe aux salles milit. de l'hosp. mixte d'Epinal; Zumbiehl, au 112e d'inf.; Cultin est nommé médecin chef de l'hôpit. d'Ajaccio; Marotte passe aux salles milit. de l'hosp. mixte de Tours; Rougier, au 117e d'inf.; Saulay, au 126e d'inf.; Sonrier, au 144e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Crussard passe aux hôpit. de Tunisie; Guichemerre, au 102e d'inf.; Miramond de Laroquette, au 134e d'inf.; Rambaud, au 159e d'inf.; Velten, au 154e d'inf.; Beaulies, au 116e d'inf.; Dejouany, aux hôpit. de Tunisie; Vidal, au 12e cuirass.; Combe, aux hôpit. de la division de Constantine; Mayer, au 5e huss.; Chaudoye, à l'hôpit. Bégin; Boppe, au 7e groupe d'art. d'Afrique; Chanaud, au 15e dragons; Jouve, au 6e dragons; Derappe, au 6e huss.; Chanal, au 51e d'art.; Heuls, au 4e zouaves.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Castres passe au 69e d'inf.; Rigal, au 73e d'inf; Fonsagrives, au 13e d'art. de camp.; Cathala, au 52e d'art. de camp.; Vendeuvre, au 12e huss.; Blanc, aux hôpit. de la division d'Oran; Richard, au 5e bat. d'inf. légère d'Afrique; Vallot, au 3e cuirass.; Combe, à l'hôpit. du Val-de-Grâce; Guerrier, au 124e d'inf.; Benazet, aux hôpit. de Tunisie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Abel passe à l'hôpit. milit. de Nancy; Bernard, au 158e d'inf.; Bolotte, au 67e d'inf.; Bertet, au 58e d'inf.; Ehringer, au 139e d'inf.

— A la suite des concours ouverts le 1er décembre 1910, ont été nommés, par décision ministérielle du 23 du même mois, élèves de l'école d'application du service de santé militaire.

Section de médecine : MM. Raymondaud, Mireaux, Schneider, Barboni, Dubois, Violet, Delpy, Chappet, Laffont, Marty, Muller, Nouzels, Gourdon, Albaret, Fauqué, Chauvin, Hatry, Maniel, Texier.

Ces élèves devront se présenter le 15 janvier prochain á M. le médecin inspecteur général, directeur de l'école d'application du service de santé militaire.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin principal de première classe Delrieu est promu au grade de médecin inspecteur.

— Par décret, en date du 23 décembre 1910, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Merveilleux, maintenu en Afrique occidentale.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Reboul, au 8e d'inf. colon. à Toulon.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Contaut, maintenu à la Martinique; Noblet, au 2e d'art. colon. à Cherbourg; Mathis et Sarrat, au Tonkin; L'Herminier, en Abyssinie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Néel, maintenu en Afrique occidentale; Patterson, au 2e d'inf. colon. à Brest; Cozanet et Morin, au 1er d'art. colon. à Lorient; Izard, au 7e d'inf. colon. à Rochefort.

— Les docteurs en médecine dont les noms suivent et qui ont satisfait aux épreuves du concours ouvert le 28 novembre 1910, ont été nommés dans le corps de santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 15 janvier 1911 :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Valdeiron, Isaac, Chollat-Traquet.

Ces docteurs sont admis à suivre les cours de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, qui s'ouvriront le 15 janvier 1911.

MARINE. — Par décret en date du 23 décembre 1910 ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Retière.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Duranton.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Kervern.

— Par décret en date du 23 décembre 1910, sont nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de troisième classe. — MM. Le Jeune et Calvi, élèves du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine.

MM. Le Jeune et Calvi sont appelés à servir, le premier à Brest et le second à Toulon, en attendant l'ouverture des cours de l'école d'application.

FONDATION PIERRE BUDIN. — 1° Une conférence sera faite le jeudi 12 janvier, à cinq heures, par le docteur Brindeau, agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux, sur « Les moyens de combattre le refroidissement chez le nouveau-né ».

2° Cours de puériculture, par le docteur Aviragnet, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Ce cours commencera le mardi 24 janvier, à dix heures et demie, et aura lieu les mardis suivants à la même heure.

(*Voir la suite des* NOUVELLES, *p. 2064.*)

DOUBLE PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX
D'ORIGINE TUBERCULEUSE

Tuberculose pulmonaire. Rhumatisme articulaire tuberculeux (1).

Par M. le professeur Antonin PONCET.

J'ai reçu, ces jours-ci, de mon collègue, M. le professeur agrégé Grégoire, l'observation que voici et que résume bien le titre sous lequel nous vous la présentons.

Elle est, dans son genre, trop démonstrative pour que je la fasse suivre de réflexions. Elle confirme, d'une façon saisissante, les idées que j'ai, maintes fois, développées et soutenues, devant la Société de chirurgie, sur la nature souvent tuberculeuse des polyarthrites qui président au développement du pied plat valgus douloureux chez l'adolescent et chez l'adulte.

Cette pathogénie bacillaire a, du reste, rallié la plupart de nos collègues de la Société de chirurgie, si j'en juge par la discussion qui a eu lieu ici dans le courant de l'année dernière (2).

Jeanne H..., trente ans, essayeuse chez une couturière, c'est-à-dire debout une grande partie de la journée, vient consulter pour des douleurs dans les mollets et au niveau des pieds, particulièrement du pied droit.

Sans être vraiment malade, elle a eu une enfance délicate. Vers l'âge de cinq ou six ans, elle eut des maux d'yeux qui durèrent dix-huit mois ou deux ans et ont laissé encore aujourd'hui une légère opacité de la cornée droite.

A dix ans, rougeole, puis oreillons.

Réglée vers treize ans. Jamais de pertes blanches.

En 1901, elle fit une grossesse normale et accoucha normalement d'une fille.

Depuis cette époque, dit-elle, elle s'enrhume très fréquemment et tousse à peu près tous les hivers.

En 1906, elle prend un rhume, se met à maigrir.

Elle tousse beaucoup surtout la nuit où des quintes la réveillent souvent. Elle a des sueurs nocturnes abondantes; perd l'appétit.

Elle va consulter le docteur Guinard (de Bligny), qui soigne déjà son amant atteint de tuberculose pulmonaire. Guinard trouve des lésions des deux sommets et la fait entrer au sanatorium de Bligny.

Elle y reste six mois et rentre chez elle, non tout à fait guérie, mais très améliorée.

En 1907, vers le mois de février, c'est-à-dire à l'époque où les obligations de sa profession l'obligent à un plus grand travail, elle commence à remarquer qu'elle souffre dans le *pied droit*.

Ces douleurs apparaissent dans le courant de la journée et s'accentuent par la station debout, plus encore par la marche.

La douleur siège au niveau de la plante du pied, dans la région de l'articulation astragalo-scaphoïdienne et au-dessous de la malléole externe.

Le repos de la nuit suffit alors à faire disparaître la souffrance, bien qu'il persiste toujours un certain endolorissement du pied.

Vers le mois d'avril, le *pied gauche* devient douloureux, à son tour, dans les mêmes conditions, et avec les mêmes caractères, mais les douleurs sont plus tenaces.

Vers la fin de l'année, c'est-à-dire vers le mois d'octobre-novembre, les douleurs sont à peine calmées par le repos de la nuit. La malade souffre continuellement et se voit forcée d'abandonner pour cette raison son métier d'essayeuse.

C'est à cette époque que j'eus l'occasion de l'examiner.

Les pieds ne présentent aucune lésion apparente. Il n'existe aucun gonflement, aucune coloration anormale. Le jeu des articulations se fait dans toute leur étendue. Je remarque seulement un peu de contracture des masses du mollet : le pied ballotte à peine quand on secoue la jambe.

En 1908, je revois la malade dans le courant de mars. Les douleurs sont devenues très vives et la marche comme la station debout sont très pénibles.

A ce moment, on est frappé par la déviation des pieds en valgus.

La déformation est beaucoup plus prononcée *à droite*.

La semelle des chaussures est usée en dedans et affaissée.

Déchaussée et debout, on constate : à droite, un affaissement considérable du pied en dedans, la malléole interne et le scaphoïde font une saillie anormale. Le talon semble incliné en dedans, l'avant-pied fait avec l'arrière-pied un angle ouvert en dehors. Il y a une diminution notable dans la puissance du long péronier latéral et le doigt s'insinue sans difficultés entre le sol et la tête du premier métatarsien.

A gauche, même déformation, mais beaucoup moins accentuée.

Des deux côtés, il existe un effondrement de la voûte plantaire, avec une contracture nette des masses musculaires de la jambe et une disparition complète du ballottement du pied.

En juillet 1908, la malade porte depuis trois mois des semelles de liège qui relèvent la voûte plantaire affaissée. Cette semelle, en tout semblable à celle que l'on fait porter aux pieds plats valgus douloureux des adolescents, l'améliore au point qu'elle peut marcher une partie de la journée sans trop souffrir. Le port de la pantoufle est encore impossible.

En 1909. Va faire une saison à Aix-les-Bains, s'en trouve très bien. Le pied droit est excore un peu sensible, mais ne la gêne pas. Le pied gauche est encore douloureux à la marche.

1910. Au début de l'année, la malade a fait des douleurs articulaires à peu près généralisées au point d'être immobilisée et de ne pouvoir travailler.

Les épaules, les genoux, voire les articulations des doigts des deux mains ont été successivement pris et cela, avec un empâtement plus ou moins marqué au niveau des jointures malades. Ces douleurs du reste ne sont pas toujours fixes, mais voyagent d'une articulation à l'autre.

En août, elle retourne à Aix faire une nouvelle saison. A ce moment, les pieds sont suffisamment améliorés pour qu'elle puisse quitter ses chaussures orthopédiques et mettre des chaussures de ville, même souliers molière.

Je n'ai rien à ajouter en tant que pathogénie tuberculeuse de cette tarsalgie, après la lecture d'une telle observation aussi classique qu'on peut le désirer comme pieds plats valgus douloureux.

Je remercie simplement mon collègue, M. Grégoire, de son amabilité, si efficace, je l'espère, pour la cause que je défends, et qu'avait déjà soutenue mon élève, le docteur E.-J. Molimar, dans sa thèse : *Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse* (Lyon, 1905).

Hier 27 décembre, grâce toujours à l'amabilité du docteur Grégoire, j'ai examiné cette jeune femme; mon diagnostic est tout à fait identique au sien.

J'ai trouvé cette malade en pleine poussée de rhu-

(1) Communication à la Société de chirurgie, séance du 28 décembre 1910.

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 467-480.

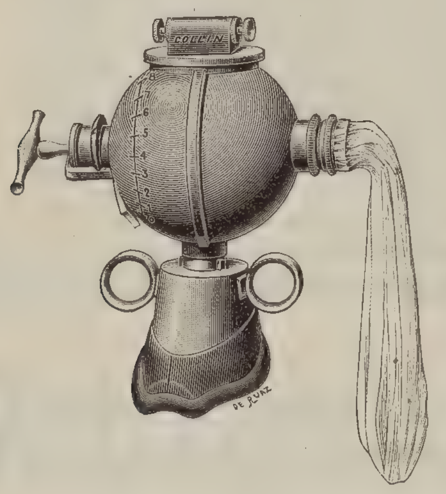
matisme articulaire subaigu : doigts, poignets, épaules, etc. ; rhumatisme à n'en pas douter d'origine tuberculeuse.

CONSIDÉRATIONS SUR L'APPAREIL A ÉTHER D'OMBRÉDANNE

Par M. le docteur Jacques TISON.

Voici plus de deux ans déjà qu'à la Société de chirurgie M. Ombrédanne présentait son ingénieux appareil à éther (1) qui devait quelques mois plus tard faire l'objet de notre thèse inaugurale, et contribuer à remettre en honneur à Paris l'éther par trop discrédité.

Cet appareil, à mesure qu'il était mieux connu, se répandait de plus en plus dans la pratique. Aujourd'hui son usage s'est extrêmement étendu, et très nombreux sont ceux qui en font régulièrement emploi.



Nous avons eu pour notre part l'occasion d'exécuter un grand nombre de narcoses avec cet appareil, tant à l'hôpital Boucicaut dans le service de M. Nélaton que dans un certain nombre de services hospitaliers de Paris.

D'autre part, une pratique de ville de cinq années, tant pour M. Ombrédanne que pour divers chirurgiens qui ont bien voulu nous confier leurs malades, nous a donné une expérience déjà considérable de ce mode d'anesthésie.

Nous avons pu, pendant ce temps, faire quelques remarques qui nous paraissent mériter d'être signalées.

En certains détails, l'appareil s'est un peu perfectionné. Le bouchon vissé a été remplacé par une nouvelle fermeture s'adaptant par pression et d'un emploi plus pratique. Aux éponges coûteuses et rapidement hors d'usage, on a substitué le feutre dont les qualités absorbantes ont été reconnues supérieures. Un petit raccord coudé a été prévu, qui s'interpose entre le masque et la sphère et permet de conserver celle-ci toujours horizontale, quelle que soit la position du malade : en Trendelenburg ou en position latérale. Le fonctionnement de l'appareil est de ce fait amélioré et l'anesthésiste fatigue moins. Enfin trois tailles de masque sont dès maintenant établies et employées concurremment, suivant que l'opéré est un adulte, un enfant ou un très jeune sujet.

Depuis l'emploi du feutre, le taux d'entretien, c'est-à-dire la dose d'éther nécessaire au prolongement de la narcose, a sensiblement baissé. Bien que variable avec les individus, on peut ramener ce taux à quatre types.

C'est ainsi qu'en moyenne :

Pour les hommes la résolution s'obtient au degré 5 ; le taux d'entretien est 3 1/2.

Les femmes dorment vers le degré 5, et leur taux d'entretien est 2 3/4.

Les enfants de neuf à quatorze ans ont un tracé plus bas encore. Le degré 4 à 4 1/2 suffit à provoquer la narcose ; on les maintient en résolution au chiffre 1 1/2.

Pour les tous petits de six ans à quelques mois, point n'est besoin de dépasser le degré 3 1/2. On les entretient par la suite avec 1 degré, voire même 1/2 degré.

Primitivement nous avions conseillé pour l'emploi de l'appareil au début de l'anesthésie une marche saccadée de demi en demi-minute après deux minutes d'attente au 0.

A l'usage nous avons reconnu préférable une nouvelle méthode qui est la suivante :

L'aiguille étant au 0, on l'y maintient seulement le temps de deux ou trois respirations. Puis lentement, insensiblement, on fait cheminer l'aiguille jusqu'au chiffre 5 que l'on atteint en trois minutes environ. Il ne faut toutefois pas monter plus rapidement, car l'anesthésie deviendrait pénible pour le malade.

Rappelons que la sensibilité extrême de l'appareil permet de maintenir le malade sur le seuil de l'anesthésie, puisque 1/4 de degré, équivalant à 1/32 d'ouverture des fenêtres, suffit à modifier la narcose dans un sens ou dans l'autre.

Par conséquent l'ivresse éthérique ne sera jamais une asphyxie ; et le facies de l'opéré restera toujours rose, sinon pâle, sans cyanose, même au début où l'on ne dépassera pas l'état de légère congestion.

L'insensibilité cornéenne est le seul guide d'anesthésie par l'éther. Toutefois cette sensibilité peut persister même durant un quart d'heure malgré la résolution absolue. Mais elle finit par disparaître pour peu que l'opération se prolonge. Et cependant, quand on aura acquis une certaine expérience de l'appareil, on verra qu'il est possible de conserver la sensibilité cornéenne tout en maintenant le sommeil suffisamment profond.

Il faut savoir que cette sensibilité s'émousse si on la recherche toujours du même côté. Et l'on sera surpris plusieurs fois dans ces conditions de voir se réveiller un malade que l'on considérait comme profondément anesthésié. On contrôlera donc la sensibilité en s'adressant tour à tour à l'une et à l'autre cornée.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 13 août 1908.

La réaction pupillaire, mydriase ou myosis, ne donne le plus souvent aucune indication. On la voit varier fréquemment et rapidement sans en pouvoir tirer de pronostic. Parfois même on constate de l'inégalité pupillaire qui n'existait pas avant l'anesthésie et qu'on ne retrouve plus au réveil, néanmoins que la pupille soit toujours sensible à la lumière. Le fait qu'elle ne réagit plus est l'indice d'une anesthésie trop profonde.

Le rythme respiratoire, sur lequel on ne peut se guider, varie d'un moment à l'autre. Il oscille entre 20, 36, 40 inspirations à la minute. Dès le début de l'anesthésie, alors que l'aiguille indicatrice est au chiffre 2 environ, la dyspnée fait son apparition. A cette période on compte 20 inspirations à la minute, chiffre sensiblement constant jusqu'au début de l'opération. Et brusquement le rythme s'accélère au premier coup de bistouri. C'est maintenant jusqu'à 40 inspirations à la minute, entrecoupées de temps à autre d'un profond soupir. Ce nombre d'inspirations diminue en abaissant l'aiguille. Mais toujours on constate une dyspnée évoluant autour de 36, suivant un rythme respiratoire à type abdominal, déterminant de légers mouvements de reptation de l'intestin. Retenons toutefois qu'un rythme trop rapide est un signe d'éther donné en excès.

Le pouls suit une progression semblable et bat dans les environs de 80 à 100 à la minute. Qu'on en soit averti, non surpris. On tirera de son état les déductions habituelles, suivant qu'il sera plein, petit ou filant. Sans le rechercher au poignet, on pourra le compter commodément soit à la carotide, à la temporale, à l'auriculaire, ou encore à la faciale près de l'angle de la mâchoire.

Le début de l'anesthésie est très calme et nullement pénible. Il est donc inutile de faire maintenir préventivement le malade. Du reste très souvent cela lui est désagréable et l'énerve.

Si le malade est effrayé, c'est alors surtout qu'il faut de la douceur. On n'imposera pas le masque de force. Il est préférable de rassurer le patient; cela ne prend pas une minute et vaut mille fois mieux pour la conduite de l'anesthésie que d'entamer un pugilat.

On reste étonné par la suite du calme avec lequel ce malade s'endort, sans un mot, et bien souvent sans un geste.

Exceptionnellement, si le malade est très agité et réellement indocile, on emploiera la méthode par doses massives. Cela consiste à débuter l'anesthésie au degré 8, s'il s'agit d'un adulte, ou à 4 si l'opéré est un enfant. En quinze ou vingt secondes le patient est sidéré. Mais que l'on prenne garde à la cyanose; elle vient rapidement; et l'on devra pour l'éviter redescendre très vite vers 1 ou 2. On gagnera ensuite le chiffre d'entretien.

Pour que le masque applique bien sur la face, sans devenir à la longue une fatigue pour l'anesthésiste (et en évitant, si le sabot de caoutchouc ne comporte pas un bourrelet pneumatique, de faire porter tout le poids de l'appareil sur la racine du nez, ce dont l'opéré se plaindrait au réveil), on saisit le masque de la main droite entre le pouce et les deux premiers doigts; les deux autres doigts soutenant la mâchoire que préalablement on aura un peu subluxée. La main gauche restée libre tourne la clef, contrôle le réflexe cornéen, prend le pouls au besoin.

Il est nécessaire, pour que le malade dorme bien, sans efforts et sans grand ronflement, de subluxer la mâchoire et de la maintenir tout le temps de l'anesthésie; mais avec douceur et sans trop appuyer aux angles. Cependant quelques opérés dorment mieux non subluxés, la mâchoire abandonnée à elle-même. Les malades très gras, à cou court, se trouveront bien d'un coussin sous la tête, surtout en Trendelenburg où il est difficile d'éviter un peu de cyanose.

Pour d'autres qui se congestionnent fort, ayant peine à respirer quoique l'on essaie — et ce sont souvent des adénoïdiens — on emploiera avec succès l'ouvre-bouche. La pince à langue, que nous avouons ne pas aimer, parce qu'elle laisse pour un jour ou deux une douleur cuisante, ne sera bien souvent dans ce cas d'aucun secours. On ne s'en servira donc que le moins possible. Si on doit laisser l'ouvre-bouche à demeure, ne pas oublier de mettre entre celui-ci et le masque une compresse en tampon qui s'opposera à toute rentrée d'air frais.

En effet, lorsque pour une cause ou pour une autre le masque n'applique pas bien sur la face, il se produit une rentrée intempestive d'air frais qui fausse l'anesthésie, retarde ou compromet la résolution, et crée une impossibilité factice à l'obtention ou au prolongement de la narcose.

Ces mêmes incidents surviennent, lorsque dès le début de l'anesthésie on veut pratiquer l'anesthésie à distance (qui n'est jamais fameuse) en interposant un tube de caoutchouc entre le masque et la sphère placée alors sur une table à côté de l'éthérisateur. Il se produit dans ce cas une distillation probable des gaz au long du tube en caoutchouc; ce qui diminue la concentration de l'éther. Parce que nous avons vu employer ce mode défectueux d'anesthésie dans certain service hospitalier, nous signalons le fait en regrettant qu'une interprétation erronée du mode d'emploi de l'appareil ait pu rendre celui-ci responsable de résultats déplorables (tels que la cyanose, l'excitation) dus seulement à un mauvais dispositif. L'anesthésie à distance n'est qu'un mode d'entretien, le malade devant toujours être endormi durant les premières minutes selon le mode habituel, avec le masque adjacent à la sphère.

Dès que l'anesthésie est commencée, on ne doit plus soulever le masque, sauf quand la salivation devient trop abondante, auquel cas on essuie rapidement la bouche de l'opéré.

Cette salivation tient à l'éther donné en excès à un moment quelconque, surtout au début, c'est pourquoi nous recommandons de ne point, autant que possible, dépasser le degré 5, au delà duquel on aura presque toujours de la salivation.

Si le malade a de gros râles trachéo-laryngaux, que l'on subluxe mieux la mâchoire. Ce n'est qu'au cas où le malade est gêné que l'on débarrassera la gorge des mucosités qui l'encombrent, à l'aide d'une pince montée, en se servant au besoin de l'ouvre-

bouche. Mais il faut avoir soin d'enrouler le morceau de compresse autour de la pince, de telle sorte que de petits fils ne puissent se détacher, tomber dans la trachée-artère et déterminer une affection pulmonaire par corps étrangers.

En cas d'excitation — qui est le plus souvent minime, ne durant que quinze ou vingt secondes et apparaissant non pas au début même, mais vers le degré 3, quand l'éther commence à prédominer — on maintiendra bien la tête du malade pour qu'il ne quitte pas le masque et que d'un mouvement brusque il ne fasse rouler à terre l'appareil. Puis on poussera l'aiguille un peu plus rapidement. L'agitation cessera.

Parfois, au début, à ce même degré 3, il se produit un temps d'apnée. Le malade presque endormi se refuse à respirer. Voir alors si le sac en baudruche accuse des mouvements respiratoires, même faibles. Ne pas soulever le masque, au besoin baisser l'aiguille d'un demi-degré, et attendre. Le rythme va reprendre normalement. Mais la cyanose peut survenir; et dans ce cas les dents sont fortement serrées. Que l'on prenne un bon ouvre-bouche, coudé à angle droit, ayant l'extrémité de ses petites branches non renflées, mais en biseau, et dont l'une un peu plus longue pour s'insinuer. On ira doucement pour ne pas ébrécher les dents, en plaçant l'ouvre-bouche au niveau de la première mollaire. La constriction va cesser, amenant une rentrée d'air qui dissipe la cyanose. On laisse l'ouvre-bouche en place un instant. Puis on reprend l'anesthésie à o.

Lorsqu'il survient de la toux, c'est presque toujours au degré 3, au début de l'anesthésie. Il convient de baisser alors l'aiguille et de ne remonter que lentement sans soulever le masque. La toux, qui est due à un excès d'éther, cède toujours à cette manœuvre, qu'il faut parfois recommencer deux ou trois fois. La toux peut survenir encore lorsque la résolution n'est pas très absolue et qu'on transporte le patient dans une salle formolisée. La même manœuvre en a raison.

Peu fréquemment, et au début de l'anesthésie, plus rarement au réveil, il se produit du tremblement qui va de la simple trémulation affectant un bras, une jambe, une main, au grand frisson agitant tout le corps. Il dure trente ou quarante secondes et ne paraît pas avoir la moindre importance.

Il en est de même pour l'érythème passager dû à la vaso-dilatation qui, dès le commencement de l'anesthésie, couvre le cou et la poitrine. Il est sans intérêt.

Beaucoup de malades, les émotifs surtout, transpirent de la face, du cou, de la poitrine. Il convient de les essuyer pour éviter le refroidissement.

Le réveil du début pendant le transport sur la table d'opération peut tenir à ce que le masque applique mal. Il semble plutôt le fait d'un transport trop hâtif et s'accompagne de nausées et de vomissement. Il faut alors reprendre l'anesthésie, d'où perte de temps. Aussi conseillons-nous d'attendre la résolution avant que de remuer le malade.

Au cours de l'opération, le réveil est toujours une faute de l'anesthésiste dont la surveillance se relâche. Dans ce cas, il faut monter l'aiguille d'autant plus rapidement que le réveil est moins prononcé. S'il était accentué, il faudrait passer plus lentement aux degrés supérieurs. Sinon une amenée trop brusque d'éther provoque la résistance du malade qui s'arrête en expiration, a des nausées, pousse et ne se rendort qu'après avoir gêné le chirurgien. On n'aura donc au cours de l'anesthésie ni réveil, ni nausée, ni vomissement. Pas de poussée non plus, si nous exceptons certaines pousseuses irréductibles. Même quand l'anesthésiste s'est laissé surpendre, il peut encore juguler de façon très rapide les vomissements. La manœuvre consiste à ne pas soulever le masque : sinon les nausées redoublent. On incline la tête de côté et on monte l'aiguille. En trente secondes tout rentre dans l'ordre. Alors seulement on soulève le masque pour essuyer la face du malade.

Si le réveil survient par manque d'éther (ce que l'on constate par l'impuissance à maintenir le sommeil malgré le passage de l'aiguille à des degrés supérieurs) on doit mettre l'aiguille à o, pour verser 30 ou 40 grammes d'éther dans l'appareil. On monte ensuite l'aiguille assez rapidement. Si on opère à temps, et ainsi, il ne se produira pas de poussée.

Le réveil à la fin de l'opération survient assez vite dès que l'on enlève le masque. Le mieux, croyons-nous, est de n'obtenir qu'un demi-réveil sur la table. Le transport est alors plus facile que si l'opéré était complètement réveillé. Dès que le masque est ôté, il est bon de placer au-devant de la bouche et le nez de l'opéré une compresse de mousseline de façon à ce qu'il ne respire pas immédiatement de l'air frais. Cet artifice, pensons-nous, est pour beaucoup dans la suppression des vomissements post-anesthésiques.

Lorsque l'opération est terminée, il convient de prendre quelques précautions pour éviter les complications pulmonaires, gros grief fait à l'éthérisation. En se conformant aux conseils ci-après, on conjurera ces complications à coup sûr.

L'opéré, avons-nous dit, transpire parfois abondamment. Que l'on essuie sa poitrine en sueur; et que l'on place sous la chemise une serviette chaude ou une couche d'ouate. Puis le malade est enveloppé complètement dans un drap chaud et une couverture. La tête est inclinée sur le côté, et une serviette disposée pour le cas où il vomirait en route. Sur la face on rabat drap et couverture, sans crainte de le voir étouffer. De la sorte l'opéré ne respire pas d'air froid lors du passage de la salle d'opération surchauffée jusqu'à son lit, à travers les couloirs où la température est ordinairement plus basse et l'air vif. En accompagnant soi-même le malade à son lit, on glisse sous le drap, pour plus de sécurité, une main qui soutient la mâchoire et perçoit les mouvements respiratoires. Le malade est installé dans son lit avec des boules d'eau chaude. Il est bien couvert et ne peut prendre froid. Sur sa figure on pose une mousseline jusqu'au réveil complet, lui évitant ainsi une arrivée trop directe d'air frais. Si possible, que l'on fasse autour de lui le silence et la demi-obscurité. Durant le premier jour, il est préférable que la fenêtre de la chambre reste fermée.

L'opéré va se réveiller calme, le plus souvent, n'ayant gardé de son anesthésie nulle impression désagréable. On ne constate pas de vomissements. Ou s'il s'en présente, c'est durant la première heure. Ils viennent sans grands efforts, sans nausées pénibles.

Rappelons, pour terminer, que l'appareil d'Ombrédanne n'a d'autres contre-indications que celles de l'éther. Encore sont-elles par son emploi réduites au minimum, puisque les gaz sont ininflammables au degré 4 à leur sortie de l'appareil, et que jamais l'éther ne sera donné en excès.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. LE STAGE PROFESSIONNEL

Le docteur Dumas (de Lédignan) est l'auteur d'un projet de stage professionnel qui dans sa pensée n'est pas destiné à *remplacer* mais à *compléter* le stage universitaire.

Ce projet a été souvent discuté depuis 1900 et rejeté comme impraticable par les universitaires consultés.

M. Dumas (de Lédignan), pour montrer que son projet est viable, vient de le résumer en quinze articles qu'il publie dans le *Petit Méridional*. Voici ce projet :

« Article premier. — Dans la première quinzaine de janvier, le ministre de l'instruction publique nomme, dans chaque Faculté de médecine, une commission de professeurs chargée de dresser, parmi les médecins de la région qui en auront fait la demande avec titres à l'appui, la liste des maîtres praticiens reconnus aptes à initier un stagiaire aux difficultés de la pratique médicale, et dignes en tous points de cet honneur.

Art. II. — Ces maîtres praticiens seront français ou naturalisés français, auront au moins quinze ans de pratique et moins de soixante-dix ans d'âge.

Art. III. — Le titre de maître praticien ne sera définitivement acquis à un médecin que lorsqu'il aura eu cinq stagiaires sous sa direction, ou que, tout au moins, son nom aura figuré pendant cinq ans sur la liste des maîtres praticiens et qu'il aura eu deux stagiaires.

Art. IV. — Les médecins des hôpitaux dans toutes villes où cet emploi s'obtient par le concours, seront, sur leur simple demande, inscrits sur la liste des praticiens pouvant avoir un stagiaire, mais le titre de maître praticien ne leur sera concédé qu'aux conditions spécifiées à l'article 3.

Art. V. — A partir de l'année 19. . nul ne pourra exercer la médecine en France s'il n'est pourvu du diplôme de docteur en médecine et du certificat de médecin praticien.

Art. VI. — Ce certificat sera délivré à tout docteur en médecine qui aura fait un stage d'un an chez un des maîtres praticiens désignés, chaque année, par une commission formée ainsi qu'il est dit à l'article premier.

Art. VII. — Le stagiaire sera nourri et logé chez le maître praticien qu'il aura choisi parmi ceux désignés par la commission, ou recevra une indemnité qui ne pourra pas être inférieure à 1200 francs en province et à 1800 francs à Paris.

Art. VIII. — Si, au cours de l'année de stage, le maître praticien vient à mourir ou renonce à l'exercice de la médecine, les mois de stage comptent au stagiaire qui doit aussitôt entrer chez un autre maître praticien.

Art. IX. — Si des difficultés surgissent entre le maître praticien et son stagiaire, le doyen de la Faculté de médecine, sur la demande de l'un d'eux, place le stagiaire chez un autre praticien, et lui tient compte des mois de stage accomplis.

Art. X. — Toute maladie du stagiaire d'une durée de plus d'un mois prolonge son stage d'un nombre de jours égal à cette durée.

Art. XI. — A la fin de l'année de stage, le maître praticien délivre à son stagiaire un certificat d'aptitude qui sera échangé contre un diplôme de médecin praticien délivré par les soins du doyen de la Faculté de médecine.

Art. XII. — Les médecins étrangers ne peuvent exercer la médecine en France, quels que soient leurs titres scientifiques, s'ils ne sont en possession du diplôme de médecin praticien.

Art. XIII. — Les internes des hôpitaux près les facultés de médecine et les écoles secondaires sont dispensés du stage s'ils ont fait un internat de trois ans.

Art. XIV. — Les fils de médecins pourront être autorisés par la commission à faire leur stage chez leur père, même si celui-ci ne possède pas le titre de maître praticien. Il en est de même pour le gendre d'un médecin exerçant la médecine avec son beau-père.

Art. XV. — Sur la demande du maître praticien adressée au doyen de la Faculté de médecine de la région, l'exercice de la médecine sera interdit à son stagiaire sur un périmètre de 15 kilomètres à la campagne, et dans le même arrondissement à la ville. »

Et M. Dumas ajoute les réflexions suivantes :

« Le grand reproche que l'on fit, en 1900, à mon projet de stage professionnel, c'est l'embarras que serait le stagiaire pour un maître praticien. Quelle erreur ! que de fois, au cours d'une maladie aiguë, le praticien surmené n'a-t-il pas dû refuser à la famille, justement inquiète, une seconde visite dans la soirée. Ah ! combien dans ces cas, l'aide qui aurait vu le malade avec son maître le matin serait le bienvenu le soir.

Que de fois, on voudrait assister au bain d'un typhique que menace l'hypotension, ou à son paroxysme du soir. Oui, je le sais, une garde peut prendre la température ; mais il est passé, Dieu merci, le temps où le thermomètre était tout, et l'état local et général, le pouls lui-même, presque rien. Comme le praticien serait vite fixé sur l'état du malade par le rapport verbal de son stagiaire à qui il aurait confié, le matin, ses craintes ou ses espérances ! Et dans le croup, la fièvre puerpérale, les hémorragies, l'éclampsie, etc., etc., toutes maladies à brève échéance, où le temps est précieux, l'indication fugitive, quel praticien n'aimerait de laisser quelques heures son stagiaire auprès de son malade ? Et ce ne serait certes pas les malades ni les familles qui s'en plaindraient.

Puis, plus tard, quand viendrait pour le praticien le moment de prendre quelques semaines de vacances, pensez-vous que les malades ne préféreraient pas le stagiaire qu'ils auraient appris à connaître, à ce remplaçant, juif errant de la médecine, qu'ils n'avaient jamais vu, ne reverront jamais ? Et le praticien lui-même, ne pensez-vous pas qu'il prendrait de meilleures vacances, s'il savait ses malades soignés par son stagiaire et non par un confrère inconnu ou un étudiant de cinquième année ?

Et je n'ai parlé jusqu'ici que du stagiaire du médecin ; quant à celui du chirurgien, il est bien inutile de s'attarder à énumérer tous les services qu'il lui rendrait et rendrait à l'opéré. Il ne ferait, du reste, que remplacer et avec avantage pour le malade et le chirurgien, l'élève que celui-ci a toujours à ses trousses.

* * *

Je pourrais ajouter encore, comme sérieux avantage du stage, les liens d'estime et d'amitié et quelquefois de parenté, qui uniraient bientôt praticiens et stagiaires pour le plus grand bien de la bonne et saine fraternité. Et alors les conseils qui terminent « Le Milieu médical » du savant au noble caractère seraient peut-être entendus :

« Travaillez, dit Grasset, et ne croyez pas ceux qui vous disent que la société est trop mal organisée pour récompenser votre travail et que le succès ne va aujourd'hui qu'aux intrigants. Ne croyez pas ceux qui, sans perdre d'ailleurs une bouchée (comme le disait récemment Lavisse), affirment tous les matins « que nous nous décomposons, et que bientôt il ne restera plus de nous que je ne sais quelle pourriture dont l'exhalaison attirera les vautours ».

« Mensonges, que tout cela! »

Ayez foi dans votre pays, et préparez-vous à en accroître vous-mêmes, par vos travaux, la grandeur et la force...

Aimez et respectez les traditions, tout en étant de fervents amoureux du progrès.

Respectez vos maîtres et ne salissez pas leur robe, que vous ambitionnerez et serez un jour fiers de porter.

Respectez vos anciens dans la profession et pénétrez-vous de cette idée, votre stimulant et votre récompense, que tous les hommes, quelle que soit leur situation sociale, doivent toujours saluer bien bas, quand ils rencontrent un médecin vraiment digne de ce nom. »

VARIÉTÉS

LES VENINS DES BATRACIENS

M. E.-G. Dehaut vient de consacrer aux Batraciens venimeux un travail du plus haut intérêt (1), tant au point de vue pratique qu'au point de vue de la biologie et de l'évolution. On peut en résumer les données principales de la façon suivante.

Dans la classe des Batraciens deux sortes de glandes cutanées sont aptes à produire des venins, les glandes granuleuses, ou grosses glandes, et les glandes muqueuses, ou petites glandes. La plupart du temps, c'est aux glandes muqueuses seules qu'est dévolue cette fonction de défense et les glandes granuleuses ne sécrètent que les principes odorants et irritants du venin. Chez quelques Batraciens au contraire, et notamment chez les Salamandres terrestres et les Crapauds, c'est le contraire qui se passe ; ces animaux possèdent des venins granuleux extrêmement toxiques, tandis que les venins muqueux sont peu actifs.

D'autres encore, la *Rana temporaria* et le *Protée*, sont absolument dépourvus de venin, et tandis que le Protée ne possède que des glandes muqueuses, la Rana temporaria possède des glandes granuleuses et des glandes muqueuses, ce qui prouve bien, contrairement à l'opinion ancienne, non seulement que les glandes granuleuses ne sont pas les seules glandes vénénifères des Batraciens, mais que leur sécrétion peut être dépourvue de propriétés venimeuses.

Le venin muqueux agit de manière sensiblement identique chez la plupart des espèces ; il est stupéfiant, paralysant et arrête le cœur en diastole. Il n'est généralement pas convulsivant, ou du moins ne détermine que de légères secousses musculaires ; cependant les venins muqueux de l'*Euproctus montanus* et du *Discoglossus pictus* provoquent des convulsions cloniques très violentes. Des recherches récentes de Mme Phisalix tendent d'ailleurs à prouver que les propriétés convulsivantes de ces mucus sont dues à leur mélange avec de très petites quantités de venin granuleux.

Le venin granuleux présente au contraire une diversité d'action très grande suivant les espèces ; c'est ainsi qu'il agit de façon analogue à la strychnine chez les Salamandres terrestres, à la digitaline chez le Crapaud commun, au curare chez le *Dendrobates tinctorius*. Le venin de ce dernier animal, lequel habite les forêts de l'Amérique du Sud, est employé par les indigènes pour empoisonner leurs flèches; il est mortel pour les grands mammifères, jaguar ou homme, et les Indiens ne lui connaissent aucun antidote.

La même différence sépare les deux sortes de venins quant à leur constitution. C'est ainsi que les propriétés générales des venins muqueux les rapprochent des venins de nature albuminoïde et diastasique, tels que ceux des serpents, et souvent l'ébullition suffit à les détruire. Les venins granuleux sont au contraire des poisons chimiques proprement dits, car ils doivent leur toxicité à des substances non protéiques, dépourvues de propriétés diastasiques, agissant proportionnellement à leur poids et résistant à l'action de la chaleur. Ils se rapprochent donc beaucoup plus de certains poisons végétaux que des venins de serpents ; c'est ainsi que les alcaloïdes du venin granuleux de la Salamandre terrestre seraient des dérivés de la quinoléine, fait des plus intéressants, car ils appartiennent ainsi à un groupe de corps que l'on avait regardé jusque-là comme absolument caractéristique du règne végétal.

Les diverses espèces du groupe des Batraciens présentent à l'égard de leurs propres venins une très grande immunité naturelle, et par analogie avec ce qui se passe chez les serpents il est permis de croire a priori que l'immunité naturelle des Batraciens est corrélative de la sécrétion interne de leurs glandes à venin. L'expérience a, en effet, démontré que ce venin existe dans le sang et dans la lymphe des Batraciens ; mais malgré la continuité de la sécrétion interne il ne s'accumule pas dans le sang; car il est en partie détruit par le sang lui-même, et en partie éliminé par l'urine. Dans ces conditions, le sang d'un Crapaud, par exemple, renferme une dose de venin capable de tuer trois ou quatre grenouilles, jamais plus. Une autre preuve, très intéressante, est celle-ci. Au moment du frai les poisons des glandes cutanées transportés par le sang dans les tissus de l'ovaire se fixent sur les cellules germinatives, et on démontre par l'expérience que les œufs en contiennent ; mais ces poisons disparaissent chez les têtards, et ce n'est qu'ultérieurement qu'ils réapparaissent avec le développement des glandes à venin. Donc, si la résistance des Batraciens à leurs propres poisons résulte de la sécrétion interne de leurs glandes et de l'accoutumance qui en dérive, leurs larves doivent se comporter à l'égard de ces substances toxiques comme des animaux d'espèce différente, et c'est en effet ce qui a lieu.

Certains animaux non Batraciens présentent une immunité naturelle très grande aux venins des Batraciens ; tels sont le Hérisson parmi les Mammifères, les Couleuvres et les Vipères parmi les Reptiles. Cette immunité est due à des substances toxiques et antitoxiques existant dans leur sang. Le sang des Couleuvres et des Vipères, par exemple, renferme un poison paralysant, l'*échidnotoxine*, qui est un antagoniste physiologique de la *salamandrine*, poison convulsivant ; c'est ce qui permet aux Couleuvres de manger impunément des Salamandres terrestres, dont l'absorption est au contraire très redoutable pour la plupart des animaux carnassiers.

L'insensibilité des Serpents aux venins muqueux semble d'ailleurs être la conséquence naturelle des analogies existant entre ces venins et les leurs propres. On peut en effet en rapprocher cette donnée expérimentale que les animaux vaccinés contre le venin muqueux de la grande Salamandre du Japon le sont également contre le venin de Vipère.

Dans le même ordre d'idées, Vulpian le premier a observé que les Crapauds sont très résistants aux poisons du groupe de la digitaline ; ce phénomène est dû sans doute aux grandes ressemblances qui existent entre l'action du venin des Crapauds et celle de la digitaline, car les Grenouilles et les Tritons, très sensibles à la digitaline, le sont aussi au venin

(1) *Les Venins de Batraciens et les batraciens venimeux. Etude de zoologie médicale*, par E.-G. Dehaut. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Steinheil.

de Crapaud. Notons encore que le sang de la Salamandre terrestre renferme une substance antitoxique du curare, auquel cet animal est très résistant.

Nombreux seraient les faits intéressants que l'on pourrait emprunter encore au travail si consciencieux et si documenté de M. E.-G. Dehaut, mais il faudrait tant citer que le mieux est de renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même, et nul doute qu'il ne nous sache gré de le lui avoir signalé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Les Anaérobies (1), par M. Jungano et A. Distaso.

Si l'étude des microbes anaérobies a été jusqu'ici plutôt négligée, c'est que cette étude comporte une technique dont les dificultés réelles sont bien faites pour rebuter les travailleurs. Et cependant le rôle des anaérobies dans la nature est immense : il suffit de rappeler que ce sont eux qui occupent la première place dans les phénomènes de la putréfaction et dans nombre de fermentations, eux aussi qui constituent la plus grande partie de la flore intestinale de l'homme et des animaux. C'est donc une très heureuse idée qu'ont eue MM. Jungano et Distaso de réunir l'ensemble des connaissances actuelles sur un sujet si vaste et si important.

Après un court chapitre réservé à la partie technique (culture et isolement des anaérobies), ils ont consacré une part importante de leur ouvrage au rôle de ces microbes dans la nature et surtout en pathologie humaine; vient ensuite l'étude détaillée des microbes anaérobies actuellement connus, que les auteurs ont tenté de classifier; une bibliographie très complète termine le volume, dont la place nous semble marquée dans tous les laboratoires. L. GAYARD.

Arthritisme et artério-sclérose (2), par le docteur J. Laumonier.

Chacun sait quel merveilleux vulgarisateur est le docteur Laumonier auquel on doit déjà tant d'ouvrages, et notamment son excellente et si claire *physiologie générale*. M. Georges Moreau, qui dirige la « Bibliothèque Larousse », a donc été bien inspiré en confiant à M. Laumonier la rédaction d'un ouvrage sur l'arthritisme et l'artério-sclérose destiné au public. J'entends par là le public déjà très instruit et éclairé, car malgré toute la bonne volonté, tout le savoir et toute l'habileté de l'auteur il serait impossible de mettre des questions aussi complexes à la portée d'intelligences qu'un certain degré d'études scientifiques préalables n'auraient point préparées.

Que de médecins d'ailleurs trouveront leur profit à lire ces pages qui contiennent toute la « substantificque moelle » des grands traités et des monographies! J'en laisse juges nos confrères. A. GAULLIEUR L'HARDY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 JANVIER 1911

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Aug. Broca et Pierre Duval ; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Proust; — M. Sicard, suppléant.

Mardi 10 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Gilbert, Carnot et Balthazard; — (2e série) : MM. Achard, Roussy et Rathery ; — M. Lecène, suppléant.

Mercredi 11 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Hartmann, Legueu et Retterer.

1er (oral) : MM. Nicolas, Mauclaire et Branca.

2e : MM. Gautier, Macaigne et Jean Camus.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Mulon et Lequeux ; — (2e série) : MM. Retterer, Proust et Guéniot.

3e (oral, 2e partie, 1re série) : MM. Blanchard, André Jousset et Lœper; — (2e série) : MM. Roger, Marcel Labbé et A. Léri ; — (3e série) : MM. Widal, Guillain et Léon Bernard; — M. Sicard, suppléant.

Jeudi 12 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. de Lapersonne, Rouvière et Anselme Schwartz.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Desgrez, Brumpt et Roussy.

2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Retterer et Nicloux; — (2e série) : MM. Prenant, Langlois et Maillard.

3e (oral, 1re partie, 1re série) : MM. Bar, Morestin et Lecène; — (2e série) : MM. Quénu, Brindeau et Terrien ; — (3e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Thiéry et Okinczyc; — (4e série) : MM. Rémy, Demelin et Chevassu.

4e : MM. Pouchet, Wurtz et Balthazard; — M. A. Broca, suppléant.

Vendredi 13 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Aug. Broca et Proust; — (2e série) : MM. Delbet, Legueu et Pierre Duval ; — M. Lœper, suppléant.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Couvelaire et Guéniot ; — M. Marcel Labbé, suppléant.

Samedi 14 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re série) : MM. Gilbert, Achard et Castaigne; — (2e série). MM. Widal, Nobécourt et Roussy.

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon* : MM. Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin ; — M. Nicloux, suppléant.

THÈSES

Mercredi 11 janvier à une heure. — M. Finot. Menstruation et fécondation. (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Gougerot.) — M. Rehm. Etude thérapeutique du benzo-sulfone-para-amino-phénylarsinate de soude (Hectine). (MM. Gaucher, président; Pinard, Couvelaire et Gougerot.) — M. Zislin. Des indurations plastiques des corps caverneux. (MM. Segond, président; Delbet, Auguste Broca et Pierre Duval.) — M. Moignet. Contribution à l'étude de l'ostéite tuberculeuse du pubis. (MM. Delbet, président; Segond, Pierre Duval et Auguste Broca.)

Jeudi 12 janvier à une heure. — M. Janin. De l'utilité d'une meilleure aération à Paris. (MM. Chantemesse, président; Pozzi, Gilbert Ballet et Jeannin.) — M. Habault. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. (MM. Pozzi, président; Chantemesse, Gilbert Ballet et Jeannin.) — M. Raymondaud. Histoire d'une école de médecine (Limoges). (MM. Gilbert Ballet, président; Chantemesse, Pozzi et Jeannin.)

(1) In-8 de XII-228 pages avec 58 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) In 18 de 136 p. — Prix : 1 fr. 20. — Paris, Larousse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

VOL DE MICROSCOPE. — Le 14 septembre dernier, une surveillante du laboratoire central, à l'hôpital Saint-Louis, s'apercevait de la disparition d'un microscope « Leitz » et de deux autres objets, le tout d'une valeur de 500 francs. Ce microscope se trouvait dans une chambre spéciale dépendant de ce laboratoire.

Or, une seule personne était venue ce jour-là avant le vol dans cette pièce; un externe qui faisait un remplacement à l'hôpital Saint-Louis. Il avait été vu alors qu'il entrait avec une serviette assez volumineuse, et l'on avait constaté qu'il était resté seul pendant un quart d'heure.

Le jeune homme, se voyant surveillé, s'était aussitôt débarrassé du microscope, qui a été retrouvé démonté en deux parties près de la dernière marche de l'escalier conduisant dans les caves du bâtiment de chirurgie. Mais l'oculaire de l'appareil avait été découvert dans le tablier de l'étudiant, qui n'avait pas eu le temps de s'en défaire.

Ce malheureux, qui appartient à une excellente famille, a déclaré au tribunal devant lequel il était poursuivi hier, qu'il n'avait commis ce vol que pour procéder à des études dans sa chambre.

La 10e chambre correctionnelle l'a condamné à trois mois de prison avec sursis.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — Docteur SAVARIAUD (hôpital Trousseau). — A partir du premier samedi de janvier, tous les samedis à dix heures et demie : I. Les appareils plâtrés en orthopédie. — II. Traitement du pied bot congénital. — III. Traitement de la paralysie infantile du membre inférieur. — IV. Traitement de la hernie infantile. — V. Traitement de l'appendicite aiguë. — VI. La ténotomie sous-cutanée. Le torticolis. — VII. Traitement de l'ostéomyélite. — VIII. Traitement du mal de Pott. — IX. Traitement de la coxalgie. — X. Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

— MALADIES VÉNÉRIENNES. — Docteur HUDELO, médecin de l'hôpital Broca (Lourcine) et de la policlinique de l'hôpital Cochin-annexe (Ricord), avec le concours et la collaboration de MM. les docteurs Fernand LÉVY, ancien interne des hôpitaux et de la Salpêtrière; DU CASTEL, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital Broca; ANDRÉ, chef de laboratoire du service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière. — *Conférences cliniques de syphiligraphie*, semestre d'hiver 1910-1911 (4e année). Ces conférences auront lieu pendant tout le semestre d'hiver, jusqu'à Pâques, tous les lundis à neuf heures du soir, à l'hôpital Cochin-annexe.

— GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — Docteur DALCHÉ (hôpital de la Pitié. — Mardi, neuf heures. *Examen des malades* de la salle Valleix. — Mercredi, neuf heures. *Consultation externe.* — Jeudi, dix heures. Pendant le semestre d'été, *Leçon clinique.*

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 29 oct. 1910.*) G. CORIN : La réforme de l'expertise médico-judiciaire en Belgique. — SCHWERS : Recherches sur les eaux souterraines ferrugineuses et manganésifères en Belgique ; leur fréquence, leur variabilité, leur utilisation. — E. ZUNZ : Recherches sur le rôle de la tension superficielle dans l'absorption des toxines et des antitoxines. — MAHARIN : Un cas d'aphasie sensorielle par lésion corticale.

Bulletin médical. — (N° 93, 23 nov. 1910.) J. TEISSIER : Symptômes et complications de l'aortite sous-diaphragmatique. Angor abdominalis. Œdème intestinal aigu. — (N° 94, 26 nov.) HUTINEL : Les associations morbides chez les enfants. — QUÉNU : Ulcère duodénal. Hémorragies continues. Traitement par l'exclusion duodéno-pylorique. — GRANJUX : Causes et remèdes du malaise actuel de la profession médicale. — (N° 95, 30 nov.) H. BARBIER : Le malaise de la profession médicale.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 3 nov.) ENDERLEN : Diagnostic et traitement du goitre. — FÜRBRINGER : La crépitation digitale de Quinquaud. — ZIELER : Expérience avec le 606 d'Ehrlich-Hata. — KOLL : Infusion durable d'adrénaline. — NEUMANN : La recherche du bactérium coli dans le monde extérieur particulièrement dans les aliments. — BRÜCKNER : Bacilles dysentériques de type Y dans l'intestin et le foie d'une porteuse de bacilles typhiques. — DEHMEL : Une aiguille dans le duodénum extraite par entérotomie. — FROMMBERGER : La symphyséotomie à l'aide d'un symphyséotome. — OPPENHAMER : Monocle et demi-pince-nez. — FALTA : Instillateur oculaire aseptique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 1er nov. 1910.) STERN : Les différences de résistance des bactéries à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme infecté. — ROLLY : Influence de diverses maladies sur la réaction de Pirquet à la tuberculine. — MEYER : Sur l'action de la chaux. — ZABEL : Oscillations brusques de la tension sanguine et leurs causes. — JASCHKE : Sur l'emploi de la section transversale des aponévroses de Pfannenstiel. — METHLING : Sur la connaissance de la recherche du sang fondée sur les cristaux d'hémochromogène. — HAYMANN : Recherches expérimentales sur la genèse de la pyémie otogène. — REICHMANN : Affection inusitée due à la filaire. Guérison par la Ehrlich-Hata. — GLAESSNER : Sur les fractures épicondyliennes de l'humérus. — HOFFSTATTER : Sur la polythélie et les glandes mammaires axillaires. — HOFFMANN : Influence du nez sur l'exophtalmie basedowienne. — TANAKA : Remarques sur la pathogénité de l'amabe dysentérique. — HAGER : Exstrophie de la vessie avec adénocarcinome gélatiniforme. — MAYER : Suicide par plaie du cou au cours d'un paratyphus. — DAVIDSOHN : Diagnostic de la surdité unilatérale. — PAPPENHEIM : Sur l'origine des substances provoquant la réaction de Wassermann.

Montpellier médical. — (N° 35, 28 août.) E. JEANBRAU : Sur l'emploi de l'indigo-carmin dans l'exploration fonctionnelle des reins. — CARRIEN : Du traitement du tabes par la rachicentèse et les injections sous-arachnoïdiennes d'électromercurol. — (N° 36, 4 sept.) JOURDAN : Du traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales (*suite*). — G. POMMIER : A propos de la fièvre de Malte. — (N° 42, 16 oct.) H. TRUC : Conditions spéciales et capacités des aveugles. — C. FLEIG : Survie et reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés dans les eaux minérales. — (N° 43, 23 oct.) H. TRUC : Conditions générales et capacités des aveugles (*fin*). — C. FLEIG : Survie et reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés dans les eaux minérales (*suite*). — (N° 44, 30 oct.) ROUVEYROLIS : Histoire de l'épidémie de choléra qui sévit à Aniane en 1854. — C. FLEIG : Survie et reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés dans les eaux minérales. — (N° 45, 6 nov.) TRUC : Valeur scolaire de l'écriture droite et de l'écriture penchée. — ROUVEYROLIS : Histoire de l'épidémie de choléra qui sévit à Aniane en 1854 (*suite*). — C. FLEIG : Survie et reviviscence d'organes ou d'éléments cellulaires isolés dans les eaux minérales. — (N° 46, 13 nov.) GRASSET : Le mode de recrutement du corps enseignant médical; la querelle du concours d'agrégation et la crise médico-sociale contemporaine ; discours prononcé à la séance de rentrée de l'université de Montpellier, le 3 novembre 1910. — (N° 47, 20 nov.) H. PELON : Une station chlorurée sodique hivernale : Korbons (golfe de de Tunis). — ROUVEYROLIS : Histoire de l'épidémie de choléra qui sévit à Aniane en 1854 (*suite*). — (N° 48, 27 nov.) MASSABUAU : Sigmoïdites et périsigmoïdites. — PELON : Une station chlorurée sodique hivernale : Korbons (golfe de Tunis).

TABLE DES MATIÈRES

1910

A

B

C

D

E

F

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1910

A

B

C

H

I

J

K

L

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

La Préhistoire. Origine et antiquité de l'homme, par MM. Gabriel et Adrien de MORTILLET. In 8 de 730 pages avec 121 figures dans le texte de la *Bibliothèque des sciences contemporaines.* — Prix broché : 1 fr. 95; cartonné : 2 f. 45. — Paris, Schleicher frères.